



benessere tecnologia società

Roberto Lusardi

**Dietro le quinte.  
Lavoro invisibile e  
collaborazione professionale  
nelle pratiche di cura**

# collana benessere tecnologia società

**Direzione scientifica:** Antonio Maturò (Università di Bologna)

Lo sviluppo tecnologico appare oggi in accelerazione esponenziale, soprattutto grazie al digitale. Comunicazioni, pratiche sociali e culture si presentano come forme simboliche sempre più elusive, evanescenti e cangianti. L'ambito della salute è una delle dimensioni più investite dalle scoperte e dalle nuove applicazioni. Possiamo utilizzare lo smartphone per curarci, fare prevenzione, migliorarci. In generale, possiamo raccogliere big data su noi stessi. Ovviamente, anche le organizzazioni e le professioni si giovano delle nuove possibilità. Parallelamente, il discorso sulla salute si estende oltre la medicina e la malattia per abbracciare le dimensioni dello stare bene e della qualità della vita. In altri termini, accanto alla cura, prendono corpo interventi istituzionali, aziendali e di altre organizzazioni volti ad accrescere il benessere (well-being) delle persone e la loro felicità. Non va tuttavia dimenticato che il "soluzionismo tecnologico" non ha inciso molto sulle grandi e gravi diseguaglianze sociali e che i brami della rete hanno spesso alimentato aspettative irrealistiche. La stratificazione sociale condiziona ancora pesantemente i destini individuali.

In questo contesto, la Collana BTS – aperta anche a tematiche relative al welfare e al benessere sociale nella sua accezione più ampia – attraverso contributi sociologici rigorosi, ma scritti con uno stile divulgativo, vuole proporre modelli teorici, ricerche empiriche e strumenti operativi per analizzare e intervenire su questa mutevole realtà sociale.

## Comitato Scientifico

Kristin Barker (University of New Mexico); Andrea Bassi (Università di Bologna); Jason Beckfield (Harvard University); Giovanni Bertin (Università Ca' Foscari); Giovanni Boccia Artieri (Università di Urbino); Piet Bracke (Ghent University); Mario Cardano (Università di Torino); Giuseppina Cersosimo (Università di Salerno); Federico Chicchi (Università di Bologna); Costantino Cipolla (Università di Bologna); Dalton Conley (Princeton University); Cleto Corposanto (Università Magna Graecia di Catanzaro) Paola Di Nicola (Università di Verona); Maurizio Esposito (Università di Cassino); Anna Rosa Favretto (Università del Piemonte Orientale); Luca Fazzi (Università di Trento); Raffaella Ferrero Camoletto (Università di Torino); Guido Giarelli (Università Magna Graecia di Catanzaro); Guendalina Graffigna (Università Cattolica di Milano); David Lindstrom (Brown University); Massimiliano Magrini (United Ventures); Luca Mori (Università di Verona); Sigrun Olafsdottir (Boston University); Anna Olofsson (Mid Sweden University); Paltrinieri Roberta (Università di Bologna); Riccardo Prandini (Università di Bologna); Claudio Riva (Università di Padova); Domenico Secondulfo (Università di Verona); Mara Tognetti (Università Bicocca Milano); Stefano Tomelleri (Università di Bergamo); Assunta Viteritti (Università La Sapienza Roma).

## Redazione

Linda Lombi (coordinamento) (Università Cattolica Milano); Alberto Ardissoni (Università di Macerata); Flavia Atzori (Università di Bologna); Emilio Geco (Università La Sapienza, Roma); Roberto Lusardi (Università di Bergamo); Giulia Mascagni (Università di Firenze); Veronica Moretti (Università di Bologna); Arianna Radin (Università di Bergamo); Alessandra Sannella (Università di Cassino).



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

**FrancoAngeli Open Access** è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.



benessere tecnologia società

Roberto Lusardi

**Dietro le quinte.  
Lavoro invisibile e  
collaborazione professionale  
nelle pratiche di cura**

Il volume è stato pubblicato con il contributo del Dipartimento di Scienze Aziendali dell'Università degli Studi di Bergamo

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

*L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito*  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

# Indice

<b>Introduzione</b>	pag.	7
<b>1. Breve compendio degli studi sociali sulla medicina</b>	»	11
1. La scienza anomala	»	11
2. Salute, medicina e sociologia	»	14
3. Organizzazioni e professioni tra potere medico e pratica clinica	»	19
4. Artefatti e tecnologie sanitarie in chiave STS	»	25
5. Dalla “black box” della scienza alla “doctor bag” della medicina	»	30
<b>2. La medicina vista dalla pratica quotidiana</b>	»	36
1. Ribalta e retroscena nelle organizzazioni e nelle pratiche di cura	»	36
2. Standardizzazione, sapere medico-scientifico e pratica clinica	»	41
3. Investigare lavoro invisibile e collaborazione in medicina	»	45
4. Lo studio empirico: note metodologiche	»	50
<b>3. La Terapia intensiva. Il retroscena in un ambiente tecnologicamente denso</b>	»	55
1. Nascita di una disciplina e di una unità medica	»	55
2. La Terapia intensiva come ensemble sociomateriale	»	60
3. Rendere compatibile l’umano e il non umano. E viceversa		64
4. Manutenzione ed efficientamento di un ecosistema eterogeneo	»	71
5. Comunicazione, emozioni e tecnologie	»	78

<b>4. L'integrazione sociosanitaria, tra protocolli, tecnologie e rituali</b>	pag.	86
1. L'integrazione tra servizi sanitari e risorse sociali territoriali	»	86
2. Due estremi (quasi) opposti: linkage e integrazione piena	»	91
3. L'integrazione come connessione funzionale	»	97
4. L'integrazione come contaminazione professionale	»	111
5. Due idealtipi: integrazione meccanica e culturale	»	127
<b>Conclusioni</b>	»	131
1. Lavoro invisibile e disposizione collaborativa come legame sociale	»	131
2. Dare legittimità al retroscena per (ri)dare legittimità alle professioni sociosanitarie	»	133
3. Il retroscena nella formazione continua in medicina	»	134
<b>Bibliografia di riferimento</b>	»	137
	»	

## *Introduzione*

È difficile rimanere imperatore in presenza di un medico;  
difficile anche conservare la propria essenza umana:  
l'occhio del medico non vede in me che un aggregato di umori,  
povero amalgama di linfa e di sangue.

*Memorie di Adriano*  
Marguerite Yourcenar

La medicina è un simbolo potente nella storia e nelle società umane. Rappresenta la capacità di trascendere la nostra finitezza corporea e i nostri limiti biologici attraverso la ragione e le sue espressioni, come la ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica. La medicina contribuisce anche al mantenimento dell'ordine sociale perché consente a ciascuno di noi di affrontare la vita di ogni giorno con la relativa tranquillità che, quando avremo un problema di salute, piccolo o grande che sia, troveremo qualcuno, un esperto, un professionista, una tecnologia, che ci aiuterà ad affrontarlo e, possibilmente, a risolverlo. Di medicina sono pieni gli scaffali dei supermercati, le librerie, i cinema, le serie tv. Proprio perché è un oggetto simbolico così potente, è difficile riuscire a distinguere le proprietà mondane, quelle che riguardano il funzionamento quotidiano, le effettive capacità e le contraddizioni, dall'immagine pubblica di un sapere esperto a cui collettivamente deleghiamo la responsabilità del nostro futuro.

Il presente volume nasce dalla volontà e dalla necessità di esplorare cosa vi sia “dietro le quinte” della medicina, in quella zona grigia che sono le pratiche di cura quotidiane. Quello che il paziente, o l'osservatore esterno, spesso vede è la ribalta della medicina: il momento in cui si realizza l'atto terapeutico o diagnostico, quando l'intervento clinico diviene definito e tangibile. Tuttavia, per arrivare a quel momento finale, una vasta rete di attività di preparazione, coordinamento e mantenimento ha avuto luogo, lontano dagli occhi del “pubblico”.

Nelle “retrovie” operano i professionisti della salute, il cui lavoro di cura non si limita solo all'intervento clinico o tecnico ma comprende anche una miriade di attività quotidiane invisibili, nella letteratura scientifica, nei resoconti ufficiali e nelle narrazioni pubbliche ma necessarie per il raggiungimento dell'obiettivo comune: il massimo benessere possibile del paziente.

Dietro la scena visibile dei trattamenti sanitari esiste una trama nascosta di processi e pratiche che rendono possibile l'efficacia delle cure. L'intento del volume è quello di portare alla luce questi processi, attraverso uno studio



empirico che si rifà alle riflessioni teoriche di alcuni classici della tradizione sociologica, come Erving Goffman e Anselm Strauss, integrandoli con più recenti sviluppi nell'ambito degli studi organizzativi e degli studi sociali sulla scienza e con la tecnologia. Questo mix concettuale è necessario perché la medicina, come disciplina, occupa una posizione peculiare nel panorama delle scienze. La medicina è, infatti, una *scienza basata sull'azione*, il cui scopo ultimo è la cura delle malattie e il ripristino della salute. La finalità pratica rende la medicina una disciplina ibrida, dove si incontrano e si intrecciano il sapere scientifico, la manualità tecnica, l'abilità relazionale e il contesto socio-culturale.

Nel corso della sua storia, la medicina ha sempre cercato di mantenere un equilibrio tra la conoscenza teorica e l'applicazione pratica, tra l'adesione rigorosa a costrutti ideali e la flessibilità pragmatica necessaria per rispondere alle esigenze delle singole persone malate (come l'imperatore Adriano in esergo). Questo equilibrio, tuttavia, è diventato più difficile da mantenere con l'avvento della medicina basata sull'evidenza (*Evidence-based medicine*, EBM), che ha spostato l'asse della pratica medica verso la standardizzazione e la razionalità scientifica, a discapito delle specificità di pazienti e contesti locali e delle contingenze della vita quotidiana.

Un oggetto così peculiare ha bisogno di un apparato concettuale idoneo. Uno dei concetti chiave del libro è quello di *lavoro invisibile*, sviluppato da Strauss e Susan Leigh Star proprio studiando l'organizzazione sociale del lavoro medico. Spesso, nelle organizzazioni sanitarie, una parte significativa del lavoro svolto dai professionisti della salute rimane nascosta o non riconosciuta, anche dagli operatori stessi. Questo lavoro invisibile include attività essenziali come la preparazione e la manutenzione delle tecnologie mediche, la gestione delle informazioni cliniche, la comunicazione interprofessionale e il sostegno emotivo offerto ai pazienti e ai loro familiari. Le strutture sanitarie contemporanee sono ambienti altamente tecnologizzati, in cui la compatibilità tra le esigenze umane e le tecnologie utilizzate deve essere costantemente negoziata. L'approccio *sociomateriale* adottato nel libro permette di comprendere come le tecnologie e gli artefatti siano parte integrante delle pratiche di cura, contribuendo non solo alla realizzazione degli interventi clinici, ma anche ad orientarne l'esito e definire le relazioni tra i diversi attori coinvolti.

Il secondo tema centrale del libro, che popola il retroscena sociosanitario, è la *collaborazione* tra i diversi attori coinvolti nelle pratiche di cura. La medicina contemporanea non è più un'attività solitaria, come poteva essere in passato, quando il medico agiva come un'autorità incontestabile, depositario unico di un sapere pressoché esoterico, delle sue tecniche terapeutiche e

ritualità taumaturgiche. Oggi, le organizzazioni sanitarie non possono prescindere dal lavoro di squadra, in cui medici, infermieri, tecnici, amministratori e altri operatori devono necessariamente lavorare insieme per garantire un'assistenza efficace e di qualità. Si richiede una disposizione collaborativa da parte del contesto e di tutti gli attori coinvolti, che devono essere messi nelle condizioni di poter negoziare e adattarsi alle esigenze della pratica quotidiana.

Per portare alla luce il retroscena delle pratiche di cura, nel volume presente e discuto due casi etnografici realizzati in contesti sociosanitari concettualmente opposti: il reparto ospedaliero di Terapia intensiva e il distretto sanitario alle prese con l'implementazione dei servizi di integrazione socio-sanitaria. Il primo caso rappresenta il nucleo tecnico dell'apparato medico-sanitario, in cui, attraverso un intricato *ensemble* di tecnologie, farmaci, dispositivi clinici e scelte organizzative, la medicina mostra l'efficacia maggiore nell'addomesticare il corpo biologico e la variabilità umana. All'opposto, i servizi di integrazione socio-sanitaria cercano di contenere l'incertezza e l'instabilità che accompagna le traiettorie di cura al fuori dei setting ospedalieri. La scelta di questi casi nasce dall'intenzione di mostrare come, nonostante le differenze significative di contesto, il retroscena permane come lo spazio in cui la medicina si costruisce quotidianamente. In tal senso, l'etnografia rappresenta lo strumento privilegiato per osservare da vicino le pratiche quotidiane dei professionisti della salute e per comprendere come queste siano influenzate da fattori sociali, tecnologici e organizzativi. L'attenzione al dettaglio e alla complessità delle interazioni quotidiane permette di far emergere i processi invisibili che rendono possibile l'efficacia delle cure.

Il libro si articola in quattro capitoli. Il primo contiene la mia personale ricetta interpretativa, gli ingredienti teorici che nel mio percorso di ricerca e intervento in sanità (come formatore sui temi del comportamento organizzativo e delle competenze trasversali), si sono rivelati utili per la comprensione della medicina nelle sue manifestazioni più concrete, come le pratiche lavorative di dirigenti, medici, infermieri, coordinatori, assistenti sociali, e così via. Nel secondo capitolo elaboro più profusamente i concetti teorici che hanno orientato l'analisi empirica, ovvero la teoria drammaturgica elaborata da Goffman, gli studi di Strauss e del suo gruppo di ricerca sul lavoro invisibile in sanità e la collaborazione intesa come pratica sociale secondo l'accezione sviluppata da Richard Sennett. Oltre a ciò, fornisco i dettagli metodologici relativi alle ricerche etnografiche che discuto nei successivi due capitoli. Il terzo, infatti, è dedicato all'analisi del retroscena nel reparto di Terapia intensiva e delle forme che assume il lavoro invisibile in uno dei contesti più densamente tecnologici della medicina contemporanea. Il quarto capitolo,

invece, conduce tra gli uffici di infermiere domiciliari, assistenti sociali e servizi amministrativi, negli spazi di vita delle persone, alla ricerca di quell'oggetto indefinito e sfuggente che è l'integrazione sociosanitaria.

Nelle conclusioni cerco di trarre alcune considerazioni sull'importanza di dare visibilità e legittimità al retroscena per consentire alla medicina e agli attori che la abitano di ancorarsi ad una prospettiva pragmatica che aiuti a contenere la deriva estetizzante che approcci di tipo normativo e/o razionalistico, diffusi nel management, nelle comunità epistemiche e in quelle professionali, possono alimentare.

# *1. Breve compendio degli studi sociali sulla medicina*

## **1. La scienza anomala**

La medicina non è una scienza come tutte le altre. Partiamo da questo assunto, apparentemente paradossale. Nella società contemporanea, alla medicina vengono riconosciute una autorevolezza scientifica e un potere decisionale sui destini collettivi e su quelli personali pari a nessuna altra disciplina o sapere. L'ultimo e più evidente esempio si è avuto durante la pandemia di COVID-19, quando, in Italia, come in molte altre parti del pianeta, le decisioni di ordine pubblico erano subordinate a valutazioni di salute collettiva, elaborate da scienziati ed esperti che si muovevano nella galassia delle scienze della vita, soprattutto di area biomedica (Favretto, Maturo, Tomelleri, 2021; Lello, Bertuzzi, 2022; Migliorati, 2020). Eppure, la medicina non è una scienza come le altre. C'è una differenza sostanziale, rispetto alla biologia, alla chimica, alla genetica: la medicina non si pone unicamente come obiettivo la produzione di conoscenza e l'elaborazione di leggi universali per comprendere il mondo e la vita (al pari delle scienze "propriamente dette") ma possiede, sin dalla propria fondazione (che risale all'antica Grecia), la finalità pratica di curare le malattie e ripristinare il benessere delle persone, all'interno di contesti storici e socioculturali determinati. Un radicamento nel divenire storico-sociale della concretezza delle esistenze personali, dei singoli corpi malati, delle abitudini di vita, dei medicinali officinali, dei trattamenti curativi per portare sollievo alla sofferenza individuale e collettiva. Un radicamento che dal punto di vista epistemologico comporta una sorta di corruzione dell'aspirazione universalistica a cui tende l'enunciazione scientifica post-cartesiana, generando così un'ambivalenza gnoseologica che assegna alla medicina uno status anomalo tra le scienze naturali e della vita: non è (solo) una scienza pura (che persegue fini epistemici), fondata sulla conoscenza teorica, e non è nemmeno (solo) una scienza empirica (che

persegue fini sociali), fondata sull'esperienza pratica. È una scienza «basata sull'azione» (*action-based science*), secondo l'espressione coniata da Alfons Labisch (2015) per sottolineare come la produzione della conoscenza in medicina abbia (o dovrebbe avere) finalità pragmatiche. “L'arte lunga” (Cosmacini, 2014), infatti, già nella tradizione classica era considerata una tecnica (*téchne*), il termine greco con cui si indicava una “arte” o un “mestiere”, ovvero un insieme omogeneo di attività pratiche, relative ad uno scopo e coerenti con valori socialmente riconosciuti. Questo valeva sia per il fabbro che conosce i metalli e ne modella le forme, sia per il medico che comprende i principi della natura umana e cura la salute delle persone, affidandosi ad equilibrio e moralità. Principi filosofici e attitudini spirituali che accompagnano l'osservazione metodica della malattia e delle sue manifestazioni corporee, praticata già da Ippocrate di Cos (nel IV secolo a.C.), considerato il padre ispiratore della medicina scientifica, che vedrà poi la luce nel 1500 e si dispiegherà nei secoli successivi, sino ad arrivare all'oggi (Foucault, 1969). Il medico è da sempre interessato sia a comprendere e interpretare i fenomeni biologici, fisiologici e patologici che avvengono nel corpo umano, sia ad elaborare e applicare metodi e rimedi per lenire il dolore e guarire le malattie, o quantomeno contenerne l'impatto.

La medicina sin dalle origini si presenta come *Giano bifronte*<sup>1</sup>, uno sguardo rivolto verso il mondo delle idee e verso la conoscenza universale e l'altro rivolto verso il mondo della contingenza e del mutamento che si manifesta attraverso la malattia, segno ontologico della finitudine umana (Cavicchi, 2022).

Il dualismo investe l'impianto normativo e concettuale della medicina stessa, che si articola in tre moduli gerarchicamente decrescenti per ordine di grandezza:

- . il *paradigma*, nel senso kuhniano del termine,<sup>2</sup> che definisce assunti di carattere normativo relativi al rapporto con il mondo;
- . la *dottrina*, che traduce il paradigma in regole di portata universale per istruire l'azione della medicina;

---

<sup>1</sup> Non per nulla la figura mitologica del Dio Giano, custode della trasformazione e del mutamento nella tradizione romana, rappresentato come un dio bicefalo, è stata spesso associata alla medicina per segnalare il dualismo epistemologico tra conoscenza e prassi e per rilevare la vocazione ad abitare e varcare i confini dell'umano, dalla malattia alla guarigione, dall'infermità alla salute. Riguardo alla simbologia legata a questa figura si veda il lavoro di Sandro Spinsanti (<https://sandrospinsanti.eu/istituto-giano/>).

<sup>2</sup> Ovvero l'insieme delle ipotesi e delle convinzioni condivise dalla comunità scientifica circa le conoscenze ritenute affidabili (cosiddette “da manuale”), quali siano le domande scientificamente lecite e rilevanti, come debbano essere investigate (Kuhn, 2009).

. la *disciplina*, che presiede alla prassi, trasformando gli enunciati dottrinali in regole operative (Cavicchi, 2022).

Il paradigma rappresenta la cornice di senso entro cui si muove la medicina, fornendo assiomi generali circa il rapporto tra la scienza e il mondo “esterno”, sia sul versante della conoscenza, sia su quello valoriale e deontologico. La dottrina, coerentemente con il dominio epistemico in cui si iscrive, fornisce l’apparato teorico e metodologico delle conoscenze di riferimento e delle tecniche ritenute legittime per produrle. Infine, la disciplina è il sistema delle regole operative che derivano dalla dottrina e conducono al capezzale del malato. Nella medicina contemporanea, il paradigma dominante è rappresentato dall’*Evidence-based medicine* (EBM), che ha condotto alla piena affermazione della medicina scientifica e allo spostamento dell’asse arte-scienza verso questo secondo polo; la dottrina dell’EBM si rifà alla filosofia positivista (e neo-positivista) che assegna il primato epistemologico alla razionalità e alla logica formale e si traduce sul piano metodologico nel predominio delle tecniche matematiche e probabilistiche di investigazione dei fenomeni; e la disciplina, che rappresenta la pratica clinica, le concrete attività diagnostiche, terapeutiche e assistenziali, risulta scotomizzata tra l’attesa di adesione a protocolli universali e la variabilità dell’agire umano e l’imprevedibilità del mondo della vita (Cavicchi, 2020; Greenhalgh, 2011).

Di tutto questo dirò diffusamente nel corso del libro, ma mi premeva evidenziare in apertura la peculiare complessità della scienza medica. Anzi, della scienza e della pratica medica, per essere più in linea con quanto sopra. Questa scienza anomala, che è così importante per la vita di ciascuno di noi, poiché in essa cerchiamo (e, di solito, troviamo) risposta alle nostre più intime fragilità (relative alla sofferenza e alla morte), e per la società contemporanea, poiché anche attraverso di essa può immaginarsi proiettata verso scenari futuri di crescente benessere diffuso. Per cercare di cogliere tale peculiare complessità, relativa a piani logici diversi (dall’episteme alla prassi), dimensioni sociologiche intrecciate (dalle politiche sanitarie, all’organizzazione dei servizi, fino alla pratica quotidiana di professionisti, pazienti e caregiver) e reti interattive eterogenee (composte da attori umani, esseri viventi non umani come i virus, e oggetti come artefatti e tecnologie), credo sia necessario un apparato concettuale altrettanto articolato. Nel caso del presente volume, la cornice teorica comprende una combinazione di sguardi differenti che con diversi approcci e prospettive hanno investigato la medicina. Nei paragrafi a seguire cercherò di ripercorrerne le tradizioni nei contenuti fondamentali e in quelli che, a mio avviso, sono i principali contributi per la comprensione della medicina contemporanea. Tale revisione della letteratura

non ha pretesa di esaustività e non procede seguendo criteri di sistematicità. È, piuttosto, l'esito di una rassegna biografica, maturata durante un percorso personale e professionale di studio e di investigazione che ha cercato di unire la tradizione della sociologia della salute con lo sguardo organizzativo, attraverso la lente degli studi sociali sulla scienza e la tecnologia, con occasionali incursioni in campo filosofico e antropologico.

## 2. Salute, medicina e sociologia

La sociologia si occupa del rapporto tra i prodotti umani (da un semplice rituale religioso alla più avanzata tecnologia aerospaziale, passando per le forme del linguaggio e dell'immaginario) e il più ampio contesto storico, sociale e culturale, per indagare i condizionamenti reciproci tra i due piani. E se assumiamo che la medicina è un prodotto umano, allora rientra "d'ufficio" nell'ambito di competenza della conoscenza sociologica. Anche salute e malattia, a cui tutti noi attribuiamo significati tendenzialmente univoci, sono oggetti sociologici poiché, a ben guardare, non sono altro che categorie astratte, il cui significato si riempie di contenuti specifici nei diversi periodi storici e contesti culturali (Labisch, 2015; Maturo, 2007).

Possiamo rintracciare l'origine della sociologia della medicina (*medical sociology*) nella seconda metà del XX secolo negli Stati Uniti, sebbene le radici affondino nella tradizione precedente. Anche i padri della sociologia, Émile Durkheim e Max Weber tra i primi, hanno indicato come il ruolo dei fattori sociali sia rilevante nel condizionare la salute individuale e collettiva. Nell'opera *Le suicide*, Durkheim (1969), servendosi di uno studio sui tassi di mortalità in diversi Paesi europei, mostra come l'atto dell'autosoppressione, apparentemente il gesto più intimo e soggettivo, sia connesso a fattori sociali, come il grado di regolazione sociale (relativo ai meccanismi e alle strutture sociali che governano e mantengono l'ordine sociale) e di integrazione sociale (relativo al livello di coesione e di solidarietà tra i membri di una società). Anche Weber si interroga su come il benessere psicofisico degli individui sia correlato con la dimensione simbolica, con il sistema produttivo e con il processo di razionalizzazione, che prevede rinchiuderà l'Occidente in una gabbia d'acciaio, in cui rimarranno intrappolate le persone, i gruppi sociali e le istituzioni (Cockerham, Scambler, 2015). Tuttavia, il processo di istituzionalizzazione della disciplina in un corpus autonomo di conoscenze varia da nazione a nazione, accompagnando la traiettoria di istituzionalizzazione della sociologia come disciplina accademica, a partire da Stati Uniti e Gran Bretagna (Collyer, Scambler, 2015).

Negli Stati Uniti, la sociologia della medicina era conosciuta dagli anni '40, ma il passo decisivo per l'affermazione della disciplina avvenne nel 1951, con la pubblicazione di *The social system* di Talcott Parsons, destinato a rimanere per molti anni il punto di riferimento fondamentale nello studio della medicina occidentale e del rapporto medico-paziente, oltre che caposaldo della scuola funzional-strutturalista. È tra gli anni '50 e gli anni '60 che si assiste al consolidamento della sociologia della medicina, in un contesto sociale di crescita economica e di fermento culturale alimentati dal successo del modello industriale fordista-taylorista, dalla stabilità sociale generata dalle nascenti politiche di welfare state e dalla società del benessere ormai alle porte (Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020). Nello stesso periodo, l'affermazione della disciplina viene facilitata dalla collaborazione con la psichiatria, che in quegli anni vantava un livello di istituzionalizzazione maggiore. Molte ricerche vedono così la partecipazione di sociologi e psichiatri e questo facilitò l'accesso ad un campo di ricerca fino a quel momento inesplorato per la sociologia e spesso diffidente verso l'esterno.

Mentre si va ampliando l'interesse sociologico rispetto i temi della salute e si moltiplicano ricerche empiriche e riflessioni teoriche, si apre un dibattito interno alla sociologia medica stessa: Robert Straus (1957), dopo aver realizzato un esaustivo inventario degli studi e delle professionalità che a vario titolo si erano occupati dei fattori e processi socioculturali connessi alla salute e alla malattia (scoprendo che vi erano implicati molti medici, antropologi, psicologi e assistenti sociali) distingue tra due approcci prevalenti: la sociologia *della* medicina e la sociologia *in* medicina. Il primo approccio individua un maggior interesse verso il modo in cui le dinamiche sociali più ampie influiscono sulla medicina e sulla salute pubblica e le ricerche si caratterizzano per lo studio dei processi e delle strutture sociali che influenzano la salute, la malattia e il sistema sanitario, con una netta propensione alla speculazione teorica. Tendono inoltre a focalizzarsi sull'impatto che i fattori sociali (come classe, etnia, genere e potere), possono avere sulle pratiche mediche, sulle politiche sanitarie e sugli *outcome* di salute.

Il secondo approccio è meno interessato alle questioni teoriche di ampio respiro e più focalizzato sul miglioramento dei risultati all'interno del quadro medico esistente. Gli studi che fanno riferimento alla sociologia in medicina hanno un taglio più applicativo e si concentrano prevalentemente sul lavoro medico-infermieristico per risolvere problemi pratici. Operatori sanitari, come medici, infermieri e funzionari della sanità pubblica, collaborano nelle ricerche sociologiche per affrontare e porre rimedio a questioni specifiche relative alla cura delle persone malate, ai comportamenti del personale sanitario e all'erogazione dei servizi.



La distinzione introdotta da Straus è importante perché rileva una prima e fondamentale differenza di approccio ma naturalmente non può restituire la complessità degli studi e del dibattito scientifico che si è sviluppato da allora sino ad oggi. Dagli anni '70 e '80, infatti, periodo in cui i sistemi sanitari pubblici e privati, prima negli USA e in Gran Bretagna, e poi in Europa, hanno registrato importanti investimenti economici, interventi normativi<sup>3</sup> e riforme organizzative, la sociologia della medicina prosegue nell'iter di istituzionalizzazione, e si allarga lo spettro dei fenomeni studiati e delle prospettive analitiche, anche sull'onda delle trasformazioni culturali e sociali che attraversano quei decenni (Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020). È proprio in questo periodo che inizia a differenziarsi anche la denominazione della disciplina: l'espressione *sociologia medica* permane in uso soprattutto negli Stati Uniti e in essa tendono a riconoscersi soprattutto studiosi che si rifanno alla prospettiva della sociologia in medicina (Petersen, 2023), mentre in Europa ed Australia si va diffondendo la denominazione di *sociologia della salute e della malattia*, per includere le nuove sensibilità e prospettive analitiche che i teorici del conflitto, i movimenti femminista e antipsichiatrico portano riguardo i temi del benessere e della salute personale e collettiva.

Da qui in avanti, proprio per tener conto di questo cambio paradigmatico, che non è meramente terminologico bensì concettuale, utilizzerò l'espressione *sociologia della salute e della medicina*, anche come forma di mediazione rispetto alla dicotomizzazione proposta da Strauss, che sebbene utile per comprendere le spinte presenti nella disciplina nascente, rischia di costruire steccati ideologici che possono compromettere la comprensione di fenomeni che nel tempo si sono fatti sempre più complessi. Sol Levine (1987) propone di passare alla preposizione "con" per definire la relazione tra sapere sociologico e sapere medico, nell'occuparsi della salute e della medicina come prodotti sociali. Una sociologia *con* la medicina, in cui entrambe le discipline

---

<sup>3</sup> In Italia, nel 1978 viene promulgata la Legge 883, che istituisce il Sistema Sanitario Nazionale, ispirandosi al National Health System inglese, approvato ufficialmente nel 1948, sull'onda della popolarità ricevuta dal rapporto Beveridge. Il Rapporto Beveridge, pubblicato nel 1942 e diretto dall'economista William Beveridge, influenzò la creazione dello stato sociale nel Regno Unito post-Seconda guerra mondiale. Prometteva ricompense per i sacrifici della guerra e fu la base per l'espansione della National Insurance e la creazione del National Health Service. Ispirato dalle politiche sociali di Stati Uniti e Nuova Zelanda, il piano mirava a garantire prestazioni minime universali per una vita dignitosa, coprendo reddito, alimentazione, alloggio, istruzione e cure mediche. Il sistema proponeva un legame tra politica sociale ed economica per raggiungere la piena occupazione e bandire la povertà (Giarelli, Neri, 2020).

possano godere della medesima legittimità scientifica e del medesimo status istituzionale pur con prospettive epistemologiche peculiari<sup>4</sup>.

Spostando il focus del discorso sugli oggetti della sociologia della salute e della medicina, si scopre un universo ampio e variegato di temi e approcci, che può essere navigato utilizzando la dimensione sociologica prevalente (micro-meso-macro) come bussola, nel tentativo di restituire una visione d'insieme della moltitudine di fattori che intervengono nel plasmare e concretizzare i concetti di salute e di malattia nelle biografie individuali e collettive e a trasformare la medicina da contenitore simbolico istituzionale a un sistema organizzativo e professionale che eroga ogni giorno servizi di cura e di assistenza, in setting socioculturali concreti (Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020). In questa sede è utile ricordare che le prospettive *microsociologiche* riguardano il vissuto intimo e incarnato della malattia, l'esperienza soggettiva di chi si confronta con i professionisti della cura e con le istituzioni sanitarie e investigano la costruzione sociale del corpo, il rapporto tra salute e corsi di vita, l'esperienza di malattia e le sue narrazioni, la salute mentale e il rapporto medico-paziente, declinato nei termini di relazioni di cura. Il piano *mesosociologico* è il luogo della negoziazione dei significati e dell'agire nelle reti formali (organizzazioni, associazioni, istituzioni) e informali (familiari, amicali, di prossimità), che si concretizza nello studio del rapporto tra relazioni familiari, reti sociali e salute degli adulti e dei bambini, del contributo dell'associazionismo nella coproduzione dei percorsi di cura, dell'integrazione tra servizi sanitari e risorse territoriali, dell'organizzazione delle strutture ospedaliere e delle mutevoli configurazioni delle professioni sanitarie. Infine, sul versante *macrosociologico*, entra in gioco il più ampio contesto societario, nelle sue manifestazioni economiche, culturali e politiche, annoverando studi e riflessioni che riguardano le politiche sanitarie, le disuguaglianze sociali di salute, la salute digitale, la medicalizzazione nelle diverse declinazioni e il rapporto tra migrazione e salute globale, sia nei termini di accesso ai servizi sia di pratiche di cura.

Ripercorrere, seppure così sinteticamente, lo sviluppo della disciplina mostra come l'impegno per comprendere il legame tra salute, medicina e società richieda uno sforzo costante, una sfida che non potrà mai ritenersi compiuta una volta per tutte perché il divenire storico-sociale continua a

---

<sup>4</sup> Un obiettivo indubbiamente auspicabile, sebbene alquanto distante dalla situazione attuale, almeno in Italia, dove nei Corsi di Laurea in Medicina, le discipline sociologiche sono quasi assenti dai piani degli studi (Lombardi *et al.*, 2023). La situazione è leggermente migliore nei Corsi di Laurea per le Professioni Sanitarie dove c'è una maggiore diffusione ma il numero di crediti formativi (e quindi l'impegno didattico) riservati alla sociologia resta marginale (Lombardi *et al.*, 2024).

rimescolare le carte e a sollecitare nuovi studi, prospettive e strumenti per coglierne manifestazioni e dimensioni esplicite e latenti. Sfida nella sfida, la sociologia non è un sapere monolitico, fondato su un unico principio, criterio o assioma. O meglio, l'asserzione con cui si apre il paragrafo, la correlazione tra contesto storico-sociale e manifestazioni culturali e comportamentali dei gruppi e delle persone, dovrebbe essere condivisibile dalla gran parte dei colleghi e delle colleghe ma poi, come questa si declini in teorie interpretative è tutta un'altra partita.

La storia del pensiero sociologico è una lotta costante tra la prospettiva strutturalista, che postula la preminenza dei fattori sistemici e materiali sull'agire personale, e la prospettiva individualista che, al contrario, afferma la centralità del soggetto, anche nei confronti di istituzioni, tradizioni e poteri consolidati. Passando per numerosi tentativi di conciliazione di questi due estremi. La sociologia della salute e della medicina è attraversata dalle medesime perturbazioni concettuali e vi si possono rintracciare le principali correnti sociologiche che qui, per ragioni di spazio, posso solo menzionare: lo struttural-funzionalismo, la teoria critica, l'interazionismo simbolico, la fenomenologia, l'etnometodologia e l'approccio drammaturgico (Cardano, Giarelli, Vicarelli, 2020). È in particolare quest'ultimo, elaborato dal sociologo canadese Erving Goffman, uno dei nomi più illustri della *seconda scuola di Chicago*<sup>5</sup>, a fornire un tassello importante al framework teorico che ispira il presente volume, ovvero l'idea che la vita quotidiana possa essere intesa come una messa in scena teatrale, in cui ciascuno di noi recita una molteplicità di ruoli, di copioni socialmente assegnati e riconoscibili, e che ci alterniamo continuamente tra le performance sul proscenio e i preparativi nel retroscena. E anche l'agire medico-infermieristico e la quotidianità nei servizi sociosanitari possono essere interpretati con questa lente, come cercherò di mostrare nel corso del libro.

---

<sup>5</sup> La *seconda scuola di Chicago* rappresenta una corrente significativa nella sociologia statunitense che prese forma all'Università di Chicago tra gli anni '30 e '60. Viene vista come una continuazione e un'evoluzione della *prima scuola di Chicago*, che si era distinta per i studi sull'urbanesimo e sull'ecologia sociale. Mentre la prima scuola concentrava la sua attenzione sull'analisi delle dinamiche urbane e della vita cittadina, la seconda scuola di Chicago adottò un approccio sociologico più strutturato, influenzato da teorie del comportamento sociale e da metodologie di ricerca empirica. I sociologi appartenenti a questa corrente continuarono a esplorare le istituzioni urbane, ma ampliando il campo di studio per includere la devianza, l'organizzazione sociale e l'interazione simbolica. Tra le figure più rilevanti di questa scuola si trovano Herbert Blumer, che contribuì allo sviluppo dell'interazionismo simbolico, Howard Becker, che ha rivoluzionato l'approccio alla devianza, Anselm Strauss, di cui dirò nel prossimo paragrafo, e Goffman, per l'appunto. Questo movimento consolidò il ruolo dell'Università di Chicago come punto di riferimento nella sociologia, lasciando un'impronta duratura sulla disciplina.

### 3. Organizzazioni e professioni tra potere medico e pratica clinica

Dalla sua comparsa nell'antica Grecia, la medicina ha cercato di circoscrivere il proprio territorio di competenza legittima anche in termini spaziali e temporali. L'ospedale incarna la massima espressione della medicina occidentale contemporanea: ad iniziare dai primi ospedali, dall'*asylum miserorum* del tardo medioevo europeo che accoglieva malati e indigenti di ogni tipo, sino alle più moderne organizzazioni sanitarie nelle quali convivono tecnologie, professionisti, ricercatori, manager, oltre naturalmente ai pazienti e ai loro familiari (Bruni, Rossi, 2020).

Ospedali pubblici, cliniche private, case di cura, centri di ricerca, istituti di cura e ricerca a carattere scientifico, poliambulatori, centri di riabilitazione, costituiscono un complesso sistema che in ogni nazione occidentale impegna migliaia di lavoratori e ingenti risorse economiche per la gestione del personale e delle strutture: nei principali paesi europei, la spesa per l'erogazione dei servizi sanitari si attesta intorno al 9% del PIL, con variazioni significative tra finanziamento pubblico e prestazioni sanitarie *off pocket*, acquistate dai cittadini presso strutture private<sup>6</sup> (OECD, 2023). Gli ospedali sono tra le organizzazioni sanitarie più studiate anche perché illustrano empiricamente molti dei processi caratteristici della società industriale, come l'urbanizzazione, la secolarizzazione, la dominanza del potere professionale e lo sviluppo delle prestazioni di servizio (Turner, 1987).

Sin dagli anni '50 è nota la rilevanza degli aspetti organizzativi della pratica medica, seppure gli oggetti di interesse e di studio siano andati mutando nel corso degli anni.

Uno dei primi autori ad occuparsene è stato Eliot Freidson (2002), che vedeva, nella crescita e nella localizzazione delle strutture sanitarie nell'edilizia urbana, il consolidamento dell'autorità dei medici come categoria professionale, portatrice di precise istanze politiche. È il carattere istituzionale dell'organizzazione sanitaria ad essere al centro dell'analisi del sociologo americano. Già George Miller (1961), durante una ricerca alla Harvard Medical Unit del Boston City Hospital, aveva notato come l'affermazione del medico in termini di carriera accademica fosse valutata in relazione al prestigio e all'ubicazione dell'ospedale nel quale operava, più che sull'effettiva capacità didattica e sulle specializzazioni acquisite.

Nella definizione di Parsons (1965), l'ospedale è concepito come una struttura nella quale sono accentrate risorse tecniche e organizzative

---

<sup>6</sup> In Italia, secondo i dati ISTAT, nel 2022 la spesa sanitaria delle famiglie ha rappresentato il 2,2% del PIL nazionale.

funzionali al recupero delle condizioni di salute. Separata dal normale corso della vita degli individui, in tale struttura, gli obblighi e le regole della vita quotidiana vengono sospesi, ad iniziare dall'autonomia di movimento, limitata nel momento in cui si varca la soglia del nosocomio e ci si deve adeguare alle prescrizioni dei sanitari e all'organizzazione della struttura. L'ospedale è così il luogo in cui avviene una nuova socializzazione per l'individuo, che da generica "persona sofferente" diviene "malato" a tutti gli effetti e inserito in un ordine di obblighi e aspettative, che riproducono la struttura sociale. L'intuizione di Parsons consiste nell'aver mostrato come «gli ospedali contribuiscono alla riproduzione della società nonostante essi siano differenti dalla stessa società»<sup>7</sup> (Van der Geest, Finklerb, 2004, p. 1998). Parsons e Renée Fox (1952) furono anche tra i primi autori ad affermare che la cura dei malati stesse abbandonando le mura domestiche, riservate alle premure dei familiari, per effettuarsi sempre più in istituzioni deputate appositamente a quella funzione: gli ospedali, appunto.

Erving Goffman, dopo un lungo studio etnografico presso il St. Elizabeths Hospital a Washington, nel volume *Asylums* definisce l'ospedale psichiatrico come una *istituzione totale*, ovvero «un ibrido sociale, in parte comunità residenziale, in parte organizzazione formale» (Goffman, 2003c, p. 42). E in questo ibrido sociale, il sociologo canadese si concentra su aspetti fino a quel momento inesplorati della vita del microcosmo ospedaliero, che definisce il "mondo sotterraneo". Oltre alla vita istituzionale dell'organizzazione, il sistema degli incentivi e dei valori ufficiali e la presenza formale della minaccia costante della punizione (aspetti che Goffman denomina *adattamenti primari*), l'occhio del ricercatore si concentra sugli *adattamenti secondari*, ovvero «le pratiche che costituiscono la vita sotterranea delle istituzioni sociali» (p. 223): spazi privati e strategie d'azione che gli internati riescono a ritagliarsi negli interstizi dell'organizzazione formale e di fondamentale importanza per il mantenimento del sé durante l'internamento.

L'opera di Goffman è stata un importante punto di partenza per gli studiosi interessati alle dinamiche microsociali in ambito sanitario (e non solo). Anche Anselm Strauss e colleghi (1963), durante una ricerca in un ospedale psichiatrico, notano come il governo della struttura sia il risultato di una *negoziante continua* tra diversi interessi veicolati da differenti attori: medici, personale infermieristico, amministratori, pazienti. Notano come tale processo sia efficace per la presenza di un obiettivo comune, che riguarda la dimissione del paziente in condizioni migliori dal momento dell'accesso all'ospedale: «L'obiettivo è il cemento simbolico che, metaforicamente

---

<sup>7</sup> Le traduzioni in italiano di fonti originali in inglese sono mie, salvo diversamente indicato.

parlando, mantiene insieme l'organizzazione: il simbolo a cui tutto il personale può confortevolmente e frequentemente puntare con la garanzia che *almeno* su questo aspetto tutti siano d'accordo!» (Strauss *et al.*, 1963, p. 154, corsivo nell'originale).

Nello stesso periodo, un ulteriore stimolo allo studio della medicina viene dalla sociologia delle professioni, che si andava istituzionalizzando nelle principali università del nord America. La sociologia vede nell'ascesa della professione medica il prototipo del processo di divisione sociale del lavoro caratteristico della moderna società industriale. Tra i temi affrontati vanno menzionati lo studio di Parsons (1965) nel quale si individuano i prerequisiti funzionali connessi alle prestazioni professionali, l'analisi della gestione dell'incertezza nell'iter formativo medico di Fox (1957) e i lavori di Freidson (2002), nei quali teorizza l'asimmetria della relazione medico-paziente e sviluppa il concetto di *dominanza professionale* della classe medica.

Parsons, preoccupato di rintracciare i requisiti funzionali necessari all'integrazione di un sistema sociale, inserisce medici e pazienti in un contesto interattivo definito in termini di ruoli e vede nella malattia una forma di devianza potenzialmente dannosa per l'intero organismo sociale, perché impedisce agli individui di adempiere ai propri compiti di ruolo. È la struttura generale stessa del sistema sociale, secondo Parsons, a generare l'asimmetria nella relazione medico-paziente, imperniata sulla legittimazione della dominanza professionale del ruolo medico. Dalla sua pubblicazione nel 1951, quello parsoniano diviene ben presto il modello sociologico più citato e, allo stesso tempo, il più criticato, per la rigidità interna, per essere medico-centrico e per la scarsa attenzione alla variabilità sociale (Willies, 2015).

Lo studio di Fox (1957) discute come, durante l'iter formativo, i futuri medici apprendono a controllare le proprie emozioni in funzione di due obiettivi: l'assunzione di un atteggiamento distaccato verso i pazienti e la gestione dell'incertezza. Fox individua tre cause di incertezza nella professione medica, a cui i giovani studenti vengono preparati:

- a) la consapevolezza di non poter imparare e memorizzare tutto lo scibile in campo medico;
- b) l'incertezza derivante degli stessi limiti del sapere medico;
- c) la difficoltà nel distinguere, nella pratica clinica, i limiti del proprio sapere da quelli della disciplina stessa.

È la condivisione delle stesse problematiche con gli altri studenti, secondo Fox, congiunta all'esperienza quotidiana dell'incertezza legata alla vita universitaria, a consentire ai futuri medici di formarsi un bagaglio emozionale e simbolico per poter affrontare le difficoltà della pratica medica.

Una successiva ricerca di Howard Becker e colleghi<sup>8</sup> (1961) alla facoltà di medicina dell'Università del Kansas confermò come un elemento centrale del percorso di formazione dei futuri medici fosse la comprensione della malattia e la morte come fenomeni esclusivamente clinici, depurati di qualsiasi componente emozionale.

Freidson (2002), diversamente da quanto affermava Parsons, sostiene che alle spalle del potere professionale medico vi siano interessi privati e di categoria anziché una spinta altruistica diretta alla collettività. Nelle sue elaborazioni, anche il rapporto medico-paziente diventa il palcoscenico di un conflitto tra prospettive differenti che dipendono dai condizionamenti sociali a cui gli attori sociali sono esposti e dalle reti di appartenenza: sia il medico sia il paziente porteranno nell'incontro la cultura del gruppo sociale di provenienza, i propri valori di riferimento, il proprio bagaglio esperienziale e di aspettative, che cercheranno di far prevalere sull'altro durante l'interazione comunicativa. Il concetto di dominanza medica si riferisce a tale potere e all'autorità che la professione medica esercita all'interno della società, nel formulare le definizioni di salute e di malattia e le cornici giurisdizionali entro cui può esercitare legittimamente la propria autorità, escludendo altre professioni o altri saperi.

Anche Howard Waitzkin e John Stoeckle (1972), partendo da uno studio sulla comunicazione delle informazioni, si interrogano sulla tendenza, osservata in molti medici, di mantenere il paziente in una condizione di incertezza, quand'anche questi desideri essere informato. I due studiosi, ipotizzano che possa esistere una connessione diretta fra l'esercizio/mantenimento del potere e lo stato di incertezza in cui è relegato chi vi è soggetto. La riluttanza della classe medica a fornire informazioni o spiegazioni al paziente sarebbe legata al bisogno di auto-affermazione del professionista, il quale riuscirà a preservare la dominanza quanto più sarà abile nel controllare lo stato di incertezza; inoltre, nel caso di patologie gravi, rivelare lo stato della malattia equivarrebbe, da parte del medico, ad ammettere la propria impotenza e per tale ragione viene taciuto.

