

# Non è solo retorica

## Le immagini della collaborazione in sanità

di ROBERTO LUSARDI e STEFANO TOMELLERI

### 1. *Alla ricerca delle metafore*

La collaborazione inter-professionale è stata analizzata da diverse prospettive scientifiche per il suo impatto sull'efficacia e l'efficienza organizzativa. Secondo gli studi manageriali, che si concentrano principalmente su aspetti strutturali, gli incentivi materiali (in primo luogo economici) e il design flessibile dell'impresa sono le strategie più efficaci per influenzare l'atteggiamento collaborativo (Arya e Lin 2007; Carton e Cummings 2012; Wincent *et al.* 2010). La psicologia sociale e organizzativa, più interessata agli atteggiamenti e al comportamento dei gruppi nei luoghi di lavoro, insiste sul ruolo svolto dalle diverse forme di *commitment* e l'effetto di rinforzo positivo guidato dall'auto-efficacia percepita (Caricati *et al.* 2014; Meyer *et al.* 2002).

Adottando uno sguardo multidisciplinare, l'approccio definito di *collaborative work* ha sottolineato come gli artefatti tecnologici nei luoghi di lavoro agiscono come mediatori dell'interazione sociale e possono essere utilizzati per rafforzare la pratica collaborativa (Cambrosio, Keating e Mogoutov 2004; Xiao 2005). Un contributo fondamentale a questo dibattito è stato portato da Richard Sennett. Il sociologo americano ha dedicato molti anni di studio alle forme delle dinamiche collaborative e ha ampiamente dimostrato come questo comportamento umano sia alimentato da rituali sociali e pratiche dense di significati simbolici (Sennett 2012).

Questo articolo si propone di seguire il percorso tracciato da Sennett per proseguire nell'esplorazione della dimensione simbolico-culturale della collaborazione inter-professionale.

L'intento di studiare le metafore organizzative deriva dal presupposto teorico e metodologico che, secondo Barnett Pearce

(1989), la comunicazione (intesa come pratica culturale) non è solo l'interfaccia retorica, o il mezzo attraverso il quale avvengono le interazioni sociali. Essa è al contempo anche la cornice, o il frame, attraverso il quale le interazioni sociali sono pensabili e diventano comportamenti e pratiche effettive.

Da questo punto di vista, le metafore non sono solo una combinazione di immagini, metonimie, similitudini e altre figure retoriche utilizzate strumentalmente per abbellire il linguaggio, bensì possono essere considerate come strumenti che forgianno le relazioni di individui e gruppi con il mondo sociale. Come ha osservato Scaratti (2012, 321): «si tratta di spaccati di agire organizzato in cui emergono, si generano, sono prodotte e riprodotte conoscenze rappresentate come significative, rilevanti e contestualmente spendibili».

Le metafore attraverso cui vediamo e leggiamo le situazioni finiscono per influenzare i nostri comportamenti, diventano essere stesse azioni sociali con valore prescrittivo (Morgan 1998). Che cos'è dunque una metafora? È l'orizzonte delle capacità espressive di chi lavora in un'organizzazione: esse danno valore alle pratiche quotidiane (Morgan 1993). È la catena dei significanti che compongono le possibilità sintattiche-espressive degli infermieri, dei medici e dei dirigenti sanitari della struttura ospedaliera che abbiamo indagato. Le metafore, come immagini in cui si addensano significati simbolici e repertori sociali, contribuiscono a generare, mantenere e riprodurre le concrete pratiche interattive (Pearce 1989). Il nostro agire non dipende solo dalle dichiarazioni d'intenti, dagli imperativi morali o dai condizionamenti ambientali ma anche e soprattutto dalle metafore che inconsapevolmente attribuiscono all'agire stesso il senso di successo o d'insuccesso, di approvazione o disapprovazione (Casonato 2003). Per ogni soggetto, l'uso della metafora implica un modo socialmente condiviso di pensare e di concepire la realtà. Come le storie organizzative analizzate da Cozza (2012), anche le metafore non sono «oggetti» personali, sebbene possano essere narrate individualmente; esse testimoniano la dinamica relazionale che i professionisti intrattengono con l'organizzazione e con il lavoro stesso. La potenza trasformativa di cui sono dotate, in termini proattivi o difensivi, deriva per l'appunto dalla loro capacità di concorrere generativamente alle pratiche quotidiane di cui siamo parte attiva (Manghi 2005): immaginare il proprio reparto come un «apparato» d'interessi, calcoli razionali e standard burocrati-

ci, oppure come una «famiglia» fatta di padri, madri e figli da proteggere e sorvegliare, concorre alla definizione della situazione, delle possibilità analitiche e decisionali. In tal senso, le metafore contribuiscono a quel processo di allineamento tra aspettative sociali e agire organizzativo che Carli, Paniccia e Giovagnoli (2010) hanno definito *collusione*. Attivano cioè un processo di simbolizzazione emozionale che traduce aspetti specifici del reale (ad esempio, la normativa vigente o il mandato aziendale) in criteri di orientamento all'azione entro l'organizzazione stessa. In altre parole, la metafora produce coerenza tra il mondo interiore degli individui, le loro emozioni intime e private e il mondo sociale, a livello micro, meso e macrosociale (Lakoff e Johnson 1980).

Nel caso dell'azienda ospedaliero-universitaria oggetto di questo articolo, le interazioni collaborative in uno scenario di cambiamento organizzativo dipenderanno anche dall'immaginario simbolico condiviso dai professionisti: se i soggetti immaginano la loro situazione imm modificabile, sono in qualche modo «prigionieri» di questa immagine del legame sociale e, a causa di quell'immagine, tenderanno a difendere o minacciare un rapporto di fiducia che li lega gli uni agli altri.

Nella nostra ricerca, la nozione di metafora è assunta come un principio esplicativo fondamentale, non solo per i ricercatori, ma anche per gli attori sociali in generale: un oggetto cognitivo e relazionale di natura concreta, dinamica e creativa, utile a dare senso e direzione agli eventi contingenti non immediatamente riconducibili a delle routine e a disporre gli attori sociali all'interno di un'interazione.

Sulla base dei dati empirici raccolti attraverso 13 focus group in una grande azienda ospedaliero-universitaria del Nord Italia, in questo articolo si intende mostrare come la tematizzazione della collaborazione sia riconducibile a tre metafore dell'organizzazione, ad ognuna delle quali tendono a corrispondere specifiche immagini di interazione: l'apparato, la famiglia e l'équipe.

## 2. La metodologia della ricerca

I partecipanti alla ricerca hanno raccontato le loro realtà organizzative attraverso narrazioni e immagini e sempre per mezzo di esse hanno interpretato le situazioni, i luoghi e i modi della collaborazione. Nel lavoro di rianalisi dei materiali empirici

che presentiamo in questo articolo si è cercato di cogliere le immagini più significative e più ricorrenti in relazione al tema delle interazioni collaborative. Si è utilizzata una metodologia di analisi *grounded*, che ha previsto diverse fasi di codifica e categorizzazione delle immagini emergenti (Cardano 2012), sino all'individuazione delle tre qui discusse: l'apparato, la famiglia e l'équipe. Tali metafore sono state scelte poiché metafore strutturanti (Lakoff e Johnson 1980), ovvero capaci di far coesistere tra loro diverse immagini in merito a una stessa situazione organizzativa, anche in modo largamente inconsapevole; esse sono in grado di mettere in evidenza il fatto che caratteristiche personali, gruppali, strutturali molto diverse tra loro possono coesistere all'interno di una stessa organizzazione. Ovvero in grado «di organizzare l'esperienza in un *tutto strutturato*» (Lakoff e Johnson 1980, trad. it., 105, corsivo nell'originale).

Il campo empirico è rappresentato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Si tratta di una struttura sanitaria di grandi dimensioni. I numeri lo testimoniano: 3.800 dipendenti, 1.233 posti letto, circa 52.800 ricoveri annui e oltre 92.500 accessi al pronto soccorso.

