

“Devo aspettare qui?”

Studio etnografico delle traiettorie
di accesso ai servizi sanitari
a Bologna

“Devo aspettare qui?”

Studio etnografico delle traiettorie
di accesso ai servizi sanitari
a Bologna

La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Marco Biocca

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, giugno 2007

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss151.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Il documento è stato predisposto nell'ambito del Progetto ministeriale ex art. 12 e 12bis, DLgs 502/1992 e successive modifiche "Le disuguaglianze. Le disuguaglianze: i meccanismi di generazione e l'identificazione di interventi possibili" coordinato dall'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, responsabile scientifico Maria Augusta Nicoli.

La redazione del documento è a cura dell'*équipe* di ricerca dell'Università di Trento, Facoltà di sociologia, Dipartimento di sociologia e ricerca sociale - sottoprogetto "Processi organizzativi e disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari"

Attila Bruni Università di Trento

Rino Fasol Università di Trento

Silvia Gherardi Università di Trento - responsabile scientifico

Si ringraziano i responsabili e gli operatori dei Servizi presso i quali è stato realizzato lo studio.

Ciclo di workshop regionali *Sanità, il diritto debole. Strumenti, metodologie di analisi delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e indicazioni per sviluppare strategie operative tese a garantire equità*, maggio-giugno 2005.¹

- Dossier n. 111. *Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee*. 2005.
- Dossier n. 138. *Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna*. 2006.
- Dossier n. 145. *Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie*. 2007.
- Dossier n. 151. *"Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna*. 2007.

¹ http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/eventi/2005_ws_disug.htm

Indice

Sommario	7
<i>Abstract</i>	8
Premessa	9
Introduzione	11
1. Organizzazione e disuguaglianze in ottica etnografica	15
1.1. Il disegno della ricerca: zoomare il campo e ricomporre la mappa dei punti di accesso	16
1.2. L'osservazione etnografica: da "taccuino rosso" a "cassetta degli attrezzi"	19
1.3. La riflessività della scrittura etnografica	20
1.4. "Entrare" in un'etnografia: brevi istruzioni per l'uso	21
2. Servizio A	23
2.1. Entrare al Servizio A	23
2.2. Accettare i pazienti: un agire competente	30
2.3. La sindrome di Salgari	35
2.4. Servizio A: quando la diversità è ordinaria	38
2.5. Riflessioni conclusive	46
3. CUP	47
3.1. Entrare al CUP: fare la coda	49
3.2. La relazione operatori-utenti come interazione rituale	55
3.3. Attese competitive	63
3.4. Piccole disuguaglianze quotidiane	67
3.5. Riflessioni conclusive	74
4. Pronto soccorso dell'ospedale	77
4.1. Entrare al Pronto soccorso	77
4.2. Il triage e la codificazione dell'utente	83
4.3. Gestire la complessità: un problema organizzativo?	94
4.4. Traiettorie e scorciatoie	105
4.5. Vita quotidiana	108
4.6. Riflessioni conclusive	113

5. Consultorio C	117
5.1. Consultorio o poliambulatorio?	117
5.2. Seguire il percorso	123
5.3. I ritmi nascosti della quotidianità organizzativa	128
5.4. Riflessioni conclusive	130
6. Consultorio D	133
6.1. Ricevere le prenotazioni	133
6.2. La "cuppizzazione" del servizio	136
6.3. Le visite	138
6.4. L'apprendimento da tirocinante e l'importanza del passaparola	144
6.5. Le "nomadi della Torre": i servizi come rete di attività	147
6.6. Riflessioni conclusive	154
7. Servizio E	157
7.1. Questione di privacy	157
7.2. Gestire l'attesa e l'accoglienza	160
7.3. Gestire il gruppo di lavoro	166
7.4. Riflessioni conclusive	168
8. Conclusioni	171
8.1. Accessi, traiettorie e interstizi	171
8.2. Fare la differenza: fiducia, rispetto, reciprocità	180
Riferimenti bibliografici	185

Sommario

Il rapporto di ricerca rientra fra le azioni previste nel progetto "Le disuguaglianze: i meccanismi di generazione e l'identificazione di interventi possibili", promosso dall'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna e co-finanziato dal Ministero della salute (ex art. 12 e 12 bis DLgs 502/1992 e successive modificazioni).

La ricerca studia i processi e le pratiche organizzative che innescano (o che possono innescare) disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari. Ci si sofferma in particolare sul rapporto tra utenza e organizzazione sanitaria, considerando il complesso intreccio di variabili - non solo cliniche, epidemiologiche ed economiche, ma anche socio-culturali e psico-sociali - che generano condizioni di non equità nel momento di incontro tra utenti e operatori sanitari, tra gruppi sociali e organizzazione. L'identificazione di tali meccanismi è finalizzata anche a predisporre azioni di governo a livello regionale e locale che implementino una cultura orientata al principio della "cittadinanza delle differenze", per promuovere processi partecipativi alle scelte di politica sanitaria.

Nella scelta dei luoghi in cui condurre l'indagine si è considerata la distinzione tra servizi dedicati ad utenze particolari e servizi universalistici. Tra febbraio e luglio 2004 sono stati osservati, ciascuno per la durata di una settimana lavorativa, i seguenti servizi a Bologna:

- Servizio A, rivolto a immigrati irregolari; fornisce visite di medicina generale e assistenza farmaceutica di base;
- Servizio E, rivolto all'accoglienza di donne e bambini stranieri (regolari e irregolari) nella prima fase di immigrazione; fornisce visite ginecologiche, pediatriche, assistenza psicologica e visite di medicina generale;
- CUP;
- Pronto soccorso dell'ospedale;
- 2 Consultori.

A partire da diversi punti di accesso al sistema sanitario nazionale, viene sottolineato lo snodarsi delle traiettorie di presa in carico da parte dei servizi territoriali, mostrando come questo incontro iniziale segni l'evolversi dell'interazione tra l'organizzazione e il suo fruitore, singolo o collettivo.

La principale modalità di raccolta dati è stata l'osservazione partecipante di alcuni operatori e interviste svolte contestualmente all'osservazione. Discorsi diretti di persone incontrate nei servizi, descrizioni delle situazioni e di particolari episodi, interpretazioni proseguono in parallelo.

Al termine dei Capitoli dedicati ai singoli servizi, nelle conclusioni si offre invece una lettura trasversale della rete, soffermandosi sui processi e sulle dinamiche organizzative maggiormente ricorrenti, sulle loro implicazioni in termini di traiettorie di accesso dell'utenza e su come, dunque, tali processi partecipino - o meno - alla costruzione e riproduzione pratica e quotidiana di alcune forme di disuguaglianza.

Abstract

"Do I have to wait here?"

Ethnographic research on access path to health services in Bologna

The report is part of the project "Inequalities: generative mechanisms and identification of possible interventions" promoted by the Regional Agency for Health and Healthcare of Emilia-Romagna and co-financed by the Italian Health Ministry.

The research analyses organizational processes and practises that start (or that can start) inequalities in access to health services. In particular, the relationship between users and health organization is studied, considering the interlacement of variables - not only clinical, epidemiological and economic ones but also socio-cultural and psycho-social variables - that generate conditions of inequity when users and health professionals, social groups and health organizations meet.

The identification of these mechanisms is aimed at implementing actions by the local and regional governments to encourage a culture oriented toward a "citizenship of differences" principle and to promote participation in health policies choices.

To decide the settings for the survey, the distinction between services for specific users and universalistic services was considered. Between February and July 2004 the following services in Bologna were studied, each for a working week period:

- *Service A, for irregular immigrants; it offers general care and basic pharmaceutical care;*
- *Service B, for foreign (regular and irregular) women and children just arrived in Italy; it offers gynaecological, paediatric and general visits and psychological help;*
- *centre for booking medical visits and exams (CUP);*
- *emergency ward in a city hospital;*
- *2 advisory centres.*

Considering these different access points to the National Health System, the different care paths offered by the services are studied, in particular focusing on the initial meeting as fundamental in influencing the interaction between the organization and its users.

Data were mainly collected through direct observation of some health professionals and through interviews. Original speeches of people met in the services, descriptions of situations and specific episodes, interpretations by the observer develop in the Chapters.

The final Chapter analyses the network of health services, focusing in particular on the most common organizational processes and dynamics, on their influence on users' access paths, on how these processes determine the construction and the everyday reproduction of some inequalities.

Premessa

Il rapporto di ricerca presentato si inserisce all'interno delle azioni previste nel progetto “Le disuguaglianze: i meccanismi generatori e l'identificazione di interventi possibili”, promosso dall'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna, co-finanziato dal Ministero della salute (ex art. 12 e 12 bis DLgs 502/1992 e successive modificazioni).

Circoscrivere il tema delle disuguaglianze al momento di accesso ai servizi sanitari nel contesto della Regione Emilia-Romagna significa cogliere la dinamica esistente tra un sistema sanitario improntato ai principi di universalità e l'applicazione di tali principi; questa applicazione è oggi più che in passato al centro di un acceso dibattito che pone in primo piano le implicazioni etiche che discendono dalla traducibilità operativa adottata dai programmatori sanitari.

L'approccio con cui viene affrontato il tema delle disuguaglianze sociali nell'accesso ai servizi sanitari è quello di considerare il rapporto tra utenza e organizzazione sanitaria. Pertanto, l'interesse è rivolto a identificare i meccanismi generatori alla base dei processi di disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, considerando il complesso intreccio di variabili - non solo cliniche, epidemiologiche ed economiche, ma anche socio-culturali e psico-sociali - che generano condizioni di non equità nel momento di incontro tra utenti e operatori sanitari, tra gruppi sociali e organizzazione. L'identificazione di tali meccanismi è peraltro finalizzata a predisporre azioni di governo a livello regionale e locale che implementino una cultura orientata al principio della “cittadinanza delle differenze”, per promuovere processi partecipativi alle scelte di politica sanitaria, a portare a sistema le scelte organizzative atte a contrastare forme di discriminazione e rischi di razionamento implicito (LEA), e a garantire equità.

Hanno concorso alla realizzazione del progetto ministeriale le seguenti Unità operative:

- Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna (coordinatore del progetto)
responsabile scientifico: Maria Augusta Nicoli
- Azienda USL di Ferrara - responsabile scientifico: Maria Caterina Sateriale
- Azienda USL Bologna (ex Città di Bologna) - responsabile scientifico: Eno Quargnolo
- Azienda USL Bologna (ex Bologna Nord)
responsabile scientifico: Maria Cristina Cocchi
- Azienda USL di Rimini - responsabile scientifico: Angelo Fioritti
- Azienda USL di Cesena - responsabile scientifico: Mauro Palazzi
- Azienda USL di Reggio Emilia - responsabile scientifico: Silvia Candela
- Università di Parma, Dipartimento di psicologia
responsabile scientifico: Laura Fruggeri

- Università di Trento, Dipartimento di sociologia e ricerca sociale
responsabile scientifico: Silvia Gherardi
- Azienda USL di Ravenna - responsabile scientifico: Eugenio Di Ruscio

con la collaborazione dell'Azienda USL di Forlì.

Il Dossier costituisce il risultato di uno dei sottoprogetti realizzato dall'Unità operativa di Trento.

Introduzione²

L'organizzazione sociale della cura è un'attività complessa che ciascuna società persegue in modo diverso, a seconda sia delle risorse materiali di cui dispone, sia dei valori culturali espressi dalla società civile e politica. Infatti la salute - e la cura di essa - possono essere considerate a tutti gli effetti dei valori universali, mentre le modalità con cui tradurre questi valori in pratica sono locali, cioè sono situati entro una rete di condizioni materiali e ideali.

Da questa considerazione, tanto semplice da apparire quasi banale, si propone di partire per un percorso di riflessione sui meccanismi di accesso ai servizi sanitari di un sistema organizzativo territoriale. La domanda guida, e che implicitamente struttura la riflessione presentata, riguarda le conseguenze non intenzionali di detti meccanismi: l'organizzazione attuale dell'accesso produce volontariamente o involontariamente disuguaglianza?

Si tenga presente che il titolo della ricerca complessiva finanziata dal Ministero della salute ("Le disuguaglianze: i meccanismi di generazione e l'identificazione di interventi possibili") esprime un valore sociale istituzionalizzato. Detto in altri termini, una società che finanzia una ricerca tesa ad indagare la produzione socio-organizzativa della disuguaglianza è una società che esprime un orientamento valoriale verso l'eguaglianza sostanziale nella realizzazione del diritto alla salute. La cultura organizzativa che sottende dunque l'impostazione del lavoro di tutte le *équipes* esprime la consapevolezza che le condizioni socio-economiche della popolazione a cui sono rivolti i servizi socio-sanitari sono diverse in base alla classe, al genere e alla razza, ma che non è socialmente accettabile che su queste differenze si istaurino le disuguaglianze. Di conseguenza, l'interesse della conoscenza alla base del presente lavoro si incentra sull'interrogativo: in che modo i processi dell'organizzare quotidiano dei servizi prendono in considerazione la pluralità delle differenze e come possono produrre una eguaglianza sostanziale nella realizzazione del diritto alla salute?

Si tratta dunque di una riflessione che ha come oggetto il rapporto tra forme di organizzazione ed effetti sociali in termini di produzione/riproduzione di modalità di relazioni sociali diseguali. Tale percorso verrà intrapreso impiegando l'apparato teorico e metodologico della sociologia del lavoro e dell'organizzazione e pertanto a partire da una considerazione sulla relazione tra organizzazione e differenza, che è fondante della disciplina.

Il sapere scientifico alla base della pratica organizzativa, istituzionalizzato entro diversi corpi disciplinari (dell'economia, della psicologia, della sociologia, dell'antropologia), si è sviluppato sull'assunto di fondo che per produrre organizzazione fosse necessario - o più efficiente - standardizzare. La standardizzazione costituisce infatti il più semplice

² A cura di Silvia Gherardi, Università di Trento.

ed efficace meccanismo di coordinamento dell'attività organizzativa. Specializzazione e coordinamento rappresentano i meccanismi organizzativi su cui si basa la divisione del lavoro; tuttavia la standardizzazione può produrre effetti non desiderati e comunque, pur essendo il meccanismo più semplice e meno costoso di coordinamento, può indurre costi sociali occulti. Inoltre, la standardizzazione contiene un valore simbolico che è implicitamente assunto dalla società sotto forma sia di organizzazione razionale, sia di garanzia di eguaglianza di trattamento dell'utenza e di rispetto dei suoi diritti universali. Dal punto di vista della logica organizzativa, la standardizzazione rappresenta quindi la soluzione al problema delle differenze e il meccanismo da adottare per segmentare l'utenza in categorie omogenee. Dal punto di vista della logica della fruizione dei servizi, la standardizzazione simbolizza da un lato la garanzia dell'eguaglianza di trattamento, dall'altro il muro contro cui si infrange il diritto soggettivo a rappresentare la propria unicità.

Pertanto, la standardizzazione è necessaria nella pratica organizzativa, ma in un certo modo ha indirizzato lo sviluppo della teoria in senso di sottovalutazione delle differenze. Queste ultime assumono però una rilevanza sia teorica che pratica nel momento in cui le organizzazioni desiderano esprimere una cultura del servizio; sono organizzazioni pubbliche e sono finalizzate alla realizzazione pratica di un'etica sociale. A questo proposito, occorre ammettere con onestà intellettuale come sia la teoria che la pratica siano scarsamente attrezzate per l'elaborazione delle differenze e il contrasto delle disuguaglianze. Anche il nascente campo del cosiddetto *diversity management*³ è ancora in fase di elaborazione del suo concetto fondante e al momento esprime orientamenti per alcune importanti politiche di gestione delle risorse umane, ma non affronta pienamente il tema della produzione organizzativa di eguaglianza/ disuguaglianza, sia nei processi quotidiani dell'organizzare il servizio, sia nei processi di fruizione dello stesso. La ricerca condotta sugli accessi ai servizi intende offrire un contributo a tale ambito teorico; anche la scelta metodologica, pertanto, si ispira ad un'etica della cura guidata da valori egualitari. Altre opzioni valoriali sono non solo possibili ma rispettabili, dal momento che il dibattito sui costi sociali della realizzazione del diritto alla salute è un dibattito sulla sostenibilità di un modello di crescita sociale.

Nell'impostazione della metodologia della ricerca si è dunque partiti dalla constatazione che a tutt'oggi le condizioni socio-economiche dell'utenza, sia reale che potenziale, influenzano l'accesso e la fruizione dei servizi e quindi le opportunità oggettive di cura, salute e vita delle diverse fasce della popolazione. Ma come ha luogo l'incontro tra l'offerta del servizio, la richiesta dell'utenza e le circostanze e le conseguenze di tale situazione?

³ Esistono attualmente quantomeno due accezioni del termine *diversity*. La prima si focalizza sugli aspetti individuali, ossia su quelle caratteristiche (etnia e genere, ad esempio) che rendono gli individui "etichettabili" (McDaniel, Walls, 1997; Thomas, 1990, 1991). La seconda si incentra invece sulle interazioni inter-gruppo, ossia sulle dinamiche di categorizzazione sociale che si creano laddove diversi gruppi si confrontano all'interno di un'organizzazione (Loden, Rosener, 1991; Tung, 1993).

Una ricerca qualitativa è in grado di descrivere come si realizzino risultati differenti al variare delle circostanze, dei luoghi e delle persone. Il disegno della ricerca si articola infatti in sette studi etnografici che hanno presidiato altrettanti punti di accesso al sistema sanitario territoriale. Nel paragrafo che segue è presentata l'impostazione metodologica, ma in questa fase è opportuno anticipare la logica del disegno per orientare il lettore alla lettura del rapporto.

Gli studi di etnografia organizzativa sono studi qualitativi che hanno l'obiettivo di descrivere in dettaglio e in modo articolato la cultura organizzativa di un servizio o di un'organizzazione, mettendo a fuoco un tema particolare, un processo in specifico oppure l'insieme delle pratiche (Bruni, 2003; Bruni e Gherardi, 2007). La descrizione si accompagna e si intreccia con le linee interpretative che il ricercatore elabora e presenta a partire dalla propria soggettività e dalle interazioni che ha sviluppato nel corso della sua permanenza sul campo e dell'osservazione partecipante che ha condotto in situazione. Per questo motivo, la soggettività del ricercatore costituisce la principale risorsa per la ricerca e dunque la sua presenza nel testo tende a riecheggiare la sua presenza nei luoghi della ricerca. Infatti, la scrittura del rapporto è parte integrante del processo di ricerca stesso, in quanto ha lo scopo di ri-presentare i dati al lettore per renderlo partecipe delle situazioni osservate e invitarlo a trarre indicazioni per l'azione a partire da una condivisione di osservazioni e riflessioni interpretative. Si noterà dunque che lo stile espositivo non è quello analitico proprio delle ricerche organizzative tradizionali e le implicazioni per l'azione e l'intervento organizzativo non hanno un tono prescrittivo, ma lasceranno al lettore l'autonomia per l'elaborazione di linee d'azione situate nell'ambito di responsabilità e autonomia proprio di ciascuno.

La logica che ha guidato la scelta dei luoghi in cui condurre l'indagine si è basata sulla distinzione tra servizi dedicati ad utenze particolari e servizi universalistici. Tale criterio è stato il risultato di una prima fase di osservazione e mappatura dei punti di accesso ai servizi sanitari del territorio, tenendo presente che l'utenza che si rivolge nei punti istituzionali per l'accesso è un'utenza già emersa come tale rispetto ad una domanda che può avere ancora molti aspetti di informalità o di clandestinità. Si vedrà inoltre che le differenze messe a fuoco sono numerose e spesso intrecciate, nonostante l'attenzione principale fosse costituita dall'immigrazione e dal genere. Le differenze che nell'interazione con i servizi diventano “differenze che fanno la differenza” sono non solo quelle a sfavore dell'utente, ma anche quelle di maggior favore e, nel quotidiano, è la loro compresenza che rende il confronto più stridente.

A partire dunque da diversi punti di entrata nel sistema dei servizi sanitari, è stato seguito lo snodarsi delle traiettorie di presa in carico da parte dell'organizzazione e come questo incontro iniziale segni l'evolversi dell'interazione tra l'organizzazione e il suo fruitore singolo o collettivo.

Sebbene la ricerca non abbia un impianto comparativo, né sia possibile una comparazione propriamente detta (data l'eterogeneità dei servizi), tuttavia è impossibile sfuggire al fascino del confronto tra servizi e situazioni apparentemente simili o similari. Da riflessioni che confrontano, assimilano o contrastano i servizi tra di loro, è possibile elaborare altre riflessioni e spunti per estrapolare buone pratiche, nel senso autentico

del termine e non come esercizio di *management*. Si invitano quindi i lettori ad esercitare queste capacità di confronto anche in relazione a situazioni di cui hanno conoscenza di prima mano. A questo proposito, è bene anticipare alcune considerazioni emerse solo al termine della ricerca, ma che potrebbero guidare la lettura del rapporto.

Il servizio territoriale può essere pensato come un sistema complesso che nel suo funzionamento pratico e quotidiano attiva o non attiva rapporti di collaborazione (e/o competizione) inter-organizzativa formalmente disegnati tra le strutture o, viceversa, attiva rapporti inter-organizzativi che non sono formalmente previsti. La non corrispondenza tra organizzazione formale e informale non meraviglia certo il lettore esperto di organizzazione; tuttavia sono degni di nota (e vale la pena prestarvi attenzione nel seguire la descrizione dei servizi) l'integrazione e l'assorbimento delle variazioni attuati dal sistema nel suo complesso grazie al comune orientamento tra chi eroga il servizio e chi lo richiede. Nel suo complesso, infatti, questo sistema organizzativo viene fatto funzionare grazie alla condivisione di un tratto culturale che si potrebbe descrivere sommariamente come una cultura del servizio, che è consapevole di negoziare tra le aspettative più o meno legittime dell'utenza e la farraginosità di un'organizzazione burocratica che non può funzionare solo in base ai rapporti formali, ma che tuttavia deve rispettare un sistema normativo e organizzativo istituzionale. L'ordine organizzativo è dunque un ordine negoziato, e in queste micro-negoziazioni quotidiane l'utenza è protagonista al pari dei funzionari, anche solo attraverso la fiducia che essa è disposta ad accordare o meno al sistema nel suo complesso.

Per facilitare la lettura si anticipa che la realtà studiata è costituita da un sistema organizzativo complesso che esprime un comune orientamento verso la soluzione dei problemi, che collabora attivamente (anche se non sempre consapevolmente e intenzionalmente) alla realizzazione della cooperazione inter-organizzativa e che esprime una buona riflessività rispetto alle contraddizioni, a volte stridenti, che vive quotidianamente. Nelle conclusioni della ricerca si invita a riflettere su tre dimensioni - fiducia, rispetto e reciprocità - che non costituiscono variabili tradizionali di uno studio organizzativo, bensì definiscono modalità proprie dell'interazione. Nel corso della ricerca si potrà vedere come fiducia, rispetto e reciprocità siano delle pratiche organizzative, ossia un fare (quotidiano) che traduce in pratica un insieme di orientamenti ideali e materiali.

1. Organizzazione e disuguaglianze in ottica etnografica⁴

Per evitare una lettura delle disuguaglianze come elementi ascritti agli individui ed enfatizzarne invece la componente inscritta e incorporata socialmente, coerentemente con l'interesse per la dimensione processuale (Cooper, Law, 1995) e pratica (Gherardi, 2000) dell'agire organizzativo che caratterizza sempre più studi dell'organizzazione (Strati, 2004), si è deciso di adottare una metodologia qualitativa e, per l'esattezza, etnografica.

Da un punto di vista etnografico, l'organizzazione è un artefatto sociale, un'invenzione collettiva mantenuta in vita attraverso l'azione, il linguaggio, i simboli, i rituali, le modalità di controllo, le tecnologie e gli oggetti materiali; attraverso una serie di elementi cioè che, specie nel loro insieme, "fanno" organizzazione (Bruni, 2003). In tale prospettiva, le organizzazioni si costituiscono come

fenomeni processuali che emergono dagli atti intenzionali delle persone che agiscono individualmente o assieme ad altri (Strati, 1996, p. 72),

ossia quali arene di un (dis)ordine negoziato (Weick, 1979). Le interazioni e le pratiche organizzative quotidiane rappresentano l'ambito di analisi privilegiato, allo scopo di fornire ciò che Geertz (1973) ha definito come *thick description*, ossia un'illustrazione "densa" dell'ambiente e dei processi osservati.

Se le prime etnografie organizzative si concentravano prevalentemente sugli aspetti culturali e simbolici della vita organizzativa, negli anni un approccio etnografico è stato utilizzato in relazione ai più svariati aspetti, assumendo accenti e sfumature diverse anche a seconda della prospettiva in cui il fenomeno organizzazione è stato interpretato. Probabilmente anche quale conseguenza della "rottura paradigmatica" (Gagliardi, 1986) occorsa negli anni '80 nella sociologia dell'organizzazione, infatti, sempre di più le organizzazioni

appaiono risultati, verbi e pratiche di modellamento (...) [così che] le organizzazioni in quanto forme sostantivate si tramutano nell'organizzazione intesa come processo e nelle dinamiche dell'organizzare (Cooper, Law, 1995, p. 308; enfasi in originale).

Non a caso, le consuete metafore dell'organizzazione quale "macchina", "cervello", "organismo", "prigione" e "sistema culturale" (Morgan, 1986) sono state sostituite da immagini più dinamiche e contraddittorie: l'organizzazione quale "artefatto simbolico" (Alvesson, Berg, 1992), "anarchia organizzata" (Weick, 1979), "ipertesto" (Strati, 1996),

⁴ A cura di Attila Bruni, Università di Trento.

"collettivo ibrido" (Callon, Law, 1995), "*performance* narrativa" (Czarniawska, 1997), "cyborgorganizzazione" (Cooper, Law, 1995), un assemblaggio instabile di elementi umani e non umani.

Che lo studio dell'organizzazione si risolva nello studio delle pratiche organizzanti è del resto un concetto sempre più accreditato all'interno della sociologia dell'organizzazione (Czarniawska, 2004; Law, 1994) e che fa da sfondo ad una quantità ormai innumerevole di studi empirici, all'interno dei quali la predilezione per un approccio etnografico costituisce senza dubbio un punto di intersezione. Negli ultimi anni, le etnografie organizzative hanno contribuito a mettere in luce la pluralità e contraddittorietà delle culture organizzative, il ruolo dinamico di simboli, artefatti e rituali condivisi, le conoscenze tacite, estetiche e di senso comune che informano l'agire organizzativo, la sempre maggiore difficoltà nel tracciare una linea netta di separazione tra forme di azione umana e tecnologica, ossia come oggetti e tecnologie incorporino e siano incorporate nelle *performance* organizzative, nonché la costruzione del genere e della diversità quale attività pratica e situata.

Proprio da quest'ultimo filone di studi è possibile ricavare un'importante indicazione teorica e metodologica per l'analisi: al pari del genere e delle differenze, anche le disuguaglianze sono frutto di processi relazionali, da ricercare nelle pratiche interattive e discorsive della vita organizzativa quotidiana.

Un approccio etnografico ai fenomeni organizzativi richiede quindi da parte dei ricercatori l'abilità di abbandonare il "dato per scontato" (Schutz, 1932), prediligendo un disegno di ricerca flessibile (Bruni, 2003; Gobo, 2001) e lasciandosi guidare dagli attori e dalle impressioni derivate dall'assistere alle loro interazioni.

1.1. Il disegno della ricerca: zoomare il campo e ricomporre la mappa dei punti di accesso

Nella fase iniziale della ricerca (settembre-ottobre 2003) si è voluto "zoomare il campo" (Silverman, 1998), focalizzandosi sull'osservazione del Centro unico di prenotazione. Da un punto di vista organizzativo, il CUP rappresenta infatti il punto di passaggio obbligato per chiunque debba prenotare una prestazione sanitaria. Inoltre, è a partire dal CUP che si innescano determinate traiettorie di accesso e di cura: tempi di attesa per la prestazione, luogo in cui effettuarla, *équipe* medica di riferimento, senza trascurare la più generale sensazione di facilità (o meno) nell'accesso ai servizi che gli utenti ricavano nell'incontrare una delle prime (e più strutturate) interfacce organizzative di accesso.

Sono state quindi osservate tre sedi CUP diversamente localizzate (ospedaliera, farmaceutica, *call center*), ciascuna per una settimana lavorativa. Queste prime osservazioni hanno aperto una finestra sulle principali dinamiche organizzative in atto nel momento di effettuazione di una prenotazione; tuttavia, come gli stessi operatori hanno fatto notare, i CUP gestiscono gli accessi di un'utenza in qualche modo già selezionata: recarsi in un CUP richiede l'iscrizione all'Anagrafe sanitaria e l'aver una prescrizione

medica⁵ e, dunque, segnala il fatto che l'utente ha in qualche modo già intrapreso una traiettoria di accesso (traiettoria che, per l'appunto, lo porta al CUP).

A partire da gennaio 2004 si è iniziato a ricomporre la mappa dei diversi punti di accesso ai servizi sanitari (esplicitamente rivolti a categorie diseguali) presenti sul territorio bolognese. Si è ritenuto importante e utile prendere quale primo riferimento la relazione su immigrati, salute e sanità pubblicata dall'Osservatorio delle migrazioni della Provincia nel 2002, dalla quale emerge una realtà di servizi articolata e complessa, con livelli variabili di specializzazione e differenziazione. La relazione ha permesso in ogni caso di identificare una serie di servizi e attori chiave per facilitare l'accesso ai servizi sanitari di categorie di utenti deboli. In particolare:

- Progetto speciale immigrati
progetto rivolto a immigrati irregolari e orientato a facilitare l'accesso e la fruizione dei servizi sanitari da parte di questi soggetti. Il progetto si snoda in diversi servizi, tra i quali riveste particolare importanza il servizio di mediazione culturale presente in tre ospedali dell'area cittadina, a cura di un'associazione di operatori della mediazione interculturale.⁶
- Servizio A
rivolto a immigrati irregolari; fornisce visite di medicina generale e assistenza farmaceutica di base.
- Servizio E
rivolto all'accoglienza di donne e bambini stranieri (regolari ed irregolari) nella prima fase di immigrazione; fornisce visite ginecologiche, pediatriche, assistenza psicologica e visite di medicina generale.

Sulla scorta di questa prima fotografia, sono stati contattati i responsabili dei servizi, per ricostruirne la storia e l'evoluzione e valutare dove focalizzare l'attenzione. Le interviste - che spesso hanno assunto la forma di una conversazione professionale tra ricercatore e intervistato - hanno subito lasciato presagire una realtà foriera di innumerevoli occasioni per osservare le traiettorie di accesso ai servizi sanitari da parte di categorie di soggetti che versano in condizioni di irregolarità o che, in ogni caso, necessitano di una mediazione o di un accompagnamento all'uso dei servizi. In base a un criterio di somiglianza/differenza, si è deciso di affiancare all'osservazione di punti di accesso dedicati, l'osservazione di quelli che sono invece i punti di accesso universali: il Pronto soccorso (a tutt'oggi uno dei principali punti di accesso ai servizi sanitari) e un consultorio (per il forte legame che queste strutture hanno con il territorio).

Come spesso succede laddove si procede adottando un disegno di ricerca flessibile (Cardano, 2003), infine, l'osservazione si è estesa anche a due realtà inizialmente non considerate, ma che hanno acquisito rilevanza nel corso del lavoro sul campo. La prima è stata suggerita dall'osservazione del Servizio A ed è una sede del CUP - peraltro, l'unica localizzata nel centro città - che, al momento dell'osservazione, si trovava nello stesso

⁵ A parte alcune rare eccezioni come l'oculistica e l'odontoiatria di base.

⁶ Anche questo servizio è stato brevemente osservato nel corso dello zoom sul campo.

stabile in cui aveva sede il Servizio A; diventava così, anche solo per motivi logistici, il punto di prenotazione più immediato per gli immigrati clandestini a cui i medici del Servizio A prescrivevano una visita o un esame. La seconda realtà si è invece presentata nel corso dell'osservazione del Servizio E: all'interno della stessa struttura che ospita il Centro ha infatti sede anche un consultorio, motivo per cui è sembrato interessante - soprattutto da un punto di vista organizzativo - indagare il funzionamento di entrambi, nonché l'esistenza, o meno, di relazioni tra le due strutture.

Riassumendo, l'osservazione ha riguardato (nell'ordine):

- Servizio A
- CUP
- Pronto soccorso dell'ospedale
- Consultorio C
- Consultorio D
- Servizio E

Ciascun servizio è stato osservato per la durata di una settimana lavorativa,⁷ tra febbraio e luglio 2004. La principale modalità di raccolta dati è stata l'osservazione partecipante (Gobo, 2001), unitamente allo *shadowing* (Bruni, 2003) di alcuni operatori e ad alcune interviste etnografiche (Spradley, 1979) svolte contestualmente all'osservazione. A questo proposito, può essere utile anticipare un elemento, ossia il ritmo serrato che contraddistingue lo scorrere quotidiano del lavoro, oltre all'eterogeneità di eventi che l'organizzazione si trova a fronteggiare. Queste caratteristiche hanno contrassegnato anche il lavoro del ricercatore che, di volta in volta, di servizio in servizio, ha dovuto riadattarsi ai tempi e agli spazi dell'organizzazione, apprendere le conoscenze di base che ne informano l'attività ed escogitare tecniche *ad hoc* che permettessero di raccogliere appunti e permanere sul campo senza intralciare operatori e utenti. Infatti, la presenza del ricercatore è sempre stata dichiarata agli operatori, ma non all'utenza e ciò a causa di due motivi. Il primo strettamente legato alla ricerca: essendo i processi organizzativi (e non gli utenti dei servizi) al centro dell'osservazione, d'accordo con i responsabili dei servizi si è pensato che non fosse indispensabile informare i soggetti della presenza del ricercatore. Il secondo motivo è di carattere più pragmatico e rimanda al fatto che sarebbe stato comunque impossibile informare ogni singola persona senza rallentare enormemente il flusso di lavoro.

Ciò detto, rimane il fatto che, all'interno dei diversi contesti il ricercatore ha sempre vestito i panni dell'ultimo arrivato, posizione che permetteva di assistere alla maggior

⁷ Nel caso del Servizio A, aperto 3 giorni alla settimana, l'osservazione si è protratta per due settimane, in modo da collezionare 6 giornate, come per gli altri servizi. Nel caso del Pronto soccorso, essendo aperto 24 ore su 24, il ricercatore si è fatto affiancare da una ricercatrice, per riuscire a coprire diverse fasce orarie e, comunque, sempre 12 ore giornaliere. La stessa ricercatrice ha poi svolto le osservazioni presso il Servizio E, dove - a causa della caratterizzazione interamente al femminile - si è pensato che la figura di un ricercatore maschio potesse risultare troppo intrusiva.

parte delle attività senza dover necessariamente essere parte attiva, ma al contempo comportava il fatto che egli apparisse sempre come un membro dell'organizzazione (nel caso del Pronto soccorso e dei consultori, ad esempio, il ricercatore indossava un camice bianco).

Senza entrare nel particolare di ciascun servizio, è sufficiente tenere presente il fatto che tutti i punti osservati rappresentano non solo degli accessi ai servizi sanitari (come nel caso del CUP), ma dei veri e propri avamposti sul territorio per quanto riguarda l'erogazione di prestazioni sanitarie di base, all'interno dei quali quindi non è raro essere testimoni di situazioni, se non drammatiche, sicuramente con un alto potenziale di stress e di apprensione per i soggetti coinvolti. Per il tipo di contesti e situazioni incontrate, dunque, il lavoro sul campo ha richiesto al ricercatore una notevole flessibilità, sia in termini di gestione della sua presenza e immagine, sia per quanto riguarda le sue emozioni, sia a causa dell'intrusività connessa a qualsiasi tipo di indagine etnografica. Al contempo, il doversi adattare continuamente a situazioni inattese e il dover escogitare modi differenti e appropriati di stare sul campo, ha permesso di cogliere i tratti forse maggiormente significativi dei diversi contesti osservati, risultando a posteriori motivo di riflessione per la scrittura e l'analisi dei dati.

Ricercatore, raccolta delle osservazioni e scrittura del *report* di ricerca non sono quindi processi neutri in etnografia; a questi vorremmo quindi dedicare una parentesi finale, prima di entrare definitivamente nelle realtà osservate.

1.2. L'osservazione etnografica: da “taccuino rosso” a “cassetta degli attrezzi”

Nel tentativo di orientarsi nelle dinamiche osservate, la soggettività del ricercatore riveste un ruolo esplicitamente rilevante nell'indagine etnografica. Alcuni studiosi hanno sostenuto la necessità di porsi quali soggetti del tutto estranei alla realtà studiata (Dalton, 1959), ma con la pratica è emerso sempre più chiaramente quanto i dati presentati in un'etnografia siano influenzati dalla prospettiva soggettiva di chi conduce il lavoro sul campo (Van Maanen, 1988). Clifford e Marcus (1986) propongono quindi di abbandonare l'idea del ricercatore quale *professional stranger*, un estraneo che attraverso la sua professionalità riesce ad arrivare a una visione dei fenomeni più estesa rispetto a quella posseduta dai “nativi”. In altre parole, gli autori rompono con la tradizione coloniale che vedeva l'etnografo registrare la realtà su un taccuino rosso e propongono invece la metafora della cassetta degli attrezzi: l'etnografia è un modo di avvicinarsi a fenomeni e pratiche sociali, e spetta ai ricercatori individuare in ogni situazione la tecnica da utilizzare e il modo corretto di stare sul campo. Come osserva Pasquale Gagliardi:

parlare di rigore del metodo è forse un ossimoro (nella misura in cui il rigore evoca la rigidità): nella ricerca qualitativa il metodo viene applicato rigorosamente quando i principi fondamentali (...) vengono declinati e tradotti in azione concreta con flessibilità e creatività, seguendo (...) il flusso degli eventi e il flusso dei propri pensieri e sentimenti (2000, p. XII).

La metafora della cassetta degli attrezzi rimanda anche a un'immagine della realtà non più come un tutto unico, ma come un *bricolage* di frammenti di significato che non necessariamente hanno un collegamento inequivocabile e coerente; spetta ai ricercatori ricomporli all'interno di un quadro sensato. L'etnografia come cassetta degli attrezzi veicola quindi un'immagine dei ricercatori non più quali estranei professionali o semplici testimoni, ma piuttosto quali artigiani, modesti collezionisti di frammenti, come li aveva definiti Lévi-Strauss (1966).

Pensare l'etnografia quale cassetta degli attrezzi, infine, fa pensare anche alla possibilità della costruzione e della manipolazione. Le etnografie organizzative contemporanee non sempre usano un linguaggio scientifico e rigoroso, ma utilizzano diverse retoriche e generi letterari (Jeffcut, 1994; Piccardo, Benozzo, 1996) e spesso assumono un tono ironico nei confronti della realtà (Traweek, 1992). L'ironia è infatti il ribaltamento del senso comune: ironia (dal greco *éiron*) significa letteralmente “colui che si interroga fingendo di non sapere” e un atteggiamento ironico è quello di chi, pur condividendo delle conoscenze, si interroga continuamente in merito alla loro sensatezza e validità (Rorty, 1982).

In sempre più resoconti etnografici si assiste quindi al tentativo di abolire definitivamente qualsiasi distinzione tra realtà osservata e osservatore, cercando di inglobare nell'analisi esperienze e interpretazioni personali. Risultato dell'osservazione è un testo polifonico (Clifford, Marcus, 1986), in cui al centro dell'attenzione vi sono i processi interattivi in atto e l'etnografia si trasforma da metodo di ricerca in prodotto delle differenti attribuzioni di senso (Marcus, Cushman, 1982). Il resoconto fornito appare dunque come una delle possibili storie da raccontare, plausibile più che vera, disturbata dall'azione continua dei partecipanti (ricercatore o nativi che siano) e orientata a sottolineare le discontinuità e le contraddizioni, più che l'adesione della realtà a un modello teorico (Bruni *et al.*, 2000).

1.3. La riflessività della scrittura etnografica

La forma e lo stile di scrittura che si sceglieranno hanno inevitabilmente delle ripercussioni sull'etnografia stessa (Clifford, Marcus, 1986; Van Maanen, 1988). Interpretazione dei dati e scrittura dell'etnografia sono processi che si rincorrono, poiché

scrivere è una forma parallela di interpretazione delle note etnografiche, in quanto scrivendo si continua ad analizzare i dati (Tota, 2001, p. 183).

Per questo motivo, è necessario elaborare uno stile

che renda giustizia alla peculiarità della cultura e, al contempo, rifletta e descriva i contorni dell'esperienza che ha condotto l'etnografo a maturare le proprie interpretazioni (Cardano, 1997, p. 87).

Negli ultimi anni, il tema dello stile di scrittura etnografica ha interessato così tanti ricercatori da sembrare costituirsi quasi quale problema di ricerca a se stante, a seconda che l'etnografo sia più o meno presente nel testo, che la retorica impiegata sia più o meno evocativa e avvincente, che il tono del racconto sia epico invece che romantico,

tragico o ironico (Bruni, 2003). Peraltro, “le buone etnografie mostrano la mano di chi le ha scritte”, notano Altheide e Johnson (1994), a rimarcare sia che l’etnografia contemporanea apprezza la presenza manifesta del ricercatore nel testo (attraverso l’uso della prima persona singolare), sia che quanto scritto all’interno di un’etnografia riflette tanto la cultura dei soggetti osservati quanto gli assunti impliciti del ricercatore (Colombo, 1998; Tota, 1998). Per questo motivo sempre più etnografi sottolineano il rapporto riflessivo che si viene a creare tra etnografo, testo e realtà osservata.

Il concetto di riflessività (Garfinkel, 1967) evidenzia infatti il rincorrersi di simboli, linguaggio e azioni; le azioni influenzano e allo stesso tempo sono influenzate dal contesto sociale all’interno del quale si realizzano. In fase di scrittura, ciò porta alla stesura di resoconti etnografici che non solo situano il ricercatore all’interno dei contesti d’azione osservati, ma che costituiscono delle vere e proprie unità di azione/interazione, sulle quali potersi soffermare in sede di analisi e riflessione teorica (Bruni *et al.*, 2004). L’uso della prima e della terza persona si alterna, così come si alternano le voci dei differenti partecipanti all’etnografia (etnografo e soggetti osservati), per problematizzare continuamente le descrizioni e le interpretazioni fornite. In questo senso, la riflessività non costituisce soltanto un elemento di controllo degli assunti della ricerca e del ricercatore, ma fornisce l’occasione per una riflessione di carattere meta-etnografico, interpretando personaggi (ricercatore e soggetti partecipanti) ed eventi dell’etnografia (che coinvolgono gli attori o il ricercatore) quali *accomplishment* (realizzazioni), come li definiva Schütz nel 1932: fatti sociali dinamici che costituiscono le pratiche e i discorsi oggetto dell’indagine.

Offrendo dettagli su come lavora il ricercatore, su come costruisce i propri dati, sulle situazioni di osservazione, esplicitando le domande che orientano la ricerca, le posizioni teoriche di partenza, riflettendo sugli errori e sugli intoppi incontrati (Colombo, 1998, p. 262),

l’etnografo ha modo di esplicitare il carattere artificioso della ricerca e di lasciare ai lettori l’ultima parola sulla bontà (o meno) del lavoro condotto. Una narrazione riflessiva deve infatti accettare che la storia narrata dell’etnografo sia solo una delle storie possibili, né migliore né peggiore di altre.

1.4. “Entrare” in un’etnografia: brevi istruzioni per l’uso

Nei Capitoli che seguono, i lettori vengono introdotti nei sette diversi servizi osservati. Descrizione e interpretazione proseguono in parallelo, ma sono differenzialmente bilanciate a seconda della realtà organizzativa in esame. Tale scelta è giustificata sia dalla necessità di contenere i dati (la mole di osservazioni raccolte è stata tale da costringere a una selezione in sede di interpretazione e scrittura della ricerca), sia dalla volontà di caratterizzare i singoli servizi anche attraverso il tipo di retorica e strategia narrativa adottata.

Dunque, si tratta di un testo costruito anche attraverso i canali dell'evocazione e del rapporto empatico con la realtà descritta. In tal modo, tra testo e lettori si instaura un rapporto diverso, in cui la logica della narrazione va a sostituire l'oggettività dello sguardo scientifico, senza la pretesa dell'eshaustività. Si è cioè cercato di scrivere un testo capace di coinvolgere i lettori in una relazione di apprendimento, all'interno della quale i lettori stessi hanno la possibilità di scoprire il senso degli eventi attraverso lo scorrere della narrazione.

Ad esclusione dei nomi dei servizi, tutti i nomi propri sono frutto di fantasia, per garantire l'anonimato ai soggetti coinvolti. Spesso, inoltre, si è scelto di riferirsi al ruolo rivestito dalle persone coinvolte nell'interazione, quindi si parla di un generico medico, operatore, utente, paziente, infermiere, e così via. Il puro riferimento al ruolo organizzativo pone tuttavia una delicata questione di genere, poiché rischia di riprodurre quella stessa “maschilità neutrale” (Bruni *et al.*, 2004) dalla quale un'indagine su disuguaglianze e diversità dovrebbe sfuggire. Si è quindi deciso di esplicitare sempre il genere dei soggetti coinvolti e/o di declinare comunque il ruolo in base all'appartenenza di genere degli attori al centro della scena.

I brani in corsivo rappresentano discorsi diretti che si sono riusciti a trascrivere in tempo reale e che preme riportare per come sono stati espressi. Sono stati trascritti anche alcuni interventi e alcune domande del ricercatore, al fine di un resoconto puntuale delle conversazioni; questi sono normalmente trascritti e chiusi tra virgolette. Si trovano inoltre alcune riflessioni personali sotto forma di note o inserite in parentesi all'interno dei testi. Sono particolari e questioni aperte emerse durante l'osservazione, che premeva sottolineare proprio perché scaturite dall'osservazione di una realtà che si è cercato di condividere più che di oggettivare. In questo senso, costituiscono delle interpretazioni collettive, frutto del confronto e delle relazioni che il ricercatore ha instaurato con gli attori incontrati sul campo.

Infine, le etnografie sono raccontate per episodi, quale espediente narrativo utile ad uscire dalla pura sequenzialità temporale degli eventi, senza per questo smembrare i processi a questi sottostanti. Non essendo al centro della riflessione i servizi in quanto tali né una loro comparazione, bensì i processi organizzativi che possono causare disuguaglianze nell'accesso agli stessi, dapprima ci si concentra sulle singole realtà, nel tentativo di evidenziare la varietà di modi in cui disuguaglianze e differenze si innestano all'interno delle pratiche organizzative connesse alle traiettorie di accesso, e la pluralità di risposte organizzative che i servizi a queste offrono. L'osservazione di ciascun servizio si conclude con alcune riflessioni per riepilogare sinteticamente i principali elementi emersi dell'analisi.

Dopo la lettura orizzontale dei servizi, nelle conclusioni del *report* si offre invece una lettura trasversale della rete dei servizi indagati, soffermandosi sui processi e sulle dinamiche organizzative maggiormente ricorrenti, sulle loro implicazioni in termini di traiettorie di accesso dell'utenza e su come, dunque, tali processi partecipino - o meno - alla costruzione e riproduzione pratica e quotidiana di alcune forme di disuguaglianza.

2. Servizio A⁸

Il Servizio A nasce ufficialmente nel 1992, quale associazione di medici volontari finalizzata a prestare assistenza sanitaria di base e tutela dei diritti universali a migranti in condizione di irregolarità. Il primo periodo di vita dell'associazione si caratterizza per le condizioni di precarietà in cui gli attori operano: l'associazione non ha una sede ambulatoriale e i medici si auto-organizzano con vetture, farmaci e strumenti necessari al primo soccorso, così da raggiungere i migranti direttamente sul territorio. Vista la categoria di soggetti cui l'organizzazione si rivolge, peraltro, soprattutto nelle fasi iniziali dell'attività andare sulla strada è quasi una necessità organizzativa, per raggiungere e informare i soggetti.

Il primo periodo di attività è inoltre contrassegnato dalla scissione con un altro servizio. A questo proposito, il presidente del Servizio A precisa che *il Servizio A è nato un po' come costola di un altro servizio* a causa di alcune divergenze su come interpretare l'attività professionale. Il Servizio A si caratterizza infatti anche perché animato da un'idea di “medicina libera” (per citare le parole del presidente) e, soprattutto, indipendente dai dogmi ecclesiastici. L'uso degli anticoncezionali, l'aborto, l'eventuale uso e vendita di sostanze illecite da parte di alcuni soggetti, nonché l'accoglienza rivolta a particolari categorie di persone (tipicamente, le prostitute), che evidentemente infrangono la moralità cattolica, in termini organizzativi erano tutti diventati motivi di disaccordo tra gli operatori.

Negli anni, l'attività del Servizio A si stabilizza e attualmente l'associazione può disporre di un organico di 30 persone tra medici e personale di segreteria. A partire da giugno 2004, all'associazione è stata destinata una nuova e più ampia sede; le osservazioni sono tuttavia state raccolte nella sede storica del Servizio A, all'interno dello stabile che ospita il CUP, l'Anagrafe sanitaria e un Poliambulatorio.

2.1. Entrare al Servizio A

Quando arrivo (alle 16,50) c'è già parecchia gente (una ventina di persone circa) che aspetta. L'attesa avviene in un corridoio d'aspetto con una fila di una decina di posti a sedere ubicata di fronte all'ingresso dell'ambulatorio.

Il colpo d'occhio è notevole: si riconoscono le più varie etnie (in prevalenza, Europa dell'Est e Nord Africa), le persone hanno le età più disparate e si ascoltano le lingue più diverse sovrapporsi. In ogni caso, non c'è chiasso, chi parla mantiene un tono di voce basso e il suono che spicca sugli altri è lo squillo dei telefoni cellulari.

⁸ A cura di Attila Bruni, Università di Trento.

Sulla porta dell'ambulatorio è affisso un foglio sul quale le persone scrivono il loro nome, così da comporre una lista d'attesa informale che i medici utilizzano per visitare. È una lista informale nel senso che il foglio viene affisso dalla prima persona che arriva e (come avrò modo di osservare) la sua validità è sempre e comunque negoziabile. Da quanto capisco, inoltre, è indifferente che la prima persona sia un medico o un utente: il primo che arriva mette fuori la lista.

Busso alla porta dell'ambulatorio: mi apre un ragazzo (che scoprirò essere un medico, ma che, al momento, mi appare come un ragazzo⁹), al quale è sufficiente che io riferisca il mio nome per accogliermi (letteralmente a braccia aperte):

Ma certo, ho ricevuto la mail,¹⁰ entra pure!

Entro, mi tolgo la giacca e chiedo se devo mettermi il camice. Egli risponde:

No, no... cioè, se vuoi, è lì [indicando un camice appeso dietro la porta]... io non lo metto mai... sai, qui c'è un'atmosfera un po' informale... anche perché se no che palle, tutto il giorno con il camice!

Non mi era mai capitato che un'etnografia iniziasse con tale dose di ospitalità, ma la sorpresa non tarda ad arrivare: Giuseppe (questo il nome del medico) mi propone di lavorare!

Spiega di essere da solo oggi (è assente la persona che dovrebbe svolgere le mansioni di segreteria e l'altro medico tarda ad arrivare) e, quindi, se io lo potessi aiutare con la parte amministrativa, lui potrebbe andare più spedito con le visite. A me fa piacere dare una mano, allo stesso tempo non vorrei combinare pasticci, ma il tono usato da Giuseppe è quello di chi sta dicendo (più che chiedendo) di fare qualcosa. Infatti, mentre io mi guardo intorno un po' attonito, egli ha già preso la modulistica necessaria a ricevere pazienti nuovi e mi sta già spiegando come compilarli.

2.1.1. Istruire un nuovo arrivato

Allora, è facilissimo: qui metti una croce su "ritiro" o "rinnovo"; poi scrivi nome, cognome, data di nascita, nazionalità, paese d'origine, se è sposata, se ha figli...; qui scrivi il numero e il tipo di documento, di solito hanno il passaporto; qui metti la residenza, cioè, la residenza... di solito hanno un domicilio; qui scrivi quando sono arrivati in Italia, più o meno, non è che ci interessa la data precisa... qui devi mettere se sono disoccupati, se lavorano, se studiano... ma essendo irregolari sono quasi tutti disoccupati. Qui, alla voce NOTE scrivi "ritiro (o rinnovo) tessera STP", che non si sa mai... Poi giri [il foglio], sbarrì 1, 2 e 4, li fai firmare qui e qui e metti un timbro qui... o anche da un'altra parte, dove vuoi, l'importante è che ci sia il timbro. Il 4 è la dichiarazione d'indigenza, così possono avere le prestazioni e i medicinali gratis. In effetti, dovresti chiederglielo, se sono indigenti, però, voglio

⁹ Immagino che questo discorso sia perfettamente reversibile a proposito del sottoscritto.

¹⁰ Inviata dal medico responsabile dell'ambulatorio (a seguito dell'accordo per l'accesso) per avvisare i colleghi della mia presenza.

dire... io ci metto la croce sopra comunque, in automatico... cioè, questi già sono clandestini, bene che vada lavorano in nero, ci manca solo che gli facciamo pagare le cure!¹¹ Poi qui ci va un'altra firma, ma quella la devo mettere io.

Con questo foglio loro possono andare di sotto e farsi rilasciare la tessera STP... sai cos'è?! [sì, lo so], ma prima di consegnarglielo, devi ricopiare tutti i dati su quest'altro modulo, che invece rimane a noi e va inserito nella cartella clinica. Le cartelle sono qui [ci sono già delle cartelle numerate, con dentro i due moduli, poggiate sulla scrivania]; davanti ci scrivi il loro nome e cognome e lo stesso fai su questo cartoncino [che va in un archivio alfabetico utile a rintracciare la cartella nel caso sulla STP manchi il rimando al numero di cartella].

Per chiamarli, c'è una lista attaccata fuori, sulla porta... usala, anche perché se non si menano! [il tono è ironico, ma Giuseppe mi spiega che davvero talvolta si verificano delle micro-risse per chi abbia diritto ad essere ricevuto prima]. Vieni, ti faccio vedere....

Andiamo alla porta e appena Giuseppe la apre, quattro persone si parano davanti all'uscio. Giuseppe le zittisce prima ancora che possano cominciare a parlare:

Allora, chi è che deve fare SOLO la tessera, SOLO LA TESSERA?

Nel corridoio c'è un po' di brusio e Giuseppe comincia dal primo nome della lista, che non c'è. Passa al secondo, ma costui è qui per una visita, e così le due persone successive. La quinta persona ha bisogno di fare la tessera. Giuseppe la fa accomodare e poi si rivolge a me:

Allora, mentre tu fai la tessera a lei, io inizio con le visite. Hai capito come si fa, no?!... è facilissimo e poi, comunque, per qualunque cosa, chiedi a me, sono di là [in uno dei due ambulatori].

Giuseppe chiama la prima persona iscritta nella lista (che non c'è, per cui la seconda) che ha bisogno di farsi visitare e mi abbandona al mio destino.

2.1.2. Accettare i pazienti: un agire dato per scontato

Non ho alcuna dimestichezza con il modulo, figuriamoci con la situazione: in che lingua devo parlare? Devo rivolgermi con il tu o con il Lei? Mentre riempio il modulo, devo/posso intrattenere una conversazione (ammesso che ci riesca)? Quali sono i tempi di compilazione previsti? Non sono particolari di poco conto: alcune persone evidentemente non capiscono le domande che pongo loro, ma si sforzano in tutti i modi di rispondermi, comunque e in italiano; altre non capiscono di chi/cosa io stia parlando se utilizzo la terza

¹¹ Nei giorni a seguire, una volontaria mi dirà come lei pensi sia molto importante che il Servizio A aiuti le persone (anche) ad uscire dalla logica del "documenti = diritti", così che siano consapevoli che alcuni diritti (quali l'assistenza sanitaria) sono dovuti a tutti/e, indistintamente.

Il passaporto lo guardo qualche volta, giusto per essere sicura di scrivere bene il nome... oppure per andare più veloce [con la trascrizione dei dati], se c'è molta gente... ma quando arrivano e la prima cosa che fanno è darti il passaporto... io non lo guardo neanche!

persona singolare; la compilazione del modulo è articolata e si crea un silenzio che a me pare poco piacevole; per via dei (miei?) tempi di compilazione del modulo, ho l'impressione che alcune persone si spazientiscano. In altre parole, non ho idea di che tipo di aspettative abbiano nei confronti del servizio e, dunque, non so come comportarmi.

Come (forse) era prevedibile, inoltre, il secondo modulo (quello che rimane in cartella clinica e che, secondo Giuseppe, potevo semplicemente ricopiare) presenta delle voci che sul primo modulo non compaiono: luogo di arrivo in Italia; presenza (o meno) del nucleo familiare; tipo di struttura abitativa (casa privata, centro di accoglienza, dormitorio); tipo di lavoro svolto in Italia (se lavorano); tipo di lavoro svolto nel Paese di provenienza (ammesso che lavorassero); religione di appartenenza.

La compilazione di questo ulteriore modulo dilata ulteriormente il tempo che divide le persone dal possesso di una tessera che in qualche modo assicuri loro la possibilità di fruire del diritto alla salute e che, al contempo, attesta la loro esistenza in qualità di soggetti in un determinato spazio e tempo. Non penso di essere capace di descriverlo, ma è un po' la stessa espressione di contentezza che si legge sul volto delle persone quando sono soddisfatte perché hanno appena fatto qualcosa di importante, qualcosa che, al di là di cosa fosse, per loro riveste un significato concreto.

Le persone che ricevo sono in prevalenza donne (ucraine e/o moldave), di età compresa tra i trenta e i quaranta anni, sono lontane dalla famiglia, si dichiarano di religione ortodossa, parlano poco e/o male l'italiano (non che io me la cavi meglio con l'ucraino o il moldavo) e, a parte il russo, nessuna altra lingua. Alcune lavorano; alcune sono sposate e hanno figli; alcune sono in Italia da (tre o quattro) anni, altre da settimane; alcune lavoravano nel Paese di provenienza, altre facevano le casalinghe; alcune hanno un titolo di studio superiore, altre la terza media; in altre parole, scendendo nel singolo caso le situazioni si frastagliano. Quasi tutti gli uomini che incontro, invece, sono marocchini o tunisini, di età molto variabile, spesso lavorano in nero, abitano in Italia già da qualche anno e, solitamente, parlano a sufficienza francese e italiano.

Nel momento in cui inizio a compilare i moduli, mi scontro subito con le eccezioni: c'è chi vuole fare/rinnovare la STP per conto di qualcun altro; sui documenti delle ucraine il nome del luogo di nascita è indecifrabile perché scritto in cirillico (e loro non sanno scriverlo in italiano); alcuni non ricordano (o non vogliono dichiarare) la data di arrivo in Italia; sul passaporto dei marocchini spesso compare solo l'anno, ma non l'intera data di nascita; talvolta le persone hanno la fotocopia del documento, ma non l'originale; chi ha un livello di istruzione inferiore, non sempre è in grado di dire quante classi abbia frequentato; alcuni vogliono rinnovare la STP prima ancora della sua scadenza; ad un certo punto, non riesco più a trovare cartellini sui quali indicizzare le cartelle per l'archivio alfabetico. In tutte queste situazioni, chiedo sempre a Giuseppe cosa fare e la sua risposta è sempre: sì, sì, non c'è problema. L'impressione che ne ricavo è che l'importante sia compilare il modulo (in un modo o nell'altro); quanto alla precisa corrispondenza tra le singole voci e ciò che si scrive, pare si possa fare a meno di prestare eccessiva attenzione.

Dopo circa un'ora che sono in ufficio, la situazione è comunque ben avviata: io sono nello spazio di accettazione-pazienti che compilo moduli a più non posso e Giuseppe è in uno dei due ambulatori che visita i/le pazienti. Man mano che prendo dimestichezza con il lavoro, riesco a distaccarmi e a guardare dal di fuori l'intera situazione. L'assedio all'uscio della porta quando esco per chiamare qualcuno, si ripete sistematicamente. Non solo, c'è sempre almeno una persona (e spesso sempre la stessa) che vuole controllare la propria posizione e che domanda a quale numero della lista si sia arrivati. Inoltre, per quanto le persone abbiano scritto di proprio pugno il loro nome sulla lista d'attesa, non è detto che chi legge la lista riesca a decifrarne la scrittura e/o ad imbroccarne la pronuncia, cosa che fa sì che sia sempre meglio chiamare lo stesso nome un paio di volte, e con accento leggermente diverso. Nel caso in cui la persona non risponda, inoltre, può anche capitare che qualcun altro, in attesa, avvisi la persona in questione che è il suo turno o che indichi all'operatore (ossia, a me) dove è seduta la persona in questione. Infine, è possibile che il cognome della persona chiamata susciti qualche commento dalla sala: un tizio che si chiama Coca suscita le risa e i commenti di quasi tutti i presenti; una persona che si chiama Tumchuk viene subito indicata come ucraina; altre volte qualcuno ripete il cognome appena chiamato come se fosse una constatazione.

Nell'interazione con l'utenza, ciò di cui mi accorgo dopo poco è la voglia che hanno le persone (indipendentemente dalla loro competenza linguistica) di esprimersi e di raccontarsi. Alla domanda sui figli (ad esempio) nessuno risponde sì/no, ma tutti dicono quanti figli hanno; alla domanda a proposito della data di arrivo in Italia, c'è chi racconta anche come sia arrivato; alla domanda a proposito del lavoro, molti tendono a voler specificare quale sia/fosse la loro occupazione. Quale esempio paradigmatico, una donna (moldava), mentre aspetta che io compili tutta la modulistica per l'attivazione della STP, estrae dalla borsa alcune foto e inizia a mostrarmele: sono foto delle sue due figlie (entrambe studentesse in Moldavia) e la signora me ne narra le vicissitudini, sostanzialmente obbligandomi a scorrere l'intero album.

Infine, ci sono le micro-storie, quelle che si sviluppano nell'interazione tra me e gli utenti. Un ragazzo tunisino, che deve fare gli esami del sangue (perché la moglie è incinta), vuole essere rassicurato sul fatto che in tali esami non compaiono i marcatori per hashish e marijuana (*perché io fumo tanto, sempre... e se loro lo scoprono...!*). Un signore marocchino vuole sapere se le persone che lavorano all'interno del servizio siano tutte veri medici, perché teme di non essere curato adeguatamente in una struttura per immigrati irregolari. Un altro signore, sempre marocchino, vorrebbe sapere se ci sono medici che parlano il francese, perché lui non parla l'italiano; non a caso, è accompagnato da un ragazzo (marocchino, ma che potrebbe essere italiano, sia per l'apparenza estetica, sia per l'abilità linguistica, ma che non riesco a capire che tipo di legami abbia con il signore), che fa da traduttore.

2.1.3. Stranieri temporaneamente presenti (STP)

Squilla il telefono e Giuseppe esce dall'ambulatorio per rispondere. È l'avvocato di un ragazzo immigrato, clandestino, attualmente agli arresti domiciliari, che sta male e avrebbe bisogno di un medico, solo che non sa come/cosa fare. Giuseppe tergiversa, non sa bene cosa rispondere, (mi dirà che) non gli è mai capitata una situazione del genere. Parla a lungo al telefono con l'avvocato (nel frattempo, una persona lo attende in ambulatorio) e insieme cercano di capire come ovviare al fatto che il ragazzo in questione non può muoversi da casa. Giuseppe (dopo un'abbondante decina di minuti di conversazione) dice all'avvocato che ne discuterà con i colleghi, valutando l'opportunità che qualcuno si rechi direttamente a casa del ragazzo. Il problema tuttavia rimane, poiché per avere la tessera STP le persone devono recarsi personalmente presso lo sportello dell'Anagrafe sanitaria.