Dal punto di vista organizzativo, a partire dagli anni '60 è soprattutto il modello burocratico weberiano ad essere ispiratore dei principali lavori. L'ospedale è visto come un'organizzazione caratterizzata da strutture formali che fanno da sfondo ad accesi conflitti verticali e orizzontali, tra il

---

<sup>8</sup> Questo studio rappresenta un prodotto emblematico della *seconda scuola di Chicago*, a cui partecipano, oltre a Becker, Everett Hughes, uno dei padri della sociologia delle professioni, e Anselm Strauss, che tra i primi indagherà empiricamente il lavoro medico e avrà un'influenza fondamentale nella sociologia della salute e della medicina e negli studi sociali sulla scienza e la tecnologia.

carattere burocratico dell'amministrazione e il potere acquisito dei professionisti sanitari (Goss, 1963). La conduzione manageriale ed economica, la gestione dell'autorità e i rapporti interprofessionali diventano temi molto dibattuti. In una ricostruzione storica dell'evoluzione di un ospedale americano, Charles Perrow (1965) nota come il passaggio da tipologie gestionali differenti e l'emergere di nuovi gruppi di potere modifichi i valori, le funzioni e gli obiettivi strategici dell'ospedale. Istituito a fine '800 come struttura sanitaria volontaristica e gratuita e gestita da una fondazione fiduciaria (*trustee*), l'ospedale studiato subisce le prime ingenti trasformazioni intorno agli anni '30 del secolo passato, per l'ascesa professionale e politica della classe medica. La principale conseguenza del maggior peso della classe medica è la drastica riduzione dei servizi gratuiti in favore di un ampliamento degli spazi per i pazienti paganti, che divengono ben presto l'utenza preferenziale. Connesso a ciò, si registra anche un sensibile investimento tecnologico e professionale per il miglioramento delle prestazioni effettuate, il tutto finalizzato alla crescita del prestigio del nosocomio e alla conquista di nuovi utenti. In seguito, prosegue Perrow, emerge la necessità di limitare la supremazia dei medici e stabilire criteri oggettivi per la promozione e l'aderenza ai bisogni dei pazienti e dell'organizzazione stessa. Intorno agli anni '40 e '50 sono l'amministratore e il suo entourage ad assumere un peso rilevante nella gestione della struttura, condizionando sia direttrici economiche di sviluppo sia aspetti medici e assistenziali. Sono i valori dei fiduciari ad essere interposti tra le indicazioni politiche ed economiche dei medici e la comunità a cui si rivolge l'ospedale. Secondo Perrow, si ha una convergenza tra i compiti della fondazione fiduciaria, interessata agli aspetti più economici e pubblici, e l'ufficio dell'amministratore che si occupa principalmente della gestione e supervisione della routine dell'ospedale. Paul Starr (1984) inoltre sottolinea come sia soprattutto con l'introduzione degli antisettici e dell'anestesia che l'ospedale moderno si trasforma in un'organizzazione altamente tecnologica, incentrata sulla chirurgia.

Dopo alcuni decenni in cui gli ospedali sono oggetto di interesse, lo sguardo organizzativo si sposterà dalla sanità, lasciando un periodo di vuoto di oltre vent'anni, durante i quali saranno soprattutto gli aspetti relazionali e comunicativi, nelle interazioni medico-paziente e nell'esperienza di malattia ad essere oggetto di indagine sociologica (Davies, 2003).

Un rinnovato interesse per l'organizzazione sanitaria si manifesta intorno agli anni '80, stimolato da importanti trasformazioni socio-economiche: la diffusione delle tecnologie informative e dei personal computer, sempre più presenti nella vita organizzativa, con importanti conseguenze sul lavoro stesso e il consolidarsi del *new public management* (NPM) come modello



gestionale di riferimento per il settore pubblico, sviluppato per adeguare le organizzazioni pubbliche ai valori e alle aspettative del sistema economico neoliberista, che metteva radicalmente in discussione il modello di welfare del secondo dopoguerra, fondato sul finanziamento pubblico<sup>9</sup> (Kirkpatrick *et al.*, 2009). Il NPM introduce nuovi meccanismi di pianificazione e controllo orientati alla performance e al risultato, secondo il modello gestionale tipico del settore privato<sup>10</sup>.

Un contributo prezioso per la comprensione dell'organizzazione sociale del lavoro clinico mentre tali trasformazioni stavano accadendo viene dagli studi di Strauss e colleghi (in particolare Strauss *et al.*, 1985 e Strauss, 1985), in cui sono analizzate le traiettorie di malattia nelle quali si declina il lavoro clinico, mediante quali mansioni, compiti e attività, quali relazioni, quali risorse e strumenti, in una prospettiva sincronica che si modifica durante il dispiegarsi dell'iter diagnostico, terapeutico e assistenziale. Strauss e colleghi identificano diversi "tipi" di lavoro: lavoro con le macchine (*machine work*), lavoro per la sicurezza clinica (*safety work*), lavoro di comfort (*comfort work*), lavoro emotivo (*sentimental work*) e lavoro di articolazione (*articulation work*) (Strauss *et al.*, 1985). Quest'ultima tipologia è particolarmente rilevante poiché per la prima volta attribuisce legittimità teorica a tutte quelle attività che avvengono "dietro le quinte" delle performance tecniche, spesso invisibili ai canonici strumenti di rendicontazione organizzativa, ma necessarie per coordinare, integrare e gestire i molteplici compiti, ruoli e responsabilità coinvolti in ambienti di lavoro complessi e collaborativi (Bronzini, Lusardi, Atzori, 2023). Questa intuizione teorica sarà ulteriormente sviluppata con il concetto di *lavoro invisibile* (Star, Strauss, 1999) che identifica compiti, attività e/o responsabilità essenziali per il successo o il mantenimento di un sistema, che non vengono rilevati nei modelli di organizzazione razionale del lavoro, utilizzati per pianificare, governare e rendicontare l'attività clinico-assistenziale. È un concetto teorico che ha avuto una diffusione

---

<sup>9</sup> In Italia, tale trasformazione si compie con una serie di leggi promulgate dai governi di centro-sinistra durante gli anni '90, come la Legge 502/1992, che sancisce l'orientamento al mercato e l'avvio del processo di aziendalizzazione del SSN e la Legge 299/1999, che completa il processo di decentramento amministrativo e introduce i livelli essenziali di assistenza (LEA) (Vicarelli, 2004).

<sup>10</sup> Il sociologo americano George Ritzer (2020) ha sintetizzato in quattro principi base (allo stesso tempo orientamenti valoriali e riferimenti operativi ideali) i cambiamenti avvenuti nel mondo della produzione e delle organizzazioni con l'imporsi del paradigma neoliberista: efficienza, calcolabilità, predittibilità e controllo. Nel perseguire finalità analoghe, ovvero aumentare l'efficienza, l'efficacia e le prestazioni organizzative, i diversi governi nazionali hanno cercato nuove strategie per guidare il settore della sanità pubblica, seguendo due principi fondamentali: la riduzione della spesa pubblica e il mercato come meccanismo di coordinamento.

e un impatto significativo per la comprensione delle pratiche lavorative, sia in ambito sanitario sia al di fuori<sup>11</sup>.

La *pratica* diventa un oggetto teorico di interesse primario per gli studi organizzativi fino a consolidarsi nel *practice-based approach*, una prospettiva che si rifà alla tradizione dell'interazionismo simbolico (Strauss in primis), dell'etnometodologia<sup>12</sup> e dell'*actor-network theory* (ANT)<sup>13</sup>. Le interazioni sociali si collocano sul piano dell'*azione situata*, in cui tecnologie e artefatti, attori sociali, a prescindere da ruolo, funzione e unità di appartenenza, sono costantemente alla ricerca di forme di allineamento per risolvere gli specifici problemi che si manifestano durante l'attività lavorativa (Suchman, 1987). Da qui, la prospettiva *practice-based* concepisce le pratiche lavorative come gli elementi di base delle organizzazioni e devono essere intese come insiemi eterogenei e dinamici di attività, routine e modi di fare ricorrenti, socialmente condivisi e significativi, comprendono non solo le azioni, ma anche gli elementi materiali, simbolici e discorsivi che le costituiscono (Bruni, Gherardi, 2007).

#### 4. Artefatti e tecnologie sanitarie in chiave STS

Un ulteriore importante contributo allo studio della medicina viene dalla sociologia della scienza. Fu lo stesso Robert K. Merton, padre della

---

<sup>11</sup> Da quando è uscito, nel 1999, l'articolo di Star e Strauss (1999) in cui teorizzano specificamente il lavoro invisibile è stato citato in quasi 2000 pubblicazioni scientifiche, secondo gli indicatori bibliometrici di Google Scholar.

<sup>12</sup> L'approccio etnometodologico è stato elaborato da Harold Garfinkel per indagare e comprendere le pratiche e i resoconti (ovvero i metodi) attraverso i quali le persone e i gruppi sociali (da cui il prefisso etno-) costruiscono costantemente quel senso di naturalità e di stabilità che costituisce l'esperienza quotidiana e, con essa, la società nel suo complesso. Per Garfinkel esiste una tensione circolare permanente tra la struttura sociale (la dimensione macrosociale) e il comportamento individuale (la dimensione microsociale), una tensione che non si risolve né nell'individuazione di un livello intermedio (la dimensione mesosociale) né nella preminenza di una parte sull'altra: la struttura, ovvero gli aspetti più rigidi e normativi della società, non può esistere senza l'agire quotidiano delle persone e dei gruppi sociali che, attraverso il loro comportamento e le loro narrazioni, la producono e la concretizzano nel divenire continuo dell'interazione sociale (Lusardi, 2022).

<sup>13</sup> L'*Actor-Network Theory* (ANT) elaborata da Bruno Latour, Michel Callon e John Law nega l'idea che possa esserci una distinzione aprioristica tra sociale e materiale nel descrivere la scienza e la tecnologia (Latour 2022). Inoltre, Latour sostiene l'inscindibilità analitica della conoscenza scientifica dalle applicazioni tecnologiche e conia il termine *tecnoscienza* per esprimerne l'unicità. L'ANT considera la tecnoscienza costituita da reti (*network*) eterogenee e ampie, formate da elementi umani e non-umani, senza la prevalenza di una componente sull'altra. Il sociale, così, non è più composto solo di individui, comunità, o gruppi umani ma è il risultato, nella forma di processo irrisolto, dell'interazione di materiali eterogenei: parole, corpi, testi, macchine, architetture.

disciplina, con la pubblicazione del volume *The student-physician: Introductory studies in the sociology of medical education* nel 1957, a volgere l'attenzione della nascente sociologia della scienza verso il campo medico. L'interesse del sociologo americano per la scienza è evidente sin dalla sua dissertazione dottorale, dal titolo *Science, technology and society in the seventeenth-century*, nella quale, analogamente a quanto fece Weber, teorizzando una correlazione tra l'etica protestante e l'imprenditorialità capitalistica, ipotizza un nesso tra la nascita della scienza come istituzione e i valori propri della tradizione puritana. Oltre all'interesse per la medicina come dominio scientifico, Merton ne ritiene importante lo studio per la rilevanza collettiva che il mantenimento della salute e la cura delle malattie rivestono nella società del suo tempo, annoverando la medicina e l'assistenza sanitaria tra le principali istituzioni sociali, al pari di economia, famiglia e politica. Un altro aspetto di interesse sociologico, per Merton, risiede nella matrice intrinsecamente sociale della salute e della malattia: la condizione di malato mobilita una molteplicità di attori sociali e di risorse, dai familiari dell'ammalato ai professionisti deputati all'assistenza e alla cura. Inoltre, Merton riflette sulle trasformazioni che stanno avvenendo nella società e si interroga se la risposta che proviene dall'istituzione medica rispecchi i reali bisogni della popolazione. Per questi motivi, il sociologo allievo di Parsons si dedica allo studio della formazione degli studenti nella facoltà di Medicina della Columbia University, concentrandosi sul processo di socializzazione che «trasforma un novizio in un capace operatore della medicina, offrendogli le conoscenze e le abilità più avanzate e fornendogli una identità professionale tale da farlo pensare, agire e sentire come un medico» (trad. it, p. 33). Sono gli elementi cerimoniali e istituzionali del processo educativo attraverso cui avviene la trasmissione della cultura medica ad interessare il sociologo americano, più che i veri e propri contenuti medici oggetto d'insegnamento (Webster, 1991). In questo modo, Merton apre la strada ad un filone di studi sulla costruzione, riproduzione e trasmissione del sapere medico-scientifico che negli anni successivi si rivelerà particolarmente fertile (tra gli altri, si vedano i lavori di Jonathan Cole, del fratello Stephan, e di Harriet Zuckerman). L'approccio del gruppo di studiosi legato a Merton è stato definito *approccio debole* allo studio della scienza, che si contrappone al cosiddetto *programma forte* avviato dall'astronomo David Edge presso la Science Studies Unit di Edimburgo nel 1966. L'intento, sin dalle origini, è opposto a quello della scuola di Merton: se il gruppo di studiosi cresciuti intorno al sociologo della Columbia University si era occupato degli aspetti istituzionali della scienza, Edge e colleghi vogliono esplorare la scienza nei suoi contenuti e nelle sue dispute teoriche. Anche l'approccio metodologico è differente: la scuola

americana si rifà agli strumenti classici della sociologia (come, ad esempio, l'analisi della stratificazione sociale nelle comunità scientifiche) mentre nella Science Studies Unit confluiscono saperi e metodi provenienti da discipline diverse, fondando la *sociologia della conoscenza scientifica* (SSK) (Magaudda, Neresini, 2020).

A prescindere dalle diverse aree disciplinari di provenienza degli studiosi e dalla varietà delle tematiche affrontate, David Bloor (1976) enuncia i quattro principi a cui la neonata disciplina si dovrebbe attenere:

- si propone di ricercare spiegazioni causali su credenze o stati di conoscenza;
- deve essere imparziale rispetto al vero e al falso, la razionalità e l'irrazionalità, il successo e il fallimento;
- deve adottare uno stile simmetrico nello spiegare i fenomeni, intendendo con ciò che le stesse cause devono poter spiegare credenze sia false, sia vere;
- deve essere riflessiva, rivolgendo quindi su sé stessa le medesime spiegazioni valide per le altre scienze.

La sociologia della conoscenza scientifica deve adottare quindi un approccio distaccato e critico verso qualsiasi fenomeno o processo che riguardi la scienza. I *case studies* affrontati comprendono dispute di astronomia, biologia, fisica, chimica: una grande varietà di temi che problematizzano l'aspetto tradizionalmente oggettivista delle scienze naturali. Steven Shapin (1982) organizza le ricerche ispirate ai principi della sociologia della conoscenza scientifica in quattro aree analitiche: nella prima include gli studi dai quali emerge la rilevanza di elementi sociali nella costruzione della conoscenza scientifica; una seconda area analitica è costituita da ricerche che mostrano l'incidenza degli interessi professionali degli scienziati sull'esito delle controversie scientifiche; la terza area comprende gli studi che maggiormente illustrano le correlazioni tra le comunità scientifiche e i contesti storico-sociali di riferimento; l'ultimo gruppo di studi ribadisce il peso dei fattori sociali nelle scienze, anche in presenza di comunità professionali ben consolidate. Nonostante le critiche che questi lavori hanno sollevato, accusati soprattutto di aver sostituito un fondazionalismo del mondo materiale con la reificazione del sociale e per la tendenza ad identificare i fattori sociali con gli interessi personali degli scienziati, il merito principale della scuola di Edimburgo è di aver mostrato che i contenuti della scienza e della tecnologia possono essere studiati da una prospettiva sociale e culturale, aprendo così la strada agli studi sociali sulla scienza e la tecnologia (STS): «la scienza come attività è diventata un fertile terreno di studi» (Sismondo, 2003, p. 50). Per la medicina vale la stessa considerazione: sino all'avvento della SSK, la

maggior parte degli studi di sociologia della medicina avevano considerato i contenuti dell'attività scientifica come auto-evidenti, per i quali l'analisi sociologica sarebbe risultata superflua (Casper, Berg, 1995). Stefan Timmermans (2000) cerca di spiegare l'immunità di cui hanno goduto per molto tempo le tecnologie mediche con l'argomentazione del "sono solo strumenti" (*mere tools argument*): sono rimaste a lungo invisibili per la ricerca sociale perché erano considerate attinenti al mondo delle "verità" scientifiche e dei "fatti" biologici, per questa ragione *reificate* e ritenute fuori dal perimetro di competenza delle scienze sociali, oppure derivanti per "partenogenesi" da tecnologie consolidate.

Anche Bruno Latour e Steve Woolgar (1986), cogliendo tale lacuna negli studi sociali della scienza, tentano di superarla rivolgendosi ai metodi classici dell'antropologia culturale e ai lavori etnometodologici di Garfinkel per descrivere la vita quotidiana delle *tribù* di scienziati nei loro ambienti di lavoro, i laboratori. Durante un periodo di osservazione partecipante della durata di due anni, Latour ha vissuto fianco a fianco con gli scienziati di un laboratorio di neuroendocrinologia<sup>14</sup> americano raccogliendo una vasta quantità di materiali empirici: note di campo sulle attività ordinarie del personale; articoli e bozze preparati dagli scienziati; lettere tra i partecipanti; interviste formali al personale di laboratorio. Sulla base di questa ingente mole di dati empirici, gli autori espongono l'oggetto di studio: «siamo interessati alla costruzione *sociale* della conoscenza scientifica nella misura in cui questa guida l'attenzione al *processo* attraverso cui gli scienziati trovano il senso delle loro osservazioni» (p. 32, corsivi nell'originale). L'attenzione si concentra quindi sulla correlazione tra i contenuti tecnico-scientifici del lavoro degli scienziati e i fattori organizzativi, culturali e sociali delle comunità scientifiche. Le informazioni, le osservazioni e le affermazioni scientifiche non sono più *date per scontato* come accadeva nella sociologia della scienza post-Mertoniana ma divengono frutto dell'interpretazione di chi le produce, attraverso la costruzione di una narrazione ordinata da una serie disordinata di osservazioni. Latour e Woolgar si muovono come antropologi nell'atto di approcciare per motivi di studio un contesto sociale a loro

---

<sup>14</sup> La neuroendocrinologia nasce negli anni '40 dall'ibridazione tra la neurologia, la scienza che si occupa del sistema nervoso, e l'endocrinologia che studia il sistema ormonale. L'intento esplicito della disciplina, dichiarato in articoli e pubblicazioni accreditati presso la comunità scientifica e dagli stessi partecipanti alla ricerca, è quello di isolare, sintetizzare e comprendere il funzionamento dei *releasing factors*, sostanze chimiche ritenute alla base dell'attività cerebrale. Tale corpus di informazioni è considerato da Latour e Woolgar come la cultura del gruppo, la loro specifica *mitologia*, con i propri fondatori, una storia, delle rivoluzioni, e così via.

sconosciuto, nel quale si trovano come stranieri che devono apprendere un linguaggio ignoto, e comprende le abitudini locali e l'organizzazione sociale.

*Laboratory Life* fu il primo di una serie di resoconti etnografici dedicati all'attività degli scienziati. I lavori di Latour e Woolgar, Karin Knorr Cetina (1981), Harry Collins (1985), Michael Lynch (1985) hanno contribuito a mostrare come la produzione scientifica, vista attraverso il suo farsi e non solo nell'artefatto finale, riguardi un processo di negoziazione tra gli elementi che convivono nello specifico contesto. Tale negoziazione comprende, ad esempio, le strategie per la manipolazione, adattamento o esclusione dei dati non conformi alle aspettative degli studiosi (Hacking, 1983). Oppure la centralità della dimensione retorica nella presentazione degli oggetti studiati, in cui, attraverso aggiustamenti progressivi, i testi vengono mondati da ogni traccia di contingenza e arbitrarietà fino a che l'oggetto in esame non diviene autonomo e incontrovertibile (Bucchi, 2002).

Gli studi del lavoro nei laboratori scientifici mutano radicalmente la prospettiva anche nei confronti del programma forte della SSK, poiché implicano un riposizionamento rispetto al processo di produzione della conoscenza: «Il fatto scientifico non è più visto come un punto di partenza ma come un punto di arrivo» (Bucchi, 2002, p. 78), come il risultato di un *processo*, per l'appunto, non come un contenitore *pre-definito* di cui ricostruire, a posteriori, la storia.

Tale approccio caratterizzerà tutta l'opera di Latour e di coloro che si richiameranno alla ANT e si applicheranno per aprire la *scatola nera*<sup>15</sup> della scienza. Posizionando il punto di osservazione sulla *scienza in costruzione* (Latour, 1998, p. 7), agli occhi degli studiosi e delle studiose compare un mondo popolato di «incertezza, gruppi di lavoro, decisioni, competizione, controversie» al posto della visione unanime e solida della *scienza pronta all'uso*. Ciò che viene comunemente denominato “scientifico” e ritenuto il prodotto di un'attività lineare di “svelamento” si scompone in un complesso intrecciarsi di aspetti politici, sociali ed economici e il compito della sociologia diviene appunto la narrazione di questo network, seguendone la costruzione e la riproduzione attraverso l'esperienza degli attori coinvolti.

Ponendo, inoltre, l'accento sulle pratiche tecno-scientifiche, nelle quali il rapporto tra artefatti tecnologici e agire non è più unidirezionale, con il netto predominio di una componente sull'altra, ma interviene una relazione di simmetria tra le due, la tecnologia si localizza, si situa spazialmente, temporalmente, e si definisce in relazione ai suoi utilizzatori. Diviene, cioè,

---

<sup>15</sup> Il concetto di *black box* (scatola nera) è mutuato dalla cibernetica e indica un meccanismo di cui si conoscono unicamente i segnali di ingresso e di uscita.

*tecnologia-in-uso* (Suchman *et al.*, 1999). Secondo questo approccio, gli studi sulla tecnologia devono ricostruirne il senso come *pratica sociale* sia attraverso i significati culturalmente generati e le pratiche socialmente organizzate sia tramite un'indagine critica delle pratiche professionali e delle convenzioni istituzionali. Lucy Suchman e colleghi individuano nelle tecniche etnografiche di ricerca gli strumenti più idonei a raggiungere tali obiettivi, poiché consentono un posizionamento nei luoghi in cui la tecnologia è prodotta e usata.

## 5. Dalla “black box” della scienza alla “doctor bag” della medicina

Negli anni '90 l'intesa intellettuale tra sociologia della medicina e sociologia della scienza e della tecnologia si consolida attraverso numerosi studi empirici e riflessioni teoriche. Nel 1995 esce un numero monografico di *Science, Technology & Human Values*, la rivista di riferimento della comunità STS, dedicato alle ricerche in ambito biomedico che fa il punto della situazione. Nell'introduzione dello *special issue*, Monica Casper e Marc Berg sostengono che la sociologia della medicina e la sociologia della scienza sono andate sviluppando un'area di interesse comune: le interazioni tra la pratica medica e la costruzione della conoscenza medico-scientifica. Sottolineano il reciproco influenzamento tra pratiche cliniche e conoscenze scientifiche e sollecitano l'importanza di guardare ai legami in evoluzione tra i due domini come prerequisito per comprendere lo sviluppo della scienza medica, soprattutto da quando le bioscienze, o le cosiddette scienze della vita, intrecciando biologia, chimica, genetica, fisiologia e medicina hanno ampliato notevolmente la scala di manipolazione sull'intera esistenza umana, dalla vita alla morte (Clarke *et al.*, 2020). L'uso di cellule staminali e gli sviluppi dell'ingegneria dei tessuti per fini medici, l'ingegneria genetica applicata alla prevenzione delle malattie, i progressi dell'embrilogia e le sue applicazioni nella riproduzione artificiale stanno diventando il *core* della ricerca medico-scientifica, concentrando finanziatori, investimenti, ricercatori, speranze e desideri collettivi. Addentrarsi nel campo biomedico consente di spingersi oltre i domini della scienza pronta all'uso e del determinismo tecnologico almeno in due direzioni. La prima assume una posizione critica circa la concezione naturalistica del sapere medico, per far emergere le reti di interazioni tra interessi professionali, istanze di controllo sociale, codici semantici e comunità epistemiche e le molteplici forme e manifestazioni della *biomedicalizzazione*. La seconda direzione guarda all'applicazione pratica della conoscenza scientifica e alla componente sociomateriale

attraverso la quale si realizzano le attività mediche. La medicina, come si è detto, è una scienza anomala, che si caratterizza per essere, sin dalle origini, un sapere pratico, un'arte, che poi acquisisce lo status di scienza man mano che ci si avvicina alla modernità. Tale commistione indissolubile di conoscenza scientifica e applicazione pratica la rende un osservatorio pressoché unico nel quale studiare l'articolarsi del percorso da fatto scientifico a prassi operativa, per aprire, parafrasando l'espressione di Latour, la metaforica *doctor bag* nella quale gli strumenti, le idee e le pratiche della scienza e della pratica medica non sono così oggettivi, neutrali e universali come vorrebbe la narrazione positivista (Brown, Webster, 2004).

La prima direttrice di investigazione si rifà alla tradizione foucaultiana che vede nel sapere medico-scientifico uno strumento privilegiato di asservimento delle masse e di addomesticamento del corpo e degli individui (Foucault, 1978). È l'*incorporamento* di ciò che Foucault definisce *biopotere*, ovvero una nuova forma di dominio capace di investire interamente la vita umana. Il biopotere, elemento essenziale allo sviluppo del capitalismo, plasma i corpi individuali e il corpo collettivo sulle esigenze degli apparati di produzione e di consumo attraverso «una tecnologia a due facce» (p. 123): da un lato ricorrendo ad una disciplina *anatomo-politica del corpo umano* volta a massimizzare l'efficienza e l'integrazione nel sistema; dall'altro intervenendo con i meccanismi regolatori afferenti alla *bio-politica della popolazione* (controllo della nascita e della morte, dei livelli di salute, e così via). I due elementi non sono antitetici bensì costituiscono i due poli di sviluppo della stessa radice: l'esercizio del potere che giunge a pervadere ogni aspetto della vita umana. La medicina è, infatti, una delle principali agenzie che concorrono alla costruzione del concetto di corpo nella nostra società (Berg, Akrich 2004). La chirurgia, la farmacologia, la dietetica, la medicina preventiva, le nuove frontiere della diagnosi molecolare e della medicina personalizzata su base genetica sono alcuni esempi dei fattori che contribuiscono a plasmare e ristabilire i confini del corpo umano, disegnando nuove forme di ibridazione tra corpo biologico e artefatti tecnologici, stabilendo quali comportamenti siano salutari e quali dannosi, imponendo routine e abitudini di vita. Donna Haraway crea i *cyborg*, intesi come «organismi cibernetici, combinazioni/aggregati di corpi tecno-organici ibridi e di testualità» (Haraway, 1995, p. 148), per enfatizzare l'inscindibile commistione di pratiche, soggetti e tecnologie nel discorso scientifico occidentale proponendone, allo stesso tempo, il superamento dei dualismi tipici: mente/corpo, natura/cultura, organismo/macchina, maschile/femminile (1995, 2000). Haraway sollecita studiosi e studiosi ad adottare prospettive critiche che pongono la complessità del mondo sociale al centro dei propri lavori, per ridefinire i



criteri di una oggettività scientifica che non celi più la componente normativa delle proprie istituzioni. Tali criteri possono emergere unicamente da *saperi situati*, capaci di cogliere la parzialità della propria visuale, dispiegando «una rete di rapporti che copra il mondo, e includa l'abilità di tradurre parzialmente conoscenze tra comunità molto differenti e differenziate in termini di potere» (1995, p. 108). La mappatura del genoma umano, lo studio e l'applicazione delle cellule staminali, i metodi di riproduzione artificiale, le tecnologie di sostentamento vitale sono solo alcuni dei fenomeni che rendono sempre più evidente la simbiosi tra esseri viventi e tecnologie: si moltiplicano gli oggetti di confine, e, come avverte Haraway, «stabilire confini (e prenderne visione) è una pratica rischiosa» (p. 128). Gli studi femministi sulla scienza sono uno dei saperi situati che problematizzano la presunta neutralità della tecnologia e della conoscenza scientifica, mettendone in risalto le componenti sociali. Voce marginalizzata dalla cultura accademica egemonica, la ricerca di matrice femminista, alimentata dal fermento culturale e politico degli anni '70 e dal clima di profonda trasformazione che stava investendo la società americana, inizia ad interessarsi di quanto stava accadendo in medicina attorno alla donna e al suo corpo (Haraway, 2000). Discutere delle tecnologie di diagnosi prenatale, di riproduzione assistita e dei ruoli nella professione medica diventa un modo per leggere il processo di costruzione sociale del genere e le relazioni tra gruppi di potere. Come afferma Deborah Lupton (2003, p. 142), ripercorrendo gli studi femministi: «Questa critica sottolinea i modi in cui i discorsi medici hanno storicamente costruito uno spazio per la discriminazione sessuale, usando la giustificazione medico-scientifica per differenziare le donne dagli uomini sulla base della biologia e dell'anatomia e per fornire "dati scientifici" che prevenissero l'ingresso della donna nella vita pubblica».

La seconda direttrice di investigazione indicata da Casper e Berg interroga il binomio scienza-pratica, scindendo euristicamente quel legame indissolubile che i due piani assumono nel divenire quotidiano dei processi socio-materiali in cui sono implicate tecnologie mediche e presidi sanitari. In uno scenario che si è complessificato ulteriormente con l'imporsi della biomedicina, in cui i confini tra clinica, scienza, accademia e industria si sono fatti sempre più sfumati (Crabu, 2017) e le organizzazioni sanitarie che si configurano come ambienti tecnologicamente densi, in cui le tecnologie hanno un ruolo sostanziale nell'organizzazione del lavoro e nelle interazioni quotidiane (Bruni, 2008). Le tecnologie cessano di essere intese come meri strumenti operativi, competenza esclusiva di ingegneri e designer, ma assumono un interesse specifico per gli studiosi interessati al farsi quotidiano delle pratiche di cura (Timmermans, 2000). La dimensione materiale, costituita di

strumentazioni, artefatti e presidi non fa più solo da cornice alle professioni sanitarie (come era stato per buona parte dei tradizionali studi socioantropologici) ma diviene parte integrante degli studi realizzati nelle organizzazioni sanitarie, diventando *tecnologia-in-pratica* (Timmermans, Berg, 2003). In uno studio di Micheal Bloor (1976) sulla pratica della tonsillectomia poi ripreso e commentato da Collins e Pinch (2005), i medici, nel diagnosticare l'evoluzione della patologia e decidere se procedere con l'asportazione chirurgica delle tonsille, facevano riferimento ad una scala di indicatori clinici fondamentali. Bloor documenta come potevano esserci pareri discordanti sulla rilevanza relativa dei singoli sintomi e sull'interpretazione dei sintomi riferiti dai pazienti, sulla base dei quali i medici formulavano la propria diagnosi. Pareri e interpretazioni ai quali facevano seguito indicazioni terapeutiche differenti circa la necessità o meno della rimozione delle tonsille. Per alcuni medici, nota Bloor, l'età del paziente era un fattore cruciale, per altri la storia clinica, per altri ancora capire dettagliatamente il livello di sofferenza. Concludono Collins e Pinch che il caso descritto da Bloor fa vedere come, in medicina, i medesimi indicatori possano portare a decisioni diverse. Questo, secondo gli autori, dipende da un limite intrinseco alla conoscenza medico-scientifica: «se tutti i differenti tipi di expertise coinvolti fossero standardizzati, allora forse ci potremmo aspettare una maggiore uniformità negli *outcome*. Sfortunatamente non è così» (Collins, Pinch, 2005, p. 80-1).

Vi è poi la compresenza di una eterogeneità di elementi che devono allinearsi nella pratica lavorativa a renderla campo di studio ideale per le scienze sociali. La turnistica del personale sanitario, le liste d'attesa, i pareri dei colleghi, gli obiettivi economici, gli incentivi delle case farmaceutiche e altri elementi ancora intervengono nell'organizzazione delle routine sanitarie (Strauss *et al*, 1985). Tali fattori devono convivere e in questo è imprescindibile il ruolo delle tecnologie e della conoscenza scientifica, come affermano Casper e Berg (1995, p. 399): «nel mettere insieme questi mondi, tutti gli elementi devono essere allineati – un processo in cui essi sono attivamente (ri)costruiti e/o rimaneggiati». Attraverso lo studio della pratica medica è possibile esplorare come tutto ciò avvenga, in che direzione si stiano muovendo i cambiamenti e quali scenari si stiano configurando. Alex Faulkner (2009) individua due fattori sociali che intervengono nell'incorporazione delle tecnologie in ambito biomedico: il grado di *flessibilità* e quello di *interpretabilità*. Il primo si riferisce alla capacità della tecnologia di integrare nel percorso di incorporazione le modifiche introdotte dai diversi tipi di utilizzatori mentre il secondo rimanda al significato attribuibile all'artefatto e alle differenti teorie d'uso implicite che si possono sviluppare. Nelle traiettorie di incorporazione, le interazioni tra le specifiche tecnologiche dei

dispositivi medici e quelle sociali assumono forme di volta in volta differenti e l'autore raccomanda la massima attenzione nel produrre generalizzazioni.

Indagando le interazioni tra attori umani, tecnologie e artefatti nelle pratiche professionali si vede come l'organizzazione spaziale stessa dei servizi sanitari, predisposta secondo le indicazioni formali di apposite agenzie internazionali, sia attraversata da processi di ri-significazione nel passaggio all'attività quotidiana e routinaria del reparto. Gli studi di Jane Seymour (2001) in Terapia intensiva hanno mostrato come la morte del paziente, in un reparto ospedaliero ad elevata densità tecnologica, sia frammentata in una serie di attività tecniche e assistenziali che intendono ricreare l'ideale della morte naturale, intesa come conclusione del ciclo biologico dell'individuo. Il concetto di morte (e il morire stesso), tradizionalmente, insieme al nascere, uno dei passaggi biologici per antonomasia, si trova riscritto dall'intervento di medici, infermieri, tecnologie di sostentamento vitale, amministratori pubblici, case farmaceutiche, eccetera. Non a caso, gli studi sulla riproduzione assistita hanno mostrato come anche il momento della nascita e tutto il percorso che conduce al parto siano il risultato di una negoziazione tra attori umani e tecnologici che scompongono il corpo della donna in una serie di esami di laboratorio, di pratiche mediche e referti diagnostici che tendono ad annullare la presenza dei genitori durante il concepimento e la gestazione, in un circuito interattivo in cui l'innovazione tecnologica e le retoriche comunicative che la accompagnano si intrecciano, in forme a volte ambigue, con i processi legittimi di produzione della conoscenza scientifica (Perrotta, 2024). Il processo di *frammentazione* del corpo sembra essere caratteristico della medicina contemporanea, secondo Berg (1997) e Annemarie Mol (2002): da un lato la trascrizione dei dati clinici sulla cartella medica, che diventa il simulacro del corpo di un paziente suddiviso in variabili alfanumeriche e rappresentazioni grafiche, dall'altro le diverse semantiche, i diversi saperi specialistici delle discipline mediche che creano differenti trascrizioni del medesimo processo fisiologico, costituendo il *corpo multiplo*. Mol (2002) sostiene che il corpo non è un oggetto preesistente e singolare che viene osservato o manipolato dalla medicina per ragioni cliniche. Al contrario, il corpo viene interpretato o "messo in scena" (*enacted*) in modo diverso a seconda delle pratiche, delle tecnologie e dei discorsi in cui è implicato: il corpo visto al microscopio è diverso dal corpo vissuto dal paziente o dal corpo trattato dal chirurgo. Questi diversi "corpi" non sono solo domini semantici diversi, ma diventano realtà multiple e coesistenti che vengono messe in atto attraverso specifiche pratiche mediche. È una prospettiva che sfida il paradigma convenzionale della scienza medica che tende a considerare il corpo umano come un'entità univoca e oggettivizzabile. Il focus sulle

pratiche professionali mostra come il corpo si riconfiguri di volta in volta proprio attraverso di queste e che nella stessa traiettoria di cura possano coesistere configurazioni multiple, a volte convergenti e coerenti, a volte divergenti e conflittuali.

Lo stesso focus che mi propongo di adottare nel presente volume per cogliere la medicina contemporanea nel suo intreccio di scienza, tecnologia e pratica, volgendo lo sguardo verso gli interstizi meno evidenti e plateali del lavoro di cura, gli spazi di retroscena in cui avvengono molti dei processi discussi nelle pagine precedenti e che non trovano voce nei resoconti ufficiali e nelle narrazioni pubbliche.

## 2. *La medicina vista dalla pratica quotidiana*

### 1. **Ribalta e retroscena nelle organizzazioni e nelle pratiche di cura**

Nel capitolo precedente ho cercato di ricostruire gli strumenti teorici con cui mi sono approcciato al campo della medicina e della salute e che mi hanno condotto agli studi etnografici discussi in questo volume. L'idea da cui sono partito, e che attraversa sottotraccia molti degli approcci e delle riflessioni che ho presentato nelle pagine precedenti, è che le pratiche di cura quotidiane, quelle complesse reti interattive sociomateriali mediante le quali si dispiegano le azioni di cura e di assistenza, possono essere analizzate isolando euristicamente due livelli: quello della performance vera e propria, dell'atto e/o dell'insieme di atti tecnici che compongono l'intervento socio-sanitario, finalizzati all'obiettivo clinico, e quello dell'allestimento della performance, in cui avvengono una serie più o meno complessa di interazioni sociotecniche rivolte alla ricerca dell'allineamento tra le parti affinché si possa mettere in atto la performance. Due dimensioni difficilmente scindibili sul piano ontologico dell'immanenza del divenire quotidiano ma analizzabili dal punto di vista sociologico facendo riferimento alla teoria drammaturgica dell'interazione sociale elaborata da Goffman (2003a).

Per il sociologo canadese, il senso dell'agire e l'agire stesso non dipendono in modo esclusivo da inclinazioni interne del soggetto o da proprietà del sistema, bensì nascono dalla relazione tra il soggetto, gli altri soggetti coinvolti e il contesto, che denomina *frame*.

Il *frame*<sup>1</sup>, per Goffman, è la cornice di senso entro cui si sviluppa l'agire sociale ed è costituita da aspetti simbolici e rituali comportamentali.

---

<sup>1</sup> Concetto teorico che Goffman riprende da Gregory Bateson, uno dei padri della teoria sistemico-relazionale. Con questo concetto, Bateson fa riferimento ad un insieme di messaggi impliciti o di cornice che consento di interpretare che tipo di messaggio viene comunicato o come dovrebbero essere interpretate certe azioni: ad esempio, gioco, realtà e fantasia sono

Riprendendo una espressione propria dell'interazionismo simbolico, corrente sociologica a cui Goffman viene comunemente associato (sebbene l'opinione non sia unanime<sup>2</sup>), e a cui sicuramente deve molto, è la "definizione della situazione" che le persone attribuiscono ai setting interattivi in cui sono immersi a condizionarne il senso percepito e il comportamento reciproco. Come afferma il famoso teorema, elaborato nel 1928 da William e Dorothy Swaine Thomas, "se le persone definiscono le situazioni come reali, esse sono reali nelle loro conseguenze". Un circuito ermeneutico e pragmatico in cui, da un lato, il comportamento è condizionato dal senso attribuito agli aspetti contestuali e di cornice e, dall'altro, tali aspetti sono modificati dal comportamento stesso, che fornisce legittimità e concretezza all'esperienza quotidiana.

La vita sociale è pervasa di questi elementi, che si ritrovano anche nelle organizzazioni e nelle pratiche lavorative (Shulman, 2017). Se prendiamo la definizione che il sociologo canadese fornisce di una istituzione sociale (categoria in cui Goffman include le organizzazioni sanitarie<sup>3</sup>) possiamo ritrovare molti aspetti che caratterizzano i setting lavorativi in campo medico. Nel dettaglio: «Un'istituzione sociale è un luogo circondato da barriere permanenti tali da ostacolare la percezione, entro il quale si svolge regolarmente un certo tipo di attività» (Goffman, 2003a, p. 273).

Reparti ospedalieri, ambulatori, laboratori, case di cura, uffici amministrativi, segretariato sociale, una miriade di barriere permanenti che identificano spazi definiti entro cui avvengono determinate attività e che limitano l'accesso e la visione a chi non ne è legittimamente parte. Con il termine istituzione sociale, Goffman sembra riferirsi a qualsiasi entità organizzativa e prosegue poi: «Entro le mura di un'istituzione troviamo un'équipe di attori che cooperano per presentare al pubblico una certa definizione della situazione. Questo comporta la concezione della propria équipe e del pubblico e

---

contesti in cui la medesima azione può assumere un significato molto diverso. Il frame agisce sul piano metacomunicativo e fornisce lo sfondo per comprendere il contenuto della comunicazione o del comportamento (Bateson, 1977).

<sup>2</sup> Pier Paolo Giglioli, nell'Introduzione all'edizione italiana di *The presentation of Self in Everyday Life* sostiene che Goffman debba molto anche alla tradizione della sociologia durkheimiana, che rinviene nella struttura sociale e nella normatività di quest'ultima il principio ordinatore del presente. Afferma Giglioli che «se durkheimianamente prima viene la società e poi l'individuo, se il self non è inerente alla persona, ma emerge da una situazione sociale, è inutile cercarlo all'interno della persona stessa» (p. XVI). Proseguendo poi con le parole di Goffman, «è meglio cominciare a lavorare dall'esterno dell'individuo verso l'interno, che viceversa» (p. 124).

<sup>3</sup> Si veda la nota 1 a pag. 123, in cui Goffman (2003a) fa espressamente riferimento all'istituzione sanitaria.

postula un *ethos* che deve essere mantenuto per mezzo di norme di educazione e decoro».

Entrano in campo gli attori sociali che devono collaborare per mettere in scena una specifica definizione della situazione verso il pubblico, verso chi non abita l'organizzazione ma ne usufruisce come utente o come osservatore esterno. Nel mondo sanitario possono essere sia i pazienti, che di norma transitano temporaneamente dall'organizzazione con determinati bisogni e aspettative, sia il management, a cui compete la responsabilità dell'*accountability* organizzativa ma che non condivide il medesimo *ethos* del personale di reparto<sup>4</sup>.

Gli attori sociali non sono menzionati singolarmente ma nella forma di *équipe*, proprio per sottolineare la dimensione interattiva della vita sociale e organizzativa: «ogni istituzione può essere vista come una congerie di parti diverse da distribuire a possibili attori come un insieme di apparati simbolici e attrezzature da cerimonia da assegnare» (Goffman, 2003a, p. 116)

Sociologicamente, per Goffman (come anche per Simmel, prima di lui), non è possibile isolare la soggettività (il *self*) dall'insieme di interazioni in cui la persona è inserita e dalla cornice in cui le interazioni stesse avvengono. L'unità sociale minima nella teoria drammaturgica sembra essere l'*équipe*<sup>5</sup>, che deve coordinare il proprio agire per restituire una rappresentazione comune verso l'esterno e realizzare una specifica performance. Per raggiungere questo obiettivo, cognitivo ed emotivo al contempo, Goffman introduce la distinzione tra ribalta e retroscena: «Spesso troviamo una divisione fra retroscena – dove la rappresentazione di una routine viene preparata – e ribalta – dove la rappresentazione è presentata» (Goffman, 2003a, p. 273).

Ribalta (o scena) e retroscena sono due frame distinti, che hanno caratteristiche diverse e dalla cui interazione costante si genera quell'ordine fragile ma durevole che contraddistingue l'esperienza quotidiana. Lo studio delle routine, a cui Goffman dedica tanta attenzione, non può prescindere da questa distinzione. La routine, il comportamento reiterato e riprodotto nella quotidianità organizzativa, ha bisogno di un costante lavoro preparatorio, in cui i singoli sforzi devono convergere in modo cooperativo verso il medesimo

---

<sup>4</sup> Questo sebbene anche nel campo sanitario sia in atto uno spostamento dai tradizionali pilastri del professionalismo (orientamento universalistico, collegialità, discrezionalità e fiducia), verso quello che è stato definito *new professionalism*, che attribuisce alle professioni sanitarie crescenti livelli di managerialismo e burocratizzazione, più aderenti ai modelli aziendali (Lusardi, Tomelleri, 2017; Tousijn, 2013).

<sup>5</sup> Non per nulla Goffman ha dedicato molta attenzione allo studio dell'interazioni faccia a faccia nei contesti sanitari, ad esempio nei setting operatori (Goffman, 2003b) o nell'ospedale psichiatrico (Goffman, 2003c), dove il *teamwork* e il lavoro d'*équipe* sono componenti fondamentali dell'organizzazione del lavoro.

obiettivo, ancorato ad una descrizione condivisa della situazione. Per comprendere la performance routinaria è necessario soffermarsi sugli sforzi congiunti che ne consentono la persistenza. Tali sforzi riguardano anche il controllo del setting; prosegue Goffman (2003a, p. 273): «L'accesso a questi territori è controllato in modo da non permettere ad estranei di entrare in una rappresentazione che non è rivolta a loro. Tra i membri dell'équipe tende ad instaurarsi un senso di familiarità e di solidarietà e tutti tengono nascosti quei segreti che potrebbero rovinare lo spettacolo».

Una chiusura verso l'esterno che contribuisce a creare un legame identitario che si manifesta anche emotivamente attraverso senso di familiarità e solidarietà tra i membri del gruppo. Coesione sociale e condivisione dei segreti<sup>6</sup> (soprattutto relativi al retroscena) per preservare l'immagine del gruppo, per garantire una determinata rappresentazione di sé, sembrano essere gli ingredienti per un team efficace, secondo Goffman. Come afferma Edgley (2022, p. 17): «I backstage sono così essenziali per l'integrità di uno spettacolo che la loro esistenza è spesso custodita da cartelli: "Solo per i dipendenti", "Personale di cucina", "Vietato l'ingresso", o anche la semplice designazione di alcune stanze per "Uomini" e altre per "Donne" mettono in guardia i potenziali spettatori dai requisiti drammaturgici del genere».

Dal punto di vista sociologico diventa quindi utile volgere lo sguardo verso quei luoghi e quei fenomeni che abitualmente sono considerati esoterici, nascosti e riservati, o che vengono dati per scontato, come se fossero trascurabili, come affermano Star e Strauss (1999, p. 20): «Il lavoro può diventare scontato, parte dello sfondo e invisibile in virtù della routine (e dello status sociale). Se si guardasse, si potrebbe letteralmente vedere il lavoro che viene svolto ma il fatto che sia dato per scontato lo rende funzionalmente invisibile». Il retroscena è il piano della negoziazione, del divenire, in cui la performance non è stabile ma, al contrario, si va configurando, interazione dopo interazione, a volte per tentativi ed errori, a volte seguendo un iter più lineare e organico. Un osservatore/spettatore esterno non riuscirebbe nemmeno a ricostruire il senso del lavoro. E molte incomprensioni in ambito sanitario provengono proprio da dispercezioni di questo tipo.

Nell'ambito della radiologia, ad esempio, Murphy (2009), ha discusso come ogni indagine strumentale può essere considerata una performance teatrale, nella quale i sanitari sono attori coordinati in modi largamente inconsapevoli seguendo un medesimo copione implicito e condiviso. Analizzando nel

---

<sup>6</sup> Anche secondo Simmel (1995) la segretezza è una delle forme basilari dell'interazione sociale, indispensabile per non essere sopraffatti dall'intensificazione della vita nervosa, tipica della metropoli moderna.



dettaglio le routine attraverso cui si realizzano le procedure di imaging (scomposte in una serie di azioni e istruzioni eseguite in un lasso di tempo specifico), l'autore nota come la "rappresentazione" assuma significati differenti a seconda che ad osservarle siano i membri dello staff di reparto oppure i pazienti, che possono adottare strategie di coping imprevedibili e non coerenti con la "descrizione della situazione" propria del personale ospedaliero.

Il rapporto con gli utenti finali è al centro anche dello studio di Ramsey e colleghi (2023), nel quale si è applicata la lente teorica della drammaturgia per investigare i feedback dei pazienti raccolti attraverso i canali online di tre NHS Trusts. Dai risultati emerge che le organizzazioni hanno diversi livelli di "preparazione alla rappresentazione" online, dall'invisibilità all'impegno in conversazioni pubbliche con i pazienti nell'ambito di una più ampia missione di trasparenza. Trasparenza e visibilità delle interazioni tra pazienti e personale, in particolare, emergono come potenzialmente dirompenti per l'organizzazione poiché creano un corto circuito tra valori aziendali e principi operativi desiderabili (sia come parte di una visione strategica sia come richieste da parte dell'utenza) e la necessità interna di preservare l'immagine del gruppo e dell'organizzazione attraverso il mantenimento di un grado di separazione tra scena e backstage.

Dalla teoria drammaturgica credo siano due gli aspetti più rilevanti su cui concentrare l'attenzione per comprendere il retroscena<sup>7</sup>: il lavoro invisibile, ovvero gli sforzi continui e necessari per giungere all'allineamento della complessa rete interattiva che compone la pratica organizzativa; e il lavoro collaborativo attraverso il quale le équipes costruiscono quella cornice di senso che porta alla definizione e alla realizzazione di obiettivi condivisi.

Prima però di addentrarmi in questi aspetti, intendo introdurre, almeno sommariamente, il più ampio frame socioculturale in cui si inscrivere la medicina contemporanea, ovvero la tensione standardizzante e razionalizzante che deriva dalla tradizione scientifica moderna. E vede come questa si riverbera nel principale paradigma epistemologico della medicina attuale, ovvero *l'Evidence-based medicine*.