Importanti cambiamenti organizzativi hanno interessato l'azienda ospedaliera a partire dal 2000, modificando la struttura organizzativa e i processi lavorativi secondo il modello definito «per intensità di cura» (Lega, Villa e Barbieri 2009). Questi cambiamenti stanno tutt'ora generando nuove configurazioni di unità operative e di organizzazione del lavoro, influenzando inevitabilmente routine interprofessionali e prassi consolidate.

Lo studio ha previsto la realizzazione di 13 focus group. I soggetti protagonisti della ricerca afferiscono a 11 dipartimenti ad attività integrata: Cardio-nefro-polmonare (CNP), Chirurgico (CH), Emergenza-urgenza (UE), Geriatrico-riabilitativo (GR), Materno-infantile (MI), Neuroscienze (NS), Onco-ematologico-internistico (OEI), Patologia e medicina di laboratorio (PML), Polispecialistico (PLS), Radiologia e diagnostica per immagine (RDI), Testa-collo (TC). Nei dipartimenti Cardio-nefro-polmonare e Chirurgico sono stati realizzati due incontri. Allo studio hanno aderito 109 professionisti, appartenenti alle diverse categorie professionali. I direttori medici di dipartimento e le responsabili assistenziali dipartimentali, ovvero le figure apicali dell'organizzazione, sono state intervistate in separata sede al fine di legittimare il per-

corso di ricerca. La tabella 1 sintetizza i profili professionali dei partecipanti, distinti per genere.

TAB. 1. *Partecipanti allo studio suddivisi per professione e sesso*

Professione	Sesso		Totale / % di colonna
	Femmina	Maschio	
Tecnico di laboratorio / di radiologia	8	2	10 / 9,17%
Medico	17	17	34 / 31,19%
Infermiere	42	10	52 / 47,71%
Coordinatore infermieristico	5	1	6 / 5,51%
<b>Altro*</b>	6	1	7 / 6,42%
<b>Totale</b>	<b>78</b>	<b>31</b>	<b>109 / 100%</b>

\* Ostetrica, biologo, operatore socio sanitario, fisioterapista, specializzando.

La scelta di costituire gruppi di discussione con professionisti legati da relazioni di dominio e subordinazione (medici, coordinatori infermieristici, tecnici e infermiere) ha risposto all'esigenza di ricreare nel contesto di discussione i repertori culturali tipici, per usare un'espressione di Goffman, della ribalta organizzativa e non del retroscena. Inoltre, le relazioni di subordinazione e le dinamiche di deferenza e contegno, non hanno impedito l'esplicitazione di conflitti e di polarizzazioni all'interno del gruppo. Un ulteriore sviluppo di questa ricerca potrebbe confrontare le metafore qui discusse con quelle che potrebbero emergere riferendoci alle dinamiche tipiche del retroscena di un gruppo professionale omogeneo.

I focus sono stati condotti seguendo un protocollo che prevedeva tre fasi. La prima, dedicata a stimolare la dimensione più proiettiva dei partecipanti, cui è stato chiesto di scegliere un'immagine tra quelle proposte dai conduttori che meglio rappresentasse la loro idea di relazioni interprofessionali nel proprio dipartimento. Le immagini proposte erano: Danza di Matisse, Famiglia Simpson, Mercato, Team, Staffetta, Tavolozza, Scacchi, Formula uno, Guantoni, Labirinto, Libri, Cuore anatomico, Castello, Crocevia, Logo azienda, Sala operatoria, Organigramma, Croce/Mezza Luna rossa<sup>1</sup>. L'utilizzo delle immagini ha risposto

<sup>1</sup> Le immagini da sottoporre ai gruppi sono state selezionate attraverso un processo di validazione condivisa dei significati tra lo staff di ricerca (Crilly, Blackwell e Clarkson 2006).

a tre propositi: stimolare la discussione, favorire eventuali polarizzazioni e familiarizzare i partecipanti all'utilizzo delle metafore come strumenti per la riflessione sulle proprie pratiche (Crilly, Blackwell e Clarkson 2006).

La seconda fase è stata dedicata all'analisi delle criticità rilevate nelle pratiche quotidiane e che incidevano negativamente sulle relazioni tra i professionisti; la terza fase ha riguardato le buone pratiche, esempi positivi di relazioni interprofessionali efficaci per la realizzazione delle pratiche di cura. Gli incontri hanno avuto una durata media di 55 minuti e sono stati condotti da un moderatore principale, che proponeva ai partecipanti gli stimoli e le domande, seguendo il protocollo di conduzione, e da un osservatore, più attento alle dinamiche interattive che si innescavano nei gruppi in discussione. I materiali testuali sono stati poi deregistrati su supporto informatico e analizzati utilizzando il software MAXQDA (Kuckartz 2007). Per maggiori dettagli sul disegno della ricerca, la metodologia e ulteriori risultati si veda il volume a cura di Tomelleri e Artioli (2013). Nei paragrafi successivi discuteremo le tre metafore ricorrenti nei diversi gruppi di discussione: l'apparato, la famiglia e l'équipe.

### 3. *L'apparato: «Siamo passati dall'ospedale all'azienda...»*

La metafora dell'apparato intende l'organizzazione ospedaliera come una complessa architettura socio-tecnica, in cui l'azione di mediazione simbolica delle interazioni comunicative è demandata principalmente a un sistema di norme formali, procedure codificate e regolamenti impersonali. Si tratta della metafora più diffusa nel campione (15 medici, 22 infermiere, 9 altre professioni sanitarie), senza distinzioni significative nella distribuzione proporzionale per categoria professionale, mentre è particolarmente frequente soprattutto in due dipartimenti: Materno-infantile e Chirurgico. Questa metafora dipende tendenzialmente dalle culture organizzative dei singoli dipartimenti più che dalle culture professionali o dalle differenze di genere. Una spiegazione si può ricercare nell'organizzazione del lavoro dell'azienda sanitaria presa in esame, che per i dipartimenti in oggetto ha previsto una specifica razionalizzazione dei percorsi clinici e delle carriere professionali. Più specificamente, nel dipartimento di chirurgia il lavoro è organizzato in turni secondo protocolli standardizzati che non

prevedono momenti di collegialità e in équipe chirurgiche con rotazione continua del personale in sala operatoria, per cui non esistono vere e proprie équipe stabili; nel dipartimento Materno infantile, invece, la redistribuzione di compiti e funzioni tra ginecologi e ostetriche ha progressivamente riposizionato le relazioni interprofessionali sul piano formale, a causa di un processo di specializzazione che è andato riducendo le occasioni di scambio informale tra i due gruppi professionali: a fronte della riduzione del personale medico, i ginecologi hanno maggiormente assorbito il carico burocratico, amministrativo e gestionale mentre le ostetriche hanno assunto una significativa parte del lavoro di cura e formazione delle gestanti.

La caratteristica che accomuna queste realtà, e che contribuisce a spiegare la diffusione di questa metafora tra i suoi operatori, è l'elevato grado di meccanizzazione delle procedure operative.

I tratti salienti di questa metafora sono: lo scollamento tra centro e periferia e tra saperi sanitari e manageriali, l'autonomizzarsi del sistema tecno-amministrativo dal senso complessivo dell'istituzione e, più in generale, il malcontento dei professionisti nei confronti delle procedure burocratiche.