L'ultima persona che incontro è un'operatrice di un centro di prima accoglienza per prostitute che vogliono uscire dalla vita di strada. È qui per ritirare la tessera di una loro utente. A costei (mi spiega) è stato prospettato un raggiante futuro in Italia, ma una volta qui i suoi "benefattori" le hanno sequestrato i documenti e l'hanno obbligata a prostituirsi. La ragazza si è auto-denunciata presso il centro e ha anche presentato spontaneamente domanda di rimpatrio; tuttavia sarebbe importante che eseguisse alcuni esami rispetto alle malattie sessualmente trasmissibili, esami ai quali non potrebbe avere accesso (gratuitamente) nel suo Paese. Per prenotare gli esami serve la tessera STP, ma la ragazza non possiede più alcun tipo di documento e all'Anagrafe si rifiutano di rilasciare la tessera in mancanza dei documenti. L'operatrice vorrebbe quindi sapere da Giuseppe se loro (Servizio A) possano in qualche modo mediare la situazione. Giuseppe risponde che queste sono situazioni delicate; da parte del Servizio A non c'è alcun problema nel fare la richiesta di tessera STP inserendo nel modulo i dati che la ragazza auto-dichiara, ma l'Anagrafe non è altrettanto flessibile. Allo stesso tempo, Giuseppe è sicuro che si siano già presentate situazioni analoghe e che si possa fare qualcosa in proposito. Scrive di suo pugno una lettera di accompagnamento al modulo di richiesta, in cui, in qualche modo, garantisce rispetto al fatto che la ragazza necessiti di tali esami al più presto.

2.1.4. "Noi del Servizio A"

Il pomeriggio scorre velocissimo e, per quanto vi fossero almeno una quarantina di persone, alle 19,15 nel corridoio d'aspetto non c'è più nessuno. Giuseppe mi ringrazia sentitamente e mi spiega che è raro che si finisca in orario; da programma, il servizio dovrebbe terminare alle 19, ma quando c'hai lì dieci persone che aspettano da due ore che fai? Gli dici di tornare la prossima volta?. Questo prolungare l'attività del servizio non migliora i rapporti con il vicinato (ossia, il resto della palazzina):

Le donne delle pulizie ad una cert'ora vogliono andare a casa (giustamente, anche) e quindi ogni tanto... ci staccano la luce!¹²

Giuseppe lo racconta ridendo, come caso limite; tuttavia l'impressione che il Servizio A non abbia ottimi rapporti con il vicinato è sensibile¹³. Ma un altro dei motivi per cui il Servizio A spicca così tanto è probabilmente da rimandare anche al fatto che i medici stessi si descrivono come una comunità che condivide pratiche proprie e alternative a quelle delle comuni strutture ospedaliere. Quando Giuseppe parla del Servizio A, ne parla in termini di "noi"; quando ne descrive la struttura, distingue chiaramente un gruppo di medici più esperti (i fondatori) e uno di apprendisti (i giovani); mi chiede il perché della mia curiosità nei confronti del Servizio A e, in seguito alla mia spiegazione, si compiace del fatto che *allora siamo famosi, noi di Servizio A!*; prima di chiudere la porta del centro, controlla con un'ultima occhiata che tutto sia a posto (le nuove cartelle, la scrivania, le sedie, le finestre), un po' come si fa (o almeno, come faccio io) prima di uscire di casa. Uscendo, Giuseppe stacca la lista di attesa della giornata, ancora attaccata sulla porta, e si lamenta (tra i denti) per la rapidità con cui ha dovuto visitare i pazienti. Dato il numero, e il fatto che per buona parte del pomeriggio egli fosse l'unico medico presente, non ha potuto dedicare il tempo necessario a ciascun/a paziente:

Per fare bene una visita li devi palpare, ascoltare, poi ti devi spiegare, cercare di farti capire, ma quando hai il corridoio pieno di persone, come fai?! Io oggi li ho ascoltati, mi sono fatto descrivere i sintomi, ho prescritto alcune medicine... ma non è che ho avuto il tempo di farli mettere lì, sul lettino, e toccarli uno per uno.

Secondo Giuseppe, comunque, il motivo fondamentale per cui le persone si recano al Servizio A è dato dalla condizione di irregolarità in cui versano, che impedisce loro di utilizzare qualunque altro punto di accesso. Inoltre (prosegue Giuseppe)

le persone che vengono da noi sono già scremate. Nel senso che vengono qui perché gliel'ha detto un loro amico, parente o, comunque, qualcuno di cui si fidano.

¹² Come avrò modo di osservare in seguito, solitamente alle 19,30 le addette alle pulizie bussano alla porta del Servizio A invitando (vigorosamente) tutti i presenti ad uscire, così che loro possano terminare il lavoro. Peraltro, può capitare che qualcuno arrivi all'ultimo momento, camminando sul pavimento appena lavato e ancora umido, cosa che (prevedibilmente) infastidisce le addette.

¹³ Quale esempio paradigmatico, entrando al piano terra, la presenza del Servizio A è quasi invisibile, al punto che io stesso ho dovuto chiedere informazioni. Una volta al primo piano, non riuscivo a capire se la segreteria coincidesse con gli ambulatori, così (per sbaglio) ho bussato alla porta della responsabile dei Poliambulatori. Chiedo della dott.ssa Picciatello, ma la persona che mi ha aperto dice che lì non esiste nessuna dott.ssa Picciatello e quando io aggiungo: "Servizio A...", la sua reazione è:

Ah!... è che non conosciamo i nomi dei colleghi.

Ciò mi fa riflettere sul fatto che, effettivamente, molte delle persone che ho “accettato” fossero accompagnate da qualcuno/a che era già in possesso della tessera e su come, in ogni caso, tutte apparissero perfettamente competenti rispetto alla modalità del servizio, pur essendo la prima volta. La prima cosa che facevano, una volta entrate, era porgermi il passaporto, sedersi e attendere senza rivolgermi alcuna domanda; quando spiegavo loro dove andare a ritirare la tessera (di sotto, al piano terra), sembravano essere già informate in proposito; non mi è mai capitato di fare o dire nulla che suscitasse un interrogativo (e certo non perché la mia *performance* fosse particolarmente competente).

Una volta usciti dall'edificio, in strada, due persone aspettano Giuseppe. Non sono riuscite ad entrare perché sono arrivate in ritardo (alle 18 chiudono le porte dell'Azienda USL e, di rimando, quelle del Servizio A), ma era stato Giuseppe stesso a dire loro (per telefono) di presentarsi quel pomeriggio, così l'hanno aspettato.

Avete fatto benissimo!

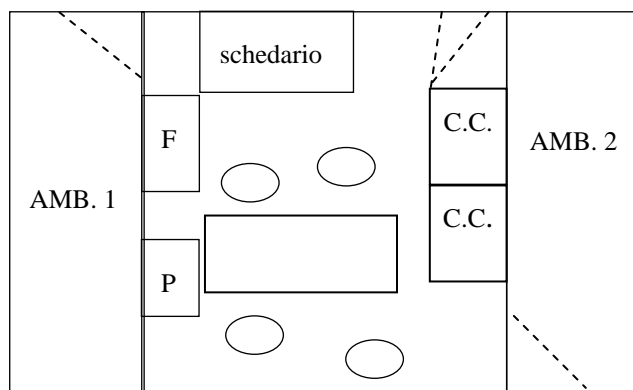
risponde Giuseppe, che si appoggia a una macchina e inizia a prescrivere alcune medicine.

2.2. Accettare i pazienti: un agire competente

Il giorno successivo al mio arrivo (ore 15,50), è l'addetto alla segreteria (Fabio) ad aprirmi la porta. Il colpo d'occhio del corridoio d'attesa è uguale a quello della volta precedente, ma oggi c'è un particolare inedito: è aperto infatti anche il Centro prelievi del Poliambulatorio con cui il Servizio A condivide il piano. Da un lato (al Centro prelievi) del corridoio dunque vi è una sala d'aspetto con poltroncine, numeri fosforescenti e macchine elimina-code; dall'altro (al Servizio A) un corridoio d'attesa con un foglio di carta attaccato a una porta, con scritti (nelle più varie calligrafie) alcuni nomi stranieri. Anche le due utenze restituiscono un colpo d'occhio stridente: da un lato, uomini, bianchi, tendenzialmente anziani; dall'altro, donne, di diverse etnie, tendenzialmente giovani.

Mentre guardo Fabio mettere a posto alcune cartelle cliniche, realizzo istantaneamente quanto lo spazio di accettazione pazienti sia ristretto. Saranno in tutto 6 metri quadrati, straripanti di armadi (a loro volta straripanti di cartelle cliniche), con un attaccapanni posto dietro la porta e una scrivania (con due sedie da un lato e due dall'altro) incastrata sotto la finestra, vicino all'ingresso di uno dei due ambulatori. All'angolo opposto c'è l'ingresso dell'altro ambulatorio, anche questo chiuso tra una fotocopiatrice (da un lato) e lo schedario alfabetico delle cartelle (dall'altro). Altri particolari architettonici: un orologio (fermo) posto su di una parete e due lavagne magnetiche sulle quali sono affissi i più vari comunicati.

Ho quindi modo di rendermi conto fisicamente (nel senso che mi sento in mezzo) di quanto sia minuscolo lo spazio e del fatto che, comunque io mi posizioni, andrò ad intralciare le (già ristrette) possibilità di movimento altrui.



La dinamica della situazione non si discosta sostanzialmente da quella già da me esperita (e descritta) durante la prima giornata di osservazione: quando la porta si apre le persone si accalcano; Fabio chiama le persone in attesa utilizzando la lista d'attesa posta sulla porta; qualcuno sostiene che tocchi a lui anche se non è il suo turno; qualcun altro informa la persona chiamata che la stanno chiamando; Fabio cerca di rispettare la lista e fa accomodare le persone una per volta. Vi sono, però, alcune differenze nei particolari. Ad esempio, quando Fabio chiama una persona e costui/ei non risponde, Fabio cancella il nome dalla lista, sottolineando ad alta voce che

non vale iscriversi e poi andarsene... adesso questo lo cancello e poi, quando torna, se abbiamo tempo, lo vediamo, se no...

Può capitare, tuttavia, che all'appello successivo la persona in questione sia tornata e protesti per essere stata scavalcata. In questo caso, Fabio le fa un po' di ramanzina, talvolta facendo anche ironia sul fatto che uno stia talmente male da non aspettare neppure il suo turno e andarsene. In queste situazioni, le persone si giustificano nei modi più disparati, dal sostenere di essere state in realtà presenti ma di non aver capito che fosse il loro turno, al dire di essersi assentate giusto un attimo (magari per andare in bagno), all'ammettere di essersene andate, insistendo però sul fatto di essere comunque in lista, di necessitare effettivamente della visita e di necessitarne al più presto (magari per riuscire a prendere un mezzo per tornare a casa). In tutte queste situazioni, Fabio ascolta, talvolta controbatte lievemente, ma sostanzialmente sempre fa accomodare la persona, se non nell'immediato, al turno successivo.

Oppure, Fabio tende a disincentivare la pratica della richiesta della STP in mancanza di una condizione di reale malessere e/o necessità di visita. Dunque (a differenza di come avevo fatto io la volta precedente), Fabio non chiama *chi deve fare solo la tessera?*, ma segue l'ordine della lista domandando di volta in volta alle singole persone di cosa abbiano bisogno. Nel caso in cui la risposta sia "la tesserina", Fabio domanda "perché?", sottolineando come la STP dovrebbe essere rilasciata/rinnovata solo in casi di concreta e immediata necessità. Peraltro, il fatto che Fabio parli della STP con i/le pazienti nei termini de "la nostra tesserina" (*Ha bisogno della nostra tesserina?; Ce l'ha la nostra*

tesserina?; Deve rinnovare la nostra tesserina?), rafforza la mia impressione che per gli operatori del Servizio A vi sia una stretta relazione tra la loro organizzazione e la tessera STP.¹⁴

D'altra parte (come pronunciato da una signora moldava),

oggi buono, domani non so!,

a significare come sarebbe preferibile essere già in possesso della STP laddove si necessita di una prestazione sanitaria. Inoltre, le persone possono addurre diverse motivazioni in base alle quali necessitano della tessera pur non dovendola utilizzare nell'immediato: alcune dicono di aver bisogno di una visita ginecologica (visita che i medici del Servizio A non effettuano e rispetto alla realizzazione della quale non hanno quindi nessuna possibilità di verifica); altre dicono di dover prenotare una visita specialistica per la quale non è necessaria la prescrizione del medico di medicina generale (le visite oculistiche, ad esempio); altre ancora dimostrano il loro essere membri competenti dicendo che sanno che si può fare, che in una precedente occasione gli era stata rilasciata, che se il problema risiede solo nel farsi visitare, allora che le visitino pure. In questo senso, mi è apparso paradigmatico il caso di un ragazzo di quindici anni, residente in Italia da quando ne aveva tre, ma il cui padre non è ancora riuscito ad ottenere il permesso di soggiorno e, dunque, di rimando, neppure lui. All'obiezione di Fabio circa il rinnovo della STP, il ragazzo lo guarda con l'espressione di chi svolge sistematicamente tutta la trafila ogni sei mesi da chissà quanti anni.

Altra nota differente tra il mio agire e quello di Fabio è la modalità con cui Fabio spiega all'utenza dove recarsi. Dalla quantità di specifiche che fornisce, capisco quanto dato per scontato ci fosse nel mio dare indicazioni rispetto agli sportelli dell'anagrafe (posti al piano inferiore) dove le persone devono recarsi per attivare la STP:

Sa dov'è l'anagrafe? Scende le scale, gira a destra [accompagna le parole con un gesto], nel primo salone che incontra (sulla sinistra), prende il numero e aspetta lì che la chiamino per fare il cartellino.

Delle due prime pazienti che vengono ricevute, in ogni caso, mi colpisce la cura riservata alle tessere STP. Questo aspetto mi era già stato anticipato verbalmente dagli operatori, ma ora ho l'occasione di constatare come vi siano effettivamente persone che conservano la STP in un porta-documenti plastificato, accuratamente separato dagli altri oggetti presenti in borsa; oppure (questo il caso della seconda paziente) come qualcuno appiccichi la propria fototessera sulla STP, quasi costituisse l'equivalente di un documento di identità.

¹⁴ Anche perché, come mi ha fatto notare una volontaria durante una conversazione informale, *Servizio A, la STP e altri servizi esistono perché ci sono i volontari!*

2.2.1. Gestire l'archivio

Arrivano due volontarie (amiche, laureande in medicina) per aiutare il lavoro di segreteria/amministrazione. Mentre continua la ricezione pazienti e la compilazione di moduli per l'attivazione di tessere STP, le due volontarie ripongono negli schedari alcune cartelle cliniche. È un lavoro abbastanza meccanico, ma talvolta si trovano delle cartelle doppie. Ciò è dovuto al fatto che può capitare che i medici non riescano a recuperare la cartella clinica del paziente e, dunque, ne aprano una nuova, così da visitare il paziente e poter comunque registrare le informazioni necessarie. Nel caso in cui si trovi la precedente cartella, le informazioni in questa contenute verranno semplicemente integrate (ossia, materialmente aggiunte) alla nuova cartella.

Questa difficoltà nell'archiviazione/ricerca delle cartelle cliniche dipende da diversi fattori. Sulla tessera STP dovrebbe essere riportato il numero corrispondente alla cartella clinica. Tale numero viene scritto da chi svolge l'accettazione-pazienti al Servizio A sul modulo che il/la paziente deve consegnare all'Anagrafe sanitaria, e dovrebbe essere trascritto dagli operatori di quest'ultima sulla STP al momento del rilascio. Può capitare che l'operatore del Servizio A si dimentichi di segnare il numero sul modulo, oppure che la trascrizione di tale numero sfugga all'operatore dell'Anagrafe; in entrambi i casi, il risultato è un paziente con una tessera STP che non si sa a quale cartella clinica corrisponda.

Quale parziale rimedio a tali situazioni, gli operatori del Servizio A indicizzano i pazienti anche alfabeticamente, così da poter risalire alla cartella clinica attraverso il nome del paziente. Non di rado, però, non si riesce a trovare nello schedario alfabetico il cartellino con il nome corrispondente al paziente. Questo perché (come ho modo di osservare seguendo l'attività delle due volontarie) l'archivio alfabetico del Servizio A contiene cognomi quali Tumchuck, Thumcuck, Bilbil, Bylabil, Zdork e non sempre si può dare per scontato quale sia il nome e quale il cognome. Sono frequenti errori di archiviazione (un'operatrice, ad esempio, prende in giro amichevolmente le volontarie dicendo che non conoscono l'alfabeto), che possono assumere dimensioni mastodontiche, probabilmente anche per via del fatto che una miriade di persone maneggia l'archivio (operatori, pazienti, nonché il sottoscritto).¹⁵ La miriade di (eventuali) errori e (soprattutto) le differenti logiche che li caratterizzano, impediscono così agli operatori (anche se a conoscenza del nome) di ritrovare la cartella giusta al momento giusto.

Infine, gli scaffali contenenti le cartelle cliniche non sono facilmente maneggiabili: tutti straripano di cartelle, dunque può capitare che la cartella non si trovi perché la teca si è incastrata all'interno di un'altra, oppure perché è andata fuori posto.

¹⁵ In un'occasione (ad esempio) mi è capitato di osservare un operatore (in quel momento molto impegnato) chiedere ad una persona di auto-cercarsi all'interno dell'archivio; in un'altra occasione, una persona in attesa di essere ricevuta dal medico si è spontaneamente attivata (per aiutare l'operatore) nella ricerca di un nominativo nell'archivio; io stesso ho avuto accesso incondizionato all'archivio e vi ho più volte messo mano; talvolta, infine, più persone maneggiano l'archivio all'unisono (come nel caso delle due volontarie che osservo).

2.2.2. Gestire la lista d'attesa

Quando arrivo (alle 15,50), nell'ambulatorio ci sono Fabio e Giovanna che si preparano alle visite. Fabio prepara le nuove cartelle cliniche: scrive un numero progressivo sulle teche e all'interno di ognuna inserisce un modulo per la richiesta di attivazione/rinnovo della STP e uno che servirà invece ai medici per registrare le informazioni dell'esame obiettivo. Infine, inserisce all'interno di ognuna (dopo averli ritagliati) un cartoncino bianco con scritto il numero corrispondente alla cartella, sul quale andrà poi riportato il nome del paziente, così da archivarlo nello schedario alfabetico.

Giovanna è nel suo studio che riordina medicinali e vario materiale cartaceo. All'improvviso (senza bussare) entra in ambulatorio una signora migrante e va direttamente nello studio di Giovanna, che l'accoglie calorosamente. Le due chiacchierano un po' e poi la signora inizia a mostrare al medico alcuni esami specialistici [la porta dell'ambulatorio si chiude, per cui non riesco a osservare la visita, ma posso ascoltarla; ciò che capisco è che Valentina è di origine Ucraina, che è una vecchia conoscenza del Servizio A e che è stata Giovanna ad invitarla a recarsi in ambulatorio poco prima delle 16, così da avere del tempo addizionale per leggere i referti].

Anche se Giovanna sta ancora visitando (alle 16,15) Fabio inizia a chiamare i/le primi/e pazienti, in particolare coloro che necessitano dell'attivazione/rinnovo della tessera STP. Quando apre la porta, si verifica il solito assedio da parte di persone che sostengono che sia il loro turno, che chi è prima di loro non ci sia, oppure che non sia il loro turno ma che abbiano bisogno di essere visitate immediatamente. Tra le altre c'è anche una ragazza che deve soltanto consegnare alcuni referti di esami a Giovanna e alla quale Giovanna aveva detto di spiegare la faccenda all'operatore e di infilarsi tra un paziente e l'altro. Fabio ascolta la ragazza, ma in ogni caso la priorità è dovuta all'arrivo di un uomo (probabilmente di origine nordafricana), accompagnato da una signora (anche lei nordafricana). Presumo debba trattarsi di qualcosa di importante e di annunciato, perché Fabio entra nello studio di Giovanna per avvisarla dell'arrivo dei due e costei invita a sua volta Valentina ad uscire dallo studio e ad attendere un attimo fuori. Fabio fa quindi accomodare i due e inizia a compilare la modulistica per l'attivazione della STP. Chi necessita della tessera è l'uomo, la donna lo accompagna soltanto, ma allo stesso punto svolge la funzione di traduttrice, perché lui pare non parlare null'altro che maghrebino. Mentre Fabio compila la modulistica, la donna si guarda attorno stranita:

Ma qui... tutti volontari? Ma possono venirci tutti? Anche senza documenti? Bello questo servizio!

Quando Fabio termina di compilare la modulistica, i due si accomodano nello studio di Giovanna. Riesco ad ascoltare la visita: l'uomo è la persona per cui la scorsa settimana aveva telefonato un avvocato, per visitare il quale Giovanna ha dovuto scrivere una lettera alla Questura (l'uomo è agli arresti domiciliari). L'uomo sta benissimo fisicamente, ma l'avvocato ne vuole richiedere la perizia psichiatrica; è dunque necessaria una visita specialistica, per prenotare la quale è necessaria a sua volta la STP. Giovanna visita il paziente, consegna alla donna che lo accompagna l'impegnativa per la prenotazione di una visita (psichiatrica) specialistica e saluta entrambi.

L'attività di visita, nel frattempo, procede a rilento: l'altro medico di turno tarda ad arrivare, la presenza dell'uomo agli arresti domiciliari ha richiesto il rispetto di una particolare *privacy* in ambulatorio e lo stesso Fabio ha interrotto l'accettazione di nuovi pazienti. Quando la coppia esce e Fabio riapre la porta, dunque, la situazione è ancora peggiore di prima: le persone in attesa iniziano a spazientirsi e Valentina, per giunta, scavalca tutti e si re-infila nello studio di Giovanna. Fabio cerca di mediare un po' con tutti, rassicurandoli soprattutto a proposito del fatto che (se iscritti sulla lista) verranno visitati.

Dopo circa 40 minuti, Giovanna conclude la sua visita con Valentina, Fabio la informa della ragazza con i referti degli esami a cui lei stessa aveva detto di presentarsi alcuni minuti prima delle 16 (sono ormai le 16,50 circa) e Giovanna dice di farla passare. Ma, nel momento in cui Fabio apre la porta e fa accomodare la ragazza, scoppia un piccolo putiferio: le persone si lamentano per i tempi di attesa e per il fatto che ci sia sempre qualcuno che viene ricevuto pur non essendo presente sulla lista. Una persona:

Tirate dentro la lista...;

un'altra:

... ci sono già 36 persone e in più di mezz'ora ne avete fatte solo 4...;

un'altra ancora:

... non riuscirete ad arrivare neanche al 25...;

Fabio cerca di rassicurare tutti:

Tranquilla signora, se si è iscritta, la chiamo!¹⁶

2.3. La sindrome di Salgari

Entra un signore (marocchino), con i risultati di alcune analisi (che gli aveva prescritto un medico del Servizio A). Il signore si era recato al Servizio A perché accusava un certo tipo di dolore e, dagli esami del sangue, erano risultati alcuni valori del tutto fuori norma, per cui il medico gli aveva prescritto ulteriori accertamenti. Il medico legge i referti dei nuovi esami, ma questi non evidenziano nulla di anormale. Il medico chiede al signore se si senta bene ("sì", è la risposta) e gli dice che proprio non riesce a spiegarsi il motivo di quei valori sballati. Il signore dice che il medico che lo ha visitato in ospedale gli ha detto che dipende dal fatto che lui corre. Il medico cerca di capire meglio:

¹⁶ La scena è assolutamente tipica. Nel corso di un'altra giornata, in cui la fila di persone in attesa si smaltiva con lentezza, le persone (fuori dalla porta) dopo un po' hanno iniziato a rumoreggiare e, di fronte alla chiamata del successivo utente da parte di un medico, alcuni utenti lo incalzano:

(Utente): *A che numero siete?*

(Medico): *25.*

(U): *Andate così lenti?*

(M): *Come "così lenti"?! Mica siamo in catena di montaggio... andiamo come andiamo!*

*Si, ma quanto corri? Sei un atleta? Fai sport? Corri tutti giorni? Dove vai a correre?
Ai giardini Margherita?*

scopre così che il signore corre circa quattro ore consecutive al giorno (in giro per la città...), che lo faceva già in Marocco, e che i valori che lei interpretava come fuori norma sono invece del tutto normali in soggetti che svolgono molta attività sportiva. Si complimenta con il signore per le sue *performance* sportive, gli consiglia (scherzosamente) di iscriversi a una maratona o a una qualche gara agonistica e lo saluta.

Entra quindi un ragazzo (africano), che insiste (in un italiano stentato) con Fabio perché sia Giovanna a visitarlo. Fabio gli risponde che in questo caso dovrà attendere, perché Giovanna è già impegnata con un'altra paziente; il ragazzo torna in corridoio e cede il suo turno alla persona successiva. Quando l'ambulatorio di Giovanna si libera, Fabio l'avvisa che c'è un ragazzo (*sai quello africano, enorme...?*) che vuole essere visitato da lei (*ah, sì, quello che ogni volta è una storia...*). Fabio chiama il ragazzo, che entra nell'ambulatorio di Giovanna. Vedo Giovanna uscire dallo studio un paio di volte (con aria preoccupata e indignata) per prendere alcuni farmaci e garze. Andato via il ragazzo, Giovanna mi racconta l'accaduto. L'uomo si era recato presso il Servizio A la settimana precedente con una terribile infezione alla gamba. Giovanna l'aveva medicato e lo aveva inviato alla Dermatologia. Qui, però, anziché curarlo, gli hanno prescritto due farmaci (molto costosi e di fascia C) con modalità di somministrazione piuttosto complicate (tipo: una compressa dell'uno al lunedì per cinque settimane e due compresse dell'altro il mercoledì per tre settimane). Dal punto di vista di Giovanna, è semplicemente ovvio che il ragazzo non possa seguire tale cura (e infatti il ragazzo è tornato al Servizio A perché non capiva cosa/come dovesse fare) e gli ha dato altri farmaci, gli ha medicato la ferita e gli ha spiegato come rifarsi la medicazione, rifornendolo del necessario.

L'ultima persona del pomeriggio è un ragazzo (africano) che deve far visionare ai medici i risultati di una radiografia. Lo riceve Anna e i due si parlano come se si conoscessero da tempo. Anna gli dice che la lastra non evidenzia nulla di particolare (al ragazzo duole la gamba) e gli chiede particolari ulteriori sul dolore. Il ragazzo risponde raccontando storie ed episodi occorsi in Africa e Anna lo ascolta interessata. Incuriosita, gli chiede altri particolari sulla sua vita in Africa; il ragazzo continua a raccontare e nomina anche un altro operatore del Servizio A (che Anna conosce e che è attualmente a prestare servizio in Africa), dicendo che è stato suo ospite. La conversazione si prolunga, (dal mio punto di vista) è come se il medico e il paziente stessero amabilmente chiacchierando a proposito del più e del meno e ogni tanto parlassero anche dei dolori alla gamba che accusa un loro comune amico. In ogni caso, Anna non sa cosa dire rispetto a tali dolori e il ragazzo, allora, inizia a raccontarle come neanche in Africa nessuno ha mai capito niente e aggiunge che, in effetti, non è che la cosa gli procuri un dolore lancinante, tuttavia vorrebbe capire come mai ciò accada. Anna rifugge nel senso comune

(Può essere per via del tempo... l'umidità... magari qualche caduta che hai preso da piccolo che non è andata a posto e che adesso viene fuori...)

e i due si salutano cordialmente.

2.3.1. Stranieri = Servizio A?

Telefona una pediatra che vuole informazioni circa il rilascio della STP. Una volontaria dice che non è necessario recarsi a Servizio A, la STP viene rilasciata anche in altri luoghi, da altri servizi, ma dall'altra parte le rispondono che tali luoghi rifiutano. La volontaria dice che bisogna insistere (*Incazzatevi!*), che lei è sicura che questi centri abbiano la convenzione per rilasciare la STP (sul tavolo, davanti alla volontaria, è appiccicato un elenco dei luoghi abilitati al rilascio della STP). La persona ripete quanto già detto precedentemente (penso), perché la volontaria risponde che, in ogni caso, se si recano al Servizio A verrà loro rilasciata la tessera. Conclusa la telefonata, domando qualche particolare ulteriore sul fatto che alcuni luoghi si rifiutino di attivare la STP, ma la volontaria risponde:

Boh... li mandano tutti qui...

Squilla nuovamente il telefono. È un medico del Pronto soccorso che domanda se è possibile ricoverare una persona che non ha il permesso di soggiorno. Fabio risponde che sicuramente è possibile, ma il medico continua ad avanzare dubbi, nel senso che (dal suo punto di vista) è possibile offrire delle cure di pronto soccorso, ma non ricoverare un clandestino. Fabio insiste dicendo che è possibile. Qualche ora dopo (chiudendo l'ambulatorio), Fabio racconta l'accaduto a Giovanna, la quale va su tutte le furie, dicendo che evidentemente il medico telefonava perché era lui a non voler ricoverare il paziente, altrimenti avrebbe agito come riteneva opportuno, senza questionare troppo.

Entra una ragazza cinese, inviata al Servizio A dal Servizio E. La ragazza mostra a Fabio il permesso di soggiorno dicendo che ha bisogno della tessera e Fabio inizia a compilare un modulo di attivazione della STP. Tutto scorre nella più assoluta ordinarietà (Fabio compila il modulo, apre una nuova cartella, spiega alla donna dove/quando andare a ritirare la tessera) ma, quando la ragazza è uscita, io gli domando come mai ci fosse bisogno della STP (*visto che la ragazza aveva il permesso di soggiorno*). Fabio realizza di aver commesso un errore:

Sono talmente abituato... non c'ho pensato proprio... Vabbè, se ne accorgeranno giù all'Anagrafe... oppure tornerà...

Poco dopo arriva un'altra ragazza (sempre cinese), anche stavolta inviata dal Servizio E, anche stavolta in possesso di regolare permesso di soggiorno. Fabio stavolta non si sbaglia e le spiega che deve iscriversi al Servizio sanitario nazionale e scegliere un medico di medicina generale, non ha bisogno del Servizio A. La ragazza appare contrariata e, per quanto Fabio cerchi di spiegarsi e di spiegarle, va via con l'aria di chi non ha capito.

Arriva il turno di due donne, sorelle. Richiedono l'attivazione della STP, ma quando una volontaria chiede loro un documento, esse le porgono il permesso di soggiorno (la volontaria non vi presta neppure attenzione, sono io a farglielo notare). Spieghiamo loro che il Servizio A è un servizio per immigrati clandestini e che chi è in possesso del permesso di soggiorno può invece accedere regolarmente al SSN. Una delle due donne dice che si sono recate al Servizio A perché glielo hanno consigliato alcune loro amiche; l'altra dice di essersi recata in ospedale una volta, ma volevano farle pagare la prestazione di visita. Interviene anche un medico (momentaneamente fuori

dall'ambulatorio), spiegando alla signora che ha diritto a scegliere un MMG, dal quale potrà recarsi gratuitamente per essere visitata. Le signore (una delle due, in particolare) hanno l'espressione di chi non ha idea di cosa sia o come funzioni un MMG e, dunque, io ri-spiego loro ciò che ha appena detto il medico (che, nel frattempo, è rientrato nello studio e continua a visitare pazienti). Una situazione analoga si ripresenterà dopo pochi minuti, con una signora ucraina, in possesso di regolare permesso di soggiorno, che non riesce a capire cosa debba fare e/o dove debba andare per ottenere l'assistenza medica. Alcune sue amiche le hanno parlato del Servizio A e così è venuta qui a chiedere informazioni.

Quasi sul finire del pomeriggio, quando i pazienti sono ormai terminati, arriva in ambulatorio un ragazzo. Il suo aspetto fisico non corrisponde propriamente a quello dell'immigrato clandestino e, infatti, il ragazzo è tedesco (e, sostanzialmente, parla solo tedesco). È venuto in Italia per lavorare; tuttavia la ditta presso la quale deve essere assunto gli richiede l'iscrizione al Sistema sanitario nazionale. In ditta gli hanno detto di recarsi all'Anagrafe sanitaria, ma lì l'hanno re-indirizzato al Servizio A. Ad onor del vero, bisogna aggiungere che il ragazzo ha talmente tante difficoltà nell'esprimersi in lingue che non siano il tedesco (Fabio prova con il francese, l'inglese e lo spagnolo, forse in modo un po' maccheronico, ma almeno è un tentativo) che non si riesce a capire esattamente dove si sia recato e (quindi) chi sia stato e re-indirizzarlo al Servizio A. Fabio gli spiega che il Servizio A è un servizio per clandestini, cosa che il ragazzo non è; quale cittadino comunitario, anzi, ha tutto il diritto di usufruire del SSN. Dopo cinque o sei volte che Fabio cerca di spiegargli che deve recarsi presso l'Anagrafe sanitaria, il ragazzo va via, con l'aria di chi non sembra aver compreso molto dell'accaduto.

Domando a Fabio se capitino spesso situazioni di persone che vengono erroneamente indirizzate al Servizio A. Risponde di no, non spesso, ma comunque capitano. Fabio non se ne spiega il motivo, né il come accadano e conclude:

Evidentemente all'Anagrafe, o al CUP, non hanno capito... o non sapevano cosa fare... e allora l'hanno mandato qui!

2.4. Servizio A: quando la diversità è ordinaria

L'osservazione del Servizio A restituisce numerosi punti di attenzione, sia in termini organizzativi, sia di gestione quotidiana delle disuguaglianze.

Ad una prima lettura (così come ad un primo colpo d'occhio), ciò che colpisce è la destrutturazione, l'imprevedibilità e la capacità di improvvisazione che caratterizza l'agire quotidiano degli operatori. Ciò è dovuto sicuramente al relazionarsi con un'utenza estremamente differenziata, difficilmente categorizzabile - se non in termini giuridici (immigrati clandestini) o politici (migranti) - e che nutre le più diverse aspettative nei confronti dell'organizzazione (come si è visto, le persone si recano al Servizio A per le esigenze più varie, dal rilascio della tessera STP alla richiesta di una visita specialistica o anche solo per generiche informazioni). Ma dall'atmosfera che si respira all'interno del Servizio A (e che si è cercato di restituire attraverso una narrazione volutamente

impressionistica), pare che tale imprevedibilità e improvvisazione costituiscano anche quelli che Schein (1985) definirebbe probabilmente come “gli assunti di base” della cultura organizzativa che fa da sfondo all’agire organizzativo quotidiano.

Di ciò si ritrova traccia in tutti gli episodi in cui gli attori interpretano un evento inatteso o non gestibile in termini di *routine* quotidiane quale occasione per scoprire e sperimentare nuove forme di azione, nonché per riflettere su quelli che sono i confini dell’agire organizzativo (come nell’esempio dell’uomo nordafricano che necessita di una visita, ma che non può recarsi presso il Servizio A perché agli arresti domiciliari). Ma l’esempio probabilmente più eloquente è quello che coinvolge il ricercatore, all’inizio dell’osservazione. L’entusiasmo nell’accoglienza, l’informalità con cui l’organizzazione entra in relazione con un osservatore esterno, ben riflettono l’atteggiamento inclusivo degli attori nei confronti dell’estraneità. Tale inclusività si estende al punto che perfino uno sconosciuto (quale il ricercatore) può subito essere cooptato e lasciato entrare con libertà di azione nelle maglie dell’organizzazione. E se le istruzioni che gli vengono fornite possono essere interpretate quali informazioni tecniche sull’accettazione degli utenti e l’attivazione di una tessera STP, queste al contempo comunicano quelle che sono le forme di agire competente all’interno dell’organizzazione: competenza all’interno del Servizio A significa riuscire a destreggiarsi fra gli aspetti burocratici del lavoro quotidiano, allo stesso modo in cui al ricercatore viene richiesto di destreggiarsi nella compilazione di un modulo con il quale egli non ha alcuna familiarità e la cui principale caratteristica (come fa notare il medico) è “che ci sia il timbro”. Per il modo in cui viene istruito il ricercatore, pare che la logica di riferimento sia quella dell’adattare la burocrazia all’utenza; non a caso, a ogni istruzione fornita per una corretta compilazione del modulo, il medico fa seguire una possibilità di azione alternativa, a seconda del caso e di come questo si presenterà in pratica. Tale logica manifesta così quella che è l’adesione valoriale richiesta a chi partecipa all’organizzazione: il Servizio A è un’associazione di volontari che vuole affermare l’universalità di un diritto (alla salute, in questo caso) e che, dunque, ricerca nelle pratiche organizzative anche la traduzione di un agire politico (come dalle parole del medico a proposito della dichiarazione di indigenza: *Questi già sono clandestini, bene che vada lavorano in nero, ci manca solo che gli facciamo pagare le cure!*).

La sociologia dell’organizzazione è ormai solita usare la dizione di comunità di pratica (Lave, Wenger, 1991) in riferimento a quelle organizzazioni (o gruppi di attori organizzativi) il cui agire è basato sulla condivisione di un particolare modo di lavorare, di attribuire senso agli eventi, nonché di una costruzione collettiva dell’identità organizzativa (come, ad esempio, nel *Paragrafo 2.6*). Quali, dunque, in questo caso, le conoscenze e le pratiche che fondano e traducono l’azione organizzativa?

Queste possono essere schematizzate come segue:

- la sospensione del dato per scontato;
- la sospensione dei tempi organizzativi;
- il confine ambiguo tra interno e esterno;
- la dimensione fiduciaria dell’organizzazione.

2.4.1. La sospensione del dato per scontato

Come visto nel Paragrafo 2.3, relazionarsi con l'utenza del Servizio A richiede in primo luogo accantonare alcune basilari aspettative organizzative nei confronti dell'utenza. Non si può infatti dare per scontato che gli utenti conoscano le regole dell'organizzazione (il contrario, al limite); anche laddove le conoscano, non si può fare eccessivo affidamento sul fatto che le rispettino (la condizione di clandestinità in cui versano i soggetti li costringe comunque al di fuori di una serie di norme legali e istituzionali); peraltro, non è detto che tali regole aiutino nella gestione del caso concreto (talvolta, anzi, potrebbero porre ulteriori vincoli nella sua risoluzione); infine, poiché non si può fare automatico affidamento sulla reciproca comprensione a livello di comunicazione verbale e non verbale (per via della molteplicità di culture di appartenenza), non ci si può appellare neppure alla burocratica impersonalità della prestazione di un servizio.

A ciò si deve aggiungere (come dalle situazioni descritte, e come gli attori mi hanno più volte ripetuto nel corso di conversazioni informali) che l'utenza nutre aspettative diverse nei confronti del servizio, a seconda della provenienza. Schematicamente, le persone che provengono da Paesi in cui esiste(va) una forma di sanità pubblica (tipicamente, i Paesi dell'Est Europa), pretendono molto di più dal servizio (e dalla sanità italiana) che non persone provenienti da nazioni in cui l'assistenza sanitaria non costituisce un diritto sociale (tipicamente, i paesi orientali). Ciò fa sì che a volte si creino delle frizioni tra operatori e utenti (come nei casi in cui le persone vogliono convincere il medico di avere il diritto di ottenere un determinato esame/terapia), ma anche che, talvolta, le persone rimangano incredule alla notizia che la visita non si concluda qui e ora. Quest'ultimo caso si presenta come piuttosto rilevante, poiché suggerisce che, per quanto il Servizio A rappresenti un punto d'accesso ai servizi sanitari, la traiettoria di cura può comunque variare a seconda delle altre strutture con cui l'utente entrerà in contatto e della sua abilità nel districarsi all'interno di esse (si veda, più avanti, il caso del CUP). In entrambi i casi, tuttavia, è curioso osservare che ciò conduce facilmente a un uso addizionale del servizio: chi capisce che il Servizio A è un punto d'accesso per diverse prestazioni mediche, vi torna frequentemente; chi pensa di non aver ricevuto la prescrizione necessaria, vi torna comunque per recriminare; chi non ha capito dove recarsi, o non è riuscito ad accedervi, torna al Servizio A alla ricerca di delucidazioni.

2.4.2. La sospensione dei tempi organizzativi

Uno dei principali effetti connessi all'alone di ambiguità che avvolge l'agire organizzativo quotidiano è la messa in discussione dei tempi dell'organizzazione e il diverso accento dato al ritmo del lavoro.

Nelle osservazioni è possibile intravedere come il Servizio A abbia una gestione elastica dei tempi, a partire dal fatto che l'attività dell'organizzazione può facilmente protrarsi oltre l'orario previsto, sino all'affermazione di un ritmo di lavoro che rifugge dalla serialità e dalla standardizzazione quantitativa (come dalla risposta di un operatore a un utente che lo spronava ad accelerare i tempi di visita: *Andiamo come andiamo... mica siamo in catena di montaggio!*). Peraltro, una delle frasi che più spesso si sente ripetere dagli

operatori è: *Calma, calma, non ci corre dietro nessuno*, frase riflessa anche dall'agire dei medici, i quali arrivano a trascorrere in ambulatorio anche 45 minuti con lo stesso paziente.

Ma ciò non dipende solo dall'atteggiamento elastico nei confronti dei tempi; l'attività di visita è caratterizzata da tempi prolungati e variabili anche perché medici e operatori tendono a spiegarsi accuratamente e ripetutamente con i pazienti. Al di là della difficoltà linguistica che le persone straniere incontrano nel descrivere i sintomi del loro malessere in italiano (o che i medici incontrano nel decifrare la lingua parlata dall'utenza; di fatto spesso le conversazioni si svolgono in una sorta di *Grammelot*¹⁷ che copre i più vari ceppi linguistici, dallo slavo al latino), infatti, gli episodi evidenziano come vi sia un'altra serie di particolari che i medici preferiscono non lasciare sottintesi: la modalità di assunzione delle medicine, il luogo di prenotazione/effettuazione degli esami prescritti, le condizioni di vita materiali in cui versano le persone. A causa di ciò, l'interazione con i pazienti (da parte di tutti gli operatori, sia medici che amministrativi) si sviluppa attraverso il ripetere più volte le spiegazioni fornite, cercando di utilizzare terminologie diverse e carpando dallo sguardo e dalle espressioni di chi si ha di fronte la reale comprensione di quanto consigliato; la prescrizione di un esame richiede come corollario la spiegazione del dove recarsi e di come raggiungere tale luogo (zona della città, vicinanza ad altri luoghi conosciuti, mezzi di trasporto per recarvisi; in un caso ho addirittura assistito alla spiegazione della funzione delle porte nelle vecchie mura all'interno della comprensione della struttura cittadina); la prescrizione di determinati farmaci/terapie è solitamente anticipata o seguita da un tentativo di verifica delle condizioni di vita materiali dei soggetti che si incontrano (nel caso di infezione delle parti genitali, ad esempio, che senso ha prescrivere una medicina/terapia il cui presupposto fondamentale sia l'attenzione per l'igiene personale, quando si ha il dubbio che la persona di fronte non disponga di una casa e/o di un bagno privato?).

La sospensione dei tempi che vige all'interno dell'ambulatorio è inoltre segnalata simbolicamente da un orologio posto su una parete fermo sulle sette e quarantadue; organizzativamente, dal fatto che è raro sentire qualche operatore domandare che ora sia, più facilmente gli operatori si aggiornano sul numero di pazienti ancora in attesa; praticamente, dal fatto che (talvolta) il personale addetto alle pulizie fa notare agli operatori del Servizio A che la struttura all'interno della quale l'organizzazione è inserita condivide una tempistica diversa e attribuisce particolare rilevanza al rispetto degli orari formalmente stabiliti.

¹⁷ Forma di teatro inventata dai comici della Commedia dell'arte del 1400, in cui i concetti vengono trasmessi attraverso suoni che non sono parole stabilite, convenzionali; il linguaggio usato perde di significato letterale, per diventare suono, vibrazione, musicalità che comunica emozioni e suggestioni. Molto usato dai giullari, che con un intruglio di dialetti e parole inventate rendono immediata e molto colorita la recitazione, nella quale predomina anche una gestualità e una mimica molto accentuate. Dall'insieme di queste componenti viene fuori un tipo di teatro estremamente espressivo, iperbolico, esilarante, viscerale, diretto e quindi comprensibile un po' dappertutto e ad ogni tipo di pubblico.

Come più volte ripetuto dagli attori (e come osservato nel *Paragrafo 2.6*), ciò fa sì che talvolta l'attività ambulatoriale si protrae al di fuori delle mura dell'organizzazione, per strada, cosa che ci porta a discutere un'ulteriore dimensione caratterizzante le pratiche organizzative, ossia l'ambigua (e mutevole) linea di confine dell'azione organizzativa.

2.4.3. Il confine ambiguo tra interno e esterno

Nel caso del Servizio A è difficile dire dove inizi e dove finisca l'organizzazione.

Da un punto di vista spaziale, si potrebbe affermare che il Servizio A inizia dal corridoio d'attesa, dove per via degli squilli dei telefoni cellulari, delle voci delle persone e anche delle risate, si ha la sensazione di essere già all'interno delle maglie dell'organizzazione. Ciò consente di sottolineare come l'essere dentro il Servizio A permetta all'utenza di usufruire non solo di una prestazione medica, ma anche di uno spazio (il corridoio d'attesa) in cui socializzare, scambiarsi informazioni, venire a conoscenza delle strategie altrui per uscire dallo stigma della clandestinità. Da questo punto di vista, non è superfluo notare che il corridoio d'attesa costituisce uno spazio di apprendimento per l'utenza, con i soggetti più esperti che spiegano ai novizi come/dove cercare casa, lavoro o, semplicemente, quali siano le lavanderie più convenienti.

Da un punto di vista burocratico, tuttavia, l'essere dentro il Servizio A passa attraverso l'attivazione della STP e, dunque, attraverso il rilascio della tessera da parte dell'Anagrafe sanitaria. Anche in questo senso, allora, l'azione del Servizio A non è finalizzata soltanto a fornire una prestazione medica, bensì rappresenta per l'utenza un'occasione di raccordo burocratico-istituzionale con le agenzie governative locali. In termini di vita quotidiana, dalle osservazioni emerge sia la rilevanza che la tessera STP riveste per i soggetti in termini di risorsa identitaria (in quanto unica testimonianza istituzionale della loro esistenza in un dato luogo e tempo), sia l'elemento (in)formativo che si innesca nella relazione tra utenti e operatori. Questi ultimi infatti non si limitano a comunicare il cosa fare, ma si preoccupano di spiegare il come fare. Ecco che, allora, invece che indicare semplicemente di recarsi presso l'Anagrafe sanitaria, gli operatori preferiscono spiegare dettagliatamente (accompagnandosi con numerosi gesti) come raggiungere uno sportello che, del resto, si trova semplicemente al piano inferiore; oppure, ecco spiegato il motivo che fa sì che indirizzare un utente presso un'altra struttura possa richiedere anche la spiegazione di quale autobus prendere, dove scendere, se non addirittura cercare di spiegare la geometria della città. Quest'opera di formazione dell'utenza si traduce anche in un'opera di formazione all'uso dei servizi. Laddove gli/le utenti vengano erroneamente indirizzati/e presso l'organizzazione (vedi ad esempio il *Paragrafo 2.12*), gli attori spiegano loro con la stessa dovizia di particolari a quali servizi abbiano accesso e come guadagnare tale accesso. Peraltro, che il Servizio A sia un ottimo canale informativo in termini di diritti degli immigrati è riflesso dal numero di persone in possesso di regolare permesso di soggiorno che si recano presso la struttura a fini informativi, oltre che dalle richieste di chiarimento provenienti da altre agenzie, sanitarie e non.

Corollario di queste considerazioni è, dunque, che l'agire organizzativo può avere confini molto variabili, ma che in buona parte consiste proprio in un lavoro di facilitazione delle traiettorie di accesso. Essere dentro il Servizio A, possedere una STP, sono infatti elementi necessari ma non sufficienti per fruire dei servizi sanitari. Il Servizio A può fornire gli accessi e avviare alcune traiettorie, ma (come dimostrato da tutte le persone che tornano al Servizio A perché non sono riuscite ad ottenere la prestazione desiderata) queste potrebbero interrompersi e/o trasformarsi in tortuosi labirinti. Ciò motiva la scelta da parte degli attori organizzativi di sincerarsi che l'utenza possa effettivamente accedere alle prestazioni consigliate e/o di attivarsi a tal fine attraverso un'opera di *networking* con altre strutture, colleghi e il territorio stesso. Infine, ciò rende materia di discussione (e di attenzione) sino a che punto debba estendersi la competenza degli attori (operatori o utenti che siano) nel districarsi all'interno dell'organizzazione, riportando così l'attenzione sulla dimensione pratica dell'agire organizzativo.

Da un punto di vista pratico, infatti, anche soltanto l'aver scritto di proprio pugno il proprio nome sul foglio attaccato alla porta (che funge da lista d'attesa) colloca le persone all'interno dell'organizzazione. Come mostrato dalle osservazioni, gli operatori prendono tale lista quale riferimento costante della loro attività, sino a farla diventare l'unico vincolo concreto per l'accettazione: *Se si è iscritta, la chiamo* è una delle frasi classiche che gli operatori pronunciano, sulla porta. Peraltro, dato che ciò che caratterizza l'utenza dell'organizzazione è lo stato di clandestinità, non si può dare per scontato che tutti posseggano un documento di riconoscimento e tanto meno che tutti siano disposti a dichiarare la propria identità. In questo senso, è interessante notare che neppure lo stato di salute discrimina l'interno dall'esterno, ma la condizione di clandestinità in cui versano i soggetti (motivo per cui le persone talvolta reclamano di diritto la STP).

La lista affissa sulla porta diventa l'oggetto di incontro e mediazione tra operatori e utenti. Simbolicamente, è un oggetto neutro: è un foglio di carta bianca, può essere affisso da chiunque, vi si può scrivere qualsiasi cosa, non ha dei veri e propri limiti (non dovesse esservi più spazio per iscriversi, è sempre possibile aggiungere un altro foglio). Sempre simbolicamente, è un oggetto che segnala che l'incontro tra l'organizzazione e l'utenza avviene all'interno di uno spazio tutto da costruire e di regole che prevedono sempre l'eccezione. Penso che questo sia uno dei motivi per cui gli attori organizzativi (operatori o utenti) non interpretano mai in senso assoluto la successione di nomi presenti sulla lista d'attesa: qualcuno può non essere presente, qualcun altro può avere esigenze particolari, qualcun altro ancora può non aver sentito (o riconosciuto) chiamare il proprio nome. L'ordine diventa un elemento contestuale e rinegoziabile, per quanto (come mostrato dalle interazioni quotidiane) gli attori organizzativi (indistintamente) facciano di tutto per dimostrare il loro rispettare la lista d'attesa. Ciò innesca alcune dinamiche curiose, in particolare il fatto che, per quanto gli operatori si adeguino nel loro procedere nell'ordine di iscrizione sulla lista, gli utenti rivendicano di continuo la propria posizione e incalzano gli operatori; dal punto di vista dell'utenza infatti, non c'è dubbio sul fatto che chi si è iscritto prima ha il diritto ad essere ricevuto prima, ma ciò non toglie che chi si è iscritto dopo ha comunque il diritto di cercare di anticipare il proprio turno.

Che, infine, vi siano persone che necessitano unicamente del rinnovo o dell'attivazione della STP, rende ancora più variabile l'ordine di nomi presenti sulla lista: chi attende una visita può vedersi passare avanti qualcun altro, così come chi (oltre alla visita) necessita dell'attivazione della STP, può darsi che debba prima recarsi all'Anagrafe sanitaria (per l'attivazione della STP) e cedere di fatto il posto a qualcuno arrivato in seguito. Sostanzialmente, si potrebbe concludere, non vi è alcuna garanzia che il proprio turno venga rispettato.

Lo scrivere il proprio nome sul foglio attaccato alla porta risulta allora non tanto un modo per assicurarsi una posizione, quanto un atto di adesione alle (e di rinforzo delle) pratiche organizzative che tratteggiano i confini tra interno/esterno, sano/malato, legalità/ clandestinità, quali dicotomie multidimensionali la cui distinzione può articolarsi all'interno di diversi processi, ma che è (in ogni caso) contestuale e situata nell'interazione.

2.4.4. La dimensione fiduciaria dell'organizzazione

Dati tutti questi elementi di ambiguità (la sospensione del dato per scontato e dei tempi organizzativi; la messa in discussione dei confini dell'organizzazione e delle regole che ne stabiliscono l'accesso e l'ordine; lo stato di irregolarità che caratterizza l'utenza, che dunque non può fare affidamento su di un vero e proprio diritto di fruizione del servizio), si può intuire che ciò che permette all'organizzazione di incontrare il suo pubblico è primariamente un atto di reciproca fiducia.

Vi sono infatti alcuni fattori strutturali che inevitabilmente caratterizzano il servizio e dei quali sarebbe ideologico non rendere conto. In primis, essendo l'utenza del Servizio A per definizione irregolare, chi si reca presso l'organizzazione di fatto dichiara il proprio stato di clandestinità. Detto in altri termini, niente e nessuno garantisce agli utenti che, a partire dal momento di attivazione della STP, non vengano intraprese misure coercitive e/o di controllo nei loro confronti. In secondo luogo, si deve considerare che spesso le persone incontrano un sapere medico e un modello di cura radicalmente diverso da quello a cui sono abituate nella loro cultura, senza menzionare la difficoltà linguistica nell'esprimersi e nel comprendere l'altro. Inoltre, il Servizio A è un'organizzazione costruita sulla base di una forte adesione valoriale da parte degli attori che vi dedicano lavoro ed energie. Come menzionato inizialmente, il Servizio A non vuole solo fornire un servizio di assistenza sanitaria di base, ma anche affermare il diritto alla salute ed essere una sfida nei confronti della legge Bossi-Fini, che tende invece ad escludere alcuni soggetti da tale diritto. L'essere sorta da un processo di scissione da un'altra organizzazione con gli stessi fini ma diverse pratiche organizzative, ne marca ulteriormente l'identità organizzativa, fondandola come organizzazione diversa sia dalle agenzie statali, sia dalle organizzazioni che tradizionalmente prestano assistenza a soggetti in condizioni di indigenza e/o emarginazione.

Tali fattori strutturali si sono tradotti sin dall'inizio dell'esperienza del Servizio A nel fatto che gli operatori svolgono una parte del lavoro sul territorio, portando assistenza direttamente al domicilio di comunità di migranti. Non è mistero per nessuno che questo tipo di azione è finalizzata anche ad agganciare e fidelizzare l'utenza, ma del resto gli

operatori del Servizio A (per esperienza) sanno che fare altrimenti significherebbe andare facilmente incontro a un fallimento, poiché spesso è necessario essere disposti a farsi valutare dalla comunità all'interno della quale si vuole intervenire e negoziare con i suoi esponenti le forme di azione medica e organizzativa praticabili.

Oppure, è possibile scorgere tali fattori nel fatto che (come dalle osservazioni) la maggior parte delle persone che si recano presso l'organizzazione sono accompagnate da qualcuno. Spesso è una persona della stessa nazionalità che già usufruisce del servizio, ma può anche essere un italiano, un immigrato regolare o comunque qualcuno che già conosce o ha usufruito del servizio. Queste persone possono sia avere la semplice funzione di accompagnatori, sia svolgere un qualche tipo di mediazione linguistica, ma in ogni caso ciò rende definitivamente manifesto come il passaparola all'interno delle comunità di migranti rimane il principale canale di trasmissione e diffusione delle informazioni. Da notare che ciò produce una serie di riverberi che si estendono a tutta l'attività organizzativa. Quando si viene chiamati per il proprio turno, è assolutamente normale che negli ambulatori si entri in due, talvolta anche in tre, senza la necessità di esprimere il proprio grado di parentela; chi si reca presso l'organizzazione ne conosce già gli aspetti fondamentali e dunque è in grado di comportarsi in termini di utente competente (come mostrato da tutte le situazioni in cui gli utenti anticipano l'azione degli operatori) e di non necessitare di spiegazioni sugli aspetti basilari del servizio (penso non sia casuale che nessuno si meravigli o chieda delucidazioni sul fatto che vengano richieste le generalità); terminata la visita, le persone escono accompagnate da qualcuno che ne ha comunque condiviso (seppure parzialmente) l'esperienza. Inoltre, nella gestione privata della STP da parte degli utenti (da chi vi incolla la propria foto-tessera a chi la conserva gelosamente all'interno di un apposito e separato porta-documenti) si legge un segnale della fiducia che l'utenza nutre nei confronti del possesso di tale (seppur provvisorio) documento.

Se tali pratiche segnalano il patto di fiducia che l'utenza stringe con l'organizzazione, al contempo è possibile leggere nel loro dispiegarsi anche il patto di fiducia che stringe l'organizzazione con i suoi utenti. Infatti, il Servizio A da parte sua è tenuto a fidarsi (ad esempio) delle generalità che l'utenza dichiara, del fatto che gli utenti non si scambino la tessera STP (cosa che potrebbe verificarsi, non essendoci sulla tessera la foto del proprietario), del fatto che la tessera non vada sistematicamente smarrita (cosa che può succedere e che, come osservato, crea alcune complicazioni nella gestione dell'archivio), del fatto che le persone seguano i percorsi di cura e le terapie loro indicate (cosa sulla quale gli operatori del Servizio A non possono esercitare di fatto alcun tipo di controllo), del fatto che le persone che si recano presso l'organizzazione non siano pericolosi malfattori internazionali ai quali dunque il Servizio risulterebbe perfino prestare aiuto e protezione.

Quindi, l'organizzazione e il suo pubblico si incontrano in virtù della condivisione della fiducia nell'agire dell'altro, riportando così elementi di potenziale ambiguità e conflitto nella sfera di un'ordinaria diversità.

2.5. Riflessioni conclusive

Provate a immaginare la sala d'attesa di un ambulatorio in cui molte persone sorridono; di più, provate a immaginare un operatore di segreteria che sorride e (talvolta) intavola discorsi scherzosi con gli/le utenti; ancora di più, immaginate che sia l'utenza stessa a fare ironia sulla propria condizione di malattia e/o disagio; immaginate anche che i medici ridano assieme agli/le utenti, per via delle reciproche difficoltà di comunicazione e comprensione; infine, immaginate di vedere intere famiglie zingare uscire sorridendo e ringraziando dagli ambulatori medici.

Ecco, al Servizio A tutto ciò è talmente normale che non si riesce neppure ad immaginarlo. L'osservazione dell'organizzazione, l'averne abitato gli spazi e l'essere entrato in contatto con operatori e utenti, ha trasmesso al ricercatore un senso di accoglienza e accettazione dell'estraneità che penso non sia qualitativamente differente da quello esperito da un ipotetico utente al suo primo incontro con la struttura. Ciò che più colpisce della vita organizzativa quotidiana è quindi la capacità degli attori organizzativi (operatori o utenti) di ricostruire all'interno dell'interazione una realtà *sui generis* e al contempo di ricondurla all'interno di uno spettro di ordinarietà.

Nell'ultimo paragrafo si è data particolare rilevanza alla dimensione fiduciaria che fa da sfondo all'agire organizzativo. Garfinkel (1963) ha definito la fiducia in termini di mantenimento di una "normalità apparente". Ossia, i soggetti sono ritenuti membri *bona fide* del gruppo perché capaci di gestire la situazione e quindi degni di fiducia perché si applicano nel mantenere e nell'aderire a tale ordine. Penso che tale definizione risulti particolarmente calzante nel caso del Servizio A, dove l'agire organizzativo è indirizzato in buona parte nel ricondurre disuguaglianze e differenze all'interno di un quadro di ordinarietà, dimostrando così la competenza nel gestire la situazione.

Ad ulteriore conferma di ciò (e nell'ottica di restituire la parola agli attori) concludo citando le parole di una medico del Servizio A, la quale, durante una conversazione informale su quali disuguaglianze possano innescarsi nelle traiettorie di cura degli immigrati, mi ha fatto notare che il fatto che gli immigrati accedano al Servizio A è già una disuguaglianza:

cioè, chi viene qui comunque trova noi come medici... non per dire, però... insomma, noi siamo quasi tutti giovani specializzandi... comunque, un professorone il paziente lo sente in maniera diversa da come lo sentiamo noi... ma questi mica ci vanno dai professoroni!

3. CUP¹⁸

Prima di entrare nella sede CUP osservata, è necessaria una breve introduzione sociale (più che organizzativa) del servizio.

Il CUP prescelto è frequentatissimo e molto noto in città. Tutte le persone a cui l'ho nominato, esclamavano: *Ah, ma sei lì!*. Pare che tutti lo prediligano, perché è dentro porta, molto servito dai bus, a due passi dal mercato, dalla stazione e da un fornito supermercato. Un operatore (ad esempio) lo ha descritto nei termini di:

questo è il Bronx! Dopo che hai visto questo, sei pronto per tutto!

secondo un'operatrice invece

questo CUP è diverso dagli altri... questo è un CUP multiculturale... Com'è che si dice?... Insomma, qui ci vengono anche i poveri!

In effetti, l'utenza è molto eterogenea e probabilmente riflette anche il fatto che il Servizio A si trovi al piano superiore dello stesso stabile,¹⁹ che l'Anagrafe sanitaria sia posta solo una stanza più in là e che al piano superiore si trovi anche un poliambulatorio con un centro prelievi.

Ciò detto, bisogna abituarsi all'idea che il ritmo di lavoro all'interno di questo CUP è davvero serrato e che dunque spesso le interazioni con l'utenza si svolgono in un clima di nervosismo da parte dell'utente (che ritiene di aver aspettato troppo a lungo) e/o degli operatori (affaticati dal lavoro) e/o di qualche altro utente (che, in sala d'aspetto, si lamenta ad alta voce per l'attesa o rimane in piedi sulla soglia dello spazio in cui si effettuano le prenotazioni).

Non che in questo CUP succedano cose che negli altri CUP non accadono. Al contrario, rimangono validi gli elementi emersi nel corso delle osservazioni preliminari di diverse sedi CUP. Per citare alcuni esempi, parte del lavoro quotidiano degli operatori consiste nel decifrare la scrittura dei medici di medicina generale, laddove le persone (perché anziane, oppure straniere) non siano in grado. Può capitare che il medico non prescriva la prestazione attenendosi alla dicitura nel prontuario ministeriale (ISES), motivo per cui gli operatori si sono dotati di un altro *software* (DB), all'interno del quale registrano le sistematiche distorsioni operate dai medici all'interno delle prescrizioni. Inoltre, l'intero servizio sembra aderire a una logica di inclusione e di presa in carico del problema dell'utente; quanto meno nel corso delle osservazioni svolte, è estremamente raro che gli operatori facciano slittare il quesito posto dall'utenza su altri settori dell'organizzazione e/o agiscano in base a un modello di pura competenza burocratica. Molto più spesso, sono gli operatori stessi a contattare e ad attivare altre risorse organizzative, così da risolvere nell'immediato il problema dell'utenza, o almeno indirizzarla al meglio.

¹⁸ A cura di Attila Bruni, Università di Trento.

¹⁹ Al momento dell'osservazione; ora non più.