Chiuderò, infine, il presente capitolo con i dettagli metodologici degli studi etnografici che saranno discussi a seguire e che intendono investigare

---

<sup>7</sup> Sebbene non siano numerosi gli studi nell'ambito della sociologia della salute e della medicina che si sono avvalsi della teoria drammaturgica, Goffman è un pensatore di riferimento per i suoi contributi relativi ai processi identitari legati alla stigmatizzazione della devianza e alla depersonalizzazione nelle istituzioni totali, che implicano necessariamente piani invisibili dell'agire organizzativo, professionale o interpersonale, ad esempio nella depersonalizzazione dei pazienti nell'ospedale psichiatrico o nell'attribuzione di significati stigmatizzanti a determinate caratteristiche personali (Monaghan, 2022; Star, Strauss, 1999).

empiricamente il ruolo del retroscena rispettivamente nella pratica del reparto di Terapia intensiva e dei servizi di integrazione sociosanitaria.

## **2. Standardizzazione, sapere medico-scientifico e pratica clinica**

Simmel (2020), uno dei padri della sociologia e uno dei pensatori più acuti nel cogliere le metamorfosi della realtà sociale, sosteneva che la varietà dei comportamenti umani e delle espressioni della vita sociale potesse essere ridotta, in ogni epoca, a una fondamentale antinomia storicamente circoscritta. Nel mondo pre-socratico, questa tensione fondativa viene vista tra la filosofia di Eraclito, che concepiva un mondo instabile in continua evoluzione, e il pensiero eleatico, che era più interessato a cogliere l'essenza indivisibile nascosta dietro l'apparenza fenomenica multiforme della vita. Con l'avvento del Cristianesimo, le categorie di mondano e ultraterreno (o sacro e profano) distinguevano i poli opposti intorno ai quali si sviluppavano la vita e l'organizzazione sociale nel Medioevo. Il metodo "eretico" introdotto da Galileo Galilei, l'Illuminismo e la Rivoluzione Francese portarono a uno spostamento verso una lotta tra l'ideale di progresso e l'*Ancien Régime*, tra scienza e tradizione, segnando un divario culturale che avrebbe avuto un profondo effetto sui secoli successivi.

Una simile dicotomia fondamentale si riflette anche nella modernità della fine del XIX secolo, in cui la visione positivista, fedele alla tradizione illuminista e razionalista del XVIII secolo, alla costante ricerca di principi ordinatori di natura oggettiva e universale, si contrappone allo storicismo (tedesco), sensibile alla soggettività, alla contingenza e all'irripetibilità delle manifestazioni storico-sociali degli eventi (Weber, 2003). La tensione risiede tra una pulsione estetizzante che intende/pretende comprendere, codificare e riprodurre la vita biologica e sociale mediante codici e strumenti razionali, e ciò che Simmel (2020, p. 75) descrive come «il ritmo febbrile della vita stessa, il suo crescere e diminuire, il suo rinnovamento costante, le sue continue divisioni e riunificazioni». Anche la tarda modernità cercava di contenere l'inesauribile variabilità della vita attraverso l'applicazione della razionalità strumentale, separando sistematicamente i mezzi necessari dai fini da perseguire, la razionalità del processo dal valore degli obiettivi e la funzione performativa dal significato simbolico. Sociologi come Beck (2000) e Bauman (2002) hanno analizzato in profondità questa polarizzazione per svelarne le contraddizioni e mostrarne gli effetti sulle persone, sulle organizzazioni e sull'ecosistema planetario. Beck, in particolare, afferma che, nell'attuale configurazione sociale, il soggetto (individuale e collettivo) deve

conciliare questi due estremi attraverso la ricerca di soluzioni biografiche alle contraddizioni sistemiche per muoversi nella seconda modernità e dare un senso all'esperienza del presente.

Il desiderio di prevedibilità e di pianificazione ha subito una forte accelerazione con il consolidarsi del paradigma neoliberista in campo economico, a partire dagli anni Ottanta. Ad iniziare dalle politiche economiche e sociali di Margaret Thatcher nel Regno Unito e di Ronald Regan negli Stati Uniti, il controllo e la pianificazione operati dalle (e per conto delle) istituzioni statali sono stati progressivamente sostituiti da dispositivi di previsione basati sulle logiche strumentali e di efficienza del mercato che, secondo la filosofia neoliberista, richiedono la massima libertà di autoregolazione per garantire la ricchezza e il benessere degli individui e delle nazioni (Harvey, 2007).

Lo storico della scienza Theodore Porter (1996) sostiene inoltre che, nel corso del XX secolo, la fiducia nei confronti degli scienziati abbia lasciato il posto a una credibilità basata su standard e quantificazione. Il passaggio a quella che definisce "oggettività meccanica" (ovvero l'adozione di procedure standardizzate e quantificabili intese a minimizzare il condizionamento delle opinioni, del giudizio personale o dei pregiudizi di chi conduce la ricerca o l'analisi), sembra essere avvenuto nel tentativo di incrementare la coesione interna di comunità scientifiche, sempre più deboli nei confronti delle pressioni politiche ed economiche esterne. Questo tema si riverbera nella *crisi dell'expertise* nell'epoca della *post-verità* di cui si parla da almeno un decennio e che riguarda in primo luogo l'autorevolezza e legittimità che vengono attribuite alla conoscenza e ai metodi scientifici, sempre più messe in discussione nella scena pubblica (Eyal, 2019). La pandemia di COVID-19 ha mostrato come, nel dibattito pubblico e nel decision making politico, l'autorevolezza dell'expertise scientifica (e in particolare di quella medicina) non sia univoca ma al contrario sussista «una certa confusione tra pareri tecnici e convinzioni personali su come funzionano o dovrebbero funzionare la società, le relazioni, il comportamento individuale e a cosa dare, di conseguenza, priorità» (Pelizzoni, 2021, p. 136).

Come antidoto, il processo di standardizzazione ripropone le premesse essenziali del pensiero positivista (oggettivazione, misurabilità e riproducibilità), in una forma contemporanea, cercando l'omologazione dello spazio e del tempo attraverso l'adesione a sistemi normativi condivisi (Bowker, Star, 2000). La standardizzazione presuppone strumenti e conoscenze razionali, che si esprimono attraverso regole e regolamenti astratti destinati ad essere universalmente validi e riconoscibili e richiedono conformità per ottenere il diritto di appartenere alle istituzioni e alle agenzie che regolano la

circolazione degli standard (ad esempio, l'Organizzazione Internazionale per la Standardizzazione, comunemente nota come ISO).

L'ineffabile complessità della realtà tende ad essere (più o meno consapevolmente) circoscritta e limitata per renderla compatibile con gli schemi interpretativi e gli strumenti di monitoraggio più comuni, etichettando qualsiasi fenomeno che vada contro questo sistema come *bias* o disturbo (Taleb, 2007). Come afferma Timmermans (2015, p. 81), la diffusione degli standard risiede nella capacità di svolgere due funzioni fondamentali per il governo della complessità: «astrae elementi rilevanti da un universo più ampio di possibilità ignorando deliberatamente altri elementi, e ha l'autorità di governare l'azione sociale, indipendentemente da ciò che è stato tralasciato nel processo di astrazione». Anche l'interazione sociale tende ad essere limitata alle componenti puramente cognitive e razionali dell'agire, immaginando soggetti astorici e arelazionali che operano in situazioni imperturbabili in termini di storia personale, contesto relazionale, abitudini acquisite, linguaggio o emozioni (Timmermans, Epstein, 2010).

Nel campo della medicina, questo processo si concretizza principalmente con le riforme improntate al New public management e con l'avvento del paradigma dell'*Evidence-based medicine*.

Il paradigma EBM – oggi noto anche come *Evidence Based Health Care* (EBHC), per includere le professioni sanitarie non mediche – rappresenta attualmente il framework concettuale prevalente in ogni disciplina medico-infermieristica e mira a standardizzare le procedure di cura attraverso il processo di revisione continua della letteratura scientifica e la produzione di linee guida operative basate su ciò che le comunità epistemiche definiscono come i risultati più affidabili ed efficaci (Sackett *et al.*, 1996). La diffusione dell'EBM è stata favorita dall'impulso che ha dato al processo di razionalizzazione che la medicina ha visto a partire dagli anni '80, nel tentativo di collocare la pratica medica entro i confini della conoscenza scientifica e accreditare definitivamente "l'arte lunga" nell'ambito delle scienze positive (Timmermans, Berg, 2010). Questo paradigma si basa sul principio che le conoscenze utili alla pratica clinica possono essere classificate secondo gerarchie formali di affidabilità e generalizzabilità sviluppate da agenzie internazionali come la Cochrane Library o il Centre for Evidence Based Medicine dell'Università di Oxford. Il principio fondamentale di tale epistemologia è che la ragionevolezza o giustificabilità delle evidenze si basa sull'affidabilità delle prove e la fiducia in tali prove è determinata dall'affidabilità dei processi conoscitivi (Djulbegovic, Guyatt, 2017).

Questo sistema di classificazione si riferisce solo implicitamente all'oggetto della conoscenza, cioè all'evidenza. Ciò che in realtà stabilisce è quali

tecniche possono produrre conoscenze scientifiche legittime. Come riconoscono Djulbegovic e Guyatt (2017, p. 416) sulle pagine di *The Lancet*, «sebbene l'EBM riconosca un ruolo per tutte le osservazioni empiriche, sostiene che le osservazioni cliniche controllate forniscono prove più affidabili rispetto alle osservazioni non controllate, agli esperimenti biologici o alle esperienze dei singoli clinici». L'incessante ricerca di una migliore rappresentatività statistica e di standard universali su cui si basa l'EBM sembra aver contribuito a diffondere un profondo scetticismo nei confronti della singolarità e della contingenza e, di conseguenza, dell'esperienza clinica come forma di conoscenza (Greenhalgh, Howick, Maskrey 2014; McHenry, Jureidini 2020). Si è radicalizzata una separazione cartesiana tra il mondo conoscibile attraverso gli strumenti euristici legittimati dalla comunità scientifica (un mondo composto da campioni di soggetti anonimi e standardizzati) e la pratica quotidiana della cura, in cui la conoscenza si incarna in processi sociotecnici che non si adattano alle esigenze della manipolazione sperimentale (come un numero ridotto di variabili intervenute, tempi lunghi di realizzazione, e selezione di campioni teorici "puri") e nell'unicità dei singoli esseri umani (siano essi professionisti o pazienti), immersi nel divenire mutevole del tempo e della società (Mol, 2008). La pandemia da COVID, con la sua velocità di diffusione e l'assenza di conoscenze ufficiali sulla fisiopatologia e la semeiotica dell'infezione da SARS-CoV-2, ha evidenziato questa divergenza dall'esperienza clinica dei medici (soprattutto medici di medicina generale ma non solo) e dalle reali condizioni di vita e di salute delle persone (Greenhalgh *et al.*, 2022). Voci all'interno del movimento EBM sostengono che si tratti solo di una questione metodologica, risolvibile con un'ulteriore razionalizzazione dei processi cognitivi e di inferenza (Djulbegovic, Guyatt, 2020) ma la questione sembra essere più profonda e riguarda proprio lo statuto ontologico dell'evidenza (Lusardi, Bronzini, Piras, 2023).

La letteratura scientifica ha evidenziato come il paradigma EBM sia caratterizzato un impianto riduzionista che non corrisponde all'esperienza quotidiana dei professionisti medici né all'implementazione pratica dei trattamenti (Timmermans, Berg, 2010). Assumendo, infatti, una prospettiva pragmatica, lo studio delle pratiche di cura non si limita alle relazioni tra i protagonisti umani (medici, infermieri, pazienti, ecc.), ma si estende alle cartelle cliniche, ai laboratori, ai microscopi, ai reparti e ad altri elementi e pratiche in cui l'agenzia è immersa (Mol, 2002). Nella pratica medica e infermieristica, non vi è una fedele riproduzione a livello locale delle disposizioni o delle indicazioni formulate a livello internazionale. Vi sono processi di adattamento, interpretazione e risignificazione in cui entrano in gioco diversi sistemi di significato e diverse culture professionali. Secondo Mol (2008), nel

paradigma EBM, il processo decisionale viene rappresentato come un fenomeno individuale, senza tempo e meramente argomentativo, mentre, nella vita quotidiana, decidere è un compito pratico, come diagnosticare, iniettare, spiegare, ascoltare e così via. Implica l'interazione continua di corpi, oggetti, tecnologie, organizzazioni, simboli e rappresentazioni.

Timmermans e Berg (1997) hanno parlato di *universalità locale* e Teun Zuiderent-Jerak (2015) di *standardizzazione situata* per descrivere la tensione problematica tra la spinta alla standardizzazione dell'EBM e l'unicità dei contesti di cura locali. Introdurre tecnologie e artefatti (ad es. software o protocolli operativi) in una pratica esistente è un processo di negoziazione continua dei significati, in cui tutti gli elementi coinvolti, dagli attori umani agli oggetti tecnici, vengono risignificati. Le caratteristiche particolari e uniche locali che il paradigma EBM mira a eliminare interagiscono con gli artefatti *evidence-based*, modificandone i significati originali: l'organizzazione dell'ospedale e del servizio sanitario distrettuale, le caratteristiche del reparto, le esperienze di vita personali e professionali, e le storie dei pazienti e delle loro famiglie contribuiscono a produrre quella universalità locale che gli artefatti *evidence-based* generano nella fase di realizzazione locale (Lusardi, 2012).

Porre l'attenzione sul retroscena intende far emergere proprio quei processi situati e concreti attraverso i quali la tensione tra universale e contingente si incorpora e si risolve/dissolve nelle pratiche lavorative quotidiane dei professionisti della cura.

### **3. Investigare lavoro invisibile e collaborazione in medicina**

Abbiamo visto come l'EBM sostanzialmente costituisce il *proscenio* più importante per la medicina contemporanea: protocolli operativi, linee guida, supporti per il decision making clinico costituiscono i copioni che il paradigma biomedico più accreditato ripone nelle organizzazioni e nelle professioni della salute. Sono gli standard di riferimento per il management sanitario e per le comunità epistemiche nel perseguire l'uniformità delle performance e la compatibilità interna al campo biomedico. Diventano il linguaggio universale attraverso il quale la medicina è sia narrabile verso l'esterno (per ragioni di rendicontazione economica e per accountability medico-legale) sia ricerca il coordinamento interno tra le discipline, le specialità e le professionalità che la compongono. Un protocollo è quindi, una narrazione che cerca di razionalizzare e di governare la complessità della pratica lavorativa. È una narrazione in forma algoritmica che ha un valore prescrittivo sul piano simbolico, perché è considerata un prodotto scientifico (quindi

legittimo e attendibile), e sul piano giuridico, perché è attraverso di essa che l'agire dei professionisti viene valutato nei contenziosi medico-legali (Timmermans, Berg, 2010). Protocolli e linee guida sono mappe astratte che dovrebbero permettere alle organizzazioni e ai professionisti di muoversi nello sterminato e variegato territorio della biomedicina. Mappe da cui è possibile estrapolare indicazioni operative, proprio come Google Maps (o qualsiasi altro software cartografico) fornisce il percorso ideale per raggiungere una precisa destinazione da un dato punto di partenza. Tuttavia, come ci ricorda Gregory Bateson (1977), riprendendo il celebre aforisma del semiologo polacco Alfred Korzybski, la “mappa non è il territorio”. Ovvero esisterà irrimediabilmente uno scarto tra gli strumenti cognitivi che utilizziamo per governare le interazioni e le dinamiche sociali che riguardano gli stessi fenomeni nello svolgersi ininterrotto sul piano dell'*azione situata* (Goffman, 1961; Suchman, 1987). In questo scarto irrimediabile si trova il *retroscena*, tutto ciò che non viene menzionato negli strumenti formali di rendicontazione, di cui spesso è meglio non parlare perché all'esterno non si sarebbe capiti, oppure perché si tratta di attività o fenomeni considerati talmente banali o triviali da poter essere dati per scontati. Tanto ci sarà comunque qualcuno che se ne occuperà, perché è “normale” che qualcuno se ne occupi, così il resto delle risorse umane e tecniche può essere impiegato per garantire la rappresentazione sulla scena. Come mi disse un medico della Terapia intensiva, «tutti i protocolli sono fatti per le persone intelligenti, che riescono ad usarli uscendo dal protocollo» (Lusardi, 2012, p. 52). Dubito che Sackett e colleghi (1996) sarebbero d'accordo con tale affermazione ma la questione è significativa. Nella pratica, i copioni EBM sono inseriti in reti interattive il cui esito non mai scontato o predefinito. “Uscire dal protocollo”, infatti, significa includere nel processo di cura gli elementi di natura contingente e sociale non previsti dai protocolli stessi ma ineludibili nella pratica quotidiana. Gli studi sociali sulla salute e sulla medicina hanno ormai sviluppato uno sguardo in grado di insinuarsi in questi interstizi dell'agire professionale nel campo medico per illuminare quanto avviene lontano dai riflettori. Perché questo lavoro di backstage è ciò che rendere possibile la performance quotidiana nelle singole traiettorie di cura.

Anselm Strauss e Susan Leigh Star hanno sviluppato il tema del *lavoro invisibile* proprio studiando l'organizzazione sociale negli ospedali e nel lavoro di cura (Star, 1991, 1995; Star, Strauss, 1999). L'osservazione delle traiettorie di cura nel dispiegarsi concreto nelle pratiche lavorative quotidiane rende visibile una mole importante di lavoro che non viene rendicontato in nessuna forma e non è indicato in nessun protocollo o manuale operativo ma che consente alla traiettoria di svilupparsi. Queste attività sono

spesso svolte dal personale infermieristico, dal paziente stesso o dai suoi familiari (Miele, Piras, 2017). La visibilità o meno del tipo di attività non dipende dalle caratteristiche dell'attività stessa quanto dallo status che ad essa viene attribuito nello specifico contesto. Se, ad esempio, il lavaggio dei pazienti da parte del personale infermieristico viene spesso interrotto, da medici del reparto o consulenti esterni che chiedono di essere assistiti in altre attività, è molto probabile che l'igiene venga percepita dagli stessi infermieri come marginale o secondaria rispetto ad altre attività a cui viene attribuito dai medici una rilevanza maggiore nelle routine quotidiane (Staffen, Heimer, 1998). Anche un'attività assistenziale essenziale come l'igiene può diventare invisibile nell'organizzazione del reparto senza che vi sia nessuna intenzionalità consapevole. E, infatti, questo esempio rientra tra una delle tipologie di lavoro individuate da Strauss e colleghi (1985) a rischio di invisibilità, il *lavoro per il comfort (comfort work)*, che ad iniziare dalla cura dell'igiene riguarda poi tutto ciò che può migliorare l'esperienza quotidiana della persona malata (ad esempio, oltre all'igiene, le condizioni del letto, la qualità del cibo e il contenimento del discomfort generato dalle terapie), sia nel reparto ospedaliero sia presso il domicilio. Altre tipologie di lavoro isolate da Strauss e colleghi sono:

Il lavoro per le macchine (*machine work*) che riguarda le conoscenze e le attività che sono necessarie per il funzionamento, il mantenimento e la manutenzione delle apparecchiature tecnologiche coinvolte nella clinica del reparto. Questo tipo di lavoro è particolarmente rilevante in Terapia intensiva, dove la tecnologia non è solo strumentale ma diventa ambiente organizzativo.

Il lavoro per la sicurezza (*safety work*) che riguarda sia la salvaguardia del paziente e si declina come sicurezza clinica, sia la sicurezza del personale esposto a rischi lavoro-correlati. Ancora una volta in Terapia intensiva questo tipo di lavoro è più frequente sia perché trattando pazienti critici, i rischi sono molteplici (e spesso fatali) per il tipo di clinica, sia per lo stress lavoro-correlato che tale clinica comporta per il personale (si pensi alla decisione di sospendere i trattamenti di sostentamento vitale, che conduce verso la morte biologica).

Il lavoro emotivo (*sentimental work*) che riguarda il vissuto emozionale del personale, dei pazienti e dei familiari coinvolti nelle pratiche di cura. Questo tipo di lavoro è trasversale ai diversi contesti, sebbene con modalità opposte: la Terapia intensiva viene scelta come specialità proprio da chi preferisce non essere implicato emotivamente con il paziente mentre la continuità di cura territoriale richiede un costante lavoro di tessitura che è prima di tutto relazionale ed emotivo.



Il lavoro dei pazienti (*work of patients*) o *sickness work* (May, 2010) ha a che fare con le capacità di autogestione del paziente e della rete di supporto su cui i sistemi sanitari tendono a fare sempre più affidamento. Si tratta di un tipo di attività che diventa cruciale al di fuori delle mura ospedaliere quando la cura si distribuisce su reti interattive di attori con obiettivi, logiche di azione, background professionali e afferenze istituzionali molto diversi (tra le principali: organizzazioni sanitarie pubbliche, casa di cura private, servizi medici di comunità, associazioni di volontariato, servizi sociali territoriali) (Bruni, Miele, Piras, 2019).

Il lavoro di articolazione (*articulation work*), di cui si è detto, è una sorta di meta-categoria in cui confluiscono tutte quelle attività quotidiane e invisibili che hanno lo scopo di tenere insieme la frammentata ed eterogenea rete di elementi umani e non umani attraverso la quale si produce l'agire nei contesti organizzativi. È proprio dall'osservazione di questo tipo di lavoro che Strauss e colleghi intuiscono la rilevanza del *lavoro invisibile* per le organizzazioni sanitarie. Visto il crescente livello di complessità che accompagna le traiettorie di cura, a causa dell'innovazione tecnoscientifica, dell'efficientamento organizzativo e delle trasformazioni sociodemografiche, gli sforzi per cercare l'allineamento nell'insieme disomogeneo e instabile, composto da saperi, tecniche, professioni, competenze, risorse, artefatti, abitudini e disponibilità, attorno al quale si realizzano i trattamenti sociosanitari, sono sempre più essenziali. Il rischio di frammentazione, isolamento, interruzione e parzialità aumenta con la complessità del sistema, se non intervengono dei correttivi come il lavoro di articolazione.

Una componente importante di questo tipo di lavoro si manifesta attraverso la capacità del contesto di stimolare la *disposizione collaborativa* tra gli altri attori sociali che intervengono a vario titolo nella pratica di cura, incorporando creativamente la componente tecnologica. La collaborazione non è un imperativo morale o una predisposizione caratteriale della persona. Non basta ribadire allo staff che “si deve collaborare”, enunciarlo nei codici deontologici e nelle linee guida operative. Le “buone intenzioni”, qualora tali esortazioni morali sortiscano effetto, si scontrano con le tensioni, le conflittualità, le difficoltà dell'agire professionale quotidiano, soprattutto in condizioni di scarsità di risorse organizzative (condizione pressoché permanente nei servizi sociosanitari pubblici) e di stress sistemico (proveniente dall'interno e dall'esterno) e tendono a svanire, lasciando un certo grado di frustrazione per essersi messi in gioco. Anche l'interpretazione che le persone collaborino o meno a causa di determinate propensioni personali di natura intrapsichica e psicologica coglie solo in minima parte il fenomeno. Alcune caratteristiche caratteriali possono facilitare o meno il lavoro congiunto (ad

esempio introversione ed estroversione) ma quando si parla di disposizioni di medio-lungo periodo come nel caso della collaborazione, è la forma dell'interazione sociale ad essere differente. E le condizioni ambientali e organizzative hanno un ruolo fondamentale sulla forma dell'interazione. Secondo Strauss (1985, p. 10), la collaborazione è uno stile dell'interazione che «può influenzare profondamente il modo in cui l'attività viene svolta quando si utilizza una data divisione del lavoro». È un *pattern* interattivo che riguarda come le persone svolgono il proprio lavoro, come si fanno carico della responsabilità collettiva dell'attività, come si relazionano con colleghi, subordinati e sovraordinati: la collaborazione «richiede attori che siano in sintonia con le azioni, gli stati d'animo e i ritmi degli altri; anche il coinvolgimento [*commitment*] totale nell'impresa comune, la fiducia reciproca, una relativa apertura nella comunicazione, spesso anche un certo grado di lavoro psicologico reciproco, una considerevole capacità di negoziare, e così via» (ibidem).

Le ricerche nell'ambito dei *workplace studies* (che hanno investigato il lavoro quotidiano in centri di coordinamento, sale operatorie e software house, tra gli altri) hanno evidenziato come, più le attività sono complesse e spazialmente e temporalmente frammentate, più diventa rilevante una forma di coordinamento in tempo reale che non dipenda dall'organizzazione formale del lavoro ma sia radicata in una conoscenza situata dell'attività e nella fiducia tra gli attori coinvolti (Heath, Hindmarsh, Luff, 1999; Suchman, 1997).

Gli studi di Jon Hindmarsh e Alison Pilnick (1999, 2002) mostrano come l'attività degli anestesisti è intimamente legata all'azione degli altri attori presenti nel setting operatorio e come la capacità di lettura di tali interazioni, unita ad una coerente abilità di azione, sia essenziale per la performance collettiva. Impattano, in particolare, le competenze tacite, non esplicitate o formalizzate in nessun modo, ma fondamentali per il mantenimento della comunità e il raggiungimento dello scopo a cui le pratiche professionali sono finalizzate.

Secondo autori come Richard Titmuss (1970) e Richard Sennett (2012), le radici della collaborazione sono da ricercarsi nelle pratiche stesse. Si nega la necessità di un principio esplicativo universale ascrivibile al codice genetico dell'essere umano, in favore di una più complessa eziologia del comportamento collaborativo, radicata nel concreto dispiegarsi dell'agire quotidiano nei contesti di vita e di lavoro. In questa prospettiva, assume un rilievo particolare la cornice culturale e, più specificamente, il ruolo giocato dalle istituzioni nel sollecitare comportamenti più o meno collaborativi e altruistici. È il sociologo inglese Richard Titmuss (1970), con una ricerca empirica

divenuta ormai un classico nelle scienze sociali, a segnalare come l'agire collaborativo sia connesso alle caratteristiche socioculturali locali<sup>8</sup>.

A distanza di anni Sennett, ampliando la portata del lavoro di Titmuss, lega in modo ancora più radicale lo stile di comportamento con la dimensione locale, rinvenendo nelle pratiche quotidiane stesse la sorgente principale della collaborazione (Sennett 2012). L'abitudine ad agire insieme verso un fine più o come condiviso conduce ad una positiva predisposizione verso la collaborazione che trova conferma e rinforzi continuativi nella pratica. Gli esempi di Sennett sono estremi: guerre e stravolgimenti sociopolitici che rivoluzionano intere nazioni e spingono le popolazioni ad unirsi per far fronte alle difficoltà e, una volta lasciatisi alle spalle le avversità più dure, si rileva il perdurare del legame sociale, che tende a consolidarsi in una sorta di abitudine all'agire collaborativo. Tuttavia, tracce dello stesso processo possono essere rinvenute anche nella vita ordinaria, nei contesti quotidiani di vita e di lavoro delle persone. Ancora una volta, afferma Sennett, la pratica genera agire collaborativo (e viceversa): sono i rituali della collaborazione a contribuire a produrre e mantenere un diffuso agire collaborativo, ad esempio all'interno di un'azienda o di un laboratorio artigiano. E, ricorsivamente, tale agire rafforza i rituali stessi, riempiendoli di significati simbolici e partecipazione.

#### **4. Lo studio empirico: note metodologiche**

I casi empirici discussi in questo libro sono frutto di un processo di ri-analisi di materiale etnografico raccolto in diverse occasioni di ricerca. Le

---

<sup>8</sup> L'autore compara il comportamento dei donatori di sangue in due contesti socioculturali distinti: negli USA, in cui la donazione avviene secondo modalità privatistiche e commerciali e nel Regno Unito, in cui avviene su basi volontaristiche e altruistiche. Individua così nelle istituzioni la capacità di esercitare una influenza rilevante nel modificare il profilo tendenzialmente egoistico o altruistico di una determinata società: a fronte del modello culturale di matrice individualista ed economicista sul quale è improntato il sistema sanitario americano, in cui anche la donazione di sangue avviene dietro pagamento di un corrispettivo economico, il modello pubblico del National Health System inglese attribuisce all'atto puramente volontaristico della donazione un proprio status socialmente riconosciuto. Il riconoscimento collettivo di un gesto altruistico diviene anche garanzia di una maggiore sicurezza per il sistema sanitario nel momento in cui a motivare l'agire del donatore non è l'interesse individuale ma l'adesione ad una cornice valoriale in cui il bene collettivo, assume una propria autorevolezza. Un recente studio realizzato tra gli operatori del servizio sanitario inglese ha confermato che l'adesione a valori di tipo universalistico e altruistico, su cui il sistema sanitario pubblico è fondato, incida positivamente sulla motivazione professionale e sulla qualità dell'agire e sulle performance degli operatori dei servizi (Hyde et al., 2009).

ricerche originali erano finalizzate all'investigazione delle pratiche lavorative e delle rappresentazioni dei professionisti coinvolti in due contesti sanitari emblematici delle due componenti principali della medicina: da un lato, la Terapia intensiva, che costituisce un ambiente organizzativo chiuso in cui la diffusione di tecnologie e standard operativi è più pervasiva e, dall'altro, i servizi di integrazione sociosanitaria, che, all'inverso, si confrontano costantemente con il massimo dell'imprevedibilità, al di fuori delle strutture ospedaliere e a ridosso degli spazi di vita delle persone.

Ho già pubblicato una parte significativa dello studio in Terapia intensiva in Lusardi (2012) ma per ragioni teoriche e di spazio avevo escluso i dati presentati nel presente volume. Dovendo operare delle scelte editoriali, queste parti mi erano sembrate meno significative perché meno direttamente implicate nella performance di reparto, rispetto all'interpretazione, all'adattamento, al coordinamento e alla motivazione che ho documentato e discusso in quel libro. Insomma, sono caduto io stesso nella trappola del retroscena: la compatibilizzazione, il mantenimento e la comunicazione residuale mi erano sembrate trascurabili, rispetto a quanto appare sulla ribalta, al centro del volume precedente. A distanza di tempo, rileggendo il materiale empirico mi sono accorto che invece aveva tanto da dire rispetto alla disposizione della pratica di reparto, in particolare in merito al lavoro invisibile che lega attori umani, tecnologie e artefatti.

Lo studio sull'integrazione sociosanitaria è invece sostanzialmente inedito. Un estratto è stato pubblicato in un articolo scritto con Stefano Tomelleri (Lusardi, Tomelleri, 2018) in cui discutiamo come le culture intervengono nella realizzazione pratica del dispositivo sanitario ma, ancora una volta, rileggendo quel materiale etnografico colpisce la capacità di illuminare un retroscena vastissimo e poco conosciuto, in cui il lavoro dell'infermieristica domiciliare, del servizio sociale, dell'assistenza domestica si concretizzano ed emerge la complessità della sfida della conciliazione tra il mondo sanitario e sociale e della presa in carico al di fuori dei confini protettivi della struttura ospedaliera (Bruni, Piras, Miele, 2017).

In entrambi i casi ho adottato tecniche di ricerca qualitativi (l'osservazione partecipante, l'intervista etnografica, l'intervista semi-strutturata e lo *shadowing*) per ottenere *descrizioni dense (thick)* (Geertz, 1998) delle organizzazioni in oggetto e delle pratiche lavorative che ci si svolgevano. Tali descrizioni prevedono che si riesca a rendere conto del contesto sociale, culturale e simbolico in cui l'agire si svolge e si possano comprendere i significati che i membri attribuiscono alle loro azioni e a quanto accade intorno ad essi. Mi sono concentrato sulle specifiche circostanze organizzative, su come sono prodotte e riprodotte concretamente, attraverso interazioni, pratiche,

discorsi. Nella stesura delle note etnografiche ho applicato un protocollo di riservatezza per garantire l'anonimato dei partecipanti e la salvaguardia dei dati sensibili raccolti durante l'osservazione. Ciò ha comportato l'alterazione delle informazioni sensibili (nomi, indirizzi, numeri di telefono, condizioni di salute particolari, eccetera) e delle indicazioni che potessero condurre al riconoscimento dei campi empirici e delle singole persone.

#### *4.1 La Terapia intensiva*

Ho realizzato lo studio etnografico presso il reparto di Terapia intensiva di un ospedale del Nord Italia da marzo 2006 a marzo 2007. La mia presenza in reparto è stata mediamente di 25 ore settimanali, con una forte differenza tra le prime settimane in cui, a causa dell'impatto emotivo di ciò che vedevo e del livello di concentrazione che mi richiedeva anche solo comprendere la terminologia, difficilmente riuscivo a trattenermi più di 3 ore al giorno, agli ultimi mesi, in cui trascorrevi 8, 10 ore nel reparto. Ho cercato di osservare i diversi momenti dell'attività del reparto, sia fermandomi la notte, i fine settimana e le festività, sia seguendo il personale al di fuori del reparto durante le consulenze in altri dipartimenti ospedalieri. Ho cercato di costruire un clima di fiducia e accettazione rispetto alla mia presenza anche condividendo con il personale momenti informali quali il pranzo in mensa, le pause caffè e le cene del gruppo per eventuali festeggiamenti. All'osservazione etnografica, sono state affiancate 15 interviste semi-strutturate e 10 interviste etnografiche, una forma non strutturata di intervista, realizzata durante le interazioni quotidiane, senza la costruzione del setting formale che comporta tradizionalmente l'intervista guidata (accordi sulla tempistica, sui temi, sul luogo in cui effettuarla) e l'estraniamento marcata dall'attività ordinaria, preservando così una maggiore aderenza all'esperienza dell'intervistato (Cardano, 2011) e possibilmente l'insorgenza di descrizioni "politiche" e di circoscrivere i "desiderata", elementi problematici considerato la delicatezza del campo (Flick, 2006). Il materiale empirico contiene anche la partecipazione a 30 riunioni d'équipe dello staff medico (20 audioregistrate, deregistrate e trascritte, 10 ricostruite nelle note etnografiche<sup>9</sup>) e l'osservazione di 60

---

<sup>9</sup> Per verificare l'ingerenza della presenza del registratore sulle interazioni dei partecipanti, soprattutto in relazione ai processi decisionali, in 10 meeting non ho utilizzato il supporto digitale e mi sono limitato a prendere appunti. Tale decisione è stata esplicitata con i presenti all'avvio di ogni incontro. Dalla comparazione delle dinamiche comunicative tra i partecipanti e dei contenuti non sono emerse differenze significative.

colloqui del personale sanitario con i familiari dei pazienti ricoverati (audioregistrati, deregistrati e trascritti).

#### 4.2 L'integrazione sociosanitaria

Lo studio è avvenuto in due contesti urbani del Nord Italia, da febbraio 2012 a febbraio 2013. Per cogliere il carattere dinamico e multifocale delle traiettorie di integrazione sociosanitaria ho adottato due modalità di osservazione, una con “camera fissa”, potremmo dire mutuando la metafora del mondo del cinema, e una con “camera a braccio”. Con la prima modalità, l'osservazione etnografica è avvenuta in contesti organizzativi definiti, come lo Sportello sociale e il Punto unico di accesso. I luoghi individuati costituiscono nodi cruciali nella rete dell'integrazione e per questo sono stati selezionati come campi empirici privilegiati. In ogni contesto si è effettuata una settimana continuativa di osservazione, durante i consueti orari di funzionamento. Nel secondo caso, mediante la tecnica dello *shadowing*, ho affiancato per un determinato periodo di tempo tre tipi di professionisti nelle loro attività quotidiana per rintracciare le pratiche tacite attraverso le quali si realizza l'integrazione sociosanitaria. Le categorie professionali individuate per l'osservazione *shadowing* sono state l'assistente sociale, l'infermiere domiciliare e il responsabile assistenziale per le caratteristiche stesse del loro mandato professionale, che li porta ad intercettare molti snodi della rete e ad attraversare fisicamente molti spazi organizzativi e informali nei quali si realizzano segmenti locali di integrazione sociosanitaria. Il tempo di osservazione per questo tipo di osservazione è andato da 4 ore a 1 giornata lavorativa (orario di lavoro completo) per ciascun tipo di professionista. Entrambe le attività osservative sono state accompagnate dalla realizzazione di interviste etnografiche.

Nella tabella 1 sono sintetizzate le attività che hanno condotto alla composizione della base empirica.

I dati etnografici raccolti sono stati trascritti in formato digitale nelle note di campo quotidiane. Anche le interviste “casuali”, le discussioni *backtalk* e le conversazioni occasionali sono state ricostruite nelle note (Cardano, 2011).

Tab. 1 – Sintesi delle attività di raccolta dati

	Caso 1	Caso 2
Ruoli e numero soggetti affiancati da <i>shadowing</i>	Infermiere domiciliare (2) Assistente sociale (2) Operatore di Sportello Sociale (1)	Infermiere domiciliare (2) Assistente sociale (2) Responsabile di attività assistenziale (2)
Ore complessive <i>shadowing</i>	30	34
Spazi oggetto di osservazione partecipante	Servizio di infermieristica domiciliare Sportello sociale Uffici assistenti sociali Distretto sanitario	Punto unico di accesso.
Ore osservazione partecipante	40	40

### 4.3 Analisi e trattamento dei dati

In entrambi gli studi per l'analisi dei dati ho adottato un metodo *grounded* poiché è ampiamente considerato efficace nel rivelare il lavoro invisibile coinvolto in molti tipi di attività (Star, 2007). Ho seguito le procedure di codifica tradizionali descritte da Charmaz (2006), come strumento euristico per comprendere il mondo sociale che volevo studiare. Nella fase iniziale della codifica, ho utilizzato l'approccio *incident-to-incident*, particolarmente efficace quando la base empirica è costituita da osservazioni e descrizioni di pratiche quotidiane. Successivamente, l'analisi è passata attraverso una fase di codifica mirata: nei codici generati ho individuato le categorie principali che contribuiscono a sintetizzare i dati attraverso la costruzione di famiglie omogenee di significato. Nella terza fase di codifica teorica ho cercato le connessioni tra le macro categorie per tessere una coreografia analitica coerente con la base empirica. Le tre fasi sono state accompagnate da un processo di comparazione costante dei codici analitici (Glaser, Strauss, 1967), per marcare le distinzioni analitiche e fare confronti a ogni livello del lavoro analitico.

### *3. La Terapia intensiva. Il retroscena in un ambiente tecnologicamente denso*

#### **1. Nascita di una disciplina e di una unità medica**

La Terapia intensiva come organizzazione specifica si sviluppa dall'intersecarsi, avvenuto soprattutto negli ultimi 50 anni, di tre elementi: le conoscenze e le pratiche di diverse specialità mediche (in primo luogo, l'anestesia e la chirurgia), l'innovazione tecnologica nell'ambito biomedico e la crescente visibilità e attenzione collettiva, seguita anche da politiche sanitarie pubbliche che hanno largamente investito nelle cure intensive e nell'emergenza. Ripercorrere brevemente la storia di questa disciplina e delle organizzazioni ad essa dedicate aiuta a comprendere quanto il connubio tra sapere scientifico, innovazione tecnologica e condizioni organizzative sia indissolubile.

Con il termine "terapia intensiva" (*intensive care*) si intende sia una specialità medica, dedicata al trattamento di pazienti con gravi deficit ad una o più funzioni vitali, sia lo spazio organizzativo in cui sono allocati i presidi, le apparecchiature e gli altri elementi necessari per tali trattamenti. La costituzione della terapia intensiva come disciplina specialistica e come spazio autonomo nell'ambito delle organizzazioni sanitarie occidentali viene fatta risalire alla metà del XIX secolo quando Florence Nightingale, fondatrice delle moderne scienze infermieristiche, rilevò la necessità di isolare i pazienti critici in uno stesso spazio per ottimizzarne i trattamenti (Kesecioglu, 2000). Il primo reparto vero e proprio sarà istituito all'inizio degli anni '20 al John Hospital di Baltimora da Walter Dandy, uno dei più accreditati neurochirurghi del tempo, e contava tre posti letto dedicati a pazienti postoperatori neurochirurgici (Hass, 2005). Circa nello stesso periodo, al Sarah Morris di Chicago viene aperto il primo reparto dedicato alle cure intensive per pazienti neonatali. A caratterizzare questi reparti erano principalmente i respiratori meccanici (lontani antenati degli attuali modelli) che consentivano l'ossigenazione di pazienti incapaci di respirare autonomamente, in genere



applicati nei casi di problemi neuromuscolari. Queste apparecchiature, note come “polmoni d'acciaio” o “respiratori corazza” erano di grandi dimensioni e richiedevano una logistica apposita.

Fig. 1 – “Polmone d'acciaio” risalente agli anni '60



Fonte: Public Health Image Library. Reperibile presso: <https://phil.cdc.gov/Details.aspx?pid=12009>.

Anche la Seconda guerra mondiale ha inciso nel segnalare l'efficacia di trattamenti intensivi a seguito degli interventi chirurgici sui militari feriti. Accanto ad ogni presidio chirurgico, negli ospedali militari, era allestita una *recovery room* in cui i pazienti operati erano assistiti nel riprendersi dagli effetti dell'anestesia. Tuttavia, nonostante questi prototipi, i reparti di Terapia intensiva autonomi rimangono molto rari negli USA e praticamente assenti in Europa sino alla metà degli anni '50.

Un'importante innovazione che portò ad una diffusione maggiore di queste strutture risale alla drammatica epidemia di poliomielite che colpì la Danimarca nel 1952, in cui si registrarono oltre 2.500 casi (Berthelsen, Cronqvist, 2003). Fino al 1952, ogni primavera, stagione in cui iniziava a diffondersi il virus della poliomielite<sup>1</sup>, che a metà del XX secolo era ancora diffuso in larga parte d'Europa, il personale medico e infermieristico degli ospedali era appositamente addestrato per trattare questo tipo di pazienti e le

---

<sup>1</sup> Malattia virale altamente contagiosa che può portare danni neurologici anche molto gravi. In frequenti casi la poliomielite è seguita da forme più o meno estese di paralisi muscolare e richiede il supporto respiratorio dei pazienti.

apparecchiature che venivano utilizzate, come i “respiratori corazza”. E ogni inverno, in cui la diffusione del virus regrediva, gli spazi e le apparecchiature per i poliomielitici rimanevano inutilizzati, sino alla primavera successiva<sup>2</sup>. Nel 1952, in Danimarca si verificò una diffusione del virus molto più elevata e rapida degli anni precedenti e le consuete misure attivate dai sanitari inizialmente si dimostrarono inefficaci, soprattutto per i pazienti che presentavano gravi problemi respiratori. È in questo scenario che i resoconti sulla storia della terapia intensiva e dell’anestesiologia individuano un passaggio chiave (Kesecioglu, 2000; Kollmar, De Georgia, 2023). Il tutto prese avvio dall’intuizione del dott. Ibsen, un anestesista dell’ospedale di Copenaghen, chiamato dalla sala operatoria per una consulenza nel reparto in cui erano trattati i pazienti poliomielitici. La consulenza riguardava le condizioni di un bambino di 12 anni che, nonostante respirasse nel “polmone d’acciaio” continuava ad avere un elevato livello di anidride carbonica nel sangue, segno di insufficienza respiratoria. Il dott. Ibsen ebbe l’idea di abbinare al consueto utilizzo del respiratore meccanico dei cicli di ossigenazione manuale con una sacca da ventilazione (in uso in anestesia). L’attività manuale di supporto respiratorio era effettuata da studenti di medicina e altro personale ospedaliero, il quale immetteva, tramite una sacca di plastica che veniva premuta e rilasciata alternativamente, l’aria nei polmoni dei pazienti a cui era stato praticato chirurgicamente un foro in trachea. Durante la primavera-estate del 1952, per questi trattamenti vennero impiegati 250 studenti di medicina, 260 tra infermiere e infermieri e 27 figure paramediche (Kesecioglu, 2000). I dati raccolti presso l’ospedale di Copenaghen mostrarono come fosse possibile ridurre del 90% la mortalità dei pazienti affetti da questa patologia, nella forma acuta che colpisce anche il sistema respiratorio, utilizzando i respiratori meccanici affiancati da un’attività manuale di supporto respiratorio e garantendo un livello molto elevato di assistenza (Bennet, Bion, 1999).

Questo quadro sembra provenire da un passato molto remoto, avendo presente l’organizzazione e le dotazioni di una Terapia intensiva attuale: basta osservare un moderno respiratore artificiale (fig. 2), le apparecchiature che hanno sostituito i “polmoni d’acciaio”. Tuttavia, gli elementi basilari sono gli stessi: le tecnologie di supporto alla respirazione, la presenza costante del personale e l’aggregazione di pazienti critici.

---

<sup>2</sup> Per una ricostruzione storicamente e scientificamente accurata della traiettoria che porto allo sviluppo del vaccino e all’eradicazione della malattia nel corso del XX secolo, si veda Collino, 2021.

Fig. 2 – Respiratore artificiale Siemens



Fonte: <https://sacemsrl.net/prodotto/siemens-servo-300-ventilator-for-icu/>

In breve tempo, a seguito dei risultati positivi del modello di trattamento danese e degli sviluppi tecnologici dei respiratori meccanici, i reparti di Terapia intensiva negli ospedali si moltiplicarono. Ben presto questo modello organizzativo si diffonde anche oltre i confini continentali europei: nel 1958, Peter Safar istituisce la prima Terapia intensiva moderna nel territorio statunitense, riservando posti letto specifici per il supporto respiratorio presso il Baltimore City Hospital; nei primi anni '60, Max Weil, riconosciuto come il “padre della moderna terapia intensiva”, pone le basi dello sviluppo delle attuali coronariche, dedicando quattro posti letto (che denomina *shock ward*) al trattamento dell'insufficienza circolatoria acuta presso il Los Angeles County/University of Southern California Medical Center (Kollmar, De Georgia, 2023). Negli USA, il numero dei reparti raddoppiò tra la metà degli anni '50 e la fine degli '60: in tale lasso temporale, gli ospedali che avevano almeno un reparto di Terapia intensiva erano il 50%, contro il 25% degli anni '50 (Hass, 2005).

Le innovazioni tecnologiche in ogni specialità medica e lo sviluppo di nuove tecniche<sup>3</sup>, portò ad una sempre maggiore richiesta di trattamenti

---

<sup>3</sup> Due innovazioni furono cruciali per il monitoraggio in tempo reale delle condizioni dei pazienti e lo sviluppo della terapia intensiva: l'introduzione dell'elettrocardiogramma in continuo (nel 1964), il precursore degli attuali monitor digitali, che registrava in tempo reale l'attività cardiaca su un rullo di carta, e il catetere arterioso polmonare (detto di Swan-Ganz), che consente di ottenere informazioni molto precise sull'attività cardiaca (nel 1970) (Kollmar, De Georgia, 2023).

intensivi, soprattutto in ambito chirurgico. Un anno molto importante fu il 1967, con l'esecuzione del primo trapianto di cuore effettuato dal medico sudafricano Christiaan Barnard, intervento in cui fu molto importante il decorso post-operatorio nella prima terapia intensiva africana, voluta dallo stesso Barnard (Cooper, 2001). Con il diffondersi di queste complesse pratiche chirurgiche e la definizione giuridica della morte cerebrale tramite accertamento clinico e strumentale (che consentiva l'espianto di organi da corpi le cui funzioni fisiologiche erano mantenute attive artificialmente), la terapia intensiva diventava uno degli elementi fondamentali che rendeva possibile i "prodigi" della medicina, attirando consensi pubblici e investimenti economici (del Maria Javier, Delmo, Hetzer, 2021; Lock, 2002). Il trend di crescita fu molto veloce, tanto che nel 1992, negli USA si contavano oltre 4.000 Terapie intensive, con un costo annuo di 180 miliardi di dollari, una delle principali voci di spesa dell'intero budget sanitario americano del tempo, all'interno del quale, la parte riservata a questo tipo di trattamenti è passata dall'8% del 1980 al 20% del 2001 (Levit *et al.*, 2003). Guardando all'Italia, si è assistito ad una tendenza di crescita analoga, che ha visto i posti letto nelle Terapie intensive per adulti passare da 3.329 posti letto (5,8 per 100.000 abitanti) nel 1997 a 5.139 (8,61 per 100.000 ab.) nel 2019<sup>4</sup>. Come tutti ben sappiamo, la pandemia di COVID-19 degli anni 2020-21 ha stressato in modo particolare le terapie intensive e il personale che vi operava, per le gravi complicanze respiratorie che induceva nei casi severi e per la elevata frequenza di questi ultimi (Azoulay *et al.*, 2020; Bronzini, Neri, 2021; Fan *et al.*, 2020). Il numero dei posti letti ha infatti continuato a salire arrivando nel 2022 a 6005 (10,1 per 100.000 ab.). Si segnala quindi l'aumento progressivo di tali risorse, nonostante la sistematica contrazione del finanziamento pubblico in materia sanitaria che si è registrato negli ultimi decenni a seguito delle politiche di *spending review* (Fondazione GIMBE, 2019). È inoltre significativo il dato della disponibilità per 100.000 abitanti, che è passato da 8,61 del 2019 a 10,1 del 2022. Durante le fasi acute della pandemia di COVID-19 e nei mesi successivi si è discusso a lungo dell'adeguatezza della disponibilità di posti letto in Terapia intensiva, a fronte dell'enorme stress a cui sono state sottoposte durante il 2020. Pecoraro, Clemente e Luzi (2020), con uno studio prospettico, hanno mostrato come in

---

<sup>4</sup> A questi si devono aggiungere anche 1.127 posti letto di terapia intensiva neonatale (2,68 per 1.000 nati vivi), e 2.513 posti letto per unità coronarica (4,21 per 100.000 ab.) per completare il quadro dei posti letto di emergenza disponibili nelle strutture pubbliche a accreditate. I dati sono tratti dall'Anuario Statistico del Sistema Sanitario Nazionale, reperibile presso [https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_5.jsp?lingua=ita-liano&area=statisticheSSN&menu=annuario](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=ita-liano&area=statisticheSSN&menu=annuario) (consultato il 01 agosto 2024).

condizioni abituali (non pandemiche) la disponibilità effettiva è ampiamente sufficiente a coprire il fabbisogno della popolazione, sebbene sussistano significative differenze a livello regionale e la media europea sia di quasi 16.9 posti letto per 100.000 abitanti (Neri, 2021; OECD, 2023).