Questa metafora descrive la pratica collaborativa come problematica poiché tende a prevalere un'immagine di rassegnazione di fronte alla potenza della «macchina» tecnico-amministrativa, che viene accusata di togliere tempo alla cura delle relazioni tra professionisti. Si tratta, in tal senso, di una metafora tendenzialmente difensiva, spesso accompagnata da manifestazioni di malessere personale e diffidenza nei confronti dell'organizzazione, alimentate in particolare della distanza comunicativa e culturale che viene segnalata tra il centro (le strutture afferenti alla dirigenza aziendale generale) e la periferia (le unità operative). Lo scollamento tra centro e periferia riproduce anche la conflittualità esistente tra due ordini di sapere che sono chiamati a convivere nelle organizzazioni sanitarie pubbliche, dopo la loro ristrutturazione in aziendalistici: il sapere clinico e quello manageriale (Vicarelli 2013). L'apparato fornisce l'infrastruttura tecnica per la realizzazione e l'espressione di entrambe, sebbene tra esse (e tra i professionisti che le incarnano) sussista una tensione irrisolta che può penalizzare la pratica collaborativa. Alcuni medici interpretano l'apparato come l'unica necessaria via per realizzare una *conciliazione tra le dimensioni clinica e amministrativo-gestionale*,

come emerge chiaramente dalle parole di Mario, medico del Dipartimento Polispecialistico, in azienda da 35 anni:

Le relazioni interprofessionali dovrebbero essere basate su un'oggettiva standardizzazione delle procedure, non su qualcosa di improvvisato. Il rischio altrimenti è ciascuno interpreti a modo suo le procedure aziendali, che gli obiettivi non siano condivisi. [Il passaggio ad azienda ospedaliera] è stato un cambiamento epocale, non facile per tutti. Non siamo ancora entrati in un'ottica completamente aziendale. (PLS<sup>2</sup>, Mario, medico)

L'adozione di modelli organizzativi aziendalistici sembra connessa ad un cambiamento profondo delle stesse cornici di senso che guidano l'agire dei professionisti sanitari nel contesto di cura. Si assiste al sovrapporsi di due obiettivi organizzativi non sempre perfettamente armonizzati: da un lato i tradizionali obiettivi di cura e assistenza del paziente, propri dell'istituzione sanitaria pubblica, dall'altro gli obiettivi di bilancio, stilati secondo le indicazioni regionali e nazionali. Laddove il personale intervistato percepisce uno scarto tra gli obiettivi posti sulla base dei vincoli di budget e la concretezza delle pratiche di cura, si può rilevare anche una tensione problematica tra istanze provenienti da due ordini di elementi distinti: da un lato la gestione economica dell'azienda, che impone obiettivi numericamente stringenti (ad esempio, il tempo medio di degenza oppure gli indicatori di utilizzo di attrezzature o farmaci) e, dall'altro, i bisogni assistenziali dei pazienti, ritenuti non sempre riconducibili al primo ordine di elementi.

La tensione tra dimensione clinica e amministrativo-gestionale è un altro modo di interpretare l'apparato, vissuto più come un vincolo reale che come sorgente di possibilità. Nello stralcio seguente, Francesca, un'infermiera con 20 anni di anzianità di servizio in azienda, «colpevolizza» lo strumento dei Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi<sup>3</sup> (DRG, dall'acronimo dell'espressione inglese) come elemento che sembra distogliere l'*azienda* dal mandato primario dell'*ospedale*, ovvero la cura dei pazienti.

<sup>2</sup> Per i codici identificativi dei dipartimenti si veda p. 55.

<sup>3</sup> La gestione economica del Sistema Sanitario Nazionale è basata su una classificazione di Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (*Diagnosis-related groups*), nel quale è compreso ogni trattamento (diagnostico e terapeutico) legato allo specifico problema di salute (corrispondente alla diagnosi). Il costo di ogni DRG è definito dal Ministero della Salute, demandando alle Regioni la distribuzione dei finanziamenti alle aziende sanitarie locali e ospedaliere nei territori di competenza.



La cura dei pazienti dipenderebbe, secondo Francesca, anche dal tempo che il chirurgo dedica alla cura delle relazioni con i famigliari e alla condivisione delle proprie informazioni con il resto del comparto:

Quello che ho notato io, che vengo dalla vecchia guardia, è che il DRG è fondamentale [...] quindi il medico, il chirurgo, si ferma soltanto sulla patologia. Prima si opera, meglio è. Prima non succedeva. [...] Il chirurgo non si preoccupa del rapporto con il paziente e i famigliari, che spetta a noi infermiere. Ma il punto è che bisognerebbe parlarsi tra medici e infermieri, non solo preoccuparsi di adempiere alle procedure. (CH1, Francesca, infermiera)

Sullo stesso tema, ma insistendo maggiormente sulla razionalizzazione del lavoro, la riflessione di un altro medico:

Ci sono dei percorsi che coinvolgono tutta una serie di professionisti, percorsi che sono interessati a rendere più efficiente e più rapido, più razionalizzato il percorso per i pazienti che hanno specifiche patologie. Il punto è che non basta avere la procedura sulla carta, le persone devono avere il modo di condividere gli obiettivi e le procedure. (PLS, Giuseppe, medico)

Sebbene il principio di razionalizzazione, al quale si ispirano i processi di aziendalizzazione e standardizzazione delle pratiche, risponda ad esigenze di contenimento dei costi e miglioramento dei livelli di sicurezza, le conseguenze sul piano della relazione interprofessionale e dell'agire quotidiano possono compromettere gli stessi obiettivi che il processo si propone (Lusardi e Manghi 2013; Timmermans e Berg 2002). Paola, un medico anestesista appartenente al Dipartimento chirurgico, descrive come il potenziamento dell'apparato tecnico-amministrativo, attraverso il quale si esplica principalmente l'azione normalizzante del principio di razionalizzazione, possa condurre a *forme di deresponsabilizzazione e demotivazione individuale*:

Avere i dati, la documentazione per poi fare delle statistiche, per poi tirare delle conclusioni, credo che sia fondamentale per poter progredire, questo sicuramente. Però il nostro lavoro è anche altro, tante volte non dico che perdi di vista il paziente, però devi scrivere una cosa, devi fare un documento e devi firmare una cartella... Abbiamo notato che è calato il senso di fiducia, dalla collega, dagli strumentisti. Prima di operare devo verificare che la checklist sia compilata correttamente e devo chiedere se gli strumenti sono sterili. È ovvio che lo siano, ma lo devo chiedere, non si sa mai. Questo può creare un senso di sfiducia nella strumentista, che magari sono 30 anni che fa il suo lavoro. (CH1, Paola, medico)

Tutto questo, nella rappresentazione di una fetta considerevole dei partecipanti ai focus group, viene segnalato come un «appesantimento» delle routine lavorative, che divengono sempre più dense di impegni e incombenze burocratiche e sempre meno gestibili secondo le abituali agende professionali. Le parole di Giovanni, medico del Dipartimento Materno-infantile, da oltre 30 anni in azienda, descrivono *il flusso ininterrotto e caotico delle informazioni e degli adempimenti burocratici* a cui i professionisti si sentono esposti:

Ci sono tanti impegni che uno, la settimana prima, non sapeva neanche di avere: arriva la telefonata, arriva l'email dell'Università, arriva l'email dell'Ospedale. Arrivano continuamente. Ci sono tanti impegni che uno scopre poco prima, ed è un po' questa l'organizzazione, tutto si accavalla. Si ha sempre meno tempo per il paziente o per il collega. Si è sempre di corsa, e questo non aiuta il lavoro insieme agli altri. (MI, Giovanni, medico)

La metafora dell'apparato amplifica lo *scollamento tra burocrazia e pratiche di cura*, alimentando la fatica quotidiana nel tentativo di riconciliarne gli elementi dissonanti e la progressiva perdita di tempo per la cura delle relazioni tra colleghi

Sono i dipartimenti Materno-infantile e Chirurgico a risentire in modo significativo dell'affermarsi di quelle che il sociologo Magatti (2009) denomina *sferе istituzionali funzionalizzate*, nelle quali prevale l'attesa che agire individuale e interazioni sociali possano essere regolati esclusivamente attraverso procedure impersonali e prescrittive. Questi dipartimenti risultano più esposti verso l'esterno dell'organizzazione (si pensi solo al clamore mediatico suscitato da eventi avversi o casi di *malpractice* in tali unità) e caratterizzati, verso l'interno, a causa della crescente richiesta di efficienza per raggiungere gli obiettivi di bilancio (Vicarelli 2013).