Gli operatori osservati sembrano interpretare la loro attività organizzativa in termini di connessione e facilitazione dei rapporti tra utenti e strutture sanitarie, e in questo senso appaiono perfettamente consapevoli dell'importanza che la loro azione riveste rispetto ad una gestione paritaria degli accessi. L'esistenza di un *help desk* (all'interno del *call center*), al quale tutti gli operatori CUP possono rivolgersi nell'eventualità di una situazione particolarmente ambigua, pare attestare ulteriormente la capacità del servizio di dotarsi di strumenti organizzativi in grado di supportare gli operatori e di non lasciare che l'esito del servizio dipenda unicamente dal diverso grado di *expertise* degli operatori.

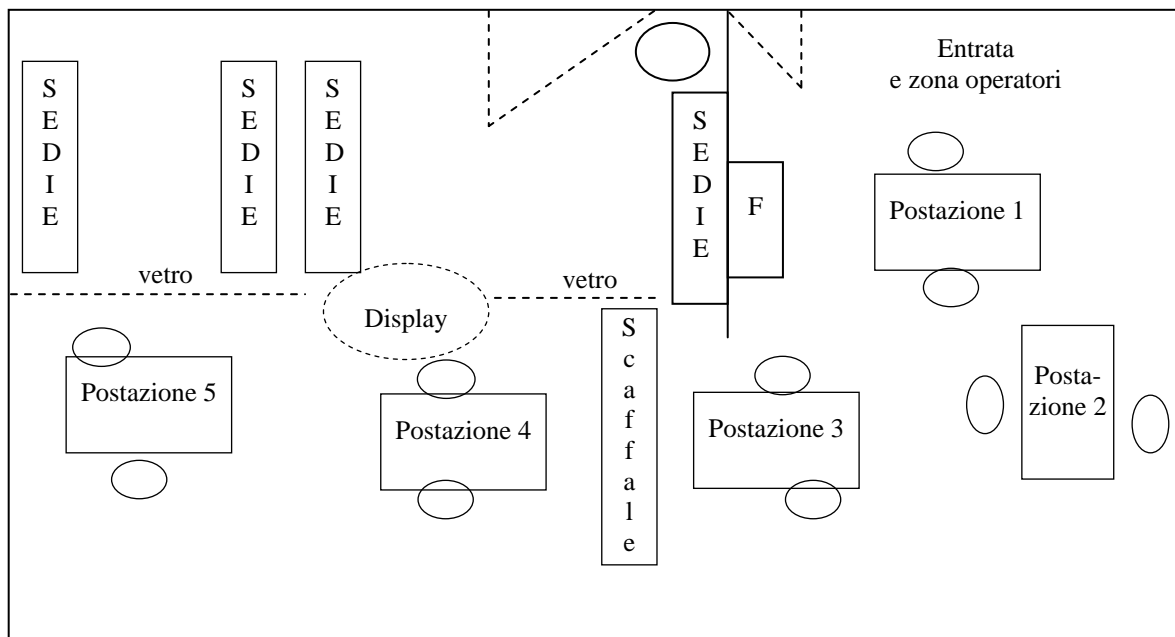
Da queste osservazioni preliminari è stato però possibile ricavare anche tracce di alcune ambiguità e criticità presenti all'interno del CUP. Dal punto di vista degli operatori dell'*help desk* (ma di ciò si trova traccia anche nelle osservazioni), ad esempio, le farmacie utilizzano in modo talvolta improprio il servizio di assistenza, come fosse un numero dedicato esclusivamente a loro, ponendo sempre le stesse questioni. Nell'opinione degli operatori dell'*help desk*, ciò dipende dal fatto che le farmacie non curano a sufficienza la formazione delle persone che gestiscono lo sportello CUP, contando proprio sull'esistenza di un servizio di assistenza. Inoltre (secondo alcuni), le farmacie sono sì attente a quella che può essere la soluzione del problema (eventuale) dell'utente, ma più che altro in un'ottica di fidelizzazione del cliente.

Altro punto critico riguarda la cosiddetta apertura delle agende delle diverse specialità ospedaliere. I CUP ormai possiedono un elenco delle cosiddette Agende rosse, cioè le agende di quei medici/specialità richiesti più frequentemente e i cui posti tendono quindi ad esaurirsi in brevissimo tempo. Una porzione non irrilevante delle telefonate che arrivano al *call center* del CUP riguarda proprio l'apertura di queste agende, rispetto alla quale gli operatori fanno però ben poco (l'apertura viene gestita in totale autonomia dai primari degli ospedali) e dunque non possono far altro che consigliare all'utente di richiamare dopo qualche giorno. La disponibilità delle agende permette anche di comprendere il principale motivo di discussione e/o attrito tra operatori e utenza: gli utenti talvolta si lamentano dei tempi di attesa richiesti per l'erogazione delle prestazioni (specie se confrontati con quelli necessari per la stessa prestazione in libera professione) e investono gli operatori della responsabilità delle loro attese.

L'osservazione dell'attività quotidiana dei diversi CUP, infine, aveva permesso di iniziare a cogliere le cosiddette piccole disuguaglianze quotidiane che si ripercuotano sulle traiettorie di accesso ai servizi. Chi abita in alcune zone della città risulta privilegiato; chi può gestire autonomamente i propri impegni lavorativi ha più facilità nel far coincidere orari e appuntamenti; chi ha la possibilità di condividere (con parenti e/o amici) la gestione degli impegni quotidiani riesce a rendersi più flessibile; chi ha un buon rapporto con il proprio medico di medicina generale ha la possibilità di essere indirizzato meglio.

Tutti questi elementi si ritroveranno anche all'interno della vita organizzativa del CUP e anzi, per alcuni motivi sopra citati, sarà possibile osservare come le criticità che talvolta capitano in altri punti CUP, qui si verifichino tutte più volte, se non addirittura contemporaneamente. Ciò permetterà di delineare meglio quelli che sono i dati per scontato dell'agire organizzativo e di capire quali siano gli attributi impliciti che l'organizzazione assegna all'utenza.

3.1. Entrare al CUP: fare la coda



Il CUP è dotato di un distributore automatico di numeri che l'utente deve ritirare, così da acquisire il suo posto nella fila. Il distributore è posto subito a sinistra dell'entrata, è chiaramente visibile e indicato da alcuni cartelli. Peraltro, il fatto che (subito di fronte all'entrata) sia posto un tabellone numerico, oltre al fatto che tutti in sala d'aspetto stringono in mano un bigliettino con un numero in mano e che, nel momento in cui si entra, facilmente può esserci qualcuno che sta prendendo un numero, fa in modo che pressoché chiunque inizi a guardarsi attorno per capire come ottenerlo anche lui/lei.

Nel corso dell'osservazione non si è infatti mai verificata alcuna incomprensione rispetto a come si formasse la coda (tutte le persone, entrando, prendevano il numero) e, del resto, lo scorrere dei numeri sul *display* del tabellone lascia pochi margini di mistero rispetto alla sequenza in cui le persone vengono ricevute e al rispetto di tale sequenza. Tuttavia (o forse proprio per il fatto che tutti sanno come funziona una coda), è interessante notare come non tutti stiano in coda allo stesso modo. Alcuni, specie se la fila è numerosa, o se il loro numero è in procinto di essere chiamato, si posizionano nei pressi del tabellone; altri cercano di guadagnare qualche posizione facendo appello ai ritmi sociali (*Devo andare a pranzo, Perdo l'autobus, Devo andare a prendere il bambino a scuola, Mi aspettano a casa*, sono tra i più comuni); altri ancora incalzano gli operatori a procedere in maniera più spedita (*Giovanotti... qui c'è ancora un botto di gente*); nel caso in cui un operatore si assenti un attimo, qualche utente può assumere un'espressione indispettita.

Talvolta, peraltro, le persone non aspettano che il loro numero venga chiamato, ma si propongono autonomamente agli operatori, come nel caso seguente.

[Il numero chiamato è il 48, un signore entra e si avvicina all'operatrice]

(Operatrice): *Lei ha il 48?*

(Utente): *No, il 50...*

(Operatrice, rivolta alle colleghe): *Chi ha chiamato il 50?*

(Altra operatrice, mentre preme il pulsante dei numeri): *Io, ma solo adesso... SOLO adesso.*

È poi sufficiente che un'operatrice faccia scattare il numero successivo, che l'utente che è in postazione non si alzi con sufficiente velocità (perché zoppicante), che un signore si affacci nello spazio operatori (ma non si accomodi, visto che le postazioni sono ancora tutte occupate), che un'altra operatrice (appena conclusa una prenotazione) non si accorga che c'è un signore in attesa e suoni anche lei, e che quindi la persona successiva al signore che aspetta entri e stia per sedersi ma che il primo signore dica di avere il numero antecedente (*107!*) e che l'operatrice lo faccia accomodare, perché la persona successiva al signore (108) inizi ad innervosirsi (*E dov'era il signore?*), e anche il primo signore si innervosisca (*Ero qui!*), e anche l'operatrice si innervosisca (*Non suonate!*), e anche l'altra operatrice (quella che aspetta che la persona si alzi) si innervosisca (*Avanti!*), cosicché la persona (108) si altera ancora di più (*Piano! Calma!*).

Specie l'ultimo caso illustra come il fare la coda non sia solo una questione di disciplina individuale, ma un atto di coordinamento da parte di tutti gli attori organizzativi, che sono tenuti a far coincidere tempi e strumentalità. Come detto all'inizio, per via della banalità dell'azione stessa, è come se tutti gli attori prestassero particolare attenzione a che nessuno sbaglia, poiché ciò significherebbe che l'organizzazione non riesce a gestire una regola che è ormai diventata un dato per scontato del vivere sociale. La controprova di ciò può essere fornita dal fatto che, nel caso in cui un operatore voglia liberarsi di un(')utente, una tattica può essere quella di far apparire sul *display* il numero successivo e aspettare che le persone in sala d'aspetto facciano il resto. Qualcuno infatti si alzerà e, numero alla mano, dirà che è arrivato il suo turno. L'operatrice, ancora con l'utente davanti, farà cenno al signore di accomodarsi e costui inizierà dopo poco ad incalzare l'altro utente, nel caso in cui questo non si senta già sufficientemente pressato dalla situazione e non vada via spontaneamente.²⁰

²⁰ La presenza di una coda può essere sfruttata dall'operatore anche nel modo seguente. Un signore deve prenotare un appuntamento per una rinomanometria. È già stato al CUP, ma gli hanno detto che questo esame è un "no CUP" e gli hanno dato il numero delle informazioni del CUP. Qui l'hanno indirizzato al reparto ospedaliero preposto, dicendogli di prenotare direttamente lì la prestazione. Il signore ha telefonato ma si è sentito rispondere che il reparto accetta prenotazioni solo tramite CUP. L'operatrice perde subito la pazienza:

E quindi Lei che fa? Torna qui e viene da me, che non c'entro niente!

Il signore le chiede cosa fare o dove andare; la risposta dell'operatrice è secca:

Non lo so, questo è un no CUP, non lo prenotiamo noi, non è un problema mio!

Il signore (con calma serafica) dice che questo invece è un problema del CUP e chiede all'operatrice di aiutarlo a risolverlo. L'operatrice risponde:

Ma io non posso, c'ho la fila...

Osservare un po' più da vicino il fare la coda permette allora di iniziare ad individuare gli elementi che fanno da sfondo alle interazioni: le relazioni tra i diversi attori organizzativi (operatori/utenti); i tempi d'attesa e la sala d'aspetto; i tempi di prenotazione; il ruolo giocato dalla casualità e dalla coincidenza.

3.1.1. Quanto tempo richiede una prenotazione?

Per capire come mai le persone possano aspettare anche un'ora prima di riuscire ad accedere a una postazione, non bisogna riferirsi solo alla quantità (comunque elevata) di utenti che si recano presso il servizio, ma anche ai tempi richiesti dall'effettuare una prenotazione.

La prenotazione di una prestazione può richiedere facilmente 15 minuti. Per quanto gli operatori abbiano a disposizione un terminale, infatti, devono in ogni caso:

- controllare l'anagrafica dell'utente;
- ricercare (via PC) le strutture dove tale esame è prenotabile;
- leggere sul monitor le istruzioni per la prenotazione;
- attendere la scelta della data e/o della struttura da parte dell'utente;
- stampare e consegnare le istruzioni (e/o eventuali provette) all'utente e attendere la firma da parte di quest'ultimo/a di eventuale modulistica.

Per quanto la procedura appaia schematica, vi è tutta una serie di possibili ostacoli. Il controllo dell'anagrafica dell'utente (ad esempio) è dovuto al fatto che i CUP utilizzano un *software* diverso da quello in uso presso l'Anagrafe sanitaria e quindi non si può assumere che se un/a utente ha variato i suoi dati e ne ha dato comunicazione all'Anagrafe sanitaria, ciò risulti anche sul *software* del CUP (anzi, quasi sempre non è così, per quanto sia stato possibile osservare). In ogni caso, gli operatori sono tenuti (in base a quanto scritto sul *Manuale tecnico operatori CUP* - si veda più avanti) a verificare che l'anagrafica dell'utente corrisponda e infatti l'interazione tra utente e operatore inizia sempre con l'operatore che chiede all'utente di verificare la correttezza dei dati che gli/le legge. È possibile che alcuni/e utenti reputino tale gesto una violazione della *privacy* (vedi oltre), oppure che non ricordino alcuni dei loro stessi dati, o anche che inizino a chiedere spiegazioni (spesso indispettiti/e) circa il mancato aggiornamento dei loro dati anagrafici. In tutti questi casi, evidentemente, la verifica dell'anagrafica impegna tempo ed energia.

Inoltre (secondo un'operatrice), un problema fondamentale per il CUP risiede nel fatto che il funzionamento degli ospedali non è unificato. Mi mostra come, quando si deve prenotare una prestazione, sul monitor degli operatori compaiono una serie di specifiche che differiscono da ospedale a ospedale: in alcuni casi a un esame se ne associa un altro;

in alcune strutture è prenotabile la prima visita, ma non i successivi controlli;²¹ le modalità di preparazione all'esame possono essere diverse a seconda del centro dove il paziente si reca (per cui può accadere che il paziente debba prepararsi in maniera differente per lo stesso esame); a seconda della struttura che si inserisce, compaiono disponibilità di date diverse e non c'è modo di visualizzare l'intero quadro delle disponibilità (cosa che non facilita la scelta da parte dell'utente). La procedura di prenotazione di un esame, così come illustrata in pratica dall'operatrice, diventa quindi una sorta di percorso ad ostacoli, all'interno del quale inciampare anche in un solo elemento può dilatare i tempi a dismisura.

Bisogna poi tenere conto di altri due fattori, tra loro collegati. Spesso gli utenti vogliono/devono prenotare più esami e chiedono che le date di questi esami possano/debbero coincidere tra loro. Il caso più classico in questo senso è costituito da tutte quelle situazioni in cui l'utente deve prenotare due esami, di cui il primo propedeutico al secondo, e vi sia una data disponibile in tempi brevi per il secondo, ma non per il primo; ciò porta evidentemente a dover ritardare anche il secondo esame. Spesso poi, persone che vogliono prenotare più esami, al di là della propedeuticità o meno delle prestazioni, preferiscono far coincidere la data dei diversi esami, così da non doversi assentare dal lavoro per più giornate (ad esempio). Altrettanto frequentemente, le impegnative mediche che le persone portano con sé riguardano anche altre persone (familiari, quasi sempre) e talvolta si può assistere a qualcuno/a impugnare il telefono cellulare, telefonare al/la diretto/a interessato/a, e riferire le date disponibili. Anche in questi casi, penso sia immaginabile come la prenotazione di un esame possa occupare ben più di 15 minuti.

Un discorso analogo vale per l'ubicazione delle strutture. Le persone preferiscono recarsi in strutture vicine alle loro residenze e/o facilmente raggiungibili con i mezzi e, nel caso in cui debbano effettuare più esami, preferiscono che tali esami si svolgano all'interno della stessa struttura. Nel caso in cui l'utente non conosca la dislocazione dei servizi sanitari sul territorio, o non si muova con facilità nel circuito cittadino, l'interazione con l'utenza richiede agli operatori di spiegare l'ubicazione della struttura e/o come raggiungerla. Nei casi più critici, gli operatori scrivono alcune indicazioni aggiuntive su un foglio che consegnano all'utente o, addirittura, disegnano una mappa approssimativa della città.

In ultimo, la tecnologia può rappresentare tanto una scorciatoia quando funziona, quanto un labirinto quando non funziona, e se una stampante si inceppa, o peggio ancora si perde la connessione alla rete CUP, le operazioni di ripristino possono durare più a lungo

²¹ L'operatrice sostiene che

prima, quando i CUP prenotavano solo le prime visite e i reparti si gestivano da soli i controlli, era molto meglio!

La frase è riferita al fatto che - secondo l'operatrice - talvolta a lei appare davvero paradossale che si riescano a prenotare le prime visite, ma poi risulti impossibile trovare un appuntamento per i successivi controlli.

del previsto. E - per quanto è stato osservato - dover attendere ulteriormente, a prenotazione ormai effettuata, è secondo nell'innervosire gli/le utenti soltanto all'eventualità in cui la rete è bloccata.

Considerate tutte queste eventualità pratiche (che, per inciso, sono solo le più ricorrenti), si provi allora a riconsiderare le operazioni richieste per effettuare una prenotazione alla luce di ciò che tali operazioni comportano per gli attori organizzativi (utenti e operatori)

Operazione	Operatori	Utenti
controllare l'anagrafica dell'utente	verificare la veridicità dei dati presenti sul PC	ricordare i propri dati anagrafici ed essere disposti a dichiararli
ricercare (via PC) le strutture dove tale esame è prenotabile	cercare di memorizzare date e strutture	cercare di memorizzare date e strutture
leggere sul monitor le istruzioni per la prenotazione	prestare attenzione alle diverse modalità di preparazione degli esami in riferimento alle strutture	prestare attenzione alla preparazione richiesta dall'esame
attendere la scelta della data e/o della struttura da parte dell'utente	cercare di incastrare gli esami in date e strutture che all'utente risultino praticabili	tenere presente i propri (e talvolta altrui) impegni futuri e la dislocazione dei servizi
stampare e consegnare le istruzioni all'utente e attendere la firma di eventuale modulistica	verificare il coincidere delle prestazioni prenotate con le istruzioni fornite e certificare l'avvenuta transazione di servizio	conservare la documentazione che si riceve e certificare l'avvenuta transazione di servizio

Come mostrato dalla tabella, le operazioni si reggono su alcuni dato per scontato dell'organizzazione: le informazioni devono essere immediatamente disponibili; il *set* di scelte e preferenze deve essere ordinato; utenti e operatori devono cercare di essere flessibili in rapporto alle esigenze organizzative; l'infrastruttura tecnologica deve funzionare al meglio; gli attori organizzativi devono prestare attenzione rispetto all'intero processo e assumerne la responsabilità (per quanto compete ad ognuno). Come per il fare la coda, prenotare una prestazione appare così il risultato di un atto di coordinamento tra i diversi dato per scontato che sottostanno all'agire organizzativo.

Al di là di questo, però, una cosa curiosa che emerge è che operatori e utenti sono chiamati sostanzialmente a svolgere gli stessi compiti, seppure da angolature differenti. In altre parole, è come se l'organizzazione richiedesse loro di andare d'accordo. Sino a questo momento, infatti, ci si è dedicati a una descrizione strutturale dell'interazione; si vede ora cosa succede in alcune concrete situazioni quotidiane.

3.1.2 Prenotare una prestazione: l'importanza dell'andare d'accordo

Può capitare che alcuni soggetti abbiano esigenze non proprio ordinarie, come nel caso in cui mi è capitato di assistere alla richiesta (da parte di un'utente) della copia della sua cartella clinica. L'operatrice non sa in cosa consista l'operazione, dunque consulta il *Manuale tecnico operatori CUP*. Non trova nulla, così chiede informazioni alle colleghe presenti, ma neppure loro sanno cosa dirle.

(Operatrice, rivolta all'utente): *Comunque non so se c'è...*

(Utente): *...dovrebbe esserci, è da dicembre che aspetto...*

L'operatrice telefona all'*help desk* e chiede informazioni a proposito della procedura per la richiesta delle cartelle cliniche, ma quasi subito la conversazione scivola su altri argomenti (procedure di fatturazione). La telefonata dura parecchio, al punto che l'utente inizia a guardare l'orologio con espressione insoddisfatta e l'operatrice se ne accorge (*Guarda... non posso stare al telefono, perché c'ho qui un'utente...*).

(O): *Non è una cosa veloce, la avviso, perché è la prima volta che lo faccio, quindi...*

(U): *...solo che a me serve, non posso più rimandare... mi avevano detto di tornare in aprile²²...*

L'operatrice (via PC) riesce a recuperare la procedura per la richiesta delle cartelle cliniche, tuttavia non riesce ad 'entrare' nella pagina web desiderata. Telefona ancora all'*help desk*, poi riprova, e così per altre due volte. Tutta l'operazione va avanti per prove ed errori, con l'utente (e me) che suggeriamo all'operatrice: *Non è che ha inserito prima il nome e poi il cognome?; Perché non prova a cliccare sull'icona della cartella?*. I tentativi continuano e, ad un certo punto, l'utente si scusa per le difficoltà che sta creando, ma l'operatrice risponde: *Ha fatto bene, è giusto!*

Finalmente, l'operatrice riesce ad entrare nella pagina usando una sua vecchia *password* e vuole la conferma definitiva circa la correttezza dell'operazione dal suo responsabile, ma la linea telefonica risulta sempre occupata, cosa che porta via ancora del tempo.

Quando l'utente va via (dopo 50 minuti di prenotazione e 60 di attesa), l'operatrice esulta (*Ce l'abbiamo fatta!*) e aggiunge: *Che bello quando gli utenti capiscono...*

L'episodio è interessante perché rende evidente quanto visto precedentemente con la descrizione strutturale del processo di prenotazione di una prestazione e, al contempo, mette in risalto l'importanza dell'andare d'accordo tra gli attori coinvolti. Questo andare d'accordo non rimanda soltanto a un coincidere puntuale di operazioni procedurali, ma alla possibilità che si instauri una relazione tra operatori e utenti.

Che bello quando gli utenti capiscono... è la frase conclusiva dell'operatrice, ma cosa aveva capito l'utente? L'utente dimostra un atteggiamento non aggressivo, spiega all'operatrice i motivi della sua richiesta e della sua insistenza, dimostra la sua competenza nel rispettare i tempi dell'organizzazione (*È da dicembre che aspetto... Mi avevano detto di tornare in aprile...*) e accorda all'operatrice tutto il tempo che le è

²² L'episodio si verifica in data 27 aprile 2004.

necessario ad orientarsi nella (inusuale) situazione. Ma, soprattutto, l'utente si rende conto (e si scusa) del suo intralciare il normale svolgimento della quotidianità organizzativa e - cosa forse ancora più importante - collabora con l'operatrice nel cercare di risolvere il dilemma. Non a caso, quando l'operatrice esulta, utilizza la prima persona plurale (*Ce l'abbiamo fatta!*), ad indicare come la soluzione sia stata frutto di un agire collettivo.

Ecco che il presupposto dell'andare d'accordo tra operatori e utenti risulta allora essere la possibilità e la volontà, da parte dell'utenza, di partecipare all'agire organizzativo e, da parte degli operatori, di avere tempo e modo di trasformare gli imprevisti quotidiani in un momento di apprendimento organizzativo. Tuttavia, come già ripetuto, i tempi e i modi del CUP sono particolarmente sostenuti, cosa che fa sì che, al pari del caso appena visto, altrettanto eccezionale sia che tale presupposto si verifichi.

Nella maggioranza dei casi, dunque, gli attori organizzativi (utenti e operatori) devono accontentarsi di interazioni più sfuggenti e di apprendimenti basati sulla ripetizione.

3.2. La relazione operatori-utenti come interazione rituale

Nell'osservare alcuni operatori e operatrici, è possibile scorgerne l'abilità linguistico-relazionale nel trasmettere all'utenza la sensazione che l'appuntamento venga preso proprio secondo i *desiderata* soggettivi. Ad esempio, ad una signora l'operatrice dice:

Guardi, ne ho uno [posto libero] proprio il 31 maggio, giusto tra un mesetto!

Alla signora successiva dice:

Ho un posto il 10, se no andiamo mooolto più avanti... (ossia, al 31 maggio).

Una signora vorrebbe anticipare (se possibile) la sua prenotazione. L'operatrice (mentre sfoglia una rivista) le risponde che non ci sono altre date disponibili. La signora è delusa, al momento della prenotazione le avevano detto che forse sarebbe stato possibile anticipare la data. L'operatrice risponde che non ci sono altre disponibilità. La signora insiste, dice che dovrà portare il busto sino alla data della visita (ossia, il 10 giugno).²³ L'operatrice le dice di provare a ripassare più in là nel tempo e vedere se per caso c'è stata una disdetta. La signora risponde che questo è quanto le hanno detto anche la volta precedente, ma non può recarsi ogni giorno al CUP (*...c'ho il busto... sono sola...*). L'operatrice le risponde che può anche telefonare; e la signora:

*Io ho provato... ma è così lungo, bisogna sempre aspettare così tanto...
[l'operatrice non risponde e continua a sfogliare una rivista].*

I due brevi episodi permettono di iniziare ad intuire il gioco di ruolo che si instaura tra gli attori in mancanza della possibilità di andare d'accordo: operatori e utenti cercano di soddisfare quelle che pensano essere le reciproche aspettative, sino a creare una interazione rituale; nel secondo episodio, ad esempio, il suggerimento dell'operatrice

²³ L'episodio si verifica in data 28 aprile 2004.

di provare a verificare nuove disponibilità più in là nel tempo è quanto di più comune si possa ascoltare al CUP, tanto che infatti una parte consistente delle persone che vi si reca, spesso lo fa anche (o proprio) per verificare un'eventuale disdetta. Così come è assolutamente tipico il ruolo dell'utente, che appare (e si descrive) delusa nelle sue aspettative e, tuttavia, impossibilitata a fare alcunché per intervenire e/o modificarle. Da notare, infine, che la formula *Lei intanto prenoti e poi vediamo se si libera qualcosa* assicura una *performance* organizzativa, ossia la prenotazione della prestazione. Tale *performance* è particolarmente importante, in quanto non solo rende conto dell'agire organizzativo (cosa che non accadrebbe se tutti continuassero a cercare posto, ma nessuno prenotasse), ma viene anche esplicitamente remunerata (l'Azienda riceve 1 Euro per ogni prenotazione che effettua).

Spesso, dunque, le interazioni tra gli attori si riducono al rispetto di un rituale di interazione, che tuttavia può subire variazioni. Alcuni operatori ad esempio svolgono il loro lavoro con la cortesia impersonale e standardizzata tipica da *call center* (elemento *in nuce* anche nell'ultimo episodio visto). A me che osservo, pare che alcuni agiscano in modo non dissimile da un risponditore vocale, al punto che difficilmente rivolgono lo sguardo all'utenza e rispondono prevalentemente agli stimoli sonori, come nel caso qui di seguito.

È il turno di una signora. Si siede, ma nel momento in cui sta per rivolgere la parola all'operatrice, costei distoglie lo sguardo e parla con una collega di un cambio di turni. L'utente attende. Quando l'operatrice smette di parlare, la signora le spiega che desidera cambiare alcune prenotazioni effettuate precedentemente, che il suo MMG le ha variato in "urgenza". La signora passa all'operatrice una serie di impegnative. L'operatrice guarda la prima e dice: *E la mammografia dov'è?*, la signora sposta il primo foglio, rispondendo: *Sarà sotto...*

(Operatrice): *Lei è esente per reddito, Signora?*

(Utente): *Sì, sì, sì.*

(O): *Mi compila questi due moduli?*

(U): *Sì, però... non ci vedo...*

[l'operatrice non reagisce in alcun modo. La signora si volta verso di me e mi chiede di compilarli al posto suo. Io sto per farlo, ma a questo punto interviene l'operatrice: *Lascia, faccio io!*]

(O): *Mi mette solo una firma qui, Signora?* [indicando una linea tratteggiata in fondo alla pagina]

(U): *Sì... non ci vedo... comunque...*

L'operatrice propone alla signora un venerdì, chiedendole se possa andare bene.

(U): *Sì, sì, va bene, a me il giorno non fa differenza... io non sono una di quelle che va in giro con gli amuleti... una di quelle che pensano che il sabato è meglio del venerdì... perché non sono una... com'è che si chiama quella parola...?*

Accanto alla cordiale impersonalità con cui l'operatrice gestisce l'interazione (peraltro, penso sia sintomatico anche il fatto che l'unica volta in cui l'operatrice sembra aver ascoltato l'utente è quando il ricercatore sta per intervenire), l'episodio permette di cogliere anche quello che è il contributo degli/le utenti nel condurre gli operatori ad attenersi a precise interazioni rituali. Il pensiero con cui la signora conclude l'episodio, infatti, lascia intravedere come le persone possano interpretare le situazioni nei modi più soggettivi: in questo caso, la signora associa la conferma richiesta dall'operatrice circa la data prescelta a una questione scaramantica.

L'estrema variabilità di comportamenti, significati e bisogni portati dall'utenza spiega parzialmente come mai gli attori preferiscano assestarsi su forme di agire standardizzate e ripetitive, anche se - come mostrato dall'episodio seguire - vi possono anche essere modi meno standardizzati di impersonare il ruolo.

La giornata è terminata e l'ultimo utente è un signore (pugliese, ma residente in città da quarant'anni) che deve prenotare alcuni esami; ha diritto all'esenzione dal *ticket*, tuttavia il suo medico di base non ha segnato l'esenzione sulla ricetta. Il signore mostra la sua tessera di esenzione all'operatrice, che gli domanda: *E perché al medico non gliela fa vedere?*, e il signore: *Perché lui non me la chiede!*.

La discussione tra operatrice ed utente va avanti a lungo, con il signore che si mostra galante con l'operatrice (le dice che, *se avessi qualche anno di meno*,²⁴ la inviterebbe a cena a mangiare un piatto di orecchiette con le cime di rape) mentre cerca di convincerla a non fargli pagare la prestazione e l'operatrice che pazientemente sta al gioco, cercando però di spiegargli che ciò non è possibile. Il signore, nel cercare di giustificare se stesso (e il MMG) per non aver segnato l'esenzione, ad un certo punto dice: *Io le spiego quello che posso capire...*. L'operatrice in ogni caso è ferma sul fatto che il signore deve tornare dal suo MMG e farsi fare una nuova impegnativa, se non vuole pagare il *ticket*. Il signore si rassegna e conclude:

Mè, meno male che ero l'ultimo, così almeno abbiamo chiacchierato un po'...

L'episodio mostra come il riuscire ad impersonare il proprio ruolo in modo più ironico aiuti gli attori (utente e operatrice) a trovare una via d'uscita dalle interazioni rituali, quasi ad andare d'accordo al di là delle procedure organizzative (l'utente ha atteso, non è riuscito a prenotare la prestazione, dovrà tornare dal suo medico di base e, tuttavia, appare in qualche modo soddisfatto dall'aver "chiacchierato un po'").

L'episodio mette inoltre in luce due elementi rimasti ancora in ombra: il ruolo giocato dai medici di medicina generale (tutto ha origine dal fatto che il MMG non ha segnato l'esenzione sull'impegnativa) e la formazione dei soggetti all'uso del sistema sanitario (*Io le spiego quello che posso capire*, è la frase pronunciata dal soggetto per giustificarsi).

²⁴ Il signore ha 84 anni.

3.2.1. Decifrare i medici di medicina generale e l'uso del sistema sanitario

Come emerso già dalle osservazioni preliminari (vedi *Introduzione*), una importante abilità pratica degli operatori consiste nel decifrare quanto scritto sulle impegnative dai medici di medicina generale. Seguono alcuni esempi osservati direttamente.

Arriva una signora straniera, in regolare possesso di tessera del SSN. Il suo MMG si è dimenticato di apporre il timbro sulla richiesta di visita e, in ogni caso, le ha fornito l'indicazione sbagliata, visto che per il tipo di esame che la signora deve fare (cardiologia pediatrica) al CUP prenotano solo la prima visita (che la signora ha già effettuato), mentre le successive devono essere prenotate direttamente dal paziente presso la struttura di riferimento (in questo caso l'ospedale).

La signora successiva è accompagnata dalla sorella e ha un'impegnativa lunghissima e incomprensibile. La signora chiede all'operatrice di decifrarla: *Ma che cos'ho?* Dopo qualche sforzo, l'operatrice capisce che sull'impegnativa c'è scritto: *si richiede visita fisioterapia*.

Una signora ha un'impegnativa per una visita fisiatrica in un centro accreditato, che però non è convenzionato con il CUP: *E allora perché il medico mi ha fatto venire qui?* (domanda, nervosa, la signora); *Non so, evidentemente si è sbagliato...* (risponde l'operatore). L'operatore le spiega che la visita va prenotata direttamente presso il centro. *Ma allora invece che aspettare 100 numeri andavo lì ad aspettare!* (conclude la signora).

Una signora deve prenotare urgentemente un esame per il figlio; la signora ripete più volte: *Il prima possibile Signora... per favore... è urgente...* La prima data disponibile è il 10 maggio²⁵ e la signora insiste perché l'operatrice verifichi che non ci siano altre possibilità. Poi è l'orario a creare difficoltà: l'appuntamento sarebbe alle 9,45 e la signora dice che in questo modo lei non può andare a lavorare e inoltre deve far uscire prima il figlio da scuola. Decidono di passare al giorno successivo (*tanto tra 10 e 11...*), quando è disponibile un appuntamento per le 7,45. L'utente domanda: *Ma quando è proprio urgente, uno come fa?*

(O): *Fa scrivere "Urgente" dal suo medico.*

(U): *Ma io gliel'ho detto! Ma lui ha detto che tanto era uguale...*

La signora va via e arriva una ragazza, accompagnata da un'amica. La ragazza è alla 18^a settimana di gravidanza e ha bisogno di prenotare una serie di esami. Il suo MMG si è però dimenticato di ricopiare dal foglio rilasciato dal ginecologo il fatto che la ragazza è incinta, cosa che fa perdere alla ragazza qualunque tipo di priorità. Oltre a ciò, anziché scrivere "HIV", ha scritto "HEV". L'operatrice prenota tutti gli esami, ma consiglia alla ragazza di portare con sé al momento dell'esame copia della visita ginecologica, dato che ci sono discrepanze tra l'impegnativa del medico e le prestazioni prenotate.

²⁵ L'episodio si verifica in data 27 aprile 2004.

Nel caso della signora successiva, invece, è l'operatrice a non riuscire a decifrare l'impegnativa del MMG:

Signora, ma a lei il medico cosa aveva detto? Che doveva fare un (...) con mezzo di contrasto, o una TAC?

La signora risponde:

Mah... lui mi ha detto che mi avrebbero messo qui [nel braccio] un ago e che mi avrebbero iniettato una sostanza naturale...

Una signora deve prenotare tre esami, e nel porgere le impegnative all'operatore dice:

Quella [impegnativa] lì... non lo capisce nessuno che cosa c'è scritto... [l'operatore guarda, ma la scrittura è davvero indecifrabile] Ieri sono andata a farmi vedere la spalla... ho chiesto anche a quel medico, ma nemmeno lui... dice che bisogna sempre guardare la prima e l'ultima lettera [della parola], ma io non riesco a capirlo proprio...

L'operatore risponde: *Ma non è che sono medicine queste?*, la signora non sa. *Provi a chiedere in farmacia...*, conclude l'operatore, e restituisce l'impegnativa alla signora che (guardandola) mormora: *Potrebbe essere scritto "puntura" qui... io gli avevo chiesto delle punture...*

Due donne maghrebine incinte si presentano con due impegnative per due visite per la gravidanza. L'operatrice chiede loro il tesserino sanitario, ma una delle due non lo ha con sé, non sapeva bisognasse portarlo. L'amica (che sembra avere più confidenza con la lingua italiana) protesta, domanda all'operatrice come mai si debbano pagare anche gli esami per la gravidanza. L'operatrice risponde che solo alcuni sono gratuiti; nello specifico, per gli esami di cui necessita la ragazza, per non pagare ci vuole la specifica "gravidanza a rischio" (*C'è anche il cartello appeso fuori...*). L'amica dice che, infatti, c'è scritto così sull'impegnativa; l'operatrice fa notare che manca la specifica "a rischio". La ragazza dice che è tornata dal medico di base per dirglielo e lui le ha detto che l'aveva aggiunto; l'operatrice dice che, tuttavia, sull'impegnativa lei non vede scritto nulla del genere. Le due donne parlottano e poi vanno via, dicendo che torneranno dal MMG.

Infine, è il turno di una signora straniera, in possesso di tessera SSN, che vorrebbe prenotare alcuni esami, ma l'operatrice le spiega che ci vuole l'impegnativa del medico. La signora esclama: *Ah, quindi è così che funziona!*. L'operatrice le dice che l'esame dentistico, invece, è prenotabile anche senza impegnativa.

Gli episodi sono diversi, ma vi sono quantomeno tre fattori ricorrenti:

- i soggetti non sempre sono a conoscenza di quale prestazione sia stata loro prescritta;
- i soggetti hanno spesso difficoltà nel capire il funzionamento e l'organizzazione del sistema sanitario;
- vi è spesso una asimmetria di potere tra MMG e soggetti, che fa sì che i medici possano congedare i pazienti consegnando loro un documento in ogni caso indecifrabile.

Se i primi due fattori mettono in evidenza la carenza di formazione e informazione all'uso delle strutture sanitarie (e, forse più in generale, pubbliche) e l'atteggiamento talvolta passivo da parte dei soggetti che sembrano accettare qualunque cosa venga loro detta, la non relazione tra MMG e utenti sembra provocare le maggiori conseguenze organizzative. Quanto accade nell'ambulatorio medico spesso rimane un mistero per le persone che però, a questo punto, trovandosi al CUP, investono l'organizzazione di una serie di aspettative e responsabilità circa la prestazione prescritta. Non a caso, in molte situazioni, l'agire degli operatori è rivolto proprio a dare informazioni all'utenza, nel tentativo di spiegare il funzionamento dei servizi e dell'organizzazione sanitaria.

Eventi di questo tipo non facilitano ovviamente lo scorrere della quotidianità organizzativa e anzi accrescono la possibilità di frizioni tra operatori e utenti. Questi ultimi, in particolare, è come se si sentissero traditi, cosa che attiva spesso un atteggiamento di diffidenza preventiva nei confronti dell'organizzazione.

3.2.2. Fidarsi?

Così come alcuni/e utenti tendono a relazionarsi in maniera passiva con i servizi, altri/e appaiono particolarmente aggressivi/e. Solitamente sono persone che, per via delle loro esperienze con il sistema sanitario in generale o con il CUP in particolare, hanno ormai sviluppato un atteggiamento di diffidenza nei confronti dei servizi; osservati dall'esterno, è come se non aspettassero altro che il verificarsi del minimo imprevisto per poter iniziare a protestare fragorosamente.

Ad esempio, arriva il turno di una signora che prenota gli esami per sé e sua madre. La signora ha con sé un busta con dentro circa 15 impegnative mediche; passa le varie impegnative all'operatrice, la quale inizia a prenotare i diversi esami. Subito, però, la signora si innervosisce e comincia a protestare poiché:

- le liste di prenotazione di alcuni esami che lei deve prenotare sono ancora chiuse;
- le liste di prenotazione di altri esami (dopo tempo che la signora aspettava aprissero) si sono aperte ieri, ma sono già quasi piene (le prime disponibilità risultano in luglio²⁶). La signora, peraltro, aveva telefonato quattro giorni prima all'Ufficio relazioni con il pubblico, dove però non le avevano saputo dire nulla rispetto alla data di apertura delle agende. *Dulcis in fundo*, ieri si è verificato un blocco del sistema informatico, per cui non era possibile prenotare nulla. La signora fa notare

²⁶ L'episodio si verifica in data 3 maggio 2004.

Si ricordi in proposito che la cosiddetta apertura delle agende delle diverse specialità ospedaliere rappresenta uno dei punti di maggiore criticità per organizzazione e utenti. I CUP possiedono ormai un elenco delle cosiddette Agende rosse, ossia delle liste di medici/specialità richiesti più frequentemente e i cui posti, quindi, tendono ad esaurirsi istantaneamente. Una porzione non irrilevante delle telefonate che arrivano al *call center* del CUP riguarda proprio l'apertura di queste agende, rispetto alla quale gli operatori sanno però ben poco (l'apertura viene gestita in totale autonomia dai primari degli ospedali) e dunque non possono far altro che consigliare all'utente di richiamare dopo qualche giorno.

all'operatrice che ieri c'era anche sciopero della Telecom e che (*guarda caso*) ciò accadeva giusto in concomitanza con l'apertura delle liste, che (*guarda caso*) ora sono già piene (la signora, in sostanza, insinua che vi sia una connivenza tra il blocco del sistema, lo sciopero Telecom e l'apertura delle liste di prenotazione);

- l'operatrice non riesce a decifrare la dicitura di alcuni esami, poiché la scrittura del MMG è indecifrabile, e ciò rallenta i tempi di prenotazione (secondo la signora i MMG andrebbero formalmente ripresi a questo proposito);
- non c'è rispetto della *privacy*. La signora si lamenta per il fatto che l'operatrice pronunci ad alta voce il suo indirizzo e numero di telefono:

Che ce le avete date a fare le tessere magnetiche?

La signora è del parere che le persone non si lamentino a sufficienza per i disservizi (*Se ci facessero pagare... voglio vedere!*) e si complimenta poi con l'operatrice (*Oh! Finalmente un'operatrice CUP gentile e allegra!*). Tra gli altri, prenota anche un esame a pagamento:

Per questo [esame] ho fretta... e poi devo fare un intervento, per cui andare a pagamento è un po' un lasciapassare...

La signora successiva si presenta così:

Io devo solo pagare... so che non è colpa vostra, ma io una cosa gliela devo chiedere: ma, secondo Lei, è possibile che si debba fare la coda anche per pagare? Ma insomma... la coda per prenotare, la coda per la visita, la coda per pagare... è un servizio demenziale! E la gente paga per questo servizio! Sembra di essere tornati alle vecchie burocrazie... Perché, poi, io pago sempre dopo... perché pagare prima? Poi magari uno non ci può andare... cioè... a me succede... [tutto il discorso è pronunciato ad alta voce, diverse persone dalla sala d'aspetto smettono di parlare e ascoltano].

L'operatrice si scusa come può per l'organizzazione del servizio (la mattina c'è una cassa dedicata, ma al pomeriggio *facciamo finta che ci sia meno gente e quindi gli operatori sono tre... o, qualche volta, due*), dicendo alla signora che all'ingresso ci sono alcuni moduli di reclamo. Anche la signora si scusa per la sfuriata, ringrazia per l'informazione sui moduli, ma va via dicendo che *questo è un servizio demenziale!*

In quest'ultimo caso, l'attrito tra operatori e utenti è innescato dal fatto che durante il pomeriggio non vi sia uno sportello dedicato alla cassa. Questo elemento apparentemente banale rappresenta frequente motivo di attrito tra utenti e operatori. È come se gli utenti si innervosissero per il fatto che, a seconda del momento in cui si incontra l'organizzazione, questa possa funzionare secondo regole e tempi diversi e, di fatto, offrire ai soggetti opportunità diverse.

Inoltre, il fare la coda diventa qui un elemento ricorrente e esasperante (*la coda per prenotare, la coda per la visita, la coda per pagare...*, protesta l'utente), così da condurre l'utente ad associare il processo che regola l'accesso alle traiettorie di cura al rispetto delle formalità organizzative che caratterizzavano l'accesso alle "vecchie burocrazie". L'associazione è interessante, penso, non tanto per il fatto che insinua che le traiettorie di cura sono subordinate ad alcune procedure burocratiche, quanto per il fatto che tali

procedure sono ritenute vecchie. L'utente non sta mettendo in discussione l'opportunità della gestione organizzativa delle traiettorie di accesso, quanto il fatto che tale gestione risulti sorpassata nel tempo e dunque perda attualmente di significato ("demenziale" è l'aggettivo utilizzato dalla signora due volte per descrivere il servizio).

Nel primo episodio si ritrova invece una traccia pratica di quanto già anticipato nel corso della descrizione strutturale della procedura di prenotazione di una prestazione. Il non riuscire a prenotare alcuni esami, unitamente alle difficoltà incontrate dall'operatrice nel decifrare l'impegnativa e alla sensazione che la propria *privacy* sia stata violata, fanno sì che l'interazione diventi subito più complessa.

Vi sono due ulteriori fattori che possono essere presi in considerazione. *In primis*, l'utente dimostra tutta la sua sfiducia nei confronti dell'organizzazione interpretando una coincidenza (il blocco del sistema informatico e lo sciopero della Telecom nello stesso giorno di apertura delle liste di prenotazione degli esami) come il frutto di un disegno organizzativo; ciò porta a prendere in considerazione un aspetto forse inusitato ma (come si vedrà più avanti) talvolta determinante, ossia il ruolo giocato dalla casualità all'interno di un servizio come il CUP. In secondo luogo, l'utente afferma che il disservizio è causato anche dalla presenza di utenti che accettano passivamente il servizio che viene loro offerto in cambio della sua gratuità; e infatti l'utente preferisce pagare una delle prestazioni che prenota (la più importante, in previsione di un intervento), poiché è dell'opinione che ciò rappresenti un lasciapassare rispetto ai tempi (le prestazioni in libera professione hanno tempi di attesa molto più ridotti) e ai modi (il servizio non è più gratuito, dunque l'utente acquisirà pieno diritto a protestare, nel caso in cui non sia soddisfatta della prestazione) dell'organizzazione.

Il tratto che motiva (e accomuna) la scarsa fiducia nutrita dagli attori nei confronti dell'organizzazione in entrambi gli episodi, in ogni caso, è rappresentato dallo stato di attesa che pare caratterizzare la condizione di chi aspira ad accedere (e portare a termine) una traiettoria di cura. È un'attesa densa di significati ma, da un punto di vista organizzativo, è notevole osservare soprattutto come questa possa innescare dinamiche competitive tra gli utenti stessi.

3.3. Attese competitive

Per capire i risvolti organizzativi dell'attesa che pare caratterizzare parte dell'esperienza che i soggetti hanno del CUP, farò riferimento a quanto accaduto sul finire di un pomeriggio di osservazione.

Alle 17,50 un'operatrice si affaccia in sala d'aspetto e annuncia:

Signori... Noi alle 18,30 chiudiamo, anche se avete il numero...

Subito iniziano i primi mormorii da parte di qualcuno/a: *Non è giusto!; Io sono qui da mezz'ora!; E allora i numeri a che servono?.* L'operatrice risponde che c'è anche un cartello vicino alla macchina elimina-code che avvisa della cosa e che, comunque, *alle 18,30 ci scollegano i terminali, quindi...* In sala d'aspetto si diffonde un clima di scontentezza e sospetto reciproco, ma l'operatrice sembra esserci perfettamente abituata (e infatti questa situazione si verifica praticamente tutti i giorni).

Presso una delle due postazioni di prenotazione, due donne maghrebine e velate stanno prenotando alcuni esami. Impiegano del tempo, ma non tanto di più di quanto ne richieda mediamente una qualunque prenotazione. In sala d'aspetto, una signora inizia ad esprimere alcuni pensieri ad alta voce:

Eh già! Andiamo bene qui! Adesso ci tocca aspettare perché ci sono gli extracomunitari che devono prenotare le visite... e vedrà Signora [rivolta alla sua vicina di sedia] quanti ne arriveranno se vince X... perché diciamocelo, chi è questo qui? Un rosso, un comunista... Y invece, cara Signora, io lo conosco... Y è una brava persona!

A metà tra comizio elettorale e farneticazione, la signora prosegue, solo che diventa sempre più aggressiva, sino ad arrivare alla classica frase:

Fosse per me, questi [i migranti] potrebbero anche tornarsene tutti nel loro Paese!

In sala d'aspetto ci sono una quindicina di persone: la maggior parte guarda la signora con sdegno, scambiandosi occhiate che sembrano dire *poverina, lasciamola parlare*, ma chi interviene (pochi) lo fa per dare man forte alle posizioni espresse dalla signora. Tra i presenti, inoltre, ci sono anche un paio di pakistani e un paio di africani, i quali si guardano attorno con aria perplessa. Il comizio della signora, inoltre, è perfettamente udibile anche dal settore delle prenotazioni e fortunatamente viene interrotto da un'operatrice che prende egregiamente in mano la situazione con un:

Vogliamo abbassare il tono della voce, per favore?

L'interesse dell'episodio risiede nella sua capacità di portare in primo piano il significato organizzativo dell'attesa per l'utenza: attendere significa rischiare di venire esclusi. A partire dal momento in cui l'operatrice preannuncia la chiusura del servizio, specificando come l'attesa di alcuni/e non avrà lo stesso esito di quella di altri/e (tutti attendono, ma solo alcuni riusciranno ad avere accesso al momento della prenotazione), viene reso esplicito il dato per scontato che fa sì che per ciascun soggetto che accede a una prestazione, qualcun altro non potrà accedervi, quantomeno all'interno dello stesso lasso temporale. Ecco il motivo per cui non aspettare risulta così importante per i soggetti, perché l'attesa garantisce all'utente di essere in coda, ma non di accedere alla

prestazione desiderata. Lo spazio della sala d'aspetto si configura così come una sorta di limbo dal quale le persone attendono di essere traghettate verso una traiettoria di cura; tutte hanno il loro biglietto (numerico) personale, tuttavia l'ordine di accesso è subordinato non tanto al numero di persone che precedono ciascun soggetto, quanto a ciò che queste persone fanno, al modo in cui accedono al servizio e al tempo che impiegano. In pratica, i soggetti non sono a conoscenza del tipo di prestazione di cui hanno bisogno gli/le utenti che li anticipano: potrebbero esserci cinque persone che però devono solo pagare il *ticket* o che effettuano la prenotazione in tempi brevi, ma è anche possibile che ve ne siano solo due, ognuna però con dieci impegnative.

Allo stesso modo, i soggetti non possono conoscere la competenza degli altri utenti nell'uso del servizio: si può essere preceduti da utenti esperti, che conoscono benissimo il funzionamento del servizio e dunque sono in grado di andare d'accordo con l'organizzazione attraverso una serie di interazioni rituali, ma può anche darsi che non sappiano come relazionarsi con l'organizzazione, rallentando così il lavoro dell'operatrice.

Non volendosi fermare all'atteggiamento razzista dimostrato dal soggetto protagonista dell'episodio, quindi, si può ipotizzare che la categoria immigrati sia utilizzata quale capro espiatorio che consente di non mettere in discussione il dato per scontato dell'attesa e dell'accesso come gioco competitivo.²⁷ Sempre da un punto di vista organizzativo, si può anche riflettere sulla complessità di processi che influiscono sull'esperienza che i soggetti hanno dei servizi sanitari; su come il riprodursi delle disuguaglianze non sia scindibile da discorsi di senso comune e, dunque, possa perdurare all'interno di questi, per quanto l'organizzazione se ne faccia carico; su come siano sfumati i confini dell'agire organizzativo, cosa che (nel caso particolare) si traduce nel fatto che gli operatori debbano monitorare e gestire anche quanto avviene in sala d'attesa.

Infine, vi è l'elemento della coincidenza, ossia il fatto che eventi che non hanno una precisa architettura organizzativa (da un certo punto di vista, è del tutto casuale che l'annuncio della chiusura del servizio avvenga in concomitanza con la presenza di due donne velate e di una signora razzista) possano acquisirne una nell'esperienza dei soggetti.

3.3.1. Coincidenze

Concentrarsi sulla dimensione della casualità degli eventi organizzativi può sembrare un atteggiamento fatalista, ma altrettanto fatalista sarebbe non prenderne in considerazione le dinamiche e le conseguenze. Solo quale nota introduttiva, si tenga presente il fatto che in soli dieci minuti la situazione al CUP può drasticamente mutare: è sufficiente infatti che il momento in cui un/a operatore/trice fa una breve pausa coincida con l'arrivo di alcuni/e

²⁷ Il giorno successivo assisterò ad una dinamica assolutamente simile, con l'unica differenza che, non essendoci migranti in sala, il capro espiatorio diventa un signore vestito in modo evidentemente dimesso, che non capisce il sistema di distribuzione dei numeri e il cui cane abbaia.

nuovi/e utenti e che qualcuno debba effettuare una prenotazione particolarmente elaborata, perché si crei istantaneamente una coda considerevole.

Arriva una ragazza straniera, munita di tessera STP, che ha mal di denti. L'operatrice le domanda: *Male male?*, la ragazza annuisce.

Allora, guarda... [continua l'operatrice, verificando le disponibilità sul monitor del pc] *siccome qui con le prenotazioni andiamo a settembre, tu fai così: domattina vai in questo posto* [le scrive nome e indirizzo su un post-it] *e dici che hai bisogno urgente... perché questo è un posto per le urgenze. Però tu vai la mattina presto, perché hanno pochi posti!*

La ragazza annuisce e domanda se non sia comunque possibile prenotare comunque l'esame (anche se in settembre). L'operatrice verifica nuovamente le disponibilità e nota che si è liberato un posto nell'arco di quindici giorni. Mentre lo prenota, rivolta all'utente, aggiunge che *sei stata fortunata!*

È quindi il turno di un signore pakistano: deve pagare il *ticket* (165 Euro) e vuole usare il bancomat. In quella postazione tuttavia non c'è il dispositivo per la lettura del bancomat, quindi l'operatrice prega il signore di attendere che si liberi la (unica) postazione munita di bancomat; in quella postazione però l'operatrice è impegnata nella prenotazione di numerose prestazioni e il signore deve attendere cinquanta minuti prima di poter pagare.

I due episodi possono essere considerati forme di coincidenza pura: gli eventi accadono per sola concomitanza temporale e tuttavia modificano significativamente l'esperienza che i soggetti traggono dal servizio (la ragazza riesce a trovare in tempi brevi la disponibilità della prestazione di cui necessita; il signore attende cinquanta minuti per effettuare un pagamento).

Al pari di una forma di "determinismo locale" (Goffman, 1983), le coincidenze annullano dunque lo *status* acquisito dai soggetti all'interno dell'organizzazione e rendono precari alcuni dei dati per scontati che regolano l'agire organizzativo (la ragazza trova posto prima di tanti che l'hanno già cercato; il signore, malgrado sia il suo turno, deve attendere ancora). Di rimando, mettono in luce la complessità di tale agire (persino un'azione banale quale effettuare un pagamento bancomat richiede il coincidere di una pluralità di elementi, umani e tecnici) e, da un certo punto di vista, lo riducono (il signore non ha altra alternativa se non aspettare, pena il dover ripetere l'intera coda; l'operatrice impegnata non può certo scacciare l'utente). In quanto eventi indipendenti dalla volontà individuale e organizzativa, in altre parole, è come se anche il loro verificarsi e le loro conseguenze rimanessero assolute (così che, ad esempio, riuscire a prenotare la prestazione desiderata in tempi brevi appare come il risultato di un colpo di fortuna, come espresso dall'operatrice).

Vi sono però anche coincidenze spurie, ossia eventi che, pur avendo all'origine un significato organizzativo, appaiono come una coincidenza. Un buon esempio può essere fornito dal caso non raro in cui un/a utente che ha effettuato una prenotazione debba tornare al CUP a prenotare perché ha perso l'appuntamento. I motivi più ricorrenti appaiono il dimenticarsi (o il confondere) la data dell'appuntamento, un malore improvviso che impedisce di recarsi presso la struttura, l'accorgersi di non essersi

preparati correttamente all'esame, il sopraggiungere di eventi inaspettati, il rimanere bloccati nel traffico e ritardare al punto da perdere il proprio turno; coincidenze, appunto. Tutte queste eventualità rimandano però a un particolare sinora in ombra, ossia al fatto che prenotare una prestazione richiede spesso un notevole impegno da parte dei soggetti in termini di pianificazione temporale. Quando gli operatori propongono una data e un'ora precisa di appuntamento piuttosto avanti nel tempo (ad esempio, dopo una quarantina di giorni o più, come solitamente avviene), gli/le utenti rimangono più che altro sbigottiti/e: come risposto da una ragazza a cui l'operatrice (in data 8 maggio) stava domandando se preferisse una data di appuntamento per le 9,15 del 22 settembre o per le 10,30 del 23 settembre:

Si... è uguale... settembre... non so ancora cosa farò in settembre...

Peraltro sarebbe miope imputare il realizzarsi di tali coincidenze unicamente alla disorganizzazione dei soggetti, come mi è stato possibile comprendere osservando una signora prenotare le analisi delle feci. L'operatrice raccomanda alla signora di non prendere medicinali e di defecare entro le 8, poiché i campioni vanno consegnati entro le 8,20. La signora commenta:

Ma io sono stitica! Se quella mattina non riesco ad andare... come faccio?

Rispetto ai casi di coincidenza pura prima considerati, vi è dunque una differenza fondamentale: le coincidenze spurie sono tali anche perché si costruiscono nel tempo, assemblano eventi che non avvengono all'interno di un arco temporale continuo. In tutti i casi considerati, dunque, ciò che in seguito avviene per coincidenza ha all'origine un processo organizzativo; come per le coincidenze pure, tuttavia, anche le coincidenze spurie sembrano rimandare ad eventi di cui né l'organizzazione né i singoli individui possono farsi carico.

Infine, si consideri la seguente situazione. Un signore deve prenotare alcuni esami in vista di un'operazione. Il signore ha scoperto di avere dei calcoli renali e che *il 15-20% della popolazione italiana ne soffre... seppure nella maggior parte dei casi questi possano anche non manifestarsi... se non in età avanzata...* [il signore ha 42 anni]. Il signore inoltre anticipa l'operatrice rispetto alla scelta della struttura dove effettuare gli esami; domanda esplicitamente di effettuarli presso il Poliambulatorio perché abita nelle vicinanze e *passo di qua ogni mattina, perché c'ho il garage proprio qui sotto...*

Situazioni come questa sono rare: non è comune incontrare utenti informati rispetto alla percentuale statistica che il disturbo da cui sono affetti ricopre all'interno della popolazione italiana, così come non mi è capitato di osservare altri/e utenti che avessero il garage proprio accanto al luogo dove recarsi per la prestazione. È una coincidenza? Ovviamente sì, dato che non vi è alcuna connessione organizzativa tra il manifestarsi di un disturbo (peraltro raro, a detta del signore, in soggetti della sua età) e il godere di un garage in centro città. Allo stesso tempo, la presenza di una dimensione temporale discontinua (scoperta del disturbo e possesso del garage non avvengono certo nello stesso momento) dovrebbe a questo punto far risultare la coincidenza spuria e incuriosire rispetto a quali altri fattori intervengano.

3.4. Piccole disuguaglianze quotidiane

Personalmente, non penso che sia solo frutto di una coincidenza il fatto che un utente così esperto (per via dell'uso del linguaggio, delle informazioni sulla malattia, nonché della dislocazione dei servizi sul territorio) appartenga a quella categoria di persone che può avere accesso ad un garage nel centro della città. Penso invece che ciò debba portare a riflettere su come ciò che è stato preliminarmente definito come piccole disuguaglianze quotidiane (vedi *Introduzione al report*) si ripercuota sulle traiettorie di accesso ai servizi.

Molti degli episodi sinora visti indicano infatti che:

- chi abita in alcune zone della città risulta privilegiato;
- chi può gestire autonomamente i suoi impegni lavorativi ha più facilità nel far coincidere orari e appuntamenti;
- chi ha la possibilità di condividere con parenti e/o amici la gestione degli impegni quotidiani riesce a rendersi più flessibile;
- chi ha un buon rapporto con il proprio medico di medicina generale ha la possibilità di essere indirizzato meglio;
- chi condivide un buon livello di istruzione ha maggiore facilità ad orientarsi all'interno dei servizi e della traiettoria di cura seguita.

Le modalità con cui queste piccole disuguaglianze quotidiane entrano nelle traiettorie di cura risulta ancora più evidente se si presta attenzione ad alcune delle caratteristiche ricorrenti all'interno degli accessi praticati da una categoria di utenti che per definizione non condivide nessuna delle condizioni pratiche prima elencate: i migranti senza permesso di soggiorno. I cosiddetti clandestini, infatti, solitamente:

- non abitano le zone più centrali o meglio servite della città;
- non hanno alti livelli di istruzione;
- non sempre hanno facilità nell'orientarsi all'interno dei servizi, anche per questioni linguistiche;
- non hanno diritto a un medico di medicina generale;
- condividono spesso lavori precari che non lasciano molta flessibilità di orario;
- non possono contare su una rete di relazioni stabili alla quale appoggiarsi.

Ecco che, allora, la risposta che l'operatore riceve quando domanda all'utente clandestino quale medico preferisca solitamente risulta *è uguale... il più presto possibile*; e che anche rispetto alla struttura dove recarsi, l'interazione ricorrente possa essere: *Va bene il Mengoli?* [domanda l'operatore]; *Sì... non so dov'è...* [risponde il soggetto].

Per rendere conto di come tali piccole disuguaglianze possano contribuire a rendere più complesso l'accesso ai servizi, è sufficiente considerare una situazione come la seguente.

Arriva un ragazzo del Bangladesh con un'impegnativa del Pronto soccorso dell'ospedale per la prenotazione di alcuni accertamenti post-dimissioni. Tali accertamenti andrebbero effettuati entro sette giorni dalle dimissioni (così è scritto sul foglio). Il ragazzo era stato qui anche ieri, ma le agende erano già chiuse, dunque l'operatore di turno ha messo

un timbro rosso ("disponibilità esaurite") e ha consigliato al ragazzo di riprovare oggi. Neppure oggi, però, sono disponibili appuntamenti e l'operatrice spiega al ragazzo che *devi tornare all'ospedale, mostrare quel foglio e così saranno loro* [operatori del Pronto soccorso] *a trovarti un appuntamento*. Il ragazzo non capisce: *Ospedale? Loro hanno detto CUP...* L'operatrice glielo rispiega, ma il ragazzo continua a non capire e lei inizia ad innervosirsi: *N-O-N-H-O-P-O-S-T-I.-D-E-V-I-T-O-R-N-A-R-E-A-L-L-O-S-P-E-D-A-L-E!*

Il ragazzo va via, perplesso.

In questo modello di situazione, ciò che intralcia l'accesso del soggetto è il mobilitarsi all'unisono di tutte le disuguaglianze quotidiane viste sopra:

- l'attore non è a conoscenza delle procedure organizzative;
- l'attore non comprende e non parla fluidamente il linguaggio del suo interlocutore;
- l'attore non riconosce il linguaggio dell'organizzazione;
- l'attore non si muove con agilità sul territorio e all'interno della rete dei servizi;
- l'attore non ha un medico di base al quale potersi rivolgere;
- l'attore (probabilmente) non ha una rete di relazioni stabili alle quali poter fare riferimento;
- indipendentemente dal titolo di studio, l'attore non condivide alcuni presupposti culturali dell'interazione.

L'episodio mostra come questi fattori rappresentino delle piccole disuguaglianze se riferiti a categorie di utenti che ne condivideranno alcune e non altre, ma anche come possano marcare la differenza (sino a rendere inaccessibili le prestazioni) se presenti tutti nello stesso momento e in riferimento al medesimo soggetto. In questo senso, tali elementi svelano un altro dei dati scontati che sottostanno al funzionamento dell'organizzazione, ossia l'idea che, laddove i processi organizzativi non siano del tutto fluidi, gli attori abbiano le capacità e le risorse individuali per passarci comunque attraverso.