## 2. La Terapia intensiva come ensemble sociomateriale

Dalla sintetica ricostruzione storica si può vedere come la disciplina e la pratica ad essa collegata si sviluppino mediante un intreccio per molti versi imprevedibile tra contingenze ambientali (guerre ed epidemie), intuizioni professionali (l'affiancamento del supporto manuale respiratorio introdotto da Ibsen), progressi tecnoscientifici (la costruzione dei respiratori artificiali e il primo trapianto di cuore realizzato da Barnard) e innovazione organizzativa (la presenza costante del personale e l'aggregazione di pazienti critici). A differenza di quanto si è portati a pensare, non si tratta di una traiettoria lineare, bensì di un intreccio di diversi fattori.

Venendo ai giorni nostri, tale intreccio si può ritrovare anche nella pratica quotidiana dei reparti attuali, declinato nella forma di un *ensemble sociomateriale*, concetto teorico che aiuta a cogliere le specificità delle pratiche di cura in queste realtà organizzative. Il concetto riprende l'idea di *ensemble sociotecnico* dagli studi di Cornelius Schubert (2007), che ha investigato l'anestesiologia e il lavoro degli anestesisti (una delle famiglie professionali che abita le terapie intensive), per metterne in risalto due aspetti salienti: il lavoro di coordinamento informale e invisibile svolto in tempo reale dai membri del gruppo, attraverso saperi taciti e conoscenza situata, analogamente a quanto accade nelle performance delle *ensemble* musicali o teatrali; e il lavoro di coordinamento che non riguarda unicamente la componente umana dell'organizzazione ma si muove su un piano di *ibridazione ontologica* (Lusardi, 2023), in cui le componenti umane, tecnologiche e le loro interazioni sono essenziali per lo svolgimento della specifica funzione organizzativa. La terapia intensiva, senza le tecnologie di sostentamento vitale e di monitoraggio invasivo delle condizioni dei pazienti cesserebbe materialmente di esistere come unità organizzativa. Ciò che si concretizza nella pratica clinica quotidiana, permettendo la sopravvivenza di pazienti altrimenti biologicamente destinati a morire, è il risultato di un divenire ininterrotto di interazioni in cui la componente umana e quella materiale (artefatti e tecnologie) si allineano/disallineano, in forme spesso imprevedibili. L'*actor-network theory* ha contribuito ad affermare l'idea che i contesti e i processi tecnoscientifici sono costituiti da reti ampie ed eterogenee, composte da attori

umani e non-umani, senza che sia data aprioristicamente la prevalenza di una componente sull'altra (Latour, 2022). Gli artefatti incorporano agire e questo agire modifica l'interazione sociale, molto spesso senza che se ne abbia consapevolezza. Le tecnologie, inoltre, sono una forma peculiare di artefatto, perché intervengono come *attanti*<sup>5</sup> nelle pratiche quotidiane: non sono dotate di una volontà autonoma (almeno fino ad oggi) ma loro presenza (o assenza) modifica il comportamento sociale in traiettorie che non dipendono unicamente dall'intenzionalità umana ma che, al contrario, sono influenzate dalle funzionalità (o disfunzionalità) tecnologiche. Dispositivi e tecnologie, per quanto progettati e sviluppati attenendosi a procedure e funzionalità ritenute standard e, pertanto, universali, nell'utilizzo concreto nella pratica quotidiana attraversano processi di risignificazione in cui quegli stessi oggetti tecnologici si inscrivono nelle pratiche preesistenti e/o ne generano di nuove nell'interazione con gli attori umani e gli altri artefatti (Casper, Berg, 1995; Lusardi, 2012; Timmermans, Berg, 2003).

Le tecnologie mediche del reparto sono i principali elementi coinvolti nella definizione e nella produzione delle traiettorie dei pazienti ricoverati. Questi apparecchi tecnologici (respiratori meccanici, monitor, TAC, broncoscopi a fibre ottiche, eccetera), tuttavia, non devono essere considerati come elementi oggettivamente neutri, universalmente riconoscibili, i cui referti sono dotati di qualità autoevidenti. Al contrario, risultano inseriti in ecologie di saperi e pratiche lavorative all'interno delle quali ne viene stabilito l'utilizzo, il significato e il ruolo nella traiettoria del paziente. Ogni informazione generata da un dispositivo tecnologico presuppone un'interfaccia di significato indispensabile per l'inclusione del dato strumentale nella pratica del reparto. Si tratta di vere e proprie *pratiche di interpretazione* che costituiscono un ponte tra l'informazione strumentale, generata sia in modo digitale (ad esempio, il monitoraggio invasivo, detto anche cruento, della pressione arteriosa attraverso una cannula collegata ad un sistema di trasduzione che restituisce l'andamento dell'onda in tempo reale su un monitor digitale) sia analogico (ad esempio, attraverso uno sfigmomanometro o un termometro al mercurio), le altre fonti di informazioni (ad esempio, il cosiddetto "occhio clinico") e la pratica medica stessa (Collins, Pinch, 2005).

---

<sup>5</sup> Con il termine *attante*, Bruno Latour (2022) intende gli elementi, sia umani che non umani, che giocano un ruolo attivo in una rete di interazioni. Introduce questo concetto per rifiutare la distinzione tipica delle scienze socio-antropologiche tra soggetti umani e oggetti non umani, i primi titolari dell'agency con il ruolo attivo di attori sociali e i secondi meramente passivi rispetto alla volontà umana. Per Latour, umani e non umani sono entrambi partecipanti attivi in un sistema complesso di relazioni (vere e proprie reti di interazioni), in cui l'agency è distribuita e sussiste parità ontologica tra le diverse componenti.

L'infrastruttura informativa del reparto impiega un'ingente mole di *machine work* (Strauss *et al.*, 1985), per l'implementazione e il mantenimento della rete informatica. Dall'addestramento continuo del personale all'utilizzo di nuove funzionalità o software, al tempo materiale di inserimento a terminale dei dati, una parte consistente dell'attività del personale è riservata a queste tecnologie. In secondo luogo, le tecnologie informatiche svolgono una funzione di mediazione tra la pratica medica e la gestione economica del reparto, attraverso la trasformazione di sistemi di classificazione medici, ufficialmente finalizzati a monitorare lo stato di salute del paziente e a facilitare le decisioni cliniche, in indicatori economici utilizzati dal management, per controllare il flusso di lavoro e le spese del reparto (Manzei 2007).

Quanto avviene sulla *scena*, riprendendo la metafora drammaturgica di Goffman, ovvero l'assolvimento dei gesti tecnici peculiari della terapia intensiva (il monitoraggio in tempo reale, il sostentamento farmacologico, l'assistenza respiratoria, eccetera), implica un incessante *lavoro invisibile* (Star, Strauss, 1999) nel *retroscena*, in cui sono coinvolti attori umani, tecnologie e artefatti. Sono tre le forme che discuterò, indispensabili per il funzionamento del reparto, sebbene non attengano necessariamente alle aree di pertinenza del personale medico-infermieristico. La prima riguarda il corpo del paziente che deve essere reso compatibile con le interfacce e le connessioni dei diversi strumenti, che permettono di supportare respiro e circolo, le due funzioni vitali principali, e affinché il sistema informativo registri i parametri vitali in tempo reale, rendendoli accessibili per supportare le decisioni cliniche. La seconda riguarda le necessità di mantenimento, manutenzione che i dispositivi richiedono per essere parte dei processi diagnosi e terapeutici. La terza affronta il tema della comunicazione e delle forme che assume anche per contribuire a gestire l'emotività dell'interazione faccia a faccia e salvaguardare la performance.

Cateteri, trasduttori, tubi di varie dimensioni e colori sono i collettori attraverso cui il corpo umano viene compatibilizzato con le diverse apparecchiature e reso osservabile e manipolabile in profondità, nelle sue componenti inaccessibili all'occhio umano. Gli stessi confini del corpo, in questo processo, sono riscritti per giungere a quell'ibrido umano/artificiale che è il soggetto/oggetto della pratica medica della Terapia intensiva. La compatibilizzazione, documentata già nello studio di Strauss e colleghi (1985), interviene anche nell'organizzare e nell'integrare la molteplicità di tecnologie che partecipano alla pratica del reparto. Ogni strumento genera infatti un output specifico (stampe di analisi di laboratorio, lastre radiografiche, caratteri alfanumerici in tempo reale sui monitor, eccetera), riguardante parti circoscritte o determinate funzioni del corpo. La cartella clinica è l'artefatto che

principalmente porta traccia della scomposizione del corpo in singole unità e che interviene nell'integrare le diverse tecnologie, rendendone l'evoluzione nella traiettoria del paziente comprensibile e narrabile verso l'esterno.

Il secondo aspetto di retroscena riguarda le pratiche di mantenimento, di cui fanno parte la manutenzione, la formazione del personale e l'efficientamento delle risorse che l'ensemble sociomateriale sollecita. Respiratori meccanici, controlli, monitor, pompe, l'ampia farmacologia e le altre attrezzature utilizzate nei trattamenti intensivi necessitano di conoscenze tecniche, competenze operative e accortezze pratiche che spesso vengono date per scontate ma che nella vita quotidiana del reparto sono oggetto di attività dedicate, relative al *machine work*. Le tecnologie mobilitano anche una specifica organizzazione del personale (soprattutto infermieristico), non riscontrabile negli altri reparti ospedalieri, caratterizzata dalla presenza continuativa di professionisti sanitari. La proliferazione di nuove tecnologie e il permanere di standard locali (nazionali o legati a specifiche comunità di pratiche), nonostante l'impegno profuso da più parti per la creazione di standard internazionali, rende più complessa l'interazione del personale con le tecnologie per le peculiarità dei diversi modelli che devono essere conosciute per il corretto utilizzo. Le tecnologie strumentali e farmacologiche utilizzate sono molto costose e, di conseguenza, l'impatto economico del ricovero in Terapia intensiva è elevato e diventa una voce importante nel bilancio dell'azienda ospedaliera e, più in generale, del sistema sanitario pubblico. Il mantenimento si confronta anche la sostenibilità economica del reparto attraverso le strategie creative sviluppate dal personale per cercare di contenere i costi.

Infine, anche la comunicazione con il paziente rimane sullo sfondo, almeno rispetto al senso che comunemente attribuiamo a questa funzione umana. Nella pratica del reparto, la comunicazione verbale è uno strumento di indagine clinica poiché permette (attraverso un test appositamente codificato) di indagare lo stato cognitivo del paziente. Ciò è particolarmente utile nel caso di gravi traumi o di pazienti in fase di risveglio postoperatorio per comprendere l'evoluzione dei trattamenti e il recupero cognitivo (Moreira, 2004). Sebbene ampiamente codificata, la comunicazione con il paziente può tuttavia risultare difficoltosa, soprattutto per gli infermieri che devono passare buona parte del turno di lavoro accanto ai malati, poiché introduce ulteriori elementi da presidiare e da gestire, quali, ad esempio, il *lavoro emotivo* (Strauss *et al.*, 1982) che dovrebbe trasmettere tranquillità e rassicurazione anche in condizioni altamente problematiche. Per questo motivo, una parte del personale infermieristico e dei medici preferisce avere a che fare con malati incoscienti in cui la dimensione comunicativa viene meno. Il frequente stato di incoscienza dei malati, unito all'urgenza di molti trattamenti



intensivi, porta anche all'adattamento della procedura del consenso informato nella pratica del reparto, nella forma di una azione informativa riservata ai familiari, spesso successiva al trattamento stesso. L'informazione dei familiari, sebbene non abbia valore legale nella giurisdizione italiana, nella percezione dei sanitari, mette al riparo da rischi di natura medico-legale.

### 3. Rendere compatibile l'umano e il non umano. E viceversa

L'efficacia delle cure intensive è resa possibile dalla *compatibilizzazione* del corpo dei pazienti con le apparecchiature tecnologiche disponibili in reparto. Sono necessarie azioni che consentano ai dispositivi di potersi interfacciare con i sistemi vitali dei pazienti, per supportarne o monitorarne le funzioni. Affinché i trattamenti propri delle cure intensive possano realizzarsi si deve creare un ponte stabile tra la componente biologica delle persone ricoverate e i dispositivi tecnologici. Come afferma Goodwin (2008, p. 366), «in un senso molto pratico e materiale, il paziente diventa un mix di componenti organiche e tecnologiche, in altre parole, un *cyborg*». Il corpo compatibilizzato per accedere all'infrastruttura medica è un essere/oggetto, in cui il confine tra la componente naturale e quella artificiale si confondono, richiamando il concetto di *cyborg*, di cui parla Donna Haraway (1995).

La compatibilizzazione in Terapia intensiva riguardava principalmente due delle funzioni vitali dell'essere umano: respiro e circolo.

*Respiro.* La prima a essere compatibilizzata è l'accesso al sistema respiratorio del paziente, affinché l'attività dei polmoni possa essere supportata (in parte o in toto) dal respiratore meccanico. Esistono diverse modalità di connessione tra il respiratore e il paziente<sup>6</sup>. Sono state sviluppate anche modalità non invasive di ventilazione meccanica (definite NIMV, acronimo di *noninvasive mechanical ventilation*) che permettono la connessione al circuito del respiratore senza l'introduzione di supporti nel corpo del paziente o incisioni chirurgiche, mediante maschere nasali, facciali o a casco (fig. 3)<sup>7</sup>.

---

<sup>6</sup> La modalità più comune è l'inserimento di una cannula nella trachea nel paziente, detta intubazione tracheale; in emergenza e quando il paziente non è cosciente si utilizza l'intubazione oro-tracheale in cui un sottile tubo endotracheale di materiale plastico attraverso la bocca passa nella laringe e infine nella trachea; nel caso di pazienti coscienti, l'intubazione avviene mediante l'inserimento di una sottile cannula di materiale plastico nella cavità nasale. Nel caso di ricoveri prolungati, (oltre una settimana), il personale valutava l'eventualità di praticare una tracheotomia, ovvero l'incisione chirurgica della trachea per aprire una via respiratoria alternativa a quella naturale della bocca.

<sup>7</sup> Questo ultimo tipo di dispositivo è diventato tristemente popolare durante le prime ondate della pandemia di COVID perché era utilizzato per il supporto delle persone con

Questi presidi consentono alla tecnologia dedicata al supporto della respirazione umana di interagire con l'apparato respiratorio del paziente.

Fig. 3 – Casco per ventilazione non invasiva



Fonte: <https://dimarspa.com/medical-device/caschi/niv/zip-niv/>

*Circolo.* Il secondo apparato a venire compatibilizzato è il sistema circolatorio. Anche in questo caso sono necessari specifici trattamenti affinché monitor, strumenti diagnostici e pompe infusionali possano integrarsi nella pratica medica. Il primo trattamento necessario è la creazione di un punto di accesso al sistema circolatorio del paziente con l'inserimento di un catetere venoso centrale (CVC)<sup>8</sup>. Nel caso del monitor che rileva e visualizza in tempo reale i parametri vitali, l'elemento intermedio tra il sangue del paziente raccolto nel catetere e l'elaboratore elettronico che produce i dati è il *trasduttore di pressione*, un dispositivo elettromeccanico che converte la grandezza fisica della pressione sanguigna in segnali digitali che possono essere così utilizzati dall'elaboratore.

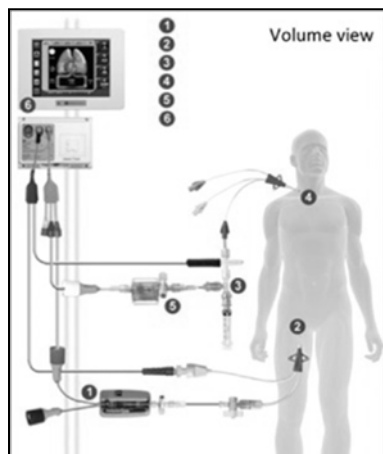
Nella figura successiva (fig. 4) è rappresentato graficamente il circuito necessario per il funzionamento di un apparecchio (un monitor digitale) di frequente utilizzo per indagare l'attività cardiaca e cardiocircolatoria e che ben rappresenta il tipo di compatibilizzazione propria dell'ensemble socio-materiale del reparto.

---

insufficienza respiratoria e appariva spesso nelle immagini dei reparti trasmessi da televisioni e social media (Migliorati, 2020).

<sup>8</sup> Questo trattamento consta dell'inserimento di un catetere in una delle principali vene dell'apparato circolatorio sanguigno (la succlavia, la giugulare inferiore o la femorale) il cui capo esterno è provvisto di diversi connettori, a seconda del tipo di catetere utilizzato e dello scopo. L'estremità più sottile del catetere, quindi, viene inserita, con l'utilizzo di una guida che verrà poi sfilata, nella vena del paziente mentre le connessioni libere possono essere utilizzate per il collegamento al monitor, per l'iniezione diretta di farmaci oppure per il collegamento alle pompe infusionali o ad altre apparecchiature.

Fig. 4 – Il circuito per il funzionamento di un monitor digitale



Fonte: <https://europemc.org/article/pmc/6350438>

Il monitor richiede due connessioni con il sistema circolatorio del paziente: una venosa, con uno specifico catetere, e una in una arteria periferica, in cui va inserito uno specifico sensore. Analizzando i dati raccolti attraverso questi accessi al corpo umano, secondo specifici algoritmi, il software fornisce parametri relativi alla capacità del cuore di alimentare adeguatamente o meno il sistema circolatorio. Le connessioni al circolo venoso e arterioso costituiscono gli accessi attraverso cui il corpo viene reso compatibile con l'apparecchiatura esterna e reso trasparente, come nella rappresentazione grafica. Il corpo diventa così accessibile internamente e investigabile in profondità, senza l'esposizione e l'osservazione diretta degli organi interessati. Attraverso queste attività di compatibilizzazione, il corpo trattato in Terapia intensiva è qualcosa di materialmente diverso dal corpo della persona prima dell'accesso all'organizzazione sanitaria, a volte irriconoscibile alla persona stessa (se cosciente) e ai suoi familiari: diventa un *paziente-corpo* (Berg, Mol, 1997), ibrido di elementi biologici, meccanici e testuali.

Le tecnologie utilizzate in Terapia intensiva sono molteplici: diagnostiche, terapeutiche, per il miglioramento del comfort, eccetera. Ognuna di esse interviene su specifici aspetti della pratica medica, dell'assistenza o per specifici pazienti. Nella conversazione che segue, in cui il dott. Vitale sta spiegando ad un collega la situazione di un paziente che ha trattato in PS, si ha un'idea della molteplicità di artefatti che circondano i trattamenti intensivi:

Vitale: Gli ho messo una vena centrale, una succlavia destra, poi gli ho fatto fare sangue, plasma, perché mi avevano chiesto il plasma, catetere vescicale,

vitamina K. L'ho portato su di pressione, ha cominciato ad urinare, messo il catetere vescicale, la diuresi ha cominciato ad essere presente. La pressione adesso era sopra ai 100 di sistolica con una media di 70.

Ricci: Ma tutte queste cose le hai fatte in PS o in reparto?

Vitale: In PS. È venuto poi Rossetti [gastroenterologo], gli abbiamo fatto anche la gastroscopia. Gli avevo messo anche il sondino nasogastrico, veniva fuori materiale acquoso e poco materiale, ma era roba vecchia.

Vitale nomina molti presidi e dati differenti, in questo breve passaggio: dai vari tipi di cateteri (venoso, arterioso, vescicale) alla gastroscopia, dai valori della pressione rilevato a monitor alla quantità di urina raccolta nelle apposite sacche graduate. Tale molteplicità di presidi e apparecchiature, che produce un'ampia varietà di supporti (lastre, valori visualizzati a monitor, referti cartacei, eccetera) e di dati (pressioni, dimensioni, frequenze, percentuali, indici, stime, eccetera) porta all'intrecciarsi di numerose interazioni, che riguardano lo stesso oggetto (un corpo umano), osservato da prospettive differenti. Le radiografie o i referti delle TAC, ad esempio, che congelano sul supporto fotografico (analogico e/o digitale) un'area circoscritta del corpo in un istante preciso, riportato al bordo del documento, accanto al nome e cognome del paziente, oppure, la rappresentazione grafica della pressione arteriosa che scorre sul monitor in tempo reale mostrando immediatamente, momento per momento, l'effetto che l'adrenalina sta esercitando sulla circolazione sanguigna. Nella conversazione precedente tra i due medici si nota l'assenza del paziente come persona e come soggetto, dalla loro rappresentazione della situazione. La persona si scompone in un insieme eterogeneo e dinamico di informazioni, che risiedono in sedi differenti (anche reparti diversi, ad esempio la radiologia) e attengono a linguaggi e diverse discipline mediche (in questo caso, la gastroenterologia). Il *corpo multiplo*, di cui parla Mol (2002). La *cartella clinica* è l'artefatto che porta traccia delle principali interazioni che avvengono attorno al corpo del paziente, ne organizza il flusso e raccoglie i dati.

La cartella clinica in uso nel reparto era in formato cartaceo e ripartita in tre macroaree, con una parte centrale molto estesa, costituita da una griglia oraria e da due colonne laterali più piccole (fig. 5).

Ad ogni giorno di degenza corrispondeva la compilazione di una pagina della cartella clinica. Per degenze prolungate si poteva arrivare a cartelle molto voluminose per il numero di pagine e referti che contenevano. Altre invece, ad esempio, quelle di pazienti postoperati dimessi "in seconda giornata" (nella terminologia del reparto indicava il secondo giorno di ricovero) erano molto sottili, contenenti due pagine e qualche referto.

Fig. 5 – La cartella clinica della terapia intensiva

The image shows a detailed clinical chart for intensive care therapy. It features a central grid with 24 columns representing hours of the day. To the left of the grid, there are several rows for patient information, including name, age, sex, and medical history. Below the grid, there are sections for laboratory results and other clinical data. The chart is densely packed with text and lines, indicating a high level of data collection and monitoring.

Fonte: note etnografiche.

Nella cartella clinica aumenta il grado di compatibilità delle diverse tecnologie: la zona centrale, in cui la griglia oraria è predisposta sulle 24 ore, infatti, è dedicata ai presidi e alle tecnologie permanentemente connesse al paziente, in grado di fornire in modo continuativo informazioni e dati; la colonna di sinistra contiene a sua volta due aree (oltre a quella dedicata all'anagrafica), quella superiore, in cui è possibile indicare l'orario dell'esame, contiene i risultati di esami effettuati con analizzatori portatili e stick, mentre la parte inferiore i referti di esami di laboratorio, che richiedono almeno 24 ore per l'esecuzione; infine, nella colonna di destra, gli ulteriori esami richiesti in giornata (i cui risultati saranno disponibili nei giorni successivi) e i campi per il calcolo delle calorie e del bilanciamento dei liquidi.

La compatibilizzazione è svolta principalmente dai campi centrali e dalla colonna di sinistra: in queste aree sono condensati dati e informazioni provenienti da tecnologie diverse e con sistemi di riferimento differenti. Nel campo centrale, la parte superiore è riservata ai dati visualizzati dal monitor in tempo reale, come la pressione arteriosa (rilevata dal catetere femorale, ad esempio) o il polso (rilevato dal CVC) o la temperatura (rilevata in tempo reale da appositi cateteri). La griglia oraria comprende l'intero arco delle 24 ore perché queste misurazioni possono/devono essere reperibili con frequenze variabili a seconda della gravità e dell'acuzie del problema che ha portato al ricovero. Nel caso di pazienti traumatizzati o politraumatizzati, dal momento dell'accesso al reparto sino alla stabilizzazione delle funzioni vitali, questi dati possono essere registrati anche ogni ora, per documentare

dettagliatamente l'evoluzione del trattamento e coordinare i diversi specialisti che si muovono intorno al paziente.

I campi inferiori dell'area centrale sono riservati ad altri dati immediatamente accessibili e forniti da specifici apparecchi o connettori: il primo campo ospita i valori delle misurazioni effettuate in base alle pressioni rilevate dal CVC e visualizzate dal monitor; il secondo registra dati provenienti da un altro tipo di cateteri che raccoglie i materiali organici come urine e feci in apposite sacche graduate, posizionate al lato del posto letto, per poterne valutare in ogni momento la quantità prodotta; il terzo campo contiene informazioni riguardanti il tipo di assistenza respiratoria impostata e i dati per valutare il livello di ossigenazione, entrambe indicate dal monitor del respiratore meccanico; l'ultimo campo è riservato alle informazioni fornite da un ulteriore strumento diagnostico presente in reparto, l'emogasanalizzatore.

Questo apparecchio permette di misurare le pressioni parziali dei gas arteriosi e il PH del sangue ed è molto utile nella valutazione dell'insufficienza respiratoria. Immettendo un campione di sangue arterioso, il dispositivo restituisce in brevissimo tempo un referto cartaceo contenenti i valori che verranno segnati in cartella clinica (almeno una parte di essi). Inoltre, l'emogasanalizzatore fornisce anche una serie di valori molto importanti soprattutto nel trattamento delle emergenze ma che, nonostante siano attendibili per l'uso clinico, non possono essere trascritti nella cartella, come spiega il dott. Marino:

Quelli dell'emogas [si riferisce ai dati dei gas nel sangue, che vengono trascritti in cartella clinica] ma non quelli del sodio e del potassio perché, ne avevamo parlato anche con quelli del laboratorio, devono seguire particolari protocolli, per vidimarli o altro. E ci servono per modificare... questi sono molto importanti nel trattamento di condizioni gravi, ad esempio, pazienti con scompenso glicemico, quelli che arrivano con 800, 1000 di glicemia, bisogna avere un trattamento molto particolare continuo, soprattutto per il potassio. Una volta era un problema, mandavi l'esame, andava in laboratorio, dovevi aspettare... Invece questi ce li hai subito, ogni ora ti fai gli esami. È estremamente comodo nelle emergenze.

L'emogasanalizzatore fornisce informazioni importanti per orientare il trattamento dei pazienti ma l'organizzazione dell'ospedale e i protocolli internazionali prevedono che i valori di riferimento, da inserire nella cartella clinica siano quelli prodotti in determinate condizioni, anche se la produzione di tali condizioni (che richiede tempi logistici e di elaborazione) può compromettere l'efficacia stessa dell'apparecchio. Questo dispositivo ha consentito al personale di reparto di rendersi autonomi dalle procedure di

refertazione necessarie ai laboratori di analisi e sebbene i valori così ottenuti non possano essere considerati *ufficiali*, è attraverso l'immediata disponibilità di tali informazioni che si riesce ad effettuare il trattamento di pazienti particolarmente gravi. Questa spinta all'autonomizzazione nasce anche dal tentativo di aggirare le procedure burocratiche necessarie per l'attivazione delle risorse ospedaliere e accelerare così gli interventi in una disciplina medica in cui il fattore tempo è una delle variabili cruciali.

Nella cartella clinica, le informazioni della colonna di sinistra non sono immediatamente disponibili oppure richiedono analisi di laboratorio che non possono essere effettuate dal personale di reparto, i cui tempi di realizzazione variano in funzione delle procedure richieste e per l'urgenza del test. Nel caso dei *markers* sierici del danno cardiaco (troponina, tioglobina, CPK e LDH), ad esempio, il referto è fornito entro un'ora dal prelievo per l'urgenza di sapere se i range di tali sostanze, i cui livelli aumentano sensibilmente in presenza di necrosi del tessuto cardiaco, rientrano nella norma oppure no. Altri esami, a causa delle procedure biochimiche necessarie per isolare i singoli elementi, possono essere completati nell'arco delle 24 ore oppure più tardi, nel caso di esami colturali di materiali biologici come campioni di muco o tessuto.

L'interazione tra le tecnologie e la cartella clinica opera una trasfigurazione cartacea delle principali funzioni organiche del corpo umano, sistematizzandole e rendendole accessibili e comparabili. Questo richiede che le diverse tecnologie attivate per produrre le informazioni siano compatibilizzate, passo per passo, nelle caselle e nei campi della cartella clinica. Nel documento cartaceo, le specificità di ogni strumento (la dislocazione nell'ospedale, i tempi di lavorazione, le procedure biochimiche) scompaiono grazie alla neutralità dei valori numerici o dei simboli che rappresentano il dato.

Berg e Browker (1997) hanno mostrato come il coordinamento tra gli elementi implicati nella pratica medica avvenga soprattutto attraverso la trascrizione dei dati sulla cartella clinica, nella quale si ricomponde *geograficamente* e *storicamente* la traiettoria del paziente. Geograficamente perché il trattamento dei pazienti attiva elementi logisticamente situati in spazi differenti, sia all'interno del reparto, sia all'esterno: il monitor accanto al posto letto del paziente, l'emogasanalizzatore all'ingresso del reparto e i laboratori di analisi si trovano così spazialmente adiacenti nei campi della cartella clinica. Storicamente perché la struttura della cartella clinica accompagna in modo sincronico la traiettoria del paziente, fissandone sul documento i tratti salienti; la cartella clinica diventa così la memoria del paziente, una sorta di diario attraverso cui ripercorrere il suo tragitto all'interno dell'organizzazione sanitaria. La cartella clinica rende compatibili e comparabili strumenti

differenti, che investigano specifici aspetti organici e che generano output di diversi formati.

L'intensità di quest'opera di compatibilizzazione varia al variare delle condizioni del paziente: nei momenti successivi al ricovero sarà maggiore per la proliferazione di dati e informazioni necessarie al trattamento del paziente nella fase acuta, per scemare gradualmente man mano che le condizioni si stabilizzano. Spesso la cartella clinica diviene silenziosa, molte caselle lasciate in bianco, per l'assenza di esami specifici e lo slittamento del paziente in coda alle attività del reparto nei casi in dimissione o che si sono cronicizzati (Lusardi, 2012).

#### **4. Manutenzione ed efficientamento di un ecosistema eterogeneo**

Il mantenimento della ecologia di elementi che contraddistingue la Terapia intensiva pone in rilievo le attività e le competenze necessarie al funzionamento e alla manutenzione delle apparecchiature utilizzabili in reparto. Dalla progettazione alla realizzazione delle apparecchiature, dall'inserimento nelle organizzazioni all'inclusione nelle pratiche mediche, dalla calibratura dei dispositivi di rilevazione alla riparazione di guasti e malfunzionamenti, le tecnologie mobilitano una mole significativa di *machine work* nel *retroscena*, non direttamente implicate nella cura dei pazienti ma necessario per lo svolgimento delle attività ordinarie del reparto (e più in generale, dell'ospedale stesso).

Il primo aspetto di questa dimensione del retroscena riguarda l'addestramento del personale alle singole apparecchiature. Ogni strumento è infatti dotato di specificità e caratteristiche che devono essere conosciute affinché possa essere integrato nella traiettoria del paziente e nell'ecologia di elementi che la compongono. Accadeva che il personale infermieristico, nei momenti di bassa attività, si mettesse a sfogliare i manuali delle attrezzature di recente acquisizione e ne studiasse le caratteristiche, oppure, che un'infermiera esperta prendesse uno strumento (ad esempio, un kit e un monitor portatile) con i relativi cavi e connettori e, su un tavolo appartato all'interno del reparto, ne illustrasse il funzionamento a infermiere più giovani. Dopo aver osservato l'infermiera esperta, le novizie erano tenute a sperimentare più volte le stesse operazioni per impraticarsi con i collegamenti e i settaggi. Soprattutto nella gestione delle emergenze, la prontezza di intervento è un elemento fondamentale della pratica del reparto e questo richiede la conoscenza approfondita delle strumentazioni.



La complessità dell'operazione di addestramento è accresciuta dalla varietà delle apparecchiature utilizzate nella pratica del reparto e dei diversi standard che, nonostante i tentativi di omogeneizzazione, continuano a sopravvivere nell'ambito biomedico, come si vede dal resoconto successivo, in cui il mantenimento della tecnologia che supporta l'attività cardiaca (un pacemaker) di un paziente greco (che, mentre si trovava in villeggiatura in zona, ha contratto una grave forma di polmonite) richiede risorse esterne al reparto e all'ospedale stesso:

Entra in reparto il dott. Sanna, un cardiologo chiamato per una consulenza sul pacemaker di Nikos perché i medici della Terapia intensiva non riescono a comprendere il permanere degli scompensi cardiaci e delle alterazioni di pressione, nonostante l'attività respiratoria sia notevolmente migliorata. Il cardiologo arriva spingendo un carrello con un apparecchio della St. Jude Medical, un computer che consente di interfacciarsi e manipolare il pacemaker. [...] Il medico si avvicina al posto letto dove due infermiere (una delle quali in fase di addestramento) stanno effettuando alcune medicazioni.

Sulla base di un foglietto che i familiari di Nikos (giunti appositamente dalla Grecia per assistere il congiunto) hanno dato ai medici alcuni giorni prima, durante l'orario di visita, è stato possibile risalire al modello di pacemaker impiantato nel Paese d'origine. Il dott. Sanna, non conoscendo lo specifico apparecchio, ha cercato informazioni su internet e ha stampato alcune pagine descrittive dal sito web della azienda produttrice. Sanna spiega che nel suo reparto dispongono di diverse apparecchiature come quella che ha portato con sé perché ogni produttore richiede la propria. Gli anglosassoni, ci dice, impiantano soprattutto pacemaker Biotronic; nel suo reparto sia Biotronic che St. Jude, però non ha mai visto il modello impiantato su Nikos. Ricci [medico della Terapia intensiva] gli illustra il problema, mostrandogli due stampe di ECG, di cui evidenzia l'irregolarità. Il medico inizia a leggere l'onda e sembra un musicista di fronte ad uno spartito: in corrispondenza di ogni tratto, riconosce un movimento dell'attività cardiaca e, allo stesso tempo, cerca di identificare il ruolo del pacemaker in tale processo. Qui sente l'atrio e stimola, qui stimola l'atrio, stimola l'atrio, stimola l'atrio, stimola l'atrio, qua sente e conduce. Qua è in fibrillazione atriale. I due medici cercano di interpretare l'attività del pacemaker e prendono dalla cartella clinica il referto di una precedente consulenza cardiologica.

Nel frattempo, suona un allarme. Un'infermiera abbassa la parte superiore del letto ma l'altra le fa notare che quando suona quell'allarme occorre manovrare i comandi digitali posti ai piedi del letto perché indica un problema di inclinazione. Io chiedo a Ricci se ha scaricato da internet le informazioni perché non conosceva la macchina e lui mi risponde che esistono vari tipi di pacemaker, alcuni con funzioni speciali, e che loro ne impiantano solo alcuni poiché ognuno sceglie una gamma di prodotti e lavora solo su quella. Il cardiologo inizia allora ad interrogare il dispositivo. Da quel che posso vedere, e come poi lui stesso ammetterà, non conosce molto l'interfaccia che sta usando e non riesce a visualizzare l'ECG di superficie, il diagramma

dell'onda. Sul display appaiono i singoli atti cardiaci in forma sintetica, trascritti come codici e valori di cui non si conoscono i significati precisi. Il medico cerca di interagire con le diverse funzioni del software per visualizzare l'onda ma invano. Si fa dare un telefono cordless e chiama il numero di un ingegnere della sede italiana della St. Jude Medical, che lo assiste poi nell'utilizzare la macchina. La telefonata dura oltre 45 minuti e successivamente il cardiologo ne farà un'altra. Mentre il cardiologo è al telefono, io e Ricci ci allontaniamo.

Nel caso di Nikos, il pacemaker, prodotto da una delle più importanti industrie di apparecchiature biomedicali a livello mondiale, era impostato affinché interagisse con l'attività cardiaca spontanea della persona, in una complessa relazione di stimoli elettrici e riposi. Il problema riscontrato dai medici della Terapia intensiva, che ha condotto alla richiesta della consulenza del dott. Sanna, riguardava l'alterazione della normale attività cardiaca del paziente e la causa principale di ciò era imputata al modo, non ben conosciuto, in cui il pacemaker interveniva nell'attività del cuore. La consulenza del cardiologo avrebbe dovuto portare, nelle intenzioni dei medici del reparto, ad una migliore integrazione del pacemaker con la fisiologia dell'uomo. Tuttavia, nonostante il lavoro di interpretazione e di apprendimento, da un lato del funzionamento del pacemaker e dall'altro del computer per settarlo, la consulenza del cardiologo ha portato a impostare il pacemaker su una modalità più semplice, eliminando l'interazione con gli stimoli endogeni e rendendo il paziente completamente dipendente dall'apparecchio, come ha raccontato Ricci durante il cambio turno, riassumendo ai colleghi l'esito della consulenza.

Il mantenimento del pacemaker nella traiettoria del paziente ha richiesto l'integrazione di molti elementi: i dati clinici e i referti diagnostici (in particolare l'ECG), le informazioni fornite dai familiari, le consulenze degli specialisti di cardiologia, gli ingegneri del distributore italiano degli apparecchi e il sito web della casa produttrice. Questi elementi partecipano alla conversione delle specificità del pacemaker impiantato ad Nikos entro gli standard utilizzati e conosciuti in Italia.

Un importante passo in questa direzione avviene quando i familiari consegnano agli intensivisti il foglio contenente le informazioni circa il modello di pacemaker impiantato. Sprovvisi di questi semplici dati (marca, modello, anno di impianto, trascritti a penna su un piccolo foglio di carta rosa), il personale italiano non avrebbe potuto risalire con precisione all'apparecchio inserito nel torace dell'uomo. Avrebbero potuto desumerne alcune caratteristiche dal tipo di attività e dalle dinamiche di funzionamento (analizzabili

attraverso le attrezzature diagnostiche del reparto) ma non sarebbero potuti intervenire sui settaggi.

Un ulteriore sviluppo si ha attingendo al database internazionale, pubblicato sul sito web della casa produttrice, da cui il cardiologo estrapola informazioni tecniche circa le funzionalità del pacemaker e sull'apparecchio necessario per leggerne e modificarne i settaggi. A quel punto, il pacemaker si contestualizza in un presidio ben definito, con funzioni e logiche di funzionamento affini ad altri apparecchi conosciuti dal personale italiano. Tuttavia, la non dimestichezza con tali strumenti richiede la mobilitazione del supporto tecnico del distributore italiano, il quale assiste telefonicamente il medico mentre sta interrogando il pacemaker con il computer. Il risultato dell'operazione, durata circa l'intera mattina, sarà la semplificazione dell'interazione tra il pacemaker e gli stimoli prodotti dal corpo del paziente stesso, attribuendo all'apparecchio il controllo complessivo dell'attività cardiaca.

Sebbene l'apprendimento richiesto per l'utilizzo del pacemaker non costituisca una situazione routinaria, in un reparto come la Terapia intensiva, a cui accede una varietà pressoché infinita di tipi di pazienti, non sono rare le occasioni in cui il personale deve, in breve tempo, attivarsi per apprendere le logiche di funzionamento di apparecchi con cui non ha mai lavorato e che non conosce.

La presenza di personale specificamente addestrato rimane una delle caratteristiche salienti dei reparti ad alta densità tecnologica, come emerge dalla conversazione che riporto in seguito, in cui medici stanno discutendo del trasferimento di un paziente tracheostomizzato:

Romani: Ma, scusami, in Pneumologia non hanno neanche un ventilatore [respiratore artificiale]?

Greco: No. Allora, qui in Pneumologia, una volta, avevano preso un malato con la tracheo e l'avevano attaccato ad un ventilatore. Un post-traumatico, qualche anno fa. Quattro o cinque anni fa. Il personale è quello che è, l'assistenza è quella che è, insomma, alle 6 di mattina hanno chiamato di corsa qua 'venite su, venite su', il malato era [indica una cartella di colore blu scuro] e rigido.

Ricci: Non si sa da quanto.

Bruno: Muerto.

Greco: Muerto.

Ricci: Si però devi descrivere anche il malato. Il malato era un trauma, un ragazzo giovane, incidente con la moto, gli era entrato il guardrail nel cervello. Era un vegetale. Uno stato vegetativo persistente con atteggiamento in triplice flessione, più magro del... Mi aveva chiamato una volta di sotto [in Pneumologia] Federici [pneumologo] perché respirava male, pochi giorni prima che morisse. E io gli ho detto, testuali parole 'ma sono contento che respiri male perché così finisce...

Greco: Muore.

Ricci: ... l'accanimento'. Ne avevo parlato anche con i parenti.

Greco: È morto attaccato al respiratore. E quindi la colpa è del respiratore, "noi non siamo attrezzati, noi non siamo in grado, non qui..." Allora non tengono più nessuno attaccato ad un respiratore invasivo.

Ricci: Comunque è morto d'infarto.

Bruno: Beh sai, un po' ipossico era anche, per caso?

Greco: Comunque è morto. Ma questa è stata la scusa per non portare più su nessun malato, intubato o tracheostomizzato, attaccato ad un ventilatore invasivo, fuori dalla Terapia intensiva. Loro hanno solo i non invasivi.

Ogni apparecchiatura richiede una specifica ecologia di risorse per l'integrazione nel reparto e nella traiettoria dei pazienti: dall'allacciamento all'infrastruttura energetica o informatica, alla disponibilità di connettori e presidi per la compatibilizzazione del corpo, alla numerosità e dimestichezza del personale dell'unità operativa, le pratiche di mantenimento costituiscono una componente importante della pratica della Terapia intensiva, sebbene non visivamente identificabile tra le attività quotidiane e non rilevabile nella documentazione formale dell'attività di reparto.

Nel resoconto precedente, l'assenza di personale idoneo diviene la motivazione (o la giustificazione, secondo gli intensivisti) per non ricoverare pazienti tracheostomizzati, connessi costantemente al respiratore meccanico attraverso un foro in trachea, nel reparto di Pneumologia del medesimo ospedale, un'unità operativa appositamente dedicata al trattamento dei problemi dell'apparato respiratorio. Pur disponendo, almeno in linea teorica, delle competenze necessarie al trattamento di tali pazienti, la gestione del personale, con un numero relativamente basso (soprattutto rispetto alla terapia intensiva) di infermieri, non consente il livello di attenzione che il tipo di trattamento e le apparecchiature implicate sembrano richiedere.

In Terapia intensiva, con cadenza annuale, viene individuata una figura, tra il personale infermieristico, che, tralasciando la pratica clinica dei pazienti, per l'anno successivo si dedicherà unicamente al mantenimento delle tecnologie strumentali. Sarà questa persona ad occuparsi della sostituzione dei circuiti dei respiratori, che devono essere rinnovati ogni 14 giorni nei pazienti con trattamenti prolungati, oppure della calibratura delle apparecchiature come l'emogas, o ancora della risoluzione dei problemi di manutenzione ordinaria che rischierebbero di rallentare o bloccare l'attività del reparto, come racconta Francesca, l'infermiera che rivestiva tale ruolo:

Allora stamattina sono arrivata e c'era un respiratore che non andava, non dava i volumi giusti. Ho controllato, ho rifatto... io rifaccio le stesse cose che in teoria fanno i colleghi e il 90% delle volte, va. Chissà come mai... Cioè,

non è una colpa, è proprio perché loro la fanno [la procedura] avendo lì il paziente, il medico e tutto quanto, non riesci a seguire tutto. Ci vuole uno.. comunque ho allertato il tecnico, che viene domani perché non mi suonava giusto un allarme. Doveva suonare in un tempo più veloce invece suonava in un tempo troppo lungo e allora preferisco che gli dia un occhio. Poi, non so, stamattina c'era l'emogas che non andava. Che non era previsto, nella giornata di oggi. Poi c'era la lavabroncoscopi [apparecchio utilizzato per sterilizzare i broncoscopi]. Ha chiamato Carla [altra infermiera] per dirmi che dava un programma che non era giusto qua e là e insomma, ho controllato. Sono andata lì e ho controllato. Tutti i giorni ci sono apparecchiature che hanno problemi e i colleghi me lo riferiscono.

Francesca è la figura dedicata al mantenimento delle tecnologie, cercando di risolvere direttamente i vari problemi oppure allertando i tecnici che operano nell'azienda ospedaliera. Gli anni di esperienza in reparto e la posizione esterna all'attività clinica le conferiscono una maggiore lucidità nell'analizzare le funzionalità delle tecnologie ed eseguire le procedure. Una parte importante dell'attività di Francesca è assorbita dalla risoluzione di quelli che ha definito *inghippi* dell'ensemble tecnologico, che derivano dalle procedure o attenzioni particolari che ogni apparecchiatura richiede ma che vengono disattese nella pratica per disattenzione o perché ritenuti tecnicismi inutili:

Tanti accorgimenti, ogni apparecchio ha tantissimi accorgimenti. [Ad esempio] l'ECG che non trasmette, l'avrò detto mille volte a tutti che se ci sono gli ECG con la C bisogna eliminarli perché sono già stati trasmessi e lui non trasmette<sup>9</sup>. Allora [mi dicono] “non va”, “guarda che devi cancellare quelli con C” [rispondo]. [E mi dicono] “Ah, non lo sapevo...”. Sono tanti gli inghippi di quella natura. [...] Tutte queste cose, che saranno dieci, tra scaldasangue, scaldapaziente, letto confortevole, ognuna di queste cose ha delle particolarità. No? Che tutti dovrebbero conoscere. E bisogna fare il promemoria di tutte. Per esempio, il letto: se lo staccano dalla presa, quello continua a suonare. A me dà un fastidio quando suona, mi fa venire un nervoso! E anche lì, ho spiegato tante volte come si fa, ci sono quattro manovre per spegnere quel letto, l'ho spiegato però se uno non è ben disposto a memorizzarlo e ad ascoltarti, quello dice “tanto lo farà qualcun altro...”, questo è una cosa di cui ho parlato molto con il caposala. Perché, appunto, non conoscere le particolarità di tutte queste cose, complica. O uno ha la volontà e capisce che è importante conoscerlo oppure la lavabroncoscopi, metà delle persone la sa usare, metà no. Poi la usano male, si inceppa, si rompe. La lavabroncoscopi

---

<sup>9</sup> Si riferisce al simbolo C visualizzato sullo schermo dell'ecocardiografo e che contraddistingue le informazioni già inviate al sistema informativo centrale, in cui sono immagazzinati molti referti in formato digitale. Per inviare un nuovo referto è necessario cancellare dalla memoria dello strumento quelli precedentemente inviati altrimenti l'apparecchio restituisce un messaggio d'errore.

non va, se non sei capace di inserire un codice. E può servirti un broncoscopio nel modo più urgente del mondo... Prima c'era comunque la vasca del [...] che bastava ficcarlo giù [immergere il broncoscopio nella vasca], erano capaci tutti, era una vasca, bastava cacciarlo giù. Lì no, sei bloccato, non riesci più a fare le cose.