In sintesi, la metafora dell'apparato contiene un vissuto di frustrazione e fatica quotidiana, prodotto dell'incessante necessità di ricomporre le aspettative normalizzanti, proprie delle strutture gestionali e amministrative delle organizzazioni sanitarie, con la contingenza delle concrete pratiche di cura, refrattaria all'addomesticamento secondo principi astratti e formali. La distanza tra le pratiche professionali quotidiane e il senso dell'agire collettivo veicolato dalle agenzie di *policy* sanitaria appare difficilmente ricucibile, all'interno di questa metafora. L'agire si incardina così sempre più a livello individuale, come forma estrema di resistenza

ad un sistema tecnico-amministrativo che viene percepito come oppressivo e ridondante. La chiusura individuale conduce a un generale malcontento, le relazioni collaborative non scompaiono dall'orizzonte di senso dei professionisti ma divengono sempre più fragili, occasionali e quasi estemporanee. Tutto ciò impedisce inoltre la creazione di una coscienza collettiva, condivisa o quanto meno corporativa, del fenomeno di burocratizzazione, generando un circolo vizioso tra chiusura individualistica e difficoltà di costruire legami collaborativi.

#### 4. *La famiglia: «Una famiglia di innamorati...»*

La metafora della famiglia è indicativa del maggior grado di coesione sociale interna alle unità operative dell'azienda. Essa è prevalente nelle professioni infermieristiche (28 infermiere) e nei tecnici di laboratorio (per la quasi metà dei soggetti coinvolti nella ricerca, 4 tecnici di laboratorio) mentre riguarda circa un medico su quattro (7 medici). Questa metafora è trasversale alle diverse culture dipartimentali mentre risulta dipendente dalle culture professionali e dalle differenze di genere.

Coinvolge più della metà dei dipartimenti aziendali<sup>4</sup>, pur non presentando concentrazioni particolarmente rilevanti in nessuno di essi. I soggetti che condividono questa immagine tendenzialmente hanno una lunga carriera professionale alle spalle (mediamente 20 anni di esperienza).

Le interazioni professionali sono immaginate come fittamente intrecciate con quelle personali e la dimensione affettiva dei rapporti sociali è vissuta come connaturata alla logica di funzionamento dell'organizzazione. Questa immagine della collaborazione è tendenzialmente resistente ai cambiamenti organizzativi e agevola le interazioni personali/professionali, anche di fronte a criticità di ordine strutturale e organizzativo. Da un lato, essa descrive un passato idilliaco, come se il cambiamento avvenuto nel corso degli anni avesse generato un vuoto affettivo difficile da colmare e non sostituibile con altre immagini. Dall'altro, essa

<sup>4</sup> Nel dettaglio, è presente nei seguenti dipartimenti: Polispecialistico (PLS), Chirurgico (CH), Geriatrico-riabilitativo (GR), Materno-infantile (Mi), Radiologia e diagnostica per immagine (RDI), Cardio-nefro-polmonare (CNF), Neuroscienze (NS), Emergenza-urgenza (EU).

descrive un quadro di relazioni collaborative interprofessionali armonioso e fluido tra chi viene percepito come membro della medesima «comunità» di appartenenza.

I tratti salienti di questa metafora sono: un'idea di solidarietà di tipo tribale o clanico, una divisione netta dei confini tra interno e esterno, la centralità della dimensione affettiva.

L'idea di famiglia rimanda alla concezione durkheimiana di «solidarietà meccanica», caratteristica di strutture sociali semplici, dove la divisione del lavoro non impedisce che gli individui svolgano vicendevolmente le stesse mansioni, funzioni, attività e dove i membri si sentono parte di una collettività dalla forte identità comunitaria (Durkheim 1893). La nozione di solidarietà meccanica spiega perché è assunta prevalentemente dalle professioni infermieristiche, che tendono a sviluppare un forte senso di coesione sociale, spesso alimentata in antagonismo con i medici (Tousijn 2000).

Il confine chiaro e netto tra interno e esterno, secondo la distinzione dualistica tra «noi» e «loro», è una seconda caratteristica della metafora della famiglia. Il confine sancisce il massimo grado di collaborazione interna, verso chi si percepisce come membro del proprio gruppo di riferimento, mentre le interazioni professionali con l'esterno sono spesso critiche, a causa del prevalere di forme etnocentriche di coordinamento relazionale, che tendono a salvaguardare la coesione interna (Lusardi 2012).

Un terzo aspetto della metafora della famiglia riguarda la centralità della dimensione affettiva e la resistenza al cambiamento. La soluzione ai problemi organizzativi è spesso ricercata nella motivazione personale, nella maturità delle persone. Il futuro e il cambiamento sono immaginati come minaccia per il gruppo, vissuto come affettivamente stabile: la paura del cambiamento si mescola con il timore di essere traditi e la rabbia nei confronti di chi trasgredisce le regole e i valori condivisi.

Per quanto riguarda la resistenza al cambiamento e la dimensione affettiva, è significativa la testimonianza di un'infermiera, Luisa, da 40 anni in azienda. Luisa confessa la sua nostalgia per il passato, quando la metafora della famiglia era largamente condivisa e costitutiva il modo prevalente di concepire i rapporti professionali e interpersonali. La famiglia «lavorativa» era anche il luogo di relazioni di fiduciarie trasparenti, dove la condivisione di valori e riti di gruppo (*fare il formaggio con il latte avanzato*)

creava il tipico calore dei rapporti con un elevato carico affettivo. Racconta Luisa:

Vorrei dire che sono cambiati i rapporti [interpersonali], anche nella società, rispetto a prima, 30 anni fa. *Qualcosa è cambiato*. Adesso siamo in un periodo in cui bisogna apparire, fare vedere, dove ognuno pensa di più al suo io, c'è più egoismo. Una volta mi ricordo gli infermieri che lavoravano, per me erano la famiglia. *L'ausiliare col latte avanzato ci faceva il formaggio!* Cioè, anche fra di noi [infermiere e operatrici socio-sanitarie] c'era un rapporto buono. Adesso non ci sono più queste cose, sarà che sono delusa, perché oramai sono stanca, però i rapporti con i colleghi... Ti vedono un po' come la vecchia, mi dispiace dirlo, ma è così, i colleghi... *Non c'è più sincerità*, si sente che non è una cosa sincera, parlo per me, però siamo passati dalla famiglia alla cosa più fredda. Per esempio, uno sta a casa, torna dopo un po', «come stai?»... non c'è più chi te lo chiede. (PLS, Luisa, infermiera)

Luisa racconta di un passato idilliaco, dove le relazioni tra colleghe e tra OSS e infermiere erano sincere e cariche di affetto reciproco. Oggi, invece, le relazioni professionali non *sono più in grado di assumere un valore di stabilità*, ma sono invece vissute come negative. Come nel racconto di Sara, da 20 anni in servizio, che dopo diversi «sgarri» ha riconsiderato i rapporti con le colleghe, soffrendone profondamente:

Io sono stata 15 anni in clinica pneumologica e la consideravo una famiglia poi la prima volta che *mi hanno fatto degli sgarri* sono andata in crisi con certe persone. Ho avuto dei comportamenti da alcune colleghe che non mi sarei aspettata e *sono andata in depressione!* (GR, Sara, infermiera)

Come si è detto, questa metafora presenta una significativa prevalenza nella professione infermieristica e tecnica, tipicamente caratterizzata per la netta preponderanza della popolazione femminile tra i propri appartenenti (Tousijn 2000). La presenza femminile riguarda pressoché la totalità delle infermiere che condividono questa metafora (26 femmine su 28), la totalità delle tecnici di laboratorio (4 femmine). A ciò si aggiunge anche la quasi totalità dei medici (5 femmine su 7). Questo lascia supporre l'esistenza di un effetto di genere sulla diffusione della metafora. È stato infatti segnalato come le donne abbiano una maggiore propensione a costituire rapporti fiduciosi rispetto agli uomini, soprattutto se l'adesione fiduciaria è accompagnata da processi di feedback e riconoscimento reciproco (Casnici *et al.* 2012), come può accadere all'interno di gruppi di lavoro relativamente stabili

e consolidati. Coerentemente con questa rappresentazione, la metafora della famiglia, segnala relazioni collaborative *alla ricerca di stabilità e reciprocità*, anziché di cambiamento. Il racconto di Simona, infermiera da pochi anni in azienda, ritorna sugli aspetti affettivi, che legano tutta l'équipe chirurgica, composta da chirurgo, anestesista, strumentiste, ecc.:

È come avere un marito vecchio, ti senti tranquilla, perché sai che anche se quel giorno sei nera, quel gruppo [équipe chirurgica] ti conosce anche sotto altri aspetti. Si lavora bene, perché tu sai che cosa ti daranno gli altri, cosa da io, cosa diamo tutti. (CH2, Simona, infermiera)

*La centralità della vita affettiva e la resistenza al cambiamento* sono i tratti salienti della metafora della famiglia, che maggiormente tematizza in termini difensivistici i cambiamenti organizzativi che negli ultimi 20 anni hanno trasformato le aziende sanitarie italiane.