Quale nota finale, per osservare appieno come piccole disuguaglianze quotidiane possano intervenire nell'accesso alle cure, si può considerare il modello di situazione opposto a quello appena visto. Una signora vorrebbe prenotare alcuni esami (segnati come "urgenza" sull'impegnativa) per una donna ucraina in possesso di regolare permesso di soggiorno. La prescrizione è stata fatta dal MMG della signora, ha accompagnato lei stessa la persona. Tuttavia, la signora non ha con sé la tessera SSN della donna ucraina. Per giunta, sulla scheda anagrafica che compare a video non c'è la data di scadenza della tessera e anche la residenza della signora ucraina non corrisponde (controllare la data di scadenza della tessera sanitaria *per gli immigrati è sempre obbligatorio* [mi spiegherà in seguito l'operatrice]... *dobbiamo controllare la data di scadenza... in via di favore io, ogni tanto, li ho prenotati lo stesso e mi sono presa un richiamo dal coordinatore...* La signora non si spiega come mai, la sua badante ha perfino la carta d'identità italiana (la mostra all'operatrice). L'operatrice le spiega che, purtroppo, Anagrafica sanitaria e CUP non sono collegati: facendo capo a due aziende diverse, utilizzano *software* diversi.

La signora spiega all'operatrice che ci sarebbe davvero urgenza dell'esame, anche perché *mio padre ha l'Alzheimer, la badante sino a quando sta male non può assisterlo e io... non posso stare dietro a tutti e due!*

L'operatrice, dopo qualche esitazione e ulteriore insistenza della signora, decide di prenotare la prestazione (tramite un gioco di codici che non capisco e sul quale lei glissa abilmente).

In questo tipo di evento è esplicito come la mediazione di una persona (italiana) sia ciò che rende possibile l'accesso di un'utente (migrante): è la persona italiana ad accompagnare il soggetto dal MMG, è sempre lei a recarsi al CUP a prenotare ed è ancora lei a negoziare con l'operatrice l'accesso alla prestazione. Seppure in possesso del permesso di soggiorno, infatti, la situazione dell'utente è resa complessa dal fatto che, essendo l'utente una extracomunitaria, gli attori organizzativi sono tenuti a verificare la regolarità (prospettica) del suo stato di cittadinanza e, laddove vi siano delle mancate corrispondenze, ciò non consente di portare a termine l'operazione (ed è oggetto di controllo e sanzione esplicita da parte dell'organizzazione).

3.4.1. Essere disuguali

I migranti (soprattutto se non in possesso del permesso di soggiorno) sono evidentemente tra i principali candidati ad incontrare piccole disuguaglianze quotidiane nelle traiettorie di accesso ai servizi, ma non è necessario essere fuori legge o condividere modelli culturali "esotici" per rimanere impigliati nelle maglie dell'organizzazione.

Il diritto all'esenzione dal *ticket* per particolari patologie - spiega un'operatrice - è subordinata all'assegnazione di un codice-paziente da parte del medico specialista. *Ma i medici spesso i codici non li sanno (perché cambiano di anno in anno) e quindi scrivono solo il nome della patologia...* I pazienti dovrebbero allora recarsi all'Anagrafe sanitaria e farsi "codificare", ma spesso a una singola patologia corrispondono più codici, a seconda delle aggravanti del caso. *Quindi all'Anagrafe sanitaria molto spesso ti mandano dal medico funzionario, che dovrebbe accertarsi dei codici esatti.* Può darsi, però, che il paziente non abbia effettuato tutti gli esami che il medico funzionario ritiene necessari e che venga re-inviato dal suo medico specialista per la prescrizione di tali esami. Il problema in tutto ciò risiede nel fatto che (conclude l'operatrice) l'esenzione non è retroattiva e, quindi, il paziente non ottiene alcun rimborso per gli esami che effettua. Da un punto di vista organizzativo (aggiungo), il problema risiede forse anche nel fatto che sostanzialmente tutte queste deviazioni della traiettoria costringono il paziente a passare ogni volta tramite il CUP, cosa che può portare al verificarsi di situazioni come la seguente.

Arriva un signore, che è già stato al CUP in mattinata per ritirare e compilare un modulo da presentare alla visita prenotata per oggi per richiedere l'aggravamento dell'invalidità civile. Gli operatori gli hanno indicato il modulo da compilare (dall'altra parte della stanza), ma lui ha preso quello sbagliato (vi sono moduli diversi, a seconda del tipo di invalidità) e così non ha potuto effettuare la visita (i medici gli hanno detto di ri-prenotare

la visita e di tornare con il modulo giusto). Il signore vorrebbe quindi che l'operatrice gli indicasse il modulo corretto di cui servirsi. L'operatrice si alza, va in sala d'aspetto, prende il modulo da una pila e glielo porge. Il modulo è da compilare in triplice copia, *oppure ne compila uno solo e poi fa la fotocopia...* Il signore compila la prima copia (e domanda: *"Stato civile"... devo mettere "Italiano", no?!?"*) e chiede all'operatrice se può farne due copie. L'operatrice risponde: *Mi dispiace Signore, ma noi la macchina per le fotocopie non ce l'abbiamo.* Il signore si inalbera: dice che in una precedente occasione era stato possibile farle, per cui *se c'è qualcosa da pagare, io pago, ma non mi dite che la macchina non c'è, perché lo so che sta là dietro* [indica l'angolo che nasconde la macchina]. L'operatrice gli dice che loro (operatori) non hanno il codice di accesso alla macchina. Il signore mormora: *Si, si, era solo per non farLe perdere tempo... vabbè che non c'è nessuno...* Proprio in quel momento però entrano in sala d'aspetto tre persone. L'operatrice chiede al signore di spostarsi ad un'altra scrivania (così che lei possa ricevere un altro utente, mentre che lui finisce di compilare le due copie del modulo), ma il signore risponde: *Si, certo, un attimo!*, e non si muove, quasi con fare di sfida.

Il primo (nuovo) appuntamento disponibile sarebbe per il 19 agosto²⁸ e il signore risponde: *Ma come? Non va in vacanza la commissione medica?* Operatrice e utente concordano un appuntamento per settembre; quando il signore è andato via, l'operatrice commenta:

Questi dell'invalidità... prima devono aspettare tre mesi per la visita, poi quattro per il riconoscimento... nel frattempo crepano!

All'origine dell'episodio vi è un evento banale: l'utente domanda quale modulo sia necessario per effettuare un esame; l'operatore glielo indica; l'utente prende il modulo errato. Altrettanto banali non sono però le conseguenze dell'evento:

- l'utente accede all'esame, ma gli viene detto che ha compilato il modulo sbagliato; dunque
- l'utente deve tornare al CUP per prenotare nuovamente l'esame, nonché munirsi del giusto modulo, ma
- l'utente non ha particolare dimestichezza con la modulistica e quindi
- l'operatrice viene chiamata in causa, al fine di facilitare l'utente nella compilazione; tuttavia
- l'operatrice non vuole violare una procedura organizzativa e così
- operatrice e utente entrano in conflitto, cosa che non facilita il procedere dell'intera situazione, al punto che
- quasi immediatamente si forma una coda in sala d'attesa e
- ciò induce l'operatrice a domandare all'utente di cedere momentaneamente il posto, ma
- l'utente non ha più alcuna voglia di collaborare con l'organizzazione, dunque
- l'utente non cede il posto.

²⁸ L'episodio si verifica in data 30 aprile 2004.

Ecco quindi che ciò che all'origine ha un fraintendimento e riguarda la traiettoria di un singolo utente si ripercuote in breve tempo sull'intera organizzazione e su altri utenti, sino a costituire esplicitamente un intralcio al procedere del lavoro quotidiano. Ma vi sono conseguenze dirette anche e soprattutto per il singolo utente, infatti:

- la prima nuova data di appuntamento disponibile è dopo circa cento giorni e inoltre
- tale data coincide con uno dei periodi più caldi e spiacevoli da vivere in città e non coincide invece con alcuni tempi sociali ("Non va in vacanza la commissione medica?", domanda incredulo l'utente); ma del resto
- tale data è frutto dell'ennesima attesa nella traiettoria di accesso dell'utente (come dal commento finale dell'operatrice).

Infine, bisogna rilevare anche il fatto che l'essere diseguali possa offrire una rendita di posizione, come nel seguente episodio.

Una signora maghrebina vuole cambiare la prenotazione di alcuni esami. La signora ha due esami prenotati (uno per sé, l'altro per il marito), con regolare numero di tessera SSN, esami per i quali dovrebbe quindi pagare la *ticket*. Ma la persona ha anche due tessere STP e vorrebbe cancellare la precedente prenotazione e ri-prenotarla tramite STP. La questione non è chiara ma sembra che la signora voglia ri-prenotare con la tessera STP un esame che aveva già prenotato con la tessera SSN. L'operatrice indugia, intuisce che c'è qualcosa di anomalo; per giunta, STP e SSN riportano nome e cognome invertiti.²⁹ L'operatrice chiede consiglio ad una collega, la donna chiama un'amica dalla sala d'aspetto per aiutarla ad esprimersi. Anche se in quattro, la situazione non cambia di molto. Dopo alcuni minuti, l'operatrice decide di cambiare l'anagrafica della paziente e inserirla come STP.

Il problema continua a sussistere però per il marito della signora: la signora infatti aveva bisogno di una visita ginecologica per la quale non è necessaria la prescrizione medica, ma l'uomo deve sottoporsi a un esame audiometrico, per il quale ci vuole tassativamente una richiesta medica (a questo punto del Servizio A, però). La signora (che non sembra comprendere l'italiano) riesce a prenotare solo la sua visita e va via con l'espressione di chi non ha capito nulla dell'accaduto.

La stessa signora torna dopo alcuni giorni con una impegnativa del Servizio A e ottiene il cambio di prenotazione per il marito. Prenota una visita otorinolaringoiatrica e una dentistica (per quest'ultima dovrà attendere il 10 ottobre³⁰). Sul finire della prenotazione, le squilla il cellulare e la ragazza risponde. Quando va via, l'operatore commenta:

Adesso dimmi tu cosa ci fa una che è indigente con un cellulare da mezzo milione...

L'episodio (unico nel suo genere) permette di prendere in considerazione una dinamica inattesa: vi sono utenti che, pur avendo diritto a rientrare in una categoria che assicura loro la regolarità della propria cittadinanza organizzativa e sociale (la tessera SSN viene

²⁹ Motivo per cui, probabilmente, è stato possibile attivare due tessere sanitarie diverse presso l'Anagrafe sanitaria.

³⁰ L'episodio si verifica in data 30 aprile 2004.

rilasciata a seguito dell'ottenimento del permesso di soggiorno), preferiscono continuare a far parte di una categoria precaria (la STP è sinonimo di clandestinità) quando intuiscono che ciò gli permette di ricevere gratuitamente le prestazioni sanitarie. E se si ha l'impressione che ciò sia indice di un comportamento utilitarista e moralmente scorretto, si provi a riformulare la questione nei seguenti termini. Un migrante che versa in condizioni di clandestinità ha diritto alla tessera STP e a recarsi presso alcuni ambulatori dedicati (il Servizio A, ad esempio) per quanto riguarda la medicina di base; se si dichiara indigente, le prestazioni di cui usufruisce sono gratuite. Nel momento in cui un "clandestino" diventa un "cittadino", ha diritto ad accedere al SSN, ma deve pagare per le prestazioni che riceve (il permesso di soggiorno viene rilasciato dietro presentazione di un contratto di lavoro che, quindi, invalida l'indigenza) e anche se ha diritto a scegliere un MMG, tale medico non può essere colui/lei che sino a questo momento l'ha preso in carica (il "cittadino" non può più recarsi al Servizio A). Ciò significa qualcosa di più che perdere la gratuità dell'accesso ai servizi, significa esporsi a tutte le piccole disuguaglianze quotidiane sinora viste, che facilmente (come mostrato da molti episodi) potrebbero venire a costituire per i soggetti in questione deviazioni dalle traiettorie di accesso ai servizi.

Infine, si tenga anche presente che, nell'episodio appena visto, l'utente non sta facendo altro che dimostrare di aver appreso uno dei dati per scontato dell'organizzazione visti precedentemente: di fronte a un processo organizzativo che non fluidifica l'accesso, l'utente rivela la capacità di passarvi comunque attraverso, trasformando (in questo caso) il suo essere disuguale in una rendita di posizione.

3.4.2. Essere disuguali come rendita e debito di posizione

L'ultimo episodio considerato (ripeto, assolutamente unico) rischia di veicolare un'immagine paradossale e non veritiera della realtà dell'accesso ai servizi, ossia quella di un sistema in cui chi viene definito come disuguale sfrutta poi tale (presunta) disuguaglianza per proprio tornaconto, sino ad arrivare a guadagnare un accesso gratuito ai servizi anche laddove ciò non sia più necessario e motivato. Ma più di frequente (come sinora suggerito), non condividere alcuni presupposti su cui l'organizzazione è basata costituisce piuttosto un debito di posizione; e per concludere, vorrei riportare l'attenzione su alcuni degli effetti collaterali collegati al rientrare in una categoria di utente disuguale.

Inizialmente, si era detto che l'utenza di questo CUP riflette anche la presenza del Servizio A all'interno dello stesso edificio. Sino a questo momento, nelle descrizioni abbiamo visto comparire i migranti come utenti ordinari, spesso in regolare possesso di tessera SSN. Tuttavia, l'utenza del Servizio A rimane comunque etichettabile, sia perché in possesso della tessera STP (che immediatamente fa sì che l'utente ricada in una categoria diversa), sia perché non sempre capace di orientarsi al meglio nel SSN.

A questo proposito, ad esempio, capita talvolta che qualcuno/a faccia la coda al CUP convinto di essere al Servizio A perché questo è quanto ha capito dall'informazione fornitagli/le dal personale di portineria.³¹

In ogni caso, la presenza non secondaria di una serie di utenti in possesso della tessera STP richiede di fatto agli operatori di essere informati, aggiornati e attenti rispetto ad alcune questioni.

Arriva il turno di una ragazza (straniera) che vorrebbe prenotare alcuni esami per la gravidanza ma non ha l'impegnativa del medico, né il tesserino sanitario. L'operatrice le dice che *abbiamo alcuni medici...*, ma non ricorda gli orari del Servizio A. Noto così come tra tutto il materiale informativo disponibile al CUP (opuscoli sulla zanzara tigre e/o sull'uso corretto dei farmaci, ad esempio) manca un foglio con gli orari del Servizio A. Vicino a due delle cinque postazioni vi è attaccato un foglietto con gli orari del Servizio A, ma gli orari sono sbagliati. In ogni caso, gli operatori hanno un'idea molto approssimativa di come funzionino Servizio A e tessera STP. L'operatrice in questione, ad esempio, dice che *quelli del Servizio A vengono tutti qui, negli altri CUP mica li vedi... infatti io spesso devo chiedere perché le STP non le conosco*. Sempre la stessa operatrice è convinta che esista un Servizio A per l'area nord, uno per l'area centro e uno per l'area sud.

Come dai brevi esempi riportati, quindi, un primo debito di posizione che l'utenza disuguale è tenuta a pagare nell'accesso ai servizi è di tipo informativo e riguarda la possibilità di essere correttamente indirizzati. Potrebbe apparire come un'eventualità non particolarmente degna di nota, ma ormai si dovrebbe essere capaci di considerare le reazioni a valanga che caratterizzano l'organizzazione: come visto nella sezione precedente (dove un banale fraintendimento genera un effetto che si ripercuote sull'intera organizzazione), è facile immaginare che un accesso iniziato con un'informazione/indicazione sbagliata subirà fin da subito delle deviazioni nella sua traiettoria, che quindi a sua volta si costruirà quale traiettoria ambigua e dai risvolti inattesi, sia per il singolo utente sia per tutta l'organizzazione. Inoltre, come suggerito dall'episodio, è possibile che tale debito di posizione in termini informativi continui a ripercuotersi lungo tutto il percorso di accesso (anche l'operatrice non appare del tutto esperta nell'indirizzare gli/le utenti disuguali) e imbrogli ulteriormente l'intera traiettoria.

Vi è infine un ultimo particolare a caratterizzare gli accessi di chi rientra in una categoria disuguale. Ad esempio, arriva al CUP un paziente inviato dal Servizio A; ha bisogno di una "visita ortopedica per valutazione chirurgica" (questo è quanto risulta dall'impegnativa). All'operatrice la dicitura suona inusuale, così chiede consiglio alla responsabile. Neppure la responsabile sa come interpretare la cosa, ma la soluzione è offerta dalla frase: *Prenotiamo quello normale, poi se la vedrà l'ortopedico...* Al signore viene prenotato l'esame, ma noto (e non capisco) perché l'operatrice proponga all'utente (tra le varie disponibilità che compaiono sul video) solo alcune date lontane nel tempo presso

³¹ Per citare quanto espresso in tono semiserio da un'operatrice durante una conversazione informale, probabilmente il discorso sulle disuguaglianze "inizia dalla portineria", poiché gli uscieri sono i primi attori organizzativi che incontrano e indirizzano l'utenza.

strutture non proprio centrali. Domando spiegazioni e ciò mi permette di capire meglio cosa significhi essere dichiarati indigenti.

In base al *Manuale tecnico operatori CUP* (cap. 1.5 pag. 13),

se l'utente è indigente, chiedere all'utente il pagamento dell'importo dovuto: in caso di risposta affermativa utilizzare, la fascia contrattuale "indigenti non residenti"; in caso di risposta negativa, utilizzare invece la fascia contrattuale "stranieri indigenti" e far apporre sul foglio di tariffazione la seguente autocertificazione firmata dallo stesso: "Dichiaro di non poter pagare il ticket". In tal modo, tuttavia, chi viene dichiarato indigente ha un campo di scelta limitato in quanto (come dal cap. 1.5, pag. 7): "chi viene dichiarato indigente non può accedere alle prestazioni presso strutture accreditate, ma solo a quelle in libera professione".³²

In altre parole, ciò significa che se la rendita di posizione derivante dal rientrare in una categoria disuguale consiste nell'accesso gratuito alle cure, il risvolto di tale gratuità delle prestazioni consiste in una possibilità di accesso a un numero di strutture e prestazioni decisamente limitato e non altrettanto distribuito rispetto a quelle a cui può accedere la normale utenza. Di fatto, dunque, l'essere diseguali all'interno dell'organizzazione pone i soggetti in una classica situazione *double bind*: da un lato, rimanere diseguali implica restringere l'ampiezza delle proprie traiettorie di accesso; dall'altro, uscire da un territorio protetto espone i soggetti a tutte le intemperie delle traiettorie ordinarie che (come si è visto) possono comunque riservare una serie di non secondarie difficoltà e deviazioni.

3.5. Riflessioni conclusive

L'osservazione del CUP ha permesso di evidenziare cosa accade in pratica nel momento in cui le persone si mettono in coda per prenotare una prestazione sanitaria e iniziare (o proseguire) la propria traiettoria di cura. Un primo risultato importante è contenuto già in questa affermazione: ciò è stato reso visibile dall'osservazione di una particolare sede del CUP, non da una generica descrizione del servizio. È dunque un risultato che riporta in primo piano la dimensione situata e locale dei servizi e delle interazioni tra gli attori organizzativi (utenti o operatori), sottolineando come i processi e le dinamiche che regolano le traiettorie di accesso ai servizi risentano sempre di una serie di elementi contestuali e, in via di principio, non possano essere dunque assunte come uguali.

Da una lettura complessiva, emerge il CUP quale punto di snodo e filtro delle traiettorie di accesso, costantemente al centro delle tensioni relazionali tra utenti e organizzazione. A questo proposito, il particolare che meglio cattura tale aspetto è probabilmente la presenza, su tutte le postazioni, di due monitor per computer, uno rivolto verso gli operatori (accesso) e uno verso il pubblico (spento). Inizialmente, c'era un unico monitor,

³² In modo simile, chi è residente nelle zone centrali della città può avere accesso alle strutture convenzionate di città e provincia, al contrario chi risiede in periferia non ha accesso alle strutture cittadine. Ciò dovrebbe essere cambiato a seguito dell'unificazione dell'Azienda USL.

per gli operatori; a seguito della legge sulla trasparenza però, ne è stato messo uno rivolto in direzione degli utenti, così che potessero guardare ciò che faceva l'operatore; poco dopo, tuttavia, la legge sulla *privacy* ha fatto sì che tale procedura non risultasse più a norma, poiché data la vicinanza tra le postazioni, altre persone avrebbero potuto sbirciare i dati dell'utente. I monitor non vengono più accesi, anche perché (dicono gli operatori) molta gente si distraeva a seguire il cursore e non faceva più mente locale sulla prenotazione.

La persistenza dei due monitor sulle scrivanie degli operatori simbolicamente mostra quindi come il CUP sia uno dei luoghi in cui si condensano e prendono forma gli effetti di una serie di pratiche istituzionali e organizzative, locali e nazionali, collettive e individuali. Evidentemente, gran parte della competenza degli attori organizzativi risiede per l'appunto nel coniugare, conciliare e rendere fluido il passaggio tra tutte queste diverse dimensioni, restituendo un quadro coerente della traiettoria di accesso e della sua gestione.

4. Pronto soccorso³³

Osservare il Pronto soccorso (PS) ha posto alcune questioni prima ancora dell'inizio del lavoro. In primo luogo, per l'estensione temporale dell'attività organizzativa: come osservare un servizio aperto sette giorni su sette, ventiquattr'ore su ventiquattro? Si è quindi deciso di affiancare al ricercatore una ricercatrice, per riuscire a costruire un'osservazione della durata di dodici ore giornaliere e che tenesse conto delle diverse fasce temporali della stessa giornata.

In secondo luogo, per il discorso della gravità e della tempestività che spesso caratterizzano l'attività del servizio. A questo proposito, si è ritenuto opportuno che la presenza dei ricercatori si concentrasse prevalentemente nella zona del *triage* infermieristico, così da non interferire in alcun modo con lo svolgersi dell'attività medica; la scelta di tale zona peraltro è apparsa appropriata per osservare il momento in cui l'utenza accede al servizio.

Infine, per la tutela della *privacy*. I ricercatori indossavano un camice bianco e la loro identità era dichiarata agli operatori, ma non all'utenza. Allo stesso tempo, si era concordato che i ricercatori dovessero limitare al minimo le interazioni con l'utenza, vestendo formalmente il ruolo di novizi alla loro prima esperienza lavorativa. Tale ruolo li legittimava ad indirizzare l'utenza verso altri operatori e, del resto, motivava a sufficienza l'utenza a ricercare ulteriori interazioni: chi mai vorrebbe essere curato da un medico alla sua prima settimana di lavoro?

Queste sono le situazioni rispetto alle quali è stato possibile pianificare delle scelte; per tutte le altre, è necessario entrare nel vivo della realtà quotidiana del PS.

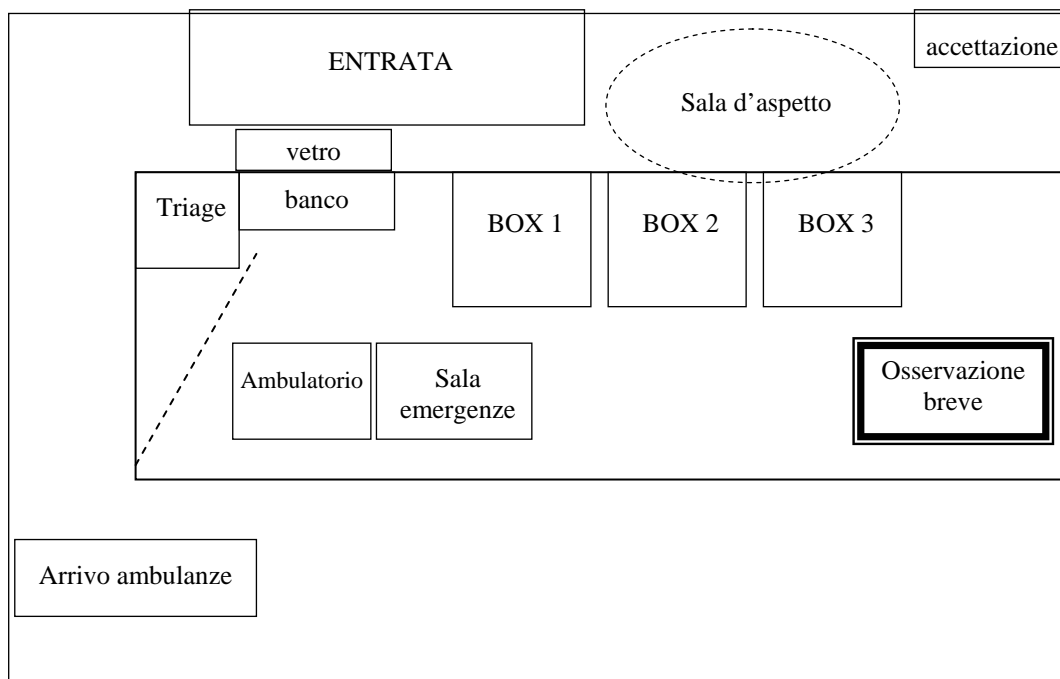
4.1. Entrare al Pronto soccorso

Il primo giorno, quando arrivo, domando dove posso lasciare la borsa e alcuni infermieri mi indicano un ambulatorio medico; mi dicono di tenere con me soldi, chiavi e cellulare, altrimenti rischio di non trovare più nulla a fine giornata.

Indossato il camice, mi posiziono nella zona del *triage* dove accede l'utenza e dove subito si crea una fila, anche perché - a causa dell'arrivo di un'emergenza - è rimasta un'unica operatrice (solitamente, al *triage* si lavora in coppia).

I primi casi che osservo sono in prevalenza persone anziane, che accusano i più svariati dolori, delle più varie intensità, ma ciò che noto subito è l'organizzazione spaziale dell'accettazione.

³³ A cura di Attila Bruni, Università di Trento.



Di fronte all'ingresso del PS c'è un banco, che tuttavia non è quello del *triage*. Ciò fa sì che le operatrici non possano mai sedersi di fronte al vetro, pena il fatto che tutte le persone appena entrate (e non) rivolgeranno loro una domanda. Le operatrici sanno quindi che conviene sedersi su un carrello, scomodo, ma più nascosto. È lo stesso che consigliano a me, per rendermi più invisibile all'utenza, ma ciò non evita che dopo pochi minuti qualcuno bussi al vetro e mi domandi:

Dov'è l'entrata principale dell'ospedale?

Il fatto che chi entra al PS trovi immediatamente di fronte a sé ciò che in un qualunque servizio pubblico sarebbe uno sportello (un bancone separato da un vetro) dunque, fa sì che praticamente nessuno presta attenzione al fatto che, sempre di fronte all'entrata, sopra lo sportello, vi sia una chiara indicazione per il *triage*. In tale processo gioca anche sicuramente il fatto che l'utente medio del Pronto soccorso è tendenzialmente agitato e ansioso e spesso si abbandona all'organizzazione nel più breve tempo possibile (appena varcata la soglia). Tale processo tuttavia è all'origine di costanti, innumerevoli e inenarrabili frizioni tra operatori e utenza: gli operatori detestano essere interrotti e/o colti alle spalle dall'utenza e, dal loro punto di vista, ciò non fa che esasperare ulteriormente lo stress da lavoro quotidiano; d'altra parte, poche cose possono indispettare un/a utente più di un operatore che dà le spalle all'entrata e che finge (dal punto di vista dell'utente) di non sentire o di essere occupato in altre mansioni.

L'interazione tra l'utente e il ricercatore poi, per quanto breve, è densa di significati. Innanzitutto, l'utente bussa contro il vetro, attira l'attenzione su di sé, sprona il ricercatore alla sua presenza rivolgendo - senza troppi convenevoli - una domanda diretta, il cui contenuto (*Dov'è l'entrata dell'ospedale*) permette di esplicitare un ulteriore dettaglio architettonico. Molte persone entrano al PS pensando di trovarsi all'ingresso principale dell'ospedale; questo avviene perché prima dell'entrata del Pronto soccorso

sulla sinistra c'è un'altra porta scorrevole che conduce alla portineria e all'ingresso vero e proprio, ma che un'indicazione identifica come Ingresso disabili, orientando dunque tutti gli altri a continuare dritto. Ciò accade in particolar modo all'utenza che si reca in ospedale in macchina e che usufruisce del parcheggio gratuito sul retro dell'ospedale fra lo stabile del PS e quello che ospita il palazzo della maternità.

Evidentemente, questo continuo flusso di persone alla ricerca delle più svariate informazioni disturba facilmente il lavoro degli operatori che, dal canto loro, apprendono ad agire con quel misto di rassegnazione allo stimolo e rimozione dello stimolo che permette in pratica di assimilare come rumore di fondo ciò che, altrimenti, costituirebbe una distrazione continua. In modo altrettanto evidente, l'utenza spesso ricava l'impressione di essere ignorata, senza peraltro capirne le ragioni e, dunque, tende a produrre più rumore possibile per attirare l'attenzione degli operatori.

Prendere in considerazione il processo di entrata fisica al PS permette quindi di esplicitare fin da subito un elemento importante che riverbera sull'attività organizzativa quotidiana, ossia il fatto che molti accessi sono (dal punto di vista degli operatori), se non immotivati, quantomeno di disturbo e che tuttavia tali accessi sono (dal punto di vista dell'utenza) assolutamente legittimi e dunque vanno perseguiti con caparbia.

4.1.1. "Vada in Pronto soccorso!"

Per chi osserva dall'esterno, è palpabile l'impressione che la stragrande maggioranza dei soggetti che si recano in PS sia convinta di versare in grave pericolo di vita e di meritare istantaneamente l'attenzione dell'organizzazione tutta. Ma ciò non dipende soltanto dalle condizioni di stress e ansia che spesso caratterizzano le condizioni dell'utenza nel momento dell'accesso, bensì può anche essere sollecitata dall'azione dei medici di medicina generale, come dagli episodi riportati.

Arriva una signora, in ambulanza. La signora è svenuta, da mesi soffre di abbassamenti di pressione, ma quando ha telefonato al suo MMG questi le ha detto:

Vada in Pronto soccorso, che lì le fanno tutti gli esami!

Poi è il turno di un signore che da due giorni non va di corpo. Il suo MMG l'ha visitato e gli ha prescritto un ricovero urgente (*Ha sentito lo stomaco tutto duro*, dice il signore).

Arriva quindi una signora che è già stata in PS lunedì. Le hanno fatto alcuni esami (dai quali non è emerso nulla di significativo), ma oggi la signora accusa nuovamente lo stesso malessere. Ha telefonato al suo medico, il quale le ha detto di tornare in Pronto soccorso e chiedere di essere visitata da uno specialista. L'infermiera domanda se il MMG le abbia fornito un'impegnativa per tale visita e la signora (quasi piangendo):

Eh no, sa... per telefono...

Un signore infine protesta con una delle infermiere del *triage*:

Il dottore mi ha detto: "Vai in Pronto soccorso e fatti visitare entro un'ora, perché sei a rischio d'infarto"... di ore ne sono passate due, l'infarto non mi è venuto... tra poco me ne vado, che così facciamo prima!

Arriva una persona che è già stata in PS questa notte, ma stamattina sta ancora male e quindi vorrebbe farsi ricontrollare. L'infermiera domanda:

Lei non ce l'ha un medico?

egli risponde:

Si... il medico di base... gli ho anche telefonato, ma lui mi ha detto che questa non è una cosa tanto generica e che se mi vedevate voi era meglio...

Interazioni come quelle appena presentate sono quanto di più comune si può osservare nel corso di qualsiasi giornata in PS; e per tenere conto della frequenza con cui tali interazioni possono verificarsi, si consideri anche il fatto che i brani appena riportati non sono un *collage* ad opera del ricercatore, bensì una sequenza realmente accaduta, il tutto al fine di rendere subito esplicito come probabilmente i soggetti non siano semplicemente tutti ipocondriaci, ma vengano in qualche modo motivati da una quota probabilmente considerevole di MMG che leggono nell'invio al Pronto soccorso un modo per assicurare il/la paziente e, al contempo, far slittare le responsabilità medico-legali del caso.

Così facendo, i medici di base contribuiscono a veicolare un'immagine del PS quale luogo in cui recarsi, a scanso di equivoci, laddove si abbia un dubbio rispetto alle proprie condizioni di salute. Ciò rende molto soggettivo il discorso dell'urgenza: la maggior parte delle persone, ovviamente, quando accusa malessere senza sapere il perché, pensa di necessitare urgentemente di una prestazione medica. Dal punto di vista organizzativo, allora, la componente più critica del comportamento dei MMG risiede forse non tanto nell'inviare i/le pazienti in Pronto soccorso, quanto nell'offrire loro questa soluzione senza accompagnarla da alcuna altra indicazione, sovraccaricando così i/le pazienti di aspettative nei confronti dell'organizzazione (PS) e del proprio stato di salute. Come messo in rilievo dall'ultimo frammento, infine, nel migliore dei casi tale pratica di invio dei pazienti al PS può innescare il fatto che l'utente "si prenda in carico", ossia che l'utente, posto di fronte alle diverse tappe che lo separano dall'ottenimento della prestazione, decida di agire di sua spontanea volontà, valutando autonomamente il significato pratico dell'evento.

4.1.2. Rappresentazioni dell'utenza

Il fatto che la vita quotidiana degli operatori si svolga all'ombra di continue e spesso immotivate interruzioni, ha le sue ripercussioni più evidenti sul giudizio comune che gli attori organizzativi esprimono a proposito dell'utenza. Tutte le persone con cui i ricercatori hanno avuto l'opportunità di conversare in modo più o meno informale (medici, infermieri/e, OTA, tirocinanti) restituiscono l'immagine di un'utenza che si reca in PS come se fosse un ambulatorio di medicina di base e, dunque, per prestazioni che non hanno nulla di urgente né di particolarmente grave.

Inoltre, gli attori lamentano il doversi relazionare con un modello di utente giudicato sostanzialmente ansioso, arrogante, male informato, se non addirittura rompiscatole e non particolarmente intelligente. In particolare, gli operatori non sopportano che gli/le utenti utilizzino il *triage* come banco informazioni. Un'infermiera è stressata dal fatto

che appena giri l'angolo, vai in bagno, ti vuoi prendere un caffè... loro [utenti] vedono un camice e ti aggrediscono. Inoltre, la tipologia di informazioni che richiedono gli utenti non è certo gratificante: *Dove si comprano i giornali?; Dov'è il terzo piano?; Come faccio ad uscire... sembra che appena entrano qui gli si abbassa il QI.* Un'altra infermiera afferma di rendersi conto che nell'uso sbagliato del Pronto soccorso gioca anche il comportamento degli operatori, che spesso hanno fretta, sono "smaronati" e, quindi, danno informazioni sbrigative e poco accurate:

Secondo me, l'80% delle persone che vengono per esami di controllo, tornano qui perché nessuno gli ha spiegato che devono andare al CUP a prenotare...

Da un punto di vista esterno, in effetti, osservare il comportamento degli/le utenti restituisce un panorama piuttosto sconcertante. La sensazione che la maggior parte dei soggetti voglia essere rassicurata e non necessiti di alcuna particolare prestazione medica è quasi palpabile, così come è deludente (non solo da un punto di vista organizzativo) assistere di frequente ad interazioni come questa.

(Operatore): *Dove ha dolore, Signora?*

(Utente): *Alla pancia.*

(O): *Più verso l'alto o più verso il basso?*

(U): *...*

(O): *Da quanto tempo ha questo dolore?*

(U): *Circa una settimana.*

(O): *Ha provato a sentire il suo medico di base?*

(U): *Sì.*

(O): *E cosa dice?*

(U): *Che non è niente, ma di venire in PS se continua a farmi male.*

(O): *Ed oggi il dolore è aumentato?*

(U): *No...*

Nell'arco di soli sette giorni i ricercatori hanno assistito a dozzine di interazioni come quella appena vista, nelle quali gli/le utenti apparivano incapaci di descrivere i loro sintomi, dichiaravano di essersi recati in PS non tanto per via di un'urgenza, quanto di un dolore prolungato e non erano in grado di motivare appieno la loro scelta. Secondo un infermiere, ciò è spiegabile alla luce del fatto

che noi viviamo in una società in cui c'è il mito del corpo perfetto e, quindi, appena ad uno gli sembra di avere qualcosa, va in ospedale. Io, per esempio, quando ero piccolo... i miei non mi portavano quasi mai in ospedale, mi tenevano a casa... anche adesso... io più o meno lo so che cos'ho... magari qualche medicina me la prendo da solo...

Il commento dell'infermiere rende così esplicito come l'uso del PS risenta di alcuni più ampi costumi sociali e atteggiamenti collettivi e derivi principalmente dalla scarsa attitudine riflessiva che le persone sviluppano nei confronti del proprio corpo. Allo stesso tempo, il commento permette di notare come il contesto di sviluppo e apprendimento

di tale attitudine rimanga molto più spesso privato, piuttosto che pubblico: l'infermiere dice di aver appreso in famiglia come relazionarsi con le strutture ospedaliere e di aver affinato questo atteggiamento attraverso i suoi studi. In breve, restituisce l'immagine di un'utenza stretta tra due opposti; da un lato un immaginario collettivo che afferma l'importanza del corpo perfetto, dall'altro l'incapacità individuale di valutare la perfezione (o meno) del proprio corpo.

Un terzo sentimento comune tra gli operatori rimanda al fatto che *le persone vengono in PS per risparmiare tempo... anche se le fai aspettare otto ore!* Un'infermiera afferma che spesso le persone vanno dal proprio medico curante, che però consegna loro un'impegnativa per un esame e/o visita specialistica e poi li saluta; *oppure vanno dalla Guardia medica... dove però i medici che ci sono di solito sono giovani e non possono dare nemmeno un Buscopan.* Al CUP i tempi d'attesa sono infiniti e quindi (conclude l'infermiera) le persone prenotano gli esami, ma poi si recano comunque in PS, specie nel caso in cui il dolore continui e/o aumenti. A tali motivazioni altri operatori aggiungono il fatto che il *ticket* per le prestazioni da PS è unico e spesso inferiore a quello che l'utente dovrebbe pagare se prenotasse la prestazione tramite CUP, per cui molti/e utenti identificano il PS come un luogo dal quale accedere alle prestazioni in minor tempo a e minor costo:

qui ci mettono di meno... fanno tutto in giornata. Ma scusa, pensa: andare dal MMG, poi al CUP a prenotare la visita o gli esami, poi fare la visita, poi andare da un'altra parte a prendere i referti... qui fanno tutto in giornata e pagano pure meno di ticket!

In queste ultime opinioni emerge l'idea che non tutti/e gli/le utenti siano in balia degli eventi, ma che alcuni/e anzi perseguano strategie utilitaristiche nei confronti del PS, sfruttandone la bassa soglia di selezione e trasformandolo di fatto in un punto di accesso per cure che andrebbero prenotate tramite CUP. Emerge anche il fatto che il Pronto soccorso ammortizza in qualche modo situazioni che - indipendentemente dalla loro urgenza - il sistema CUP non riesce a contenere, se non in tempi molto dilatati. Inoltre, l'infermiera insinua un'ipotesi interessante, ossia che l'utenza persegua più accessi contemporaneamente, alla ricerca del punto dal quale sia più facile accedere.

Dato questo set di rappresentazioni, infine, si può iniziare ad intuire come anche gli attori organizzativi, di rimando, mettano in atto delle strategie di gestione degli accessi. A proposito dei soggetti che si recano in PS pensando di risparmiare del tempo, l'infermiera si esprime nei termini di *Anche se li fai aspettare otto ore*, a rimarcare come (forse) uno dei fattori di selezione e di discrezionalità da parte degli operatori risiede nella gestione del tempo d'attesa che separa l'utente dall'ottenimento della prestazione.

Addentrarsi in questo argomento richiede una breve parentesi sul *triage* infermieristico.

4.2. Il *triage* e la codificazione dell'utente

Il *triage* infermieristico consiste in una prima valutazione delle condizioni di salute del/la paziente ad opera di un/a infermiere appositamente formato/a, sulla base di quanto espresso dall'utente congiuntamente a quello che è il profilo clinico del soggetto (età, sesso, patologie pregresse, disturbi ereditari, e così via) e alla eventuale verifica di alcuni parametri vitali (battito cardiaco, ad esempio).

In pratica, al momento della registrazione di un/a utente gli operatori devono assegnare un codice che può essere bianco (in riferimento a casi che, per come si presentano, non necessiterebbero neppure di una prestazione medica), verde (laddove il soggetto necessiti di una prestazione, ma non vi sia alcuna particolare urgenza), giallo (nel caso in cui la prestazione debba essere fornita in breve tempo, a rischio di un serio peggioramento delle funzioni vitali del soggetto) o rosso (nei casi di immediato pericolo di vita). In altre parole, si può pensare al *triage* come a un dispositivo organizzativo per instaurare un ordine locale basato non su un criterio temporale di arrivo presso il servizio, ma di gravità e urgenza della prestazione.

Dato che i casi di vita o di morte rappresentano una piccolissima parte dell'attività quotidiana del Pronto soccorso (e di ciò si potrebbe anche essere felici), che quasi sempre sono preceduti da una telefonata degli operatori del 118 (solitamente, coloro che trasportano la persona in ospedale) e che sono casi talmente gravi da risultare auto-evidenti, l'assegnazione di un codice rosso non costituisce certo un problema per gli operatori. Al contrario, può sorgere qualche ambiguità rispetto all'attribuzione di altri codici.

Tutti gli operatori, nell'illustrare l'oggettività delle linee guida che regolano il processo di attribuzione dei codici, concludono sottolineando gli elementi di discrezionalità che possono comunque intervenire. Sarebbe infatti facile se tutti i pazienti presentassero disturbi con sfumature diverse di gravità e urgenza, ma come fare (domando) nel caso in cui (ad esempio) ci siano tutti codici dello stesso colore?

Solitamente [risponde un'infermiera]... ci fai un pochino l'occhio... quello che ti piace, quello che non ti piace, quello che ti convince, quello che non ti convince, quello che capisci, quello che non capisci, quello che è un pochino più tendente al bianco o al giallo...

L'infermiera dice che, dopo aver accettato un paziente, comunque lo si continua ad osservare e quindi è possibile che durante l'attesa la gradazione del codice cambi. Tuttavia, aggiunge anche che esiste una sorta di cultura del codice, nel senso che molti operatori non assegnano mai il rosso, perché non hanno

la cultura dell'emergenza, per loro esistono le urgenze, ma non le emergenze... per cui molti gialli sono in realtà dei rossi sottostimati. Io, ad esempio, non sono una ansiosa, quindi tendo a sottostimare.

Una collega si unisce alla discussione, dicendo che *in teoria dovrebbe esserci una rivalutazione del caso, ma noi non riusciamo quasi mai a farlo* [per via del ritmo di lavoro serrato]. Inoltre (continua), il problema non risiede tanto nel fatto che possano esserci otto codici verdi in contemporanea, quanto nell'eventualità che ce ne siano tre rossi,

perché in teoria le urgenze in quindici minuti dovresti farle, ma se ne hai tre contemporaneamente... La prima infermiera aggiunge che, in effetti, nel caso in cui tu dai un UP [codice giallo], questo non ti tutela, anzi, perché se poi il paziente aspetta molto... [i codici gialli dovrebbero essere ricevuti entro quindici minuti].

Dalle diverse testimonianze è quindi possibile rilevare come il sistema del *triage* rappresenti sia un dispositivo organizzativo per gestire le diverse priorità dell'utenza, sia una forma di *accountability* (letteralmente, rendere conto) dell'azione intrapresa dall'organizzazione. Il codice assegnato al singolo utente infatti motiva e giustifica l'attesa che separa dall'intervento medico e fornisce agli operatori una tutela (come espresso da un'infermiera) rispetto ad eventuali rimostranze e/o priorità organizzative. Ma ciò che riveste maggiore interesse è la dose di soggettività e di giudizio estetico che investe l'intero processo. L'infermiera che spiega come "ci fai un pochino l'occhio", come alcuni pazienti "piacciono"³⁴ più di altri, come il colore di un codice possa tendere a diverse sfumature, esplicita una forma di sapere tacito ed esperienziale acquisita con la pratica di lavoro quotidiana che mal si adatta ad essere codificata all'interno dell'oggettività delle linee guida e la cui principale qualità risiede invece nel sostenere l'intuito professionale necessario a gestire le concrete situazioni di incertezza. Peraltro, l'infermiera nomina una cultura del codice, il che fa capire come tale apprendimento non avvenga comunque in uno spazio neutro, bensì all'interno di un *set* di pratiche e codici interpretativi situati dentro quella particolare organizzazione. Non a caso, l'infermiera esplicita che l'azione del *triage* prevederebbe il monitoraggio delle condizioni del paziente, ma anche che tale monitoraggio si svolge tenendo conto di quelli che sono tempi e opportunità offerti dallo specifico contesto.

A proposito dei tempi organizzativi in particolare, è curioso osservare come secondo alcuni operatori e seppure in modo approssimativo il discorso dei codici caratterizzi anche le fasce orarie di accesso dell'utenza. Al mattino, sono quasi tutti codici bianchi o verdi (afferma un'infermiera),

perché tutte le persone che sono andate al CUP e hanno avuto l'appuntamento tra due mesi, il giorno dopo sono qui, così ce l'hanno subito... noi al mattino facciamo da ambulatorio... siamo un filtro inesistente!

Al pomeriggio, la situazione cambia leggermente, nel senso che è possibile che ci siano casi un po' più gravi. Sera e notte sono di nuovo quasi tutti codici verdi, perché

se uno c'ha un dolore e non riesce a dormire... la notte è lunga! Poi, di notte si sta stesi, per cui ci arrivano tutti quelli che soffrono di disturbi respiratori.... Poi, certo, adesso quando arriva uno giovane con un'epigastralgia lo mandiamo subito a fare un ECG, perché gli ultimi quattro ci sono finiti tutti in Cardiologia con infarto.

Quest'ultimo frammento aggiunge due ulteriori dettagli. Il primo è esplicito e risiede nella componente esperienziale che interviene nel processo di attribuzione di un codice (un'epigastralgia non necessita di un ECG, ma l'esperienza insegna che questo non

³⁴ Forse in modo contro-intuitivo, nel gergo infermieristico del PS se un/a paziente "piace" vuol dire che è grave.

è superfluo); il secondo rimane un po' più nel discorso ed è ambivalente: da un lato rimanda alla connessione tra tempi sociali e tempi d'uso del PS (i diversi segmenti orari di una giornata corrispondono ad alcune attività sociali e, dunque, allargano o restringono le probabilità che si verifichino alcuni casi piuttosto che altri), dall'altro, nella descrizione dei codici che caratterizzano le diverse fasce orarie, ciò che cambia è la fascia oraria, ma non il codice. Nel discorso dell'infermiera, infatti, è come se ciascuna fascia oraria fornisse una giustificazione per l'attribuzione di un codice di non gravità (quasi sempre verde), contribuendo così alla costruzione dell'immagine di un'utenza che non soffre di alcun disturbo e accede al PS senza motivo (con l'eccezione del pomeriggio).

A questo punto, è allora necessario calarsi nel concreto della vita organizzativa quotidiana, per illustrare il come e il perché delle dinamiche di attribuzione di un codice.

4.2.1. Farsi codificare: negoziare la gravità della propria condizione (di salute)

Come già affermato a proposito delle rappresentazioni dell'utenza, un primo sguardo esterno non può che confermare quanto espresso dagli operatori: la maggior parte delle persone che si recano in Pronto soccorso necessitano di cure di carattere ambulatoriale e l'urgenza (se non la concreta necessità) di tali cure è spesso materia di discussione. Questo fa sì che effettivamente, su dieci codici assegnati, mediamente sette siano verdi, due bianchi e uno giallo/rosso. Ciò dipende anche dal fatto che i codici verdi rappresentano la categoria più ambigua, dovendo esprimere la necessità di una prestazione che però non corrisponde ad un rischio di vita per il soggetto. Giusto per fare qualche esempio, un'otite, una forte nevralgia, un taglio e/o una distorsione poco importanti (ossia, non degenerativi), una colica renale, una crisi di panico, gli effetti di diverse sostanze stupefacenti, uno svenimento improvviso, le contusioni derivanti da una caduta in bicicletta, un dolore intercostale, un'infezione ai genitali, un'ustione lieve, ricadono solitamente tutti nella categoria dei codici verdi (a meno che non si associno ad altre caratteristiche cliniche del soggetto). Un esempio su tutti: diverso è se ad accusare un dolore cardiaco è una persona di trent'anni, senza alcuna patologia pregressa né alcun fattore ereditario, o se è un anziano che abbia avuto anche un solo episodio di tipo cardiologico. Tuttavia, non si può dare per scontato che questa diversità conduca sempre alle medesime decisioni. Come detto sopra, gli operatori fanno riferimento a una pluralità di fattori, clinici e sociali, e quindi sanno che lo stare distesi aumenta i problemi respiratori, che "la notte è lunga" e che spesso proprio chi ha avuto problemi cardiaci, specie se anziano, può reagire con ansia al minimo evento. E, come dall'esempio di soggetti giovani che accusano epigastralgia, gli attori organizzativi sanno anche che è bene non affidarsi unicamente ai fattori di rischio o alle patologie pregresse.

Il tutto per indicare come il processo di attribuzione di un codice è davvero una questione complessa, all'interno della quale rientra anche il rapporto che si instaura tra utenti e operatori. Notevole importanza riveste ad esempio la capacità dell'utente di interagire con gli operatori e di spiegare i suoi sintomi. È da notare che nel caso del PS, tale capacità è complicata dal fatto che chi vi si reca, solitamente ha un motivo concreto

per farlo (che si tratti di una lieve ustione o di un affaticamento nel respiro, dal punto di vista dei soggetti il motivo è concreto) e afferma - a ragione o meno - di provare dolore e di necessitare di una prestazione nell'immediato.

Una ragazza straniera in Italia per motivi di studio lamenta la comparsa di un eritema sulla gamba; l'infermiere la registra e le assegna un codice bianco. Poi, è il turno di una signora che si presenta dicendo: *non vedo bene...*; l'infermiere la registra e le assegna un codice bianco. Quindi arriva un ragazzo che dice di avere un dolore al braccio, ma di non riuscire a descriverlo; l'infermiere lo registra e assegna un codice bianco anche a lui (questo andrà via spontaneamente dopo circa un'ora).

Questi esempi rappresentano così una categoria relativamente non problematica di relazioni tra utenza e operatori, poiché i termini generici e pacati con cui si descrivono i soggetti rimandano (dal punto di vista dell'infermiere) ad altrettanti generici e pacati disturbi, che non dovrebbero in alcun modo degenerare. Peraltro, il fatto che i soggetti non si dimostrino particolarmente insistenti e orientati nell'ottenere una prestazione (al punto che l'ultimo va via dopo un'ora di attesa), fa sì che l'operatore possa intraprendere un'azione organizzativa che si limita sostanzialmente a prendere atto della situazione, assegnando un codice bianco.

Al contrario, possono esserci soggetti molto più combattivi e determinati a ottenere una prestazione clinica.

Arriva una signora caduta dalla bici. La signora dice che le fa male "dappertutto"; l'infermiera dice: *Però signora, non è che possiamo farle radiografie dappertutto... dov'è che sente più male?* L'infermiera inizia a palpare la signora in vari punti, la signora urla comunque. L'infermiera scrive sul modulo di registrazione "dolore non localizzabile" e assegna un codice bianco. È poi il turno di una signora che da un paio di giorni non riesce a respirare bene e vorrebbe fare un ECG. L'infermiera le misura la frequenza respiratoria: *adesso, però, respira bene...* La signora dice che le gira anche un po' la testa e non vorrebbe dipendere da un problema neurologico. L'infermiera le domanda se abbia provato ad andare dal suo MMG; la signora risponde affermativamente e aggiunge che il suo medico le ha consigliato *una di quelle cose per respirare...* L'infermiera dice che (forse) il suo MMG ha ragione e che (forse) è per questo che la signora sente i giramenti di testa. La signora, tuttavia, non demorde e si fa registrare (codice bianco).

Le due situazioni riportate sono rappresentative di una gamma più vasta di eventi, in cui ricorrono però due elementi:

- il tentativo dei soggetti di dimostrare la gravità e l'urgenza della propria condizione di salute. Tale tentativo può essere perseguito sia reagendo con sofferenza a qualunque domanda/azione dell'operatore, sia cercando di instaurare una conversazione che manifesti il proprio sapere esperto in qualità di paziente (per cui la persona suggerisce che il dolore alla testa possa dipendere da una questione neurologica);
- la determinazione dei soggetti nel farsi registrare e ottenere una prestazione medica. È interessante notare che entrambe le persone ignorano o riconfigurano ciò che l'infermiera dice e si adoperano per rientrare nella lista d'attesa dell'organizzazione.

In entrambi gli elementi ritorna quindi l'aspetto della negoziazione e del dimostrarsi in qualche modo meritevoli e bisognosi di accedere all'organizzazione. Ciò permette di riflettere sul fatto che, per quanto tutti possano accedere (e di fatto accedano) al PS, le traiettorie di accesso si sviluppano diversamente, motivo per cui è come se talvolta operatori e utenti fossero portati a confliggere preventivamente in merito al trattamento organizzativo che riceveranno. Questo aspetto è *in nuce* all'interno dei due episodi appena visti e porta a concentrarsi su un ulteriore aspetto che riguarda il *triage* e la traiettoria di accesso dell'utente, cioè la possibilità che tale traiettoria non sia solo il risultato dell'azione organizzativa ma che in pratica il suo disegno avvenga anche in relazione ad altre pratiche dell'agire organizzativo.

4.2.2. Accessi e traiettorie in e fra le pratiche organizzative

Come sottolineato da un'infermiera, il dispositivo del *triage* prevederebbe che i/le pazienti fossero monitorati e ri-valutati nel corso dell'attesa in modo da cogliere eventuali sviluppi delle loro condizioni. Sempre secondo l'infermiera, tuttavia, per via dei ritmi accelerati del lavoro quotidiano non sempre è possibile seguire con attenzione e come si vorrebbe ogni singolo/a paziente. Quali sono dunque le dinamiche organizzative che possono intervenire nel comprimere o espandere il tempo di attesa che separa gli/le utenti dall'accesso agli ambulatori medici?

Una delle dinamiche principali è osservabile nel momento di passaggio delle consegne che avviene tra infermieri/e al cambio del turno di lavoro. Gli/le infermieri/e consegnano ai/lle colleghi/e un foglio con i nomi delle persone registrate, nonché l'orario di arrivo e il codice assegnato loro; i nomi degli/le utenti già ricevuti/e vengono evidenziati e talvolta vicino ad alcuni nomi compare un appunto a matita dell'infermiera. Possono esserci poche persone in attesa, oppure ve ne sono svariate; come è facile intuire, nel primo caso il passaggio di consegne sarà più accurato che nel secondo. È inoltre possibile che, nel momento in cui avviene il passaggio, si verifichi un'emergenza o l'arrivo improvviso di più utenti contemporaneamente; anche in questi casi, l'infermiere/a dovrà essere piuttosto sbrigativo/a nell'aggiornare il/la collega, pena il crearsi istantaneo di un ingorgo al banco del *triage*.

L'esempio più lampante dei possibili effetti pratici di tale dinamica è descritto nel seguente episodio, occorso durante la prima giornata di osservazione.

Arriva una signora dell'Eritrea, accompagnata dai parenti, con un'impegnativa medica in cui si richiede il ricovero per scompenso glicemico. L'infermiera chiede ai parenti se i valori della glicemia siano quelli appena rilevati; i parenti rispondono affermativamente, aggiungono che la signora è già stata ricoverata e porgono all'infermiera la tessera STP. La signora viene registrata, fatta accomodare su di una sedia a rotelle e accompagnata all'interno del PS, mentre i parenti vanno in sala d'aspetto. Quando circa un'ora dopo un'infermiera inizia a girare per il corridoio chiamando (con diversi accenti, poiché non è sicura della pronuncia) il cognome della signora, nessuno risponde. L'infermiera domanda ad una collega se sa a chi corrisponde il cognome, ma c'è appena stato il cambio turno e dunque nessuno sa chi sia o che aspetto abbia la persona in questione. Una collega

dice all'infermiera: *Sarà qui, nel corridoio* [della sala d'aspetto]... L'infermiera si affaccia in sala d'aspetto, chiama il cognome e i parenti della signora rispondono. Uno di loro segue l'infermiera all'interno del PS e le indica la signora; l'infermiera dice al signore di uscire, ma quando capisce che la signora non parla l'italiano, gli dice di restare e di seguirla.

È dunque possibile che nel passaggio di consegne si perdano le tracce di alcuni/e utenti.³⁵ Ma l'episodio permette anche di cogliere come l'attività di monitoraggio del/la paziente da un punto di vista organizzativo assume il significato del mantenere il polso della situazione: ciò che si è perso nel passaggio di consegne è infatti un'informazione su un aspetto organizzativo (nello specifico, la presenza in PS di una signora dal cognome di non facile pronuncia e che non comprende l'italiano, ma i cui accompagnatori possono fungere da mediatori) più che un dato clinico.

A ben guardare in effetti, le informazioni che vengono trasmesse nel corso del passaggio di consegne non riguardano sempre e solo lo stato di salute dei/le pazienti in attesa, ma anche il più generale svolgersi della giornata, fatti organizzativi (tipicamente, un cambio di turno orario o l'assenza di qualche collega), quali medici siano presenti e, soprattutto, la presenza (o meno) di pazienti scomodi o di parenti rompiscatole (a tali categorie di utenti saranno dedicate i prossimi Paragrafi). Ossia, gli/le infermieri/e si aggiornano anche in merito a ciò che caratterizza l'utenza da un punto di vista organizzativo o, meglio ancora, a proposito del potenziale di disturbo che i soggetti potrebbero creare all'ordinario agire organizzativo. Tendenzialmente quindi, nel passaggio di consegne viene comunicato anche quanto un paziente e/o le persone che lo accompagnano possano aver protestato per i tempi di attesa; se vi siano utenti particolarmente indisciplinati e/o bisognosi di attenzioni particolari (ad esempio, perché non autosufficienti da un punto di vista motorio); se vi siano persone che rappresentano per l'organizzazione una novità (ad esempio perché non si riesce a comprenderne la comunicazione, oppure perché presentano una sintomatologia di difficile classificazione). Sono tutti casi che hanno un accesso privilegiato al servizio (in termini di attesa, che gli operatori cercano di ridurre al minimo), non tanto in funzione del pericolo di salute per tali soggetti, quanto per via del pericolo che essi rappresentano per l'organizzazione; sono tutti casi infatti che richiedono agli attori coinvolti la capacità di gestire differentemente (o di rinnovare) le più comuni pratiche organizzative e che possono contrastare la strutturazione dell'attività quotidiana.

³⁵ In modo analogo, si potrebbe citare anche un altro episodio. Alcuni operatori della Croce rossa arrivano in PS chiedendo di un "maxillofaciale", di cui però nessuno sa il nome. Un'infermiera fa un giro nel corridoio al grido di *C'è qualcuno che ha richiesto un maxillo?*, ma nessuno risponde così gli operatori della Croce rossa vanno via. Dopo circa mezz'ora, arrivano due infermieri chiedendo se è arrivata l'ambulanza; il paziente era in corridoio, ma nessuno se n'è accorto. L'infermiera mi dice che questo succede spesso con gli immigrati, *perché hanno dei cognomi strani, per cui se l'operatore della Croce rossa non sa il nome esatto... non lo troviamo...*

In questo senso, è come se l'azione del personale del *triage* fungesse non solo da filtro rispetto ai tempi di attesa, ma anche da custode e garante dell'ordine organizzativo: i criteri che regolano le traiettorie di accesso al servizio possono essere plasmati, se ciò tutela il normale svolgimento delle attività.

4.2.3. Pazienti scomodi

Arriva un signore ammanettato e accompagnato dai carabinieri. Il signore è stato arrestato e, durante l'interrogatorio, ha tentato di buttarsi dalla finestra, che era chiusa. Il signore si è fatto male a una mano, tirando un pugno contro la finestra.³⁶

L'infermiera compila il modulo d'accettazione e quando il signore si allontana scortato dai carabinieri, dice alla collega: *Appena abbiamo un buco, mandiamo dentro questo, così ce lo leviamo davanti, che questo è una rogna!* La procedura da seguire nel caso in cui in PS arrivi un "tentativo di autolesione" è il consulto psichiatrico. Possono essere attuate misure coercitive (trattamento sanitario obbligatorio, ad esempio) *ma di solito* [i medici] *li convincono a farsi ricoverare* (spiega l'infermiera), motivo per cui il medico verifica preventivamente che vi sia un letto libero in reparto. In ogni caso, il signore viene fatto accomodare prima su un lettino, poi su una sedia a rotelle; alle manette viene sostituita prima una borsa del ghiaccio sul polso, poi una flebo lentissima.

Come avrò modo di osservare nelle giornate successive, un analogo trattamento è solitamente riservato più in generale ai casi psichiatrici. Anche in occasione dell'arrivo in ambulanza di pazienti psichiatrici non necessariamente agitati o nervosi, ma che continuano a ripetere *Voglio andare a casa*, è comune che l'infermiere/a di turno si rivolga al/la collega nei termini di: *Questo lo diamo dentro subito, che se no... solo questo ci manca!*

Pazienti scomodi sono dunque soggetti la cui presenza può interferire con il normale proseguire dell'attività quotidiana. Generalmente parlando, in questa categoria ricade chi esprime fin da subito un qualche tipo di rifiuto o di potenziale disubbidienza nei confronti dell'organizzazione. E se solitamente questi sono soggetti la cui stigmatizzazione a livello clinico attiva una sorta di cautela organizzativa preventiva (come nel caso di persone con alle spalle una conclamata carriera psichiatrica), è sufficiente che l'accesso sia accompagnato da un qualche tipo di sospetto nei confronti dell'utente perché l'organizzazione dedichi a questo un'attenzione particolare. Il primo caso riportato è particolarmente interessante a questo proposito: simbolicamente (ma non solo) la presenza delle forze dell'ordine testimonia il sospetto (se non il reato) che aleggia sull'individuo e, se da un lato ciò lo rende invisibile agli occhi dell'organizzazione (al punto che non vi è alcuna interazione con l'infermiera, la quale registra quanto dichiarato dai carabinieri),³⁷ dall'altro porta l'intera organizzazione ad attivarsi nella sua gestione.

³⁶ Questo è ciò che dicono i carabinieri, al signore nessuno chiede nulla.

³⁷ L'intervista ai/le pazienti che precede l'accettazione è uno dei tratti maggiormente caratterizzanti l'attività di *triage*, durante la quale solitamente prestano particolare attenzione ad evitare interferenze da parte di soggetti esterni.

Dunque, l'infermiera allerta una collega; un medico verifica preventivamente la disponibilità di un posto letto; alcuni artefatti organizzativi - nella fattispecie, un lettino, una sedia a rotelle, una borsa del ghiaccio e una flebo - assicurano l'avvenuta presa in carico del paziente. Per come è descritto l'evento (e a rischio di risultare faziosi), infine, vi è un'allusione rispetto al fatto che tali artefatti organizzativi possano fungere da dispositivi per ridurre la mobilità dei/le pazienti, al pari di un paio di manette. In termini di svolgimento dell'azione, tuttavia, questa è stata la sequenza di oggetti che il corpo del paziente incontra e che, da un punto di vista simbolico, traccia comunque un segno di continuità all'interno dell'intervento organizzativo.