L'apparato tecnologico della terapia intensiva è composto da molte apparecchiature, prodotte da industrie diverse, alcune più recenti, altre più datate, ognuna con logiche di funzionamento proprie e predisposte ad operare secondo specifiche procedure. Ciò richiede che il personale sia addestrato alla pratica di tutte le apparecchiature, delle quali dovrebbe apprendere le caratteristiche salienti implicate nella pratica del reparto. Se non si eseguono le operazioni previste e illustrate nel manuale, la lavabroncoscopi non si avvia e il reparto rischia di trovarsi senza broncoscopi sterili, oppure, non cancellando la memoria dell'ecocardiografo, non si possono inviare i referti al database centrale e le informazioni non sono visualizzabili sui computer del reparto, come negli esempi citati. Il ruolo di Francesca era anche quello di supplire alle carenze di molti colleghi nella conoscenza delle tecnologie, attività nella quale era generalmente coadiuvata da alcuni infermieri con una certa anzianità di servizio. Quotidianamente, infatti, nel caso di anomalie o problemi di funzionamento delle apparecchiature, prima di interpellare Francesca o il caposala (che in assenza dell'infermiera può svolgere la stessa mansione), gli infermieri si rivolgevano al collega o alla collega più anziani in turno e molto spesso la situazione si risolveva. Francesca subentrava nei casi che apparivano più complessi e svolgeva una funzione di mantenimento attraverso un'attività continua di promemoria sulle caratteristiche delle tecnologie e sugli *inghippi* più frequenti. E l'elevato turn-over del personale infermieristico rendeva ancora più pressante il ruolo di mantenimento svolto da Francesca e dal personale più esperto per garantire l'integrazione delle tecnologie nelle pratiche del reparto.

La formazione pratica del personale è, quindi, fondamentale per il mantenimento del reparto e attiva strategie efficaci anche per il contenimento dei costi. Ad esempio, per l'addestramento dei novizi, si prevedeva l'uso dei materiali ormai oltre la data di utilizzo consentito. In una stanza del reparto, esterna alla rianimazione, si trovano alcuni contenitori su cui è stata apposta la scritta "materiale ad uso didattico". Queste scatole contenevano presidi di varia origine e funzione (dalle cannule da intubazione a raccordi di vario tipo, a mascherine, palloni autoespandibili, e così via), generalmente di materiali plastici, che essendo scaduti non potevano più essere utilizzati nell'attività clinica e non dovevano essere reperibili nei locali interni. Privati delle confezioni originali su cui è impressa la scadenza venivano conservati in

scatoloni e utilizzati nelle esercitazioni del personale, in corsi di formazione oppure durante il training del personale neoassunto.

L'addestramento prevede che i novizi imparino a conoscere le attrezzature e i presidi, non solo teoricamente o vedendone l'utilizzo ma anche attraverso la sperimentazione diretta. Devono avere dimestichezza con i vari manicotti che compongono il respiratore, con i collettori e riduttori di dimensioni, con le procedure di montaggio e di smontaggio di tutte le strumentazioni presenti in reparto. È richiesta la sperimentazione diretta con gli oggetti in uso nella pratica e il reperimento dei materiali di studio tra gli oggetti scaduti consente di non sottrarre risorse utili.

## 5. Comunicazione, emozioni e tecnologie

Uno degli obiettivi della terapia intensiva, se non lo scopo principale, è garantire il sostentamento delle funzioni vitali, in particolare la respirazione e la circolazione sanguigna, per evitare quello che viene definito *danno ipossico*, ovvero la compromissione più o meno grave dei tessuti cerebrali causata da un inadeguato approvvigionamento di ossigeno. Ancora più grave è la condizione di *anossia*, in cui, per un certo lasso temporale, il cervello ha cessato completamente di ricevere ossigeno e le cellule nervose hanno iniziato a morire<sup>10</sup>, ad esempio in seguito ad un grave trauma (come un incidente stradale), in cui i soccorsi non hanno potuto iniziare rapidamente la rianimazione cardiopolmonare. Oppure, il danno ipossico può essere legato a patologie cronicodegenerative del sistema respiratorio come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (conosciuta comunemente con l'acronimo BPCO) o circolatorio come l'arteriosclerosi, in cui il cervello tende a ricevere costantemente meno ossigeno rispetto alle esigenze dei tessuti.

In tutte queste situazioni, tra le indagini cliniche basilari, il personale deve valutare lo stato cognitivo della persona, al fine di individuare eventuali miglioramenti o peggioramenti e trarne così indicazioni circa la correttezza o meno della terapia. I neurologi hanno a disposizione strumentazioni e tecniche elaborate in grado di investigare dettagliatamente l'attività del cervello, circoscrivendone aree specifiche, valutandone l'attività elettrica, la capacità di trasmissione degli impulsi attraverso il sistema nervoso, eccetera. Tutte queste tecniche permettono sì esami dettagliati, ma richiedono attrezzature specifiche e tempi lunghi di realizzazione.

---

<sup>10</sup> Affinché vi sia un danneggiamento irreversibile del cervello sono sufficienti circa 5 minuti di anossia.

Il personale della rianimazione, nella pratica quotidiana, per poter valutare la condizione cognitiva del paziente durante i ricoveri che non richiedono la consulenza specifica dei neurologi, fa riferimento al livello di risposta a una serie di stimoli comunicativi e fisici, codificati nella *Glasgow Coma Scale* (GCM). La GCM, formalizzata nel 1974 da due neurochirurghi, prevede tre diversi tipi di stimoli (verbale, oculare, motorio), a cui corrispondono tre punteggi in base alla capacità di risposta del paziente. La somma dei tre punteggi restituisce un indice dello stato neurologico. Lo stimolo verbale prevede che si faccia una domanda semplice al paziente e che si inquadri la risposta nelle seguenti modalità:

- 1 - nessuna risposta verbale, nessun suono (o paziente intubato);
- 2 - suoni incomprensibili;
- 3 - parla e pronuncia parole, ma incoerenti;
- 4 - confusione, frasi sconnesse;
- 5 - risposta orientata e appropriata.

Il punteggio assegnato alla risposta, sommato ai punteggi degli altri due stimoli, consente al personale di classificare rapidamente le condizioni del paziente: era frequente, infatti, il riferimento a casi di coma utilizzando il punteggio della GCM. Ad esempio, come mi ha riferito un'infermiera durante l'intervista: *parlo dei pazienti quelli che entrano con l'arresto, con la Glasgow 3, 4*; oppure, un medico mentre descrive ai colleghi una paziente: *portata in reparto, la signora è in coma, 3 di Glasgow*.

La comunicazione verbale nella pratica del reparto è, prima di tutto, uno strumento clinico per valutare la condizione neurologica del paziente. Codificato in un test accreditato in letteratura e standardizzato, esso trova uno spazio apposito nella cartella clinica per tenerne traccia e poterne valutare l'evoluzione.

Se la struttura del test è codificata e standardizzata, più difficile è standardizzare gli stili comunicativi personali e il modo in cui gli stimoli vengono somministrati. In un'occasione, l'infermiera si era posizionata accanto all'orecchio destro del paziente e gli stava chiedendo di mostrare la lingua<sup>11</sup>, ma il paziente sembrava non reagire. Il dott. Ferrari, che stava assistendo all'episodio, si è avvicinato al paziente e ha preso a ripetergli l'ordine ma con un tono di voce molto più alto rispetto all'infermiera. Dopo alcune richieste, il paziente ha finalmente mostrato la lingua come gli veniva richiesto

---

<sup>11</sup> Gli stimoli motori consistono nel richiedere l'esecuzione di gesti semplici come, appunto, mostrare la lingua o stringere la mano a chi esegue il test.



e il medico ha commentato, ridendo: *Avete di quelle vocine...* L'esecuzione o meno del comando avrebbe modificato il punteggio complessivo della scala, che prevede la seguente classificazione:

- Punti 15: nella norma
- Punti da 12 a 14: lieve alterazione
- Punti da 9 a 11: alterazione importante
- Punti da 4 a 8: alterazione grave
- Punti 3: coma profondo

Anche durante i briefing dei medici accadeva che emergessero differenze nella somministrazione e interpretazione del test, come nello scambio che segue:

Vitale: Tende ad aprire gli occhi però non esegue.

Russo: Come non esegue? Con me ha tirato fuori tanto di lingua...

Vitale: Forse non gli piace la mia voce...

La comunicazione verbale è centrale anche nella gestione e nella valutazione dei decorsi postoperatori. Infatti, dopo gli interventi chirurgici, il ricovero in Terapia intensiva è funzionale allo smaltimento dell'anestesia e al recupero dell'autonomia respiratoria, soppressa durante l'operazione. Questo aspetto riguarda soprattutto gli infermieri che si occupano dei pazienti cardiocirurgici, che, salvo complicazioni, hanno sempre lo stesso iter postoperatorio.

Nell'immediato decorso postoperatorio, detto *svezzamento*, il risveglio è molto delicato poiché il paziente si ritrova in un ambiente sconosciuto, nudo, intubato, impossibilitato a muoversi, molto spesso senza ricordare nulla di quanto accaduto poco prima dell'intervento: lo spaesamento e la paura possono prendere il sopravvento generando ansia e affanno respiratorio senza un'assistenza adeguata. Il compito del personale infermieristico è quello di tranquillizzare il malato, verificarne il grado di recupero cognitivo e aggiornarlo sulla sua situazione. Nel resoconto che segue, Stefania "accoglie" un paziente che si è appena risvegliato dall'anestesia:

Giuseppe, ricoverato in mattinata dopo un intervento di cardiocirurgia, si sta agitando nel letto e con una mano sta afferrando il tubo del respiratore che fuoriesce dalla sua bocca. Stefania, che è poco lontano, se ne accorge e dice alla collega: *il signore postoperato di stamattina si è svegliato*. Si avvicina al letto, si mette di fronte al viso del paziente perché possa vederla, e mentre gli toglie la mano dal tubo del respiratore lo saluta. *Buongiorno*. L'uomo cerca

di risponderle ma lei gli dice, afferrandogli la mano: *Non può parlare perché ha un tubo in bocca che l'aiuta a respirare. È in Terapia intensiva adesso.* L'uomo la guarda. *Lo sa dov'è adesso? Cos'è successo?* L'uomo si guarda intorno, poi si porta la mano al cuore, per indicare la zona dove è stato operato. *Esatto, bravo. È in ospedale. È stato operato al cuore. L'intervento è andato bene, adesso è in Terapia intensiva. Dopo passerà a vederla il medico così le togliamo il tubo e la facciamo respirare da solo. Così può parlare e domani la mandiamo in reparto. Va bene?* L'uomo annuisce. Sembra più tranquillo ora. *Più tardi, alle 3 e mezza, verranno i suoi familiari a trovarla. È contento di vederli?* Annuisce di nuovo. Stefania gli sorride e va a controllare la cartella clinica.

L'obiettivo della comunicazione dell'infermiera è tranquillizzare il paziente, che si risveglia in un luogo a lui sconosciuto e tutt'altro che rasserenante, di valutare il grado di recupero dall'anestesia e di aggiornarlo brevemente sul presente e sul futuro imminente. L'iter dello svezzamento prevede poi che venga tolto il tubo tracheofaringeo, diminuiti i supporti farmacologici e che il paziente riprenda a respirare da solo e a parlare normalmente. Il paziente cardiocirurgico è quindi, di norma, un paziente cosciente, con cui infermieri e infermiere si devono relazionare non solo dal punto di vista interventistico ma anche comunicativo. E la componente corporea e non verbale è particolarmente importante: nell'episodio precedente l'infermiera usa il proprio corpo per rassicurare il paziente, gli tocca la mano, gli mostra il viso, lo guarda sorridendo, parlando lentamente e con tono deciso ma calmo, cerca il contatto visivo sia per valutare il grado di risveglio cognitivo sia per trasmettere rassicurazione.

Questa peculiarità comunicativa, che rientra nell'ambito del *sentimental work* (Strauss, *et al.*, 1985), sembra spaventare alcuni professionisti che hanno esplicitamente chiesto al coordinatore infermieristico di non venire assegnati a tale tipologia di pazienti. È lo stesso coordinatore a raccontare delle richieste:

C'è gente che non vuole mai andare in cardio. Ho degli infermieri che mi chiedono di non andare in cardiocirurgia, che mi chiedono di non andare in sala operatoria perché anche lì c'è un momento di relazione nel preoperatorio importante. Perché c'è questa risposta... Non esplicitano il perché però... il contesto nel quale ti devi mettere più in gioco dal punto di vista relazionale ti dà fastidio. Preferisci il paziente tranquillo, sedato, che non si muove e sul quale faccio tante cose, che ti danno soddisfazione perché le fai. Però quando il paziente è sveglio e ha bisogno, non sei più in grado.

Lo stato di coscienza del paziente può essere temuto perché costringe a mettersi in gioco emotivamente, afferma Raffaele; richiede di confrontarsi

con l'agitazione del risveglio e della cosiddetta *coda farmacologica* dell'anestesia. Può succedere, infatti, che l'agitazione non svanisca rapidamente ma che, al contrario, il risveglio completo si prolunghi e lo stato ansioso persista. Accadeva non di rado che pazienti post-operati tentassero di alzarsi dal letto, cercando di scendere, nonostante avessero ancora i cateteri infilati nel corpo e che il personale infermieristico intervenisse per riportarli in posizione orizzontale nel letto, redarguendoli.

Sebbene nella fase di svezzamento la comunicazione sia piuttosto standard, sul modello del resoconto precedente, la variabilità delle biografie umane può introdurre elementi di perturbazione, come racconta Elisa, un'infermiera:

Elisa: Guarda, mi ricordo un caso a cui ho continuato a pensare per un bel po'. Era un paziente della cardio. Era in quel posto lì [indica un posto letto davanti a noi], me lo ricordo per bene, era un post-operato che si era accoltellato. Non so se ti ricordi [chiede alla collega]. Era un paziente che si era accoltellato da solo, si era accoltellato il ventricolo per cui era un tentato suicidio. Allora io stavo aspettando che lui si svegliasse, prima di tutto per vedere se era sveglio o fuori di testa e poi però mi ha proprio impressionato, [perché pensavo] che cosa gli dico adesso che si sveglia? "Si ricorda che l'hanno operato al cuore?" "Nooo!"

Interviene un'altra infermiera presente: "Lo sa che è ancora vivo?" [ride e dissimula imbarazzo]

Elisa: "Lo sa che è ancora vivo?" [ride] Mi è rimasto impresso anche perché poi lui si è svegliato e ha cominciato a dire "non capisco perché ho fatto questa cosa...", quindi c'è stato un impatto abbastanza forte, al di là del punto di vista chirurgico. Poi lui che si chiedeva "non so perché ho fatto questo gesto eppure..." allora mi è venuto in mente, ma cavoli, magari anch'io mi metto e faccio qualche gesto inconsulto che non so... E tu sei qui, le prime persone che incontra, lui avrà fatto anche i suoi pensieri, così. Devi sempre pensare a cosa dire. A volte mettiamo il dischetto: "ha un tubo in bocca che l'aiuta a respirare".

La coscienza del paziente può porre il professionista di fronte a difficoltà che non sono di ordine medico ma, come nel racconto precedente, di natura comunicativa ed etica, su cui, molto spesso, il personale non ha ricevuto preparazioni approfondite. La difficoltà deriva dall'inapplicabilità del modello comunicativo standard e dal doverne creare uno apposito attingendo al proprio bagaglio esperienziale, alla propria sensibilità e biografia. Questo aspetto è temuto perché comporta un coinvolgimento emotivo elevato.

Con i pazienti non cardiocirurgici l'esposizione a questo tipo di rischio era meno frequente perché una buona parte non era cosciente e completamente dipendente dal respiratore, riducendo così al minimo la possibilità di

scambi comunicativi. Tuttavia, poteva succedere, come nel resoconto seguente, che una paziente fosse lucida e cosciente e ponesse domande “imbarazzanti” al personale (e al sottoscritto):

Paolo, giovane infermiere neoassunto, sta facendo registrando i parametri vitali di una signora di 83 anni che il giorno dopo sarà operata per una neoplasia. Paolo controlla i valori sul monitor e li trascrive in cartella clinica. La donna è cosciente, non è intubata, e lo sta guardando. Paolo si avvicina al monitor del respiratore, accanto alla testiera del letto, e la donna gli dice: *mi scusi ma perché mi fate tribolare così? Io non lo voglio*. Paolo, imbarazzato, mi guarda e sorride. Anch’io sorrido, imbarazzato a mia volta e non dico nulla, mentre l’infermiere le risponde: *ma no signora, vedrà che andrà tutto bene*. E torna a scrivere sulla cartella clinica mentre la donna prosegue: *guardate, ho avuto una vita felice, con i miei figli, ho una bella famiglia, non ho mai avuto niente, io non voglio tribolare e non voglio far tribolare nessuno. Ma non potete darmi qualcosa per morire? Io ho avuto una vita felice e non voglio di più*. Mentre Paolo non alza gli occhi dalla cartella clinica, la donna fissa me e non riuscendo a reggere lo sguardo, le dico, imbarazzato: *signora, non deve dire così. Vedrà che poi sarà contenta*. In quel momento arriva la dottoressa Bianchi che, mentre controlla la cartella clinica, chiede alla donna: *come va?* La donna dice: *perché mi fate tribolare?* La dottoressa le risponde: *Ma cosa dice signora?* Paolo le riferisce quanto detto poco prima: *la signora vorrebbe qualcosa per morire*. La dottoressa, mentre sta ancora controllando la cartella clinica, le risponde: *non possiamo signora*. E dopo poco si allontana. Paolo va alle altre testiere del letto e inizia a interagire con le pompe di infusione mentre anch’io mi allontano per seguire Bianchi.

Questo episodio mi ha colpito particolarmente, anche per la mia reazione, che è stata molto simile a quella del giovane infermiere. Di fronte alle richieste dell’anziana signora, infatti, la reazione immediata è stata quella di un sorriso imbarazzato e di una risposta di circostanza senza prendere realmente in considerazione quanto la persona ci stava dicendo e chiedendo. L’affermazione della donna, così profonda e intima, comprensibilmente dettata dalla paura dell’intervento e dal disagio del ricovero, metteva in crisi gli obiettivi stessi del trattamento medico e riproponeva al personale (e, seppure con un ruolo differente, al sottoscritto) la questione etica dell’appropriatezza del trattamento e della qualità della vita (Tousijn, 2013). In questa occasione, come in altre a cui mi è capitato di assistere e come documentato in letteratura (Glaser, Strauss, 1965; Timmermans, 1994), l’infantilizzazione del paziente è una strategia per eludere il dilemma etico e superare il disagio emotivo. D’altra parte, come afferma Marzano (2004, p. 55), riferendosi alla sua esperienza auto-etnografica in un reparto di oncologia: «imparare a non cascare in queste “trappole” comunicative tese dai pazienti, insomma a non

rispondere all'ansia dei malati con delle false rassicurazioni, richiede un coraggio e, come dire, una sfrontatezza, un'improntitudine che per molti versi sfida le basi stesse dell'ordine morale su cui si fonda la nostra convivenza».

In questo senso, la coscienza rende maggiormente complessa l'attività del personale sanitario perché introduce una componente di *lavoro emotivo* non sempre facile da presidiare sul piano professionale. Il carico emotivo è maggiore per infermiere e infermieri, che trascorrono molte ore del giorno al capezzale dei pazienti (per le medicazioni, per la rilevazione dei parametri, per aggiornare la cartella clinica, per controllare gli allarmi, eccetera), a differenza dei medici che hanno contatti più sporadici e veloci.

Le tecnologie e gli artefatti implicati nella pratica medica possono diventare un importante strumento di gestione della comunicazione. Nel resoconto, infatti, mentre io e la dottoressa potevamo liberarci del carico emotivo delle domande che ci poneva l'anziana signora semplicemente allontanandoci, l'infermiere, era più vincolato alla paziente perché era stata assegnata a lui per tutto il turno lavorativo. Così, si concentra sulla cartella clinica, sul respiratore o sulle pompe posizionate oltre la testiera del letto per interrompere una conversazione fattasi imbarazzante e risolvere una dinamica comunicativa difficile. L'adozione di questa strategia per far fronte a problemi comunicativi e relazionali non è rara tra il personale infermieristico, come conferma Antonio, parlando della propria esperienza:

Mi piace la tecnologia e faccio fatica a supportare il paziente in alcune situazioni, nel senso che anch'io delle volte preferivo fare, aver da fare, preparare farmaci o non so che, che dover star lì a consolare il paziente, no? C'è chi ha più attitudine invece sull'aspetto relazionale che sceglie magari, non dico la psichiatria, ma una medicina... E il rischio è proprio che uno si corazzi dentro questa cosa qua, no?

Anche tra il personale medico, c'è chi ha scelto appositamente di dedicarsi alla Terapia intensiva per limitare gli scambi comunicativi con i pazienti, come racconta Greco, riferendosi alla propria esperienza:

Greco: Un altro aspetto... [caratteristico della Terapia intensiva è che] non hai il contatto diretto con il paziente. Hai un rapporto con il paziente che è molto diverso da quello della medicina, del chirurgo. È mediato, dalle macchine.

Io: Anche il chirurgo non è che abbia un gran rapporto con paziente, di norma...

Greco: Ci deve parlare però. Ha lì la persona, ha lì il parente, ha il reparto. Ci deve parlare, deve spiegare che sono malati, c'è anche un aspetto psicologico, se vuoi.

Anche la procedura del consenso informato relativa ai trattamenti medici richiede l'adattamento alla condizione di incoscienza, comune (transitoriamente o meno) a molte persone ricoverati. La procedura del consenso informato prevederebbe che il paziente fosse chiaramente e dettagliatamente informato sui trattamenti che sta per ricevere, sulle possibili conseguenze e sulle eventuali controindicazioni. Nella pratica medica di molte organizzazioni sanitarie, più che all'effettiva preoccupazione di informare correttamente il paziente, il consenso informato risponde ad esigenze di ordine medico-legale per cui il documento si concretizza nella firma, da parte del paziente, di una liberatoria sulle eventuali complicanze del trattamento (Foglia, 2018). Nella pratica del reparto, il tipo e le caratteristiche dei pazienti fanno sì che il consenso informato sia dato per scontato: l'immediato pericolo di vita e l'assenza di coscienza impediscono al paziente di poter decidere in modo autonomo (ammesso che effettivamente sia possibile) del proprio corpo e dei trattamenti medici. Nella pratica, il consenso informato si realizza nella forma di una informazione più che nella richiesta di una autorizzazione a procedere. Tale autorizzazione risulta implicita nel momento del ricovero, in cui il malato viene preso in carico dagli intensivisti e dagli infermieri del reparto. Nel caso di pazienti incoscienti, l'informazione del trattamento verrà fornita ai familiari, che, sebbene non abbiano una pertinenza giuridica nella definizione della volontà di un'altra persona, possono comunque indirizzare l'agire dei medici.

## 4. *L'integrazione sociosanitaria, tra protocolli, tecnologie e rituali*

### 1. **L'integrazione tra servizi sanitari e risorse sociali territoriali**

Le politiche sanitarie pubbliche degli ultimi anni hanno cercato di farsi carico della crescente complessità sistemica, delle mutate condizioni socio-demografiche, del differente contesto economico e dei nuovi bisogni della popolazione, principalmente stimolando la transizione da modelli di welfare basati sulla centralità delle strutture ospedaliere a sistemi reticolari incentrati sulla complementarità tra ospedali ad alta specializzazione, agenzie sanitarie territoriali, servizi sociali e soggetti del terzo settore (Leipzig *et al.*, 2014; Schubert *et al.*, 2016; Ingrosso, Lusardi, Moretti, 2020). L'intento del legislatore è stato quello di superare l'impianto tradizionale dei servizi di salute che vedono nell'organizzazione ospedaliera il perno dell'intero sistema sanitario (Bruni, Rossi, 2020), incentivando le forme collaborative tra soggetti organizzativi e professionali differenti e una visione dei servizi più ampia e inclusiva (non circoscritta unicamente al perimetro dei saperi e degli strumenti propri della medicina) (Alastra, Bronzini, Ingrosso, 2022; Bruni, Miele, Piras, 2019).

*L'integrazione sociosanitaria* è sicuramente uno dei principali strumenti individuati per tentare di conciliare i bisogni di salute e di benessere della società contemporanea con i servizi sociali e sanitari esistenti. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza prevede di investire ben 7 miliardi di euro per incrementare l'assistenza sanitaria territoriale (Missione 6 - Componente 1) attraverso l'innovazione tecnologica (incentivando la telemedicina) e organizzativa (con la creazione delle Case di Comunità). Gli obiettivi specifici vanno, appunto, dal «potenziamento dell'assistenza domiciliare; allo

sviluppo della telemedicina e a una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari».<sup>1</sup>

Il termine *integrazione sociosanitaria* è in realtà piuttosto ambiguo poiché con esso si fa spesso riferimento sia ad un costrutto ideale, che funge da riferimento normativo a cui far tendere l'organizzazione dei servizi sanitari e sociali, sia ad una articolazione operativa attraverso la quale tradurre pragmaticamente tali obiettivi nella pratica. Questa ambiguità si riflette anche nella varietà di concetti che hanno significati affini: cure integrate, lavoro congiunto, lavoro in partnership o inter-agenzia, collaborazione interprofessionale e lavoro di squadra (Hughes, Shaw, Greenhalgh, 2020). Sebbene nella letteratura medico-scientifica vengono utilizzati in modo vago, tutti concordano sugli effetti positivi che l'integrazione di servizi, professioni e procedure può avere sui risultati organizzativi e sulla salute dei cittadini. C'è, però, meno convergenza sulle modalità operative per implementarla e sui suoi esiti effettivi. In un editoriale del *British Medical Journal*, Jon Glasby (2017, p. 1) fa il punto sullo stato dell'arte dell'integrazione: «Sebbene siano stati compiuti progressi nel tempo, l'assistenza sanitaria e quella sociale rimangono entità separate con quadri giuridici diversi, bilanci diversi, culture diverse, confini geografici diversi, meccanismi di responsabilità diversi e approcci diversi alla gratuità o alla sostenibilità dei servizi – tutti elementi che rendono difficile il lavoro congiunto nel migliore dei casi». Dall'editoriale di Glasby si possono trarre due considerazioni: in primo luogo, l'integrazione rimane ancora una priorità per le politiche pubbliche di welfare e per il benessere della cittadinanza; infatti, l'autore, nel titolo vi fa riferimento metaforicamente come il “Santo Graal” della medicina, ovvero un oggetto leggendario ambito da tanti ma tutt'ora introvabile. In secondo luogo, anche se molto è stato fatto, molto resta ancora da fare prima di poter mettere le mani sulla tanto desiderata “coppa”, portando così a piena realizzazione l'integrazione tra le istituzioni sanitarie, i servizi sociali, le risorse territoriali e gli spazi di vita delle persone.

Secondo Bissolo e Fazzi (2005, p. 15), l'integrazione sociosanitaria consiste in «un insieme di pratiche, strumenti, culture e competenze professionali che cerca di far integrare il settore sanitario con quello sociale per il raggiungimento di scopi comuni». Il raggiungimento di tali obiettivi comuni, che riguardano il benessere e la qualità di vita delle persone, presuppone forme di gestione, coordinamento e monitoraggio di un insieme complesso

---

<sup>1</sup> Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), reperibile presso <https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute&tab=1>



di elementi umani, materiali e di processi interattivi e organizzativi che coinvolgono operatori sociosanitari, infermieri, medici di famiglia, assistenti sociali, aziende sanitarie locali, enti locali, aziende di servizi alla persona, strutture sanitarie pubbliche e accreditate, solo per nominare alcuni degli attori.

Nella normativa sanitaria italiana, l'integrazione sociosanitaria si articola in tre livelli, secondo il D. Lgs 229/1999:

a) il livello politico-istituzionale, nel quale prendono corpo le indicazioni formali e le componenti giuridiche che la orientano;

b) il livello gestionale-organizzativo, attraverso il quale le mappe formali elaborate dal piano politico-istituzionale si concretizzano in specifici dispositivi organizzativi e protocolli operativi;

c) il livello professionale, nel quale l'integrazione si iscrive nelle categorie e nell'agire professionale degli operatori che sono chiamati a realizzarla.

I tre livelli sono inscindibilmente interconnessi nella pratica quotidiana, incarnandosi nelle concrete attività compiute dagli operatori, nelle disponibilità materiali di strumentazioni e risorse, negli obiettivi perseguiti dalle specifiche entità pubbliche, sanitarie e sociali, e dalla galassia di entità che con esse si interfacciano.

La traiettoria dell'integrazione nel nostro Paese è segnata dal susseguirsi degli interventi normativi che hanno cercato di regolare il funzionamento del sistema sanitario e di individuare e coordinare l'insieme delle competenze professionali chiamate a realizzare le specifiche attività (Bronzini, 2011; In-grosso, Lusardi, Moretti, 2020). Le categorie professionali coinvolte nell'integrazione sociosanitaria sono principalmente due: le professioni medico-sanitarie e quelle sociali e socio-assistenziali. Da un lato, un articolato tessuto di professionisti tra i quali i medici di famiglia, l'infermieristica domiciliare e la fisioterapia. Dall'altro, le professioni sociali, che presentano una diversificazione interna minore. Sono infatti principalmente gli assistenti sociali a rappresentare il versante sociale. Ad essi si affiancano altri attori che hanno un profilo ibrido come formazione e competenze (incentrate sull'acquisizione di conoscenze e abilità assistenziali di tipo sanitario e socio-relazionale) ma che non rientrano nelle professioni sanitarie: gli operatori socio-sanitari e i responsabili di attività assistenziale. Una ulteriore componente professionale implicata nell'integrazione è quella amministrativa, che contiene il personale che svolge esclusivamente funzioni di gestione e rendicontazione amministrativa. Parte di queste incombenze possono ricadere sia sul personale sanitario sia sociale, mentre è appunto il personale amministrativo *tout court* a garantire il funzionamento dell'architettura gestionale dell'integrazione, sul fronte economico e burocratico dei servizi.

Una classificazione funzionale dell'integrazione sociosanitaria è stata elaborata da Leutz (2005), che individua tre livelli, differenziandoli in base al diverso grado di interdipendenza tra settore sanitario e sociale: collegamento (*linkage*), coordinamento e integrazione piena. Il *collegamento* si rivolge a persone con bisogni di salute o disabilità da lievi a moderati e si realizza attraverso unità organizzative e professionisti già esistenti, senza introdurre cambiamenti sistemici significativi. Il dispositivo prevalente di integrazione è rappresentato da protocolli e linee guida (ad esempio il protocollo per le Dimissioni protette), a cui tutti gli attori organizzativi e professionali coinvolti sono chiamati a fare riferimento in modo stringente. Un livello maggiore di interdipendenza è rappresentato dal *coordinamento*, che si rivolge a persone che ricevono prestazioni sanitarie e sociali simultaneamente o in sequenza da due sistemi di assistenza a breve o a lungo termine. Questo obiettivo viene raggiunto mediante specifiche strutture funzionali e, in particolare, figure dedicate (ad esempio, il care/case manager), chiamate a coordinare le prestazioni e l'assistenza tra servizi sanitari e risorse sociali e territoriali. Sebbene il coordinamento costituisca una forma più strutturata di integrazione, si realizza ancora in gran parte attraverso strutture sanitarie e sociali separate. Il terzo livello vede la *piena* realizzazione dell'*integrazione* sociosanitaria mediante la progettazione e l'implementazione di nuovi programmi o unità organizzative in cui le risorse sanitarie e sociali sono messe in comune e il grado di interdipendenza è massimo. Un esempio è rappresentato dal Punto unico di accesso sociosanitario che in alcuni distretti sanitari è stato sviluppato per stimolare la deistituzionalizzazione, per diminuire il ricorso all'ospedalizzazione, facilitare la continuità assistenziale e la permanenza dal proprio domicilio dei pazienti con patologie croniche<sup>2</sup>. Questo livello presuppone una gestione congiunta degli interventi sanitari e quelli sociali, attraverso un contenitore organizzativo che dispone sia di risorse medico-infermieristiche, sia di segretariato sociale.

La rassegna della letteratura proposta da Fulop, Mowlem e Edwards (2005) evidenzia un maggiore spettro di complessità del fenomeno,

---

<sup>2</sup> Il Punto unico di accesso e la Centrale operativa territoriale sono dispositivi previsti nel Piano Nazionale Ripresa e Resilienza, alla Componente 1 della Missione 6 - "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria", con collegamenti alla missione 5 - "Inclusione e coesione", nelle parti che riguardano il sostegno e l'assistenza alle persone fragili. Il Punto unico di accesso è previsto tra i servizi implementati dalle Case di comunità per coordinare l'accesso alle prestazioni sanitarie mediante valutazione multidimensionale per i servizi sociosanitari, sociali e assistenziali diretti per persone anziane e vulnerabili. La Centrale operativa territoriale, prevista in ogni distretto sanitario, è pensata per integrare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari territoriali e per garantire l'interfaccia con gli ospedali e con la rete di emergenza-urgenza.

introducendo quattro livelli attraverso i quali l'integrazione si può sviluppare: organizzativo, funzionale, di servizio e clinico. Ciascun livello sembra operare autonomamente e indipendentemente dagli altri ma affinché possa esservi una piena integrazione è necessario che si instauri una traiettoria convergente in grado di intercettare nodi comuni tra i diversi livelli. Valentijn e colleghi (2015) ampliano la portata del modello precedente per incorporare le funzioni integrative dell'assistenza primaria in un sistema multilivello che riesca ad includere una prospettiva di salute pubblica. Il modello risulta composto da sei dimensioni relative all'assistenza integrata (clinica, professionale, organizzativa, di sistema, funzionale e normativa) che opera su tre livelli analitici (micro, meso e macro), connessi attraverso il piano normativo (norme sociali e obiettivi condivisi) e quello funzionale (il coordinamento dei servizi economici, gestionali e informatici di supporto), nell'intento di erogare un'assistenza che risponda sia ai bisogni di salute delle singole persone sia alle necessità dei gruppi sociali e delle comunità. Un'ulteriore proposta interpretativa è stata elaborata da Singer e colleghi (2020), che estendono le precedenti elaborazioni concettuali in quella che denominano una *teoria completa dell'integrazione*. In tale formulazione, gli autori propongono di agire in tre direzioni: sintetizzando ed estendendo le dimensioni dei modelli (in particolare, distinguendo tra l'integrazione normativa relativa alle forme di coordinamento e l'integrazione interpersonale che investe la collaborazione e il lavoro di squadra); ipotizzando relazioni interne e modalità di feedback tra componenti del modello; evidenziando i fattori che possono essere meglio modificati per influenzare l'esito finale. Il modello che ne risulta è così più dinamico (poiché tiene conto dei potenziali conflitto tra gli interessi divergenti), e meno deterministico (poiché riconosce diversi tipi di relazioni all'interno del modello e tra il modello e il più ampio contesto socio-organizzativo) (Hughes, Shaw, Greenhalgh, 2020).

Numerosi studi, infine, soprattutto nel campo della ricerca sui servizi sanitari e della formazione medica, hanno analizzato i fattori che ostacolano l'implementazione dei servizi integrati. Sono stati segnalati ostacoli finanziari (meccanismi opachi di finanziamento e carenza di fondi dedicati), organizzativi (ambiguità e distanza geografica) e professionali (conflitti di ruolo, stereotipi, sfiducia e valori diversi) (Cameron, 2016; Glasby, Dickinson, 2009; Stokes, Checkland, Kristensen, 2016; Tousijn, 2012).

La multi-professionalità è un'altra parola chiave del dibattito (Fox e Reeves, 2015; Hudson, 2002). In particolare, è stato segnalato come un numero significativo di compiti e responsabilità manageriali nel campo dell'assistenza sanitaria e sociale sono stati incorporati nelle professioni tradizionali e che tale *ibridazione professionale* influisce sui team interprofessionali che

amministrano i servizi sanitari e l'integrazione sociosanitaria (Numerato *et al.*, 2012; Tousijn, 2012; Lusardi, Tomelleri, 2017; Vicarelli, Spina, 2021).

Nelle pagine a venire cercherò di portare l'attenzione sul piano della pratica situata e dell'agire professionale quotidiano nei servizi che sono concretamente chiamati a confrontarsi con l'integrazione sociosanitaria. Le pratiche di cura quotidiane sono il luogo dell'esposizione costante al problem solving, in cui interagiscono il diverso grado di complessità e astrazione dei livelli precedenti, confrontandosi con la contingenza delle concrete condizioni organizzative, con le tecnologie e gli artefatti implicati, con le caratteristiche univoche dei professionisti e dei pazienti, con le loro biografie, i loro sistemi valoriali e il loro complesso di aspettative e timori (Miele, Piras, 2017).

La trasposizione nella pratica quotidiana "costringe" i contenuti astratti e generali dei livelli concettuali a confrontarsi con una molteplicità di variabili che ne alterano inevitabilmente gli obiettivi e gli effetti. Questa è anche la dimensione del *sensemaking* (Weick, 1997), il processo di costruzione condivisa dei significati che orientano l'agire degli attori sociali coinvolti. Il senso dell'agire, che corrisponde al significato cognitivo che ogni persona attribuisce a quello che fa insieme agli altri, non ha radici esoteriche o metafisiche. Al contrario, è situato nella pratica quotidiana: si alimenta di rituali informali, oggetti e comportamenti che diventano simboli di legami sociali e pratiche situate che cristallizzano la cultura del gruppo, all'interno del quale cresce e si sviluppa il senso individuale dell'agire.

## **2. Due estremi (quasi) opposti: linkage e integrazione piena**

L'integrazione sociosanitaria, nella documentazione istituzionale e nelle strategie di *governance*, ha contorni ben definiti e circoscritti ma nella pratica quotidiana si sfuma, dando vita a fenomenologie emergenti dalla contaminazione tra i piani istituzionale, organizzativo e professionale e le condizioni infrastrutturali dei servizi, le modalità di interazione comunicativa prevalenti, le routine organizzative e i rituali informali.

Il punto di partenza è la classificazione proposta da Leutz (2005) e presa a modello dalla maggior parte delle entità sanitarie e territoriali nell'intento di sviluppare e attivare servizi integrati. Come si è visto, Leutz discrimina tra tre distinti livelli di integrazione, da un livello minimo, che definisce *linkage* e che persegue sostanzialmente la *connessione funzionale* mediante l'utilizzo di dispositivi tecnici/tecnologici (protocolli e/o software), ad un livello massimo, in cui si realizza la piena integrazione attraverso

l'interdipendenza dei servizi che si sviluppa sia un piano organizzativo sia su quello culturale. Come afferma Glasby (2017), sul piano teorico e programmatico, è ben chiaro cosa aspettarsi dai diversi livelli e modelli di integrazione sociosanitaria, in termini di risorse da impiegare e di obiettivi di salute da raggiungere, ma cosa diversa è quando si fa riferimento alla pratica quotidiana, in cui prevalgono il piano dell'azione situata e della contingenza, la cui manifestazione è massima oltrepassati i confini della struttura ospedaliera, che, per definizione, tende a circoscriverne l'impatto limitando gli accessi, regolamentando i comportamenti degli attori sociali, catalogando e inventariando ogni artefatto, nell'intento di razionalizzare i flussi lavorativi e le interazioni sociali (Bruni, Miele, Piras, 2019).

Nel tentativo di comprendere l'effettiva realizzazione dell'integrazione, nei due paragrafi a seguire illustrerò i risultati di uno studio etnografico rivolto ad investigare la concretezza quotidiana dell'integrazione sociosanitaria attraverso la realizzazione di analisi di caso: il primo in cui l'integrazione si ispira al livello della connessione funzionale e, il secondo, in cui si raggiunge la piena integrazione attraverso la contaminazione professionale. Si tratta di livelli contrapposti, che presuppongono la realizzazione minima (nel primo caso) e massima (nel secondo) dell'integrazione. L'osservazione etnografica delle pratiche quotidiane consente di comprendere quali siano le differenze sostanziali tra queste due forme di integrazione, le implicazioni organizzative e le conseguenze negli spazi di vita degli utenti dei servizi. Sebbene sembra si tratti unicamente di modelli organizzativi, da scegliere spesso in termini di efficienza del servizio e di massimizzazione delle risorse, nella pratica quotidiana le differenze sono molteplici e gli esiti di salute e sulla qualità del servizio che si possono ottenere non sono trascurabili.

## *2.1 Caso Uno*

Il primo caso di studio ha visto l'analisi di un contesto metropolitano del nord Italia e l'osservazione è avvenuta principalmente in due spazi organizzativi: il Servizio di infermieristica domiciliare, afferente all'Azienda Sanitaria Locale (ASL) e i locali destinati al Servizio sociale presso il Comune.

### 2.1.1 Il Servizio di infermieristica domiciliare

Il servizio si occupa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari nel distretto di competenza. Il gruppo di lavoro è

composto da 13 infermiere (tra cui un solo infermiere) e dalla coordinatrice infermieristica. I locali del servizio sono all'interno delle strutture dell'ASL e comprendono tre vani con diverse funzionalità. All'esterno, il servizio è segnalato dall'indicazione "Servizio infermieristico domiciliare", al di sopra dello stipite superiore della porta e, al di sotto, è affisso un cartello con gli orari di sportello.

I tre locali hanno le seguenti disposizioni e funzioni:

a) sala operativa, composta da 4 postazioni, rivolte una di fronte all'altra, una postazione d'angolo, per il back office, alcuni comodini, un lavandino e una sedia rossa, sotto la finestra. Alle pareti sono affisse diverse cose, alcune organizzative, altre private. Su tutto si nota un grande poster sul quale sono state incollate fotografie personali, in particolare bambini e animali. Ci sono due bacheche contenenti comunicazioni e documenti di servizio e altri fogli, alcuni scherzosi.

b) front office, arredata in stile ufficio, composta da 3 grandi postazioni con altrettante scrivanie e tre armadi. Gli armadi contengono fascicolatori con documentazione e i materiali per i kit per i prelievi, composti da provette di vario colore.

c) locale magazzino/farmacia con gli armadi contenenti i farmaci e i presidi e una scaffalatura con gli zaini, blu per l'infermieristica domiciliare e rosso per i prelievi. Al centro della sala c'è una scrivania con un computer e sullo sfondo una finestra con una bella vista su un giardino con piante rigogliose.

Le stanze sono luminose e la sala operativa e il front office sono addobbati con piccoli oggetti e piante ornamentali che rendono l'atmosfera più accogliente. Le infermiere si scusavano spesso per il disordine ma i locali appaiono ordinati, nonostante siano ambienti che si percepiscono essere operativi e dinamici.

Le attività sono suddivise in base ai momenti della giornata. Il carico principale del lavoro avviene al mattino, in cui vengono realizzati i prelievi del sangue, le medicazioni e gli altri interventi al domicilio. Non è solo il numero dei pazienti ad incidere sul carico di lavoro ma anche il tipo di prestazione: il prelievo di sangue è infatti molto rapido (circa 10 min), quindi una professionista può svolgere numerosi interventi se comprendono un buon numero di prelievi, mentre le medicazioni e i bendaggi sono onerosi e richiedono più tempo, limitando così il numero degli interventi che possono essere realizzati nella mattinata. Le infermiere rientrano verso le 12.30 dagli interventi mattutini, si spogliano degli zaini e si siedono alle rispettive postazioni per aggiornare le schede di intervento. In questo momento della giornata avviene una sorta di briefing informale, in cui le professioniste iniziano ad aggiornarsi a vicenda sulle eventuali novità rispetto ai diversi pazienti in

carico e chi è rientrato dall'intervento mattutino informa chi sarà di turno nel pomeriggio su quanto è rimasto da fare. Nel pomeriggio rimangono generalmente una o due infermiere per garantire la copertura del servizio fino alle 17 e completare la lista degli interventi previsti per la giornata. Nel pomeriggio si concentrano interventi più leggeri come punture o consegna di materiali, che non richiedono impegni temporali prolungati.

### 2.1.2 Il Servizio sociale

Gli spazi organizzativi del Servizio sociale sono situati all'interno delle strutture istituzionali di pertinenza del Comune. Il servizio si compone di due funzioni, con specifici spazi, responsabilità e competenze: lo Sportello sociale e le assistenti sociali. Lo Sportello sociale è situato al piano terra della struttura e rappresenta il punto di accesso al servizio. Ad esso pervengono le richieste di attivazione dei servizi sia attraverso la procedura delle Dimissioni protette (Dp), sia mediante il contatto diretto con l'utenza. Le operatrici dello Sportello provengono dall'area amministrativa, formate per lo svolgimento di tale ruolo: per l'accoglienza delle persone, la definizione preliminare dei bisogni e l'individuazione delle risposte mediante colloquio con l'assistente sociale di riferimento oppure l'orientamento verso altri servizi pubblici. Le operatrici si occupano anche dell'elaborazione parziale dei servizi sociali erogati mediante procedure informatizzate, come appunto le Dp.

Lo Sportello accoglie le richieste per tutta la gamma dei servizi sociali erogati dal Comune. Le operatrici sono differenziate a seconda della tipologia di utenza: minori, adulti e anziani. Nell'osservazione mi sono concentrato su quest'ultima area. Le operatrici sono in totale 5, di cui 2 si occupano stabilmente di tale utenza, alternandosi nelle attività di front e back office. L'apertura al pubblico è prevista solo in due giornate mentre il resto della settimana è dedicato alle attività di back office e di coordinamento del servizio.

La seconda funzione che completa il servizio è svolta dalle assistenti sociali comunali. La composizione del gruppo delle assistenti sociali ha subito numerose modifiche negli anni. Al momento della realizzazione della ricerca etnografica comprendeva 2 assistenti sociali dedicate all'area anziani, 1 deputata all'area minori e 1 ulteriore professionista che ricopriva sia funzioni di coordinamento organizzativo sia, parzialmente, di erogazione dei servizi con l'utenza. Gli spazi organizzativi dedicati consistono in uffici individuali, in cui ricevono l'utenza e svolgono le attività di back office, e spazi comuni in cui si riuniscono per discutere i casi e coordinare le loro attività. Il contatto con l'utenza avviene mediante appuntamento generalmente fissato dalle

operatrici dello Sportello sociale sulla base delle disponibilità indicate nel software che funge da interfaccia tra le due funzioni. L'appuntamento può essere fissato direttamente dalla professionista, se l'utente è già in carico al servizio.

## 2.2 *Caso Due*

Il secondo studio di caso è stato realizzato presso il Punto unico di accesso (PUA) di una città del nord Italia. Il servizio è situato fisicamente presso le pertinenze dall'ASL, con sedi distaccate nei principali ospedali cittadini.

Il servizio svolge svariate funzioni, dall'accettazione delle richieste per determinate visite specialistiche all'ascolto delle problematiche riguardanti la popolazione affetta da patologie degenerative e i loro familiari. La funzione principale, tuttavia, consiste nella raccolta ed elaborazione delle segnalazioni di bisogni socio-sanitari di persone non autosufficienti provenienti da diversi contesti: attraverso richiesta di Dp; mediante segnalazione dal territorio da parte dell'assistente sociale o del medico di famiglia; mediante segnalazione da parte del paziente stesso o della sua famiglia; mediante altri tipi di segnalazione (ad opera di vicini di casa, associazioni di volontariato, eccetera). Il servizio si occupa prevalentemente di raccordare i percorsi terapeutico-assistenziali nel delicato passaggio della dimissione ospedaliera, in vista del ritorno al luogo di vita, abitazione personale o struttura protetta. Anche la valutazione della futura destinazione di vita della persona non autosufficiente rientra tra le competenze specifiche dello staff del servizio, a cui si affiancano, di volta in volta, medici di famiglia, geriatri, responsabili di strutture e di altri servizi.

Il PUA ha la sede principale presso l'ASL, nel quale si trovano gli spazi dei servizi infermieristici, amministrativi e sociali. Vi sono, inoltre, due uffici distaccati presso gli ospedali cittadini, nei quali le assistenti sociali e infermiere del PUA lavorano a stretto contatto con il personale ospedaliero nella costruzione dei percorsi di Dp.

La composizione dell'équipe era così articolata: 8 infermiere domiciliari, 6 assistenti sociali, 12 operatrici socio-sanitarie, 3 responsabili di attività assistenziale, 2 operatrici amministrative. Il coordinamento del servizio è realizzato dal dirigente responsabile, di area medica, affiancato dalle due coordinatrici rispettivamente di area infermieristica e sociale.

Gli spazi organizzativi principali erano i seguenti: Ufficio accoglienza, Ufficio di segreteria, Uffici delle assistenti sociali e Uffici delle operatrici sociosanitarie.



### 2.2.1 L'Ufficio accoglienza

È lo spazio organizzativo da cui il personale infermieristico gestisce le segnalazioni e ne elabora le fasi di lavorazione. Nella stanza sono presenti tre postazioni di lavoro, allestite con altrettante scrivanie. Su ognuna si trovano un pc fisso con stampante e una centralina telefonica, oltre a diverso materiale documentario, organizzato in faldoni, fascicolatori, quaderni e materiale di cancelleria. Le postazioni sono occupate dal personale infermieristico che riceve le chiamate e le segnalazioni via e-mail, organizza gli appuntamenti per le visite domiciliari e coordina l'attività delle colleghe che si muovono sul territorio.