Questa metafora tuttavia non evoca solo emozioni, come la paura, la nostalgia per il passato, il senso di spaesamento o la delusione nei confronti del nuovo, esprime anche un *forte senso di solidarietà e coesione interna*, che l'immagine della «madre» ben rappresenta nel racconto di Paola, coordinatrice-tecnico di radiologia, da ormai 5 anni nel nuovo ruolo di responsabile, ma da molti anni in azienda:

Io mi sento molto in questa famiglia [indica l'immagine della famiglia Simpson] perché oltre ad avere rapporti con questi ragazzi che lavorano in piastra [tecnici di laboratorio] e sono giovani, tante volte *mi sento molto anche madre*. Oltre ad avere le varie liti con me, a volte vengono anche, non dico a porre i loro problemi, però vengono lì, si seggono, c'è una sedia, si seggono e mi raccontano. Quindi mi sento molto [materna]. Dopo ci sono le volte che litighiamo, che logicamente, dico, questa pseudo famiglia sparisce, perché abbiamo dei contrasti e quindi si disfa tutto, però in quei momenti di ... *mi sento molto mamma di tutti questi ragazzi*. (RDI, Paola, coordinatrice-Tecnico di Radiologia)

Il clima rassicurante e protettivo all'interno del gruppo interprofessionale, in questo caso composta da infermiere e tecnici di laboratorio, serve per stemperare le discussioni o le liti interne. Tuttavia la rivalità e i conflitti più laceranti sono proiettati tendenzialmente all'esterno dell'unità operativa, come racconta un altro tecnico di laboratorio, Susanna, da 25 anni in azienda, che descrive il rapporto di fiducia reciproca all'interno del reparto e la rivalità all'esterno:

Nell'Unità Operativa di Virologia il lavoro è tutto manuale, tra tecnici di laboratorio e medici il rapporto è buono e c'è molta collaborazione. Siamo 4 tecnici e 2 dirigenti [medici]. C'è il discorso dell'errore, ma non si cerca il colpevole: «sei stato te!». La prima cosa (eventualmente, anche quello, perché serve alla persona che ha sbagliato) è capire perché è successo, come mai. Sono diversi anni che siamo insieme, ma c'è stato anche qualche cambiamento di personale, di dirigenti, di tecnici, insomma, quindi è un'unità piccola, al di fuori ci troviamo in una realtà che.... Però risentiamo anche dentro delle tensioni. Ne risentiamo anche noi all'interno e siamo avvantaggiati perché fra di noi non c'è quella rivalità che diceva prima lei [si riferisce ad altra partecipante]. Noi non litighiamo per le ferie, ci mettiamo d'accordo. Noi non abbiamo avuto un grosso ricambio di personale e questo ha favorito molto. C'è collaborazione. Ad esempio, io faccio un part-time, quindi faccio fino ad un certo punto, poi lo prende la mia collega. C'è fiducia reciproca, siamo sincronizzati benissimo. (PML, Susanna, tecnico di laboratorio)

Il rapporto di fiducia all'interno del reparto assume i tratti dell'effervescenza di ciò che Alberoni ha definito *innamoramento reciproco* (Alberoni 1989), caratteristica tipica delle situazioni con forte coesione sociale. Il racconto di Giacomo, un medico di 51 anni e da 9 anni del Dipartimento Polispecialistico, descrive una situazione di innamoramento, *una famiglia di innamorati*, in chiara contrapposizione con il precedente racconto di Luisa, l'infermiera di 59, che dopo aver lasciato il suo primo reparto non ha più ritrovato quel clima familiare:

Noi sono 9 anni che siamo insieme [medici, infermiere, operatrici socio-sanitarie]. Dopo il passaggio ad azienda ospedaliera all'inizio *sembravamo una famiglia di innamorati, adesso ci scateniamo* come .... Comunque, nel nostro gruppo questo senso che la prima cosa è il risultato, che non vuol dire guarire, ma vuol dire fare in un certo modo, fare tutto il possibile, nel miglior modo possibile è stato sposato da tutti quelli che sono lì a lavorare. (PLS, Giacomo, medico).

La metafora della famiglia assume la centralità della componente affettiva dei rapporti sociali: la fiducia reciproca, il senso di protezione e calore, la fedeltà e la trasparenza sono sentimenti alla base di una forte coesione sociale interna al gruppo, una solidarietà di tipo meccanico, che proietta i conflitti all'esterno dei legami sociali riconosciuti come familiari. Inoltre, ogni tradimento di questo patto affettivo è vissuto con profondo risentimento.

Una lunga esperienza professionale accomuna i vari soggetti, prevalentemente appartenenti al gruppo infermieristico, per i quali la metafora della famiglia è esplicativa della propria condizione

organizzativa. Il personale medico sembra meno sensibile a questa metafora per la propensione a sviluppare legami intra-professionali di tipo più corporativo, in cui la componente affettiva è marginale (Adler, Seok-Woo e Heckscher 2008).

I cambiamenti degli ultimi anni stanno chiedendo ai professionisti della salute di ripensare la loro professione e la loro posizione nell'azienda (Vicarelli 2013), ma la metafora della famiglia tende a prediligere le dimensioni affettive dell'azione sociale piuttosto che le logiche razionali e strumentali alla base dei criteri decisionali della classe dirigente ospedaliera. Ciò spiega la nostalgia per il passato, quando l'azienda ospedaliera non aveva ancora avviato i processi di aziendalizzazione e razionalizzazione del lavoro, e il personale del reparto era abituato a lavorare insieme per lunghi periodi, senza turnover o senza lavoratori somministrati.

Il risultato è un disagio relazionale diffuso, proiettato soprattutto all'esterno del gruppo di riferimento, come se l'organizzazione stesse diventando inospitale per chi la abita. La famiglia diventa un rifugio, il luogo di resistenza, difensivo, dove vivere quotidianamente rapporti di fiducia in contrapposizione a un contesto aziendale rappresentato come lontano ed esterno rispetto all'autenticità del legame sociale.

##### 5. *L'équipe: «Continua ad uscire questa parola... équipe»*

La metafora dell'équipe rappresenta l'organizzazione ospedaliera costituita da differenti soggetti, ognuno dei quali interdipendente dagli altri in modi sia codificati sia informali. La diffusione nel campione è limitata rispetto alle precedenti, ma se ne riscontra una particolare presenza nei dipartimenti Cardio-nefro-polmonare (CNP) e Radiologia e diagnostica per immagini (RDI) e riguarda 8 infermieri/e, 12 medici e 4 operatori di altre professioni sanitarie. Entrambe le realtà dipartimentali sono caratterizzate da comunità scientifiche e professionali fortemente eterogenee, in cui professionisti afferenti a varie specialità mediche e diverse competenze tecnologiche devono convivere all'interno dello stesso contenitore organizzativo. L'eterogeneità che alimenta questa metafora è presente anche in altri dipartimenti ma nei due menzionati sembra essere incrementata dalla riorganizzazione dell'ospedale in termini dipartimentali avvenuta a partire dal 1999 (comportando la coesistenza delle diverse culture medico-scientifiche e profes-



sionali) e dal ruolo cruciale giocato dalla tecnologia, a differenza di altri contesti in cui questa svolge funzione prevalentemente accessoria e non mobilita dinamiche interattive specifiche (Bruni 2008). Si segnala inoltre una maggiore diffusione della metafora tra il personale medico (50% dei medici partecipanti allo studio) rispetto alle altre figure professionali

I tratti salienti di questa metafora sono: l'elevato grado d'interdipendenza tra i gruppi professionali e le diverse unità organizzative, l'accettazione del conflitto come connaturato alla vita organizzativa e, infine, l'orientamento al *problem solving*.