Vi è però un ulteriore elemento a caratterizzare i pazienti scomodi, cioè la ridotta possibilità da parte dell'organizzazione di negoziarne e/o filtrarne l'accesso. Se infatti il *triage* permette al PS di mantenere un margine di negoziazione rispetto a quali accessi privilegiare, e se i tempi di attesa possono normalmente operare quale disincentivo nei confronti di soggetti che non corrono alcun pericolo di vita,³⁸ in questi casi l'organizzazione ha margini di negoziazione più limitati e non può contare sul fatto che l'utente "si allontana di sua spontanea volontà",³⁹ poiché non cade il presupposto che l'utente si sia recato al PS per sua decisione.

Arriva una signora in ambulanza, evidentemente sotto effetto di eroina e accompagnata da un signore nelle stesse condizioni, a giudicare dall'aspetto. L'operatore del 118 riferisce all'infermiera che al momento dell'arrivo dell'ambulanza sul posto la signora aveva perso conoscenza, ma durante il tragitto si è ripresa e i parametri vitali non evidenziano nulla di preoccupante. Mentre infermiera e operatore parlano, i due barcollano davanti al banco del *triage*, ma quando l'infermiera chiede le generalità, nessuno dei due sembra avere intenzione di farsi registrare, ma rimangono comunque davanti al banco del *triage*, evidentemente assenti. L'infermiera prega (tra sé e sé) che imbocchino l'uscio, perché *io di "certa gente" proprio non ne ho voglia*. Domando come mai "certa gente" arrivi in PS e lei spiega che

magari sono per strada... passa qualcuno che li vede star male e chiama il 118... a quel punto, quando l'ambulanza arriva, li deve caricare per forza, non è che sia colpa loro [dell'ambulanza]...

Dopo qualche istante i due vanno via, ma altrettanto presto arriva un'OTA che si lamenta perché *di là [in radiologia] ci sono due 'bagagli'... non riusciamo neanche a passare...* L'infermiera richiede l'intervento della guardia giurata; quando arriva, gli spiega che

³⁸ Per quanto poi tale meccanismo colpisca anche altre categorie di utenti e gli/le infermieri/e tendano a rimproverare chi si allontana dopo aver richiesto l'accesso.

Arriva una signora che ha avuto un incidente ed è già stata in PS il giorno precedente.

Sono stata qui 6 ore, ma poi me ne sono andata... c'ho una bambina piccola a casa! Per cui se devo aspettare altre 6 ore me lo dica, che me ne vado subito.

L'infermiera dice che oggi è fortunata, perché c'è poca gente, ma non deve pensare che andare via sia il comportamento corretto. La signora ripete: Ma io a casa c'ho la bambina!

³⁹ Dicitura da apporre sul modulo di registrazione nel caso in cui la persona rinunci all'accesso.

sono arrivati due tossiconi, con l'ambulanza... non si sono voluti far registrare, dopodiché si sono infiltrati in radiologia... cioè, se loro vogliono essere visitati, tornano qua e si registrano, se no, per me, possono anche andare!

La guardia giurata domanda: *Chi c'è come poliziotto?*, l'infermiera non lo sa, così la guardia telefona al posto di Polizia e ne richiede l'intervento, motivandolo con il fatto che le guardie non hanno in dotazione neppure un manganello. Dopo alcuni minuti, arriva il poliziotto di turno, chiedendo per quale motivo non siano intervenuti i carabinieri che (per via di un altro evento) si erano precedentemente recati in PS.

Tra i diversi elementi che l'episodio mette in risalto, due sono particolarmente rilevanti per la presente discussione:

- tutti gli attori cercano di far slittare la gestione del caso su pratiche organizzative non di propria competenza. L'infermiera lo configura come caso di sicurezza interna e dunque chiama la guardia giurata, che a sua volta lo prefigura quale caso di intervento repressivo e chiama la polizia, la quale domanda come mai altri attori deputati alla tutela dell'ordine pubblico non siano già intervenuti. Si tratta di un'altra declinazione di quella forma di cautela organizzativa preventiva trattata precedentemente. Se dunque, come visto prima, nel caso in cui un soggetto venga consegnato all'organizzazione, la pratica attivata è quella di renderne quanto più rapida e fluida è possibile la traiettoria di accesso alla cura (coinvolgendo preventivamente diversi attori all'interno dell'organizzazione), nel caso in cui il soggetto possa ancora scegliere se accedere o meno, la pratica da attivare assomiglia a un complicare la sua traiettoria di accesso (ad esempio, attraverso un agire burocratico), sino a capovolgere il gioco di ruoli (è l'infermiera ad aver bisogno dell'aiuto delle forze dell'ordine e non le due persone a dover essere soccorse dal PS) e traslare l'azione da intraprendere (la cura che tutti i partecipanti auspicano ai due protagonisti sembra essere di natura giudiziaria). Si assiste a una riclassificazione della forma di devianza del soggetto: non più fisico/psicologica (e quindi di competenza di professionisti e strutture sanitarie), ma comportamentale (e quindi di competenza delle agenzie deputate al controllo sociale);
- nel raccordo diretto tra organizzazione e territorio si verifica un'ulteriore mediazione all'interno delle traiettorie di accesso. L'operatore del 118 interagisce con l'infermiera, descrive la dinamica di intervento e fornisce alcuni parametri clinici essenziali sul soggetto. Dalle parole dell'infermiera è possibile evincere la tipicità e la frequenza di tali casi, nonché un lieve rammarico per il fatto che tale raccordo conduca direttamente al PS e non sia possibile utilizzarlo quale ulteriore filtro negli accessi (motivo per cui non è colpa del 118 se chi sta male per strada viene soccorso, ma di "qualcuno che passa per strada e li vede").⁴⁰

⁴⁰ Per capire quanto ampio e delicato sia il margine di raccordo e mediazione con il territorio svolto dal 118, è sufficiente riferirsi ai "giunti". "Giunto" è l'abbreviazione in uso al PS per "giunto cadavere". Gli operatori mi spiegano però che alcuni "giunti" sono falsi, nel senso che gli operatori della Croce rossa dichiarano siano morti in ambulanza, anche se così non è. Ciò dipende dal fatto che solo un medico può constatare un decesso, però mettiamo che muoia un

Gli esempi finora considerati rappresentano casi limite, ma proprio perché eccezionali e densi di significati aiutano a comprendere come la categoria di pazienti scomodi possa essere applicata a una miriade di soggetti, sostanzialmente chiunque inneschi negli attori organizzativi il sospetto di intralciare il lavoro quotidiano e di avere un accesso assoluto, ossia un accesso che l'organizzazione non riesce a negoziare e/o filtrare.

4.2.4. I migranti: brutti, sporchi, cattivi ed esigenti

I migranti senza permesso di soggiorno, quali utenti il cui accesso non può essere fatto slittare (non essendocene altri) e rispetto ai quali non sempre si può assumere la conoscenza delle regole dell'organizzazione e dell'interazione, sono i candidati ideali a rientrare nella categoria di pazienti scomodi. Opinione diffusa tra gli operatori è che i migranti (anche se in regolare possesso del permesso di soggiorno) accedano al Pronto soccorso in maniera immotivata, come se fosse un ambulatorio medico, ma (come visto nel *Paragrafo 4.3*) questo è il rimprovero che gli attori organizzativi muovono in senso più generale a gran parte dell'utenza del PS. Ciò che quindi contraddistingue i migranti è la difficoltà che gli/le infermieri/e incontrano nel negoziarne e filtrarne gli accessi. Gli operatori potrebbero infatti indirizzare i casi meno gravi al Servizio A (ad esempio), ma a seguito di una domanda esplicita in proposito (da parte del ricercatore, durante una conversazione informale) un'infermiera ha risposto che *ho scarsa fiducia nel fatto che queste persone usino questi servizi* ed una collega ha aggiunto che *tanto, non ci vanno; Ti rispondono: "Perché qui no? Questo non è un ospedale?"*.

Come si intuisce, quindi, il problema non risiede unicamente nell'assenza di altre agenzie organizzative su cui eventualmente smistare la categoria dei migranti con o senza permesso di soggiorno, ma anche nelle resistenze che questi ultimi oppongono all'essere indirizzati altrove e in un certo tipo di pretese che essi esprimono nei confronti del servizio. Una storia viene tramandata in PS a questo proposito; un'infermiera la racconta al ricercatore durante una pausa.

Le narrazioni costituiscono un importante canale di trasmissione della conoscenza e degli assunti dell'organizzazione (Czarniawska, 1997; Orr, 1996; Poggio, 2004), e infatti la persona che la racconta non era presente al momento del suo accadimento, ma l'ha a sua volta appresa da un collega.

La storia narra di un extracomunitario che continua a recarsi in PS per un presunto problema ortopedico. L'extracomunitario si presenta ogni giorno per una settimana intera ma al settimo giorno il medico si rifiuta di visitarlo, dicendo che quella non è una prestazione da PS. Il signore inizia a protestare e riesce ad ottenere udienza dal primario, la quale subito telefona al medico dicendogli di visitare il paziente. Il medico, spiegando la situazione secondo il suo punto di vista, si rifiuta ancora. Il primario telefona allora al direttore dell'ospedale, il quale telefona al medico pregandolo di visitare il paziente: "Fammelo come piacere personale!". Di fronte a una simile richiesta, il medico accetta.

bambino... mica lo lasci sulla strada... e quindi [gli operatori del 118] li caricano in ambulanza, ce li portano qui e ci dicono che sono morti durante il trasporto.

La storia veicola diversi elementi (l'irrelevanza del problema posto; l'insistenza da parte del soggetto extracomunitario; l'attivarsi dell'intera organizzazione per rispondere a tale insistenza; le relazioni di potere in gioco tra i diversi attori, solo per nominare i più evidenti), ma qual è la sua morale? La morale è che l'extracomunitario viene visitato come se questo fosse un "piacere personale" che il medico fa al direttore dell'ospedale, poiché l'extracomunitario non ha reale bisogno di tale prestazione (alla quale peraltro ha già avuto accesso per sette giorni consecutivi). La morale è che l'extracomunitario non si accontenta di ciò che gli viene offerto, pretende con arroganza l'accesso (immotivato) al servizio e genera rumore e dissidi all'interno dell'organizzazione, tanto che il direttore è chiamato ad intervenire e a ristabilire (sull'asse di un favore personale/professionale) gli equilibri in gioco. In questo senso, la morale è anche quella per cui, tra professionisti, non si giudica la decisione del collega e i conflitti vengono sedati appellandosi non tanto al rispetto di regole e gerarchie, quanto alla comune appartenenza professionale e identità organizzativa.

La morale della storia però si traduce (e viene ribadita) anche nell'atteggiamento di alcuni/e infermieri/e e nell'agire organizzativo quotidiano. Che i migranti accedano massicciamente al PS per prestazioni di carattere ambulatoriale e non urgente è un dato incontrovertibile, dato che però accomuna (più che differenziare) i migranti all'utenza media. Tuttavia, il fatto che la netta maggioranza di questi accessi avvengano in una determinata fascia oraria⁴¹ (oltre, ovviamente, ad alcuni tratti somatici caratteristici, come il colore della pelle) contribuisce probabilmente a percepire tali accessi come una categoria a parte e a sviluppare apposite credenze e rappresentazioni in proposito.

All'inizio di una serata trascorsa in PS, ad esempio, un infermiere mi si rivolge così:

Adesso [sono le 19,30] vedrai che arriveranno un sacco di extracomunitari... per i quali io... non perché sono razzista... ma proprio non li sopporto!.

L'infermiere mi spiega che

gli extracomunitari sono permalosi, arroganti... pretendono e basta. Pensa che una volta c'è stato uno che doveva essere dimesso... mò non mi ricordo che cos'era... un marocchino... vabbè, extracomunitario, comunque... gli avevamo fatto le analisi... tutto! Però lui voleva vedere il medico e il medico prima fa il giro in Medicina d'urgenza, poi (nel caso) scende [in P.S.]. Beh, questo ha sbattuto per terra il cellulare e ha iniziato a dire che noi non gli volevamo far vedere il medico perché siamo razzisti... Hai capito? Questi pretendono e basta!

L'infermiere conclude dicendo che non basta che uno sia un immigrato clandestino (e quindi un *mascalzone*, un *farabutto*), ma per giunta esige anche di essere curato.

⁴¹ La fascia oraria è va circa dalle 19 alle 22. Spesso nelle famiglie di migranti lavora solo il marito e dunque è necessario attendere il suo rientro perché la famiglia si rechi con l'unica macchina disponibile presso il servizio prescelto. Ad ulteriore conferma di ciò, il sabato e la domenica sono i due giorni in cui è più facile osservare gli accessi da parte dei migranti e vederli distribuirsi lungo tutto l'arco della giornata.

La storia narrata dall'infermiere per motivare il suo atteggiamento rappresenta una versione meno raffinata e più impulsiva di quella vista precedentemente, per quanto la morale sia identica: i migranti hanno un atteggiamento pretenzioso e non esprimono sufficiente gratitudine nei confronti dell'organizzazione che li accoglie. Si aggiunge inoltre un particolare rimasto sinora in ombra, ossia che i migranti possano capitalizzare la loro condizione di diversità e minoranza.

A fronte di tutto ciò si capisce dunque come - dal punto di vista dell'infermiere - non sia necessario essere razzisti per dichiarare che "gli immigrati... proprio non li sopporto!", e questo probabilmente anche perché il PS offre continue conferme di questo tipo di storie. Proprio sul finire delle parole dell'infermiere, infatti, entra nel PS un nordafricano ammanettato, scortato da quattro poliziotti. L'infermiere commenta: *Hai visto?!*

4.3. Gestire la complessità: un problema organizzativo?

È un giovedì notte qualsiasi di aprile, sono circa le 23,30. Al *triage* c'è un'infermiera che ha preso servizio alle 19,30 ma che, a causa di una sostituzione, ha fatto anche il turno mattutino, dalle 7,30 alle 13,30; il tabellone elettronico segnala: 221 persone già visitate; 4 in attesa di visita; 1 codice giallo; 2 codici verdi; 18 trattamenti e visite in corso. È però tutto falso o, comunque, non attendibile poiché (spiega l'infermiera) dovrebbero essere gli operatori ad aggiornare il tabellone, cosa che però non fanno quasi mai a causa del ritmo di lavoro incessante.

In sala d'aspetto ci sono quattro persone e un clima apparentemente calmo e silenzioso. All'interno del PS però un signore con il mento rotto e varie altre ferite sulla faccia si aggira per il corridoio, barcollando. Nessuno pare prestargli particolare attenzione, egli si appoggia al muro e si abbottona (storta) la camicia. Esce dal PS, rientra, poi si riappoggia al muro e continua a tentare di far combaciare bottoni e asole della camicia, senza riuscirci. Nel frattempo arriva un suo amico, all'apparenza sotto chiaro effetto di eroina. I due si abbracciano e il signore col mento rotto prende sotto braccio l'amico e lo porta all'interno della corsia del PS. Iniziano una conversazione biascicata e un po' delirante (il signore con il mento rotto racconta di come sia stato investito, la macchina sia fuggita e gli operatori del PS si rifiutino di dargli il numero di targa), tra gli sguardi attoniti dei numerosi pazienti in barella. Per gli operatori, invece, sembra che i due siano invisibili.

Quasi contemporaneamente, arriva un signore tunisino in ambulanza a seguito di un incidente (in ambulanza gli hanno già messo un busto). L'infermiera del *triage* gli chiede nome e cognome, lui risponde, ma lei non riesce a capire quale sia il nome e quale il cognome; l'operatrice del 118 le dice che ha già trascritto il nome in ambulanza e va a recuperarlo; l'infermiera continua a chiedere al signore come si chiami, e questa volta il signore inverte l'ordine del nome e del cognome, in ogni caso ha un busto e ciò non lo agevola nello scandire le parole. L'infermiera perde la pazienza:

*Ah, così siamo messi, che non sei neanche in grado di dirci come ti chiami...
io quelli così proprio non li sopporto!*

L'infermiera non ha quasi il tempo di terminare la registrazione del signore, che è la volta di un signore rumeno, anche lui soccorso dal 118. Il signore dice di avere un dolore fortissimo, che gli fa scoppiare la testa, talmente forte da non essere più in grado di dire se provenga dall'orecchio o dal dente. In ogni caso, il signore è steso su una barella e si dimena. L'infermiera perde subito la pazienza:

Ma se stai così male, perché non hai preso qualche medicina?

Il signore viene registrato, trasportato all'interno del PS in barella e lasciato in attesa. Prima si lamenta, poi si dimena, poi urla e infine passa agli insulti nei confronti degli operatori e alle bestemmie; casualmente, inveisce anche contro la parente di un malato che sta attraversando il corridoio. Tutti gli operatori si comportano come se niente fosse, ma l'infermiera del *triage* si spazientisce: telefona al posto di Polizia presente in ospedale e ne richiede l'intervento. Mentre l'infermiera telefona, un medico esce dal *box* e intima al signore:

Lei! Stia zitto! Capito?!

Dopo pochi minuti arriva un poliziotto; l'infermiera gli dice che *c'è uno che urla* [indicando il signore rumeno]; il poliziotto la guarda perplesso e risponde: *E io che devo fare? Lo devo...* [mima con la mano un gesto che indica il tappare la bocca]. L'infermiera risponde che *sì, magari vi fate vedere... tanto questo è sicuramente un clandestino...* Dopo circa mezz'ora, il signore smette di dimenarsi e di gridare.⁴² Il commento dell'infermiera è: *Quell'altro che gridava come un disperato... adesso è lì, così, che sembra in spiaggia... che gente che c'è!* Improvvisamente, si alza la voce di una signora dal corridoio: *Chiamate qualcuno! Non ce la posso fare! Sto male! Volete chiamare qualcuno?!* Un'operatrice commenta: *Quella è pazza come un cavallo!*; un medico di passaggio nel corridoio si avvicina alla signora e le domanda: *Non ce la fa a fare cosa?*, ripetendole che non c'è nulla per cui agitarsi. Io sono in corridoio per seguire la scena, passo accanto al signore rumeno che dice, guardandomi: *Non è organizzato bene qua!*

Vi sono situazioni dunque in cui gli attori non esitano ad agire in maniera risoluta rispetto alla traiettoria di accesso (e di accoglienza) dell'utenza. Per via della sua intensità, penso che l'episodio attivi facilmente giudizi di merito: l'infermiera ha un atteggiamento aggressivo; il lavoro al PS è stressante; il signore rumeno ha un comportamento fuori misura; gli attori organizzativi si disinteressano del problema; il medico adotta uno stile di comunicazione autoritario; i pazienti attirano di continuo l'attenzione degli operatori, anche senza motivo; gli operatori tendono a disprezzare gli utenti; "non è organizzato bene qua" (per citare le parole del signore rumeno). Sono tutti giudizi marcati e di senso comune, che mettono bene in luce come alcuni pazienti - e/o eventi, in senso più generale - risultino scomodi all'organizzazione in quanto è come se la mettessero a nudo, facendone emergere i lati più nascosti. Proviamo allora a spostare il piano del discorso e a guardare all'evento in termini processuali: quali sono i dato per scontato che fanno

⁴² Per la cronaca - e ironicamente - l'unico che si prende cura del signore rumeno è l'amico del signore con il mento rotto, che gli fa un massaggio alla spalla. Tutte le scene descritte si svolgono praticamente in contemporanea.

da sfondo all'azione organizzativa e che vengono a cadere, rendendo la situazione così paradossale?

Un primo dato per scontato che diventa manifesto riguarda l'asimmetria di potere insita nel rapporto organizzazione-utente. L'infermiera che schernisce il paziente, il medico che lo rimprovera, la gestione di un paziente che urla come se fosse un problema di ordine pubblico, sono tutti elementi che non lasciano troppi margini di interpretazione al fatto che potere e autorità siano due delle risorse a cui l'organizzazione ricorre per mettere ordine nelle situazioni critiche.

Un secondo dato per scontato (che in un certo senso consegue al primo) attiene alla parzialità dell'agire organizzativo. Nell'episodio, il comportamento degli attori organizzativi si differenzia a seconda dei soggetti e della situazione (un medico rimprovera il signore rumeno, ma un altro rassicura una signora), rendendo così esplicita la dimensione emotiva, impulsiva (e quindi parziale, non neutrale) dell'agire organizzativo.

In tal modo però viene svelata anche la difficoltà dell'organizzazione nell'esercitare forme di controllo e di potere: la presenza di un utente barcollante (accompagnato da un amico evidentemente sotto effetto di eroina) risulta quasi una sfida alla possibilità dell'organizzazione di controllare gli attori e filtrarne la presenza. L'episodio (più unico che raro, peraltro) rende quindi esplicito come, per quanto gli operatori abbiano a disposizione tra le varie risorse organizzative anche quella dell'esercizio dell'autorità e del potere, questa sia rinegoziata di continuo all'interno dell'interazione e non basti da sola a contenere i diversi comportamenti e tipi di utenza. Non viene quindi a cadere solo il dato per scontato che la relazione organizzazione-utente sia neutra (in termini affettivi) e neutrale (dal punto di vista dell'esercizio del potere), ma anche quello per cui l'esercizio del potere e del controllo organizzativo costituisca un rimedio efficace all'interno delle situazioni critiche, anche perché - come messo ironicamente in luce dal gesto di reazione del poliziotto alla richiesta di intervento dell'infermiera - non si potrà certo tappere la bocca a ogni paziente che urla.

4.3.1. Cambiare prospettiva: tempi e interstizi

L'episodio mette in luce anche un aspetto sinora non esplicitato. Il tempo di attesa che separa le persone dall'accesso agli ambulatori medici si rivela spesso un fattore critico, alla gestione del quale gli operatori sono chiamati a prestare particolare attenzione. Una volta registrati infatti, i soggetti entrano in una sorta di limbo (la corsia di attesa) che li separa dalla prestazione vera e propria (gli ambulatori medici). Tale condizione può protrarsi anche per delle ore, e i soggetti (soprattutto se codificati come bianchi o verdi, quindi non urgenti) non hanno alcuna garanzia sulla precisa durata dell'attesa, poiché l'arrivo di un caso più urgente del loro (un codice giallo o rosso) potrebbe comunque dilatarne i tempi. I soggetti vengono così a trovarsi in una condizione interstiziale: hanno guadagnato l'accesso burocratico all'organizzazione (sono stati codificati e registrati) e da un punto di vista spaziale sono dentro il PS, nella corsia di attesa; tuttavia non hanno ancora avuto accesso alle prestazioni mediche e, paradossalmente, non è detto che l'essere dentro assicuri loro un trattamento migliore dell'essere fuori dal servizio.

Entrare nella corsia del PS significa comunque accettare una serie di regole organizzative:

- parenti e/o amici non possono essere presenti (se non per brevissimi momenti);
- i soggetti devono restare immobili su una sedia a rotelle o stesi su una barella, o devono negoziare i loro movimenti con gli operatori;
- i soggetti devono accettare la posizione in corsia che viene assegnata loro dagli operatori e quindi la maggiore o minore vicinanza fisica di altri/e pazienti.

A tutto ciò si aggiunge che l'attesa prima delle prestazioni mediche costituisce anche l'ultima *chance* per gli/le utenti per decidere se eventualmente rinunciare ad incontrare l'organizzazione o se, invece, abdicare del tutto sulla gestione dei tempi di permanenza. Se infatti, sino a quando non sono stati visitati, i soggetti sono liberi di rinunciare spontaneamente all'ottenimento della prestazione, nel momento in cui viene intrapresa un'azione clinica (ricovero, o anche solo alcuni accertamenti), per i soggetti sarà sempre più arduo sottrarsi all'organizzazione.

Infine, una volta nella corsia di attesa, i soggetti esperiscono anche un interstizio della loro presa in carico. La loro gestione non compete più infatti all'infermiere/a del *triage* (il cui compito è codificare i/le pazienti) e non riguarda ancora i medici, il cui territorio di azione è confinato a chi è all'interno non del PS, ma degli ambulatori medici; riguarderebbe gli operatori di sala (infermieri/e e OTA) i quali, però, solitamente sono impegnati nell'assistere medici e pazienti all'interno degli ambulatori. La traduzione pratica di tale interstizio della presa in carico si concretizza ad esempio, nel fatto che, per quanto il soggetto sia dentro l'organizzazione, nessun operatore può somministrare alcun tipo di medicinale prima che un medico abbia refertato il caso. Gli operatori sono particolarmente ligi nel seguire questa norma che, tuttavia, non è di facile comprensione per l'utenza ed è all'origine di numerosi conflitti: è difficile spiegare a qualcuno che ha una nevralgia che, proprio perché ha una nevralgia, non è un caso urgente e che quindi dovrà attendere delle ore, e che l'infermiere/a per quanto possa codificare la nevralgia, non può somministrare alcun farmaco che attenui il dolore.

Si capisce, allora, come questa attesa interstiziale rappresenti un momento delicato all'interno della traiettoria di accesso di un/a paziente e possa assumere diversi significati e modalità di gestione pratica da parte di tutti gli attori organizzativi, infermieri/e o pazienti che siano. Si è già visto ad esempio come tale tempo di attesa possa rivelarsi uno strumento utile agli operatori per il monitoraggio dell'evoluzione dei sintomi dei soggetti (vedi *Paragrafo 4.4*), ma anche come una sua dilatazione possa fungere da strategia per saggiare la reale motivazione di chi richiede l'accesso a una prestazione (vedi *Paragrafo 4.3*), nonché come esso si configuri quale potenziale momento di conflitto, come nell'ultimo episodio considerato.

4.3.2. Prevenire i conflitti, mettere in scena l'organizzazione

Proprio per evitare che il tempo di permanenza in corsia si trasformi in materia di conflitto, gli/le infermieri/e del *triage* intraprendono una serie di azioni organizzative e strategie retoriche che servono a testimoniare l'avvenuta presa in carico del/la paziente, il fatto che il/la paziente sia effettivamente dentro l'organizzazione e che quindi l'attesa che lo/la separa dall'accesso agli ambulatori medici è interna alla sua traiettoria di cura, che può già considerarsi attivata.

L'esempio più comune di tale dinamica è fornito dalle numerosissime situazioni in cui gli utenti interrompono il lavoro degli operatori del *triage* per informarsi sui tempi di attesa e il numero di persone che li precede. Spesso tali richieste di informazioni avvengono più che altro quale forma di lamento, o per il tempo che si è già aspettato o per quello che ancora si dovrà aspettare. È frequente quindi che, a fronte di una notizia poco gradita (“ci sono ancora cinque persone...”), i soggetti reagiscano in maniera nervosa (ad esempio, interrogando gli operatori a proposito del come mai persone che li hanno succeduti nell'arrivo li abbiano poi preceduti nell'accesso agli ambulatori) o cerchino di accentuare il loro stato di malessere (ad esempio, affermando di sentirsi sempre peggio).

Per tutte queste situazioni (che rappresentano i casi più comuni) gli attori organizzativi hanno elaborato un *set* di pratiche e retoriche organizzative tendenzialmente efficaci. Nel caso in cui qualcuno protesti per i prolungati tempi di attesa, gli operatori sono soliti mostrare il registro degli utenti in attesa, spiegando il valore dei differenti codici e sottolineando come vi siano altri utenti che attendono da ben più tempo di chi sta protestando. Nel caso in cui qualcuno affermi di sentirsi davvero male, gli/le infermieri/e propongono solitamente alcune soluzioni-palliativo: misurare la febbre, stendersi su una barella, misurare la pressione e/o la capacità respiratoria. In tutti i casi, l'azione del personale del *triage* è quindi rivolta a supplire al fatto che l'utenza non ha ancora avuto accesso ad una vera e propria prestazione medica e a performare un'azione organizzativa che renda tangibile e concreta l'avvenuta presa in carico.

Vi sono, tuttavia, anche situazioni più articolate. Nella corsia del Pronto soccorso alle 21 di un venerdì ci sono cinque persone in barella che, in un clima di apparente calma, attendono di essere visitate. La presenza di una signora maghrebina, accompagnata da un bambino piccolo e altre due donne, crea però qualche problema. Il bambino piange e un'infermiera dice alla signora che, forse, non è il caso che il bambino rimanga con lei in corsia. Così, una delle due amiche va via con il bambino; l'altra rimane in corridoio ad assistere la signora, ma poco dopo inizia a incalzare un operatore del *triage* perché la faccia passare subito. L'infermiere risponde che non può far passare la signora avanti ad altre persone che sono più gravi e/o sono qui da più tempo. L'amica della signora dice che lei deve andare via, perché ha a sua volta lasciato la figlia a casa. L'infermiere le ripete la stessa cosa di prima:

Io la capisco signora, cerchi però di capire pure Lei.

(Signora): *Ma io ho il bambino, i bambini hanno la precedenza...*

(Infermiere): *Sì, ma se stanno male i bambini!*

La signora minaccia l'infermiere di andarsene con l'amica e lasciare il bimbo alla madre, in corsia. L'infermiere è abile nel non perdere la pazienza e nel continuare a negoziare: mostra alla persona il quaderno con i nomi degli utenti in attesa, le fa vedere che ci sono persone che aspettano già da due ore, le promette che la signora sarà comunque visitata prima di altre e nel giro di una mezz'ora. L'amica della signora ringrazia ripetutamente. Una volta che la signora viene trasportata dentro l'ambulatorio, l'amica si informa sul tempo necessario per la refertazione degli esami (così da poter andare a casa, da sua figlia). Le rispondono che sarà di circa tre ore e, in effetti, dopo tre ore l'amica della signora è di ritorno. Anche gli esami sono pronti e le tre escono dal PS soddisfatte; nell'uscire, l'amica della signora ringrazia molto l'infermiere.

L'episodio è interessante perché permette di osservare in pratica lo svolgersi di modalità non conflittuali di gestione del tempo di attesa per l'accesso agli ambulatori medici, ma anche perché mostra come l'andare a buon fine dell'interazione sia permesso da una sorta di intesa che si instaura tra gli attori (operatore e amica della paziente), i quali si riconoscono nei reciproci ruoli (l'infermiere recepisce in pieno la minaccia che il bambino venga lasciato in corsia) e collaborano nella soluzione del problema, coordinandosi nei tempi. Ciò di cui l'amica della paziente ringrazia l'infermiere, in questo senso, è l'essersi dimostrato disponibile nel capire il caso particolare e nell'aver performato un'organizzazione con la quale è possibile negoziare.

Più in generale, l'episodio fa riflettere sul diverso valore che viene riconosciuto al tempo dei diversi attori. Nel caso appena visto, la persona riesce a far riconoscere il valore del tempo dedicato all'amica, ma in altre occasioni i professionisti tendono a dare per scontato che l'unico tempo che ha valore sia il loro, contrapposto a quello degli utenti, che non ne ha e, dunque, può anche non essere considerato.

4.3.3. Parenti rompiscatole: un fastidio necessario

Seppure rintracciabile in diversi episodi, è stato sinora lasciato in ombra il ruolo giocato da eventuali accompagnatori degli utenti del Pronto soccorso. Come nel caso appena considerato, il lavoro degli operatori non richiede soltanto la gestione delle relazioni con i pazienti, ma anche il rapporto con i parenti e/o gli amici di questi ultimi: se i pazienti, una volta registrati, accedono alla corsia del PS e agli ambulatori medici (e non spetta quindi più al *triage* occuparsi di loro), parenti e amici rimangono nella sala d'attesa del PS e continuano a identificare negli operatori del *triage* il riferimento privilegiato delle loro richieste. Inoltre, la norma che vieta a parenti e/o amici di assistere le persone in corsia mentre attendono di essere visitate, fa sì che di fatto gli accompagnatori interrompano continuamente il lavoro degli/le infermieri/e chiedendo loro di poter entrare “solo per cinque minuti...”. Gli operatori sono quindi costretti ad un doppio lavoro: da un lato negoziare caso per caso la presenza e la permanenza degli accompagnatori, dall'altro prestare attenzione a che in corsia non ve ne siano troppi.

Per quanto facilmente parenti/amici dei pazienti vengano aggettivati dagli operatori quali rompiscatole, il ruolo di questi ultimi è indiscusso. Gli accompagnatori aiutano nella gestione delle attese, come nell'episodio precedente, possono fornire informazioni

preziose sul paziente, assistono i pazienti affettivamente e collaborano nel mantenere il controllo sul procedere degli eventi (ad esempio, avvertendo gli operatori della fine di una flebo o aiutando materialmente gli utenti a recarsi in bagno). Si capisce allora che la presenza (o meno) di un accompagnatore rappresenta in sé una disuguaglianza nella traiettoria di accesso e ha degli effetti pratici anche in termini di atteggiamenti degli operatori, i quali ovviamente tendono ad affezionarsi maggiormente a quei pazienti i cui accompagnatori sono educati, piuttosto che rompiscatole.

Ma per capire quanto la presenza di un accompagnatore possa influire nel comprimere i tempi di attesa e quanti e quali questi siano, si prenda in considerazione il seguente episodio.

Sono le 23 e al banco del *triage* arriva un signore, nervosissimo. Il signore accompagna suo padre, che è venuto in PS a farsi medicare, ma da ore (dalle 17, per l'esattezza) attende i risultati degli esami del sangue. Per giunta, verso le 20, un infermiere ha riferito che la quantità di sangue prelevata si era rivelata insufficiente e che, dunque, bisognava ripetere il prelievo e l'esame. Nel frattempo però sono passate altre tre ore e dei risultati nessuna traccia. L'infermiere spiega che il tempo tecnico richiesto dalla macchina è di due ore e mezzo e il signore va definitivamente su tutte le furie:

E allora perché a me il medico ha detto un'ora? La dovete smettere di trattarci come dei bambini...

Il signore dice che si sarebbe potuto organizzare diversamente se gli avessero riferito il tempo esatto. Si innesca una di quelle dinamiche in cui ogni parola pronunciata dall'infermiere non fa che esasperare la situazione. Il tutto sembra risolversi quando il signore dice che *magari gli esami sono già di là e sono finiti sotto qualche altro foglio...* L'infermiere va a verificare; si scopre che gli esami sono in effetti pronti e che il medico doveva semplicemente firmare il referto perché questi fossero consegnati.

L'episodio permette così di intuire che la presenza di un amico/parente può concretamente agire sui tempi di accesso e/o le traiettorie di cura degli utenti. La reazione nervosa del signore mette in luce due elementi organizzativi:

- gli accompagnatori esercitano sugli operatori una pressione qualitativamente diversa da quella esercitata dai pazienti e che richiede modalità di gestione diverse. Se gli utenti, una volta registrati, entrano nelle maglie dell'organizzazione e di fatto devono accettarne le regole (motivo per cui, come mostrato precedentemente, è anche possibile che gli operatori adottino misure disciplinari nei confronti di alcuni di essi), diversa è la condizione degli accompagnatori, che non necessitano direttamente di una prestazione clinica, non figurano burocraticamente all'interno dell'organizzazione ed esprimono richieste diverse da quelle degli utenti veri e propri. Gli accompagnatori vogliono infatti essere informati a proposito del progredire della traiettoria di cura della persona che assistono e pongono quesiti di tipo organizzativo più che clinico. Gli operatori, dunque, difficilmente possono gestire il rapporto con parenti/amici facendo riferimento alle stesse pratiche messe in atto nei confronti dei pazienti e sono chiamati a rendere conto della gestione organizzativa delle traiettorie di accesso e cura dei pazienti;

- gli accompagnatori non si preoccupano solo dell'accesso e della permanenza dei pazienti nell'organizzazione, ma anche delle loro dimissioni. Ciò evidenzia come deviazioni dalle (e disuguaglianze nelle) traiettorie di cura possano manifestarsi anche quando, terminato l'intervento clinico, gli utenti attendono che vengano espletate le ultime procedure burocratico-organizzative. L'accesso al PS si configura cioè come processo dinamico nel quale è necessario gestire le entrate al pari delle uscite e in cui, tuttavia, la possibilità di azione degli utenti diminuisce col progredire della loro traiettoria di cura.

All'interno dell'episodio spicca però anche una frase pronunciata dal soggetto accompagnatore. "La dovete smettere di trattarci come dei bambini" suggerisce che un'altra delle aspettative che i soggetti nutrono e rivendicano nei confronti dell'organizzazione riguarda il rispetto (Sennett, 2003), l'essere riconosciuti e coinvolti quali esseri umani nel pieno delle loro facoltà, la cui presenza conta qualcosa (e non, per l'appunto "come dei bambini").

4.3.4. Gestire le ansie dell'utenza

Assieme ai pazienti scomodi e ai parenti rompiscatole, l'ultima categoria di utenti che permette di svelare alcuni dati per scontati dell'organizzazione è quella degli utenti in panico. A differenza delle precedenti, questa categoria è costruita su un dato clinico - il soggetto sta avendo una crisi di panico - e identifica un'utenza che rappresenta un paradosso organizzativo. Solo nei casi più rari ed estremi infatti, una crisi di panico necessita di un trattamento clinico, molto più spesso è sufficiente (come dalle azioni degli operatori del PS) far respirare la persona all'interno di un sacchetto e rassicurarla, in attesa che si calmi. Inoltre, le persone che arrivano in Pronto soccorso per via di una crisi di panico sono di età solitamente inferiore ai trentacinque anni e non hanno mai sofferto di particolari patologie, dunque un utente in panico non rappresenta in alcun modo un caso urgente per l'organizzazione. Tuttavia, proprio perché in panico, questa categoria di utenti più di ogni altra tende ad abbandonarsi all'organizzazione e ad assorbire l'attenzione degli operatori. Il paradosso è dato dunque dal fatto che, se da un lato un utente in panico non rappresenta una priorità clinica, dall'altro ciò che tale utente richiede è proprio un'attenzione prioritaria da parte dell'organizzazione. Un esempio può essere utile in proposito.

Sono circa le 24 e in ambulanza arriva un uomo (trentenne, vestito in modo alternativo, barba incolta, parecchi tatuaggi sulle braccia) con una crisi di panico in corso, o almeno, così pare: dice di non riuscire a respirare, di avere paura, di non riuscire a calmarsi, di avere la sensazione di morire. L'infermiera inizia ad intervistarlo e il ragazzo riferisce di avere sofferto in passato di crisi epilettiche. Questo pare allarmare l'infermiera, che gli domanda se stia continuando con la terapia. Il ragazzo risponde di averla sospesa. L'infermiera domanda se sia stato il neurologo a sospenderla, o se sia stata una sua iniziativa; lui risponde *lo psicologo*. L'infermiera chiede al ragazzo se faccia uso di droghe, lui risponde: *No... non di eccitanti...* L'infermiera insiste, lui dice: *Fumo...*

(Infermiera): *Marijuana?*

(Ragazzo): *Sì...*

(I): *Ti fai?*

(R): *Ma no, no!*

Il ragazzo viene trasportato in corridoio, su una barella. Continua a stare male e a lamentarsi. Nessuno gli dedica attenzione e lui, ad un certo punto, si alza e inizia ad aggirarsi con aria sofferente per il corridoio, cercando di fermare le infermiere mormorando: *Aiuto... non... riesco... a... respirare*. Il punto di svolta è costituito dall'arrivo della sua compagna (con cui lui il giorno prima ha avuto una discussione molto animata e *io sono uno molto sensibile, che si agita facilmente*) e da 10 gocce di Valium che l'infermiera - previa autorizzazione di un medico - gli somministra (e che lo addormentano).

Immediatamente dopo il ragazzo è arrivata però una ragazza (ventenne, vestita alla moda), anche lei in ambulanza e accompagnata da un'amica. La ragazza ha fatto un incidente con il motorino un paio di giorni fa ed è andata al Rizzoli, dove l'hanno visitata ma senza riscontrare nulla e, dunque, le hanno semplicemente consigliato un collare. La ragazza, però, aveva l'impressione di respirare male e così è andata dal suo medico, il quale le ha consigliato un paio di stampelle. La ragazza sostiene di avere ancora problemi respiratori e teme che dipendano da una complicazione. Purtroppo, più la ragazza racconta, più sembra agitarsi e, dopo qualche minuto, l'infermiera cerca di suggerirle che *magari è soltanto un po' di ansia*, ma la ragazza si agita ancora di più. L'infermiera la registra come codice bianco, dicendole che ci sarà da aspettare a lungo; la ragazza vuole una barella, su cui si stende. Una volta nella corsia del PS però, la ragazza realizza che l'amica non potrà tenerle compagnia e, quindi, dopo poco inizia a lamentarsi con gli/le infermieri/e presenti. L'episodio provoca l'ennesimo sfogo da parte degli operatori contro gli utenti; un'infermiera dice che

non è possibile che per una crisi d'ansia si vada in Pronto soccorso.... Anch'io sono ansiosa, ma mi vado a fare un giro in bici, porto fuori il cane, vado ad arrampicare...

La ragazza nel frattempo continua a richiedere l'attenzione degli operatori: vuole che l'amica l'assisti ma non se la sente di raggiungerla in sala d'aspetto; poi vuole andare in bagno, ma non si capisce se voglia esserci portata in barella, in carrozzina, se voglia andarci con le sue gambe, oppure con le stampelle. La cosa, peraltro, dà modo alla ragazza di ripetere agli/le infermieri/e tutta la storia della sua vita e del suo incidente, agitandosi ancora di più e descrivendosi come qualcuno in grave pericolo di vita. Alla fine la ragazza decide di andare in bagno con le stampelle da sola, visto che nessuno sembra prendere seriamente le sue condizioni.

Quando la ragazza torna dal bagno, non si stende sulla barella, ma raggiunge l'amica in sala d'aspetto. Dopo alcuni minuti, si avvicina al banco del *triage* e dice all'infermiera che sta pensando di andare via,

perché ho capito cosa significa essere un codice bianco [indicando un tabellone posto davanti al triage in cui viene spiegato il significato dei vari codici]⁴³... significa che sono una sfigata!

L'infermiera risponde:

Veramente questo non c'è scritto, ma se tu hai letto così... Comunque, se te ne vuoi andare io non posso certo trattenermi, tu sei maggiorenne...

(Ragazza): ...grande e vaccinata, lo so, è una questione che riguarda me, devo assumermi le mie responsabilità...

Dopo qualche minuto, la ragazza decide di andare via.

Il primo episodio⁴⁴ permette di osservare quanto anticipato circa la gestione pratica di un soggetto affetto da una crisi di panico: verificato che i sintomi manifestati dal soggetto rimandano a una situazione di questo tipo e che non dipendono da altre patologie e/o cause, si attende che il soggetto si calmi senza attribuire troppa importanza a - e quindi alimentare - il suo stato di ansia. Nel caso particolare, si nota che la soluzione organizzativa è data dalla somministrazione di un farmaco unitamente all'arrivo della compagna del soggetto in questione, ossia da un tipo di intervento sia clinico sia relazionale.

Il caso della ragazza mette invece più marcatamente in luce quanta attenzione e pazienza possa assorbire e richiedere la gestione di un utente in panico. Sin dalla prima interazione al triage si intravede la paradossalità che aleggia sulla situazione:

- il soggetto ha già incontrato altre strutture e professionisti sanitari (compreso il suo medico), che non hanno riscontrato nulla, ma che allo stesso tempo hanno consigliato delle protesi terapeutiche (collare, stampelle), quali veri e propri dispositivi di estensione delle pratiche cliniche al di fuori delle mura dell'ospedale (Nicolini,

⁴³ Il cartellone recita:

CODICE BIANCO: persone affette da disturbi meno gravi, che potrebbero essere adeguatamente affrontati anche al di fuori del PS. Queste persone hanno bisogno di essere ascoltate, accolte e curate, ma il loro trattamento non deve interferire con quello di casi più urgenti.

CODICE VERDE: persone che necessitano di un intervento medico differibile, dal momento che non presentano alcun pericolo di vita.

CODICE GIALLO: persone con gravi alterazioni di funzioni vitali, come respirazione, attività del cuore o dei centri nervosi, tali da poter anche evolvere verso il pericolo di vita. I codici gialli vanno assistiti riducendo al minimo l'attesa, perché rappresentano delle urgenze primarie.

CODICE ROSSO: persone che corrono pericolo immediato di vita. Quando in PS arriva un codice rosso può accadere che tutti gli operatori dedichino un po' di tempo della loro attività a questo caso, tralasciando temporaneamente le esigenze degli altri. Una scelta praticamente obbligata il cui scopo è tentare di salvare una vita.

⁴⁴ Si tenga presente che le due situazioni sono avvenute in contemporanea.

2004). Il soggetto sta bene e tali protesi hanno più che altro una funzione di assicurazione; tuttavia esse attestano allo stesso tempo e in maniera materiale che il soggetto ha qualcosa;

- il soggetto afferma il proprio malessere e come ciò le causi ansia, ma quando l'infermiera si permette di suggerire che potrebbe essere l'ansia ad acuire la sensazione di malessere, il soggetto rifiuta il suggerimento e anzi si mostra ancora più ansiosa. In altri termini, una crisi di panico consiste in uno stato di ansia che il soggetto non riesce a spiegarsi e a governare e rispetto al quale si aspetta che l'organizzazione fornisca una soluzione esperta e immediata. Tuttavia, una gestione esperta implica l'attesa, che porta a domandarsi: come si fa a dire a una persona che ha un attacco di panico di stare tranquilla e aspettare, poiché si tratta solo di una crisi di panico?

In seguito, la ragazza continua ad affermare il suo stato di malessere assoluto e di avere bisogno di un'attenzione costante da parte dell'organizzazione, ma quando (vedendo le sue aspettative disattese) realizza il significato clinico e organizzativo rivestito da casi come il suo, preferisce rinunciare, poiché essere un codice bianco equivale ad "essere sfigati". Per quanto gergale, l'affermazione non è del tutto scorretta ("questo non c'è scritto, ma se tu l'hai letto così..." è il commento dell'infermiera) e dà modo di riflettere su un elemento importante: se da un lato, nelle traiettorie di accesso al Pronto soccorso si riflettono una serie di disuguaglianze e stigmatizzazioni che hanno origine in più ampi contesti sociali, dall'altro la traiettoria di accesso *tout court* può rappresentare un ulteriore tassello all'interno della stigmatizzazione e della produzione delle disuguaglianze. Nei diversi codici di priorità è inscritto infatti un sub-testo a riguardo della desiderabilità, della competenza sociale e del merito dei soggetti che si recano in PS. Definire i codici bianchi quali

persone affette da disturbi meno gravi, che potrebbero essere adeguatamente affrontati anche al di fuori del PS. Queste persone hanno bisogno di essere ascoltate, accolte e curate, ma il loro trattamento non deve interferire con quello di casi più urgenti

significa puntare il dito contro una categoria di utenti che non solo utilizza il PS senza un motivo clinico, ma che sembra addirittura non avere le risorse e le abilità sociali per rivolgersi altrove. Ascolto, accoglienza e cura sono disturbi meno gravi che non competono al PS e che anzi potrebbero interferire con il lavoro degli operatori.

All'estremo opposto, i codici rossi sono invece (come dal cartellone esposto):

persone che corrono pericolo immediato di vita. Quando in PS arriva un codice rosso può accadere che tutti gli operatori dedichino un po' di tempo della loro attività a questo caso, tralasciando temporaneamente le esigenze degli altri. Una scelta praticamente obbligata il cui scopo è tentare di salvare una vita.

L'arrivo di un codice rosso dunque, per quanto possa distogliere momentaneamente gli operatori dal trattamento di altri casi, non rappresenta un'interferenza, bensì una scelta praticamente obbligata, in quanto la persona - versando in grave pericolo di vita - non può (in ogni caso) aspettare.

I codici verdi

persone che necessitano di un intervento medico differibile, dal momento che non presentano alcun pericolo di vita

e gialli

persone con gravi alterazioni di funzioni vitali, come respirazione, attività del cuore o dei centri nervosi, tali da poter anche evolvere verso il pericolo di vita. I codici gialli vanno assistiti riducendo al minimo l'attesa, perché rappresentano delle urgenze primarie

si muovono tra questi due estremi, ma entrambi riconoscono ai soggetti la necessità di una prestazione medica (per quanto differibile nel tempo).

Di fatto dunque, i codici bianchi sono gli unici che interferiscono, che potrebbero essere trattati anche al di fuori del PS, che necessitano di ascolto, che (parafrasando quanto affermato dalla ragazza al centro del precedente episodio) sono così "sfigati" da non capire che la loro presenza è ingombrante e fuori luogo perfino al PS. Seppure numericamente frequenti e consistenti, i codici bianchi risultano così stigmatizzati a livello organizzativo quale categoria residuale, che condivide caratteristiche del tutto diverse da qualunque altro codice presente nell'organizzazione.

Così, nelle battute finali dell'interazione, l'infermiera riesce a far slittare la decisione sulla ragazza: l'accesso al PS viene riconfigurato come una di quelle responsabilità che si raggiungono con la maggiore età e che, a maggior ragione in qualità di codice bianco, ossia di categoria diversa, il soggetto deve assumersi. La gestione della propria traiettoria di accesso diventa dunque materia di disuguaglianza e di merito individuale: alcuni soggetti ne assumono in pieno la responsabilità, altri no; alcuni intralciano, altri meno; alcuni appariranno come degli "sfigati", altri... come?

4.4. Traiettorie e scorciatoie

Forse per non apparire come degli "sfigati", forse per non cadere in quel limbo di attesa che intercorre tra la registrazione al *triage* e l'accesso agli ambulatori medici, o forse anche solo per non dover negoziare con l'infermiere/a la gravità della propria condizione, alcuni utenti cercano accessi all'organizzazione più facili e informali. Per quanto non frequentemente (ma sicuramente più spesso di quanto ai ricercatori sia capitato di vedere al giungere di un codice rosso), al *triage* si assiste all'arrivo di persone che - al di là delle loro condizioni di salute - sembrano seguire una scorciatoia, più che una traiettoria. Ad esempio:

- arriva una ragazza che dice di essersi fatta male alla spalla destra. Si presenta all'infermiera dicendo che *dovrebbero averla già avvisata...* L'infermiera sembra essere al corrente di tutto: registra la persona, telefona a un medico in ortopedia e l'avvisa che *ti sto mandando la nipote di (...), che lavora in chirurgia...* Dice alla ragazza di andarsi a registrare e *poi vada davanti all'ambulatorio 2, che La chiamano subito;*

- arriva una signora che si presenta come “la dottoressa Zucca” e che chiede di “Donatello” (uno dei medici del PS). La dottoressa intercede per un’amica, che è presente, ma che Donatello non incontrerà neppure. Sarà infatti la dottoressa Zucca ad entrare in PS, far refertare gli esami dell’amica a Donatello e poi riferire a quest’ultima (che nel frattempo attende in sala d’aspetto);
- accompagnata dal marito, arriva una signora che ha sbattuto il naso contro l’anta di un armadio e vorrebbe fare una radiografia. L’operatrice la avverte che ci sono molti altri pazienti in attesa. Subentra l’uomo che, sottovoce, fa presente all’infermiera di essere un medico; l’operatrice non reagisce in alcun modo alla notizia e così lui mostra il suo tesserino medico di riconoscimento. L’operatrice lo guarda senza interesse, ma riconosce la signora, medico anche lei; le consiglia di recarsi direttamente in radiologia e di chiedere un favore a qualche medico che conosce. La signora è una ginecologa, non conosce nessuno in radiologia, non sa neanche come fare ad andarci e domanda all’infermiera: *Devo mettere il camice?* L’infermiera la registra, le consegna il modulo, le dice di recarsi personalmente in radiologia e di tornare con le lastre: *Lei però si presenti, perché io, adesso, non è che posso stare a telefonare...* Dopo poco, la signora torna con le lastre e le consegna all’infermiera, assieme al modulo. In attesa del referto e della medicazione, il marito torna al banco e domanda a una collega dell’infermiera che avevano incontrato inizialmente: *Quella sua collega... quella che c’era prima... come si chiama?* L’infermiera risponde che *la mia collega ha un numero di matricola, come tutte...* Il signore insiste, mostra di nuovo il suo tesserino, ma l’infermiera non demorde, dice che hanno già avuto brutte esperienze e quindi il nome non lo riferisce. Quando la prima infermiera torna al *triage*, il signore si ri-avvicina al banco, le domanda una penna in prestito, nel mentre le legge la matricola, poi si allontana, appuntandone il numero su un foglio.

I tre episodi mettono in luce elementi diversi, sui quali è opportuno soffermarsi.

Nei primi due esempi si osserva con chiarezza un dato: i partecipanti all’organizzazione hanno un accesso privilegiato alla stessa e tale privilegio si estende anche alle persone che hanno la fortuna di conoscere qualcuno all’interno dell’organizzazione. Nei due casi l’azione coinvolge il personale medico, ma non è tanto il ruolo organizzativo a fare da discriminante, quanto l’appartenenza (o meno) all’organizzazione. In altre parole, è sufficiente conoscere qualcuno che lavori all’interno dell’ospedale ed è sufficiente che questo qualcuno si rivolga a un operatore del PS - non necessariamente un medico - perché la traiettoria di accesso dell’utente assuma subito una direzione precisa e spedita.

Ciò diventa un dato per scontato sottostante all’azione organizzativa nell’episodio del medico che ricerca una via d’accesso privilegiata per la moglie, medico anche lei. La dinamica che si instaura è interessante perché rappresenta una di quelle situazioni in cui c’è un enorme presupposto (i partecipanti all’organizzazione possono accedere in maniera diretta al PS) che tutti gli attori (infermiere e utenti, in questo caso) condividono, ma che non per tutti riveste lo stesso significato. Per il signore/medico ad esempio, tale dato per scontato equivale a una regola dell’organizzazione, al punto che il signore/medico imbastisce anche una strategia orientata all’identificazione dell’infermiera che invece l’ha messo in discussione. Non che l’infermiera non condivida

tale dato per scontato (non a caso, è lei a suggerire alla signora come guadagnare un accesso più spedito); tuttavia per lei esso assomiglia più a un favore tra colleghi e, dunque, non può essere agito in base a dinamiche autoritarie (come il signore/medico tenta di fare) ed è valido solo laddove ci si riconosca quali pari (l'infermiera si rivolge alla signora/medico solo dopo averla riconosciuta e, probabilmente, anche perché non è stata la signora/medico ad appellarsi alla gerarchia dei ruoli). Anche la signora/medico infine condivide il presupposto per cui i partecipanti all'organizzazione accedono attraverso traiettorie dedicate, ma sembra che per lei ciò non rivesta valore positivo: la signora non si qualifica e, anche dopo essere stata riconosciuta e spronata all'azione dall'infermiera, dimostra l'insicurezza tipica di chi non ha mai preso parte a una pratica (tanto da preoccuparsi di dover indossare il camice). La signora probabilmente interpreta tale dato per scontato quale privilegio organizzativo, al quale lei preferirebbe però non aderire.

I tre episodi mostrano così come, al pari degli accessi dei pazienti giudicati scomodi per via del loro interferire con alcuni dato per scontato dell'organizzazione, vi sono accessi che costituiscono essi stessi un dato per scontato all'interno dell'agire organizzativo, al punto da trasformare le traiettorie di accesso in scorciatoie.

4.4.1. Fare da cuscinetto e gestire le emergenze (altrui)

Per contro, vi è anche una tipologia di situazioni in cui è il Pronto soccorso stesso a venire usato come se fosse una scorciatoia.

Arriva un signore a cui è stato amputato un arto per via di una complicazione diabetica. Il signore è stato dimesso dall'ospedale e gli è stato detto di andare dal suo medico di base per farsi prescrivere un esame. Il signore si è recato al CUP, ma qui gli hanno consigliato di recarsi direttamente in PS. Una volta registrato, l'infermiera mi spiega che il reparto che ha dimesso il signore avrebbe potuto (e dovuto) inviarlo direttamente in PS: in questo modo il signore avrebbe potuto evitare di recarsi dal suo MMG e ottenere le cure in giornata.

Anche perché un'urgenza datata 7 [il signore ha un'impegnativa del suo MMG segnata come "urgente" e datata 7/5, oggi è il 10/5]... io l'accetto, ma se poi succede qualcosa...

Successivamente arriva un signore con una prenotazione "urgente" per una visita. L'infermiera gli chiede come mai non abbia prenotato al CUP, lui risponde che le agende del CUP erano tutte esaurite, comprese le urgenze. Subito dopo arriva una signora che, dopo un incidente, è qui per delle visite di controllo. Si è recata al CUP, ma le agende erano piene, così è venuta direttamente in PS per effettuare l'esame.

Osservo infine l'arrivo di due pazienti inviati da altri reparti: uno dal *day hospital*, l'altro da cardiologia. Il primo *ha una piccola ciste sul polmone, doveva fare un'endoscopia, ma ha iniziato a stare male... vomito, febbre...* (è la moglie a parlare). Il secondo invece è andato in cardiologia per un controllo programmato e l'hanno trovato fibrillante, così l'hanno inviato in PS con una richiesta di ricovero. L'operatrice del *triage* pensa che questo modo di gestire i ricoveri non sia proprio corretto: i due reparti avrebbero potuto

gestire (e ricoverare) internamente i pazienti; tuttavia - afferma l'infermiera - i reparti tendono a voler “conservare” i propri posti letto e, dunque, ad inviare in PS i pazienti ritenuti meno gravi e/o comunque differibili nel tempo.

Nelle situazioni descritte il PS appare quindi come il luogo dove giungono anche tutti quei casi che, per ragioni diverse, costituiscono un'eccedenza; le prestazioni e le urgenze che il CUP non riesce a soddisfare rappresentano il caso più paradigmatico. Come indicato in particolare dalla prima e dalle ultime due situazioni riportate inoltre, non sono soltanto alcuni utenti e/o medici di base ad utilizzare il PS quale accesso immediato a una traiettoria di cura (vedi *Paragrafi 4.2 e 4.3*); esso rappresenta una scorciatoia per l'intera rete dei servizi sul territorio, nonché per gli altri reparti ospedalieri. In tal senso, il PS è come un'ancora di salvezza tanto per l'utenza, quanto per l'organizzazione sanitaria *tout court*, che può contare su un dispositivo interno capace di gestire le emergenze mediche e soprattutto organizzative. Ciò richiama l'attenzione su come in questa dinamica si possa rintracciare un altro potenziale spazio di produzione di forme di accesso diseguali: alcuni soggetti arrivano al PS per motivi clinici, altri per ragioni organizzative; alcune persone si recano in PS spontaneamente, altre vi sono in qualche modo costrette; alcuni attori organizzativi vedono nel PS il luogo su cui far slittare le urgenze mediche, altri quelle organizzative.

4.5. Vita quotidiana

Sino a questo momento abbiamo descritto e considerato diversi momenti e dinamiche della vita organizzativa del Pronto soccorso e delle possibili traiettorie di accesso dell'utenza: l'accettazione al *triage*, la codificazione dell'utente, la negoziazione tra il soggetto e gli attori organizzativi della gravità della propria condizione, l'identificazione dei pazienti scomodi da parte degli attori organizzativi, il ruolo giocato da eventuali accompagnatori. Di questi si è sempre fornito un resoconto apposito e particolareggiato, tralasciando forse un elemento importante, ossia la contemporaneità di alcuni eventi e la più generale velocità e dinamicità della vita organizzativa quotidiana. I processi organizzativi infatti possono assumere ulteriori significati se osservati nel loro svolgersi continuo e considerati nella loro complessità. A tal fine, dunque, ora che ci avviamo verso la conclusione di questo *excursus* etnografico, è opportuno tentare di entrare a tutti gli effetti nel PS, offrendo la descrizione di quella che (nell'esperienza dei ricercatori) può essere considerata la quintessenza di una giornata del reparto. Quale esplicita scelta narrativa, dunque, e sempre al fine di rendere conto dello svolgersi incessante di eventi, la descrizione non sarà intervallata da alcuna interpretazione e diventerà invece interamente oggetto di analisi nella sezione successiva.

Sono le 9 e in PS ci sono due persone in attesa di entrare negli ambulatori medici. Il flusso di utenti è basso e all'accettazione non c'è coda; in sala d'aspetto ci sono altre tre persone e nel corridoio un uomo delle pulizie. Al pari del mattino precedente, in sala d'aspetto c'è un signore seduto vicino alla porta: sta lì qualche minuto, beve un caffè, guarda fuori, si gira i pollici, poi va via.

Al *triage* arriva un signore (un senza fissa dimora, si direbbe a vederlo), in ambulanza. L'infermiera lo riconosce e dice agli operatori del 118: *Lasciatelo lì...;* e poi a lui: *E tu non ti muovere!* Il signore viene messo su un lettino nel corridoio del PS, e dopo un po' inizia a ronfare. L'infermiera dice che:

È un alcolizzato, portato dall'ambulanza... fondamentalmente vengono qui perché qui possono stare stesi. Di solito, noi tendiamo a dare per scontato che non abbiano un cazzo⁴⁵ e siano soltanto ubriachi... poi magari russano così perché sono caduti, hanno sbattuto la testa e hanno delle emorragie interne... sono pericolosi in questo senso. Per cui ogni tanto li svegliamo, gli guardiamo le pupille... ma poi sentiamo l'alitosi da alcool. Questo starà qui fino a quando qualcuno non si accorge di lui... oppure lo sbatte fuori!

[mentre l'operatrice parla, diverse persone sono arrivate al banco del *triage* e si è istantaneamente formata una coda. Arriva anche un'operatrice di un altro reparto, che si è tagliata un dito con il vetro di una fialetta. Vuole farsi medicare, ma non fare la fila; altre persone protestano, lei esclama: *Ma noi stiamo lavorando!*].

Contemporaneamente, una signora con i referti di alcuni esami effettuati il giorno prima sostiene che il medico le abbia detto di tornare in PS a mostrarglieli. *Il medico di ieri oggi non c'è*, le risponde l'infermiera, ma la signora insiste. L'infermiera si assenta per un attimo e una collega prende il suo posto. La signora le ripete lo stesso discorso e, questa volta, l'infermiera risponde che il medico sarà in PS dopo le 14.

È quindi il turno di un signore con un dito gonfio a causa di un incidente sul lavoro: *Ho aspettato tre ore al Bentivoglio... e allora sono venuto qui...* L'infermiera risponde: *E adesso aspetterà altre tre ore, cosa crede?* Poco dopo, arriva un altro signore che ha avuto un infortunio sul lavoro al braccio, tre giorni fa a Riccione. È stato ricoverato, gli hanno messo il gesso, ma dalle lastre successive sono risultate alcune complicazioni. A Riccione volevano operarlo, ma per questo avrebbe dovuto aspettare in ospedale la settimana successiva. Il ragazzo è della città, dunque ha firmato le sue dimissioni ed è venuto qui con le lastre e i referti: *Voglio andare a casa io, mica restare in ospedale...*

L'interazione è interrotta dall'arrivo di una persona in ambulanza. È un'operatrice della Croce rossa in gravi condizioni a seguito di un incidente in cui è stata coinvolta l'ambulanza su cui era in servizio. Subito due medici si mobilitano attorno alla barella dove la ragazza è stata distesa. Lei (piangendo) dice: *Temo di non farcela... voglio saperlo subito...;* il medico cerca di rassicurarla: *Ma io glielo dico...* Il medico riferisce all'infermiera del *triage* che vorrebbe sistemare la persona nella sala delle emergenze, *sempre che non ce ne siano altre [emergenze] in arrivo.* L'infermiera gliene domanda il motivo: *È un "rachide"... per me un "rachide" non è un'emergenza.* L'infermiera ha assegnato un codice giallo (non un'emergenza, dunque), ma il medico non è d'accordo.

⁴⁵ L'uso di espressioni volgari è all'ordine del giorno in Pronto soccorso. Questo non costituisce un dato particolarmente eclatante, tuttavia se ne voleva rendere conto.