L'arredamento della stanza è essenziale e non ci sono segni di personalizzazione. Oltre alle suddette postazioni, c'è un armadio-libreria, nel quale sono riposti parte dei materiali che vengono utilizzati quotidianamente per la gestione delle segnalazioni, un piccolo frigorifero, un ampio scaffale con chiusura a scorrimento e un attaccapanni, accanto alla porta d'ingresso. La stanza è illuminata prevalentemente della luce proveniente della finestra alle spalle delle postazioni di lavoro. Accanto a questa stanza si trova l'ufficio della coordinatrice infermieristica. L'impressione è quella di trovarsi in un ufficio amministrativo.

### 2.2.3 L'Ufficio di segreteria e gli Uffici delle assistenti sociali

La stanza di fronte all'Ufficio accoglienza è riservata alla segreteria amministrativa, dove sono collocate le postazioni delle due impiegate che prestano la loro attività all'interno del servizio. La stanza è composta appunto da due postazioni allestite con scrivanie, computer, stampanti e telefoni. Su ogni scrivania sono presenti numerosi faldoni colorati, ognuno identificato da una etichetta adesiva. Nella stanza è presente anche un armadio contenente a sua volta faldoni e fascicolatori. Da questa stanza si può accedere a due locali del servizio sociale: l'Ufficio dell'assistente sociale (a cui si può accedere anche del corridoio principale), nel quale effettua i colloqui con l'utenza ed elabora la documentazione per le pratiche; l'Ufficio della coordinatrice sociale, in cui è presente, oltre alla postazione di lavoro, un tavolo per le riunioni e la postazione per la preparazione del caffè, accanto al lavandino.

## 2.2.4 L'Ufficio degli operatori socio-sanitari

L'ultimo locale ospita gli spazi destinati alle operatrici socio-sanitarie e alle loro responsabili. La stanza è grande, molto luminosa e più "viva", rispetto agli altri locali del servizio.

Qui le postazioni sono 5: tre scrivanie allestite con computer e stampanti a cui siedono le responsabili quando espletano funzioni amministrative e rendicontative e due grandi tavoli attorno a quali si riuniscono le operatrici, divise in tre gruppi, ciascuno coordinato da una responsabile. Sono presenti alcuni armadietti e nel locale attiguo è disposto il magazzino del materiale assistenziale. Alle pareti sono affisse numerose bacheche contenenti documenti di varia natura: una grande mappa della città, il cronogramma con l'orario, diverse comunicazioni sindacali, alcuni cartelloni prodotti in percorsi formativi e altro. A metà sala è collocato un tavolino sul quale sono presenti un piccolo impianto Hi-Fi, diverse bottiglie di acqua, succhi di frutta e bicchieri di plastica. Quasi di fronte, dall'altra parte della stanza, sopra una scaffalatura chiusa, sono presenti una piastra elettrica e una caffettiera, oltre ad una bottiglia d'acqua e ad un barattolo trasparente contenente zucchero.

## 3. L'integrazione come connessione funzionale

Il modello della connessione funzionale presuppone che l'integrazione sociosanitaria sia raggiunta con il maggior grado di autonomia e di indipendenza tra i servizi sociali e sanitari, con la delega del coordinamento a dispositivi tecnici come protocolli operativi e infrastrutture digitali. Nel caso osservato, l'integrazione sociosanitaria si attiva principalmente attraverso il protocollo di Dimissioni protette (Dp), elaborato per garantire la continuità terapeutica e assistenziale dopo il ricovero ospedaliero<sup>3</sup>.

Gli attori organizzativi e professionali che concorrono alla realizzazione delle Dp sono, in primo luogo, le infermiere domiciliari e le assistenti sociali che operano presso gli ospedali che hanno aderito al protocollo operativo e presso le altre strutture coinvolte (il Centro di continuità territoriale<sup>4</sup>, il

---

<sup>3</sup> Esistono anche altre possibilità di attivazione, mediante il contatto diretto dell'utenza o del medico di medicina generale con i servizi sanitari e sociali ma sono residuali rispetto alla frequenza delle Dp.

<sup>4</sup> La presenza di questo dispositivo organizzativo potrebbe far supporre un grado maggiore di interdipendenza tra servizi sanitari e sociali ma, nella pratica, come si vedrà, il funzionamento è prettamente di smistamento delle informazioni, senza intervenire nel coordinamento tra le due componenti. Sebbene sia una entità dedicata all'integrazione tra ospedale e

Servizio di infermieristica domiciliare, lo Sportello sociale e il Servizio sociale cittadino)<sup>5</sup>. Altre figure professionali sono coinvolte, come i geriatri e gli specialisti che partecipano all'Unità di valutazione geriatrica, gli operatori socio-assistenziali, dipendenti delle cooperative accreditate che attraverso una Azienda di servizi alla persona realizzano gli interventi di Servizio assistenziale domiciliare (SAD). Per la controparte sanitaria, le azioni di coordinamento ed erogazione sono svolte dal personale del Servizio di infermieristica domiciliare (SID).

La componente sanitaria e quella sociale si muovono lungo binari paralleli, indipendentemente una dall'altra, orientate nella stessa direzione dal protocollo di Dp. Il percorso ha origine presso il Centro di continuità territoriale, che fa capo al distretto sanitario, in cui si avvia l'iter di attivazione dei servizi di volta in volta ritenuti necessari. Avviato il percorso, il protocollo prevede la convocazione dell'Unità di valutazione geriatrica, chiamata ad esprimersi circa la struttura in cui verrà dimessa la persona, l'accesso al centro diurno per anziani oppure la titolarità di assegno di cura. Il percorso si conclude presso il domicilio del paziente o la struttura residenziale presso la quale sarà orientata la dimissione, con l'erogazione dei servizi sanitari e sociali previsti dal piano di intervento.

Sin dai primi momenti del lavoro di campo, sia le infermiere domiciliari sia le assistenti sociali hanno commentato sarcasticamente l'arduo compito che la mia ricerca si poneva, dal loro osservatorio esperienziale. Entrambi i gruppi professionali hanno segnalato fin dal principio la separazione tra il mondo sanitario e quello sociale, ciascuno circoscritto a spazi organizzativi e modalità operative proprie e per lo più sconosciute alla controparte.

Il primo elemento che caratterizza il contesto è la separazione logistica e culturale tra le componenti, che dal punto di vista organizzativo è stata affrontata attraverso lo sviluppo e l'implementazione di un'infrastruttura informatica dedicata. Ciascun servizio ha una versione specifica del medesimo

---

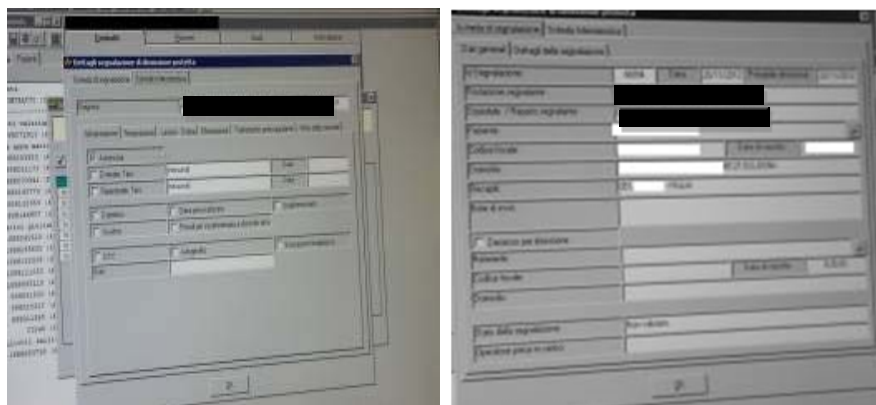
territorio, il tipo di connessione è funzionale e il livello di interdipendenza tra sociale e sanitario rimane minimo.

<sup>5</sup> Una precisazione necessaria riguarda il processo di innovazione organizzativa in atto nel periodo in cui è stata realizzata l'osservazione. Il sistema sociosanitario cittadino stava, infatti, attraversando un processo di ripensamento delle dinamiche di integrazione sociosanitaria, per arrivare alla costituzione di un centro di coordinamento nel quale opereranno congiuntamente infermieri domiciliari e assistenti sociali comunali. Anche il sistema delle Unità di Valutazione Geriatrica era in corso di transizione verso le Unità di Valutazione Multidimensionali, in cui la componente multiprofessionale e interdisciplinare viene accentuata assecondando le specificità dei singoli casi. Nel presente resoconto tali azioni di cambiamento non sono state discusse poiché durante l'osservazione è apparso chiaramente come la transizione fosse in uno stadio ancora troppo precoce per incidere sulle pratiche.

software, denominato Argos (seguito da X per il servizio di infermieristica e da Y per il servizio sociale). Secondo le intenzioni del progettista, dichiarate sul sito web del produttore, questo software consente “la costruzione della Rete socio-sanitaria dei servizi integrando le competenze di tutti i soggetti coinvolti (Comune, Azienda sanitaria, ASP/Strutture, Ospedale, Regione e Provincia) grazie ad un sistema completo e modulare unico per la sua completezza e semplicità d’uso”. Si propone esplicitamente come infrastruttura-ponte tra il mondo sociale e quello sanitario, per consentire la circolazione delle informazioni e delle conoscenze tra i diversi soggetti coinvolti.

Nella pratica cosa accade? Francesca è l’infermiera che si occupa della gestione della piattaforma presso il SID, dell’inserimento di nuovi casi (denominati *contratti*) o della lavorazione di quelli già aperti. Il software si compone di diverse schermate in cui trovano spazio numerosi campi nei quali il personale sanitario reperisce le informazioni necessarie all’erogazione dei propri servizi (figg. 1 e 2).

Figg. 1 e 2 – Schermata della piattaforma ArgosX dall’account infermieristico



Fonte: note etnografiche

Tali schermate contengono numerosi campi strutturati e dedicati ai diversi tipi di informazioni anagrafiche, cliniche o relative alle condizioni di vita del paziente, come, l’alimentazione, le lesioni, il dolore o l’eventuale terapia anticoagulante. Tali dati attivano il Servizio di infermieristica domiciliare (SID) e sono stati inseriti in piattaforma dal personale infermieristico del Centro di continuità territoriale, il quale a sua volta elabora le schede di dimissione provenienti dagli ospedali che hanno aderito al protocollo di Dp. Il compito prevalente di Francesca è quello di “lavorare” queste

informazioni, di espletare le procedure (informatizzate e non) che consentono di trasformare i dati digitali in indicazioni operative per le colleghe infermiere che si recheranno al domicilio.

Due documenti sintetici identificano ogni caso: la scheda di continuità assistenziale e il piano di lavoro. Entrambi confluiscono nella cartella relativa allo specifico intervento. Il primo documento contiene la stampa della maggior parte delle informazioni disponibili in piattaforma mentre il secondo le informazioni operative, ovvero nome dell'assistito, informazioni su di esso (numeri di telefono, ad esempio), prestazioni previste, la relativa numerosità e un ultimo campo per eventuali note. Un ulteriore passaggio operativo riguarda la definizione dell'appuntamento al domicilio della persona e l'inserimento di questa informazione in una agenda cartacea che funge da organizer per il servizio.

Un esempio di questo processo di trasformazione dei dati digitali in indicazioni operative è contenuto nel seguente stralcio etnografico, nel quale l'infermiera Paola assiste Francesca nella "lavorazione" delle Dp.

Siamo nei locali del SID fuori dall'orario di apertura. Io e Paola siamo seduti all'unico terminale presente nell'ufficio. Paola avvia ArgosX e mi spiega che quelle che stiamo per lavorare sono in realtà "presunte dimissioni" dato che spesso la condizione del paziente può cambiare fino all'ultimo minuto e la dimissione rinviata. Dice che prima venivano lavorate con due giorni di anticipo rispetto alla data di dimissione ma poi si sono accorte che il margine di aderenza alla previsione di dimissione era basso e quindi hanno preso ad elaborare quelle del giorno prima. Iniziamo dal caso di Giuseppe, in dimissione appunto per la giornata di domani. Dalla schermata risulta ricoverato nel reparto di Geriatria dell'ospedale, in dimissione per il 17 novembre. Risulta già in carico ai servizi per il trattamento dell'anticoagulante. Controlla la data del prelievo, che dovrà avvenire il lunedì successivo. Passa poi alla schermata del Piano Assistenziale. Risulta che dovevano andare a cambiare un catetere il 13 novembre, come prima visita, ma Paola ricorda che la signora ha chiamato per disdire perché il marito era stato ricoverato. Inoltre, rammenta che il paziente aveva iniziato a sanguinare ed era stato ricoverato in ospedale poiché in trattamento con anticoagulanti. L'infermiera verifica quale sia il Centro prescrittore [centro che segue la cura anticoagulante]: la Cardiologia dello stesso ospedale. A questo punto, mi dice, deve contattare la famiglia per verificare se è tornato effettivamente a casa. Veniamo interrotti da Francesca, che entra nell'ufficio e chiede se la signora Antonella è ancora in "dimissione", ovvero risulta ancora in lavorazione, perché stavano aspettando la chiamata della figlia che al momento non è arrivata. Ci dice che la signora sarebbe in dimissione in giornata ma non c'è la data dell'ultimo prelievo per il Coumadin [farmaco anticoagulante]. Devono sapere se è stata dimessa e risalire alla data del prelievo per poter pianificare il successivo, visto che il

dosaggio del farmaco deve essere effettuato con assoluta precisione. Francesca dice di aver già chiamato i due numeri di telefono indicati in cartella ma senza successo. Paola propone di chiamare la clinica privata accreditata in cui la signora è stata ricoverata per sapere se è stata dimessa e se gli è stata data la terapia temporanea. Entra così nel contratto della signora nella piattaforma ArgosX e nota che il contatto è stato inviato per conoscenza anche ai servizi sociali e che è stata barrata la casella dei bisogni sociali. Riferisce di conoscere la signora, che vive sola in un monolocale, in una mansarda. Abbastanza sveglia, dice. E infatti si chiede chi abbia attivato la richiesta dei servizi sociali. Chiama il numero cellulare indicato sulla cartella pensando di parlare alla figlia ma dopo poco si rende conto di parlare con la signora stessa. Le chiede se è ancora ricoverata e se sa quando la dimetteranno ma non riesce a capire. *Non so, forse domani, mi hanno detto*, riferisce la signora. Paola le dice che chiamerà direttamente la clinica privata, la saluta e riattacca. Sull'agenda dei numeri di telefono trova subito il numero che sta cercando e telefona. Trascorsi circa 10 minuti riesce a parlare con la coordinatrice del reparto di Lungodegenza, dopo essersi presentata quattro volte e aver parlato con 5 persone diverse, di diversi reparti e servizi. Chiede conferma della dimissione alla coordinatrice, la quale invece la informa che è stata posticipata al lunedì successivo. L'informazione è già stata inoltrata al sistema informatico ma questo non l'ha ancora registrata perché l'aggiornamento non è in tempo reale ma avviene alla fine delle 24 ore. La informa inoltre che in clinica daranno anche la terapia per l'anticoagulante. Paola chiede anche chiarimenti sulle cause dell'attivazione dei servizi sociali. La coordinatrice definisce la signora "un po' a rischio" perché ha ripreso da poco a deambulare e si muove con difficoltà. Considerando poi che vive sola, hanno deciso di chiedere il supporto dei servizi sociali. Concludono la telefonata rimandando il tutto a lunedì, quando si risentiranno per la conferma della dimissione.

Lo stralcio rende conto di come le informazioni digitali contenute nel sistema informatico richiedano passaggi di decodifica e adattamento alla contingenza della concreta situazione dello specifico paziente. In particolare, si vede come l'esperienza professionale e le routine siano essenziali per rendere funzionale la tecnologia informatica che supporta il protocollo di Dp. In primo luogo, si evince come l'utilizzo del software sia stato adattato alla specificità del contesto d'uso. La prescrizione iniziale di elaborare le schede dei pazienti con due giorni di anticipo si è scontrata con il significativo grado di variabilità che il percorso di dimissione di un paziente (soprattutto se anziano) può comportare. A fronte di ciò, è stata introdotta la pratica di elaborare i dati con un solo giorno di anticipo, per ridurre il margine di rischio. Questa innovazione ha richiesto una fase di *adattamento* (Lusardi, 2012), attraverso la quale è stato ridefinito localmente il significato dell'artefatto tecnologico coinvolto nelle pratiche di cura, e con esso la specifica modalità di utilizzo. Nel processo, come in altre forme dell'agire contenute nello

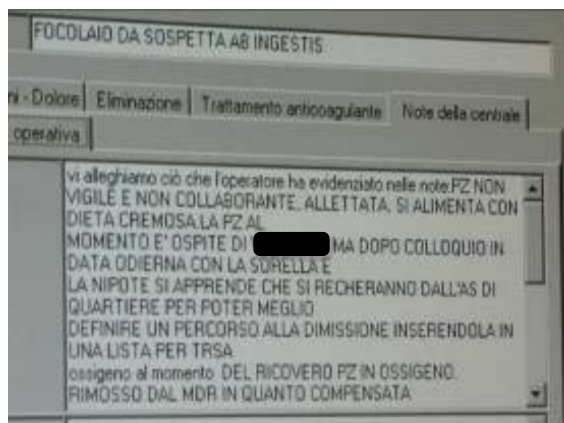
stralcio precedente, uno degli elementi centrali è l'*expertise* dei professionisti, che implicata nelle singole vicende lavorative consente di risolvere i problemi che accompagnano le pratiche quotidiane. In particolare, è soprattutto l'*expertise specifica* (Patel, Groen, 1991) ad entrare in gioco nei processi di adattamento e di problem solving quotidiano. Nei loro studi sull'*expertise* in ambito sanitario, gli autori ne delineano infatti due tipi: una generica, acquisita attraverso i curricula di studi e relativa alle generiche conoscenze che ogni professionista possiede al termine del proprio percorso formativo e una specifica, che fa riferimento a conoscenze, competenze e abilità che il singolo professionista ha riguardo al proprio dominio di azione e al contesto in cui lavora. Nello stralcio si vede chiaramente il ruolo di tale forma di *expertise*. Paola e Francesca mettono in atto una serie di azioni non previste dal protocollo per renderlo effettivo, coordinando informalmente i diversi attori sociali coinvolti nelle vicende dei pazienti: la struttura di dimissione, il centro prescrittore indicato per la gestione della terapia anticoagulante, la famiglia della persona e il paziente stesso. Tali azioni si realizzano principalmente attraverso il telefono, che rende di fatto efficace l'infrastruttura informatica. Sono azioni che traggono spunto dall'esperienza specifica delle infermiere, che nel corso della propria attività professionale nello specifico ambito e servizio hanno accumulato una conoscenza approfondita delle problematiche che possono manifestarsi durante una Dp. In entrambi i casi "lavorati" nello stralcio precedente è la preoccupazione di garantire la continuità della terapia anticoagulante a muovere le infermiere verso una serie di azioni di adattamento, espletate attraverso il telefono. Il personale del servizio è consapevole della discrepanza che può esistere tra le informazioni contenute nel sistema informatico e la reale evoluzione della traiettoria del paziente e si impegna in un importante *lavoro di articolazione* (Strauss *et al.*, 1985) affinché la traiettoria del paziente possa proseguire l'iter previsto. Il lavoro di articolazione è invisibile, difficile da rendicontare, saturo di competenze specifiche e saperi taciti, complicato da trasmettere e da apprendere ma fondamentale per garantire la continuità delle traiettorie di cura, soprattutto fuori dal contesto ospedaliero, dove la scena della cura diventa frammentata dal punto di vista relazionale e distribuita nel tempo e nello spazio (Polini, Favretto, Bronzini, 2020; Miele, Piras, 2017).

Lo stralcio precedente esemplifica come si sviluppa l'integrazione socio-sanitaria secondo la modalità della *connessione funzionale*. È attraverso una casella spuntata all'interno di un campo di ArgosX che l'infermiera viene a conoscenza dell'attivazione dei servizi sociali. Non vi è nessun ulteriore dettaglio, tant'è che l'infermiera se ne chiede la motivazione, conoscendo personalmente le condizioni della paziente e ritenendole di relativa autonomia.

Le caratteristiche dell'intervento sociale sono state definite dal Centro continuità ospedale territorio e il SID, intercettando il protocollo in una fase successiva, ne assume l'esistenza secondo le minime informazioni contenute in ArgosX. Nella vicenda narrata un maggior grado di integrazione tra la dimensione sociale e quella sanitaria sarà raggiunto attraverso le informazioni che Paola reperisce dalla coordinatrice della struttura di dimissione. La telefonata, quindi, oltre a far convergere nella traiettoria dei bisogni e delle informazioni sanitarie tra i diversi servizi, consente un maggior grado di integrazione sociosanitaria, seppure sempre attraverso canali comunicativi che attengono alla componente sanitaria e non previsti dal protocollo.

La piattaforma fornisce un ulteriore punto di convergenza tra la componente sanitaria e quella sociale, dalla prospettiva della prima. Si tratta di una schermata di ArgosX in cui è stato predisposto un campo destinato ad annotazioni libere (fig. 3).

Fig. 3 – Campo “Note della centrale operativa”



Fonte: note etnografiche

Francesca insiste sull'importanza di questo campo poiché spesso contiene informazioni essenziali per la realizzazione del reale intervento che però non hanno trovato spazio nei campi predefiniti della piattaforma. Al pari degli altri, questo campo viene compilato dal personale infermieristico del Centro continuità territoriale, attingendo della documentazione sanitaria che correda la procedura di dimissione. Esiste un elevato grado di variabilità nella compilazione, a seconda dell'operatore che siede al terminale del Centro. L'infermiera, mostrandomi la schermata, commenta che tali informazioni possono essere molto rilevanti perché consentono spesso di costruire il quadro

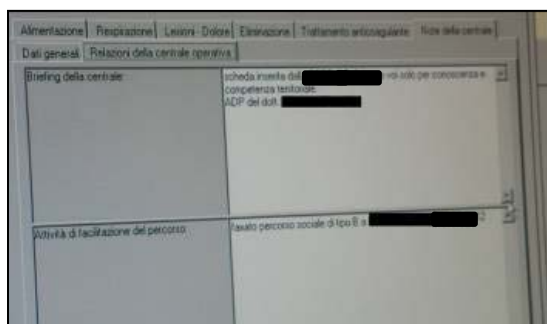


della situazione del paziente in modo più completo, velocizzando il lavoro di ulteriore raccolta dati che praticano le infermiere del SID. Queste informazioni, quando presenti e dettagliate, accelerano il processo di adattamento che permette alle infermiere domiciliari di realizzare i propri interventi nel modo opportuno. Tale campo diventa anche un'importante occasione di integrazione sociosanitaria poiché può contenere informazioni circa le condizioni di vita della persona, la sua rete prossimale e l'eventuale attivazione di servizi sociali.

Nella fig. 3 si legge:

La paziente al momento è ospite in [clinica privata convenzionata] ma dopo colloquio in data odierna con la sorella e la nipote si apprende che si recheranno dall'ASD di quartiere per poter meglio definire un percorso alla dimissione inserendola in una lista per RSA.

Fig. 4 – Altra azione di integrazione sociosanitaria



Fonte: note etnografiche

Solo da questo passaggio il SID apprende del coinvolgimento del Servizio sociale. Acquisisce ulteriori dettagli circa la composizione del nucleo familiare e il loro grado di coinvolgimento nella malattia della congiunta. E viene informato dei progetti futuri che riguarderanno la persona, con il coinvolgimento dei servizi sociali per l'accesso in una Residenza sanitaria assistenziale. Questo tipo di informazioni non è contenuta in nessun altro campo e dipende dallo scrupolo con il quale, gli operatori ospedalieri prima e quelli del centro poi, compilano la documentazione di riferimento. Un altro esempio della comunicazione puntiforme che contraddistingue questo tipo di integrazione è contenuto in fig. 4. Ancora una volta è attraverso la schermata "Note dalla centrale" che il personale infermieristico sul territorio apprende

del coinvolgimento del Servizio sociale. In questo caso il coinvolgimento del SID non è diretto poiché il servizio richiesto è il trasferimento in una struttura protetta al momento della dimissione, ma il Centro continuità ospedale e territorio la invia anche al servizio di infermieristica in virtù della competenza territoriale.

Lo studio dei sistemi informativi in sanità ha rivelato come spesso siano proprio i campi meno strutturati a contenere informazioni che consentono di raggiungere obiettivi che vanno al di là della mera esecuzione di prestazioni tecniche (Greenhalgh, Stones, Swinglehurst, 2014; Andreassen, Kjekshus, Tjora, 2015). Tali campi rappresentano dei significativi momenti di integrazione, in cui il percorso sanitario e quello sociale si intersecano e il personale infermieristico reperisce dati su quanto sta accadendo nella controparte sociale.

Per rendere ancora più evidente il grado di autonomia della connessione funzionale, si assumerà ora il punto di osservazione del Servizio sociale territoriale, ad iniziare da Maria, l'operatrice incaricata di "pre-lavorare" le Dp nelle quali sono segnalati i bisogni sociali. L'attivazione del servizio avviene tramite comunicazione e-mail e lo scambio classico è il seguente:

"Gentili operatori, devo inviare una UVGO [Unità di Valutazione Geriatrica Ospedaliera] a favore della signora Francesca Rossi nata a XXXXX (XX) il XX/XX/1934 e residente a XXXXX in via Roma. La referente è la figlia Caterina Bianchi cell. 123-23232323. Il PAI [Piano Assistenziale Individuale] va aperto per Casa Protetta. Attendo riscontro e grazie. Martina Verdi dell'Ospedale". La risposta di Maria è stata: "Buongiorno, ad ARGOS è già stata inoltrata cartella per competenza ad AS Gialli e per conoscenza ad AS Marrone. Cordiali saluti."

Nel breve messaggio e-mail si è realizzato l'avvio del percorso di Dp. L'assistente sociale dell'ospedale ha segnalato il bisogno sociale della signora al servizio sociale competente in base all'indirizzo di residenza. La richiesta riguarda la predisposizione ("apertura") di un piano assistenziale individuale finalizzato al trasferimento della signora in una struttura residenziale assistita. Poiché gli accessi sono contingentati, è necessaria la convocazione di una Unità di valutazione geriatrica (a cui parteciperanno professionisti sanitari e sociali) che ne valuti la liceità e ne autorizzi l'esecuzione. A fronte di questa richiesta, Maria ha provveduto a immettere le informazioni contenute nella e-mail nella piattaforma ArgosY, individuando l'assistente sociale che segue la zona in cui vive la signora. L'assistente sociale riceverà le informazioni direttamente nel proprio terminale, per procedere alla lavorazione del caso. Di seguito due schermate del sistema informativo utilizzato da Maria (figg. 5 e 6). La schermata di sinistra contiene le

informazioni generali riguardo alla persona, ovvero chi ha segnalato il bisogno, quale servizio, in che data e attraverso quale canale comunicativo. La schermata di destra invece contiene l'elenco dei bisogni per i quali si può richiedere l'intervento del Servizio sociale territoriale (adattamento domestico, assistenza domiciliare socio-assistenziale, centro diurno per anziani, eccetera). Nel caso specifico è stata spuntata la voce "posti temporanei in casa protetta". L'assistente sociale competente riceverà queste informazioni, sulla base delle quali istruirà il caso, e si attiverà per raccogliere gli altri dati necessari alla compilazione del PAI.

Figg. 5 e 6 – Due immagini dal sistema informativo ArgosY



Fonte: note etnografiche

La richiesta di Unità valutazione geriatrica ospedaliera implica la presenza di necessità sanitarie e sociali ma al personale dello Sportello sociale non è dato sapere quale bisogno la motivi. Il compito di questa prima fase di lavorazione è smistare le comunicazioni che giungono dagli ospedali che hanno aderito al protocollo e trasferirle nella piattaforma informatica del servizio sociale. Questo passaggio è necessario poiché nonostante il software sia prodotto della stessa azienda che ha fornito il servizio di infermieristica domiciliare, i due sistemi non sono compatibili e in comunicazione tra loro. Si rendono così necessarie operazioni di *traduzione* e *adattamento* delle informazioni per l'inserimento dei dati secondo le modalità di funzionamento proprie di ogni sistema. Il lavoro di Maria consiste nel leggere le segnalazioni di Dp e avviarne la "lavorazione", sino a giungere all'appuntamento con l'assistente sociale. Tuttavia, nonostante questa sia la prassi più comune, nonché quella prevista ufficialmente, capita di frequente che il personale si trovi ad affrontare situazioni diverse. La parziale ricostruzione della vicenda di un paziente e dei suoi familiari consentirà di esemplificare una differente manifestazione della connessione funzionale. La vicenda sarà illustrata

facendo ricorso a materiale empirico composto da stralci etnografici, analisi documentale e interviste etnografiche ricostruite nelle note di campo.

Vengo a conoscenza del caso nello studio dell'assistente sociale Antonella. Mi mostra la e-mail attraverso la quale è avvenuta la segnalazione ed è stata coinvolta nel caso. La comunicazione proviene dalla collega dell'Ospedale ed è indirizzata all'assistente sociale dell'Azienda di servizi alla persona e quella in servizio presso il Centro di continuità ospedale territorio. L'assistente sociale territoriale è in CC. La mail è datata 5 luglio e reca l'oggetto "percorso B e A". Il testo della e-mail è il seguente:

"Care colleghe scrivo ad entrambe perché la situazione dovrebbe essere presa in carico sia per il Percorso A che B. Domani dal reparto di Cardiologia sarà dimesso il Signor Federico Bianchi di anni 87 e residente a XXXX in Via XXXXXX n. XX. È stato ricoverato per scompenso cardiaco con ischemia laterale [...] cronica in TAO. Insufficienza renale cronica. Insufficienza del cuore sinistro. Sarà preso in carico dal Servizio infermieristico e il medico di reparto non ha ritenuto necessaria la prescrizione di ausili. Sarà dimesso con il catetere e attualmente usa la carrozzina perché si affatica facilmente. Vive con la moglie anziana ma autosufficiente e ha una figlia presente e collaborante. Sarebbe necessario un aiuto quotidiano per l'alzata e l'igiene personale e il bagno settimanale e un orientamento per reperire una badante almeno per qualche ora al giorno. Sono state date le informazioni per la domanda di IC e Legge 104 e la figlia lunedì ha un appuntamento con la collega Antonella del Servizio sociale.

Dal testo della e-mail si evincono i bisogni sociali e sanitari della persona. Alla condizione fisica di criticità si aggiunge la situazione familiare, che nel quadro descritto individua la figura della moglie anziana come principale elemento di fragilità, compensato dalla presenza della figlia definita "presente e collaborante", sebbene, a seguito delle ulteriori informazioni che saranno raccolte dall'assistente sociale, il quadro risulterà ben più complesso e anche il ruolo della figlia si andrà ridefinendo. L'integrazione sociosanitaria rappresenta lo strumento per far fronte ai diversi bisogni del paziente: nella e-mail, l'assistente sociale dell'ospedale riferisce di come le problematiche sanitarie siano state prese in carico dal SID e allo stesso tempo comunica il PAI per i bisogni socio-assistenziali ai servizi coinvolti nelle Dp, ovvero l'Azienda di servizi alla persona, il Centro di continuità ospedale territorio e il Servizio sociale. La e-mail si chiude con la comunicazione che l'assistente sociale territoriale ha fissato di lì a pochi giorni un appuntamento con la figlia. Il giorno 9 luglio, Antonella riceve dall'assistente sociale dell'Azienda servizi alla persona una mail nella quale si comunica che è stato attivato per la durata di 30 giorni il "percorso A Dimissioni protette", del quale è allegato

il relativo PAI, che riprende quanto previsto dal PAI elaborato in precedenza della collega ospedaliera. Da quello che ricostruisce Antonella, sia l'assistente sociale del Centro di continuità ospedale territorio sia quello dell'Azienda servizi alla persona, prima di redigere i rispettivi PAI hanno effettuato una visita domiciliare per la valutazione delle condizioni di vita della persona. Il PAI del SAD è attivato a partire dall'11 luglio, giorno previsto di dimissione della persona ma due giorni prima i suoi familiari si recheranno dell'assistente sociale, come descritto di seguito.

L'incontro con i familiari del signor Federico avviene in data 9 luglio, presso lo studio dell'assistente sociale, al primo piano della struttura che ospita i Servizi sociali. Vi si recano la figlia e il marito, che, dopo essersi presentati riassumono la situazione del congiunto e della famiglia. L'assistente sociale ascolta, chiedendo chiarimenti e al termine fornisce informazioni sulle Case protette e sul SAD. Emerge che, allo stato delle cose, l'orientamento principale sarebbe verso l'inserimento in Casa protetta. I familiari concordano con l'assistente sociale una visita domiciliare per il 20 luglio e l'incontro si chiude. Al termine, l'assistente sociale annota le informazioni che sono emerse dalla discussione su un'agenda e che al momento della mia osservazione abbiamo davanti a noi e ci consente di ricostruire gli eventi.

Il 16 luglio la figlia di Federico telefona all'assistente sociale per comunicare che la situazione familiare è diventata insostenibile a causa del peggioramento delle condizioni di salute del padre. L'onere dell'assistenza sta ricadendo gravemente sulla madre anziana, nonostante nel frattempo sia stata attivata l'ADI. Riferisce quindi che si sono orientati verso l'inserimento del padre in una Casa di riposo privata. La visita domiciliare viene così cancellata, non essendo più necessaria la valutazione per l'inserimento in Casa protetta. Il 23 luglio è il figlio a presentarsi da Antonella. Nel ricostruire la vicenda, l'assistente sociale definisce come anomala la rete familiare della persona. Già il fatto che ai colloqui si presentassero sempre persone diverse, mai insieme, è indicatore, secondo lei, di conflitti all'interno della famiglia. La figlia ha manifestato una personalità fragile, scoppiando in lacrime durante un colloquio, mentre il figlio mostra un atteggiamento di rivendicazione continua. Oltre ai due che l'assistente sociale ha conosciuto, il signor Federico ha un altro figlio che vive in Australia e una figlia che vive in Germania. Quindi una rete familiare particolare, per quanto ci siano quattro figli. Antonella mi fa presente che il signore ha una buona pensione quindi con l'accompagnamento sarebbe in grado di essere economicamente autonomo in una Casa protetta, coprendo per intera la retta grazie al contributo pubblico, ma non in una casa di riposo privata. Nell'incontro, il figlio riferisce che le condizioni generali del padre sono migliorate in casa di riposo e dice che, se si stabilizzassero e restassero tali, a settembre sarebbero intenzionati a riportarlo a casa. Il figlio afferma, secondo quanto riporta Antonella, "ora ci stiamo impoverendo noi perché non riusciamo a sostenere i costi". Nelle proprie note Antonella ha scritto che ha dato informazioni sulle rette delle strutture e spiegato le modalità per avere la contribuzione pubblica, tra cui la

valutazione del modello ISEE di tutti i componenti della famiglia, anche se al di fuori del nucleo. Antonella riferisce che dopo avergli fornito queste informazioni, il figlio preferisce lasciar perdere per la contribuzione della retta. L'assistente sociale ritiene che non vogliono si faccia la valutazione perché probabilmente sono consapevoli di superare i livelli previsti per l'accesso al contributo sociale. Riferisce infine di avergli fornito informazioni sull'invalidità civile, sui presidi, sulla Casa protetta e sull'Unità di valutazione geriatrica. Secondo l'assistente sociale tra fratello e sorella ci dev'essere una sorta di sfasamento, visto che aveva già dato le stesse informazioni alla sorella. Quindi, o non si sono parlati o non si fidano uno dell'altra, conclude Antonella.

La vicenda si protrarrà ulteriormente per mesi a causa delle altalenanti condizioni di salute del sig. Federico e delle difficili relazioni all'interno del nucleo familiare, in cui le volontà dei singoli non sembrano convergere verso posizioni comuni. Tuttavia, già da quanto descritto, questo caso mostra la quantità di lavoro, anche *emotivo*, che la componente sociale deve attuare per realizzare quanto previsto in fase di avvio della procedura. Dal testo della e-mail, nel quale si profila uno scenario già definito, con opzioni chiare e apparentemente condivise con i familiari, all'intervento vero e proprio, Antonella si attiva per reperire informazioni circa lo stato di salute della persona (attraverso la documentazione clinica), sulle condizioni economiche di tutti i componenti della famiglia, anche al di fuori del nucleo, applica gli strumenti valutativi analitici previsti dal protocollo e convoca l'Unità di valutazione geriatrica. Queste azioni sono necessarie per tradurre la richiesta iniziale in un PAI specifico, che verrà analizzato e approvato dall'Unità di valutazione geriatrica, a cui poi farà seguito l'intervento vero e proprio. Approfondimento documentale che avviene attraverso diversi colloqui con i familiari dell'utente in cui l'assistente sociale deve farsi carico anche dalle complessità relazionali della rete di prossimità e delle dinamiche emotive che si riverberano nell'interazione comunicativa con le persone in ufficio. Questa competenza relazionale, non protocollabile o standardizzabile, è rilevante per costruire un legame fiduciario con i caregiver della persona da assistere e valutare la realizzabilità del progetto assistenziale.

Un passaggio formale obbligato è invece l'Unità di valutazione geriatrica, in cui il mondo sociale e quello sanitario si incontrano per definire di comune accordo il percorso più idoneo per un paziente in cui siano segnalati bisogni sociali e sanitari. La commissione si riunisce al domicilio del paziente (oppure in ospedale, in casa di cura o struttura se la persona è ricoverata) ed è composta da un geriatra, una infermiera del SID e l'assistente sociale responsabile del caso. La funzione del dispositivo è valutare il caso specifico, combinando le diverse competenze dei professionisti coinvolti per avere uno

sguardo multidimensionale e giungere ad individuare l'intervento più adeguato alla persona: il sostegno familiare con l'assegno di cura, l'attivazione dell'assistenza infermieristica domiciliare, l'accesso al Centro diurno per anziani oppure in RSA. Si intuisce quindi il peso che questo passaggio riveste sull'evoluzione delle singole traiettorie di integrazione sociosanitaria. Costituisce uno snodo cruciale nell'accesso alle risorse sociosanitarie e allo stesso tempo, nel periodo in cui si è svolta l'osservazione, una delle criticità maggiori del sistema per i tempi di convocazione delle commissioni. Il protrarsi dei tempi ne riduceva drasticamente la frequenza e con essa il numero complessivo dei casi che potevano essere valutati.

Da quanto mi è stato riferito, tra l'istruzione del caso e la sua valutazione passavano mediamente due mesi, generando una sorta di limbo temporale in cui i pazienti e i loro familiari restavano sospesi sino all'esito della valutazione. A causa di tali difficoltà organizzative, durante il periodo di osservazione non è stato possibile partecipare a questi incontri. Alcune indicazioni interessanti si possono comunque trarre dall'analisi documentale.

Il principale strumento di lavoro della commissione Unità di valutazione geriatrica è infatti la scheda B.I.N.A. (acronimo di Breve Indice della Non autosufficienza per Anziani non istituzionalizzati), che consiste in una scala di disabilità, adattata alla popolazione anziana, che analizza 10 items, ognuno dei quali dotato di 4 modalità ordinate e di un punteggio (min 10, max 100), che sintetizza il grado di autonomia personale. Gli items riguardano aspetti sia sociali sia sanitari: medicazioni, necessità di prestazioni sanitarie, controllo sfinterico, disturbi comportamentali, comunicazione, deficit sensoriali, mobilità, attività della vita quotidiana, stato della rete sociale, fattori abitativi e ambientali. Il valore dell'indice corrisponde al punteggio totale riportato nella valutazione, da confrontare con il valore soglia, pari a 230. Sono considerati non autosufficienti i soggetti con punteggio superiore a 230. Questa scheda compone la documentazione che viene compilata durante l'Unità di valutazione geriatrica e ne costituisce il principale prodotto, così come rappresenta uno dei principali strumenti di integrazione sociosanitaria previsti in questo modello. Nonostante la funzionalità del dispositivo, in uso presso numerose strutture che accolgono persone anziane fragili o a rischio, non è di compilazione e di utilizzo così immediato. In primo luogo, perché vi possono essere pareri discordanti circa i punteggi da assegnare alle singole voci (può succedere che l'infermiere domiciliare non sia d'accordo con il geriatra, o più frequentemente, viceversa; oppure che l'assistente sociale solleciti punteggi elevati per bisogni reali che la controparte sanitaria valuta meno rilevanti). Inoltre, chi ha un punteggio appena al di sotto del valore soglia si trova in una condizione effettiva di difficoltà ma non sufficiente

per poter accedere ai servizi socioassistenziali e di norma, paradossalmente, occorre attendere il peggioramento della persona per presentare di nuovo la richiesta e sperare in un punteggio “migliore”.

La traiettoria di integrazione del protocollo di Dp si conclude quando la persona riceve al proprio domicilio le cure degli infermieri e/o l’assistenza del personale socio-assistenziale, oppure trova ospitalità presso una struttura residenziale o un centro diurno. L’esito del processo si concretizza sul corpo della persona, nella forma degli operatori sociosanitari che si recano al suo domicilio per effettuare l’alzata mattutina e curare l’igiene e, nello stesso giorno, in modo indipendente e non coordinato, gli infermieri che vi si recano per trattare una lesione e/o cambiare una medicazione. Entrambe le componenti si intersecano definitivamente solo a casa della persona malata, sul suo corpo, sugli oggetti che lo circondano e sulle sue abitudini di vita. È un incontro non sempre evidente o tangibile dall’esterno. Solo assumendo il punto di vista della persona malata o di un familiare si riescono ad intercettare i movimenti non sincronizzati e indipendenti delle due componenti dell’integrazione sociosanitaria secondo il modello della connessione funzionale. La componente infermieristica si fa carico della sofferenza del corpo, delle piaghe, dei prelievi di sangue, delle medicazioni e di tutto ciò che vi è connesso, come ad esempio l’educazione di familiari e caregiver nello svolgere determinate interventi di assistenza. La componente sociale è invece responsabile dell’igiene della persona, della pulizia della casa, delle operazioni della vita quotidiana (fare la spesa, andare dal medico, e così via).

Dal punto di vista della governance dei servizi, il principale vantaggio della connessione funzionale è che non sollecita trasformazioni strutturali, organizzative o professionali rilevanti, delegando al dispositivo tecnico/tecnologico il coordinamento tra la componente sanitaria e quella sociale, senza che vi siano interferenze tra i diversi gruppi professionali e le risorse dei rispettivi servizi. Si cerca di ridurre la complessità del servizio per contenere l’impegno dell’attività di coordinamento ma l’osservazione della pratica quotidiana rileva come tale impegno non sia stato eliminato ma si sia semplicemente spostato nel retroscena.

#### **4. L’integrazione come contaminazione professionale**

Nel secondo caso, l’integrazione sociosanitaria avviene principalmente attraverso il Punto unico di accesso (PUA), che costituisce l’elemento di raccordo organizzativo tra la componente sanitaria e quella sociale. Il PUA ospita tutti gli attori che concorrono alla realizzazione dell’integrazione:



assistenti sociali, infermiere domiciliari, operatrici socio-assistenziali e personale amministrativo. Le due componenti convivono sia istituzionalmente sia fisicamente all'interno dello stesso servizio, il cui mandato è definito da norme organizzative elaborate congiuntamente dall'ASL e dall'Assessorato alle politiche sociali e sanitarie del Comune. I due gruppi agiscono seguendo corsie parallele, delimitate dagli specifici ambiti professionali, i cui confini, tuttavia, non sono sempre delineati in modo netto ma che la consuetudine ad interagire ha reso familiari per entrambi.

L'integrazione sembra avvenire a causa della costante esposizione all'altro, nel divenire delle pratiche quotidiane, attraverso interazioni comunicative prevalentemente di tipo analogico e nel processo ininterrotto di problem solving congiunto che caratterizza il lavoro situato. L'integrazione come *contaminazione culturale*, fondandosi su interazioni comunicative analogiche, coinvolge canali non immediatamente consapevoli e coscientemente governabili, come la comunicazione non verbale e la condivisione di uno spazio simbolico comune. Anche i *workplace studies* hanno sottolineato come i lavoratori coordinino le loro azioni in modi spesso taciti e informali, utilizzando gesti, sguardi e movimenti del corpo, che risultano cruciali per l'efficacia lavorativa ma che non sono riproducibili in formato digitale e difficilmente standardizzabili (Heath, Hindmarsh, Luff, 1999).

Più analiticamente, il PUA realizza l'integrazione sociosanitaria principalmente mediante due fattori: specifiche condizioni strutturali e rituali collaborativi. Il primo fattore riguarda le caratteristiche strutturali e organizzative del servizio, che sembrano stimolare la contaminazione professionale. La prossimità logistica tra le componenti e specifici dispositivi organizzativi (come l'Unità operativa locale) agiscono positivamente sulla coordinazione reciproca. Anche la presenza di un unico responsabile funzionale, sebbene il servizio sia a doppia afferenza ASL-ente locale, contribuisce a fornire una *visione* comune tra gli operatori del servizio, grazie al ruolo di *boundary actor* che agisce da ponte tra i due mondi (Cramer *et al.*, 2018). Il secondo fattore riguarda rituali sia formali sia informali che accrescono la coesione sociale all'interno del servizio e facilitano la comunicazione interpersonale e la collaborazione spontanea. Importanti rituali collaborativi sono il caffè quotidiano, a cui ciclicamente le operatrici del servizio si invitano a vicenda, e la riunione d'équipe mensile che rappresenta un effettivo momento di confronto collaborativo grazie al registro di convivialità e informalità con cui è gestita.

#### 4.1 Le condizioni strutturali

La compresenza, all'interno dello spazio organizzativo di tutte le componenti chiamate in causa, riveste un ruolo rilevante nella realizzazione della piena integrazione. Nel seguente stralcio etnografico si illustra come la quotidianità del servizio sia disseminata di occasioni di integrazione.

Sto affiancando Stefania [infermiera domiciliare] nell'Ufficio accoglienza mentre inserisce le informazioni nella piattaforma informatica. Gisella, una operatrice sociosanitaria, entra nella stanza, si avvicina alla scrivania e senza dire nulla si guarda intorno. Stefania alza lo sguardo dal computer, le sorride, la saluta e le chiede se ha bisogno di qualcosa. Gisella risponde che vorrebbe chiedere un'informazione. Stefania le dice di sedersi di fronte alla sua postazione. Gisella mostra a Stefania la lettera di dimissione di un paziente, in cui è indicata una sigla e di cui vorrebbe chiedere il significato poiché devono attivare il SAD ma non sanno cosa significhi quel codice. Stefania prende la lettera e la legge a voce alta: *Medicina Area Critica, era stato inizialmente ricoverato per quadro attribuito probabile IVU e coprostatici*. Anche Stefania non sa disambiguare immediatamente il significato della sigla, che ripete a voce alta, con tono dubitativo. Per risalire al significato, Stefania cerca a terminale le informazioni relative al paziente inserite dalla collega infermiera del PUA che opera presso l'ospedale cittadino da cui verrà dimessa la persona. Stefania chiede di poter fare una fotocopia del documento, visto che a lei non è pervenuto, e di poterlo tenere in archivio. Gisella è perplessa se acconsentire perché non conosce la prassi e non vorrebbe ci fossero problemi burocratici o di privacy. Stefania insiste, rassicurandola allo stesso tempo. Confrontando le informazioni contenute nella scheda clinica informatizzata, Stefania scopre il significato della sigla: IVU, infezione delle vie urinarie. Scoppiamo tutti a ridere, vista la banalità del termine. Stefania restituisce il documento a Gisella, dopo aver fatto la fotocopia. Gisella si alza, ringrazia l'infermiera, ci saluta e lascia l'ufficio.