Le interazioni che compongono la complessa galassia ospedaliera, filtrate attraverso questa metafora, sono caratterizzate da un significativo grado di conflittualità generale che però tende ad essere bilanciato dalla consapevolezza, a volte rassegnata, dell'interdipendenza tra le parti, stimolata dal *problem solving* quotidiano. Questa metafora richiama la concezione durkheimiana di «solidarietà organica», caratteristica delle società complesse, in cui la divisione del lavoro e la differenziazione sociale comportano la necessità di condividere le risorse individuali e gruppalì in favore della sopravvivenza collettiva (Durkheim 1893). Sembra essere il frequente confronto interprofessionale e la messa in comune delle risorse dipartimentali a stimolare un'apertura relazionale che può agire positivamente sulla qualità delle interazioni collaborative. Interessante è segnalare che anche in queste realtà dipartimentali gli obiettivi di budget sono imputati principalmente alle singole unità operative che compongono i dipartimenti, mettendo, di fatto, le diverse unità in competizione diretta. Tuttavia, dalla metafora dell'*équipe* emerge un'immagine dell'organizzazione che travalica i confini di unità e di ruolo, mettendo la soluzione dei problemi concreti al centro dell'agire professionale. Un approccio al *problem solving* finalizzato non tanto al compimento della missione organizzativa (che permane scarsamente condivisa tra il personale, confuso tra obiettivi sanitari e gestionali) quanto all'adempimento dell'imperativo universalistico di cura insito nel mandato professionale degli operatori della salute (Tousijn 2000). La componente universalistica del proprio ruolo professionale appare prevalere sulle declinazioni più legate al contesto locale.

La metafora dell'*équipe* è definita in modo semplice ma efficace da Michele, medico del Dipartimento di radiologia, che mette in evidenza *l'interdisciplinarietà e l'interdipendenza* delle figure coinvolte nel processo terapeutico:

Continua a uscire questa parola... *équipe*. Sembra anche un po' troppo usata, eppure il nostro è veramente un lavoro di *équipe*, che prevede il coinvolgimento in contemporanea di tre tipi di figure diverse, almeno quattro: il fisico, il medico, il radioterapista, il tecnico. [...] *Il discorso del lavoro di équipe è tipico del nostro lavoro, noi siamo abituati, a lavorare così.* (RDI, Michele, medico)

L'idea alla base della metafora dell'*équipe* è l'agire coordinato per risolvere i problemi del paziente, in cui ognuno svolge il proprio compito in modo interdipendente. Sembra una rappresentazione utopistica ma è così che i professionisti identificano il corretto funzionamento dell'organizzazione sanitaria, come testimonia il racconto di Simonetta, con alle spalle oltre 20 anni di esperienza:

A volte il malato riesce ad arrivare da noi in orario, riesce a fare la seduta, sta bene, dopo di che i paramedici con i trasporti arrivano in tempo. C'è la risposta, si riesce a risolvere il problema, magari era un RX torace [radiografia al torace] di controllo, il paziente è sano, sta bene, non c'era niente, oppure si decide un ricovero, perché è insorta una qualche patologia, *ma tutto fila liscio*, perché tutti fanno la loro parte. (CNP, Simonetta, infermiera)

Il lavoro di *équipe* segna un cambiamento nel modo di concepire l'agire professionale: si passa da una visione individualistica a una concezione gruppale, da un interesse egocentrico a un orientamento collettivo, che coinvolge i livelli più astratti dell'organizzazione ospedaliera. Racconta Luciano:

Ognuno pensava per sé, ognuno era legato alla propria bravura, l'altro non mi interessa... la sensazione che io vivevo qua era questa, rispetto a dove lavoravo prima. In questi ultimi anni devo dire che la situazione si è capovolta, c'è una volontà da parte dei medici e delle infermiere di creare questa *équipe* di cui parlavo prima. Assolutamente, la vivo. Secondo me è viva nella nostra Unità Operativa. Mi sto allargando, è viva nel nostro Dipartimento. (RDI, Luciano, medico)

Il lavoro di *équipe* si giustifica nel suo orientamento al *problem solving* per il raggiungimento di un obiettivo, nelle parole di Ferdinando, un medico del Dipartimento di Radiologia in azienda ad 12 anni:

Il fatto è di lavorare tutti insieme per un obiettivo, che non sia l'obiettivo relativo al nostro orto e basta, cioè il fatto di collaborare con i vari professionisti che ci sono in reparto, posso dire che un'esigenza è proprio

quella di riuscire a interfacciarsi perché ci siano rapporti più snelli. (RDI, Ferdinando, medico)

Il *problem solving* è rappresentato come un metodo di lavoro interprofessionale e interdipartimentale, che permette di mediare i conflitti, vissuti come connaturati all'organizzazione, al fine di raggiungere uno scopo comune. Le interazioni sociali si collocano cioè sul piano dell'*azione situata*, in cui i diversi attori coinvolti cercano forme di allineamento per risolvere lo specifico problema, a prescindere dal ruolo professionale e dell'unità di appartenenza (Alby e Zucchermaglio 2006). La dott.ssa Lucia del Dipartimento Testa-collo, da circa 15 anni in servizio, sottolinea l'importanza di un approccio consapevole del proprio e altrui valore per il raggiungimento degli obiettivi:

Io credo che le difficoltà di rapporto si risolvono quando c'è la presa di coscienza di essere un professionista che lavora in équipe. Se io ho la coscienza e la capacità e mi rendo conto di qual è il mio ruolo e quello che posso dirti. Secondo me la consapevolezza di essere un professionista alla pari, ripeto ognuno con il proprio compito, medici, infermieri, coordinatori, ecc., aiuta il raggiungimento degli obiettivi. (DTC, Lucia, medico)

Importante è il grado di soddisfazione professionale per le persone che partecipano all'attività dell'équipe. La soddisfazione nasce dalla constatazione che il lavoro collaborativo consente di risolvere situazioni complesse in modo congiunto, e tale consapevolezza incentiva a sua volta la motivazione. Il piacere di lavorare insieme per il raggiungimento di uno scopo, su cui si è ampiamente soffermato Sennett (2012) nelle sue analisi dei rituali collaborativi, è un aspetto fondamentale anche della metafora dell'équipe, come riporta il racconto di Angelo del Dipartimento Cardio-nefro-polmonare:

Mancava una metodica importante nella nostra azienda. Sono andata a formarmi per farla insieme ad altri professionisti interessati: il radiologo, il medico, gli infermieri, i tecnici di radiologia, in un gruppo interdipartimentale. Abbiamo messo in piedi questa metodologia che ci sta dando delle buone risposte, stiamo facendo un sacco di esami e tutto l'ospedale ce li manda. Sono nati dei conflitti, è inevitabile, perché è una procedura radiologica fatta da un medico e il radiologo, che fino ad ora non si era mai interessato alla cosa, si è accorto che invece era una procedura che gli spettava, perché una procedura prettamente radiologica, però insomma siamo riusciti a mediare. Abbiamo litigato un po' con un altro Dipartimento, siamo arrivati a mettere su una cosa di veramente valido, che dà soddisfazione a tutti. (CNP, Angelo, medico)

L'importanza della dimensione emotiva nell'agire collaborativo è raccontata anche da Giuseppe, medico del Dipartimento Polispecialistico, che pone l'accento sia sugli aspetti positivi che negativi dei vissuti emotivi, che in ogni caso, creano spirito di gruppo:

Davvero queste cose funzionano ancora [collaborare], la capacità di emozionarsi quando le cose vanno bene; emozionarsi in senso negativo quando ci viene addosso una tegola; mettersi in movimento più veloce quando c'è qualcosa; *fare squadra* in un momento difficile; muoversi più veloce se occorre per risolvere il problema in un giorno e mezzo piuttosto che in una settimana. (PLS, Giuseppe, medico)

Nella metafora dell'équipe il grado di interazione comunicativa verso l'interno è elevato, sebbene non raggiunga i livelli della metafora della famiglia, mentre le relazioni con l'esterno sono più fluide grazie alla più ampia condivisione di un obiettivo comune. Questa metafora non ha una diffusione particolarmente elevata nel campione, ma testimonia un cambiamento nel modo di concepire le professioni sanitarie, la presenza di una prospettiva differente rispetto alle precedenti. Questa metafora apre scenari di trasformazione e di evoluzione all'interno dell'organizzazione, evidenziando l'esistenza di disposizioni collaborative più efficaci per affrontare le sfide che i cambiamenti organizzativi della sanità stanno lanciando alle professioni e ai servizi di cura.