L'infermiera si inalbera: *Allora, d'ora in poi, l'accettazione la fa Lei!*; il medico risponde: *Io faccio il medico, Lei pensi a fare l'infermiera!* I due si voltano le spalle e si mandano sonoramente a quel paese.

Nel frattempo al *triage* è arrivata una famiglia zingara, munita di tessera STP. Ha un'impegnativa per una visita ginecologica "urgente" e cerca anche il PS pediatrico. L'infermiera dice che deve recarsi al PS della maternità, ma la famiglia dice di venire proprio da lì. L'infermiera domanda alla famiglia se è sicura di essersi recata proprio al PS della maternità, la famiglia risponde di sì. L'infermiera insiste:

Quello che capisco io da questo foglio è che il suo è un problema ginecologico, ma questo è il PS generale... è sicura di essere andata proprio al PS ginecologico?

la famiglia risponde di sì. L'infermiera telefona al PS della ginecologia; parla con l'operatrice; riferisce alla famiglia che non l'hanno ricevuta perché il medico era momentaneamente assente. La famiglia si innervosisce: non è vero (dicono), il medico era in ambulatorio, l'hanno visto, è stato proprio lui a dire loro di recarsi al primo piano. L'infermiera dice che *qui al primo piano c'è l'oculistica...* La famiglia si innervosisce ulteriormente, afferma che qui tutti si rifiutano di riceverla.

Proprio in questo momento arrivano contemporaneamente:

- un operatore della Croce rossa con un signore in barella;
- una persona accompagnata, che non riesce più a muovere il gomito a seguito di un urto;
- un'altra persona accompagnata, con un dito sanguinante.

L'infermiera dice:

Un attimo, uno per volta... se parlate tutti insieme non ci capisco niente... a chi tocca?

e la famiglia viene sostanzialmente tagliata fuori.

Quando la situazione si è un minimo calmata, l'infermiera richiama il PS ginecologico e scopre che la famiglia zingara era effettivamente stata lì, aveva bisogno di essere seguita per la gravidanza e quindi avrebbe dovuto recarsi in ginecologia, situata sì al primo piano, ma non del palazzo che ospita il Pronto soccorso. La conclusione dell'infermiera è:

Vabbè, adesso se ripassano per il bambino glielo spiego....

Peccato che quando la famiglia ripassa, l'infermiera abbia la testa chinata, impegnata nella compilazione di un modulo di accettazione di un signore. Dal canto suo, la famiglia ha l'aria indignata e, uscendo, non rivolge all'infermiera neanche uno sguardo.

Un infermiere di passaggio al *triage* tocca scherzosamente il seno a un'infermiera; l'infermiera gli dà uno schiaffo sulla mano e gli dice di non toccare (tuttavia, non sembra particolarmente offesa dalla cosa). Un altro infermiere (sempre di passaggio) commenta a metà tra il serio e l'ironico: *Non è possibile questa cosa che le infermiere non si lasciano toccare le tette!* e aggiunge che *per contratto* le infermiere dovrebbero lasciarsi toccare il seno da medici e infermieri.

Alle 13,30 circa (in concomitanza con il cambio turno al *triage*) arriva, accompagnato dal 118, un signore che ha avuto un incidente d'auto (il signore è grave). L'operatore del 118 chiede una barella all'infermiera del *triage* che però in questo momento è da sola e sta ricevendo una paziente, per cui risponde: *Un attimo che finisco con la signora...* Devono quindi essere gli operatori del 118 a trasportare all'interno della saletta delle urgenze l'incidentato e, quando l'infermiera si avvicina, l'operatore (in corridoio e con un tono di voce fatto apposta per essere sentito) dice: *Comunque guarda che qui bisogna lavorare tutti!* L'infermiera si innervosisce e manda al diavolo l'operatore, che le risponde per le rime. Il tutto avviene davanti agli sguardi perplessi delle persone presenti in corsia.

Un signore anziano venuto in PS perché cadendo ha battuto la testa, vorrebbe andare in bagno. Le infermiere non vogliono assolutamente: *Deve usare il pappagallo!; Non deve muoversi!; Non può alzarsi!; Stia fermo lì!* Alla fine, il signore riesce a concordare di andare in bagno con le sue gambe, ma accompagnato da un operatore che lo aspetta fuori dalla porta (e, dopo un paio di minuti bussa per accertarsi che sia tutto a posto). Contemporaneamente, anche il vagabondo (che è sempre sul lettino, ma ora si è svegliato) vorrebbe andare in bagno; borbotta qualcosa all'infermiera, che risponde:

Di là... e cerca di centrare il buco!

Alle 17,30 al *triage* ci sono due infermiere. Nel corridoio ci sono sei persone, quattro in barella e due in carrozzina, ma c'è silenzio e la situazione appare relativamente tranquilla. Tuttavia, all'improvviso:

- arriva in ambulanza un signore con una distorsione alla caviglia davvero impressionante. L'infermiera del *triage* lo riconosce (*È il mio prete!*), telefona a un medico e lo avverte (*ho una brutta slogatura alla caviglia, qui*);
- in contemporanea, sempre in ambulanza, arriva una ragazza reduce da un incidente in motorino, con la testa sanguinante;
- nello stesso momento, una telefonata informa gli operatori che *sta arrivando dal bar una crisi epilettica*. Dopo poco, arriva un OTA con il signore in barella, accompagnato dalla moglie, che pare in piena crisi di panico. L'infermiera cerca di intervistare l'uomo, ma è inutile, lui non riesce a rispondere;
- contemporaneamente, un signore maghrebino in barella, in attesa di entrare nell'ambulatorio medico, chiede aiuto all'infermiera perché sta per vomitare. L'infermiera gli dà un lenzuolo, il signore vomita e poi inizia a chiamare l'infermiera: *Dammi pastiglia... dammi pastiglia per il dolore in testa....* Nessuno lo ascolta, né si preoccupa del lenzuolo (sporco) che gli rimane addosso.

Al *triage* si crea una fila disordinata; l'infermiera dice alle persone di non accalcarsi e di stare a distanza per il rispetto della *privacy*. Qualcuno borbotta, qualcun altro cerca di rubare il posto, qualcuno fa finta di essere arrivato per primo, qualcun altro ancora dice: *Ma è questo il PS?* [il signore che pronuncia questa frase ha un enorme cartello sopra la sua testa con scritto: PRONTO SOCCORSO], qualcuno infine grida: *Ma io sto male!* Le infermiere invitano ad avere pazienza.

Il 118 avverte dell'arrivo di un "codice 3 - pediatria". Si tratta di un bambino caduto nel fiume. Il bambino è moldavo e il padre parla con i carabinieri, che lo interrogano nel tentativo di ricostruire l'accaduto. La drammaticità della situazione è palpabile nell'aria, e all'accettazione gli operatori cercano di continuare a gestire il flusso di utenti che, in ogni caso, non si interrompe: c'è chi ha preso una pallonata in faccia, chi vuole farsi togliere i punti, chi domanda di poter raggiungere un parente o un amico.

Arriva una signora che accusa prurito e difficoltà di digestione da ormai 20 giorni. L'infermiera domanda: *Ma non è stata dal suo MMG?*, la signora risponde: *Si, ma lui dice: "Intanto aspettiamo..."*. L'infermiera suggerisce: *Cambi il medico! È come dal panettiere, se ad uno non piace, cambia forno.*

Arriva un ragazzo con una ferita sul dito, in un momento di relativa calma, con 3 operatori vicino all'accettazione che chiacchierano. Il ragazzo dice che la vista del sangue lo impressiona. Prendendolo leggermente e teneramente in giro, gli operatori si attivano: uno lo fa accomodare su di una carrozzina (*Siediti mo'... dovessi cadere all'improvviso...*), mentre un'infermiera gli tampona la ferita con una fasciatura (*Meglio adesso?*).

Un medico del PS domanda all'operatore del *triage* il modulo di codificazione di una paziente della mattina. Il medico si riferisce all'infermiera portata in PS a seguito dell'incidente che ha avuto l'ambulanza sulla quale era in servizio. L'infermiere risponde che il modulo non è più qui al *triage*, ma ricorda che la diagnosi era il seguente: "frattura t10, sospetta t9". Il medico:

Hai visto?! Io ... [l'addetta di turno al triage nel momento in cui è arrivata l'infermiera incidentata] la prendo per un orecchio e la porto in commissione disciplinare, perché stamattina mi ha risposto male davanti a tutti. Io le ho detto: "Questa paziente me lo prendo subito io e la porto di là in saletta (emergenze)" e lei mi ha detto: "Adesso sono io al triage e decido io il codice da assegnare!". Io le ho spiegato che sono IO il medico... perché fino a quando si tratta del resto ok, ma quando si parla dei pazienti è un altro conto!

e ripete nuovamente la minaccia della commissione disciplinare.

Al *triage* arriva un signore:

Io il foglio glielo restituisco, non mi sembra molto corretto dover aspettare 6 ore per una visita.

(Infermiera): *Questo è quello che passa il convento...*

(Signore): *Va beh, non è mica molto, se un ospedale con 2.000 persone deve funzionare in questo modo, che poi non si trovano mai i capi...*

(I): *Eh, qui non siamo molto organizzati, lo so...*

Il signore, che si era recato in PS per nausea, va via; dopo trenta secondi chiamano il suo nome.

Nel corso della serata, l'infermiera consiglia a molte persone che sono in PS per un brufolo dietro l'orecchio, ad esempio, di recarsi alla guardia medica. Ad un certo punto, telefona la guardia medica, dicendo di smetterla di inviare lì le persone, perché la guardia medica non è un ambulatorio. Conclusa la telefonata, il commento (ad alta voce) dell'infermiera è:

Ovviamente, adesso glieli mando tutti!

Un collega, passando, commenta:

Dovrebbe lavorare qui con noi la guardia medica... tanto, lui li spedisce a noi... noi li mandiamo a lui...

4.6. Riflessioni conclusive

Una lettura continua di un'ipotetica giornata di Pronto soccorso permette di osservare l'operare congiunto delle diverse dinamiche e dei differenti processi in atto all'interno della quotidianità organizzativa, e fornisce l'occasione per evidenziare i principali elementi che sembrano caratterizzare le traiettorie di accesso all'organizzazione. Ciò che tale lettura rende esplicito è infatti la natura molteplice e instabile degli elementi che possono intervenire all'interno della traiettoria di accesso dei soggetti.

In primo luogo, gli accessi all'organizzazione si caratterizzano per il loro essere situati. Come già notava Goffman (1983), la "situatizza" di un fenomeno non ha nulla a che fare con la sua (eventuale) "situazionalità", ma anzi permette di cogliere proprio quegli elementi che vanno al di là del qui e ora e che invece inscrivono il fenomeno all'interno di un quadro di significazione più ampio. Sottolineare come i processi organizzativi del PS siano situati vuol dire allora mettere in rilievo le diverse forme che essi assumono nel qui e ora e rimarcare come tali forme non siano frutto del caso, ma si svolgano e acquistino ulteriore significato all'interno di una ecologia di azioni e procedure organizzative.

Affermare la componente situata delle traiettorie di accesso, di rimando, significa evidenziare come entrando nell'organizzazione i soggetti vengano a contatto con un insieme complesso di regole e dinamiche organizzative che, per quanto stabili, diventano concrete solo nell'interazione. Le note etnografiche testimoniano infatti che i processi decisionali, la trasmissione delle informazioni, il coordinamento degli attori nello spazio e nel tempo sono attività che prendono forma negli incontri faccia a faccia e che sono esposte agli effetti di tali incontri.

Uno degli effetti principali è probabilmente quello dell'impressione che i soggetti creano nel corso dell'interazione e della sua conseguente valutazione. Secondo Goffman (1983, pp. 64-65), l'esempio istituzionalizzato di tali "incontri valutativi" è dato dalle interviste di collocamento condotte dagli assistenti scolastici, o dai colloqui degli psicologi del reparto personale, o dall'interrogatorio dei funzionari di un tribunale. L'elemento situazionale di questi incontri valutativi risiede nel bagaglio di credenze relative agli indicatori corporei dello status e del carattere, un bagaglio che rende leggibili le persone e che innesca una "classificazione silenziosa" che riproduce la struttura sociale.

Ma allora, da un punto di vista analitico, ciò significa che in tali incontri si realizza qualcosa di più del meramente situazionale. L'osservazione della vita quotidiana del PS mette infatti in rilievo che la valutazione soggettiva da parte degli attori organizzativi - operatori o utenti - di alcuni attributi sociali, siano essi effettivamente rilevanti o meno per la situazione in corso, è in qualche modo incastonata nell'interazione stessa. Ciò che cambia è il peso relativo dato a ciascun attributo: l'attributo "etnia" ad esempio può essere mitigato o esasperato dal valore dato ad altre variabili strutturali (classe sociale, genere, età, appartenenza comune a un gruppo), che tuttavia possono non essere completamente congruenti tra loro. E, ancora, non sempre gli attributi strutturali usati apertamente o nascostamente si armonizzano del tutto con quelli personali (ad esempio, lo stato di salute dei soggetti) o con proprietà che esistono solo in situazioni sociali (la personalità). Ciò che vi è di situazionale negli incontri valutativi è quindi la prova che essi forniscono degli attributi veri o apparenti di un partecipante, permettendo al contempo di determinarne la traiettoria futura attraverso una valutazione (inaccessibile) di questo complesso di prove. In alcuni casi, tale valutazione (e traiettoria) consolida gli attributi strutturali esistenti, altre volte li allenta, altre volte ancora fornisce dei risultati ambigui e pone gli attori in condizioni di incertezza. In ogni caso, ciò evidenzia la natura situata degli accessi, nelle interazioni faccia a faccia, negli attributi strutturali e, talvolta, nelle ambiguità organizzative con cui gli attori si confrontano quotidianamente.

Ciò detto, molteplicità e instabilità delle traiettorie di accesso risultano quasi corollari.

La molteplicità delle forme di accesso al PS appare sia come risultato delle interazioni faccia a faccia, sia come parziale e necessaria soluzione alle situazioni caotiche e/o ambigue. Costituisce però spesso anche una conferma e una riproduzione degli attributi strutturali dei soggetti. Come dalle osservazioni, la molteplicità delle traiettorie di accesso istituisce - soprattutto negli utenti - una comparazione tra le diverse traiettorie; tale comparazione permette di notare come le disuguaglianze negli accessi non assumano forma dicotomica (chi accede *vs* chi non accede), poiché tutti di fatto accedono al PS, bensì processuale (come si accede, tempi di attesa e permanenza, risultato dell'accesso). È all'interno di questo processo che le disuguaglianze prendono forma ed è nella comparazione delle molteplici traiettorie di accesso che si ritrova il perpetuarsi delle dinamiche di disuguaglianza riscontrabili all'interno delle più ampie traiettorie sociali dei soggetti.

L'instabilità delle traiettorie discende invece dal fatto che la stessa traiettoria può prendere differenti direzioni e indica come la stabilità di una traiettoria non possa mai dirsi conclusa, se non nel momento di uscita del soggetto dalla traiettoria stessa. Ciò riporta quindi l'attenzione sul lavoro di tessitura organizzativa a cui gli attori - operatori o utenti - sono chiamati per restituire un senso di unità e coerenza organizzativa alle traiettorie d'azione intraprese. Da questo punto di vista, la solidità di una traiettoria, e quindi la quantità e qualità di energia che la sua gestione richiede agli attori - sempre operatori o utenti -, è interpretabile quale ulteriore elemento di disuguaglianza. In altre parole, come risulta dalla descrizione continua di una giornata del PS, è come se le disuguaglianze si rivelassero nei fattori di contorno dell'accesso: cortesia nell'interazione, comprensione di quelli che possono essere i bisogni del singolo

utente, capacità di gestire gli aspetti emotivi della comunicazione e della relazione, unitamente ad un certo tipo di motivazione al lavoro, sono elementi che non variano l'accesso in quanto tale (da un punto di vista organizzativo, il processo di accesso e di codifica non richiede che vi sia cortesia, né alcun tipo di relazione empatica o motivazione), ma che tuttavia rispecchiano il *set* di aspettative che i soggetti comunemente hanno quando si trovano coinvolti in una transazione di servizio. La mancanza di tali elementi, dunque, sfa istantaneamente le aspettative dei soggetti e ha delle ricadute principalmente in termini di fiducia che essi sono disposti ad accordare all'organizzazione (come mostrato in diversi episodi, tra utenti e operatori talvolta si innesca un atteggiamento sospettoso). Al contrario, la loro simultanea presenza dimostra quanto sia delicata e complessa la gestione di una traiettoria di accesso e come questi fattori abbiano il potere di assicurare e rendere più solidi i percorsi intrapresi.

Accanto a ciò, nella lettura continua di una giornata di PS rimangono diversi elementi organizzativi non ancora affrontati, probabilmente anche perché sono processi interni all'organizzazione che coinvolgono principalmente il personale clinico, per esempio:

- le relazioni di potere in atto tra i diversi attori interni all'organizzazione;
- le dinamiche di genere (maschile) che fanno da sub-testo della vita quotidiana;
- i rapporti e le connessioni che legano gli attori organizzativi ad altri operatori di servizi attivi sul territorio;
- la funzione di controllo e di certificazione che l'organizzazione svolge (ciò è evidente in particolare per gli incidenti sul lavoro);
- le responsabilità medico-legali che indirizzano (e adombrano su) il lavoro quotidiano degli operatori;
- la necessità da parte degli operatori di rendere conto del proprio operato, specie in termini procedurali;
- lo scollamento che può prodursi tra tempi dell'organizzazione e tempi di intervento (per cui, banalmente, il presentarsi di un'emergenza non accade mai in un momento di calma organizzativa);
- le affinità elettive che possono crearsi tra gli operatori che condividono le stesse pratiche di lavoro e che permettono un'interpretazione omogenea e condivisa dell'azione organizzativa;
- le disarmonie e le antipatie che quotidianamente possono innescarsi tra gli attori che condividono il medesimo contesto di lavoro;
- il *pathos* e l'*ethos* che comunque scandiscono e danno colore alla vita organizzativa quotidiana;
- le conoscenze estetiche - e quindi tacite - che ispirano e motivano decisioni e azioni dei partecipanti all'organizzazione.

Tali processi non sempre agiscono direttamente sull'accesso dei soggetti, tuttavia facilmente ne intersecano le traiettorie. Non essendo oggetto della presente ricerca un'analisi organizzativa *tout court*, lascio ai lettori la passione di esplorarne i principali punti di intersezione.

5. Consultorio C⁴⁶

Il consultorio C è nel centro della città. Nasce dall'accorpamento di due consultori che fino al 2002 godevano di vita propria e indipendente. Il consultorio si caratterizza come uno dei più attivi sul territorio, probabilmente anche in virtù dello spettro differenziato di servizi che offre (ad esempio, consulenza psicologica via telefono e/o interventi formativi per le scuole), nonché della sua posizione dentro porta.

Il consultorio riceve le utenti dal lunedì al venerdì in orario 8,30-17,30. Alcuni accessi sono programmati (in particolare i controlli in periodo di gravidanza), altri sono liberi e avvengono sul momento, in base alla situazione contingente. Tra le 8,30 e le 11,30 del mattino, inoltre, è possibile prenotare telefonicamente o di persona visite e/o prestazioni.

Al fine di introdurre i lettori alla vita dell'organizzazione, vi è però un aspetto che va subito anticipato ed esplicitato e che riguarda per l'appunto la nascita dell'attuale consultorio C.

5.1. Consultorio o poliambulatorio?

Molte operatrici (infermiere e ostetriche) vedono nell'accorpamento tra il consultorio X e il consultorio Y un'innovazione organizzativa non così indolore come si sarebbe potuto pensare. Un'infermiera ad esempio afferma che prima il consultorio era organizzato come *un consultorio vecchia maniera*, ossia con gruppi di lavoro piccoli (4-5 persone), una forte integrazione dell'intera *équipe*, un'attenzione specifica diretta all'accoglienza dell'utenza, una relazione fiduciaria con l'utenza che faceva sì che si instaurassero rapporti che potevano estendersi e continuare nel tempo:

Alcune delle nostre utenti le abbiamo conosciute quando avevano 13 anni e adesso sono delle donne!

L'utenza, era estremamente variegata (*ragazze di 14 anni, vecchiette di 90, coppie di mezz'età...*) e buona parte dell'attività era dedicata esclusivamente all'ascolto; infine, l'accesso era sempre diretto. Un'ostetrica afferma: *Noi ci siamo tutte battute per mantenere questo tipo di impostazione*, ma la situazione è cambiata comunque: gli accessi sono scorporati tra CUP e consultorio e il numero degli utenti è aumentato a dismisura, a fronte però di una contrazione del personale e degli spazi. *Ormai siamo un vero e proprio Poliambulatorio!* [ed infatti questa è la targa posta al di fuori della struttura]. Di questa situazione - afferma un'altra infermiera - se n'è accorta anche l'utenza storica, che talvolta si lamenta perché il servizio che riceve non è più *ad personam* come prima.

⁴⁶ A cura di Attila Bruni, Università di Trento.

L'esempio che tutte le operatrici riportano riguarda l'accoglienza. Inizialmente c'erano due segretarie: l'utenza telefonava ed esponeva la propria richiesta, le segretarie fissavano l'appuntamento in agenda e/o indirizzavano l'utenza a chi di competenza. A seguito dell'accorpamento, si decide che all'accettazione deve esserci qualcuno di qualificato sia per rispondere al telefono, sia per fare accoglienza;

ma tra tutte le telefonate che arrivano, le persone qui [in sala d'attesa], le cartelle cliniche... che accoglienza puoi fare?

Dunque, c'è un po' di malumore tra gli operatori per una riorganizzazione che è stata vissuta come calata dall'alto e per il fatto che

nessuno di noi trova particolarmente gratificante rispondere al telefono e cercare cartelle cliniche (...). E poi, dove sta la qualità di questo servizio? Nel dare un appuntamento a 4 mesi di distanza ad una che c'ha una vaginite?

Il discorso dei lunghi tempi d'attesa peraltro pare innescare un altro effetto: gli utenti diventano diffidenti rispetto ad appuntamenti troppo vicini nel tempo, *pensano che il medico sia libero perché è meno bravo, perché nessuno lo vuole.*

Ma al di là dello scontento e degli effetti perversi dei tempi di attesa, la rappresentazione che emerge da queste note introduttive è quella di un'organizzazione in qualche modo scissa tra pratiche di lavoro tradizionali e/o consolidate nel tempo e nell'esperienza degli attori e un modello gestionale nuovo che ne richiede, se non il cambiamento, quantomeno l'adeguamento. Come rimarcato da un'infermiera, tale adeguamento riguarda tanto gli operatori quanto le utenti, che devono accettare le nuove procedure organizzative e confrontarsi con tempi diversi da quelli a cui erano abituate.

È da notare inoltre che, sempre in tale adeguamento, il controllo parziale che gli attori organizzativi mantengono su di alcune attività (ad esempio, gli accessi, di cui il consultorio mantiene una quota da gestire in maniera autonoma) non è comunque sufficiente a far sì che l'attività si svolga secondo le modalità pregresse. È infatti variato il *setting* quotidiano del lavoro (ad esempio, non c'è più un operatore dedicato al lavoro di segreteria) e le usuali pratiche di lavoro possono continuare a sussistere a patto che trovino una collocazione all'interno di tale *setting* (motivo per cui fare accettazione diventa comunque un'attività diversa, ora che le infermiere devono anche rispondere al telefono e ricevere le prenotazioni). Non a caso, penso, un'infermiera si riferisce quasi con rammarico alla mutazione del consultorio in poliambulatorio. Non è un rammarico di carattere nostalgico ma di tipo organizzativo, a seguito della constatazione che sono cambiate la forma e la geografia organizzativa in cui il proprio lavoro quotidiano acquista significato.

Si inizia così ad intuire che molto del lavoro quotidiano delle operatrici è rivolto a rammentare le vecchie abitudini con le nuove procedure, il come si è sempre fatto con il da ora in poi si fa così. È un rammento di fino, che prende forma in diversi momenti e pratiche della quotidianità organizzativa e che permette di considerare alcuni elementi solitamente assunti nella loro ovvietà.

L'*excursus* inizierà dal momento dell'accettazione.

5.1.1. Fare accettazione non significa dare informazioni

Entra nel *box* dell'accettazione una signora che ha un appuntamento per effettuare un esame, ma il medico oggi non è presente. La signora si lamenta, l'infermiera si scusa e aggiunge che dal consultorio avevano provato a telefonarle, senza però mai riuscire a parlare con nessuno. La signora dice che ciò è molto strano, ha anche una segreteria telefonica in casa. L'infermiera chiede se il numero di telefono che hanno loro sia corretto e la signora risponde che quello è il suo vecchio numero; *il CUP ce l'ha passato sbagliato...* è la conclusione dell'infermiera. Arriva anche un'amica della signora (...*avevo chiesto ad una mia amica di accompagnarmi, così... per farmi coraggio...*); l'infermiera chiede alla signora se sia disposta a cambiare medico, ma la signora risponde:

no no, la dottoressa mi segue da tanti anni, ormai mi conosce....

È quindi il turno di un'altra ragazza. Ha preso la pillola per 4 anni consecutivi; da quando ha smesso, non le sono più venute le mestruazioni e ora vorrebbe fare un test di gravidanza. *Sì, ma quando ha smesso?* la interrompe l'infermiera; la ragazza risponde di aver interrotto l'assunzione da circa 45 giorni. In ogni caso, la ragazza è andata in PS, dove un medico l'ha visitata, le ha fatto un'ecografia, l'ha refertata come utero piccolo e l'ha re-inviata al suo MMG per una rivalutazione. Il medico di base le ha prescritto degli ormoni, *ed ora sono venuta qui perché volevo sentire cosa ne pensavate anche voi.* L'ostetrica pensa che sia *il minimo* che dopo 4 anni di pillola non le vengano le mestruazioni (e glielo dice con garbo); in ogni caso le consiglia di aspettare la prossima ipotetica data del ciclo e poi eventualmente di fare un test di gravidanza. Le consiglia caldamente di non avere, in ogni caso, rapporti non protetti. Quando la ragazza è andata via, l'infermiera afferma che dal suo punto di vista questo tipo di conversazioni riduce del 50% gli accessi alle visite:

Questo significa fare accettazione, non dare informazioni....

Arriva una signora, si presenta dicendo - con cadenza tipicamente siciliana - che *devo fare uno striscio*. L'infermiera le indica i moduli da compilare e le chiede di accomodarsi in sala d'aspetto e attendere. La signora rientra dopo qualche minuto con il modulo in mano, dicendo che lei voleva prenotare anche una visita ginecologica, ma le hanno detto che ciò non era possibile. Allora lei è andata dal suo MMG, che le ha fatto un'impegnativa, con cui lei è andata al CUP, dove le hanno dato un appuntamento, ma tra un'enormità di tempo. Tuttavia, adesso vede dal modulo che è possibile effettuare visite diverse, come mai nessuno l'aveva avvisata? *Perché sono visite diverse... con l'ostetrica può fare solo lo striscio...* In ogni caso, conclude l'infermiera, anche se avesse prenotato direttamente da loro, non avrebbe trovato posto molto prima.

Dopo 50 minuti, l'infermiera all'accettazione si accorge che la signora è ancora in sala d'attesa che aspetta. Telefona a una collega e le segnala la cosa, ma la collega risponde che hanno chiamato ripetutamente il cognome della signora, ma nessuno ha mai risposto; aggiunge comunque di far passare subito la signora. L'infermiera chiama la signora e le dice di posizionarsi davanti alla porta dell'ambulatorio, *così appena la dottoressa finisce di visitare la paziente che è dentro, entra Lei.* L'infermiera le dice anche che le sue colleghe hanno provato più volte a chiamarla, non ottenendo però alcuna

risposta. La signora ha un'aria completamente persa; attraversando la sala d'aspetto, domanda ai presenti: *Qualcuno ha sentito chiamare il mio nome?*. Nessuno le risponde (ammesso che qualcuno dei presenti conosca il suo nome).

Arriva una ragazza sudamericana per un'interruzione volontaria di gravidanza. Parla con l'ostetrica che le domanda se sia mai stata qui prima; la ragazza risponde di sì, un anno prima, sempre per un'IVG. L'ostetrica domanda alla ragazza se abbia il tesserino sanitario e scopre che la ragazza non ha il permesso di soggiorno e ha la tessera STP scaduta. La ragazza le dice che pensava di recarsi presso il Servizio E, ma l'infermiera le spiega che in ogni caso avrà bisogno della STP in regola e che per questo deve recarsi al Servizio A.

Come messo in rilievo da un commento dell'infermiera, il fare accettazione non si esaurisce nel fornire informazioni. All'interno dei diversi episodi, in effetti, è possibile osservare che l'infermiera aggiunge sempre qualcosa di più rispetto a quanto viene esplicitamente richiesto. E questo qualcosa di più non riguarda solo il lato informativo, ma anche quello pratico-operativo. Non solo l'infermiera cerca di rispondere alle domande che l'utenza (a meno che non sia particolarmente esperta) non pone, ma cerca anche di intervenire attivamente sulla traiettoria di accesso dei soggetti.

Penso sia questo il significato da attribuire al commento dell'infermiera "Questo significa fare accettazione, non dare informazioni": l'attività di accettazione richiede l'intraprendenza degli attori organizzativi, se si vuole che il lavoro nel quotidiano raggiunga un qualche tipo di efficacia organizzativa. Sempre in questo senso, è altrettanto interessante notare come l'infermiera interpreti il suo ruolo in senso attivo, non solo quale filtro che l'utenza incontra nell'accedere all'organizzazione, ma anche quale valvola di protezione per quell'utenza che forse non necessita di una prestazione strettamente medica. Non che questa utenza non acceda, ma è come se (in modo un po' paradossale) la traiettoria di accesso la portasse a fuoriuscire.

Come da diversi passaggi descrittivi, tale agire è giustificato e reso opportuno anche dal fatto che le persone che si recano in consultorio possono essere all'interno di traiettorie diverse; accedere in maniera diretta o su appuntamento; essere state inviate da un'altra agenzia sanitaria; aver prenotato al CUP o essersi spontaneamente recate in consultorio; avere dimestichezza con i servizi sanitari o meno; essere in regola nella loro posizione di cittadine italiane o versare in condizione di clandestinità.

Non limitarsi a rispondere a quanto venga esplicitamente richiesto, aggiungere qualcosa in più, diventa per l'infermiera anche un modo per prendere le distanze da un agire prettamente burocratico, che tenta di far coincidere l'accoglienza dei soggetti con una comunicazione organizzativa impersonale. Saper interpretare di quale tipo di informazione (se di informazione si tratta) sia alla ricerca l'utente o, ancora meglio, intuire quale tipo di risposta il soggetto si attenda, risulta un tocco di personalizzazione che l'infermiera aggiunge a un'interazione che, altrimenti, non permetterebbe di affinare e differenziare le traiettorie di cura.

Il dato per scontato svelato è dunque il modello di comunicazione quasi perfetta che la pratica dell'accettazione postula si instauri tra gli attori organizzativi (soggetti/operatori), ma che si configura invece quale risultato locale e situato dell'interazione tra essi.

5.1.2. Rispondere al telefono

L'altra attività organizzativa - strettamente legata all'accettazione - in cui è possibile scorgere un assunto del lavoro quotidiano delle operatrici è rispondere alle telefonate che l'utenza effettua al fine di prenotare una prestazione.

Telefona una signora per iscriversi a un corso pre-parto in gennaio,⁴⁷ l'infermiera dice che le iscrizioni non sono ancora aperte, in ogni caso appunta il nome della signora inserendo in agenda un foglio vicino a quella che sarà la lista di gennaio. Pochi minuti dopo squilla il telefono che c'è sull'altra scrivania del *box* di accettazione e l'altra ostetrica risponde. Ascolta, apre l'agenda dei corsi pre-parto e dopo un po' esclama: *Ma lei ha già telefonato prima!* Si scopre così che è la stessa signora della telefonata precedente, che pensava di telefonare a un altro servizio (ciò è dovuto al fatto che sull'elenco telefonico risultano ancora i numeri dei due vecchi consultori separati). Domando all'infermiera come mai la signora abbia ritelefonato. L'infermiera risponde che (secondo lei) la signora è rimasta insoddisfatta della risposta ricevuta precedentemente:

Ormai tutte vogliono una risposta certa, quindi: "La richiamiamo noi a fine ottobre" [che è la risposta appena fornita dall'infermiera] è meglio che: "Ci sentiamo intorno a novembre" [quanto aveva risposto prima la sua collega].

Telefona una pediatra che vuole segnalare il caso di una donna di 43 anni, che ha appena partorito, che abita nei pressi del consultorio, che ha un compagno inesistente e che la pediatra giudica piuttosto depressa. La pediatra vuole sapere se c'è la possibilità che qualcuno del consultorio prenda in carico questo caso e presti costantemente assistenza alla signora. L'infermiera risponde che le sembra difficile che il consultorio possa dedicare un operatore a un caso individuale e domanda se la signora possa recarsi in consultorio per un colloquio. La pediatra dice che lei ha incontrato la signora e l'ha trovata talmente depressa che dubita sarebbe disposta a recarsi in consultorio. La telefonata si prolunga e l'infermiera riesce a concluderla dicendo che parlerà del caso con le sue colleghe e ricontatterà la pediatra sul finire della mattinata.

Telefona un uomo, la cui moglie aveva un appuntamento per la terza ecografia. L'appuntamento era stato fissato per venerdì alle 17,15, tuttavia la coppia è arrivata alle 18 e il medico era andato via. Il problema è che ora le agende sono piene e la terza ecografia va fatta in un determinato periodo. L'infermiera consiglia alla coppia di provare a telefonare presso un altro consultorio oppure presso il Servizio E. L'infermiera infatti ha capito che la coppia non è italiana:

con queste persone il problema è che non sempre loro sono abituati ad arrivare in orario... questi qui per esempio... avevano appuntamento alle 17,15, però sono arrivati un'ora dopo perché non riuscivano a trovare il posto.

Arriva una telefonata sul telefono sbagliato, cosa per la quale l'infermiera si lamenta sia con il centralinista (che in ogni caso continuerà per tutta la mattina a passare telefonate indifferentemente sull'uno o sull'altro telefono), sia con l'utente (alla quale comunica il numero esatto). La signora è gravida (22^a settimana) e necessita di un'ecografia,

⁴⁷ Siamo in giugno e la signora è all'ottava settimana di gravidanza.

ma non ricorda la data esatta dell'ultima mestruazione (indispensabile per calcolare la data corretta in cui effettuare l'ecografia). L'infermiera si spazientisce e passa la telefonata all'ostetrica. L'ostetrica re-intervista la persona, facendole presente che è un po' tardi per le prenotazioni (e infatti non ci sono più posti); in ogni caso riesce a trovare uno spazio in cui inserire l'ecografia della signora. Conclusa la telefonata, l'ostetrica mi spiega che le tre ecografie per la gravidanza hanno delle date rigide, per cui sarebbe meglio prenotarle tutte insieme; *però questa era una di quelle extracomunitarie che si perdono...*

Come dagli estratti etnografici riportati, rispondere alle telefonate delle utenti, pur essendo un'attività di *routine* (nel senso che si svolge quotidianamente e in fasce orarie prestabilite), è al tempo stesso un'attività che espone le operatrici a situazioni impreviste. Le utenti telefonano infatti per prenotare delle prestazioni, ma espongono anche la loro situazione, chiedono consigli e informazioni, investono le operatrici della responsabilità della gestione del loro caso oppure chiedono un qualche tipo di assicurazione. Inoltre, la presenza di due numeri sull'elenco telefonico, di un centralino all'interno del consultorio e di due apparecchi telefonici all'interno del *box* dell'accettazione, introduce una dose di ambiguità sul tipo di comunicazione che si dovrà intrattenere.

Rispondere al telefono si rivela in pratica un'attività non dissimile dal fare accettazione: come quest'ultima non significa dare informazioni, così rispondere al telefono non significa registrare le prenotazioni ma entrare in contatto con le traiettorie di cura delle utenti.

È possibile che alcune di queste (nei casi riportati, i due sulle signore migranti) si rivelino particolarmente tortuose, sia per chi le attraversa (che talvolta "si perde", per citare le parole dell'ostetrica), sia per chi si trova a gestirle (che talvolta si spazientisce - come nel caso dell'infermiera - e/o deve inventarsi una soluzione - come fa poco dopo l'ostetrica). Vi sono infatti una miriade di piccoli ostacoli che possono rallentare o deviare la traiettoria delle utenti: negli eventi considerati, ad esempio, una signora arriva in ritardo perché non riesce a trovare posto per parcheggiare, e perde l'appuntamento, con la conseguente difficoltà di prenotarne un altro in tempi brevi.

Proviamo allora a vedere quali traiettorie possano essere attivate dal Consultorio.

5.2. Seguire il percorso

Un'ostetrica afferma che, una volta in consultorio, è possibile che le utenti vengano incanalate lungo traiettorie diverse a seconda della situazione. In ogni caso, *ogni tanto il nostro lavoro è proprio quello di seguire il percorso*, nel senso che non è assolutamente detto che l'invio di un'utente presso un altro servizio vada a buon fine. Per questo motivo, "loro" (consultorio) hanno una serie di rapporti dedicati con i medici di altre strutture ed è lì che inviano le pazienti:

proprio adesso stavo telefonando all'ostetrico responsabile del [...], con il quale c'è un rapporto di conoscenza personale, per avvisarlo di un invio e sentire com'è la situazione da loro.

All'Ospedale X, invece,

c'era un medico, che poi però è stato spostato,... e quello è stato un cambiamento organizzativo, ma per noi ha significato un cambiamento nel percorso.

Oppure,

all'Ospedale Y prima c'era [...], ma l'ultima volta è tornata una signora dicendo che ha dovuto attendere tutta la mattina... ha incontrato solo tirocinanti... l'accettazione è stata disastrosa, sembrava fatta più per i tirocinanti che non per gli utenti... un disastro, insomma!

Chiedo cosa possano fare loro come consultorio in questi casi: *Cerchiamo altri percorsi!*

È sufficiente questo breve intermezzo per capire come seguire il percorso sia un altro dei dati scontati che sottostanno al fare accettazione e al rispondere al telefono; le traiettorie di accesso dell'utenza infatti, seppure attivate, non funzionano comunque e/o sempre da sole, ma vanno assistite. Ciò permette di considerare queste traiettorie come realizzazioni locali, il cui esito può variare a seconda degli attori e delle strutture coinvolte.

Un altro dato interessante che si può estrapolare è la dimensione organizzativa di *network* sottolineata dall'ostetrica: ciò che per alcuni significa cambiamento organizzativo, per altri può significare uno spostamento nelle traiettorie, e il trattamento che le utenti incontrano presso le strutture dove vengono indirizzate può non sortire gli effetti sperati. L'immagine di insieme che se ne ricava è dunque quella di una rete di servizi all'interno della quale è necessario seguire il percorso, in modo da evitare che alcuni soggetti si ritrovino impigliati in essa. Non a caso, laddove ciò accada comunque, l'azione organizzativa da intraprendere è quella segnalata dall'ostetrica: cercare altre reti e traiettorie.

Il caso più classico è quello dei permessi lavorativi per motivi di gravidanza, dove, secondo l'ostetrica, molto dipende anche dalla conoscenza delle leggi. Le utenti tendono a richiedere dei certificati per gravidanza a rischio anche quando in realtà non ci sia alcuna complicazione e sia invece l'attività lavorativa a mettere potenzialmente a rischio la gravidanza. Ma non tutte le utenti sanno che se una donna si assenta dal lavoro per gravidanza a rischio prende l'80% dello stipendio e dopo 3 mesi dal parto deve comunque tornare a lavorare (in caso contrario, continua a percepire il 30% dello

stipendio). Al contrario, se il permesso viene preso perché è il (luogo di) lavoro a mettere a rischio la gravidanza, la persona continua a percepire il 100% dello stipendio e dopo il parto ha ancora 7 mesi di permesso.

Seguire il percorso significa quindi anche rendere le utenti consapevoli dei loro diritti e opportunità.

5.2.1. Perché le persone (non) vanno in consultorio?

Secondo un'ostetrica, la maggior parte delle persone si reca al consultorio semplicemente per l'erogazione di una prestazione. Ci sono anche persone che vi si recano senza sapere bene il perché. Mi racconta di una volta in cui ha visto una persona gironzolare per la sala d'aspetto. Dopo un po' le si è avvicinata e le ha chiesto di cosa avesse bisogno. La signora non riusciva a spiegarlo, ma dopo aver parlato per qualche minuto, ha dichiarato di essere al sesto mese di gravidanza e di volerla interrompere. La signora (continua l'ostetrica) era arrivata in questo consultorio perché *le avevano detto che qui si poteva venire a parlare*. L'ostetrica aggiunge però che la signora è arrivata qui *anche perché, evidentemente, l'avevano mandata via da altri posti*.

Poco dopo, arriva una signora straniera che dice di voler interrompere la gravidanza. Mentre l'ostetrica le parla, una ginecologa entra nel *box*. La ginecologa - appoggiandosi sul tavolo al quale mi appoggio anch'io - mi dice che è estremamente antipatico che manchi uno spazio di *privacy* in cui poter ricevere l'utenza. Anche perché, aggiunge, la maggior parte dei casi riguardano IVG, pillole del giorno dopo, malattie sessualmente trasmissibili e così via.

(Io): *E secondo Lei come mai?*

(Lei): *Come mai... cosa?*

(Io): *Come mai la maggior parte dei casi riguardano IVG e così via?*

(Lei): *È una domanda provocatoria?* [con il tono di "mi stai prendendo in giro?"]

(Io): *No, assolutamente, è la domanda di uno che non sa.*

(Lei): *Perché in città ci sono 70.000 ragazze fuori sede, senza alcuna indicazione sanitaria, che ne combinano di cotte e di crude!*

Tra l'altro, non essendo residenti queste persone sono sostanzialmente invisibili.

Durante il pomeriggio, quando il telefono squilla con moderazione e il ritmo di lavoro è più rilassato, domando a un'ostetrica quali crede siano i principali ostacoli che incontra un'utente nell'accedere al consultorio.

Innanzitutto i telefoni... che sono sempre occupati, è molto difficile prendere la linea... e, per giunta, dall'altra parte suona libero,⁴⁸ per cui l'impressione [per l'utenza] è quella di: "qui non mi risponde nessuno!"

⁴⁸ Ciò è dovuto a un disagio tecnico ripetutamente segnalato dalle operatrici, ma ormai ordinario.

In secondo luogo la struttura fisica,

*nel senso che questa [il box dell'accettazione] è tutto fuorché una accoglienza [l'ostetrica si riferisce al fatto che manca uno spazio di *privacy* e che vi siano costantemente persone che si muovono attorno e spostano cose]... noi siamo un CUP senza i mezzi del CUP, perché abbiamo qui 2.000 agende...*

Infine, il fatto che la persona che fa l'accettazione allo stesso tempo debba rispondere al telefono, non riuscendo così a concentrarsi né sull'una né sull'altra attività.

Domando allora quale sia l'utenza potenziale che il consultorio non riesce a raggiungere. L'ostetrica risponde che tipicamente il consultorio ha una fascia di utenza medio-alta e che questo è perfettamente visibile nei corsi pre-parto. Da questo punto di vista è curioso osservare come siano proprio le persone meno abbienti a spendere più soldi per essere seguite (privatamente) durante la maternità. L'ostetrica pensa che sia l'effetto congiunto di due tipi di percezione: da un lato, il fatto che la persona pensi di dover fare il massimo per il nascituro (dove fare il massimo significa sostanzialmente impegnarsi economicamente); dall'altro il fatto che le persone identifichino la gratuità di un servizio con la scarsa professionalità degli operatori (da cui la diceria: "i medici più bravi sono quelli che si fanno pagare").

Nelle note etnografiche appena riportate sembrano delinearsi tre tipologie di motivazioni che possono portare i soggetti a rivolgersi al consultorio:

- i soggetti si rivolgono al consultorio per (prenotare) l'erogazione di una prestazione;
- i soggetti si rivolgono al consultorio per parlare;
- i soggetti si rivolgono al consultorio quando "ne combinano di cotte e di crude" (per citare l'espressione della ginecologa).

Per contro, sembrano anche esserci due forme di credenze sociali che possono condurre i soggetti a non rivolgersi al consultorio. Come riferito dall'ostetrica:

Qui non mi risponde nessuno.

I medici più bravi sono quelli che si fanno pagare.

Infine, ci sono alcune difficoltà pratiche che le utenti possono incontrare nell'accesso:

- le linee telefoniche sono spesso occupate;
- lo spazio di accoglienza non tutela del tutto la *privacy*;
- gli attori organizzativi lavorano a ritmo serrato e dunque può darsi non possano dedicarsi del tutto o per tempo prolungato alla singola utente.

Schematizzare tutti questi elementi restituisce un quadro interessante.

Come mai ci si reca in consultorio?	Quali difficoltà si incontrano nel recarsi in consultorio?	Come mai non ci si reca in consultorio?
<ul style="list-style-type: none">• per prenotare una prestazione• per parlare• per rimediare ad un errore	<ul style="list-style-type: none">• linee telefoniche occupate• scarsa tutela della <i>privacy</i>• ridotto tempo di interazione con gli operatori	<ul style="list-style-type: none">• <i>Qui non mi risponde nessuno</i>• <i>I medici più bravi sono quelli che si fanno pagare</i>

La tabella permette di visualizzare come a ciascuna delle motivazioni che conducono l'utenza a rivolgersi al consultorio corrisponda una o più potenziale difficoltà pratica di accesso (l'utente si reca in consultorio per parlare, ma riscontra una scarsa tutela della *privacy* o un ridotta attenzione da parte degli operatori, ad esempio).

A questo punto, allora, è importante notare come le credenze sociali che possono allontanare le persone dal consultorio siano esattamente il risultato dell'intersezione tra le motivazioni che avvicinano al consultorio e le difficoltà pratiche che si incontrano nell'accesso (si telefona per prenotare una prestazione; non si riesce a prendere la linea; si dà credito al fatto che "qui non mi risponde nessuno"). In tali credenze si riflette lo scetticismo dell'utenza nei confronti del servizio sanitario pubblico, sia da un punto di vista organizzativo ("qui non mi risponde mai nessuno"), sia in termini professionali ("i medici più bravi sono quelli che si fanno pagare") e si affina probabilmente quel senso di disillusione che spesso l'utenza nutre e manifesta in merito all'efficacia del trattamento che il servizio pubblico offre.

Peraltro, è lo stesso tipo di disillusione manifestata dalla ginecologa con la sua risposta (al ricercatore) in merito al "come mai" delle elevate richieste di interventi riparatori (interruzioni volontarie della gravidanza, pillola del giorno dopo, test sulle malattie sessualmente trasmissibili) che non dovrebbero costituire la normalità. Pare che la domanda del ricercatore tocchi una questione troppo ovvia per poter essere discussa (la ginecologa pensa che il ricercatore stia mancando di serietà e la stia irrispettosamente provocando) e, infatti, la ginecologa fornisce una risposta che suona un po' come un dato di senso comune. "Perché in città ci sono 70.000 ragazze fuori sede, senza alcuna educazione sanitaria, che ne combinano di cotte e di crude" sembra essere una frase costruita su uno stereotipo sociale (quello della ragazza fuori sede), che rende conto più che altro delle caratteristiche intrinseche ai soggetti che ricadono in tale categoria (e che, nel caso particolare, "non hanno alcun tipo di educazione sanitaria" e "ne combinano di cotte e di crude"). Costituisce il corrispettivo organizzativo de "i medici più bravi sono quelli che si fanno pagare" (o di "qui non mi risponde nessuno") e ribalta sull'utenza quello stesso senso di disillusione che talvolta fa sì che quest'ultima decida di non incontrare il servizio.

In termini di disuguaglianze, c'è una "cosa enormemente vaga" (*an enormously vague IT*; Garfinkel *et al.*, 1981) che i due discorsi sembrano condividere: vi sono fattori strutturali che rendono difficile e diseguale l'accesso ai servizi e la loro efficacia, vuoi perché "i medici più bravi sono quelli che si fanno pagare", vuoi perché "le ragazze fuori sede ne combinano di cotte e di crude".

5.2.2. Aiutare la struttura tecnica e sociale dell'organizzazione

A discapito di quanto affermato finora, vi sono invece casi in cui utenti e organizzazione sono molto motivati all'incontro, al punto da escogitare degli *escamotage* per aggirare i cosiddetti fattori strutturali.

Arriva in consultorio un ragazzo per conto della sua ragazza. Racconta che lei ieri ha dimenticato di prendere la pillola, che hanno avuto un rapporto sessuale completo e ora lei non sa come comportarsi. L'infermiera inizia a fare una serie di domande a proposito della ragazza (da quanto tempo prendesse la pillola, data delle ultime mestruazioni), alle quali però il ragazzo non sempre sa rispondere. L'infermiera dice che sarebbe stato meglio se la ragazza - invece che inviare lui - avesse telefonato in prima persona, ma il ragazzo risponde:

È tutta la mattina che prova a telefonare, ma non riesce mai a prendere la linea, così ha mandato me!

Poiché il telefono del consultorio continua a squillare (e, quindi, ad essere effettivamente occupato), il ragazzo telefona con il suo cellulare alla ragazza, poi passa il cellulare all'ostetrica così che le due possano parlarsi direttamente. Il problema della ragazza riguarda la dimenticanza della prima pillola dopo l'interruzione per le mestruazioni; la ragazza vorrebbe essere visitata urgentemente. L'ostetrica tenta di spiegarle che in teoria è ancora coperta, ma la ragazza non la lascia parlare, non le crede, dice che sulle istruzioni della pillola non c'è scritto così e che vuole parlare con un medico. L'ostetrica tenta di spiegarle che un medico non le dirà nulla di diverso, ma la ragazza sembra non volere sentire ragioni. Dopo averle dato il numero diretto di un medico del consultorio, l'infermiera restituisce il cellulare al ragazzo e commenta:

La sua ragazza c'ha i capelli dritti... le deve dire di calmarsi, ragionare sulla sua situazione, altrimenti non c'è pillola che tenga.

L'episodio descritto è paradigmatico di una serie di situazioni, in particolare quelle in cui gli attori si sostituiscono alla struttura organizzativa tecnica e sociale per facilitare l'incontro con l'organizzazione. Per quanto non sia comune che un'utente che non riesce a prendere la linea invii qualcun altro in loco per farsi mettere in contatto telefonico con l'organizzazione, non sono rari i casi in cui le utenti si recano di persona o mandano qualcuno a prenotare una prestazione, proprio perché il telefono risulta sempre occupato. Così come, seppure non di frequente, le operatrici suppliscono alla struttura sociale dell'organizzazione, simulandone i ruoli al fine di rassicurare l'utenza.

A ben guardare, sia nel caso di aiuto alla struttura tecnica, sia nel caso di quella sociale, l'azione dei soggetti è rivolta ad accorciare non solo le distanze tra utenza e organizzazione, ma anche i tempi necessari a percorrere tali distanze. Ciò riporta l'attenzione sui ritmi delle traiettorie di accesso e della vita organizzativa.

5.3. I ritmi nascosti della quotidianità organizzativa

Il consultorio apre alle 8,30 e il telefono inizia subito a squillare. L'infermiera risponde; è una signora che ha prenotato una visita ma non ricorda la data esatta dell'appuntamento. L'infermiera cerca tra le prime giornate di luglio il cognome della signora, lo trova, le dice che l'appuntamento è per il 5, ma la signora chiede di posticiparlo. L'infermiere dice che non è possibile posticipare e le due si salutano.

Alle 8,40 arriva la prima paziente, che ha appuntamento per le 8,45. Una tirocinante le dice di accomodarsi in sala d'aspetto.

Dopo le 8,45 il flusso di pazienti aumenta: all'incirca a distanza di dieci minuti l'uno dall'altro, arrivano diverse persone. Il telefono squilla ininterrottamente, al punto che l'infermiera non riesce neppure a staccare la mano dalla cornetta, che già il telefono squilla nuovamente. In questo periodo molte persone telefonano per prenotare e/o spostare e/o disdire l'esame per lo *screening* mammografico regionale. L'infermiera sostiene che questo intasa ulteriormente il servizio, visto che il telefono squilla ancor più di quanto non succeda usualmente. Inoltre, le prestazioni vanno effettuate in base ad una tempistica (ad esempio, i pap test sono a distanza di dieci minuti l'uno dall'altro), il che significa che ogni prestazione non dovrebbe durare più di un determinato tempo. Tuttavia (dice l'ostetrica) non sempre è facile rispettare i tempi, non tanto per la durata della prestazione in sé, quanto perché

se hai un'anziana, magari che non si muove bene, non è che puoi farla alzare e correre dal medico...

Una collega si lamenta invece delle persone che non si presentano allo *screening* mammografico:

Con tutti i problemi che abbiamo... non presentarsi... pensa che venerdì pomeriggio ne è venuta una sola...

L'infermiera osserva che ciò accade perché

la dottoressa è furba... dare la disponibilità il venerdì pomeriggio di giugno... quando sono tutti al mare...

Entra una signora che ha un appuntamento per una colposcopia. L'infermiera domanda a che ora fosse l'appuntamento, la signora risponde: *Adesso... alle 8,50...* [sono le 9,10]. L'infermiera non riesce a trovare l'appuntamento in agenda; alla fine lo trova, segnato per le 9,40 e poi anticipato alle 9,05. Il telefono squilla, l'infermiera risponde e chiede di attendere, poi si rivolge alla signora chiedendo anche a lei di attendere in sala d'aspetto. La signora (cinquantenne, ben vestita, foulard legato alla tracolla della borsa, abbronzatissima e truccata) inizia subito a protestare: è attesa ad un convegno, non può tardare, il medico le aveva anche detto di presentarsi 5 minuti in anticipo. L'infermiera garbatamente la prega di spostarsi in sala d'aspetto, indicandole l'infermiera alla quale fare riferimento.

Telefona una signora che vuole iscriversi a un corso pre-parto (data presunta del parto: 15 novembre). L'infermiera le dice che è la terza "riserva" e che è possibile che riesca a rientrare nel corso. Le consiglia però di provare a telefonare anche presso altre strutture. Rimangono d'accordo che si risentiranno per telefono dopo l'estate.

Arrivano due signore (sorelle) sordomute, una delle quali deve prenotare un appuntamento (quella che si esprime meglio aiuta l'altra a prenotare). L'interazione è complicatissima: la signora vuole esprimere preferenze sul medico, ma non ne ricorda il nome; vuole esprimere preferenze anche sulla data, ma non riesce a capirsi con l'infermiera; le due iniziano poi a parlare/gesticolare tra loro e ciò complica ulteriormente le cose. Contemporaneamente, il telefono continua a squillare, l'infermiera risponde: *Buongiorno... mi scusi, attenda un attimo in linea, perché ho una persona qui davanti...* Probabilmente dall'altra parte le dicono qualcosa di sgarbato, perché l'infermiera prosegue:

...si signora, è che però bisogna dare anche alle persone che si recano qui la possibilità di... [l'infermiera ascolta] ...infatti c'è un criterio: la faccio attendere!

Appena le due sorelle escono mentre l'infermiera conclude la telefonata con la signora lasciata in attesa, è il turno di due donne - una senegalese, l'altra velata, penso sia del Bangladesh - entrambe qui per lo *screening* mammografico. Poi, una dopo l'altra, arrivano una signora dell'Est e una cinese, per lo stesso motivo.

Successivamente entra una ragazza che ha bisogno di una visita (urgente, a quanto pare). L'infermiera telefona a un medico e le chiede quanti pazienti abbia in attesa (*Dottoressa... come sei messa? Posso inserirti un'urgenza?*).⁴⁹ La visita è accordata e la ragazza si accomoda in sala d'aspetto. L'infermiera le chiede di compilare il foglio di accettazione mentre aspetta.

Alle 10,50 l'attività è a pieno ritmo: sala d'aspetto con moderato (numericamente) ma continuo via vai di persone e personale, un bambino che piange, il telefono che squilla, due tirocinanti che seguono l'attività, un medico che con molta fretta entra nel *box*, prende la posta e altrettanto celermente esce, cellulari che suonano, una piccola fila di persone che si accalca vicino all'ingresso del *box*. Una signora si lamenta del fatto che non le risponde mai nessuno. L'ostetrica le spiega che il problema dipende dal centralino (che mette le telefonate in attesa, solo che dopo un po' la linea cade), che l'anno scorso hanno anche fatto una riunione in cui è stato sollevato il problema, che avevano assicurato che sarebbe stata attivata una linea dedicata, ma che sino ad oggi non è cambiato nulla.

Dopo mezz'ora la situazione si è completamente assestata: in sala d'aspetto ci sono 5 persone, c'è silenzio, i telefoni squillano con ampi intervalli di pausa, anche le telefonate che arrivano riguardano tipologie di prestazioni diverse (non solo prenotazioni di esami, ma anche consulenze e consigli pre/post-parto). Spesso le operatrici consigliano

⁴⁹ Più tardi la ginecologa farà notare all'infermiera che: *una vaginite non è un'urgenza, però...* e l'infermiera risponderà: *si, però voglio vedere chi è che se la tiene...*

alle utenti che non riescono a trovare posto di provare a ri-telefonare, nel caso in cui ci sia qualche disdetta:

*Ho tutto pieno, ma può darsi che tra un minuto qualcuno chiami e disdica...
giochiamo sulle disdette...*

Alle 14 la sala d'aspetto è vuota e c'è un'unica infermiera all'accoglienza. Per circa mezz'ora non accade nulla ma all'improvviso il telefono inizia a squillare senza tregua. Inoltre, continuano ad arrivare utenti: tutte hanno la visita prenotata e l'infermiera dice loro di accomodarsi in sala d'aspetto e attendere, il medico è in ritardo. L'infermiera è da sola a fare accettazione e a rispondere al telefono e inizia ad innervosirsi per via dei telefoni che squillano contemporaneamente, delle pazienti che in contemporanea arrivano e di un'ostetrica che richiede assistenza dalla palestra. Tra l'altro, all'interno del *box* di accettazione si verifica un ingorgo: due infermiere cercano cartelle cliniche; poi ne arriva una terza che si lamenta per un macchinario che non sterilizza come dovrebbe.

Telefona una signora che deve prenotare un'ecografia, una visita ginecologica e un pap test. La signora ha un'impegnativa del medico e l'infermiera le spiega che per la prenotazione dell'ecografia deve recarsi al CUP, le altre due prestazioni invece può prenotarle direttamente. Ciò provoca confusione nella signora, l'infermiera è costretta a rispiegarle tutto più volte, la signora sembra avere difficoltà nel capire che, seppure l'impegnativa sia unica, le tre prestazioni sono diverse. In ogni caso, la signora non vuole andare a prenotare al CUP, perché ci sono tempi biblici sia di attesa per la prenotazione, che per la prestazione stessa.

Telefona una signora per sapere come sia posizionata nelle liste per i corsi pre-parto. L'infermiera le risponde che è la seconda riserva, dunque - in base a quella che è la sua esperienza - sarebbe portata a dire che la signora riuscirà a rientrare nel corso (*non posso darle la certezza al 100%, ma di solito c'è sempre qualcuno che si ritira*). La conclusione della telefonata è:

*...abbiamo fatto presente la cosa ai nostri dirigenti e, se c'è la possibilità,
noi volentieri un altro corso lo attiviamo.*

5.4. Riflessioni conclusive

Un resoconto continuo di una ipotetica giornata in consultorio restituisce gli elementi già considerati nei Paragrafi precedenti: fare accettazione e rispondere al telefono appaiono come due attività portanti dell'agire organizzativo quotidiano delle operatrici e che hanno sicuramente degli influssi anche sulle traiettorie di accesso delle utenti, non fosse altro che per la percezione che queste ultime ricavano dall'incontro con il consultorio. Sono inoltre visibili le difficoltà pratiche che le persone incontrano nell'accedere (essenzialmente, il riuscire a prenotare una prestazione per la data desiderata e/o necessaria), oltre a quel lavoro di mediazione che attori organizzativi e utenti mettono in atto per aiutare la struttura organizzativa a soddisfare le richieste dei soggetti che vi si rivolgono.

Le descrizioni permettono anche di cogliere come il tempo costituisca una risorsa fondamentale per tutti gli attori coinvolti nel servizio. Le operatrici devono infatti prestare attenzione al rispetto dei tempi organizzativi e, quindi, mantenere un ritmo di lavoro costante - o quanto meno un'attenzione costante al ritmo di lavoro. Ma anche per le utenti il tempo rappresenta una risorsa: le persone devono conciliare il loro recarsi in consultorio con altre faccende quotidiane, nonché monitorare l'uso del tempo da parte di altre utenti. A questo proposito, è interessante notare come il suggerimento che spesso le operatrici forniscono alle utenti di provare a ri-telefonare per verificare se ci siano state disdette o meno, così come la posizione di riserva che caratterizza alcune aspiranti ai corsi pre-parto, producano un carico di lavoro aggiuntivo e non previsto (le linee sono intasate anche perché le stesse persone telefonano di continuo). D'altra parte, il fatto che talvolta il servizio debba giocare sulle disdette ben comunica come, da un punto di vista pratico, quello degli accessi e delle risorse disponibili è un problema concreto, che l'organizzazione si pone e cerca di risolvere, se non a livello strutturale (“abbiamo fatto presente la cosa ai nostri dirigenti...”), nel quotidiano (“... se c'è la possibilità noi volentieri un altro corso lo attiviamo”).

I ritmi nascosti del lavoro quotidiano sono poi resi evidenti dalla tempestività e simultaneità con cui possono accadere gli eventi, fattori che comunque ricadono difficilmente sotto il controllo degli attori organizzativi. Peraltro, anche la gestione dei casi più comuni ammette tempi diversi: come sottolineato da un'infermiera, le persone non hanno tutte la stessa mobilità e velocità e dunque, per quanto la prestazione clinica possa essere quantificata in termini temporali esatti, i ritmi soggettivi possono poi risultare più o meno compatibili con i tempi della prestazione (e dunque, ad esempio, il tempo della stessa prestazione può variare a seconda della mobilità della persona). Perfino la prenotazione di una prestazione, nella sua ovvietà, può sfasare il ritmo dell'organizzazione: come visto negli episodi in cui le utenti hanno difficoltà a capire le traiettorie di accesso (ad esempio, quali esami funzionino per accesso diretto e quali tramite CUP) o dove l'interazione non si svolge secondo gli abituali canali comunicativi (ad esempio, perché l'utente è sordomuta), tantissimi fattori possono richiedere elasticità al tempo in cui effettuare una prenotazione.

Così come vi sono molteplici fattori dietro la necessità degli attori di mantenere un minimo di discrezionalità organizzativa in merito al ritmo del lavoro e a cosa costituisca o meno una priorità o un'urgenza in termini temporali. Nella decisione dell'ostetrica di chiedere al medico di inserire un'utente con vaginite quale urgenza gioca infatti il discorso temporale più che il discorso clinico: quando la dottoressa rimarca come una vaginite non costituisca un'urgenza da un punto di vista clinico, l'ostetrica riporta l'attenzione su come però il tempo trascorra diversamente per il soggetto in questione (e dunque: “però voglio vedere chi è che se la tiene...”).