L'episodio esemplifica come la prossimità logistica faciliti l'integrazione tra la componente sanitaria e sociale. Ciò non significa che siano sovrapponibili e che la comprensione reciproca sia completa. Al contrario, ognuna mantiene la propria identità, il proprio specifico professionale e la propria *expertise generale* (Patel, Groen, 1991). La diffidenza di Gisella a fronte della richiesta dell'infermiera di avere una copia del documento testimonia una relativa distanza tra le due anime del servizio. Tuttavia, la possibilità di confronto diretto, oltre a facilitare il problem solving quotidiano, contribuisce a produrre una *expertise specifica* comune all'intero servizio, composta da conoscenze e competenze afferenti alle diverse aree professionali coinvolte. La contaminazione reciproca passa anche attraverso questo tipo di frequentazione quotidiana e alla familiarità con cui avvengono le relazioni tra i

diversi professionisti. Nella scena descritta era palese una certa forma di deferenza da parte dell'operatrice sociosanitaria nei confronti dell'infermiera. Sebbene si dessero del tu, ci fosse conoscenza e una certa familiarità, l'operatrice si siede di fronte a noi solo dopo essere stata invitata a farlo. Nella stessa mattinata, entrerà nell'Ufficio Accoglienza un medico per richiedere una visita fisiatrica per una propria familiare e dopo aver salutato Stefania, appena varcata la soglia, si andrà a sedere autonomamente davanti a lei, sebbene la sua pratica sia stata presa in carico dall'infermiera nella postazione accanto. Ciò sembra testimoniare la permanenza di un grado di stratificazione sociale sulla base dello status attribuito a ciascuna professione sanitaria e socioassistenziale (Freidson, 2002). Una sorta di piramide al cui vertice si trova il medico, scendendo si incontra l'infermiere e alla base l'operatore socio-sanitario, come si vedrà anche in seguito. Dalla nota precedente, si evince, tuttavia, come nonostante il permanere di distinzioni di ruolo e status, l'abitudine a vivere gli stessi spazi e le stesse routine possa generare un grado di familiarità che agisce positivamente sull'integrazione. Anche quando la comunicazione è mediata dal mezzo telefonico è evidente il grado di familiarità tra l'infermiera dell'Ufficio accoglienza e la responsabile assistenziale e di sinergia tra le componenti del servizio, come nella seguente nota etnografica.

Stefania mi dice che deve organizzare una Unità operativa locale e che chiamerà il medico di famiglia del paziente per verificare le sue disponibilità. Dopo aver cercato il numero sull'agenda, compone il numero e attende in linea. Il medico risponde, si salutano. Hanno un rapporto molto informale, si danno del "tu" e parlano liberamente. Stefania riassume la situazione, evidenziando la presenza degli operatori domiciliari del SAD e fissano l'appuntamento a casa della persona per il giovedì successivo alle ore 10.30. Dopodiché chiama la postazione della responsabile assistenziale di riferimento per confermare l'appuntamento, perché nella Unità operativa locale è prevista anche la sua presenza. Non trova la persona che stava cercando ma lascia il promemoria dell'appuntamento a Paola, un'altra responsabile assistenziale del servizio, che ha risposto al telefono. Paola ne approfitta per chiederle di una ferita che le era stata segnalata dalle sue operatrici perché la persona era già in carico prima del ricovero. Stefania le dice che la persona è stata vista dalla collega dell'ospedale e che non c'è più nulla. Prima di congedarsi, Stefania le chiede comunque di verificare attraverso le operatrici che si recheranno dalla persona in giornata e di farle sapere se possono esserci problemi.

L'interazione descritta si contraddistingue per la familiarità con cui le due operatrici del servizio si relazionano e per il grado di naturalezza con cui la componente sanitaria e quella sociale si intrecciano durante la telefonata. In

questo caso il rapporto tra infermiera e responsabile assistenziale sembra essere di orizzontalità. È infatti Paola a richiedere a Stefania una verifica su un paziente. La componente sociale interroga di propria iniziativa la controparte sanitaria. A sua volta, Stefania approfitta della prossimità al paziente da parte degli operatori socio-assistenziali per tenere monitorata la condizione della persona, in merito alla problematica sollevata da Paola. La componente sanitaria stimola la controparte sociale affinché questa possa reperire informazioni utili per il proprio funzionamento.

Un importante dispositivo organizzativo di integrazione è rappresentato dalla Unità operativa locale, finalizzato alla valutazione congiunta dei bisogni sociali e sanitari presso il domicilio della persona di cui è stata richiesta l'assistenza. Vi prendono parte un'infermiera e una responsabile assistenziale del PUA, il medico di famiglia della persona e l'assistente sociale (del PUA o del territorio) che sta seguendo il caso. L'obiettivo è la stesura del Programma assistenziale individuale (PAI) attraverso il confronto tra i diversi professionisti nello spazio di vita della persona. Per meglio comprendere il funzionamento effettivo della Unità operativa locale come dispositivo di integrazione, riporto di seguito una nota etnografica il cui oggetto è la realizzazione di uno di questi incontri, presso il domicilio di una anziana signora.

Insieme a Federica, responsabile assistenziale del PUA, ci rechiamo al domicilio di una paziente per una Unità operativa locale. La signora vive in una casa indipendente appena fuori dal centro cittadino. Quando suoniamo ci viene ad aprire una donna di mezz'età, che, parlando un italiano con un forte accento russo, ci accompagna in cucina. Io rimango sulla soglia della stanza, Federica entra. La cucina non è molto grande. È luminosa e ben tenuta. Oltre al tavolo rotondo centrale e ai pensili, nella stanza è stato collocato un letto sanitario con le sponde. All'interno del letto, sotto una pesante coperta di lana, intravvedo il viso di una donna anziana. Ha gli occhi chiusi e la bocca sdentata quasi spalancata. Ogni tanto ha dei sussulti mentre respira, nessun altro movimento visibile. Nella stanza sono presenti anche Angela e Giovanna, rispettivamente infermiera e operatrice sociosanitaria del PUA, e il medico di famiglia. Natasha (l'assistente familiare della donna anziana) è accanto al letto e accarezza i capelli bianchi della signora mentre l'operatrice sociosanitaria sta sistemando la coperta al fondo del letto. Siamo tutti in piedi, ad eccezione del medico, una donna, che rimane tutto il tempo seduta al tavolo della cucina, con davanti a sé fogli e documenti. Appena entrati ci presentiamo alla dottoressa, che non ci presta molta attenzione. È Angela a gestire la situazione. Per prima cosa chiede all'assistente familiare dove siano i familiari e se verranno all'incontro. La donna risponde che hanno un impegno in una città vicina e non potranno esserci. Dice inoltre che sono venuti qualche giorno prima ma che non possono esserci sempre perché hanno il loro

lavoro. Tuttavia, continua, quando c'è bisogno di qualcosa, lei li chiama e nel giro di poco tempo le fanno avere quello che serve. Nonostante quanto appena sentito, l'infermiera è preoccupata perché vede il carico assistenziale ricadere completamente sulle spalle di Natasha e teme che il progetto di domiciliarità possa fallire. Interviene il medico dicendo che prima del ricovero era sempre la nipote a chiamarla o ad andare in studio da lei, in caso di bisogno. Come a voler rassicurare l'infermiera, afferma che non era mai Natasha a contattarla. La dottoressa riferisce di aver sentito telefonicamente la nipote prima del ricovero ospedaliero e commenta: *insomma, ci arrabattiamo così...* L'infermiera rimane perplessa per l'assenza di figure di riferimento. Il medico fa presente all'assistente familiare che gli operatori del servizio non avranno un orario preciso e dovranno trovare qualcuno in casa. Lei risponde che è sempre in casa e per l'eventuale giorno libero si metterà d'accordo con i familiari. Il medico coglie la palla al balzo e con un tono piuttosto perentorio sottolinea che deve assolutamente avere un giorno libero perché il lavoro è molto pesante e deve staccare ogni tanto. L'infermiera chiede a Federica chi sia l'assistente sociale di riferimento e perché non ci sia. Sconsolata poi commenta: *senza un referente, senza l'assistente sociale...* Il medico commenta: *eh, cosa vuoi...* Federica spiega che c'è stata l'attivazione del PUA in emergenza. Angela chiede se è previsto successivamente il passaggio al territorio e la responsabile assistenziale risponde che l'assistente sociale del territorio è già attivata. L'infermiera allora chiede come mai siano intervenuti loro anziché il Polo territoriale di competenza e Federica risponde che l'attivazione è parte del percorso di Dimissione protetta dalla struttura ospedaliera dove la signora è stata ricoverata. Angela insiste perché vuole capire quale sia il progetto. La responsabile assistenziale risponde che ci saranno almeno due o tre interventi a settimana per affiancare l'assistente familiare. Angela fa poi riferimento all'assistente sociale territoriale (chiamandola per nome), dicendo che la conosce e si fida e che quindi se ha fatto un progetto di domiciliarità si sarà già chiarita con i parenti. La responsabile assistenziale riferisce che, quando lei ha chiamato i familiari per fissare l'incontro odierno, la nipote le ha detto che intendono comunque provare a tenere l'anziana signora a casa sua. A questo punto l'infermiera afferma che occorre chiamare comunque l'assistente sociale per capire se c'è un amministratore di sostegno o qualche forma di tutela perché allo stato attuale non c'è nessuno che possa far valere alcuna forma di potestà nei confronti della signora, anche solo per firmare la cartella clinica. Il medico in tutto questo non interviene. È concentrata nella compilazione della modulistica e in realtà non sembra molto coinvolta da quanto accade intorno a lei. Angela si avvicina alla signora e la chiama per nome, le parla a voce alta cercando di svegliarla. L'anziana apre gli occhi e risponde qualcosa di incomprensibile. Angela sorridendo la saluta e le dà il buongiorno. Il medico presenta a voce alta la situazione clinica della persona. Mentre si accinge a scoprire il corpo della signora per visionare alcune piaghe di cui ha riferito il medico, l'infermiera chiede di chiudere le tende, che vengono così accostate. Natasha le mostra le piaghe dicendo che oggi vanno meglio. Angela chiede all'assistente familiare il motivo dell'ultimo ricovero e interviene il medico dicendo che temevano un ictus perché era diventata

afasica e aveva smesso di camminare. In realtà, si è trattato di una forma di decadimento generale, di cui non sanno bene il motivo. Natasha prende un tubetto di crema Fissan e chiede all'infermiera se va bene per le piaghe. Il medico fa presente che devono tenere controllata l'eliminazione di urina. L'infermiera si accorge che il materassino antidecubito è spento e lo fa notare a Natasha, dicendo che deve assolutamente essere sempre acceso e le mostra come si regola correttamente in base al peso della persona. Natasha annuisce e si scusa dicendo che nessuno le aveva spiegato il funzionamento. Sia l'infermiera sia il medico la rassicurano dicendo che non è successo niente e che pian piano imparerà. Angela commenta: *come lei insegna a me qualcosa sulla signora, io insegno a lei qualcosa, se riesco!* Il medico chiede qualcosa a proposito di altri tipi di materassi e l'infermiera riferisce che quel materasso è già antidecubito. La dottoressa non aveva mai visto quel modello. La responsabile assistenziale propone ad Angela di portare una scheda di osservazione per l'evacuazione e dopo un suo assenso del capo, ne spiega il funzionamento all'assistente familiare.

L'Unità operativa locale costituisce una effettiva occasione di confronto reciproco tra le diverse figure professionali coinvolte, ognuna delle quali offre alle altre le informazioni di cui dispone e allo stesso tempo completa le proprie attingendo al repertorio comune che si va costituendo nel corso dell'incontro. Il registro discorsivo è fortemente operativo, orientato alla soluzione delle problematiche che caratterizzano lo specifico caso. La scelta di svolgere questo tipo di incontri al domicilio del paziente favorisce l'aderenza al problem solving condiviso e il contenimento delle rigidità professionali che molto spesso intervengono nei contesti in cui diversi ruoli si confrontano con situazioni ad elevato contenuto di incertezza e stress (Quaglino, 2004).

L'integrazione sociosanitaria non scaturisce dall'adesione individuale ad un ideale astratto di relazione interprofessionale ma dalle concrete interazioni tra le persone coinvolte. Nella nota riportata, la modalità interattiva del medico non è di grande apertura nei confronti delle altre figure. Gioca il proprio ruolo prescindendo dalle altre persone presenti e finalizzando l'intervento al compimento del proprio mandato istituzionale, che sembra incarnarsi principalmente nell'adempimento delle incombenze burocratiche (non si avvicinerà mai, ad esempio, alla paziente, se non per mostrare una piaga all'infermiera). Tuttavia, nonostante la distanza della dottoressa da un atteggiamento di ascolto e confronto aperto (prerequisiti "standard" della collaborazione, secondo gli approcci più diffusi), l'integrazione emerge dal susseguirsi delle interazioni: il quadro informativo sulla persona si va completando man mano, come un puzzle al quale i diversi professionisti aggiungono tasselli di forme differenti; l'expertise specifica dei professionisti si alimenta dell'interazione con le diverse prospettive e le diverse competenze messe in

campo dagli altri presenti. Solo per circoscriverne alcuni significativi passaggi: il medico scopre un nuovo tipo di letto sanitario, l'assistente familiare ne impara il funzionamento, l'infermiera apprende dalla responsabile assistenziale, dall'assistente familiare e dal medico la situazione familiare della persona, la responsabile assistenziale viene a sapere dalla dottoressa delle problematiche urinarie della signora e propone di utilizzare una scheda di osservazione, sulla quale istruisce poi sia l'operatrice sociosanitaria presente sia l'assistente familiare. Un apprendimento sistemico significativo, che avviene attraverso una disposizione collaborativa diffusa tra gli operatori del PUA e che si alimenta nell'interazione quotidiana. L'orientamento alla risoluzione della situazione concreta posiziona tutti i presenti sul medesimo piano d'azione, incentrato sulle specifiche condizioni dell'anziana paziente. Le differenze di status tra i professionisti scivolano in secondo piano, seppure senza scomparire del tutto. Permane, ad esempio, la classica asimmetria tipica del mondo sanitario che, in questo caso, si palesa nell'utilizzo da parte dell'infermiera della forma di cortesia nel comunicare con il medico, mentre quest'ultima utilizza la forma colloquiale riferendosi all'infermiera. Le differenze di status non ostacolano comunque l'integrazione anche per l'informalità del setting in cui l'interazione si svolge. Il domicilio della persona costituisce un "terreno neutro" per le diverse figure professionali coinvolte. Ognuna è sradicata rispetto al proprio ambiente abituale di lavoro, caratterizzato da simboli e rituali che rimandano a sé stessi e agli altri le relazioni di status e di potere. Lo sradicamento prodotto dall'ambiente neutrale favorisce una ridefinizione dei confini di ruolo poiché si è "gettati" in un contesto nuovo che non si governa e questo può facilitare la ricerca di alleanza e di collaborazione con le altre figure professionali presenti, nel tentativo di contenere la tensione che ogni nuova occasione di incertezza produce e di costruire una narrazione comune che restituisca ad ognuno il senso di quanto sta accadendo anche di fronte alle criticità e alla complessità delle situazioni quotidiane (Weick, 1997).

Anche l'Unità di valutazione multidimensionale può diventare un artefatto organizzativo di costruzione dell'integrazione sociosanitaria come oggetto di senso, e non solo come dispositivo sanitario. Consiste in una commissione composta da un medico (di norma un geriatra), una infermiera territoriale e dall'assistente sociale incaricata del caso, che si riunisce presso il luogo di assistenza del malato, sia esso il domicilio oppure una struttura sanitaria o socio-sanitaria. La commissione deve deliberare in merito alla soluzione più idonea per rispondere ai bisogni sanitari e assistenziali della persona anziana e attivare così i servizi di riferimento, dopo aver valutato le risorse economiche e assistenziali presenti nella rete familiare. È la segreteria

amministrativa del PUA ad occuparsi dell'organizzazione, generalmente convocate 2 volte a settimana. Rispetto alla Unità operativa locale, che ha una funzione organizzativa e operativa, l'Unità di valutazione multidimensionale svolge un ruolo formalmente deliberativo, per consentire l'accesso ai servizi sociosanitari pubblici. Di seguito è riportata la descrizione di una Unità di valutazione multidimensionale convocata presso la struttura privata accreditata Anni Tranquilli. Il caso del signor Anselmo descritto nella nota è aggravato dalle scarse risorse familiari disponibili e delle precarie condizioni di salute della caregiver principale.

Con una delle Fiat Panda bianche di servizio, io e Angela [infermiera domiciliare] ci rechiamo presso Anni Tranquilli per una Unità di valutazione multidimensionale. Mentre siamo nel parcheggio della struttura incontriamo il medico geriatra, che Angela saluta e con il quale facciamo insieme il resto del tragitto fino al reparto. Non si parla molto durante la camminata. La struttura appare recentemente rinnovata e ben tenuta. Arriviamo nell'ala in cui è ricoverato il signor Anselmo e suoniamo. Ci viene ad aprire una giovane dottoressa che saluta calorosamente e scherza con il geriatra e con Angela. Mentre veniamo guidati verso la sala refettorio, dove Anselmo sta mangiando, la dottoressa ricostruisce il caso, rivolgendosi principalmente al medico, che cammina accanto a lei. Io e Angela siamo un passo indietro. Si tratta di un uomo anziano, affetto da morbo di Parkinson e ricoverato in struttura per un aggravamento dello stato di agitazione mentre era al domicilio. Il medico annuisce e ogni tanto chiede chiarimenti sulle condizioni sanitarie. La dottoressa riferisce che il ricovero è stato necessario perché lo stato di alterazione del comportamento rischiava di compromettere anche le condizioni dell'anziana moglie gravemente malata, con cui viveva. Entrambi sono assistiti dalla figlia che a sua volta soffre di gravi problemi di salute, dei quali tuttavia non parla apertamente. Il medico chiede dove sia Lorena, l'assistente sociale di riferimento. La dottoressa gli risponde che sta ancora finendo il colloquio con la figlia. Nel frattempo, entriamo nella sala da pranzo. Salutiamo i presenti, una decina di persone anziane attorno a tavoli rotondi intenti a mangiare. Ci sono operatrici e operatori che stanno servendo i pasti. Ci avviciniamo ad un signore in sedia a rotelle che la dottoressa saluta, chiamandolo per nome: *Buon appetito Anselmo*. L'uomo si volta verso di noi e sorride. La dottoressa ci presenta, iniziando dal medico. Io chiudo il giro e vengo presentato dall'infermiera del PUA come un altro sanitario. Il medico scambia due parole con Anselmo, gli chiede come si chiama, se gli piace quello che mangia e il signore risponde coerentemente. Dopo poco ci congediamo e ci avviamo verso il locale in cui si svolgerà l'incontro. [...] La stanza è ammobiliata con una grande scrivania in legno posta di fronte alla porta d'ingresso, una libreria accanto alla finestra e un'altra scrivania (più piccola e informale) accanto alla porta. Ci sono diverse sedie nella stanza. Il medico della struttura ci presenta alla figlia di Anselmo, che ci ha raggiunto insieme all'assistente sociale Lorena. Angela prende diverse le sedie e le posiziona lungo il lato esterno della



scrivania principale. Il geriatra si siede dietro la scrivania. Ha alcuni moduli davanti a sé e un taccuino per gli appunti. Accanto a lui, ma decentrata verso il lato esterno della scrivania si siede Lorena. Nell'ordine, ci sono io, Angela e, infine, la figlia di Anselmo, nell'angolo opposto a dove si trova l'assistente sociale. La dottoressa della struttura è seduta alle nostre spalle, nella scrivania accanto alla porta, con la sedia rivolta verso di noi. Poco prima che ci sedessimo, Angela e Lorena hanno scambiato alcune parole sottovoce tra loro. È Lorena a prendere la parola e ad aprire i lavori della commissione, introducendo i presenti alla signora e ricapitolando la situazione del padre. In particolare, riferisce di aver avuto un colloquio qualche giorno prima con la responsabile medica della struttura che segue il caso, la quale ritiene concluso il percorso clinico-terapeutico di Anselmo e suggerisce come destinazione una soluzione di tipo residenziale, sulla quale l'incontro odierno dovrà esprimersi. L'assistente sociale chiude la presentazione dicendo che la signora concorda con la soluzione indicata dal medico. Lorena cede la parola al geriatra, stimolando comunque la signora, se vuole aggiungere o chiedere qualcosa. Il geriatra fa una serie di domande alla signora sulle condizioni cognitive e psicologiche del padre e sulla situazione familiare. La donna risponde alle domande. Ha le braccia conserte ed è in posizione defilata rispetto a noi. L'immagine che mi viene in mente osservando questa scena è quella di una commissione di laurea, con il presidente in posizione centrale, gli altri commissari schierati ai lati e, in posizione defilata, la candidata. La prossemica della signora comunica chiusura e, forse, timore. Mentre l'assistente sociale ha un tono conciliante nel rivolgersi a lei, il geriatra tende ad essere direttivo. Lorena introduce il tema dei requisiti economici per accedere ai servizi residenziali e si informa sui redditi e sui risparmi della famiglia, che risultano essere nulli, ad eccezione della pensione degli anziani coniugi e dell'indennità di accompagnamento. A fronte delle condizioni per l'accesso ai servizi, si profila il problema della lista d'attesa. A questo punto chiede alla dottoressa della struttura la tempistica di dimissione, la quale riferisce che Anselmo era già pronto per la dimissione da diversi giorni ma è stata procrastinata per la situazione critica a casa. L'assistente sociale riprende la parola e sintetizza il quadro che si va delineando con l'imminente dimissione del padre e una tempistica di 15 giorni per l'inserimento in una struttura comunale. La figlia interviene preoccupata: *e dove va per 15 giorni? Qua non ci può più stare?* Il medico della struttura conferma che il quadro clinico per loro si è risolto. Riprende la parola Lorena e ribadisce le condizioni economiche per l'accesso, a fronte delle quali nel giro di una decina di giorni ci può essere l'ingresso in una struttura comunale. La figlia afferma di non poterlo comunque portare a casa, cosa che gli è stata sconsigliata anche dal medico di famiglia. Interviene di nuovo il medico della struttura dicendo che per loro il problema è già risolto da tempo e che, se avessero voluto dimmetterlo, già l'avrebbero fatto. L'assistente sociale prende la palla al balzo chiedendo alla dottoressa della struttura se sono disponibili a trattenere Anselmo ancora qualche tempo. La dottoressa risponde che stavano aspettando la valutazione odierna per definire la tempistica, altrimenti l'avrebbero mandato a casa due settimane prima, e conclude chiedendo un documento scritto da cui si evincano

le motivazioni non cliniche che condurranno al prolungamento del ricovero. I successivi scambi comunicativi coinvolgono solo l'assistente sociale e il medico di struttura, che cercano di accordarsi sul da farsi, anche se in linea di massima sembra che un orientamento sia stato assunto. Noi, compresa la figlia, rimaniamo spettatori silenziosi di quanto accade. Ad un certo punto interviene il geriatra che chiede alla donna perché non prova a portarlo a casa, assistito da una badante. La donna risponde che ha già provato ma non ha funzionato perché il padre fa scappare le badanti con il suo comportamento e questo è problematico perché anche la madre ha bisogno di assistenza continuativa. La figlia inoltre accenna ai propri problemi di salute che l'hanno costretta in ospedale per periodi prolungati. Il geriatra chiede al medico di struttura che terapia abbiano seguito, rispetto al momento di ingresso. Il medico cita un farmaco, sostenendo che gli abbia fatto molto bene. L'assistente sociale interviene facendo presente che deve scappare e che si deve accordare con la signora per l'incontro del lunedì successivo, in cui si vedranno per valutare la condizione reddituale. Il geriatra insiste sulla prospettiva della dimissione domiciliare e la figlia di Anselmo ribadisce la situazione di estremo disagio delle settimane precedenti al ricovero. Mentre il geriatra e la donna continuano a parlare, Lorena si avvicina ad Angela e a bassa voce si confrontano sull'andamento dell'incontro. L'assistente sociale si congeda dalla signora, lasciando un numero di telefono per eventuali comunicazioni e confermando l'incontro per lunedì. Si congeda anche dal medico di struttura, ricapitolando la soluzione che è stata presa. Angela chiede alla figlia di uscire dalla stanza un momento, dicendole che la richiameranno subito per le firme. Anche questo passaggio conferma in me l'immagine di una commissione di laurea, che fa uscire la candidata dall'aula per deliberare. A porte chiuse, sia l'assistente sociale sia il medico di struttura riferiscono delle gravi difficoltà che hanno avuto nel gestire il caso perché la figlia è spesso ir reperibile e non riesce ad adempiere alle incombenze (anche minime) che le vengono attribuite. Angela fa notare che nell'Unità di valutazione multidimensionale devono far pesare il problema familiare perché il percorso terapeutico si è concluso. Suggerisce di attribuire l'urgenza sulla base del problema familiare. Il geriatra interrompe dicendo che lo ha già scritto nella bozza del verbale. Angela si scusa ma vuole ribadire le difficoltà della figlia, visto che Lorena non ne era al corrente fino a poco fa. Occorre motivare la richiesta sulla base di un bisogno sociale effettivo e documentabile. Anche la malattia della figlia dovrà essere in qualche modo certificata da documentazione clinica. Il geriatra interrompe la discussione leggendo la bozza del verbale che ha scritto sul suo taccuino: "le condizioni di salute della famiglia impediscono in modo assoluto un ritorno al domicilio. Sentita la figlia, si decide per l'inserimento in struttura a bassa-media valenza sanitaria". In forma interrogativa poi afferma: *definitiva?* Angela suggerisce di attribuire tale caratteristica per lasciare più margine all'assistente sociale per il progetto di intervento. Lorena concorda. Dopo aver trascritto il tutto sul verbale ufficiale fanno rientrare la figlia e completano la procedura con il giro di firme.

Ho riprodotto quasi per intero il lungo stralcio etnografico perché è disseminato di occasioni di integrazione tra il mondo sociale e quello sanitario e perché mi sembra fornire uno spaccato molto vivido della quotidianità dell'integrazione sociosanitaria e del tipo di supporto collaborativo tra il personale del PUA. È interessante notare come questo dispositivo, che in altre realtà organizzative tende ad assumere una valenza prevalentemente "certificativa" di decisioni già prese in altre sedi da qualcuno degli attori convocati, possa divenire un effettivo strumento di integrazione. Diversi elementi lo rendono efficace. In primo luogo, come si è già notato in merito alla Unità operativa locale, il posizionamento a ridosso del luogo di assistenza e di vita della persona malata introduce una forma di sradicamento che può agevolare le interazioni tra i diversi attori. Questo aspetto appare tuttavia ridimensionato nel caso descritto poiché da più passaggi si evince come i professionisti abbiano una certa familiarità sia con la struttura (che rientra comunque nel perimetro del mondo sanitario) sia con il personale che vi lavora. La sicurezza con cui il geriatra e l'infermiera si sono orientati sino al reparto, il tono informale con cui si sono relazionati con il personale e la padronanza degli spazi e degli arredi nello studio in cui si è svolto l'incontro sembrano indicare una certa confidenza con il contesto, alimentata dalla frequenza con cui vi avvengono le Unità di valutazione multidimensionali. Rispetto, comunque, ai luoghi istituzionali di lavoro, la struttura costituisce uno spazio neutro, anche se sanitarizzato. Soprattutto nella relazione tra l'infermiera del PUA e il geriatra permane traccia di modalità comunicative ispirate da modelli formali. Durante l'incontro, solo l'infermiera si riferirà al medico con la formula di cortesia, mentre assistente sociale e medico di struttura useranno la formula colloquiale. Come si è già visto accadere, nel mondo sanitario le differenze di status tendono a resistere ai processi di integrazione. Tuttavia, nel caso descritto non sembrano compromettere l'esito per l'affiatamento dimostrato tra il personale sanitario e sociale afferente al servizio PUA. Durante l'incontro, Angela (infermiera) e Lorena (assistente sociale) si sono confrontate più volte in privato per ragguagliarsi e coordinarsi su quanto stava avvenendo. Entrambe hanno condiviso l'osservatorio specifico sul caso: Angela, più a contatto con il personale sanitario della struttura, era ben consapevole delle difficoltà di salute della figlia, informazione che invece Lorena non possedeva sino a poco tempo prima poiché durante i colloqui la signora vi ha fatto menzione solo occasionalmente perché ben più preoccupata per la situazione dell'anziana madre, nell'eventualità del ritorno del padre al domicilio. L'integrazione sviluppata all'interno dei PUA si rafforza anche quando i professionisti si confrontano con quanto accade al di fuori dei propri confini organizzativi di servizio. La familiarità al confronto

reciproco e la condivisione di obiettivi comuni alimentati dalla partecipazione di quella che possiamo definire la *cultura del servizio* sembra orientare l'agire delle persone nei diversi contesti in cui ci si trova ad operare. Questo aspetto è ribadito dal passaggio finale dello stralcio in cui è la stessa infermiera a proporre ai colleghi di insistere sui bisogni sociali della rete prossimale di Anselmo per giustificare un prolungamento di ricovero in struttura, sostenendo di fatto quanto stava proponendo l'assistente sociale e ribadendone il ruolo, oltre il proprio ambito professionale specifico. La collaborazione tra Angela e Lorena costituisce un importante "asse" strategico nella gestione della riunione e permette di conciliare i requisiti clinici (che non autorizzerebbero una ulteriore permanenza nella struttura) con la fragilità della situazione familiare di Anselmo. Nonostante la direttività con cui il geriatra interpreta il proprio ruolo e l'impronta di autorità che gli viene restituita da tutti i partecipanti. L'assistente sociale è la figura che sembra risentire meno di tale impronta, probabilmente per la sua posizione di alterità rispetto al mondo sanitario. Anche dal punto di vista prossemico è la persona che si posiziona più vicino al geriatra, sebbene senza "violare" lo spazio che il sanitario si è riservato dietro la scrivania. La metafora mutuata dal mondo universitario a cui faccio riferimento nel racconto esprime una dinamica comunicativa riconosciuta da tutti i partecipanti e che rende conto di una rappresentazione culturale che riproduce la tradizionale posizione di autorità attribuita al medico. In termini ipotetici anche il fatto che il geriatra fosse l'unico uomo (ad eccezione del sottoscritto) presente nell'incontro può aver rafforzato tale percezione di autorità. Naturalmente non dispongo di ulteriori dati per confermare questa ipotesi ma è ben riconosciuto in letteratura come le differenze di genere in ambito sanitario incidano sulle dinamiche interprofessionali (Vicarelli, 2008). Quanto osservato nell'Unità di valutazione multidimensionale sembra replicare tale pattern interattivo, a cui tuttavia la convergenza di visione tra assistente sociale e infermiera pone un limite, muovendo le interazioni durante l'incontro verso un piano più orizzontale e negoziale, tutt'altro che determinato dalla figura del medico, il quale, al termine dell'incontro, risulta allineato con quanto proposto dal personale del PUA. La condivisione dell'obiettivo e della visione, come affermano Strauss e colleghi (1963), sono il *cemento simbolico* che contribuisce a creare la cultura del servizio e ad orientare la pratica tra le diverse professionalità coinvolte.

## 4.2 I rituali collaborativi

Il secondo elemento che concorre alla realizzazione dell'integrazione piena sono i *rituali collaborativi*, ovvero pratiche reiterate, di tipo informale o formale, a cui partecipano diversi soggetti del servizio e che accrescono la coesione sociale all'interno del gruppo, facilitando la condivisione interprofessionale e la circolazione delle conoscenze e delle informazioni. L'esempio più evidente è il caffè mattutino. Ad un certo momento della mattinata accadeva che qualcuno prendesse l'iniziativa di recarsi nello studio di Mara, la coordinatrice sociale, per riempire la caffettiera e preparare il caffè. Accanto alla porta del suo studio era posto un lavabo, con vicino un piccolo tavolo con una piastra elettrica e tutto il necessario per la preparazione del caffè. Non c'erano orari predefiniti o "addetti" deputati a questa funzione, sebbene accadesse frequentemente che fosse Stefania, l'infermiera dell'Ufficio accoglienza ad incaricarsene, per le sue origini meridionali che la rendevano, a detta di tutti, una vera esteta del caffè. Non erano previsti nemmeno "invitati" prestabiliti. Man mano che l'aroma permeava i locali del servizio, altre operatrici si presentavano, facendo qualche battuta ironica, oppure ci si recava nelle stanze adiacenti per chiedere se qualcuno ne volesse. Non era raro che fosse necessario riempire due caffettiere per poter soddisfare tutti i presenti. Generalmente c'erano anche biscotti o altri dolci portati da qualcuno del servizio o donati da qualche utente alle infermiere o alle assistenti sociali. Il rituale era sentito da tutte le operatrici del servizio. Le uniche figure escluse erano le operatrici socioassistenziali, perché durante la mattina erano sempre fuori sede per svolgere gli interventi domiciliari.

Durante questi momenti, le infermiere e le assistenti sociali, insieme alle operatrici amministrative che prestavano servizio presso il PUA, dismettevano gli abiti dei rispettivi ruoli professionali senza tuttavia interrompere il flusso degli eventi lavorativi in corso durante la mattinata. Il rituale del caffè rappresentava spesso l'occasione per confrontarsi su problemi insorti nelle ore precedenti o su questioni organizzative pendenti, in un clima di informalità e di distensione, al di là dello specifico professionale di ognuno. Inoltre, la dimensione professionale non di rado si sovrapponeva a quella personale, dalla quale venivano tratti aneddoti o racconti di esperienze che venivano condivisi con i presenti.

Nel seguente stralcio etnografico è descritto uno di questi momenti rituali, in cui l'integrazione sociosanitaria smette i propri abiti formali per vestirne di nuovi, uscendone così rafforzata dalle interazioni tra i diversi professionisti che vi partecipano.

Sono nello studio di Mara, la coordinatrice sociale, con la quale stiamo discutendo di alcuni casi visti nei giorni precedenti. Si affaccia sulla soglia Stefania (l'infermiera che si occupa dell'Ufficio accoglienza), dicendo di avere urgentemente bisogno di un caffè e chiede da quanto sia stato fatto. Mara le risponde che è stato preparato da una decina di minuti ma non sa se ne sia rimasto. Le chiede anche se non si senta bene perché ha l'aria provata e l'infermiera risponde di avere un forte mal di testa che le comprime l'occhio. Mara le chiede se ha preso qualcosa e lei risponde che lo sta tenendo sotto controllo. Nel frattempo, arriva anche l'infermiera Francesca che saluta i presenti. Stefania si avvicina alla caffettiera e inizia a riempirla, attività che compie con molta cura, stando attenta a non comprimere troppo il caffè. Dopo aver posizionato la caffettiera sulla piastra elettrica, si rivolge a Mara, dicendole di essere finalmente riuscita a fissare per la giornata di venerdì un incontro con professionisti del Centro di salute mentale (CSM) per la valutazione di un paziente anziano affetto da patologie neurologiche, per il quale non era ancora stato chiarito se la competenza fosse del PUA o del CSM. La coordinatrice sociale dice che informerà l'assistente sociale di riferimento e la aggiorna inoltre sugli incontri che sta avendo insieme al referente funzionale del servizio e ai dirigenti sanitari del CSM per definire un protocollo d'intervento che permetta di disambiguare casi come quello di cui stanno parlando e poter intervenire più rapidamente. Fa qualche battuta sulle difficoltà comunicative che stanno incontrando e noi ridiamo. Attirata dalle risate e dall'aroma di caffè anche Tiziana, segretaria amministrativa, si affaccia sulla soglia, chiedendo se c'è una tazza anche per lei. Stefania le dice di sì. Mara si alza e prende da un armadio del suo studio una crostata di marmellata confezionata che era stata regalata qualche giorno prima ad una assistente sociale da una utente. Io commento l'abbondanza di risorse del servizio e tutte si mettono a ridere. Stefania e la segretaria mettono le tazzine sul tavolo al centro della stanza, insieme allo zucchero e alla crostata e viene versato il caffè. Dopo aver bevuto il caffè, i presenti iniziano a tornare alle loro postazioni di lavoro, mentre io aiuto Tiziana a lavare le tazzine e a pulire il tavolo.

L'episodio rappresenta una pratica consolidata all'interno del servizio, ben conosciuta da tutti e a cui tutti possono partecipare, se presenti in sede. Dal racconto si possono estrapolare le diverse funzioni che questa pratica informale ricopre: rafforza la coesione sociale tra colleghe, situando le interazioni su un piano di informalità e di convivialità che facilita l'apertura interpersonale; consente la circolazione delle informazioni tra le diverse componenti professionali del servizio, in particolare rispetto a contenuti non immediatamente inerenti il proprio specifico professionale; stimola la creazione di un'agenda condivisa su questioni pendenti che riguardano il servizio stesso. Quando la coordinatrice sociale aggiorna Stefania sullo stato delle negoziazioni tra PUA e CSM, sta fornendo all'infermiera informazioni supplementari rispetto a quanto le è necessario conoscere per svolgere la propria attività quotidiana. Questo atto la rende partecipe di un processo

organizzativo che ripaga in termini simbolici la fatica che ha compiuto per giungere alla definizione dell'incontro con i professionisti dell'altro servizio e si condivide la visione d'insieme.

Un altro esempio della natura sociale del rituale del caffè è contenuto nel prossimo stralcio etnografico, in cui si nota come questa pratica dia corpo ai legami interpersonali tra diverse anime del servizio.

Chiedo ad Elisa, responsabile assistenziale, cosa rappresentino due cartelloni appesi affissi alle pareti della stanza dove siamo, in cui sono elencati con diversi colori una serie di obiettivi e competenze, come recitano i rispettivi titoli. Mi risponde che non lo sa di preciso perché risalgono alla passata gestione del servizio ma si tratta comunque di prodotti di percorsi formativi. Dopo poco mi chiede, sorridendo, se posso andare a chiedere a Mara se stamattina fa il caffè. Mentre me lo chiede noto che accanto a noi, sull'altro lato della stanza ci sia un tavolino con tutto l'occorrente per il caffè: piastra elettrica, caffettiera, contenitore per lo zucchero. Naturalmente io rispondo che lo farò di certo. E infatti dopo poco che mi sono congedato vado nello studio della coordinatrice a riferire la richiesta di Elisa. Mara sorride e mi risponde che ci penserà su. E dopo pochi minuti mi manderà a chiamare Elisa per offrirle il caffè.

Un ulteriore rituale collaborativo è rappresentato dalla riunione d'équipe convocata ogni mese dal responsabile funzionale del servizio e organizzata insieme alle coordinatrici sociale e infermieristica. A questi incontri partecipavano tutti gli operatori del servizio dislocati presso la sede centrale sia coloro che lavorano presso gli ospedali cittadini. Di norma si trattava di circa 20 persone. Veniva convocata nel primo pomeriggio, per intercettare il maggior numero di operatori possibile, cercando di conciliare i diversi orari di servizio. Ancora una volta erano le operatrici sociosanitarie ad essere più penalizzate da questa tempistica poiché difficilmente riuscivano a rientrare in sede in tempo ed erano così rappresentate delle loro responsabili. Gli incontri avevano una scaletta che veniva preparata sulla base delle problematiche raccolte delle coordinatrici e dalle responsabili assistenziali nel mese in corso, a cui si aggiungevano eventuali comunicazioni organizzative o di servizio. Era il responsabile del servizio a coordinare l'incontro, introducendo gli argomenti e dando poi ampio spazio di discussione. Le riunioni si tenevano nei locali del servizio assistenziale poiché erano gli spazi più capienti. Man mano che le persone arrivavano, si disponevano attorno ai due tavoli centrali oppure spostavano le sedie lungo le pareti per non volgere le spalle ai presenti. Anche in questi incontri accadeva che qualcuno si incaricasse di preparare il caffè, mentre si attendeva che arrivassero tutte le operatrici. Il registro comunicativo tendeva a coniugare le esigenze formali di

gestione del servizio con un certo grado di informale convivialità. La turnazione di parola era libera, sebbene le due coordinatrici intervenissero più frequentemente. Le operatrici amministrative erano generalmente più silenziose durante gli incontri. Accadeva frequentemente che infermiere domiciliari e assistenti sociali chiedessero reciprocamente chiarimenti sull'andamento di casi specifici (ad esempio, rispetto al SAD di un paziente in fine vita che durante una riunione era stato deciso di prolungare fino al decesso della persona) e su termini tecnici o procedure. Ad esempio, le assistenti sociali ricorrevano spesso al termine "contratto" per riferirsi ai propri interventi e un'infermiera ha chiesto delucidazioni sul significato della parola. La spiegazione ha permesso alle infermiere domiciliari di apprendere alcuni aspetti dello specifico professionale delle assistenti sociali e delle loro pratiche lavorative che fino a quel momento era a loro sconosciuto. Ha altresì consentito di disambiguare il termine visto che per gli infermieri domiciliari ha un significato tecnico preciso, differente da quello che assume nell'ambito semantico del servizio sociale.

I rituali collaborativi rientrano a pieno titolo tra gli elementi che conducono all'integrazione *culturale* che il PUA ha prodotto al proprio interno. Il clima di informalità e la commistione di vita professionale e privata rafforza la coesione sociale all'interno del gruppo di lavoro e conferisce una connotazione di familiarità ai rapporti interprofessionali, rinsaldando l'integrazione tra le diverse componenti del servizio. Questi rituali rimandano ad ognuno, sebbene con sfumature differenti, l'identità del servizio, mediante la partecipazione ad un'esperienza condivisa che si produce e riproduce costantemente nel divenire quotidiano delle relazioni interprofessionali.

## 5. Due idealtipi: integrazione meccanica e culturale

I due modelli di sviluppo dell'integrazione sociosanitaria, qui discussi nelle loro implicazioni nella pratica quotidiana, mettono in risalto due idealtipi: l'*integrazione meccanica* e quella *culturale* (Lusardi, Tomelleri, 2018). La prima rimanda a modalità di coordinamento prevalentemente codificate (protocolli e procedure operative) e gerarchiche (catene di responsabilità formale), con un sostanziale isolamento dei gruppi professionali e limitate opportunità di contatto diretto. Con tali premesse, che conseguono l'applicazione dei primi due livelli individuati da Leutz (2005), ovvero il collegamento e la coordinazione tra entità sociali e sanitarie, l'integrazione si realizza principalmente nel prodotto finale, attraverso l'erogazione indipendente e non sincronizzata di specifici servizi presso il domicilio della persona



assistita. Nella seconda, strumenti codificati come protocolli e linee guida si combinano con attività di coordinamento informale basate su interazioni faccia a faccia e sulla condivisione di conoscenze, valori e obiettivi. L'integrazione avviene nelle interazioni formali e informali quotidiane tra le due entità e nello sviluppo dell'*intimità professionale* (Wenger et al., 2002), un particolare legame sociale che vede la commistione di frequenti interazioni orientate alla soluzione di problemi condivisi e un sentimento di comunanza e appartenenza. Questo idealtipo rappresenta la realizzazione della *piena integrazione* descritta da Leutz. Nell'integrazione meccanica tende a prevalere l'intento razionalizzante tipico dei processi di standardizzazione che dalla metà degli anni '90 del secolo scorso si sono rapidamente diffusi nelle organizzazioni sanitarie attraverso l'affermarsi del *new public management*. Si è detto come questa tendenza possa introdurre rischi di frammentazione delle pratiche e di iperspecializzazione professionale, ostacolando il lavoro congiunto e il coordinamento reciproco (Mol, 2002; Timmermans e Berg, 2010). Nell'integrazione culturale, a prevalere è la dimensione trans-professionale e interpersonale, secondo il modello che Wenger (2006) ha definito *comunità di pratica*. Con tale termine si descrive una comunità di professionisti differenti (nel caso in esame, infermieri domiciliari, assistenti sociali, operatori sociosanitari, responsabili di attività assistenziali e impiegate amministrative) che hanno in comune l'interesse per il medesimo oggetto cognitivo, valori, conoscenze e linguaggi condivisi e una frequentazione assidua (la componente comunitaria, appunto).

Per stimolare il coordinamento informale, la fiducia reciproca e il dialogo trans-professionale si rilevano necessari contesti che prevedano modelli comunicativi analogici, in cui anche la componente emotiva dell'agire sociale si può esprimere. Sebbene questa forma possa condurre allo sviluppo di una forte coesione all'interno della comunità dei professionisti, i cui esiti si riverberano positivamente sull'efficacia e l'efficienza del servizio, non è esente da criticità. Infatti, proprio a causa della forza del legame interno, si può creare un attaccamento identitario alla cultura del servizio che può ostacolare l'innovazione organizzativa o l'integrazione con altri servizi sanitari o territoriali (come, ad esempio, gli sportelli sociali comunali o i servizi di salute mentale).

Anche il ruolo delle tecnologie può avere un impatto non scontato. Nell'integrazione meccanica, in cui il coordinamento tra entità sanitarie e sociali avviene prevalentemente attraverso la mediazione delle tecnologie informatiche (piattaforme software dedicate ed email), l'integrazione delle culture professionali e dei processi difficilmente potrà essere raggiunta.

Nell'integrazione culturale, in cui i dispositivi informatici sono complementari ad altri fattori socio-organizzativi, come la co-presenza e rituali collaborativi quotidiani, il risultato è una comunità di pratica coesa, che non dipende dalla tecnologia in sé, ma da come viene interpretata e incorporata nello specifico contesto d'uso (Greenhalgh, Stones, Swinglehurst, 2014).

Le forme dell'integrazione sociosanitaria sono, inoltre, condizionate dal sistema di governance e dalle proprietà organizzative. Se le istituzioni del territorio (ad esempio gli Enti locali) propendono a delegare in toto la responsabilità dei servizi sociali alle istituzioni sanitarie, come spesso accade, è molto probabile che questi servizi si conformino agli obiettivi e agli standard del settore sanitario, privilegiando la componente razionalistica e formale.



## *Conclusioni*

In questo libro ho cercato di comprendere e di affrontare le dinamiche e le sfide della medicina contemporanea guardando al retroscena delle organizzazioni e delle pratiche di cura. Attraverso un approccio teorico e empirico che ha integrato lo sguardo della sociologia della salute e della medicina, quello organizzativista e quello proveniente dagli studi sociali sulla scienza e la tecnologia, sono emersi alcuni temi chiave che credo siano importanti sia sul piano scientifico, per accrescere la comprensione sociologica di un ambito sociale così rivelante e complesso come quello medico, sia su quello traslazionale, per contribuire a migliorare l'organizzazione dei servizi socio-sanitari, le pratiche lavorative dei professionisti e la qualità finale dei servizi.

Questa sezione conclusiva contiene riflessioni che spero possano essere contributi concreti per stimolare il miglioramento e il cambiamento in un momento in cui i sistemi sanitari pubblici (in Italia come in tutte le nazioni occidentali) stanno attraversando crisi strutturali e congiunturali che ne mettono in discussione le premesse valoriali, le configurazioni organizzative, le risorse disponibili e il perimetro d'azione (Alastra, Bronzini, Ingrosso, 2023; Cavicchi, 2023; Giarelli, Vicarelli, 2021).

### **1. Lavoro invisibile e disposizione collaborativa come legame sociale**

I casi etnografici discussi nel libro intendono mostrare come lavoro invisibile e disposizione collaborativa siano forme dell'agire mediante le quali le pratiche di cura si concretizzano, nonostante la loro complessità e le sfide poste dalla tecnologia, dalle dinamiche organizzative e dalla variabilità della vita sociale. Si tratta di dimensioni apparentemente silenziose, che contengono attività date per scontate, ritenute poco rilevanti o scarsamente interessanti. Se, però, si assume l'osservatorio della concretezza dalla pratica quotidiana, se ne scopre il carattere essenziale per lo svolgimento delle attività tecniche

e per il raggiungimento degli obiettivi di salute che organizzazioni e professionisti si prefiggono.

Il *lavoro invisibile*, concetto sviluppato da Anselm Strauss e Susan Leigh Star (1999), si riferisce a tutte quelle attività che, pur essendo cruciali, non vengono riconosciute o formalizzate nei protocolli ufficiali, nelle narrazioni istituzionali e nell'immaginario condiviso riferito agli specifici contesti lavorativi. Un tipo di lavoro silenzioso che si è visto pervadere la Terapia intensiva e l'integrazione sociosanitaria, con declinazioni peculiari che vanno però ad intervenire sulle medesime questioni: l'adattamento e il mantenimento delle tecnologie nelle routine; la gestione dell'emotività da parte del personale; la comunicazione tra i professionisti e l'armonizzazione delle diverse esigenze individuali e organizzative. Il lavoro invisibile si distingue, nella pratica quotidiana, come il "cemento", per riprendere un'espressione dello stesso Strauss, che consente di amalgamare gli elementi eterogenei di un sistema estremamente complesso, frammentato e dinamico.