## 6. Conclusioni

In che modo l'immaginario dei professionisti della salute può mobilitare risorse ed energie per orientare in termini propositivi i cambiamenti in corso? Le metafore discusse evidenziano modalità differenti con cui gli attori sociali si rappresentano quotidianamente la scena della cura e le dinamiche collaborative in cui sono parte attiva. Questa rappresentazione non è da intendere come una forma di mentalismo solipsistico (Cozza 2012) secondo una visione individualistica dell'azione sociale, che trasforma l'immaginazione in un'azione volontaristica del soggetto. Le metafore sono culturalmente situate, ovvero *colludono* con situazioni strutturali specifiche (Carli, Paniccia e Giovagnoli 2010), esse sono quel *comune terreno simbolico* che da senso alle pratiche professionali quotidiane (Morgan 1993). Il quadro complessivo

delle metafore esaminate evidenzia specifiche fenomenologie situate della collaborazione, lasciando sullo sfondo i nuovi modelli di professionalismo emergenti dall'impatto delle trasformazioni in corso nei sistemi sanitari (Numerato 2012).

La metafora dell'apparato intende l'organizzazione ospedaliera come una complessa macchina, il cui funzionamento è regolato da norme impersonali e indicazioni formalizzate e prescrittive. Questa metafora conferma le riflessioni di un'ampia letteratura di sociologia della medicina che riconosce nei professionisti della salute una forte aspettativa affinché anche le interazioni sociali siano governate dagli stessi principi funzionali, con una forte attribuzione di responsabilità alle procedure codificate. A causa di tale diffusa aspettativa, alimentata principalmente dal processo di aziendalizzazione (Vicarelli 2013) e dal radicarsi del paradigma dell'*evidence based medicine* (Timmermans e Berg 2002), in termini generali il grado di interazione collaborativa tende ad essere basso e si registrano difficoltà relazionali sia verso l'interno delle singole unità organizzative sia verso l'esterno delle stesse e delle strutture sanitarie. Si tratta della metafora più diffusa nel campione dello studio, e risulta particolarmente radicata nei dipartimenti Materno-infantile e Chirurgico, caratterizzati da un elevato grado di meccanizzazione delle attività routinarie e da altrettanto elevate aspettative collettive. Questa metafora sembra accompagnare un processo involutivo di chiusura relazionale e di demotivazione da parte del personale che incide negativamente sulle dinamiche collaborative.

La metafora della famiglia identifica un contesto caratterizzato da un significativo grado di coesione sociale, spesso evocato con tonalità nostalgiche verso un passato idealizzato, nel quale le interazioni professionali erano fittamente intrecciate a quelle personali e in cui la componente affettiva era connaturata alla logica di funzionamento dell'organizzazione. Tale scenario appare dominato dalla «solidarietà meccanica» che lega gli «abitanti dello stesso territorio organizzativo», agevolando così le interazioni professionali interne anche di fronte a criticità di ordine strutturale, a discapito della finalità organizzative generali. Questa metafora richiama un'ampia letteratura manageriale che vede nella forte coesione sociale tipica del legame familiare, uno dei nuclei portanti del sistema socio-economico del nostro paese, mostrandone tuttavia la diffidenza nel travalicare i confini del proprio gruppo di appartenenza per costruire alleanze di più

ampio respiro (Spriggs *et al.* 2013). Il nostro studio conferma tale analisi, evidenziando come questa metafora esprima al massimo grado di collaborazione interna, verso chi è percepito come membro del proprio gruppo sociale, mentre le interazioni con le altre parti dell'organizzazione sono spesso critiche, a causa di tale chiusura relazionale che tende a salvaguardare la coesione interna. Questa metafora è maggiormente diffusa tra il personale infermieristico, a prescindere dal dipartimento di appartenenza. Si caratterizza inoltre per la ricerca dell'omeostasi, nel tentativo di riprodurre le condizioni esistenti che rendono possibile la sussistenza del gruppo.

La metafora dell'*équipe* vede l'organizzazione ospedaliera costituita da un'eterogeneità di attori organizzativi e professionali che interagiscono secondo modalità sia formali sia informali per concludere positivamente il processo del *problem solving* quotidiano. Le interazioni sociali si collocano sul piano dell'*azione situata*, in cui i diversi attori coinvolti cercano forme di allineamento per risolvere lo specifico problema, a prescindere dal ruolo professionale e dell'unità di appartenenza (Alby e Zuccheraglio 2006). Si segnala un significativo grado di conflittualità generale che però è bilanciato da una diffusa «solidarietà organica», alimentata da tale orientamento al *problem solving* quotidiano. Il grado d'interazione comunicativa verso l'interno è elevato, sebbene non raggiunga i livelli della metafora precedente, mentre le relazioni con l'esterno sono più fluide grazie alla più ampia condivisione di un obiettivo comune. Questa metafora non ha una diffusione particolarmente elevata nel campione ma testimonia la presenza di una prospettiva differente rispetto alle precedenti. L'aspetto originale di questa metafora si coglie per contrasto rispetto alle altre, più diffuse nel nostro campione. È principalmente il personale medico e chi riveste ruoli o funzioni di coordinamento tra gli infermieri e il personale tecnico a riferirne l'esistenza. Anche la diversa appartenenza dipartimentale incide sulla sua diffusione: infatti, è maggiormente diffusa nei dipartimenti Cardio-nefro-polmonare, in cui devono necessariamente convivere quotidianamente comunità professionali ed ambiti disciplinari differenti, e di Radiodiagnostica, in cui una maggiore complessità interattiva è introdotta nelle dinamiche collaborative della mediazione simbolica e pragmatica operata dalle tecnologie, sulle quali si fonda l'attività delle diverse unità afferenti al servizio (Bruni 2008). Questa metafora apre scenari

di trasformazione e di evoluzione all'interno dell'organizzazione, che sembrano renderla più efficace nell'accogliere e affrontare le sfide che la contemporaneità sta lanciando alle professioni e ai servizi di cura. Una delle sfide riguarda la collaborazione interprofessionale immaginata in termini di opportunità, e non solo, come incombenza burocratica o clan familistico.

A partire dalle metafore studiate possiamo sinteticamente individuare tre modi di immaginare la collaborazione: l'esito finale di un sistema funzionale organizzato secondo procedure burocratiche, dove la collaborazione è intesa in termini astratti e razionali; l'espressione di un legame affettivo dalla natura profonda, secondo logiche claniche, familistiche appunto, dove la collaborazione è soprattutto fiducia; infine, la condizione necessaria per il lavoro all'interno di un gruppo dalla natura eterogenea e plurale, fortemente orientato al raggiungimento del risultato, dove la collaborazione è principalmente un mezzo per risolvere i problemi.

#### RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Alberoni, F.  
1989 *Genesis*, Milano, Garzanti.
- Alby, F. e C. Zuchermaglio  
2006 *Afterwards We Can Understand What Went Wrong, But Now Let's Fix It: How Situated Work Practices Shape Group Decision Making*, in «*Organization Studies*», 27, pp. 943-966.
- Adler, P.S., Seok-Woo, K. e C. Heckscher  
2008 *Perspective-professional Work: The Emergence Of Collaborative Community*, in «*Organization Science*», 19, pp. 359-376.
- Arya, B. e Z. Lin  
2007 *Understanding Collaboration Outcomes From an Extended Resource-Based View Perspective: The Roles of Organizational Characteristics, Partner Attributes, and Network Structures*, in «*Journal of Management*», 33, pp. 697-723.
- Bruni, A.  
2008 *La medicina come ingegneria dell'eterogeneo e pratica socio-materiale*, in «*Rassegna Italiana di Sociologia*», 49, 3, pp. 451-476.
- Cambrosio, A., Keating, P. e A. Mogoutov  
2004 *Mapping Collaborative Work And Innovation In Biomedicine A Computer-Assisted Analysis of Antibody Reagent Workshops*, in «*Social Studies of Science*», 34, pp. 325-364.
- Cardano, M.  
2012 *La ricerca qualitativa*, Bologna, Il Mulino.