A proposito del ritmo di lavoro e, di rimando, della percezione del tempo da parte degli attori organizzativi, penso si debba infine notare come il ritmo di lavoro stesso costituisca uno dei dati caratteristici del consultorio e che lo caratterizza quale spazio e servizio. Non si spiegherebbe come mai altrimenti per alcune utenti risulti preferibile telefonare in consultorio che non al CUP, cercare di accedere come urgenza al consultorio piuttosto

che al Pronto soccorso, passare del tempo in attesa presso il consultorio e non in altri servizi. E non si spiegherebbe neppure il significato di un certo tipo di agire organizzativo da parte delle operatrici orientato a dare ascolto all'utente e a non tradurre subito l'interazione in una prestazione. A questo proposito, spero traspia dalle osservazioni come per le operatrici il fatto che le persone si rechino in consultorio per parlare, che alcune utenti siano disorientate nell'uso dei servizi, o che alcune traiettorie di accesso richiedano del lavoro aggiuntivo, non costituisce un intoppo, ma un contributo a variare di fatto i ritmi dell'organizzazione.

6. Consultorio D⁵⁰

Il consultorio D è situato al piano inferiore di una più ampia struttura che ospita anche un poliambulatorio e il Servizio E.

Il mio arrivo è contrassegnato dalla contemporanea presenza di una medico (che cerca la sala di una riunione), una ginecologa e una signora appena visitata a cui la medico ha prescritto due visite diverse. Una delle due è prenotabile solo ed esclusivamente presso il consultorio stesso, l'altra invece solo ed esclusivamente tramite CUP. La ginecologa spiega per quattro volte consecutive la cosa alla paziente anziana, che sembra avere delle difficoltà nel capire la trafila.

Sciolto questo nodo di persone, l'ostetrica mi fa entrare nello studio/ambulatorio dove riceve le telefonate di prenotazione (ogni giorno dalle 12 alle 13). Bussa però alla porta una signora (una rom, a giudicare dal vestiario e dal modo di parlare), accompagnata da un bambino, che chiede del CUP. L'ostetrica le risponde che *qui non c'è il CUP, deve andare all'Ospedale Y*. L'ostetrica spiega alla signora dove sia l'ospedale (*Sa dov'è il bar...? Ha presente la fermata del bus che c'è qui dietro...?*), ma è il bambino a risolvere la situazione intromettendosi e aiutando la madre ad orientarsi. Una volta allontanatisi, l'ostetrica si lamenta per via del fatto che *qui siamo in mezzo a un corridoio*, manca un vero e proprio spazio di accettazione e tutte le persone che scendono al loro piano, facilmente bussano alla prima porta che incontrano per chiedere informazioni.

6.1. Ricevere le prenotazioni

Il telefono squilla, l'ostetrica risponde. È una richiesta di informazioni sulla validità dell'impegnativa per una visita medica. Il telefono squilla nuovamente senza che l'ostetrica abbia quasi avuto il tempo di riattaccare. Questa volta è per prenotare una prestazione che però è prenotabile solo tramite CUP.

Telefona una signora del sud, ma attualmente domiciliata in città, che è andata privatamente da un ginecologo perché in città non ha il medico di base e teme di essere incinta. Il ginecologo le ha fatto fare due test di gravidanza via urine entrambi positivi, quindi due Beta-HCG anche questi entrambi positivi, per poi dirle di telefonare in ospedale per l'interruzione di gravidanza (non si capisce se il ginecologo sia obiettore o meno). La signora ha telefonato in ospedale, ma qui le hanno detto che per l'IVG ci vuole un certificato medico; ha ritelefonato al ginecologo (il quale però adesso è in vacanza), che le ha detto di telefonare in consultorio, dove tuttavia esistono anche dei tempi d'attesa per le visite, per cui (le spiega l'ostetrica):

considerando che la legge non prevede un ginecologo ma un medico, anche un'oculista... se Lei ha un amico che gliela può fare...

⁵⁰ A cura di Attila Bruni, Università di Trento.

Conclusa la telefonata, l'ostetrica dice che *io questi ginecologi che aspettano la decima settimana proprio non li capisco!* L'ostetrica dice che la signora è alla decima settimana e che non si aspetta mai così tanto,

primo, per non creare problemi organizzativi all'ospedale, secondo per la paziente (che poi dovrebbe essere il motivo più importante...).

Arriva una signora sudamericana con un bambino piccolo in braccio, che vuole un appuntamento per *non avere più bambini...* La prima cosa che l'ostetrica chiede è: *Lei è in regola con i documenti?*, la signora risponde di sì. L'ostetrica le propone una data (*Anche in agosto va bene?*, la signora risponde di sì), dicendole che quel giorno non deve però essere mestrata. Su questo discorso le due non si capiscono (la signora capisce che il giorno della visita deve essere mestrata) e ciò fornisce però l'occasione all'ostetrica per capire che la signora è già stata visitata da una ginecologa, che le ha consigliato la spirale. L'ostetrica domanda alla signora se ricordi il nome della ginecologa (la signora lo ricorda) e le consiglia di tornarvi (le dà il numero di telefono, così che non debba andarci di persona). Domando all'ostetrica come funzioni l'appartenenza territoriale rispetto ai consultori; risponde che in teoria la presenza di più consultori sparsi sul territorio dovrebbe servire a facilitare un accesso territorialmente vicino, tuttavia ognuno può recarsi dove vuole. Peraltro - aggiunge - spesso le persone non sanno neanche quali consultori ci siano e dove siano e dunque scelgono dove recarsi

perché gliel'ha detto un'amica, oppure perché tutti dicono che al Sant'Isaia (ad esempio) ci sono i medici più bravi...

Le telefonate procedono a ritmo continuo: chi vuole prenotare un appuntamento; chi cerca il tal dottore; chi vorrebbe risposte più dettagliate a proposito del pap test; chi vuole disdire un appuntamento; chi vuole un consiglio sulla translucenza e/o sull'amniocentesi; chi vuole prenotare un'ecografia.

Molte persone telefonano per lo *screening* mammografico. È necessario presentarsi con lettera dell'Azienda USL, tesserino sanitario e l'ultimo pap test, ma molte persone non riescono a ritrovare tutta la documentazione. Inoltre, il pap test non si può effettuare nei giorni di mestruazione, dunque la prima cosa che l'ostetrica domanda quando le persone telefonano è: *Lei quando sarà mestrata?*, ma non tutte le persone sanno rispondere. L'ostetrica trova entrambe le cose sconvolgenti, in particolare il fatto che le persone non tengano in casa i loro esami ordinatamente, all'interno di un raccoglitore:

Chi non si ricorda in quale cassetto li ha messi... chi ha appena traslocato e non riesce più a trovarli... chi non ricorda se, per caso, li ha dati alla madre... e questo mica solo le ventenni fuori sede... tutte!

Arriva una signora al sesto mese di gravidanza e chiede all'ostetrica di firmarle il giustificativo per smettere di lavorare al settimo mese. Il modulo che ha con sé è però quello per le gravidanze a rischio; l'ostetrica non capisce, chiede chi le abbia dato il modulo e la signora risponde il nome di una via. La signora, inoltre, dice che le hanno dato quel modulo perché

adesso sono in ferie, ma il 15 devo tornare a lavorare e il settimo mi parte dal 29, per cui come faccio in quelle due settimane in cui non sono coperta?

L'ostetrica chiede alla signora se abbia già dato comunicazione della gravidanza al suo datore di lavoro. La signora, candidamente, risponde di no; l'ostetrica commenta: *E per fortuna che è la terza gravidanza!*; la signora risponde: *È che mi confondo...*

L'ostetrica le spiega il discorso gravidanza a rischio *vs* condizioni di lavoro, dicendole che - non essendo la sua una gravidanza a rischio - dovrebbe essere l'INPS a certificare la non idoneità del luogo di lavoro per donne in gravidanza. La signora non afferra il discorso e l'ostetrica glielo ripete più volte. La signora sembra continuare a non capire e l'ostetrica le dice di tornare lunedì, in modo che il dottore le faccia comunque il certificato di gravidanza da consegnare al datore di lavoro.

La prima osservazione che si può fare a riguardo dell'attività del rispondere al telefono è che essa non consiste unicamente nell'alzare la cornetta del ricevitore. Diversi eventi e utenti continuano a succedersi e, dunque, anche alzare la cornetta del telefono e dedicarsi alla conversazione con l'utente è un'azione che va incastonata nel *set* di eventi concreti che si realizzano. Inoltre le conversazioni telefoniche non riguardano unicamente la prenotazione di una prestazione, ma più spesso riguardano informazioni rispetto alle traiettorie di accesso a servizi e prestazioni. Sono informazioni allo stesso tempo generali e particolari: generali perché richiedono a chi risponde una visione d'insieme circa la rete dei servizi sul territorio e le modalità di accesso; particolari perché si riferiscono alla soggettiva condizione dell'utente, per la quale alcune informazioni e alcune traiettorie possono essere più praticabili di altre. Esempi concreti di ciò si ritrovano nel fatto che l'ostetrica preferisca utilizzare dei punti di orientamento sociali (un bar e una fermata del bus, piuttosto che il nome della via) per spiegare a una signora straniera dove recarsi; oppure nel dedicare particolare attenzione all'avvio dell'accesso di una signora anch'essa straniera nuova all'uso dei servizi; infine, nel consigliare a una signora che rischia di perdere l'accesso a una prestazione (una interruzione volontaria di gravidanza) quale sia invece nella sua situazione un canale forse non propriamente ortodosso, ma sicuramente istantaneo, per accedervi.

Sempre nelle telefonate, si ritrova poi svelato uno dei dati scontati che l'attività di prenotazione (per essere fluida) presuppone, ossia il fatto che le persone siano ordinate e abbiano cura dei documenti che l'organizzazione fornisce loro. Più in generale, l'attività di prenotazione presuppone che le persone collaborino con l'organizzazione e, dunque, siano in grado di fornire le informazioni necessarie allo svolgimento delle attività.

Nello svolgersi dei diversi episodi emerge poi la dimensione organizzativa di *network* in cui si trova coinvolto il consultorio. Non a caso, molte delle persone che vi si rivolgono provengono da altri servizi, o sono alla ricerca di altri servizi, oppure non sanno a chi rivolgersi e quindi interpellano il consultorio. Altre persone arrivano in consultorio per via della sua ubicazione, perché così qualche conoscente ha consigliato loro, ma anche a causa delle deviazioni che altri servizi e/o attori hanno prodotto nella loro traiettoria di accesso. Il *network* organizzativo in cui è coinvolto il consultorio è dunque un *network* dalle traiettorie eterogenee, all'interno del quale l'utenza sembra seguire molteplici direzioni e forme di orientamento.

A scanso di fraintendimenti, è bene precisare come ciò per gli operatori non costituisca in alcun modo un problema; al contrario, la cosa di cui alcuni sembrano temere maggiormente è proprio una eccessiva formalizzazione delle traiettorie di accesso.

6.2. La “cuppizzazione” del servizio

Nel corso della prima giornata di osservazione, guadagno l'accesso a un ambulatorio medico, dietro promessa di uscire al momento della visita. Nell'ambulatorio c'è il dott. Lago, al quale mi presento e al quale inizio ad illustrare per sommi capi la ricerca.

Il dottore mi interrompe quando nomino il CUP; dal suo punto di vista, il CUP è un disastro, è una struttura che *serve a separare ulteriormente l'utenza dal servizio, non ad avvicinarla*. Il dottore sostiene che il CUP funziona solo in un'ottica quantitativa e di risultato (quanti appuntamenti si danno), ma che poi nessuno si preoccupa dei processi e della qualità del servizio (quando si danno gli appuntamenti e a chi). Per di più le persone ricavano probabilmente un'impressione abbastanza diversa se è il medico che le ha visitate a dar loro contestualmente un appuntamento, rispetto al fatto di essere inviate presso un'altra agenzia. Ad esempio, se una persona ha un dolore allo stomaco e ha bisogno di un'ecografia, non gliela si può dare tra sei mesi:

in questo modo noi facciamo tutte ecografie inutili! Ma scusa, in sei mesi, se uno c'aveva qualcosa, nel frattempo è morto, se no vuol dire che non c'aveva niente...

Secondo il dottore, il CUP è un modo non solo per allontanare l'utenza fisicamente ma anche temporalmente, nel senso che il problema dell'utente viene rimandato nel tempo aspettando di vedere se ciò possa creare una sorta di selezione naturale. Il problema di tale selezione è però che poi le persone prenotano, non si presentano, non disdicono e occupano così un posto che potrebbe essere utile a qualcun altro.

Quando gli chiedo il da farsi, egli non ha esitazioni:

Tornare al vecchio sistema! (...) Che bisogno c'è del CUP?!? Gli stessi posti che vede il CUP li posso vedere io dal mio computer. E allora perché non glielo posso dare io l'appuntamento al paziente?

In conclusione, secondo il dott. Lago tutto funziona (*e non succedono disastri*) perché i medici e le strutture si fanno carico spontaneamente delle situazioni più gravi e urgenti, al di là delle liste e dei posti CUP.

Perché se l'ostetrica mi inserisce una persona in più nelle visite, io non le chiedo neanche: “Perché?”... so che se lo ha fatto c'è un motivo, c'è un'urgenza... ma al CUP no, al CUP c'hanno le liste e i posti sono quelli...

Il brano appena riportato, al di là del tono rivendicativo e polemico, è rappresentativo dell'atteggiamento con cui molti operatori del consultorio guardano a ciò che, nel gergo organizzativo del consultorio, viene indicata come la “cuppizzazione” del servizio. Emerge con chiarezza infatti come la mediazione del CUP sia considerata inutile, che allontana anziché avvicinare l'utenza nel tempo e nello spazio e che inoltre contribuisce a una percezione dell'accesso come processo complesso e articolato.

Da un punto di vista organizzativo, sono due i punti più interessanti del discorso del medico. Il primo riguarda l'effetto inatteso (e disfunzionale) a cui può portare un sistema di accessi ordinato ma che richiede lunghe attese: le persone riescono ad effettuare la prenotazione, ma questa è lontana nel tempo e dunque si apre nelle traiettorie di accesso una zona grigia in cui è possibile accadano gli eventi più diversi e rispetto alla quale è molto difficile che l'organizzazione mantenga un controllo.

La situazione descritta dal medico si comprenda meglio traslando per un attimo il discorso su di un altro piano. Abbiamo tutti esperienza di quanto si verifica all'interno dei supermercati, vicino ai banconi della salumeria o del pesce, con le macchinette eliminacode: le persone prendono il loro numero, ma molte, quando si accorgono di quante altre persone debbano essere servite prima, si allontanano dal bancone e continuano a fare la spesa. Alcune di esse non tornano - perché magari hanno supplito a ciò che desideravano con un prodotto confezionato, meno gustoso, ma immediatamente disponibile -, altre tornano quando il loro numero è già stato chiamato (cosa che, specie se in presenza di molte persone, può provocare discussioni in merito al fatto che la persona abbia diritto o meno ad essere servita o debba ricominciare daccapo la fila), altre ancora infine si mantengono nei dintorni del bancone, così da seguire il procedere dei numeri. Indipendentemente da quante persone effettivamente occupano o abbandonano la posizione assegnata loro nella fila dal numero estratto dalla macchinetta, è comunque comune il dubbio che sorge in questi casi: quanti dei numeri che ci precedono saranno effettivamente presenti? Quanto sarà effettivamente necessario aspettare?

Posta in questi termini, la situazione acquista un nuovo significato. La questione non riguarda più quale posizione della fila si occupi, ma se tale posizione sia reale o fittizia, ossia se e quanto le persone che ci precedono accetteranno o rifiuteranno il posto assegnato loro dal numero estratto. Tale riflessione porta anche a constatare come la tecnologia con la quale abbiamo a che fare sia estremamente imprecisa, poiché nel mettere in fila gli/le utenti, non offre alcuna garanzia circa l'effettiva lunghezza e continuità di tale fila. Dunque, non è raro osservare persone che, appena entrano in un supermercato, così come si attrezzano di carrello, si forniscono anche di un numero per il banco dei cibi freschi, talvolta indipendentemente dal fatto che abbiano intenzione di acquistarvi qualcosa o meno, quasi ciò costituisse una misura preventiva di accesso all'acquisto.

Se interpretato in questo senso, il discorso del medico avanza l'ipotesi che, nel venire a contatto con la tecnologia CUP, gli/le utenti sviluppino questa stessa forma di atteggiamento e che quindi, paradossalmente, le persone effettuino comunque la loro prenotazione, salvo poi decidere di risolvere altrove o in altro modo la propria situazione perché la tecnologia stessa si rivela incerta. Si comprende meglio anche l'affermazione per cui "in questo modo noi facciamo tutte ecografie inutili": il modello di utente che sembra risultare soddisfatto da questo tipo di tecnologia è un utente che ha molto tempo a disposizione, più che urgenza di essere curato (un po' come al banco dei cibi freschi al supermercato, dove di certo non sosta chi ha fretta di fare la spesa).

Il secondo punto del discorso del medico che merita di essere sottolineato attiene invece alla rivendicazione di autonomia e discrezionalità. Pare che la possibilità di azione organizzativa degli operatori sanitari sia stretta in una morsa: da un lato non possono gestire gli accessi da un punto di vista organizzativo, dall'altro è proprio il loro intervento a risultare indispensabile nei casi più urgenti e/o laddove la situazione sia diventata urgente a seguito di un ritardo nell'accesso. Si capisce allora il motivo alla base della proposta (critica) avanzata dal medico: restituire al personale sanitario la gestione organizzativa degli accessi significa rendere le traiettorie di cura più fluide. Ciò riporta dunque l'attenzione sulla commistione di elementi clinici e organizzativi che contribuiscono a dare forma alle traiettorie di accesso al sistema sanitario, rendendo esplicito come l'aspetto organizzativo non costituisca una dimensione aggiuntiva, bensì un fattore intrecciato alla traiettoria stessa.

6.3. Le visite

Un esempio pratico del discorso del medico è contenuto in questo episodio.

L'infermiera fa entrare in studio una coppia cingalese con una bambina, nata da pochi mesi. La donna è nuovamente in gravidanza, si siede e non parla; il marito sta in piedi con il bambino in braccio e parla italiano facendo da tramite tra il medico e la moglie. Il dottore chiede i risultati dell'ultima ecografia, ma i due non li hanno, si sono dimenticati dell'appuntamento e la donna non ha fatto l'esame. Sono poi tornati al CUP, ma non c'erano più posti. La donna dice di non stare benissimo nell'ultimo periodo e di aver sentito qualche movimento strano nella pancia. Il dottore chiede all'ostetrica di visitarla (*così magari anche lei [la signora] è più contenta*, commenta a bassa voce), mentre lui continua ad intervistare il marito a proposito della moglie. Terminata la visita, l'ostetrica ricompare con un'espressione perplessa, dicendo che l'ecografia sarebbe davvero utile perché il bambino potrebbe essersi girato di piedi. L'ecografia va fatta al più presto, non oltre la trentatreesima settimana (quella in corso), in modo da poter intervenire di conseguenza ed eventualmente predisporre un parto cesareo.

Il medico guarda sull'agenda delle ecografie, ma nel corso della settimana non ci sono davvero spazi in cui poter inserire la paziente (due persone sono in ferie), così dopo aver sbuffato un po', il dottore prende la sua agenda personale e telefona ad un amico ecografista. Gli spiega per sommi capi la situazione, poi gli chiede: *Non è che c'hai un posto per domani?* L'amico risponde affermativamente e il dott. Lago lo ringrazia infinitamente per il favore. Spiega ai due dove recarsi il giorno successivo, ripetendo loro che *questa è l'ultima possibilità, dopo io non so più cosa farci...* Vuole assicurarsi del fatto che la coppia sappia dove recarsi ma entrambi sembrano abbastanza confusi in merito. Il dottore fornisce indicazioni, ma la bambina inizia a piangere e il padre non riesce a seguire le indicazioni del dottore. La bambina viene quindi consegnata alla madre che esce dalla stanza, così che i due possano continuare a parlare indisturbati. Il fatto che il nome della strada dove la coppia deve recarsi casualmente assomiglia al cognome del medico di cui la coppia deve chiedere complica ulteriormente la comunicazione.

Il dottore chiede poi al marito se la moglie stia prendendo le vitamine che le aveva prescritto. Il marito risponde: *ogni tanto...* e il dottore dice che "ogni tanto" non va bene, deve prenderne una al giorno, non importa quando, ma una ogni giorno, altrimenti non servono a nulla (il marito sorride e dice che la moglie si dimentica). Infine, il medico si informa a proposito degli esiti di un'altra visita che aveva prescritto loro. L'uomo lo guarda con aria interrogativa: prima dice di sì, poi di no, poi dice di non ricordarsi, infine dice che se ne erano dimenticati, perché l'impegnativa era rimasta nella borsa della moglie, ma proprio ieri l'hanno ritrovata e ora andranno al CUP a prenotare. Il dott. Lago domanda: *Sicuro che ce l'avete ancora? Se no ve ne faccio un'altra...*; l'uomo assicura di avere la precedente impegnativa e che andrà subito al CUP a prenotare.

L'episodio mostra che per alcuni soggetti la traiettoria organizzativa da seguire per accedere alla sanità non è poi così diretta o autoevidente e anzi nasconde potenziali insidie ad ogni angolo. La difficoltà di tale traiettoria risiede in quelle che potrebbero essere definite come mediazioni clinico-organizzative: prenotare gli esami, effettuarli, assumere correttamente i farmaci e rispettare modi e tempi organizzativi (dal lato degli utenti); comprendere il percorso clinico e organizzativo in cui l'utente è inserita, gestire il momento della visita prestando attenzione tanto agli aspetti diagnostici quanto a quelli socio-culturali e verificare che le azioni cliniche consigliate siano state effettivamente intraprese (dal lato degli operatori). Sono tutte mediazioni rese necessarie dal fatto che la traiettoria dell'utente non si conclude contestualmente alla visita medica ma spesso muove a partire da quest'ultima.

La telefonata del medico a un collega è allora un tentativo di aggirare alcune di queste mediazioni per assicurare la traiettoria dell'utenza. Anche in tale dinamica si ha la possibilità di osservare come, quali e quanti eventi banali possano intervenire e complicare la comunicazione e la comprensione della traiettoria da seguire. Nel caso specifico, ad esempio, la presenza di una bambina che piange e la somiglianza tra il nome della strada dove è situata la struttura e il cognome dell'ecografista sembrano essere due elementi di disturbo sufficientemente concreti perché gli attori si attivino nella loro gestione (e, quindi, la bambina viene portata fuori dall'ambulatorio e il ginecologo ripete più volte il nome del luogo dove recarsi e il cognome della persona di cui domandare).

6.3.1. Intermezzo: l'importanza della banalità

Si è più volte sottolineato il ruolo importante che alcuni elementi della quotidianità organizzativa e non - e quindi dati per scontati - possono avere nel tracciare i percorsi di accesso ai servizi. L'episodio riportato di seguito (dal punto di vista di chi scrive) ne è un esempio magistrale.

Entra in ambulatorio una signora indiana che ha partorito da poco e che è qui per un controllo. L'ostetrica (il medico si è assentato un attimo) le domanda se le siano tornate le mestruazioni (la donna risponde di sì), se abbia ripreso ad avere rapporti sessuali (la donna risponde di no), se abbia intenzione di avere altri bambini (la donna risponde di sì, ma non subito). L'ostetrica le dice che sarebbe opportuno che lei e suo marito

usassero degli anticoncezionali e le domanda se ne abbiano mai usati (la donna risponde di no). L'ostetrica inizia a illustrarle la gamma di opzioni possibili (pillola, spirale, anello,⁵¹ preservativo), spiegando sommariamente caratteristiche e funzionamento di ognuna di esse. L'ostetrica aggiunge che, nel caso della pillola e dell'anello, è sufficiente una prescrizione medica per recarsi in farmacia, acquistare il prodotto e usarlo secondo le istruzioni; nel caso della spirale invece è necessario che la paziente prenoti un appuntamento e torni in consultorio per il posizionamento; i preservativi infine sono acquistabili in farmacia senza bisogno di alcun tipo di prescrizione. La signora domanda:

E poi... mio marito... se li può infilare da solo o deve venire qui?

L'ostetrica e il medico (che nel frattempo è rientrato e ha assistito alla parte finale del colloquio) rimangono stupefatti di fronte alla domanda, rispondono che non c'è alcun bisogno che il marito si rechi in consultorio per indossare un preservativo, ma allo stesso tempo (dice il medico)

forse la cosa migliore è che Lei vada a casa, parli con suo marito e poi, magari, un giorno tornate qui insieme e ne riparlamo... (la signora accetta, saluta e va via ringraziando).

A chiunque abbia una vaga idea di cosa sia un preservativo e di come lo si utilizzi, la domanda posta dalla signora non può che suonare come una battuta di spirito. In termini sociologici, è comune affermare che la comicità di una frase o di una situazione derivi molto spesso dalla sua mancata corrispondenza con le aspettative di senso comune dei partecipanti, unitamente alla sua capacità di ribaltare alcuni dati di realtà. Come mai, dunque, la domanda posta dalla signora risulta inattesa e quali sono i dati di realtà che vengono ribaltati?

Un primo dato riguarda l'uso dell'oggetto di cui si sta discutendo, ma tale dato da solo non è sufficiente, in quanto (si potrebbe argomentare) la signora non sta facendo altro che informarsi sulle modalità di utilizzo di un oggetto che non conosce. Da un punto di vista puramente logico infatti, la domanda non è peregrina. L'ostetrica presenta alla signora quattro tipi di soluzioni (spirale, pillola, anello, preservativo); a tre di esse corrisponde un differente trattamento organizzativo (la spirale non va acquistata direttamente dall'utente ma richiede un appuntamento con il ginecologo; pillola e anello possono essere acquistate dall'utente, ma solo dietro prescrizione medica); dato che la quarta prevede un'ulteriore possibilità organizzativa (l'acquisto libero da parte dell'utente), quale sarà la sua modalità d'uso?

La domanda della signora risulta dunque incompetente e suscita divertimento non tanto da un punto di vista logico (rispetto al quale la domanda è perfettamente consequenziale), ma da un punto di vista sociale e organizzativo. Ciò che la signora non sa non riguarda infatti l'uso dell'oggetto della discussione in quanto tale, ma l'intero *set* di pratiche socio-organizzative che intorno a quell'oggetto ruotano e si sviluppano.

⁵¹ Una nuova modalità di pillola che consiste in un anellino elastico da (auto)posizionare all'interno dell'utero.

Nella sua comicità, l'episodio permette allora di sottolineare un ennesimo dato per scontato all'ombra del quale prende forma l'accesso ai servizi, ossia il presupposto che i soggetti abbiano già delle informazioni (seppure di senso comune) a proposito della "cosa" (IT; Garfinkel *et al.*, 1981) di cui si sta discutendo. È uno di quegli assunti dell'interazione talmente banali da rischiare forse di risultare tautologico e che richiede ancora attenzione per poter essere apprezzato appieno in termini organizzativi.

6.3.2. Ricette di vita

Il ginecologo non attende più pazienti e mi rivolge alcune domande. Mi chiede di dove sono (di Bari, rispondo) e dopo poco il discorso scivola sull'argomento cibo. Il ginecologo domanda se mi piaccia cucinare; io rispondo di sì e anche il ginecologo si dichiara un appassionato di cucina. Viste le mie origini geografiche, il medico mi confida la sua ricetta per la pasta con le cozze:

- far aprire le cozze cuocendole a fuoco lento in una padella con aglio, cipolla, carote, sedano e prezzemolo;
- una volta aperte, mettere da parte le cozze e passare il sugo rimasto in un colino;
- preparare in una padella separata un soffritto d'aglio (senz'anima) intero, così da toglierlo quando si abbrustolisce, al quale aggiungere un pugno di pane grattugiato, anche questo da abbrustolire; quindi aggiungere le cozze e il prezzemolo e lasciare riposare;
- portare ad ebollizione una pentola d'acqua e buttare la pasta (la ricetta vorrebbe gli spaghetti, dice il medico, ma egli pensa che i bucatini siano più adatti);
- una volta che la pasta è cotta, mischiarla e farla saltare nella pentola assieme alle cozze, utilizzando il sugo passato nel colino per ammorbidirla. In questo modo, il sugo dà un tocco particolare ed esalta l'aroma delle cozze (sottolinea il medico), mentre il pangrattato asciuga quella sensazione di viscido che possono avere i frutti di mare.

Ho provato a cucinare la ricetta e ne posso testimoniare la bontà. Tuttavia, posso anche garantire che la ricetta, così come spiegata dal ginecologo e sopra riportata, non risulterà in una prelibatezza se la persona che la legge e la prepara non è a conoscenza della "cosa" di cui stiamo parlando. La ricetta infatti presuppone che la persona abbia già esperienza della pasta con le cozze (non potrebbe altrimenti apprezzare le sottili sfumature che differenziano questa ricetta da quella ortodossa) e condivide informazioni di senso comune a proposito del come si cucina (per cui non è necessario spiegare quando, ad esempio, la pasta può dichiararsi cotta o esplicitare l'aggiunta del sale all'acqua di cottura). In una situazione del genere, domandare se vada aggiunto del parmigiano risulterebbe una domanda incompetente, non perché il parmigiano non vada aggiunto, ma perché ciò rivelerebbe l'ignoranza degli accostamenti tra alcuni sapori portanti all'interno del cucinare.

La “cosa” non è dunque la pasta con le cozze in quanto tale, ma l’abbinamento dei sapori, la percezione del cibo all’interno della bocca, la maggiore o minore morbidezza di una ricetta; così come nella situazione vista precedentemente, al centro del discorso non c’è il preservativo in sé, ma le pratiche e le tecnologie legate alla contraccezione, l’uso dei servizi sanitari e il modo in cui questi elementi si intrecciano.

Dopo avermi ragguagliato in termini culinari, in ogni caso la conversazione tra il ginecologo e me continua. Il medico tocca quelli che dal suo punto di vista costituiscono alcuni dei nodi dell’accesso ai servizi e, più in generale del sistema sanitario in Italia. Ad esempio (dice), molte persone non distinguono il diritto alla salute dalla simpatia del medico:

La gente non capisce la differenza tra un servizio che lo Stato paga e il fatto che il rapporto con il medico te lo devi costruire tu...

Un altro nodo riguarda la possibilità per il paziente di capire il suo stato di malattia e di decidere di conseguenza. Il dott. Lago è d’accordo sul fatto che sarebbe importante che le persone capissero cos’hanno, allo stesso tempo, però,

non è che puoi spiegarglielo in 5 minuti [riferito al fatto che quando si visita un paziente ce ne sono molti altri in attesa e quindi il tempo che si può dedicare a ciascuno non è eterno]. È come se tu vai a discutere con un fisico nucleare... se non sai nulla di fisica nucleare, non è che puoi pretendere di capire tutto!

Certo (continua), per essere veramente corretti, bisognerebbe dire che

in base alla descrizione dei sintomi... in base alle conoscenze mediche... io sarei portato a pensare che si tratti della X malattia, che andrebbe curata in un tal modo e con determinati farmaci che hanno determinati effetti collaterali... ma il cui risultato non è certo al 100%... Ma chi è che vorrebbe sentirsi dire una cosa del genere?!? È come se quando ti vendono una macchina ti scrivessero: “è possibile che la macchina perda una ruota e si vada a sfracellare in curva”... invece loro ti dicono: “questa macchina è talmente buona che anche se perde una ruota in curva l’ABS ti salverà...”

Lo stesso discorso vale per i medicinali, dove i bugiardini (i foglietti illustrativi dei medicinali) spesso complicano l’interazione con l’utenza perché quest’ultima non ha le conoscenze specifiche necessarie per interpretarne correttamente le informazioni. Secondo il medico, peraltro,

nel campo della farmaceutica c’è un’anomalia fondamentale, che è: chi sceglie non è chi consuma... e questo accade solo nel campo dei farmaci...

Il finale della conversazione verte sul fatto che i medici ora possano decidere di operare in libera professione all’interno delle strutture ospedaliere pubbliche, cosa scandalosa dal punto di vista del ginecologo. Ad esempio, all’Ospedale Y (dice il dott. Lago) ci sono tre ecografi. Durante il pomeriggio, uno dei tre è dedicato alle ecografie effettuate in libera professione, il che significa che gli appuntamenti pubblici vengono dati in base alla disponibilità di due macchine, anche se ce ne sarebbe una terza, che magari rimane inutilizzata. In questo modo si crea facilmente un circolo vizioso: ai medici conviene prescrivere molte visite specialistiche, perché così possono farle in libera professione visto

che il SSN non riesce ad assorbirle tutte; al SSN conviene che i medici operino in libera professione, perché così non deve pagarli, incassa il 20% della loro prestazione e ammortizza una serie di pazienti che comunque dovrebbero essere visitati/curati.

Il discorso del ginecologo è sufficientemente esplicito da non richiedere ulteriori interpretazioni, penso tuttavia che vadano richiamati alcuni passaggi:

- *La gente non capisce la differenza tra un servizio che lo Stato paga e il fatto che il rapporto con il medico te lo devi costruire tu...*

La frase richiama l'attenzione sull'importanza della dimensione relazionale ed empatica del rapporto medico-paziente e quindi sulla natura situata di quest'ultimo. La frase mette però l'accento anche sul fatto che l'utente deve essere attivamente coinvolto in tale dimensione, poiché il fine della transazione di servizio che si viene a creare tra organizzazione e utente è comunque un altro.

- Il medico afferma l'importanza di rendere consapevoli le pazienti del loro stato di salute ma sottolinea come il ritmo della quotidianità lavorativa non sempre faciliti conversazioni prolungate. Peraltro: "è come se tu vai a discutere con un fisico nucleare... se non sai nulla di fisica nucleare non è che puoi pretendere di capire tutto!" Da cui il finale della conversazione:

in base alla descrizione dei sintomi... in base alle conoscenze mediche... io sarei portato a pensare che si tratti della X malattia, che andrebbe curata in un tal modo e con determinati farmaci che hanno determinati effetti collaterali... ma il cui risultato non è certo al 100%... Ma chi è che vorrebbe sentirsi dire una cosa del genere?!?

La questione, allora, non risiede solo nel ritmo del lavoro quotidiano, ma anche nel fatto che le persone sono poco e/o male informate (e, dunque, richiedono spiegazioni dettagliate, all'interno delle quali non si può lasciare molto al dato per scontato) e che la scienza medica stessa lascia più spazi di interpretazione di quanto comunemente si pensi (o si desidererebbe).

- *È come se quando ti vendono una macchina ti scrivessero: "è possibile che la macchina perda una ruota e si vada a sfracellare in curva"... invece loro ti dicono: "questa macchina è talmente buona che anche se perde una ruota in curva l'ABS ti salverà..."*

Il medico instaura un'analogia tra la sicurezza di una traiettoria di cura e quella di una macchina nuova. L'accento è posto sulla modalità di comunicazione e ciò rende esplicito come anche la comunicazione medico-paziente possa sfociare nell'*advertising* (ad esempio, rispetto ai medicinali, in riferimento ai quali l'anomalia di mercato rilevata dal medico è quanto meno in parte concreta); nonché come - giocando un po' con le parole - sia possibile "perdere una ruota in curva" all'interno di una traiettoria di cura; e, dunque, come le traiettorie più sicure siano quelle dotate del maggior numero di ABS ("Accesso Breve e Sicuro").

Dal finale della conversazione si comprende come un ABS efficace sia rappresentato dalla possibilità di accedere a pagamento alle prestazioni. Non che ciò assicuri un trattamento migliore in termini di professionalità, tuttavia offre maggiori garanzie rispetto al quando questo verrà effettuato e immette l'utente in una traiettoria protetta, che non si interseca con quella di chi rimane all'interno di un regime tariffario pubblico. A riprova di ciò (come sottolineato dal ginecologo), anche laddove queste traiettorie non venissero utilizzate, l'accesso rimane comunque vincolato e distinto.

6.4. L'apprendimento da tirocinante e l'importanza del passaparola

Durante la settimana di osservazione ho l'occasione di trascorrere del tempo con una tirocinante della scuola per ostetricia. Le chiedo cosa abbia imparato da quando è qui in consultorio e la sua risposta è:

Mah... varie cose... fare un pap test... ascoltare con lo stetoscopio... compilare una cartella clinica... tenere l'agenda degli appuntamenti...

Mi racconta come le attività di un'ostetrica in un consultorio siano difficilmente standardizzabili, perché comunque tutta una parte del lavoro consiste in accessi diretti da parte dell'utenza, che quindi può avanzare le richieste più varie. Inoltre, per quanto le è stato possibile capire sino a questo momento, non è neanche detto che l'utenza richieda sempre una prestazione esclusivamente o propriamente clinica: molte volte le persone vogliono parlare e ciò fa sì che parte del lavoro degli operatori si traduca in una sorta di lavoro di relazione.

A questo proposito, mi racconta quanto accadutole stamattina. La tirocinante doveva visitare una signora (anziana) e *sapevo che ci voleva uno speculum piccolo, però adesso non ce li abbiamo... li abbiamo ordinati, ma devono ancora arrivare... abbiamo solo quelli medi...* La tirocinante ha quindi utilizzato uno *speculum* medio, tuttavia ha notato che la signora provava fastidio e non si rilassava. Il fatto che non si rilassasse complicava l'operazione (provocando ulteriore fastidio alla signora) e, dopo alcuni tentativi, la tirocinante ha fatto presente alla signora che era importante che cercasse di rilassarsi. La signora ha allora risposto che era colpa della tirocinante, che stava usando lo *speculum* sbagliato. In quel momento è entrata l'ostetrica, che ha subito intuito la situazione e ha tranquillizzato la signora dicendole che avrebbe preso uno *speculum* più piccolo; ne ha poi preso uno uguale (ma la signora non poteva vederlo) e ha portato a termine la visita senza alcun problema.

Secondo la tirocinante, dunque, sono queste le abilità più importanti - e più difficili - da apprendere nel fare l'ostetrica in un consultorio. Come, ad esempio, nelle situazioni (frequenti, nella sua esperienza) in cui una persona si rivolga al consultorio per un'interruzione volontaria di gravidanza o per la pillola del giorno dopo, o per qualche malattia sessualmente trasmissibile. Sono situazioni delicate, in cui non si può mai essere sicuri di quanto si possa indagare e di quali siano le domande giuste da porre. Allo stesso tempo, la tirocinante pensa sia importante cercare di aprire dei discorsi con l'utenza:

nel caso di un'IVG ad esempio, sarebbe importante cercare di capire da cosa sia determinata la gravidanza (un errore, l'assenza di pratiche contraccettive, l'impossibilità di sostentamento per il nascituro), così da fornire risposte che possano anche prevenire analoghe situazioni in futuro. Anche perché *se queste cose non le dice un consultorio... non le dice nessun altro!*

La tirocinante dice che a lei non sono ancora capitati casi del genere, tuttavia in reparto di ostetricia dove si svolge un'altra parte del suo tirocinio), altre ostetriche le hanno raccontato di alcuni casi particolarmente delicati. Una volta un'ostetrica è uscita in sala d'aspetto chiamando *il padre del bambino partorito dalla signora...* e due uomini (uno bianco e uno nero) si sono alzati (*Poi è venuto fuori che il bambino era di quello nero... perché era nero anche il bambino...*). In diverse occasioni è capitato che donne il cui collo dell'utero dimostrava una gravidanza, negassero di averne mai avuta una. Le ostetriche hanno spiegato che ciò è spesso dovuto al fatto che forse la donna ha perso inaspettatamente il bambino e tende a rimuovere l'evento (e dunque non è il caso di fare ulteriori domande). Tuttavia, le hanno anche detto che ci sono persone (spesso migranti, spesso senza permesso di soggiorno) che affittano l'utero e i cui bambini vengono poi distribuiti (queste, quindi, sarebbero situazioni da indagare e eventualmente denunciare).

Mentre la tirocinante mi parla, entra nella stanza anche l'ostetrica, che lascia la tirocinante terminare il racconto, per poi aggiungerne uno anche lei. Una volta una signora trentottenne si era recata in consultorio perché in gravidanza. La signora aveva già avuto un bambino nove anni prima, poi si era separata dal marito per un periodo ma, da circa un anno, era tornata a viverci insieme. La signora voleva tenere il bambino, ma voleva anche fare tutti gli esami del caso, data l'età. Ad uno dei primi esami, risultò che la signora aveva contratto l'AIDS; si scoprì così che la signora aveva avuto un rapporto sessuale non protetto nel periodo di allontanamento dal marito, *peraltro con un uomo che ha visto pochissime volte... e non che lei fosse una leonessa...* Fortunatamente, conclude l'ostetrica, né il bambino, né il marito avevano contratto la malattia.

Faccio scivolare il discorso sul tema della contraccezione (la tirocinante rimane in stanza con noi e ascolta). L'ostetrica restituisce uno scenario avvilente: *la forma di contraccezione più praticata dagli extracomunitari è l'aborto e per gli italiani... è tuttora la pillola del giorno dopo*. L'ostetrica dice che sono innumerevoli le ragazze, soprattutto giovani, che dichiarano di non fare uso di alcun tipo di anticoncezionale:

a lui non piace mai e lo trova scomodo e lei si fida sempre! Perché poi tanto queste cose [le gravidanze inaspettate] "succedono sempre agli altri" e quello che dice l'amica vale comunque di più... (la tirocinante annuisce).

L'ostetrica appare particolarmente sensibile al discorso, forse anche per il fatto che ha due figli in età adolescenziale. Sa che lo Spazio giovani del consultorio C organizza degli incontri con le classi delle scuole superiori per sensibilizzare ragazzi e ragazze; tuttavia, nella scuola dei suoi figli tali messaggi non passano. È una scuola privata, gestita da preti, in cui la sessualità è ancora un tabù (l'ostetrica tiene a sottolineare il suo essere

cattolica, ma allo stesso tempo il fatto che alcune posizioni della Chiesa risultino ormai un po' anacronistiche); così mi racconta che ha consegnato ai figli materiale informativo del consultorio, dicendo loro di distribuirlo anche ai loro compagni.

Nella situazione appena narrata è possibile ritrovare traccia di alcune importanti dinamiche organizzative, forse non esclusivamente centrate sul discorso delle disuguaglianze e degli accessi, ma in ogni caso utili a definire i contorni di tale discorso.

Il percorso di apprendimento della tirocinante rappresenta un classico caso di partecipazione legittima e periferica (Lave, Wenger, 1991) o, se si preferisce, di *curriculum* situato (Gherardi *et al.*, 1998): la tirocinante impara partecipando alle attività quotidiane dell'organizzazione, inizia a prendere dimestichezza con i piccoli compiti (prendere nota degli appuntamenti, gestire le cartelle cliniche), assiste alla soluzione di casi più complessi da parte degli attori organizzativi più esperti, familiarizza con gli strumenti del mestiere. Ciò che viene passato al soggetto, all'interno di questo tipo di percorso, è il come (più che il cosa) del lavoro quotidiano: come comportarsi in situazioni ambigue, come interpretare dati dissonanti, come relazionarsi con l'utenza, come dare prova della propria professionalità.

Spesso inoltre questo sapere della comunità è racchiuso all'interno di storie esemplari, e la sua trasmissione avviene prevalentemente in forma narrativa. Le storie che vengono narrate trasmettono però non soltanto la conoscenza pratica e la memoria della comunità, ma anche un certo tipo di morale sul mondo (ad esempio, "ognuno è artefice del proprio destino", a proposito di quanto raccontato dall'ostetrica a proposito della signora colpita da HIV) e/o di stereotipi sociali ("le donne immigrate senza permesso di soggiorno affittano l'utero"). Il dato è interessante poiché fa vedere come questo sia un caso in cui un sapere di origine pratica, costruito nell'esperienza, può però tradursi in un sapere stereotipato, all'interno del quale ciò che sopravvive sono alcune categorie, ma non i processi che hanno portato al formarsi di tali categorie. In altre parole: è del tutto verosimile pensare che quanto raccontato dalle ostetriche alla tirocinante a proposito del perché alcune persone neghino di aver avuto una gravidanza (malgrado alcuni dati clinici riguardanti il loro corpo indichino il contrario) sia assolutamente vero, nel senso che questo è quanto esse ricavano dai casi concretamente accaduti nella loro esperienza. Tuttavia, il racconto elegge a protagonista una categoria di soggetti (le "donne immigrate senza permesso di soggiorno"), ma non i processi sociali che portano alla "individualizzazione" (Beck, Beck-Gernsheim, 2002) di tali soggetti. Il rischio, in termini di accesso al servizio e al trattamento, rappresenta un parallelo della cosiddetta sindrome di Salgari:⁵² alcune persone verranno subissate di domande solo perché appartenenti ad una particolare categoria (giuridica) di soggetti?

⁵² La sindrome di Salgari è quella distorsione cognitiva per cui, ad esempio, di fronte a un soggetto proveniente da un Paese del Terzo mondo, in caso di ambiguità dei sintomi, i clinici sono più propensi a rimandare a una qualche malattia rara che non a un banale raffreddore.

La seconda parte della conversazione sui metodi contraccettivi mette invece ben in evidenza la dimensione sociale che fa da sfondo all'uso dei servizi e a una più generale educazione sanitaria. Emergono così altre credenze, questa volta proprie dell'utenza: "il preservativo è scomodo", "certe cose succedono sempre agli altri" e "me l'ha detto una mia amica" esprimono la componente sociale che media l'uso (e il non uso) dei servizi, riportando all'attenzione come le conoscenze più efficaci (nel senso di quelle a cui viene dato maggior credito) siano spesso quelle di senso comune. Ciò spiega anche la motivazione dell'ostetrica nell'informare e coinvolgere all'interno di alcuni discorsi i suoi figli, nella speranza che ciò possa contribuire ad innescare passaparola diversi. Ma la motivazione nasce pure dalla constatazione che non saranno le agenzie istituzionali - la scuola, nel caso particolare - ad attivare tali passaparola e che la fruizione di un servizio è comunque mediata da una serie di assunti e/o resistenze culturali e/o ideologiche.

L'intero episodio mette così in luce come l'accesso ai servizi e, più in generale, l'educazione alla sanità sia qualcosa che si costruisce nel quotidiano, in situazioni informali e contesti non necessariamente legati a quello sanitario. Le reti sociali e i passaparola in cui i soggetti sono inseriti appaiono per l'ennesima volta fattori concreti e talvolta determinanti nel definire i contorni e/o alcune tappe della traiettoria di accesso al servizio, così come le comunità di pratiche in cui si situa l'apprendimento dei novizi risultano importanti nel mantenere e trasmettere particolari forme di conoscenza pratica.

6.5. Le "nomadi della Torre": i servizi come rete di attività

Al consultorio D il giovedì pomeriggio è contrassegnato dall'attesa per le "nomadi della Torre". Alle 14 non è ancora arrivato nessuno e un ginecologo esce dallo studio e si mette a parlare con me, in corridoio:

C'avevo tre appuntamenti, uno alle 14 (per un'IVG), uno alle 14,30 e uno alle 14,45 (due spirali), ma può darsi che [le "nomadi"] arrivino tutte insieme alle 14,45, perché hanno dei problemi a spostarsi... allora magari il marito di una le accompagna tutte insieme...

Il dottore dice che il grosso problema rispetto alla popolazione immigrata è che non sono ancora stati creati dei percorsi, non è stato ancora creato un tavolo di discussione e coordinamento tra i vari soggetti coinvolti. Quando parla di percorsi dedicati il dottore non vuole comunque intendere che una donna straniera, solo perché straniera, debba essere facilitata vita natural durante nell'accesso ai servizi,

tuttavia capisci bene che a una nomade se l'appuntamento glielo do io, magari ci viene, ma se le dico che deve andare al CUP e prenotare... al primo intoppo questa non si fa più vedere.

Anche questo medico identifica nella "cuppizzazione" dei servizi un problema enorme; oltre al fatto che *negli ultimi 10 anni i consultori hanno ricevuto delle batoste pazzesche!* È stata abolita l'idea di *équipe*, così che tutti gli operatori hanno un responsabile di

servizio diverso. Ciò ha fatto sì che gli operatori iniziassero a lavorare ognuno per conto proprio e che si sia così venuto a perdere ciò che il ginecologo definisce come lo spirito del consultorio.

Tieni anche conto del fatto che quando ho iniziato io, nel '75, non c'era tutta questa tecnologia... si usavano gli stetoscopi in legno... le pazienti le dovevi palpate per capire com'era messo il bambino... e però, mentre le palpavi, ci parlavi, anche... Adesso uno guarda una lastra, prescrive un esame, poi legge il referto... ma gli esami possono soltanto servire come specchio di un'ipotesi, ma se no non ha senso richiederli.

C'è poi anche da tener conto il fatto che da circa vent'anni le assunzioni nei consultori sono bloccate⁵³ (continua il ginecologo), motivo per cui attualmente c'è un gruppo di persone che è cresciuto sostanzialmente insieme, ma allo stesso tempo i consultori rischiano di morire con l'uscita di scena di queste persone.

Ed infatti, guarda caso, tutti i ginecologi al di sotto dei quarant'anni sono tutti obiettori... ma perché? Perché loro non sanno com'era quando c'era l'aborto clandestino, non lo sanno com'era quando ti arrivavano donne con un'emorragia grave perché avevano cercato di abortire in casa... chiaro, nessuno è favorevole all'aborto, ma se uno certe cose le ha viste...

Sempre rispetto al passato, infine, il dottore ricorda come un tempo i consultori fossero radicati sul territorio: *si facevano gli incontri con i comitati di quartiere, ci si incontrava nei cinema la sera per parlare di contraccezione*, ed è per questo che soprattutto in questa città le donne percepiscono i consultori come uno spazio "loro". Rispetto al presente, invece, il medico mi racconta una storia.

Uno degli interventi più comuni - e per il quale il consultorio riceve più richieste - è l'inserimento della spirale, a quanto pare il metodo di contraccezione di gran lunga preferito dalle donne migranti. Un suo collega aveva chiesto alla dirigenza che venissero acquistate cinque spirali, *che a noi [ASL] costano 250 Euro l'una, ma in prospettiva ci fanno risparmiare 25 aborti nei prossimi 5 anni*. La dirigenza ha risposto che non ci sono fondi disponibili. Il collega allora ha chiesto a un amico informatore medico-scientifico di regalargliene alcune, così da poter soddisfare quella che dal suo punto di vista era una richiesta più che motivata.

Alle 14,45 arrivano tre nomadi, tutte insieme, pur non essendo le tre attese dal medico. Mi colpisce subito il fatto che, quando il medico dice alla prima di entrare in ambulatorio per la visita, costei gli risponda di aspettare: sta finendo di infilarsi le calze perché le scarpe le danno fastidio ai piedi. Poco dopo arrivano anche le tre donne attese che, senza neanche bisogno di discutere con le altre utenti presenti, si mettono in attesa, aspettando che il dottore abbia finito con le tre donne senza appuntamento ma arrivate prima di loro.

⁵³ A detta del ginecologo, gli unici che continuano ad essere assunti sono gli ecografisti, con contratti co.co.co. della durata di un anno.

Terminate le visite, chiedo al dottore qualche commento. Il dottore mi descrive sommariamente i casi e mi mostra anche un quaderno-vocabolario che si è costruito negli anni e in cui ha raccolto la traduzione in lingua zingara di una serie di parole:

pene, vagina, bambino, buongiorno/buonasera, infezione, gravidanza, aborto, ma anche "non aver paura"... che è una delle cose che dico più spesso.

L'episodio porta alla ribalta temi e processi differenti e si presta a molteplici interpretazioni. Alcuni dei temi e dei processi sono già osservati all'interno dei precedenti episodi: l'apprendimento quale fattore contestuale rispetto allo svolgimento di una attività, la pratica che da tale apprendimento deriva, la natura situata temporalmente e localmente di tale pratica, il ruolo occupato da tecnologie e strumenti organizzativi all'interno del lavoro quotidiano, sono temi già incontrati nel resoconto fornito dalla tirocinante e che (con quanto dichiarato dal medico a proposito della storia dei consultori) vediamo qui declinarsi in ambito medico-ginecologico. L'immagine che ne risulta è sostanzialmente la stessa presentata dalla tirocinante, ossia quella dell'apprendimento come processo situato all'interno della condivisione di specifiche attività pratiche e non scervo da giudizi dettati dalla moralità e dall'orientamento ai valori (come si può dedurre da quanto dichiarato dal ginecologo a proposito dell'atteggiamento dei ginecologi più giovani in merito all'aborto).

Tuttavia, la parte più interessante dell'episodio risiede in quanto raccontato dal ginecologo a proposito della rete attivata dal suo collega per la questione della fornitura/acquisto di alcune spirali. L'episodio permette di considerare non solo le reti sociali che supportano l'utilizzo dei servizi da parte dell'utenza, ma la dimensione di *network* che caratterizza il funzionamento dell'intero sistema sanitario, che risulta quindi composto - nell'ordine - da:

- medici;
- tecnologie mediche;
- dirigenti sanitari;
- *budget* di spesa;
- informatori medico-scientifici;
- farmaci e industria farmaceutica.

Tra questi elementi vi sono delle relazioni prestabilite (il medico si rivolge alla dirigenza per l'acquisto di una determinata tecnologia; la dirigenza valuta la richiesta tenendo conto dei *budget* di spesa; gli informatori medico-scientifici fanno da intermediari nell'acquisto e fornitura di determinate tecnologie e/o farmaci), che si costituiscono quali relazioni strutturali rispetto al *network* stesso. Tuttavia, non si può assumere che esse giungano sempre a buon fine (come nell'esempio fornito, la dirigenza può non accogliere la richiesta del medico) e dunque è possibile che i diversi attori stringano alleanze non pianificate e/o strutturate. In questo caso, l'alleanza è quella che il medico stringe con l'informatore medico-scientifico e che fa perdere l'esatto valore economico dell'oggetto al centro della discussione (la spirale), per affermarne l'importanza al di là del suo valore economico.

Il servizio sanitario appare così un *network* di relazioni strutturate in astratto e al tempo stesso emergenti da situazioni concrete, una struttura reticolare che è contemporaneamente prodotto e pretesto delle relazioni (non solo) organizzative che prendono forma al suo interno, una rete di attività (Czarniawska, 2004) in cui nessun attore singolarmente ha il potere, le conoscenze e le capacità di portare a definitivo compimento l'azione intrapresa, e quindi all'interno della quale tutti gli attori sono stimolati a stringere alleanze, così che tale rete di attività (*action net*) risulti in un vero e proprio lavoro di rete (*network*).

La tipicità dell'intera situazione, il fatto che le alleanze siano mobili e che le opportunità che si presenteranno agli/le utenti siano contingenti e situate rispetto a tale rete di relazioni, è testimoniato dal fatto stesso che il medico ne parli al ricercatore senza eventuali remore e/o paure dettate dall'essersi mosso al di fuori delle relazioni strutturate. Tale movimento al di fuori infatti è giustificato - quanto meno agli occhi del medico - dal fatto di rimanere comunque al di dentro del *network* e di aumentare l'efficacia di quest'ultimo. A chi non fosse soddisfatto da tale interpretazione, propongo il seguente interrogativo: nell'episodio narrato dal ginecologo, di chi è la responsabilità dell'accaduto? Sicuramente del collega medico, per non aver agito conformemente al volere della direzione; ma anche della direzione, per non aver fornito al medico le risorse necessarie; dell'informatore medico-scientifico, per aver partecipato all'azione, trasgredendo di sicuro anche lui qualche regola organizzativa; e dell'industria farmaceutica, che assegna ai farmaci e alle cure un preciso valore di mercato. In ultimo, forse, perfino delle "nomadi della Torre", che con il loro stile di vita e la preferenza per un particolare metodo contraccettivo risultano non adeguate e costose per il SSN, e non solo in termini economici. Come intuibile dalle brevi note che seguono al racconto del medico, infatti, l'accesso delle "nomadi della Torre" (perché vada a buon fine) richiede agli attori organizzativi anche l'attivazione di un *network* di competenze legate alla gestione degli imprevisti, delle attese e di una diversa interazione medico-paziente, anche solo in termini linguistici. Le dissonanze presenti nella situazione (le tre persone che arrivano in ritardo non sono le tre attese dal medico, il quale deve aspettare che una di loro termini di infilarsi un paio di calze, in modo che tutte tre insieme entrino nell'ambulatorio per una visita collettiva) rendono particolarmente evidente la precarietà dell'accesso delle "nomadi della Torre" e, di rimando, il lavoro richiesto agli attori organizzativi per trattenere tali soggetti all'interno delle traiettorie di cura. Ma sarebbe affrettato concludere che le "nomadi della Torre" siano gli unici soggetti a richiedere l'attivazione di un *network* distribuito di competenze e attori organizzativi; la gestione degli imprevisti appare infatti essere un'abilità richiesta anche in più comuni eventi organizzativi.

6.5.1. Gestire gli imprevisti

Il venerdì mattina l'ostetrica mi accoglie dicendomi che

stamattina è successo di tutto... Tutte quelle dello screening o hanno disdetto o non sono venute, in compenso... due pillole del giorno dopo, un'interruzione di gravidanza...

L'ostetrica mi racconta di una signora filippina in possesso di regolare permesso di soggiorno che vuole fare un'IVG. La signora si è recata dal suo MMG, il quale le ha consegnato un'impegnativa (*che poi aveva scritto: "si richiede interruzione di gravidanza riferita al feto"... Ma come si fa?!... A parte il fatto che è un embrione e non un feto...*, commenta l'ostetrica) indirizzandola verso il CUP. Qui gli operatori hanno messo sull'impegnativa un timbro ("AGENDA NON DISPONIBILE") e hanno inviato la signora presso il consultorio. L'ostetrica le ha dato un facsimile della richiesta di IVG, dicendole che doveva tornare dal suo medico e farla ricopiare su un'impegnativa medica. Le ha dato poi il numero di telefono dell'Ospedale Y (dove si prenotano le IVG, *perché c'è un numero dedicato... anzi, le prenotazioni avvengono solo per telefono...*), e le ha anche detto di tornare in consultorio nel caso in cui il medico di base le ponesse ulteriori questioni.

L'episodio permette di iniziare a cogliere come anche una richiesta di interruzione di gravidanza possa innescare una serie di imprevisti (un MMG non particolarmente pratico nella gestione di simili casi; la mancanza di disponibilità di agende-appuntamenti al CUP; una utente regolare ma al tempo stesso straniera) che ritardano e deviano l'accesso dell'utente, sino a quando la traiettoria di quest'ultima non incontra un nodo organizzativo (il consultorio e l'ostetrica) che la ri-colloca nel giusto *network*. Non è dunque possibile delimitare al giovedì pomeriggio e all'arrivo delle "nomadi della Torre" le situazioni impreviste che possono presentarsi agli attori organizzativi; anzi, alcune di queste fanno ormai parte della quotidianità.

Una signora gravida intercetta l'ostetrica nel corridoio, mostrando un'impegnativa per un tampone vaginale e dicendo che il medico le ha consigliato di recarsi in consultorio e "parlare con l'ostetrica" per vedere se c'è la possibilità di essere inserita tra un esame e l'altro, senza dover quindi prenotare al CUP. L'ostetrica le dà un appuntamento, la signora chiede come fare per pagare il *ticket*, ma l'ostetrica risponde che pagherà solo la refertazione dell'esame, al momento del ritiro dei risultati presso l'Ospedale Y.

Domando all'ostetrica come sia possibile che venga pagato il *ticket* di un esame che, in teoria, non è mai stato effettuato.

Mi spiega che *i tamponi vaginali sono un nostro classico problema*. Il consultorio può fare tamponi vaginali senza passare per il CUP,⁵⁴ tuttavia c'è un problema per quanto riguarda la refertazione. Dovrebbe essere il consultorio a recapitare i tamponi all'ospedale (struttura a cui il consultorio afferisce, pur avendo l'altro ospedale a due isolati di distanza), tuttavia il consultorio D non ha autisti e non rientra nel giro dei consultori

⁵⁴ Al CUP vengono date quattordici disponibilità alla settimana (più otto in clinica ostetrica all'altro ospedale, con accesso diretto) per effettuare tamponi vaginali, per donne gravide e non.

effettuato dagli autisti dell'ospedale. Inoltre portare i tamponi all'ospedale significherebbe anche che le persone dovrebbero andare a ritirarli lì; ma le utenti del consultorio abitano tutte in zone (più o meno) limitrofe, per cui recarsi all'ospedale risulterebbe scomodo. Dunque, per la refertazione dei tamponi vaginali il consultorio si appoggia all'altro ospedale, che però fa parte di un'altra Azienda ospedaliera e quindi *chiediamo agli utenti di portare loro, direttamente, i tamponi all'altro ospedale ... che tanto è qui attaccato...* Motivo per cui, le utenti pagano un *ticket* al consultorio per l'effettuazione dell'esame e uno all'Ospedale Y per la refertazione. Le due cose sono scollegate, dunque è possibile che l'Ospedale Y referti esami che l'utente si è in teoria auto-somministrata.

L'episodio mostra la dimensione di *network* dei servizi e gli innumerevoli processi che mediano l'accesso e le traiettorie delle utenti. Come nel caso delle "nomadi della Torre", gli attori organizzativi attivano un *network* differente da quello previsto, ma che assicura una più fluida modalità di gestione del servizio e soprattutto degli imprevisti. Un intero *network* organizzativo è responsabile della situazione (MMG, utenti, ostetriche, autisti, ospedali, CUP). Il *network* sussiste perché tutti gli attori ne traggono in qualche modo beneficio e la quota di *ticket* che in tal modo il SSN non incassa risulta probabilmente comunque inferiore ai costi organizzativi del:

- dare al CUP una ulteriore agenda-appuntamenti da gestire;
- inviare l'autista dell'ospedale presso il consultorio per il ritiro dei campioni di analisi, o fornire il consultorio D di un'autovettura;
- rischiare che le utenti non ritirino in tempo i referti, per via della distanza tra le diverse sedi;
- predisporre un sistema apposito che gestisca le utenti in eccesso o che, comunque, per via della loro situazione, non possono procrastinare oltre la prestazione di cui necessitano.

Sia il caso appena visto, sia quello delle "nomadi della Torre" mostrano l'attivazione di un *network* a posteriori, quale risposta-azione nei confronti di una data questione organizzativa. Per concludere, vediamo allora come talvolta possano attivarsi relazioni di *network* a priori, cioè ancora prima che un supposto evento critico si concretizzi.

6.5.2. Voci di corridoio

Nel corso dell'ultima giornata di osservazione, circa mezz'ora prima che il consultorio chiuda, assisto a una conversazione tra l'ostetrica e la responsabile del consultorio, a proposito della nuova sede del Servizio A. La nuova sede è ubicata all'interno di un poliambulatorio, dove c'è anche un consultorio. L'ostetrica e la responsabile sembrano concordi sulla non opportunità di questa convivenza, in quanto:

- *c'è un solo bagno... e non ti dico come lo combinano [gli extracomunitari]...;*
- *questi [gli extracomunitari] fumano, non rispettano i cartelli... e lì ci sono molte gravide...;*

- a differenza di via ... (*dove ci sono tre usci che smistano*), nel poliambulatorio c'è soltanto un'ostetrica a fare accoglienza e, per quanto il Servizio A e poliambulatorio abbiano campanelli diversi, *questi sono furbi, per cui se al Servizio A non risponde nessuno, suonano al consultorio... e l'infermiera non sempre capisce cosa vogliono*, anche perché l'infermiera parla solo italiano e i migranti non sempre sanno spiegarsi.

L'ostetrica dice alla responsabile che ha sentito dire che adesso le STP daranno l'esenzione solo per la gravidanza, quindi per tutte le altre prestazioni le persone dovranno pagare il *ticket*. La responsabile domanda chi controllerà che il *ticket* sia stato effettivamente pagato e l'ostetrica risponde:

Nessuno... [le persone] dovranno presentare la ricevuta di avvenuto pagamento al momento del ritiro del referto... e noi ci troveremo con una montagna di referti che non vengono ritirati!