La *disposizione collaborativa* si configura come altra dimensione fondamentale del retroscena della pratica medica che svolge una analoga funzione di legame sociale nelle dinamiche d'équipe e nelle relazioni inter e trans-professionali. Ormai è risaputo e universalmente accettato che le strutture sanitarie attuali richiedono capacità di lavoro congiunto, in cui diversi attori devono agire sinergicamente per garantire la qualità delle cure. Tuttavia, diverse concezioni si scontrano nella quotidianità organizzativa: non si tratta, infatti, solo di una cooperazione tecnica tra medici, infermieri e altre figure sanitarie, sociali, sociosanitarie e profane, ma di un impegno condiviso, basato su un insieme di valori e obiettivi comuni, che deve tenere conto non solo delle necessità cliniche, ma anche delle specifiche storie locali e delle culture di servizi, oltre alle peculiarità biografiche dei soggetti coinvolti. La disposizione collaborativa non concerne la responsabilità individuale dell'agire né astratte categorie morali. Si iscrive, al contrario, nelle proprietà del sistema stesso, nelle scelte organizzative, negli stili manageriali e nelle dinamiche di gruppo. Non è solo un mezzo per raggiungere fini organizzativi (migliore qualità, migliore performance), come spesso viene concepita. *La collaborazione stessa diventa un fine*, per il quale bisogna mobilitare risorse organizzative e intervenire creando contesti favorevoli. Sono necessarie culture organizzative e stili manageriali che favoriscano e alimentino tale *disposizione sociale* alla collaborazione, creando le condizioni materiali e relazionali per lo sviluppo di senso condiviso, conoscenza e fiducia reciproca, rituali comuni (Sennett, 2012). Solo con queste premesse si può giungere a quel livello di condivisione delle informazioni e di flessibilità che le traiettorie di cura attualmente richiedono.

L'approccio sociomateriale alla base del volume aiuta a comprendere meglio come anche le tecnologie e gli artefatti non siano semplici strumenti, ma componenti attive che influenzano e modellano le pratiche di cura (Latour, 2007). Nel retroscena si vede come le tecnologie non sono neutre ma richiedono una continua negoziazione e adattamento da parte dei professionisti sanitari, il che rende ancor più evidente l'importanza della collaborazione e come questa non sia una competenza solo tecnica o individuale, ma una proprietà sistemica che deve essere coltivata e sostenuta attraverso una visione organizzativa consapevole.

## **2. Dare legittimità al retroscena per (ri)dare legittimità alle professioni socio-sanitarie**

Nel libro si discute del lavoro quotidiano di medici, infermieri, assistenti sociali, operatori socio-sanitari, facendo ampio ricorso a descrizioni dettagliate di pratiche lavorative, all'interno di organizzazioni concrete, in cui transitano pazienti reali con biografie e problemi ogni volta diversi e unici. La medicina scientifica, che ha reso il progresso medico incalzante e l'innovazione biotecnologica frenetica, ha prodotto un avanzamento significativo delle possibilità conoscitive e operative nel campo biomedico. Ma, parallelamente, è come se si fosse andata allargando la forbice tra la *dottrina* e la *disciplina* della medicina, per riprendere la concettualizzazione di Cavicchi (2022). Mentre la medicina delle evidenze acquisiva legittimità e autorevolezza, diffondendosi in ogni contesto socio-sanitario attraverso protocolli, linee guida, supporti al decision making, e impregnando le culture professionali di medici, infermieri, tecnici, eccetera, fino a consolidarsi come il riferimento normativo e operativo più accreditato, l'agire quotidiano dei professionisti della salute è andato perdendo legittimità e interesse, sia sul piano epistemico sia, in larga parte, su quello pragmatico, della clinica, della disciplina (Greenhalgh *et al.*, 2022).

Nel libro cerco di mostrare come il *retroscena* non sia solo un elemento accessorio della medicina, o addirittura un *bias* da eliminare dagli studi scientifici, ma, al contrario, una componente non solo fondamentale ma ineliminabile dai servizi. Il retroscena include il lavoro invisibile, le attività svolte lontano dagli occhi delle agenzie epistemiche internazionali, del management sanitario, dell'opinione pubblica e del paziente ma necessarie per garantire l'efficacia dell'intervento sanitario. Questo concetto, influenzato dagli studi sociologici di Erving Goffman e Anselm Strauss, rappresenta una parte significativa della medicina moderna, sia nei contesti tecnologicamente

densi, come la Terapia intensiva, sia in ambiti ben più “analogici” come l’integrazione sociosanitaria. Lo troviamo ovunque. Ad eccezione degli studi EBM e degli strumenti di accountability in uso nelle organizzazioni sanitarie. Un silenzio pesante, soprattutto per il personale sanitario che deve confrontarsi spesso con obiettivi irrealistici o inadeguati alle caratteristiche organizzative locali, ai quali è chiamato a conformarsi e sulla base dei quali viene valutato. Illuminare il retroscena aiuta a comprendere le criticità effettive che organizzazioni e professionisti affrontano ogni giorno. Le criticità ma anche le risorse concrete a cui attingono, le soluzioni creative che elaborano nel tentativo costante di trovare “soluzioni locali a contraddizioni sistemiche”, parafrasando l’espressione di Beck (1986). Aiuta a mostrare il “volto umano” della medicina, il profilo di Giano che guarda all’imperfezione e alla fallibilità delle imprese umane, a cui si contrappone quello che guarda alla provincia di senso della scienza, dove regnano l’ordine e la razionalità. La *logica della cura*, sempre parziale, situata e mutevole, a cui si contrappone la *logica della scelta*, imparziale, universale e definitiva, per usare le parole di Annemarie Mol (2008). La scommessa è puntare sulla prima, per ripensare le relazioni di cura e ridare legittimità ai protagonisti della cura, siano essi pazienti, familiari e caregiver, professionisti sociosanitari e operatori dei servizi (Alastra, Bronizi, Ingrosso, 2023), troppo spesso trasfigurati in narrazioni in cui perdono voce e unicità, per aderire ad aspettative collettive che enfatizzano l’infallibilità della scienza medica e il dominio razionale sul piano clinico. Per riscoprire il piano della *razionalità sostanziale*, in cui l’orizzonte di senso dell’agire è dato dall’impatto effettivo e concreto nelle biografie personali e collettive e i fini sono relativi ai valori che guidano l’agire organizzativo e professionale, rispetto al piano della *razionalità formale*, in cui solo leggi universali e sistemi astratti sono legittimati a governare l’agire, rendendo più reali le sbarre della gabbia d’acciaio immaginata da Max Weber come destino del processo di civilizzazione occidentale (Kalberg, 1980).

### 3. Il retroscena nella formazione continua in medicina

Come dare visibilità al retroscena? La mia proposta è tematizzarlo espressamente e includerlo nei percorsi formativi istituzionali (curricula universitari e formazione continua) dell’ambito sociosanitario per garantire che i professionisti, non solo acquisiscano competenze tecniche, ma siano anche in grado di comprendere e gestire le complesse dinamiche sociali, tecnologiche e organizzative che influenzano il loro lavoro quotidiano. Nel libro discuto

come le attività che avvengono dietro le quinte delle pratiche di cura siano essenziali per il buon funzionamento del sistema sanitario. Tuttavia, queste attività sono spesso trascurate anche all'interno dei programmi di formazione continua per i professionisti della salute.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza può aprire spazi di intervento interessanti poiché istituisce risorse dedicate per la formazione e l'aggiornamento professionale del personale dei SSN per far fronte alle sfide della digitalizzazione, della telemedicina e della deistituzionalizzazione delle cure. Nel Decreto Ministeriale 77/2022, che operazionalizza il PNRR in una serie di linee di intervento, il carattere multiprofessionale e multidisciplinare del lavoro di cura sembra essere l'obiettivo a cui tendere per la transizione verso un Sistema Sanitario Nazionale più vicino al territorio e agli spazi di vita delle persone.

La formazione continua non può limitarsi a trasmettere conoscenze generali e standardizzate, ma dovrebbe includere anche l'esplorazione delle caratteristiche locali e delle contingenze che distinguono le diverse realtà lavorative, adottando un approccio più pragmatico nella formazione continua, che consideri la medicina come una *pratica situata* (Bruni, Gherardi, 2007), un processo in divenire che si costruisce quotidianamente attraverso l'interazione di molteplici fattori. Questo può avvenire attraverso la promozione di pratiche riflessive, in cui i professionisti siano incoraggiati a valutare criticamente le proprie esperienze e a confrontarsi con i colleghi per individuare soluzioni concrete ai problemi che emergono nel loro contesto specifico.

In un contesto sociale in continua evoluzione è altrettanto importante che i professionisti siano formati per affrontare l'incertezza e la contingenza che caratterizzano la pratica quotidiana, abbandonando la pretesa (e la speranza) di poterli eliminare razionalmente dallo scenario (Taleb, 2007). Come discusso nel libro, il processo di standardizzazione che caratterizza la medicina moderna può entrare in conflitto con le esigenze specifiche dei pazienti e con le situazioni non previste. I programmi di formazione continua dovrebbero aiutare i professionisti a sviluppare flessibilità e capacità di adattamento, permettendo loro di rispondere in modo efficace a situazioni impreviste senza compromettere la qualità delle cure.

Un secondo aspetto del retroscena da incentivare è la disposizione collaborativa, che coinvolge non solo la cooperazione tra i diversi attori del sistema sanitario, ma anche la costruzione di un consenso collaborativo che permetta di raggiungere obiettivi comuni. La formazione continua deve promuovere non solo la collaborazione interprofessionale, ma anche la capacità di negoziare e gestire i conflitti che possono emergere all'interno dei team sanitari.



Questo richiede un approccio formativo che incoraggi la comunicazione aperta, l'ascolto attivo e la risoluzione collaborativa dei problemi.

Sarebbe opportuno che la formazione continua includesse moduli specifici per affrontare il lavoro invisibile e le dinamiche collaborative, creando opportunità per i professionisti della salute di riflettere sulle loro pratiche quotidiane e rendere tale conoscenza una risorsa condivisa a livello di équipe professionali e di capitale intellettuale a livello aziendale. Questo può avvenire attraverso l'integrazione di studi di casi reali, simulazioni di scenari complessi e discussioni interprofessionali che mettano in luce le sfide nascoste del lavoro sanitario (Tomelleri, Artioli, 2013). Ho incluso nel volume ampi e dettagliati resoconti etnografici anche perché credo possano essere utilizzati come materiali per discussioni di casi in contesti formativi sanitari per la concretezza delle descrizioni e per la rilevanza e, allo stesso, tempo, la generalizzabilità dei temi trattati, sia nel campo della Terapia intensiva, quindi delle cure ospedaliere, sia in quello dell'integrazione sociosanitaria, che cerca di avvicinarsi al luogo di vita della persona malata. Tali approcci e strumenti possono permettere ai professionisti di comprendere meglio come le loro azioni e decisioni si inseriscono in un contesto ampio e reticolare, dove le interazioni umane, la tecnologia, le proprietà organizzative e il contesto sociale interagiscono reciprocamente.

## Bibliografia di riferimento

- Alastra V., Bronzini M., Ingrosso M. (a cura di) (2022), *Cambiare le relazioni di cura nelle organizzazioni sanitarie: ricerche, progetti, esperienze*, FrancoAngeli, Milano.
- Andreassen H.K., Kjekshus L.E., Tjora A. (2015), *Survival of the project: A case study of ICT innovation in health care*, «Social Science & Medicine», 132, 62-69.
- Azoulay E., De Waele J., Ferrer R., Staudinger T. et al. (2020). *Symptoms of burnout in intensive care unit specialists facing the COVID-19 outbreak*, «Annals of intensive care», 10, 1-8.
- Bateson G. (1977), *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano (ed. orig. 1972).
- Bauman Z. (2002), *Il disagio della postmodernità*, Bruno Mondadori, Milano (ed. orig. 2000).
- Beck U. (2000), *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Carocci, Roma (ed. orig. 1986).
- Becker H.S., Geer B., Hughes E.C., Strauss A. (1961), *Boys in White: Student Culture in Medical School*, University of Chicago Press, Chicago.
- Bennett D., Bion J. (1999), *ABC of intensive care: Organisation of intensive care*, «BMJ», 318, 1468-1470.
- Berg M. (1997), *Rationalizing medical work: Decision-support techniques and medical practices*, MIT Press, Cambridge.
- Berg M., Akrich M. (2004), *Introduction—bodies on trial: performances and politics in medicine and biology*, «Body & Society», 10(2-3), 1-12.
- Berg M., Bowker G. (1997), *The multiple bodies of the medical record: Towards a sociology of an artifact*, «Sociological Quarterly», 38(3), 513-537.
- Berg M., Mol A. (eds) (1998), *Differences in medicine: Unraveling practices, techniques, and bodies*, Duke University Press, Durham.
- Berthelsen P.G., Cronqvist M. (2003), *The first intensive care unit in the world: Copenhagen 1953*, «Acta Anaesthesiologica Scandinavica», 47(10), 1190-1195.
- Bissolo G., Fazzi L. (a cura di) (2005), *Costruire l'integrazione sociosanitaria: attori, strumenti, metodi*, Carocci Faber, Roma.
- Bloor D. (1976), *Knowledge and Social Imagery*, Routledge & Kegan Paul, London.
- Bloor M. (1976), *Bishop Berkeley and the adenotonsillectomy enigma: An exploration of variation in the social construction of medical disposals*, «Sociology», 10(1), 43-61.

- Bowker G., Star S.L. (2000), *Sorting things out: Classification and its consequences*, MIT Press, Cambridge.
- Bronzini M. (a cura di) (2011), *Dieci anni di welfare territoriale: pratiche di integrazione sociosanitaria*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli.
- Bronzini M., Lusardi R., Atzori F. (2023), *L'ordine negoziato e il lavoro di articolazione tra passato e futuro: una rassegna ragionata*, «Salute e Società», 22(3), 81-99.
- Bronzini M., Neri S. (2021), *La società italiana e il servizio sanitario nella Pandemia: temi e ricerche*, «Salute e Società», 2, 5-20.
- Brown N., Webster A. (eds.) (2004), *New medical technologies and society: Reordering life*, Polity Press, Cambridge.
- Bruni A. (2008), *La medicina come ingegneria dell'eterogeneo e pratica socio-materiale*, «Rassegna Italiana di Sociologia», 49(3), 451-476.
- Bruni A., Gherardi S. (2007), *Studiare le pratiche lavorative*, il Mulino, Bologna.
- Bruni A., Miele F., Piras E.M. (2017), *Organizzare network socio-sanitari: il lavoro di pazienti e familiari nell'orchestrazione dei servizi di cura*, «Studi Organizzativi», 1, 67-88.
- Bruni A., Miele F., Piras E.M. (2019), “Homemade”: *Building, mending, and coordinating a care network*, «Social Science & Medicine», 237, 112449.
- Bruni A., Rossi P. (2020), “L'organizzazione ospedaliera tra passato e futuro”, in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna.
- Bucchi M. (2002), *Scienza e società*, il Mulino, Bologna.
- Cameron A. (2016), *What have we learnt about joint working between health and social care?*, «Public Money and Management», 36(1), 7-14.
- Cardano M. (2011), *La ricerca qualitativa*, il Mulino, Bologna.
- Cardano M., Giarelli G., Vicarelli M.G. (2020), *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna.
- Casper M., Berg M. (1995), *Constructivist perspectives on medical work: medical practices and science and technology studies: Introduction*, «Science, Technology & Human Values», 20(4), 395-407.
- Cavicchi I. (2020), *L'evidenza scientifica in medicina: l'uso pragmatico della verità*, Nexus, Battaglia Terme (PD).
- Cavicchi I. (2022), *La scienza impareggiabile*, Castelvecchi, Roma.
- Charmaz K. (2006), *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*, Sage Publications, London.
- Clarke A.E., Mamo L., Fosket J.R., Fishman J.R., Shim J.K. (eds.) (2020), *Biomedicalization: Technoscience, health, and illness in the US*, Duke University Press, Durham.
- Cockerham W.C., Abel T., Lüschen G. (1993), *Max Weber, formal rationality, and health lifestyles*, «Sociological Quarterly», 34(3), 413-425.
- Cockerham W.C., Scambler G. (2021), “Medical sociology and sociological theory”, in Cockerham W.C. (ed.), *The Wiley Blackwell companion to medical sociology*, John Wiley & Sons, Hoboken.
- Cole J. (2024), *Smoother pebbles: Essays in the sociology of science*, Columbia University Press, New York.

- Collino A., (2021), *La malattia da 10 centesimi., Storia della polio e di come ha cambiato la nostra società*, Codice, Torino.
- Collins H.M., Pinch T. (2005), *Dr. Golem. How to think about medicine*, University of Chicago Press, Chicago.
- Collins H.M. (1985), *Changing order: Replication and induction in scientific practice*, Sage, London.
- Collyer F., Scambler G. (2015), "The sociology of health, illness and medicine: institutional progress and theoretical frameworks", in Collyer F. (ed.), *The Palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine*, Palgrave Macmillan, London.
- Cooper D.K. (2001), *Christiaan Barnard and his contributions to heart transplantation*, «Journal of Heart and Lung Transplantation», 20(6), 599-610.
- Cosmacini G. (2014), *L'arte lunga: storia della medicina dall'antichità a oggi*, Laterza, Bari.
- Crabu S. (2017), *Dalla molecola al paziente. La biomedicina nella società contemporanea*, il Mulino, Bologna.
- Cramer H., Hughes J., Johnson R., Evans M., Deaton C., Timmis A., Hemingway H., Feder G., Featherstone K. (2018), *Who does this patient belong to? Boundary work and the re/making of heart attack patients*, «Sociology of Health & Illness», 40(8), 1404-1429.
- Davies C. (2003), *Some of our concepts are missing: Reflections on the absence of a sociology of organisations*, «Sociology of Health and Illness», 25, 172-190.
- del Maria Javier M.F., Delmo E.M.J., Hetzer R. (2021), *Evolution of heart transplantation since Barnard's first*, «Cardiovascular Diagnosis and Therapy», 11(1), 171.
- Djulbegovic B., Guyatt G.H. (2017), *Progress in evidence-based medicine: A Quarter Century on*, «The Lancet», 390, 415-423.
- Durkheim É. (1969), *Il suicidio*, UTET, Torino (ed. orig. 1897).
- Edgley C. (2022), "Dramaturgy", in Jacobsen M.H., Smith G. (eds.), *The Routledge international handbook of Goffman studies*, Routledge, New York.
- Engeström Y. (2018), *Expertise in transition: Expansive learning in medical work*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Eyal G. (2019), *The crisis of expertise*, John Wiley & Sons, Hoboken.
- Fan E., Beitler J.R., Brochard L., Calfee C.S., Ferguson N.D., Slutsky A.S., Brodie D. (2020), *COVID-19-associated acute respiratory distress syndrome: is a different approach to management warranted?*, «The Lancet Respiratory Medicine», 8(8), 816-821.
- Faulkner A. (2009), *Medical technology into healthcare and society. A sociology of devices, innovation and governance*, Palgrave Macmillan, Houndmills and New York.
- Favretto A.R., Maturo A., Tomelleri S. (a cura di) (2021), *L'impatto sociale del Covid-19*, FrancoAngeli, Milano.
- Flick U. (2006), *An introduction to qualitative research*, Sage, London.
- Foucault M. (1969), *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino (ed. orig. 1963).
- Foucault M. (1978), *La volontà di sapere. Storia della sessualità I*, Feltrinelli, Milano (ed. orig. 1976).

- Fox A., Reeves S. (2015), *Interprofessional collaborative patient-centred care: A critical exploration of two related discourses*, «Journal of interprofessional care», 29(2), 113-118.
- Fox R. C. (1957), “Training for Uncertainty”, in Merton R.K., Reader G.G., Kendall P.L. (eds.), *The student-physician: Introductory studies in the sociology of medical education*, Harvard University Press, Cambridge.
- Freidson E. (2002), *La dominanza medica. Le basi sociali della malattia e delle istituzioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano (ed. orig. 1970).
- Fulop N., Mowlem A., Edwards N. (2005), *Building integrated care: Lessons from the UK and elsewhere*, NHS Confederation, London.
- Geertz C. (1998), *Interpretazione di culture*, il Mulino, Bologna (ed. orig. 1973).
- Giarelli G., Neri S. (2020), “Politiche sanitarie e sistemi sanitari”, in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna.
- GIMBE (2019), *4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale* (<https://www.evidence.it/articoli/pdf/e1000-199.pdf>).
- Glasby J. (2017), *The holy grail of health and social care integration*, «British Medical Journal», 356, j801.
- Glasby J., Dickinson H. (eds.) (2009), *International perspectives on health and social care: Partnership working in action*, John Wiley, Hoboken.
- Glaser B., Strauss A. (1965), *Awareness of dying*, Chicago, Aldine Publishing, Chicago.
- Glaser B., Strauss A. (1967), *Discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*, Aldine Publishing, Chicago.
- Goffman E. (2003a), *La vita quotidiana come rappresentazione*, il Mulino, Bologna (ed. orig. 1959).
- Goffman E. (2003b), *Espressione e identità. Gioco, ruoli, teatralità*, il Mulino, Bologna (ed. orig. 1961).
- Goffman E. (2003c), *Asylums: Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi (ed orig. 1961).
- Goodwin D. (2008), *Refashioning bodies, reshaping agency*, «Science Technology & Human Values», 33, 345-363.
- Goss M.E.W. (1963), “Patterns of bureaucracy among hospital staff physicians”, in Freidson E. (ed.), *The hospital in modern society*, Free Press, Glencoe.
- Greenhalgh T. (2011), *Why do we always end up here? Evidence-based medicine conceptual cul-de-sacs and some off-road alternative routes*, «The International Journal of Prosthodontics», 26(1), 11-15.
- Greenhalgh T., Stones R., Swinglehurst D. (2014), *Choose and book: A sociological analysis of “resistance” to an expert system*, «Social Science and Medicine», 104, 210-219.
- Greenhalgh T., Fisman D., Cane D.J., Oliver M., Macintyre C.R. (2022), *Adapt or die: How the pandemic made the shift from EBM to EBM+ more urgent*, «British Medical Journal», 27, 253-260.
- Greenhalgh T., Howick J., Maskrey N. (2014), *Evidence based medicine: A movement in crisis?*, «British Medical Journal», 348, 3725.
- Hacking I. (1983), *Representing and Intervening*, Cambridge University Press, Cambridge.

- Haraway D (1995), *Manifesto Cyborg. Donne, tecnologie e biopolitiche del corpo*, Feltrinelli, Milano (ed. orig. 1991).
- Haraway D. (2000), *Femminismo e tecnoscienza*, Feltrinelli, Milano (ed. orig. 1997).
- Harvey D. (2007), *A brief history of neoliberalism*, Oxford University Press, Oxford.
- Hass B. (2005), *Critical care unit organization and patient outcomes*, «Critical Care Nursing Quarterly», 28(4), 336-340.
- Heath C., Hindmarsh J., Luff P. (1999), *Interaction in isolation: The dislocated world of the London underground train driver*, «Sociology», 33(3), 555-575.
- Hindmarsh J., Pilnick A. (2002), *The tacit order of teamwork: Collaboration and embodied conduct in anesthesia*, «The Sociological Quarterly», 43(2), 139-164.
- Hudson B. (2002), *Interprofessionality in health and social care: The Achilles' heel of partnership?*, «Journal of Interprofessional Care», 16(1), 7-17.
- Hughes G., Shaw S.E., Greenhalgh T. (2020), *Rethinking integrated care: A systematic hermeneutic review of the literature on integrated care strategies and concepts*, «The Milbank Quarterly», 98(2), 446-492.
- Hyde P., Harris C., Boaden R., Cortvriend P. (2009), *Human relations management, expectations and healthcare: A qualitative study*, «Human Relations», 62(5), 701-725.
- Ingresso M., Lusardi R., Moretti C., (2020), “L’integrazione dei servizi sociosanitari nelle comunità locali”, in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna.
- Kalberg, S. (1980), *Max Weber's types of rationality: Cornerstones for the analysis of rationalization process in history*, «American Journal of Sociology», 85(5), 1145-1179.
- Kesecioglu J. (2000), *From intensive care to treatment of the critically ill*, «Current Anaesthesia & Critical Care», 11(3), 150-158.
- Kirkpatrick I., Jespersen P.K., Dent M., Neogy I. (2009), *Medicine and management in a comparative perspective: the case of Denmark and England*, «Sociology of Health & Illness», 31(5), 642-658.
- Knorr-Cetina K.D. (1981), *The manufacture of knowledge: an essay on the constructivist and contextual nature of science*, Pergamon Press, Oxford.
- Kollmar R., De Georgia M. (2023), *Milestones in the history of neurocritical care*, «Neurological Research and Practice», 5(1), 43.
- Kuhn T.S. (2009), *La struttura delle rivoluzioni scientifiche*, Einaudi, Torino (ed. orig. 1962).
- Labisch A. (2015), “Medicine, history of Western, in Wright J.D. (eds.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences*, Elsevier, Amsterdam.
- Latour B. (1998), *La Scienza in azione*, Edizioni di Comunità, Milano (ed. orig. 1987).
- Latour B. (2022), *Riassemblare il sociale. Actor-Network Theory*, Meltemi, Milano (ed. orig. 2007).
- Latour B., Woolgar S. (1986), *Laboratory life: The construction of scientific facts*, Princeton University Press, Princeton.
- Law J., Mol A. (eds.) (2002), *Complexities: social studies of knowledge practices*, Duke University Press, Durham.
- Leipzig R.M., Hyer K., Kirsten E. et al. (eds) (2014), *The transformation of care in European societies*, Palgrave Macmillan, London.

- Lello E., Bertuzzi N. (a cura di) (2022), *Dissenso informato. Pandemia: il dibattito mancato e le alternative possibili*, Castelvecchi, Roma.
- Leutz W.N. (2005), *Reflections on integrating medical and social care: Five laws revisited*, «Journal of Integrated Care», 13(5), 3-11.
- Levine S. (1987), *The changing terrains in medical sociology: Emergent concern with quality of life*, «Journal of Health and Social Behavior», 1-6.
- Levit K., Smith C., Cowan C. et al. (2003), *Trends in U.S. health Care Spending, 2001*, «Health Affairs», 22(1), 154-164.
- Lock M. (2002), *Twice Dead: Organ Transplants and the Reinvention of Death*, University of California Press, Berkeley.
- Lombardi L., Lombi L., Murero M., Guzzo P.P., Scavarda A., Moretti V., Ratti, S. (2024), “L’insegnamento delle Medical Humanities nei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie in Italia”, in Di Santo R., Giarelli G., Mascagni G. (a cura di), *Come l’araba fenice? I sociologi nel Servizio Sanitario Nazionale*, FrancoAngeli, Milano.
- Lombardi L., Murero M., Guzzo P.P., Moretti V., Porrovecchio A., Scavarda A., Lombi L. (2023), *L’insegnamento delle Medical Humanities: risultati di uno studio sui corsi di laurea in medicina e chirurgia in Italia*, «Italian Journal of Medicine», 88, 3922-3926.
- Lupton D. (2003), *Medicine as culture: Illness, disease and the body in western societies*, London, Sage.
- Lusardi R. (2012), *Corpi, tecnologie e pratiche di cura. Uno studio etnografico in Terapia intensiva*, FrancoAngeli, Milano.
- Lusardi R. (2020), *The contingency of the lifeworld in a world of standards. Repertoires of resignification in (evidence-based) healthcare organizations*, «Frontiers in Communication», 5, 613525.
- Lusardi R. (2022), “Harold Garfinkel e la ‘società ordinaria immortale’”, in Bichi R. (a cura di), *Sociologia generale*, Vita e Pensiero, Milano.
- Lusardi R. (2023), “Ibridazione professionale, ontologica ed epistemica”, in Sarli L., Artioli G. (a cura di), *Lavorare insieme per la salute dalla multiprofessionalità alla transdisciplinarietà*, Rede Unida, Porto Alegre.
- Lusardi R., Bronzini M., Piras, E.M. (2023), *Low-intensity epistemic war. Medical communities and the development of legitimate knowledge in times of radical uncertainty*, «Rassegna Italiana di Sociologia», 64(4), 643-674.
- Lusardi R., Tomelleri S. (2018), *Phenomenology of health and social care integration in Italy*, «Current Sociology», 66(7), 1031-1048.
- Lynch M. (1985), *Art and artifact in laboratory science: A study of shop work and shop talk in a research laboratory*, Routledge & Kegan Paul, London.
- Magaudda P., Neresini F. (a cura di) (2020), *Gli studi sociali sulla scienza e la tecnologia*, il Mulino, Bologna.
- Manzei A. (2007), *Between representation, reorganization and control: the informal technification of intensive care units and the consequences*, «The International Journal of Technology, Knowledge and Society», 3(6), 53-61.
- Marzano M. (2004), *Scene finali. Morire di cancro in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Maturo A. (2007), *Sociologia della malattia: Un’introduzione*, FrancoAngeli, Milano.
- May C. (2010), “Rethorizing the clinical encounter: normalization processes and the corporate ecologies of care”, in Scambler G., Scambler S. (eds.), *Assaults on*

- the lifeworld: new directions in the sociology of chronic and disabling conditions*, Routledge, London.
- McHenry L., Jureidini J. (2020), *The Illusion of Evidence Based Medicine*, «British Medical Journal», 8(376), 702-703.
- Merton R.K., Reader G., Kendall P. (eds.) (1957), *The Student-Physician: Introductory Studies in the Sociology of Medical Education*, Harvard University Press, Cambridge, (trad. it. parz. *Sociologia e Medicina*, Armando, Roma, 2006).
- Michael M. (1996), *Constructing identities: The social, the nonhuman and change*, Sage, London.
- Miele F., Piras E.M. (2017), *Mettere la cura in pratica. Professioni e scene della cura fuori dagli ospedali*, Ledizioni, Milano.
- Migliorati L. (2020), *Un sociologo nella Zona Rossa: Rischio, paura, morte e creatività ai tempi di Covid-19*, FrancoAngeli, Milano.
- Miller G.E. (1961), *Teaching and learning in medical school*, Harvard University Press, Cambridge.
- Mol A. (2002), *The body multiple: ontology in medical practice*, Duke University Press, Durham.
- Mol A. (2008) *The logic of care*, Routledge, London, New York.
- Monaghan L. (2022), “Goffman and medical sociology”, in Jacobsen M.H, Smith G. (eds.), *The Routledge international handbook of Goffman studies*, Routledge, New York.
- Moreira T. (2004), *Self, agency and the surgical collective: detachment*, «Sociology of Health and Illness», 26(1), 32-49.
- Murphy F. (2009), *Act, scene, agency: The drama of medical imaging*, «Radiography», 15(1), 34-39.
- Neri S. (2021), “Has healthcare rationalisation been rationale? Hospital beds and Covid-19 in Italy”, in Bronzini M., Neri S. (a cura di), *Vivere l'emergenza. La società italiana e il servizio sanitario nazionale nella pandemia da Covid-19*, FrancoAngeli, Milano.
- Numerato D., Salvatore D., Fattore G. (2012), *The impact of management on medical professionalism: A review*, «Sociology of Health & Illness», 34(4): 626-644.
- OECD (2023), *Health at a glance 2023: OECD indicators*, OECD Publishing, Paris (<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>).
- Parsons T., Fox R. (1952), *Illness, therapy and the modern American family*, «Journal of Social Issues», 8, 31-44.
- Parsons T. (1965), *Il sistema sociale*, Edizioni di Comunità, Milano (ed. orig. 1951).
- Patel V., Groen G. (1991), “The general and specific nature of medical expertise: a critical look”, in Ericsson A., Smith J. (eds.), *Toward a general theory of expertise: prospects and limits*, Cambridge University Press, New York.
- Pecoraro F., Clemente F., Luzi, D. (2020), *The efficiency in the ordinary hospital bed management in Italy: An in-depth analysis of intensive care unit in the areas affected by COVID-19 before the outbreak*, «Plos one», 15(9), e0239249.
- Pellizzoni L. (2021), *Autorità in declino?*, «Quaderni di Sociologia», 86 (65), 133-152.
- Perrotta M. (2024), *Biomedical innovation in fertility care: Evidence challenges, commercialization, and the market for hope*, Policy Press, Bristol.



- Perrow C. (1965), "Hospitals: technology, structure and goals", in March J.G. (ed.), *Handbook of organization*, Rand McNally, Chicago.
- Petersen A. (2023), "Introduction to the handbook on the sociology of health and medicine", in Petersen A. (ed.), *Handbook on the sociology of health and medicine*, Edward Elgar Publishing, Cheltenham.
- Pilnick A., Hindmarsh J. (1999), 'When you wake up it'll all be over'. *Communication in the anaesthetic room*, «Symbolic Interaction», 22(4), 345-360.
- Polini B., Favretto A.R., Bronzini M. (2020), "Relazioni familiari, reti sociali e salute", in Cardano M., Giarelli G., Vicarelli G. (a cura di), *Sociologia della salute e della medicina*, il Mulino, Bologna.
- Porter T. (1995), *Trust in numbers: objectivity in science and public life*, Princeton University Press, Princeton.
- Rämgård M., Blomqvist K., Petersson P. (2015), *Developing health and social care planning in collaboration*, «Journal of Interprofessional Care», 29(4), 354-358.
- Ramsey L., O'Hara J., Lawton R., Sheard L. (2023), *A glimpse behind the organisational curtain: A dramaturgical analysis exploring the ways healthcare staff engage with online patient feedback "front" and "backstage" at three hospital Trusts in England*, «Sociology of Health & Illness», 45(3), 642-665.
- Ritzer G. (2020), *La McDonaldizzazione del mondo nella società digitale*, FrancoAngeli, Milano (ed. orig. 1997).
- Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Muir Gray J., Haynes R.B., Richardson W.S. (1996), *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*, «British Medical Journal», 312, 71-72.
- Schubert K., de Villota P., Kuhlmann J. (eds) (2016), *Challenges to European welfare systems*, Springer, London.
- Schubert C. (2007), "Risk and safety in the operating theater: An ethnographic study of sociotechnical practices", in Burri R.V., Dumit J., *Biomedicine as culture*, Routledge, London.
- Sennett R. (2012), *Insieme. Rituali, piaceri, politiche della collaborazione*, Feltrinelli, Milano (ed. orig. 2012).
- Seymour J. (2001), *Critical moments. death and dying in intensive care*, Open University Press, Philadelphia.
- Shapin S. (1982), *History of Science and its Sociological Reconstructions*, «History of Science», 20, 57-211.
- Shulman D. (2017), *The presentation of self in contemporary life*, Sage, Thousand Oaks.
- Simmel G. (1995), *La metropoli e la vita dello spirito*, Armando, Roma (ed. orig. 1903).
- Simmel G. (2020), *Stile moderno. Saggi di estetica sociale*, Einaudi, Torino.
- Singer S.J., Kerrissey M., Friedberg M., Phillips R.A. (2020), *A comprehensive theory of integration*, «Medical Care Research and Review», 77(2), 196-207.
- Sismondo S. (2004), *An introduction to science and technology studies*, Blackwell, Oxford.
- Staffen L., Heimer C. (1998), *For the sake of the children: The social organization of responsibility in the hospital and the home*, University of Chicago Press, Chicago.

- Star S.L. (1991), "The sociology of the invisible: The primacy of work in the writings of Anselm Strauss", in Maines D.R. (ed.), *Social organization and social process: Essays in honor of Anselm Strauss*, Aldine de Gruyter, Hawthorne.
- Star S.L. (1995), *Epilogue: Work and practice in social studies of science, medicine and technology*, «Science, Technology & Human Values», 20(4), 501-507
- Star S.L. (2007), "Living grounded theory: Cognitive and emotional forms of pragmatism", in Bryant A., Charmaz K. (eds.), *The Sage handbook of grounded theory*, Sage, London.
- Star S.L., Strauss A. (1999), *Layers of silence, arenas of voice: The ecology of visible and invisible work*, «Computer Supported Cooperative Work», 8, 9-30.
- Starr P. (1984), *The social transformation of American medicine*, Basic Books, New York.
- Stokes J., Checkland K., Kristensen S.R., (2016), *Integrated care: Theory to practice*, «Journal of Health Services Research and Policy» 21(4), 82-285.
- Straus R. (1957), *The nature and status of medical sociology*, «American Sociological Review», 22(2), 200-204
- Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Weiner C. (1985), *Social organization of medical work*, University of Chicago Press, Chicago.
- Strauss A., Schatzman L., Ehrlich D., Bucher R., Sashin M. (1963), "The hospital and its negotiated order", in Freidson E. (ed.), *The hospital in modern society*, Free Press, Glencoe.
- Strauss A. (1985), *Work and the division of labor*, «Sociological Quarterly», 26(1), 1-19.
- Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C. (1982), *Sentimental work in the technologized hospital*, «Sociology of Health & Illness», 4(3), 254-278.
- Suchman L. (1997), "Centers of coordination: A case and some themes", in Resnik L., Saljo C., Pontecorvo C., Burge B. (eds), *Discourse, Tools and Reasoning. Essays on Situated Cognition*, Springer Verlag, Berlin.
- Suchman L., Blomberg J., Orr J.E., Trigg B. (1999), *Reconstructing technologies as social practice*, «American Behavioural Scientist», 43(3), 392-408.
- Suchman L. (1987), *Plans and situated actions: The problem of human-machine communication*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Taleb N. (2009), *Il cigno nero. Come l'improbabile governa la nostra vita*, il Saggiatore, Milano (ed. orig. 2007).
- Timmermans S. (1994), *Dying of awareness: The theory of awareness contexts revisited*, «Sociology of Health and Illness», 16, (3), 322-339.
- Timmermans S. (2015), *Trust in standards: Transitioning clinical exome sequencing from bench to bedside*, «Social Studies of Science», 45(1), 77-99.
- Timmermans S., Berg M. (1997), *Standardization in action: Achieving local universality through medical protocols*, «Social Studies of Science», 27(2), 273-305.
- Timmermans S., Berg M. (2003), *The practice of medical technology*, «Sociology of Health and Illness», 25, 97-114.
- Timmermans S., Berg M. (2010), *The gold standard: A sociological exploration of evidence-based medicine and standardization in health care*, Temple University Press, Philadelphia.

- Timmermans S., Epstein S. (2010), *A world of standards but not a standard world: toward a sociology of standards and standardization*, «Annual review of Sociology», 36, 69-89.
- Timmermans S., Mauck A. (2005), *The promises and pitfalls of evidence-based medicine*, «Health Affairs», 24(1), 18-28.
- Timmermans S., Angell A. (2001), *Evidence-based medicine, clinical uncertainty, and learning to doctor*, «Journal of Health and Social Behaviour», 42, 342-359.
- Titmuss R. (1970), *The gift relationship: from human blood to social policy*, Allen and Unwin, London.
- Tomelleri S., Artioli G. (2013), *Scoprire la collaborazione resiliente: Una ricerca sulle relazioni interprofessionali in area sanitaria*, FrancoAngeli, Milano.
- Tomelleri S., Lusardi R. (2017), *Gli ibridi professionali: le culture professionali alla prova dell'integrazione socio-sanitaria*, «Salute e Società», 16(3): 11-31.
- Tousijn W. (2012), *Integrating health and social care: Interprofessional relations of multidisciplinary teams in Italy*, «Current Sociology», 60(4), 522-537.
- Tousijn W. (2013), "Dai mezzi ai fini: il nuovo professionalismo", in Vicarelli G. (a cura di), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Carocci, Roma.
- Turner B.S. (ed.) (1987), *Medical power and social knowledge*, Sage, London.
- Valentijn P.P., Boesveld I.C., van Der Klauw D.M., et al. (2015), *Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study*, «Int J Integr Care», 15, e003.
- Van der Geest S., Finklerb K. (2004), *Hospital ethnography: Introduction*, «Social Science & Medicine», 59, 1995-2001.
- Vicarelli G. (2004), *Aziendalizzazione e management nell'evoluzione del sistema sanitario italiano*, «Salute e Società», 3, 1000-1020.
- Vicarelli G. (2008), *Donne di medicina. Il percorso professionale delle donne medico in Italia*, il Mulino, Bologna.
- Vicarelli, G., Spina E. (2021), *Verso un nuovo professionalismo medico*, «Salute e Società», 20(1), 55-71.
- Waitzkin H., Stoeckle D. (1972), *The Communication of Information About Illness*, «Advances in Psychosomatic Medicine», 8, 180-215.
- Weber M. (2003), *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Einaudi, Torino (ed. orig. 1922).
- Webster A. (1991), *Science, technology and society: New directions*, Rutgers University Press, New Brunswick.
- Weick K.E. (1997), *Senso e significato nell'organizzazione. Alla ricerca delle ambiguità e delle contraddizioni nei processi organizzativi*, Cortina, Milano (ed. orig. 1995).
- Wenger E. (2006), *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*, Cortina, Milano (ed. orig. 1998).
- Wenger E., McDermott R., Snyder W.M. (2002), *Cultivating communities of practice: a guide to managing knowledge*, Harvard Business School Press, Boston.
- Willis E. (2015), "Talcott Parsons: His legacy and the sociology of health and illness", in Collyer F. (ed.), *The Palgrave handbook of social theory in health, illness and medicine*, Palgrave Macmillan, London.
- Zuiderent-Jerak T. (2015), *Situated intervention: Sociological experiments in health care*, MIT Press, Cambridge.

---

*Benessere tecnologia società*  
diretta da A. Maturo

---

*Ultimi volumi pubblicati:*

ANNA CIVITA, GAETANO MONACO, *Genitorialità precoce tra paradosso ed emergenza*. Un'analisi sociologica.

FERNANDO ROSA, ALESSANDRA PARODI, *Essere in una pandemia*. Filosofia, medicina e Covid-19 (disponibile anche in e-book).

ALBERTO ARDISSONE, *Tecnopazienti: il diabete tra autogestione e digitalizzazione* (E-book).

ELEONORA ROSSERO, *Anticorpi anarchici*. Narrazioni di malattia autoimmune (E-book).

ANNA ROSA FAVRETTO, ANTONIO MATURO, STEFANO TOMELLERI (a cura di), *L'impatto sociale del Covid-19* (disponibile anche in e-book).

MARIO CARDANO, MICHELE CIOFFI, ALICE SCAVARDA, *Dislessia all'università: il caso dell'ateneo torinese* (disponibile anche in e-book).

SERENA BARELLO, ANTONIO MATURO (a cura di), *La tripla elica: etica, engagement, equità*. Il paziente tra autonomia e giustizia sociale (disponibile anche in e-book).

VERONICA MORETTI, *Sociologia del paziente*. Diseguaglianze sociali, salute digitale e nuove forme di partecipazione in sanità (disponibile anche in e-book).

VERONICA MORETTI, BARBARA MORSELLO (a cura di), *Interferenze digitali*. Prospettive sociologiche su tecnologie, biomedicina e identità di genere (disponibile anche in e-book).

GUIDO GIARELLI, VITO GIOVANNETTI (a cura di), *Il Servizio Sanitario Nazionale italiano in prospettiva europea*. Un'analisi comparata.

GUIDO GIARELLI, SEBASTIANO PORCU (a cura di), *Long-Term Care e non-autosufficienza*. Questioni teoriche, metodologiche e politico-organizzative (disponibile anche in e-book).

ALBERTO ARDISSONE, *L'uso delle tecnologie in sanità*. Il punto di vista del paziente cronico (disponibile anche in e-book).

CHIARA PATTARO, CLAUDIO RIVA, CHIARA TOSOLINI, *Sguardi digitali*. Studenti, docenti e nuovi media (E-book).

*Open Access*

Open Access

MARTA GIBIN, *Oncologia post-Covid: una proposta sociologica*.

ANNALISA PLAVA, *Il peso dell'infanzia*. Una ricerca sociologica su abitudini alimentari e obesità.

ANTONIO MATURO, ANNALISA PLAVA (a cura di), *Stili alimentari e cibo biologico nelle scuole primarie*. Un'analisi sociologica a Rimini.

CHIARA PATTARO, CLAUDIO RIVA, *Preadolescenti, vita quotidiana e bisogni*. Incroci di sguardi tra ragazze, ragazzi e servizi.

ANTONIO MATURO, MARTA GIBIN (a cura di), *Malati sospesi*. I pazienti cronici nell'era Covid.

LUIGI PELLIZZONI, RITA BIANCHERI (a cura di), *Scienza in discussione?*. Dalla controversia sui vaccini all'emergenza Covid-19.

GIOVANNI BERTIN (a cura di), *Crisi economica e comportamenti illegali*.

# Vi aspettiamo su:

**[www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)**

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE  
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,  
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:  
teorie e tecniche

Didattica, scienze  
della formazione

Economia,  
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,  
territorio

Informatica, ingegneria

Scienze

Filosofia, letteratura,  
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,  
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche  
e servizi sociali



**FrancoAngeli**

La passione per le conoscenze

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835168652

Questo   
LIBRO

 ti è piaciuto?

---

**Comunicaci il tuo giudizio su:**  
[www.francoangeli.it/opinione](http://www.francoangeli.it/opinione)



VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI  
SULLE NOSTRE NOVITÀ  
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



**FrancoAngeli**

La passione per le conoscenze

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835168652

# FrancoAngeli

## a strong international commitment

Our rich catalogue of publications includes hundreds of English-language monographs, as well as many journals that are published, partially or in whole, in English.

The **FrancoAngeli**, **FrancoAngeli Journals** and **FrancoAngeli Series** websites now offer a completely dual language interface, in Italian and English.

Since 2006, we have been making our content available in digital format, as one of the first partners and contributors to the **Torrossa** platform for the distribution of digital content to Italian and foreign academic institutions. **Torrossa** is a pan-European platform which currently provides access to nearly 400,000 e-books and more than 1,000 e-journals in many languages from academic publishers in Italy and Spain, and, more recently, French, German, Swiss, Belgian, Dutch, and English publishers. It regularly serves more than 3,000 libraries worldwide.

*Ensuring international visibility and discoverability for our authors is of crucial importance to us.*

---

# FrancoAngeli



torrossa  
Online Digital Library



La medicina è un simbolo potente nella storia e nelle società umane ed è difficile riuscirne a distinguere le proprietà mondane, riguardanti il funzionamento quotidiano, le effettive capacità e le contraddizioni, dall'immagine pubblica di un sapere esperto a cui collettivamente deleghiamo la responsabilità del nostro benessere individuale e collettivo.

Il volume nasce dalla volontà e dalla necessità di esplorare cosa vi sia "dietro le quinte" della medicina, in quella zona grigia che sono le pratiche di cura quotidiane.

Quello che il paziente, o l'osservatore esterno, spesso vede è la ribalta della medicina: il momento in cui si realizza l'atto terapeutico o diagnostico, quando l'intervento clinico diviene definito e tangibile. Per arrivare a quel momento finale, una vasta rete di attività di preparazione, coordinamento e mantenimento ha avuto luogo lontano dagli occhi del "pubblico", una trama nascosta di processi e pratiche che rendono possibile l'efficacia delle cure.

L'intento del volume è portare alla luce tali processi (spesso trascurati dalla letteratura scientifica e dall'immaginario collettivo), attraverso uno studio empirico che si rifà alle riflessioni teoriche di alcuni classici della tradizione sociologica, come Erving Goffman e Anselm Strauss, integrandoli con più recenti sviluppi nell'ambito degli studi organizzativi e degli studi sociali sulla scienza e la tecnologia.

Nel volume sono presentati e discussi due studi etnografici realizzati in contesti sociosanitari concettualmente opposti: il reparto ospedaliero di Terapia intensiva e il distretto sanitario alle prese con l'implementazione dei servizi di integrazione sociosanitaria. Il primo caso rappresenta il nucleo tecnico dell'apparato medico-sanitario, in cui, attraverso un intricato ensemble di tecnologie, farmaci, dispositivi clinici e scelte organizzative e professionali, la medicina mostra l'efficacia maggiore nell'addomesticare il corpo biologico e la variabilità umana. All'opposto, i servizi di integrazione sociosanitaria cercano di contenere l'incertezza e l'instabilità che accompagna le traiettorie di cura al di fuori dei setting ospedalieri. La scelta dei casi nasce dall'intenzione di mostrare come, nonostante le differenze significative di contesto, il retroscena permane come lo spazio in cui la medicina si costruisce quotidianamente.

**Roberto Lusardi** è professore associato di Sociologia generale presso il Dipartimento di Scienze aziendali dell'Università degli Studi di Bergamo. Si occupa di ricerca e formazione in ambito sociosanitario ed è autore di numerose pubblicazioni sui temi della salute e della medicina.