- Carli, R., Paniccia, R.M. e F. Giovagnoli  
2010 *L'organizzazione e la dinamica inconscia*, in «Rassegna Italiana di Sociologia», 51, 2, pp. 183-204.
- Carton, M. e J. Cummings  
2012 *A Theory of Subgroups in Work Teams*, in «Academy Management Review», 37, pp. 441-470.
- Caricati, L., Mancini, T., Bianconcini, M., Guidi, C., Prandi, C., Silvano, R., Sollami, A., Tafurelli, C. e G. Artioli  
2014 *Psychosocial Predictors of Collaborative Practice Between Nurses and Physicians Working in Hospitals*, in «Acta Biomed for Health Professions», 85, pp. 32-40.
- Casnici, N., Bravo, G., Castellani, M. e F. Squazzoni  
2012 *Cooperazione, fiducia e differenze di genere: un'indagine cross-metodologica*, in «Rassegna Italiana di Sociologia», 53, 4, pp. 537-600.
- Casonato, M.  
2003 *Immaginazione e metafora. Psicodinamica, psicopatologia, psicoterapia*, Roma-Bari, Laterza.
- Cozza, M.  
2012 *Narrare il cambiamento organizzativo: da «fuoco» a «sfondo»*, in «Rassegna Italiana di Sociologia», 53, 4, pp. 661-686.
- Crilly, N., Blackwell, A.F. e P.J. Clarkson  
2006 *Graphic Elicitation: Using Research Diagrams As Interview Stimuli*, in «Qualitative Research», 6, 3, pp. 341-366.
- Durkheim, E.  
1893 *De la division du travail social*, Paris, Les Presses universitaires de France; trad. it. *La divisione del lavoro sociale*, Milano, Edizioni di Comunità, 1999.
- Kuckartz, U.  
2007 *MAXQDA: Qualitative Data Analysis*, Berlin, VERBI software.
- Lakoff, G. e M. Johnson  
1980 *Metaphores We Live By*, Chicago, University of Chicago Press; trad. it. *Metafora e vita quotidiana*, Milano, Bompiani, 1998.
- Lega, L., Villa, S. e M. Barbieri  
2003 *Restructuring Patient Flow Logistics Around Patient Care Needs: Implications And Practicalities From Three Critical Cases*, in «Health Care Management Science», 12, pp. 155-165.
- Lusardi, R.  
2012 *Corpi, tecnologie e pratiche di cura. Uno studio etnografico in terapia intensiva*, Milano, Franco Angeli.
- Lusardi, R. e S. Manghi,  
2013 *I limiti del sapere tecnico: i saperi sociali nella scena della cura*, in G. Vicarelli (a cura di), *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Roma, Carocci, pp. 145-174.
- Magatti, M.  
2009 *Libertà immaginaria. Le illusioni del capitalismo tecno-nichilista*, Milano, Feltrinelli.
- Manghi, S.  
2005 *Il medico, il paziente e l'altro. Un'indagine sull'interazione comunicativa nelle pratiche mediche*, Milano, Franco Angeli.



- Meyer, J.P., Stanley, D.J., Herscovich, L. e L. Topolnysky  
 2002 *Affective-Emotional, Continuance, and Normative Commitment to the Organization: A Meta-Analysis of Antecedents, Correlates And Consequences*, in «Journal of Vocational Behavior», 61, pp. 20-52.
- Morgan, G.  
 1998 *Images of Organization*, Newbury Park and San Francisco, Sage; trad. it. *Immagini. Le metafore della collaborazione*, Milano, Franco Angeli, 2004.
- 1993 *Imagination: New Mindsets for Seeing, Organizing and Managing*, Newbury Park and San Francisco, Sage; trad. it. *Immaginizzazione. Un modo nuovo per agire nelle organizzazioni*, Milano, Franco Angeli, 1995.
- Numerato, D., Salvatore, D. e G. Fattore  
 2012 *The Impact Of Management On Medical Professionalism: A Review*, in «Sociology of Health & Illness», 34, pp. 626-644.
- Pearce, W.B.  
 1989 *Communication and the Human Condition*, Carbondale, Southern Illinois University Press; trad. it. *Comunicazione e condizione umana*, Milano, Franco Angeli 2004.
- Scaratti, G.  
 2012 *Costruire ambienti organizzativi: uno sguardo psicologico tra pratiche organizzative e riflessione in azione*, in «Rassegna Italiana di Sociologia», 53, 2, pp. 315-339.
- Sennett, R.  
 2012 *Together: The Rituals, Pleasures, and Politics of Cooperation*, New Haven, Yale University Press; trad. it. *Insieme. Rituali, piaceri, politiche della collaborazione*, Milano, Feltrinelli, 2012.
- Spriggs, M., Yu, A., Deeds, D. e R.L. Sorenson  
 2013 *Too Many Cooks In The Kitchen: Innovative Capacity, Collaborative Network Orientation, And Performance In Small Family Businesses*, in «Family Business Review», 26, pp. 32-50.
- Timmermans, S. e M. Berg  
 2002 *The Gold Standard: A Sociological Exploration of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*, Philadelphia, Temple University Press.
- Tomelleri, S. e G. Artioli (a cura di)  
 2013 *Scoprire la collaborazione resiliente. Una ricerca-azione sulle relazioni inter-professionali in area sanitaria*, Milano, Franco Angeli.
- Tousijn, W.  
 2000 *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Bologna, Il Mulino.
- Vicarelli, G. (a cura di)  
 2013 *Cura e salute. Prospettive sociologiche*, Roma, Carocci.
- Wincent, J., Anokhin, S., Örtqvist, D. e E. Autio  
 2010 *Quality Meets Structure: Generalized Reciprocity and Firm-Level Advantage in Strategic Networks*, in «Journal Of Management Studies», 47, pp. 597-624.
- Xiao, Y.  
 2005 *Artifacts And Collaborative Work in Healthcare: Methodological, Theoretical, And Technological Implications of the Tangible*, in «Journal of biomedical informatics», 38, pp. 26-33.

**The metaphors of the collaboration, or the social construction of collaborative interactions**

This article illustrates the connections between collaborative interactions and both social and organizational transformations that are affecting practices of care and healthcare organizations. On the basis of empirical data collected through 13 focus groups in an Italian hospital, it is meant to show how collaboration can be linked to three main metaphors, each of them matching specific forms of social and professional interactions. The three metaphors of collaboration constitute different attempts to interpret social and organizational changes in proactive terms, encouraging social innovation, or in defensive terms, as action of cultural resistance. The three metaphors are: the apparatus, the family and the team. In different ways, the first two represent forms of resistance to change and they are widely present within the organization. The last, instead, consists of a proactive way to face ongoing social and organizational change. This metaphor circulates in limited settings within the organization but it testifies the existence of a different prospective to look at collaborative interactions, a prospective related to specific combinations of organizational and professional characteristics. The three metaphors indicates that organizational change and collaboration can be strengthened by facilitating open, plural and heterogeneous professional settings.

*Keywords:* interprofessional collaboration, practice of care, metaphor, qualitative research, organizational innovation.

*Per corrispondenza:* Roberto Lusardi, Università di Bergamo, Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, piazzale S. Agostino 2, 24129 Bergamo (BG). E-mail: roberto.lusardi@unibg.it; Stefano Tomelleri, Università di Bergamo, Dipartimento di Scienze Umane e Sociali, piazzale S. Agostino 2, 24129 Bergamo (BG). E-mail: stefano.tomelleri@unibg.it