Ascoltando la conversazione tra le due ho modo di osservare come entrambe non abbiano le idee molto chiare in merito. Ad esempio, l'ostetrica è convinta che le tessere STP siano rilasciate solo dal Servizio A; la responsabile pensa che comunque questi centri debbano esistere, *se no dove vanno gli immigrati?* In ogni caso, la responsabile ha detto agli operatori di segnalare *tutti i problemi che sorgono con l'arrivo del Servizio A*.

L'ostetrica suggerisce che a partire da settembre il consultorio si sposti in via D. In questo modo si eviterebbe questa convivenza forzata e un po' sgradita tra i due servizi, oltre ad una serie di problemi logistici. La responsabile dice che tuttavia in via D manca spazio, soprattutto per l'accettazione (discorso al quale lei tiene molto). L'ostetrica risponde che però, se nel consultorio di via D la sicurezza viene considerata a norma, allora anche lo spazio di accettazione può esserlo: nel sottoscala (scantinato) c'è infatti un'unica uscita di sicurezza,

che secondo quelli che hanno fatto i controlli dovrebbe permettere a 300 persone di uscire, fare 12 gradini [non c'è una rampa], girare a destra (in corridoio) e salvarsi... E se c'è uno sulla sedia a rotelle? Pensa [rivolta a me] che quando gliel'ho chiesto mi hanno risposto: "Intanto scappano quelli che ce la fanno, poi agli altri si pensa...".

L'episodio mostra come gli attori svolgano per vie informali una costante attività di monitoraggio di quanto accade all'interno del *network* organizzativo. Ciò gli permette di mantenersi informati rispetto a quanto avviene in nodi distanti del *network*, ma ai quali gli attori sono comunque legati per via di alcune relazioni organizzative (banalmente, anche solo il dover divider lo stesso spazio). Inoltre, è all'interno di questo scambio informale che gli attori formano un comune *set* di credenze (come in riferimento a tutto il discorso a proposito del Servizio A e del comportamento della sua utenza) e aspettative organizzative (come a proposito di quanto accadrà con il ritiro dei referti a seguito del *ticket* obbligatorio), escogitano collettivamente delle soluzioni (come dalla discussione tra responsabile e infermiera a proposito del possibile spostamento del consultorio), attirano l'attenzione di altri attori su particolari eventi organizzativi (come dalla richiesta della responsabile agli operatori del consultorio di segnalare i problemi che sorgono a seguito dell'arrivo del Servizio A).

È importante notare come tutta questa attività di rete avvenga (e sia performata) in termini non solo informali - ossia al di fuori delle relazioni, dei tempi e degli spazi organizzativi pianificati -, ma puramente discorsivi. Un esempio magistrale è osservabile nell'efficacia con cui la responsabile del servizio descrive all'ostetrica la realtà del consultorio "a seguito" dell'arrivo degli utenti del Servizio A: i bagni sono sporchi, le persone fumano, l'ostetrica viene interrotta da persone che suonano al citofono. Non si vuole qui discutere la veridicità della testimonianza (che si assume per vera), ma la sua capacità di instaurare una relazione tra il giungere di un nuovo servizio (il Servizio A) all'interno di uno spazio organizzativo (il pre-esistente poliambulatorio) e il verificarsi di alcuni disguidi che, tuttavia, sembrano conseguenza di quelle che già prima erano le condizioni organizzative di tale spazio: un unico bagno, un'unica persona all'accoglienza, scarsa possibilità di distinguere gli spazi e le utenze. Da un punto di vista organizzativo, la perplessità non riguarda quindi ciò che l'arrivo del Servizio A ha comportato in tale spazio, ma se sarebbe stato possibile aggiungere in uno spazio così strutturato qualunque altro servizio senza provocare questi effetti.

È la stessa perplessità che sembra condividere l'ostetrica a proposito dell'organizzazione spaziale della struttura in cui è situato il consultorio di via D, dove non è necessaria la presenza di una persona in sedia a rotelle per capire che in caso di emergenza il luogo non è di facile abbandono. Anche quanto espresso dall'ostetrica è interessante in termini di *performance*: l'ostetrica attira esplicitamente l'attenzione del ricercatore e, così facendo, lo rende testimone e lo coinvolge in un *network* di eventi e relazioni organizzative.

Le voci di corridoio sembrano quindi essere una sostanza sociale (Harré, 2002) di imprescindibile importanza nell'aggregare attori e dare vita ad azioni di rete sul territorio, prima ancora che all'interno dell'organizzazione.

6.6. Riflessioni conclusive

La settimana trascorsa presso il consultorio D ha fornito ulteriori conferme dei processi identificati presso il consultorio C, primo fra tutti l'atteggiamento critico degli operatori sulla cosiddetta "cuppizzazione" del servizio. Si sono potuti cogliere gli effetti inattesi e disfunzionali a cui può portare un sistema di accessi ordinato ma che richiede lunghe attese: le persone riescono ad effettuare la prenotazione ma, se questa è lontana nel tempo, la traiettoria di accesso cade in una zona grigia in cui è possibile accadano gli eventi più diversi e rispetto alla quale, peraltro, è molto difficile che l'organizzazione mantenga un controllo. Dunque, le persone prenotano una prestazione, salvo poi decidere di risolvere altrove o in altro modo la propria situazione perché i tempi di attesa (e la tecnologia CUP) risultano troppo prolungati. L'utente modello è quindi un utente che ha molto tempo a disposizione, più che urgenza di essere curato. Ne deriva la proposta critica e provocatoria avanzata da un medico: restituire al personale sanitario la gestione organizzativa degli accessi al fine di rendere le traiettorie di cura più fluide. Ciò riporta dunque l'attenzione sulla commistione di elementi clinici e organizzativi che

contribuiscono a dare forma alle traiettorie di accesso al sistema sanitario, rendendo esplicito come l'aspetto organizzativo non costituisca una dimensione aggiuntiva, bensì un fattore intrecciato alla (possibilità della) traiettoria stessa.

Si è dato poi spazio a come l'accesso ai servizi (e, più in generale, l'educazione alla sanità) sia qualcosa che si costruisce nel quotidiano, in situazioni informali e contesti non necessariamente legati a quello sanitario. Le reti sociali e i passaparola in cui i soggetti sono inseriti appaiono per l'ennesima volta fattori concreti e talvolta determinanti nel definire i contorni e/o alcune tappe della traiettoria di accesso al servizio, così come le comunità di pratiche in cui si situa l'apprendimento dei novizi risultano importanti nel mantenere e trasmettere particolari forme di conoscenza pratica.

Ma nel caso del consultorio D, l'osservazione ha permesso di prendere in considerazione non solo le reti sociali che supportano l'utilizzo dei servizi da parte dell'utenza, ma la dimensione di network che caratterizza il funzionamento dell'intero sistema sanitario. Medici, tecnologie, dirigenti sanitari, *budget* di spesa, informatori medico-scientifici, farmaci e industrie farmaceutiche appaiono tutti nodi di relazioni strutturate e processi organizzativi. Tuttavia, non si può assumere che tali relazioni giungano sempre a buon fine e dunque è possibile che i diversi attori stringano alleanze non pianificate. Il servizio sanitario appare così quale *network* di relazioni strutturate in astratto e, al tempo stesso, emergenti da situazioni concrete; quale struttura reticolare che è contemporaneamente prodotto e pretesto delle relazioni non solo organizzative che prendono forma al suo interno; quale rete di attività (Czarniawska, 2004) in cui nessun attore singolarmente ha il potere, le conoscenze e le capacità di portare a definitivo compimento l'azione intrapresa e dunque all'interno della quale tutti gli attori sono stimolati a stringere alleanze, così che tale rete di attività (*action net*) risulti in un vero e proprio lavoro di rete (*network*). Il *network* talvolta è dunque un risultato a posteriori, quale risposta-azione nei confronti di una data questione organizzativa e/o di un evento potenzialmente critico per l'intera organizzazione.

Si è però anche visto come talvolta possa attivarsi una rete di attività a priori, ancora prima che un (supposto) evento critico si concretizzi. Ciò è dovuto al fatto che gli attori organizzativi svolgono per vie informali una costante attività di monitoraggio di quanto accade all'interno della rete dell'organizzazione. Ciò permette loro di mantenersi informati rispetto a quanto avviene in nodi distanti della rete, ma ai quali gli attori sono comunque legati per via di alcune relazioni organizzative. Inoltre, è all'interno di questi scambi informali che gli attori formano un comune *set* di credenze e aspettative organizzative, escogitano collettivamente delle soluzioni, attirano l'attenzione di altri attori su particolari eventi.

In termini di disuguaglianze, dunque, quest'ultima nota attesta l'importanza che voci di corridoio, leggende metropolitane, pettegolezzi, rumori di fondo dell'organizzazione e qualunque altra sostanza sociale (ossia, oggetto linguistico-discorsivo reificato) ricoprono nell'incorporare la reputazione sociale di cui godono alcune categorie di utenti o alcune pratiche mediche, organizzative, e il livello di conoscenza che delle stesse hanno le persone comuni. Pettegolezzi e leggende organizzative possono quindi essere

interpretati come dispositivi informali di regolazione e controllo dell'utenza e delle traiettorie di accesso; in definitiva, quali *performance* organizzative il cui obiettivo è il facilitare - o meno - l'ingresso di alcuni soggetti e/o sollecitare l'attenzione di diversi attori in merito a un evento percepito come critico per l'organizzazione.

7. Servizio E⁵⁵

Le osservazioni svolte presso il Servizio E necessitano di una premessa. Nel corso della settimana trascorsa presso il Centro, alla ricercatrice⁵⁶ non è stato possibile accedere all'ufficio dove si svolge l'accoglienza delle utenti, se non per brevissimi e circostanziati momenti. In queste occasioni sono stati osservati sette casi, i quali (evidentemente) risultano troppo parziali per l'elaborazione di una tipologia delle modalità di accoglienza. Nonostante ciò, il clima del Centro è apparso caratterizzato da un notevole sforzo di comprensione delle esigenze delle utenti, in particolare grazie all'attenzione che le operatrici dedicano all'aspetto relazionale del servizio.

La ricercatrice ha quindi potuto osservare solo i momenti marginali (rispetto all'accesso) dell'attività del Centro e spiegarne la motivazione permette di entrare subito nel vivo dell'attività quotidiana dell'organizzazione in esame.

7.1. Questione di *privacy*

La struttura è sede anche di altri servizi (consultorio familiare, laboratorio di analisi), ma il fatto che la sala d'attesa del Centro sia situata immediatamente dopo l'atrio, ne facilita la localizzazione. Il piccolo corridoio d'attesa, sebbene con arredi piuttosto asettici, appare accogliente.

In attesa ci sono tre donne incinte; fa caldo e le tre signore si fanno un po' d'aria con le riviste di pediatria che sono a disposizione. Sulla colonna di un muro ci sono dei volantini che pubblicizzano corsi gratuiti per ottenere la licenza elementare o il diploma di terza media, per imparare l'italiano; altri che informano dell'esistenza di un centro di orientamento al lavoro per donne immigrate. I volantini sono tutti tradotti in arabo, cinese e russo. Sul muro opposto ci sono invece diversi poster di convegni (tenutisi anni addietro) sulla tematica della maternità e della condizione delle donne straniere in Italia. Sull'ultima parete, infine, un manifesto elenca i servizi forniti dal Centro:

- modulistica (in lingua);
- indicazioni logistiche sull'uso dei servizi socio-sanitari (in lingua);

⁵⁵ A cura di Attila Bruni, Università di Trento.

⁵⁶ Il fatto che il Centro si rivolga ad un'utenza composta esclusivamente da donne, il suo caratterizzarsi quale spazio al femminile, nonché l'importanza che in diverse culture riveste una netta separazione degli spazi tra uomini e donne, ha portato - in accordo con la responsabile del Centro - a ritenere che la presenza di una ricercatrice donna fosse più opportuna e risultasse meno intrusiva e potenzialmente disturbante di quella di un ricercatore uomo. Le osservazioni che seguono - seppure discusse da entrambi i ricercatori - sono a cura di Katia Baldessari, Università di Trento.

- un numero verde a cui risponde un'operatrice (in lingua) e la presenza di mediatrici culturali nel Centro;
- attività di formazione interculturale per/con operatori socio-sanitari;
- possibilità di consulenza con consultori e personale ospedaliero da parte del Centro per i casi più complessi.

Inoltre, la struttura assicura la presenza di figure professionali quali una ginecologa, un'ostetrica, una pediatra, un'assistente sanitaria, una medico di medicina generale e personale femminile italiano e straniero per l'accoglienza delle utenti. Tutte le operatrici sono donne.

Alle 14.20 arriva la responsabile del Centro, la dottoressa Clara. La riconosco senza conoscerla e lei, in corridoio, cerca con lo sguardo l'unica utente italiana con cui (credo) abbia appuntamento. Si scusa per il lieve ritardo; io mi alzo, mi presento e chiedo di poterle parlare brevemente. Entriamo in ufficio, la dottoressa mi fa accomodare sulla poltroncina di fronte alla sua scrivania e scambiamo alcune battute di presentazione. Chiedo quasi subito di poter stare nella stanza adibita all'accoglienza delle utenti. La considero una richiesta più cortese che formale, dato che gli accordi presi in sede di negoziazione dell'accesso prevedevano la mia presenza nella stanza in questione.

La dottoressa Clara respira profondamente:

Ecco, è proprio qui che dobbiamo arrivare. Ho incontrato il suo collega la settimana scorsa e purtroppo non sono riuscita a parlare bene del problema privacy.

Parla sorridendo, mentre mi spiega che la mia presenza al Centro non è stata negoziata in tutti i suoi aspetti.

Io direi che per oggi Lei può rimanere in sala d'aspetto, può parlare con la mia tirocinante di psicologia per ottenere delle informazioni sul servizio che offriamo. Sa, il tavolo [all'interno dell'ufficio di accoglienza] è rotondo, occupa quasi tutto lo spazio disponibile, lo spazio è poco e poi magari spiego meglio anche a loro [addette all'accoglienza e mediatrici culturali] di che cosa si tratta.

Io specifico che la *privacy* dell'utenza verrà rispettata in tutti i suoi aspetti e che non annoterò i nomi di nessuna persona, ma lei risponde che *il colloquio che avviene lì dentro è una cosa molto delicata*. A questo punto mi appello al fatto che la ricerca sia stata commissionata dalla Regione Emilia-Romagna e sia rivolta allo studio dei processi organizzativi che scandiscono le traiettorie di accesso ai servizi. Lei annuisce: *Certo, lo so, ma il colloquio [di accoglienza] rimane sempre un momento delicato*. Mentre parla si alza e io intuisco da questo movimento che la mia negoziazione è terminata senza che l'esito sia in qualche modo a mio vantaggio. Per oggi dovrò rimanere in sala d'attesa, nella speranza di poter assistere il giorno successivo al corso pre-parto per donne arabe, come da accordi presi in precedenza.

Mi rassegnò, questo primo giorno servirà per riconoscere i visi delle operatrici e le loro modalità di relazionarsi con le utenti in attesa.

7.1.1. Breve dialogo con una tirocinante

Incontro una delle due tirocinanti di psicologia presenti al Centro. Mi racconta di aver scelto questo luogo per la peculiarità del servizio offerto alle donne straniere e anche perché è l'unico Centro di questo tipo presente sul territorio nazionale. Mi dice che accoglienza, ginecologia, pediatria e medicina di base sono i servizi offerti dal Centro, ma aggiunge che non è insolito che l'utenza si rechi lì perché non sa dove rivolgersi altrimenti, e anche per problemi non direttamente attinenti ai servizi alla salute. Spesso infatti si tratta di donne straniere, arrivate da poco in Italia, con difficoltà di comprensione della lingua, che chiedono come ottenere i documenti necessari alle cure sanitarie - a volte ignare del fatto che il servizio offerto dal Centro non è vincolato al possesso di documenti regolari. Nel caso in cui le persone non possano essere direttamente aiutate dal Centro, vengono inviate al Servizio A o al Pronto soccorso dell'ospedale. Mi spiega che una volta il tesserino STP veniva rilasciato solo dal Servizio A, mentre ora è emesso dall'Anagrafe sanitaria; è necessaria soltanto una richiesta medica.

Le chiedo attraverso quali modalità le utenti possano avere accesso ai servizi del Centro e la tirocinante risponde che l'accesso può essere diretto (e quindi l'utente arriva e aspetta il suo turno) oppure tramite appuntamento (che può essere concordato al telefono o in seguito a un colloquio con le addette del Centro). Aggiunge che in accoglienza ci sono un'assistente sanitaria di base e due mediatrici culturali. O meglio, le mediatrici sono quattro (una per l'arabo e il francese, una per il cinese e l'inglese, una per il russo e una per il rumeno), ma sono presenti a turno nei diversi giorni della settimana. Le utenti che vengono dal Bangladesh o dal Pakistan sono quelle con cui le mediatrici incontrano maggiori difficoltà di comprensione, in quanto tali persone molto spesso non sanno parlare inglese e al Centro non c'è nessuno che possa relazionarsi con loro nella loro lingua d'origine. La tirocinante aggiunge che in ogni caso all'utenza che si rivolge al Centro si cerca sempre di far effettuare una visita medica, per comprendere il problema della persona,⁵⁷ oltrepassando così le difficoltà di linguaggio. Aggiunge poi che i mediatori pakistani e del Bangladesh ci sarebbero e potrebbero essere contattati attraverso l'Azienda USL di riferimento; ma essendo considerati come portatori di una prestazione esterna al Centro, vengono calcolati come professionisti extra budget: ciò significa che non sono mai contattati, date le ristrettezze economiche del Centro.

La tirocinante deve continuare con il suo lavoro (penso stia archiviando delle cartelle cliniche); la lascio ai suoi impegni ed esco ad osservare la sala d'attesa.

⁵⁷ L'uso del termine persona è molto diffuso qui al Centro. Non si parla mai delle donne in qualità di pazienti da curare, ma in termini di persona da conoscere in tutti i suoi aspetti.

7.2. Gestire l'attesa e l'accoglienza

Mi siedo accanto a una donna africana che sta armeggiando con il telefono cellulare (sta inviando degli sms). Il divieto dell'uso dei cellulari è esposto su tutti i muri del corridoio, perché sia visibile da ogni angolo in cui le utenti scelgano di sedersi. È improbabile che non venga notato, dato che è tradotto in tutte le lingue;⁵⁸ tuttavia poche persone rispettano la regola.

Ad un certo punto, qualcuno telefona alla signora africana accanto a me. La sua suoneria è particolarmente squillante, come anche il suo tono di voce. Un'operatrice esce dall'ufficio accoglienza per dirle che dovrebbe spostarsi e uscire, se vuole continuare a parlare. Le indica i divieti, dice con tono pacato: *Qui non si può parlare*. La signora abbassa il tono della voce, accenna un sì con la testa, saluta l'interlocutore all'altro capo del telefono e spegne il cellulare (nel frattempo, l'operatrice riconosce una delle utenti presenti e le dice che la dottoressa arriverà subito).

L'atteggiamento dell'operatrice nei confronti dell'uso del cellulare in corridoio rimarrà sempre lo stesso nel corso della settimana. Invita cortesemente le signore a lasciare il corridoio per spostarsi fuori anche se, in alcuni casi, lascia correre nonostante l'infrazione della regola.⁵⁹ Ho osservato che anche altre operatrici sono attente a questo aspetto e adottano la stessa modalità di interazione. Fare in modo che il divieto dell'utilizzo del telefono cellulare venga rispettato, si costituisce come una delle azioni maggiormente ricorrenti e ripetitive.

Tra l'altro nel corso della settimana lo squillare di un cellulare è stato anche all'origine dell'unico rimprovero autoritario nei confronti di un'utente a cui io abbia assistito.

Di fronte agli ambulatori adibiti alle visite pediatriche squilla il cellulare di una signora, a volume alto. Io sono seduta di fronte all'utente (do le spalle agli ambulatori), non riesco a vedere chi esca dalla porta nel momento in cui suona il telefono, sento solo una voce maschile dire in tono autoritario:

Signore, non si possono usare i cellulari, li tenete spenti per favore? Spenti!

Pone l'accento su quest'ultima parola. Le donne rimangono in silenzio e io annoto l'unico momento in cui un addetto al Centro mi è sembrato irritato nei confronti delle utenti. Il motivo per cui i cellulari debbano rimanere spenti non è citato negli avvisi del divieto, ma la dottoressa Clara mi fornisce direttamente una spiegazione concreta. Passando in corridoio, infatti, mi vede prendere appunti; si siede accanto a me e domanda con un sorriso come stiano andando le cose. Ad un certo punto, alla già citata signora africana suona nuovamente il telefono. La dottoressa si gira verso di lei e poi verso di me, dicendo che, *per esempio, a questa ragazza si dovrebbe dire di non usare il cellulare*. Appena la ragazza termina la conversazione, la dottoressa la informa cortesemente che il cellulare va tenuto spento poiché interferisce con il corretto uso dei macchinari negli ambulatori.

⁵⁸ Peraltro, il disegno di un telefono sbarrato da una linea rossa è un simbolo comprensibile ai più.

⁵⁹ Si tratta di persone che sono molto discrete nelle loro conversazioni telefoniche o che mantengono un tono di voce basso.

Continuo a conversare con la dott.ssa Clara, che mi racconta come il Centro sia sorto per sua iniziativa.

Il Centro l'ho aperto io nel '91, non ne esistono altri in Italia di questo tipo. Si tratta di un servizio pubblico che cura non soltanto il sintomo, ma cerca di vedere la situazione delle persone in generale.

Le domando in che modo le persone riescano a venire a conoscenza del servizio. Risponde che molte vengono indirizzate dal loro medico curante, il quale molto spesso *non ne vuole sapere*. C'è stato poi il suo impegno in prima persona: ha chiesto a tutte le comunità di migranti presenti sul territorio cittadino se si avvertisse l'esigenza di un servizio di questo tipo. Ma, soprattutto, c'è il passaparola tra le donne migranti, che sembra essere il mezzo di diffusione più efficace.

La dottoressa va via (la chiamano dall'ufficio) e io rimango in corridoio ad osservare. Dalla stanza dell'accoglienza esce Pavla, la mediatrice russa. La vedo sorridere, anche lei come le altre, e avvicinarsi a un'utente che (penso) riconosca. Mentre le parla in russo, una donna italiana si alza per chiederle alcune informazioni. Vorrebbe sapere le modalità da seguire per far effettuare una visita a una signora straniera senza libretto sanitario. Pavla risponde che per queste cose è meglio aspettare di entrare in ufficio accoglienza per avere una maggiore *privacy*.

La signora italiana si siede nuovamente in attesa, ma non appena nota che viene ricevuta un'altra signora africana prima di lei, ha un gesto di stizza. Dice a voce alta: *Ma non c'è la fila?* (forse non si è accorta che la signora africana era comunque in attesa prima di lei). A questo punto, un'altra donna straniera in attesa da un po' si alza e si avvicina fisicamente alla porta d'entrata dell'ufficio accoglienza. Rimane lì in piedi e, dopo qualche istante, anche la signora italiana si alza e si avvicina alla porta, con un'espressione contrariata. Poco dopo Miriam (un'operatrice) esce dall'accoglienza e fa entrare l'utente straniera, contribuendo ad accrescere la stizza della signora italiana che immediatamente si lamenta: *Ma non c'è la fila qui?* Miriam le spiega cortesemente che potrà parlare con Chantal (un'altra operatrice) non appena questa si libererà e la chiamerà. La signora aggiunge: *Ma come si fa ad aspettare così tanto? Qui non c'è la fila!* Miriam, senza il sorriso, risponde: *Qua è così*.

Passano quindici minuti e Chantal esce per informare la signora italiana che prima di lei c'è un'utente con l'appuntamento. Chantal chiude la porta alle sue spalle e la signora comincia a parlare da sola a voce alta:

Ma come funziona questo posto? Mi sembra ingiusto aspettare! Questo posto funziona a cavolo.

Passeggia nervosamente in corridoio, nel raggio di 2 metri, per non allontanarsi mai dalla porta. Non appena la chiama per farla entrare, Chantal le spiega che tutte le signore prima di lei avevano l'appuntamento. La accoglie comunque, anche se forse non è il suo turno e nel giro di trenta secondi la signora esce dall'ufficio dell'accoglienza con un biglietto in mano.

La scena dà il via alle lamentele di un'altra signora maghrebina. La sento dire una frase a me incomprensibile nella sua lingua. Ha un tono secco e arrabbiato e continua in italiano:

Aspetta un po', aspetta un po'... e poi mi fanno stare qui una giornata.

Due ragazze sedute di fronte a lei le chiedono se abbia l'appuntamento e lei risponde di

sì, per le 15... e adesso sono le 16... e perché mi devono far venire alle 15 se poi mi fanno entrare alle 17? (la signora verrà ricevuta poco dopo)

Alle 17.20 in corridoio non c'è più nessuno. Il Centro chiude alle 18; la porta dell'ufficio accoglienza è aperta. Vedo le operatrici sistemare cartelle cliniche e scrivere sull'agenda degli appuntamenti. Domando se posso porre loro alcune domande e per la prima volta oltrepasso la soglia della stanza in cui si svolge l'accoglienza delle utenti. La stanza è di piccole dimensioni; in mezzo c'è un tavolo rotondo con tre sedie, su un lato un armadietto per le cartelle archiviate e sull'altro (alle spalle della postazione dell'assistente sanitaria che si occupa dell'accoglienza) una serie di cassetti adibiti all'archiviazione di cartelle e documenti.

Chiedo a Chantal quale procedura regoli l'attesa e la presa in carico delle utenti. Continuando a sistemare cartelle cliniche, lei risponde che tutto dipende un po' dalla situazione contingente.

Nel caso di accesso diretto, l'attesa delle utenti varia in conformità al numero delle persone che hanno già fissato l'appuntamento. Se invece l'utente ha già l'appuntamento, di solito si presenta in un giorno e a un orario stabilito. È prevista la possibilità di fissare un appuntamento via telefonica, ma a volte, nei casi più complessi, si preferisce far venire l'utente per un colloquio personale. La maggior parte delle volte, comunque, le persone comprendono i lunghi tempi d'attesa senza lamentarsi eccessivamente.

Miriam aggiunge che accade spesso che le persone si rivolgano al Centro perché lo individuano principalmente come un punto d'ascolto. In accoglienza le persone riferiscono i loro problemi e talvolta il Centro le re-invia ad altri servizi sanitari (tra i più comuni, gli invii all'ospedale per le analisi del sangue).

Che il Centro funga anche da punto d'ascolto, in ogni caso, non è vissuta dal personale come una mansione ulteriore a cui adempiere, quanto piuttosto come una di quelle attività necessarie per creare un contesto di accoglienza in cui l'utenza si senta a proprio agio. La persona viene considerata in quanto portatrice di un bisogno. Se questo bisogno sia relativo alla psiche o a ottenere documenti necessari alle cure mediche, poco importa. Si tratta di una visione olistica dell'essere umano. Quest'ultima non è un'enunciazione della *mission* o una comunicazione promozionale del Centro, è l'opinione di Miriam. Aggiunge, però, che nel caso dell'etnia cinese non è facile neppure stabilire un primo contatto interpersonale.

Le persone in corridoio stanno in silenzio, anche quando si chiede loro, nella loro lingua, di che cosa hanno bisogno. La lingua non è solo un mezzo di comunicazione, ma pensiero.

Nonostante l'impegno delle operatrici, ho assistito a un caso in cui una signora - penso di origini albanesi - si lamentava dei lunghi tempi d'attesa in maniera piuttosto energica, mettendo in discussione le pratiche di accoglienza del Centro.

È martedì mattina, le 11 circa. La signora, mia vicina di sedia, si alza e dice a voce alta:

Adesso mi incazzo, sono qua da mezz'ora... cosa faccio? ... entrano tutte, vedrai come mi incazzo con queste sceme qua...

Non riesce a terminare la frase perché Pavla, di passaggio in corridoio, assiste alla scena e interviene:

Devi smetterla di avere questo atteggiamento... e qui si parla piano... queste signore hanno tutte l'appuntamento. Se non ti sta bene vai via, te lo dico!

La signora risponde: *Non hanno l'appuntamento!* Pavla: *Sì, ce l'hanno... Senti... questo è il mio lavoro ok? Vai pure via se vuoi.* Pavla è alterata ma il suo tono di voce è comunque composto, riesce a mantenere la calma. Rientra in accoglienza e la signora, sedendosi, commenta: *Rompono queste qua...* Poi, si rivolge a me e ripete:

Ti giuro, adesso mi incazzo, la picchio... vuoi vedere cosa faccio? Sono grosse puttane queste qua. Chiamano solo quelle della loro razza. Quando lavori, lavori per tutti, non solo per quelli della tua razza... stronza... la picchio...

Dall'ambulatorio di ginecologia esce Kate, la ginecologa, per dirigersi verso l'accoglienza e la signora albanese si alza per fermarla. Le chiede quando potrà entrare, visto che aspetta da due ore. Kate le consiglia di mantenere la calma, di parlare piano e di seguirla. La fa entrare in accoglienza. Escono insieme dopo due minuti e la signora albanese sorride.⁶⁰

Il martedì, oltre ad essere caratterizzato da questo breve momento di tensione, avrebbe dovuto essere per me il giorno in cui assistere al corso pre-parto per donne arabe. Questi erano gli accordi presi la settimana precedente al momento della negoziazione dell'accesso, e confermati dalla dottoressa Clara nel corso della prima giornata di osservazione. Alle 10.30, ora di inizio del corso, sono ancora seduta in corridoio e ciò mi insospettisce non poco. Sono in attesa di Alia, la mediatrice araba, che dovrebbe accompagnarmi al corso. Alle 10.50 Alia arriva e mi dice che posso seguirla. Saliamo

⁶⁰ L'utente ha individuato la causa dei lunghi tempi d'attesa nell'appartenenza a un gruppo etnico piuttosto che a un altro, ma non penso sia così. L'unica mediatrice culturale straniera qui al Centro è Alia, di origine marocchina. Lei si occupa quasi esclusivamente delle utenti arabe, come è naturale che sia, data l'organizzazione del Centro. Le altre mediatrici sono italiane, gli unici utenti italiani sono i genitori adottivi che fanno riferimento alla dottoressa Clara e quindi è poco probabile che si verifichino discriminazioni di razza. Pavla non stava accogliendo nessuna utente italiana né tanto meno utenti russe (nel caso in cui la signora intendesse alludere al fatto che vengono accolte soltanto le donne che hanno una mediatrice culturale che parla la loro lingua). Credo che i fatti siano andati così: la signora non aveva l'appuntamento, stava cercando un capro espiatorio che la aiutasse a sopportare il tempo d'attesa e le fornisse la possibilità di ridurlo. Infatti, è riuscita nel suo intento quando Kate l'ha accompagnata in accoglienza.

le scale che portano ai diversi settori presenti nel Poliambulatorio di Via D; Alia bussava a una porta a vetri e, non appena questa si apre, intravedo una decina di donne sedute in circolo, sul pavimento di una grande aula adibita a palestra sportiva. Kate esce dalla stanza, Alia le dice che gli accordi presi con la dottoressa Clara prevedono la mia presenza al corso. Kate rimane in silenzio per un attimo, pensa a qualcosa e mi guarda, poi dice che c'è un problema in quanto oggi si sta svolgendo il primo incontro del corso. Si parla di vissuti intimi, e Kate si rende subito esplicita:

Mi sento in imbarazzo... io non sono una politica, quello che devo dire lo dico, preferisco che tu non assista.

Quando provo a rispondere che avevo preso degli accordi con la dottoressa Clara, Kate aggiunge:

Io sono in imbarazzo e mi scuso... avevo chiesto che potesse venire una mia collega ostetrica e Clara mi ha detto di no. E adesso? Non è per fare una ripicca, però sai... immagino che tu, ai bassi ranghi come me, subisca tutte le situazioni più difficili.

Scendiamo le scale, Alia rimane con le partorienti e io mi avvio con Kate verso l'ufficio della dottoressa Clara. Entra prima Kate da sola e poi se ne va perché la aspetta il suo corso. Poi entro io. La dottoressa Clara è seduta dietro la scrivania, mi fa accomodare e mi spiega che il primo incontro del ciclo è piuttosto delicato e quindi, di comune accordo con Kate, preferisce evitare che io assista. La dottoressa dice di non essersi ricordata che questo fosse proprio il primo incontro di un ciclo di sette, altrimenti mi avrebbe avvisato prima: *Lei cosa dice? Ne prende atto?* Io prendo atto, ma ne approfitto per tentare un'ulteriore mediazione e chiedere se, almeno nel pomeriggio, potrò assistere all'accoglienza. La risposta che ottengo è:

Per ora rimanga in corridoio, torni qui alle 15, venga da me e io predispongo tutto.

7.2.1. L'accoglienza

Alle 15, speranzosa, sono in sala d'aspetto, di fronte all'ufficio della dottoressa Clara. Accanto a me è seduta una coppia di genitori italiani, con un bambino biondo di circa cinque anni. Aspettano la dottoressa Clara che, non appena ritorna, mi concede due minuti prima del colloquio con la coppia per dirmi:

È meglio che Lei non entri adesso, stia qui ancora un attimo, si sieda... poverina, come la tratto male! Come vede la situazione della sala d'attesa è cambiata oggi pomeriggio... Questo è un bambino straniero, come ha potuto vedere... su appuntamento, naturalmente... come vede la mediazione qui è estremamente complessa.

Detto ciò, la dott.sa Clara si gira verso la coppia di genitori italiani e li fa entrare nel suo ufficio. Capisco soltanto che mi aspetta una nuova attesa e quando alla fine del colloquio, dopo circa un'ora, entro nel suo ufficio per una nuova mediazione, la dottoressa mi racconta un recente episodio.

Sa, dopo che Attila è stato qui [la settimana precedente], è arrivata una circolare normativa sulla privacy. Stamattina c'era qualcuno qui tra gli operatori, che non voleva chiamare per nome le persone, pensi a che livello siamo arrivati! È chiaro che qui il momento dell'accoglienza è un momento di vera visita e non di accoglienza da sportello come al Pronto soccorso. Qui la donna arriva, parla dei suoi problemi... qui non funziona con il numero.... Comunque, lei di attese qui ne ha viste molte, no?! Avrà capito un po' come funzionano...

La dottoressa Clara esce dalla stanza, si reca nell'ufficio di accoglienza, e quando torna dice:

Sono riuscita ad ottenere una mediazione, Alia adesso La farà entrare quando le sembrerà opportuno e quando le situazioni le sembreranno calme... perché qui non si tratta di "mi sono rotto un braccio".

Alle 16.30 Alia mi fa entrare in accoglienza. L'ufficio è rimasto piccolo come l'avevo visto lunedì e le mediatrici mi fanno accomodare su una delle tre sedie. I primi venti minuti trascorrono ad osservare Miriam e Alia che sistemano le cartelle cliniche delle utenti, mentre l'addetta all'accoglienza scrive sull'agenda degli appuntamenti. A turno rispondono alle telefonate che arrivano e proseguono trascrivendo dati sulle cartelle cliniche o sulle agende; la porta rimane socchiusa.

Ad un certo punto, entra una donna araba. Parla con Alia che, dopo poco, consegna all'utente un foglietto degli appuntamenti, rigorosamente nella sua lingua.⁶¹ La donna va via, mentre Alia scrive sull'agenda la data d'appuntamento fissata.

Successivamente, entra una ragazza giovane, si siede e aspetta. Alia sta cercando la sua cartella clinica nell'archivio, ma non la trova subito e la ragazza rimane in attesa in silenzio. Lucia continua a scrivere sull'agenda e Alia si rivolge alla ragazza in italiano (non riesco ad intuire quale sia la sua lingua madre, la ragazza non ha tratti somatici particolarmente marcati). Alia suggerisce alla ragazza di andare in ospedale con i documenti che le sta consegnando. Aggiunge che le servono il tesserino sanitario,

⁶¹ Il materiale cartaceo a disposizione delle utenti del Centro è composto da:

- fotocopie in cui vengono riportati gli orari di apertura degli ambulatori dell'Ospedale Y (il più vicino al Centro) e dei consultori presenti nella città;
- una cartina del centro;
- una mappa disegnata a mano con spiegazioni per raggiungere la via (in lingua rumena);
- gli orari del Servizio A e del distretto dell'Azienda USL;
- i numeri di telefono delle anagrafi di riferimento presenti sul territorio;
- un foglio indicativo per il trattamento antiscabbia in cinese e uno informativo sulla gratuità dell'esame pap test.

Vi sono inoltre una fotocopia del logo del Centro, un modulo di raccolta dati in italiano, una scheda personale consegnata alle madri durante la visita pediatrica, un promemoria italiano tradotto in cinese, inglese, francese e arabo con informazioni sui documenti necessari per l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale dei cittadini stranieri e un manifesto d'intenti in lingua italiana scritto dalla dottoressa Clara sull'all'attivazione del Servizio materno-infantile.

il passaporto e i documenti appena consegnati. La ragazza annuisce e va via. Lucia e Alia continuano a sistemare cartelle, Miriam si assenta un attimo. La porta dell'accoglienza resta chiusa e le due parlano tra loro (a bassa voce) degli appuntamenti da fissare.

Dopo 10 minuti bussa una signora cinese. Chiede di Miriam e, vedendo che in questo momento non c'è, dice in italiano di essere venuta per *fare vedere il pancione*. Lucia le spiega che le visite per la gravidanza sono state effettuate stamattina, il pomeriggio c'è solo la pediatria. La signora dice sorridendo: *Ah, solo bambini...* Un'operatrice le dice: *Comunque se vuoi aspettare, Miriam adesso arriva, è di là in ambulatorio*. La signora decide di aspettare e rimane in piedi sull'uscio. Alia arriva quando la ragazza sta per tornare in sala d'attesa e le due conversano in corridoio.

Poi, Miriam entra in accoglienza con un'altra signora cinese; Miriam consegna alla signora un foglio degli appuntamenti in cinese; la donna saluta e va via.

La porta rimane aperta e Miriam armeggia con la cartella clinica di una ragazza che è entrata in questo momento, dicendo di avere un appuntamento. La ragazza si siede e Miriam chiede ad Alia dove siano state messe le analisi della ragazza. Le cercano assieme e le trovano in uno dei cassetti dell'archivio posizionato di fronte all'entrata; le analisi vengono consegnate alla ragazza, che esce dall'accoglienza.

L'utente successiva è una donna cinese. Parla con Miriam; è incinta e penso sia qui per fissare un appuntamento ginecologico. Miriam, dopo una breve conversazione, le consegna l'abituale foglietto scritto in cinese che riporta una data e un orario.

Sono le 17.30 e in sala d'aspetto sono rimaste solo due mamme con bambini che aspettano il momento di una visita pediatrica. Nei successivi trenta minuti non entra più nessuno nell'ufficio e, quando alle 18 il Centro chiude, termina anche il mio permesso di assistere all'accoglienza, non soltanto per oggi ma per tutta la settimana.

7.3. Gestire il gruppo di lavoro

Il personale del Centro, dalle 8.30 alle 10.30 del venerdì, si riunisce nell'ufficio della dottoressa Clara per discutere dei casi più complessi della settimana e per prendere decisioni in merito agli impegni futuri del servizio. Alla riunione a cui assisto, sono presenti tre mediatrici (Alia, Miriam, Kate), la ginecologa, la dottoressa Clara e due tirocinanti di psicologia. Secondo l'ordine del giorno, il primo punto da discutere riguarda la possibilità di ospitare una tirocinante di una laurea in scienze infermieristiche che fa una tesi sulla gravidanza delle donne arabe. La dottoressa Clara parla guardando Kate, che è la tutor per i tirocini: dice di essere propensa ad accettare la domanda della tesista, ma vorrebbe prima ascoltare il parere di Kate. È caldo nell'ufficio e Kate si sta facendo un po' d'aria con un ventaglio; rimane in silenzio per un secondo e poi il ventaglio si ferma e Kate, scuotendo la testa, dice che *non c'è spazio*. La dottoressa risponde:

Ti sembra il tipo di tirocinio che non rispetta la privacy? Tra l'altro la ragazza è marocchina.

Kate risponde che

non si tratta di privacy, ma di strutture, l'ambulatorio di ginecologia è troppo piccolo, l'accoglienza anche, e poi, può stare in accoglienza questa ragazza? [il suo sguardo adesso è rivolto verso di me].

La dottoressa Clara si irrita:

Kate, non mi fare arrabbiare, la questione della privacy in questo caso si può superare, la struttura è questa ed è stata giudicata idonea per questo tipo di cose e poi questa è la NOSTRA struttura. Tra l'altro, la ragazza è marocchina, rimarrebbe solo due settimane e pensavo fosse di vostro interesse seguire questo tipo di cose [la dottoressa dice "vostro", ma guarda sempre e solo Kate], *a lei non importa dell'accessibilità dei servizi* [questa volta guarda me].

A questo punto, Kate domanda:

Dove sta fisicamente? Perché se deve stare con noi tutto il tempo io non sono d'accordo, può stare in accoglienza?

La dott.sa Clara appare sempre più indispettita:

Sì, certo. Può vedere un colloquio, ma non è che deve vederli tutti, il tirocinio non è sulla disuguaglianza di accoglienza e l'accessibilità ai servizi.

Interviene la ginecologa, anche lei non sembra d'accordo. Dice che i dati sulle donne arabe sono disponibili nelle statistiche e che in ambulatorio gli spazi sono troppo ridotti, quindi la presenza di una ulteriore persona non è proponibile. La dottoressa Clara insiste:

Ripeto, questo tirocinio non è sulla funzionalità dei servizi, questa non è una cosa di primo livello... che non se ne può più... lo sai anche tu, non è che ve lo devo sempre ripetere, è a livello di ASL, di azienda, non è una cosa che mi ha chiesto l'università [indicandomi con lo sguardo].

La dottoressa Clara esplicita ulteriormente la situazione: l'AUSL, in qualità di azienda, prevede un numero di *stage* da rispettare e fornisce indicazioni rispetto a chi ospitare e *ha dato a disposizione questa struttura, allora?*

Nel corso della discussione, le mediatrici culturali non esprimono la loro opinione, nonostante Kate la ricerchi. Soltanto Miriam dice qualcosa a proposito e fa capire che si tratta di una decisione che solo Kate può prendere. Kate non è soddisfatta ma accetta.

La dottoressa Clara conclude con questa affermazione:

L'obiettivo di un tirocinante può essere dato da noi, può essere utile a noi. Allora do la conferma.

Ora la dottoressa si aspetta delle domande da me. La prima è sufficiente per innervosirla. Quando chiedo il motivo per cui l'utenza ritorna al Centro e se esista una convenienza di tipo economico che spinge le utenti al ritorno (dato che frequentare il Centro offre la possibilità di evitare spese di tipo sanitario), risponde senza lasciare spazio alle altre presenti: *Credo che Lei possa dedurlo da sola.* Provo a ribattere che io non sono qui per dedurre, ma per raccogliere osservazioni e opinioni, specificando come la domanda non volesse essere provocatoria.

La dottoressa Clara dice che il dato di *turnover* dell'utenza (tra il 70% e l'80%) può bastare per rispondere alla provocazione. Io annuisco e Miriam mi spiega che non crede che i ritorni siano dettati dalla convenienza economica, in quanto gli esami per la gravidanza in Italia sono gratuiti per tutte le donne e la maggior parte delle utenti del Centro sono in attesa di un figlio. Inoltre, l'autocertificazione di indigenza è valida per ottenere la gratuità delle prestazioni sanitarie, italiane o straniere che le donne siano.

Non credo che le persone ci marcino, non è divertente sopportare le lunghe attese del Centro, se vengono è perché c'è un motivo, dato dal fatto che si relazionano con noi. È importante, sappiamo la loro lingua... una struttura di questo tipo non è presente sul resto del territorio e la risposta ai bisogni qui è olistica.

Miriam ha il tono pacato di chi sa calmare gli animi e la dottoressa Clara, forse rinfrancata, aggiunge che devo aver fatto questa domanda perché *la spesa economica è uno dei leitmotiv dei dirigenti dell'azienda.*

Il gruppo di lavoro prosegue con i punti all'ordine del giorno. Si parla della determinazione dei turni delle prossime settimane, della trascrizione di alcune interviste e del caso di una donna. La ginecologa riferisce alla dottoressa Clara che la signora in questione sta attraversando un momento critico della sua permanenza in Italia, con un compagno che la spinge alla prostituzione e una gravidanza interrotta di recente. Si parla della particolare attenzione da dedicare all'utente, in modo da proteggerla nella misura più ampia possibile dal rischio di una depressione che la spinga a compiere pericolose azioni contro se stessa.

La dott.sa Clara ha però un appuntamento, deve andare via e la riunione si conclude.

7.4. Riflessioni conclusive

La limitata possibilità di osservazione della vita quotidiana del Centro (al di fuori della sala d'aspetto) rende azzardato qualunque tipo di interpretazione e/o categorizzazione delle pratiche e delle traiettorie organizzative. Consapevole della assoluta parzialità dei momenti e degli spazi organizzativi osservati, e senza alcuna pretesa di generalizzazione, vorrei in ogni caso dedicare una parentesi conclusiva ad alcune brevi considerazioni.

L'esiguo numero di persone che quotidianamente si reca al servizio, unitamente all'attenzione *ad personam* che ne caratterizza l'orientamento organizzativo, mostra come l'accoglienza non segua modalità prestabilite, ma piuttosto basate sul singolo caso. La matrice più comune è quella che vede l'utente di una determinata etnia interagire con la mediatrice culturale di quel ceppo linguistico. La definisco un'interazione e non un'intermediazione poiché le mediatrici culturali non si occupano di riferire i sintomi o le problematiche dei singoli individui all'assistente sanitaria presente in accoglienza (per lo meno nelle situazioni alle quali è stato possibile partecipare), ma ascoltano l'utente e decidono il da farsi. In tre casi su sette si è trattato di fissare un appuntamento e le mediatrici hanno portato a termine il momento dell'accoglienza da sole, consegnando alle utenti un foglietto con le date d'appuntamento corrispondenti.

Un'interazione così stretta con l'utenza è frutto di una scelta del Centro e dell'esperienza delle mediatrici culturali rispetto alle situazioni che devono gestire. Inoltre, penso vi siano anche delle ragioni pratiche dietro questa scelta: per una persona che non parla la nostra lingua, è più fluido relazionarsi a un'unica persona che parla la sua stessa lingua, senza l'intromissione di un intermediario a cui tradurre e spiegare tutta una serie di particolari. Si è visto come nel caso della cultura cinese, in particolare, la riservatezza sia una delle caratteristiche prioritarie da rispettare nel corso dell'interazione e come il linguaggio rivesta una complessità simbolica, prima ancora che grammaticale. Come affermato da una mediatrice, “La lingua è pensiero”.

Rispetto alle modalità di accesso da parte dell'utenza e di accoglienza da parte del personale del Centro, spero che le note etnografiche restituiscano l'esplicita attenzione che gli attori organizzativi riservano a questo processo, unitamente al più generale tono di gentilezza e cortesia che l'organizzazione cerca di trasferire in questo momento di interazione/incontro con l'utenza. Le mediatrici e le altre addette al Centro sorridono spesso; nel caso in cui vengano intercettate dall'utenza, ad esempio mentre si spostano da un ambulatorio all'altro, non rifiutano mai una risposta gentile; spesso riferiscono che dei singoli casi è meglio parlare all'interno dello spazio di accoglienza e rassicurano le utenti rispetto al possesso o meno di eventuali documenti e/o permessi di soggiorno (come nell'episodio in cui una mediatrice, ad un'utente preoccupata dal fatto di non possedere neppure la tessera STP, risponde che ciò non ha alcuna importanza, “anzi...”).

L'agire organizzativo degli attori non appare infatti orientato in senso burocratico; anzi, come ribadito più volte da tutti gli attori, prima fra tutti la responsabile del Centro, l'accoglienza di soggetti senza documenti ufficiali per l'accesso ai servizi sanitari è una delle priorità del Centro. L'orientamento alla soddisfazione dei bisogni dell'utenza, che non sono quelli della burocrazia, è ciò che permette l'instaurarsi di un particolare rapporto di fiducia tra organizzazione e utenti, facilitando il rapporto interpersonale e rassicurando i soggetti che esperiscono una condizione di precarietà sociale, prima ancora che sanitaria.

A latere e in conclusione, è però comunque importante sottolineare l'atteggiamento di sospetto e controllo che ha contraddistinto la permanenza della ricercatrice all'interno del Centro. La responsabile del Centro, temendo l'invasione della *privacy* delle utenti, ha esplicitamente negato l'osservazione della dinamica organizzativa che ruota attorno alle concrete pratiche di accettazione, accesso e impostazione di un percorso di cura, suggerendo che l'osservazione delle dinamiche che si sviluppano in sala d'aspetto potesse fornire sufficiente materiale d'analisi. Nell'ottica in cui fare etnografia organizzativa significa innanzitutto rispettare il lavoro e la soggettività degli attori coinvolti, chi ha svolto l'osservazione ha ritenuto prioritario conformarsi a quanto richiesto, poiché sembrava che la presenza di una persona esterna al Centro andasse a interferire in maniera irrimediabile con l'attività di accettazione e di accoglienza delle utenti.

L'osservazione apre in ogni caso una finestra di riflessione su un tema inatteso ma non per questo irrilevante. Soprattutto nell'ultimo episodio riportato, si può notare che la ricercatrice è stata identificata con l'Azienda USL e il suo ruolo, nonché l'interesse della ricerca, sono stati interpretati alla luce del *leitmotiv* della riduzione delle spese da

parte dell’Azienda e, dunque, nell’ottica degli interessi della committenza. Ciò permette di riflettere esplicitamente su come, allora, anche i rapporti interorganizzativi e gli orientamenti politico-economici delle agenzie istituzionali le politiche sanitarie facciano da sfondo alle interpretazioni e alle azioni degli attori organizzativi, vengano re-interpretate da questi ultimi e contribuiscano nel delineare i confini dell’azione delle diverse agenzie.

8. Conclusioni⁶²

Terminato l'*excursus* etnografico delle traiettorie di accesso a diversi servizi sanitari cittadini, si desidera ora recuperare alcuni elementi che emergono dalle realtà osservate. Sino a questo momento si è infatti offerta una lettura orizzontale dei servizi, attenta alle dinamiche e alle caratteristiche proprie di ciascun punto di accesso. In questo Capitolo conclusivo viene invece presentata una lettura trasversale e complessiva della rete dei servizi indagati, soffermandosi sui processi e sulle dinamiche organizzative maggiormente ricorrenti, sulle loro implicazioni in termini di traiettorie di accesso dell'utenza e su come, dunque, tali processi partecipino (o meno) alla costruzione e riproduzione pratica e quotidiana di alcune forme di disuguaglianza.

8.1. Accessi, traiettorie e interstizi

Recuperati sinteticamente i principali elementi emersi dai servizi osservati, se ne fornisce ora una lettura diversa. Sino a questo momento ci si è dedicati a un'analisi centrata sul singolo servizio, al fine di restituire una “descrizione densa” (Geertz, 1973) di ciascuna realtà. Bisogna ricordare infatti che al centro della presente riflessione non sono i servizi in quanto tali, né una loro comparazione, bensì i processi organizzativi che possono causare disuguaglianze nell'accesso agli stessi. Emergono tuttavia dei tratti in comune tra i diversi servizi. O meglio, l'osservazione dei processi organizzativi che regolano gli accessi permette di individuare alcuni elementi trasversali rispetto a tutti i contesti e, dunque, assumibili quali dinamiche di mediazione di essenziale importanza (da un punto di vista organizzativo) per l'accesso alla rete dei servizi sanitari. Questi sono:

- l'accesso come traiettoria;
- la traiettoria come attesa;
- l'attesa come interstizio.

8.1.1. L'accesso come traiettoria

Se solitamente si pensa all'accesso ai servizi come a un meccanismo dicotomico del tipo sì/no, dentro/fuori, un primo risultato della ricerca indica invece, come “dentro” e “fuori” siano gli estremi di un *continuum* all'interno del quale l'accesso oscilla. Quale che sia il punto di accesso che l'utente sceglie di utilizzare (medico di medicina generale,⁶³ CUP, Pronto soccorso, consultorio, Servizio A), infatti, non è detto che una volta ottenuto

⁶² A cura di Attila Bruni, Università di Trento.

⁶³ I medici di medicina generale, quali soggetti organizzativi deputati anche allo snodo dell'utenza all'interno della rete dei servizi, possono essere considerati a tutti gli effetti un punto di accesso.

l'accesso al servizio prescelto, l'utente non incontri nel prosieguo del suo percorso ostacoli, deviazioni e sbarramenti. L'ostacolo più classico è rappresentato dalla simultanea presenza di più soggetti che richiedono l'accesso allo stesso servizio o addirittura alla medesima prestazione. Per rimuovere tale ostacolo, l'organizzazione instaura forme di "ordine locale" (Goffman, 1983), solitamente sulla base di un criterio di urgenza (come nel caso del Pronto soccorso) e/o di precedenza temporale nell'arrivo presso il servizio (come al CUP). In modo forse un po' paradossale, tuttavia, per quanto l'instaurarsi di un ordine locale tenda ad appiattire le possibili disuguaglianze esistenti tra i soggetti all'esterno dell'organizzazione, esso ne introduce di nuove al suo interno. Da un certo punto di vista, non potrebbe essere altrimenti; il problema sorge però laddove si nota che tali ordini locali possono riverberare alcune disuguaglianze e l'agire degli operatori è talvolta orientato più al mantenimento dell'ordine che non alla soluzione dell'accesso dell'utente.

Quali e quante competenze sociali e organizzative siano sottese a (e da) l'instaurarsi di un ordine locale, e come queste facciano da eco delle diverse condizioni di vita dei soggetti, sono elementi che è possibile ritrovare in qualunque dei punti di accesso osservati, ad eccezione del Servizio A. Abilità a metà tra il sociale e l'organizzativo - mettersi in coda, aspettare il proprio turno, essere in grado di rendere conto della propria richiesta di accesso all'organizzazione, essere cortesi, riconoscere il ruolo - sembrano infatti costituire i dati scontati comuni al modello di transazione di servizio (Goffman, 1983) che si ritrova nei diversi punti di accesso. Come rilevato da gran parte della letteratura sulle disuguaglianze (Bimbi, 2003; Saraceno, 2002), peraltro, a tutt'oggi tali abilità appaiono ancora fortemente influenzate da variabili classiche quali classe sociale, livello di istruzione, etnia, genere e generazione. In questo senso, può essere allora importante notare come forse non a caso il Servizio A appare uno dei punti di accesso più praticabili, per quanto caoticamente organizzati: qui le disuguaglianze esistenti tra i soggetti non vengono velate, ma anzi costituiscono l'esplicito oggetto del lavoro della struttura, con la conseguente possibilità - per l'organizzazione, ma anche per gli utenti - di rendere tali disuguaglianze manifeste nell'ordine locale che si instaura.

Un discorso simile vale anche per l'orientamento degli operatori nel privilegiare il mantenimento dell'ordine organizzativo sulla risoluzione del problema dell'utente. Nelle dinamiche - e difficoltà - di accesso ai diversi servizi, infatti, è possibile notare che la soddisfazione del problema del paziente è subordinata al mantenimento dell'ordine locale; ossia, per gli attori organizzativi è prioritario poter rendere conto della propria azione in riferimento ai criteri ordinatori decisi dall'organizzazione. Ritorna anche in questo caso una considerazione già presente in gran parte degli studi sociologici che hanno analizzato il lavoro quotidiano dei clinici (Berg, 1997; Garfinkel, 1967; Strauss *et al.*, 1985; Sudnow, 1967), cioè l'importanza che per gli attori riveste il riuscire a standardizzare i diversi problemi dell'utenza nei termini delle *routine* organizzative esistenti.

Tematizzare il dentro e il fuori della rete dei servizi sanitari in termini estremi di un *continuum* permette anche di esplicitare come le maglie di questa rete siano elastiche, estese, ma allo stesso tempo precarie. Uno dei risultati positivi che è possibile indurre

da una rilettura complessiva delle osservazioni è infatti che sono davvero rarissimi i casi di impossibilità assoluta di accesso ai servizi, poiché anche categorie di utenti a rischio e/o che non avrebbero diritto all'accesso alle prestazioni sanitarie possono comunque accedere attraverso servizi dedicati (e naturalmente al Pronto soccorso). Il Servizio A e il Servizio E diventano in questo senso dimostrazione di come una rete di servizi possa attivarsi proprio per traghettare un particolare tipo di utenza dall'esterno all'interno della rete stessa. Peraltro, l'immettere nella rete soggetti il cui diritto di cittadinanza (non solo nei servizi) è sin dall'inizio stigmatizzato, coinvolge necessariamente e richiede anche il lavoro di altre agenzie e attori organizzativi. Anzi, da un certo punto di vista questi ultimi sono ancora più importanti, in quanto dalla loro azione spesso dipende la definitiva inclusione o meno nella rete del sistema sanitario. In altre parole, così come il Servizio A e/o il Servizio E possono giocare un ruolo fondamentale nel facilitare l'accesso di soggetti che rischiano altrimenti di rimanere invisibili, il CUP, il Pronto soccorso e/o qualunque altra struttura presso la quale tali soggetti vengano indirizzati hanno il potere di ricollocare in termini marginali il loro accesso. Per quanto elastiche siano le maglie della rete dei servizi, la stabilità delle traiettorie di questi soggetti rimane comunque precaria e costantemente a rischio di venire marginalizzata, a rimarcare come l'accesso ai servizi sia un processo che si compone di più momenti organizzativi.

Si è anche visto che la categoria di paziente scomodo non coinvolge soltanto soggetti stigmatizzati, ma è anche un risultato locale delle interazioni organizzative. Ciò significa che alcuni soggetti (tipicamente: coloro che non riescono ad accedere e continuano a richiedere l'accesso) si costruiscono quali pazienti scomodi proprio lungo la loro traiettoria di accesso; è un processo che può coinvolgere chiunque e che svela come potenzialmente nessuna traiettoria possa dirsi del tutto e/o definitivamente stabile.

È sufficiente poi rivolgere l'attenzione alle attività pratiche che mediano l'accesso ai servizi per ricavare esempi concreti di come i soggetti oscillino tra il dentro e il fuori. L'esempio più immediato è fornito dalla particolare condizione in cui si trova l'utente che si reca al CUP. Questi ha verosimilmente con sé un'impegnativa medica, dunque si può dire che è già dentro la rete dei servizi; ma non è l'impegnativa ad assegnare una posizione all'utente nella coda che si forma al CUP, quindi fino a quando l'utente non prende il numero di attesa, non è comunque in coda e non può avere accesso alla prenotazione. Se quindi un'impegnativa medica colloca gli utenti all'interno della rete, è necessario mettersi in fila per conquistare una effettiva posizione. Ma anche una volta in coda, nulla garantirà al soggetto di riuscire a prenotare la prestazione desiderata, poiché le disponibilità potrebbero essere esaurite o impraticabili per tempi e modalità di fruizione; e anche nel caso in cui il soggetto riesca ad accedere alla prestazione richiesta, nulla garantisce che nell'effettuarla il soggetto non si trovi ricollocato all'esterno della rete (ad esempio, per aver sbagliato nel prepararsi alla prestazione) e/o che qualche altro evento non intersechi la traiettoria dell'utente, sviandola (ad esempio, il giorno dell'appuntamento l'utente è impossibilitato a recarvisi). Simbolicamente (ma non solo), infine, il fatto che neppure la conquista di una posizione nella fila sia sufficiente per garantire ai soggetti la possibilità di prenotare (il CUP chiude ad un determinato orario, indipendentemente dalle persone presenti nei locali e dal loro essere in fila), rende

definitivamente esplicito l'altalenare delle posizioni dei soggetti tra il dentro e il fuori dell'organizzazione. Si tenga presente, inoltre, che al CUP tutto ciò risulta particolarmente evidente per via dell'ordinato processo burocratico che organizza l'accesso degli utenti, ma anche altri servizi offrono esempi di come l'accesso a uno spazio non conduca immediatamente allo spazio successivo. L'accesso al Pronto soccorso è evidentemente composto di più momenti e spazi (edificio, *triage*, corsia, ambulatorio, uscita dal PS stesso), ognuno dei quali può fornire l'occasione per il manifestarsi di qualche criticità, ostacolo e/o deviazione. E in termini ancora più estesi, si è in più parti sottolineato come nessun nodo possa garantire un accesso incondizionato o definitivo e come quindi il lavoro di rete sia estremamente importante per mantenere salde le traiettorie dei soggetti.

Diventa allora importante sottolineare come questo altalenare tra il dentro e il fuori contribuisca non solo nel costruire gli accessi quali traiettorie, ma caratterizzi queste ultime secondo un'importante dimensione: quella temporale.

8.1.2. La traiettoria come attesa

L'elemento temporale appare in tutta l'etnografia come un fattore importante e sembra svolgersi anch'esso lungo un *continuum* i cui estremi sono organizzati attorno a processi di competizione e cooperazione. L'attesa che separa i soggetti dalla prestazione desiderata appare infatti, in tutti i servizi osservati, come uno degli elementi di maggiore criticità, sia per l'organizzazione sia per gli utenti.

Per l'organizzazione, la gestione delle attese dei soggetti è un processo delicato. È proprio nell'attesa, infatti, che più di frequente sorgono frizioni tra utenti e operatori, se non tra utenti stessi; l'attesa inoltre può far sì che i soggetti si allontanino dall'organizzazione o che si distraggano, perdano il loro turno e debbano rimettersi in coda. Il caso più tipico di quest'ultima gamma di eventi è quello di chi, pur avendo effettuato una prenotazione, non si presenta all'appuntamento, sovente senza disdire. Si è cercato di mostrare come questo comportamento improprio sia raramente frutto di una deliberata strategia e trovi molto più spesso la sua origine nei lunghi tempi che separano gli utenti dalle prestazioni (che fanno sì che una buona fetta di utenza dimentichi o confonda la data di appuntamento), nella miriade di eventualità che possono subentrare nel corso dell'attesa e portare l'utente a deviare dalla sua traiettoria (le condizioni di salute dei soggetti possono peggiorare e i soggetti decidono di risolvere in altri modi la loro situazione), nonché in un più generale atteggiamento di sfiducia nei confronti delle tecnologie organizzative (quale il CUP) che dovrebbero gestire gli accessi (con il conseguente disinteresse nel partecipare a un sistema che viene percepito come inesatto e inefficiente). Inoltre, si è visto come siano proprio gli attori organizzativi - e non solo al CUP, per quanto il CUP rappresenti il caso più evidente, essendo il principale luogo in cui recarsi per effettuare una prenotazione - a stimolare un uso casuale dei servizi. Una delle formule linguistiche più comuni a cui ricorrono gli operatori di fronte ad utenti che si lamentano per l'attesa è infatti: *Intanto prenotiamo, ma Lei ogni tanto telefoni per vedere se magari si è liberato qualcosa...*; e anche laddove si riesca a trovare

un posto libero in tempi brevi, solitamente gli operatori sottolineano come questo sia frutto del caso e/o non mancano di complimentarsi con l'utente per la sua fortuna. Analogamente, la risposta che più di frequente i soggetti ricevono al Pronto soccorso sui tempi di attesa, comprende quale corollario la frase: *...sempre che nel frattempo non arrivino emergenze o casi più gravi* e perfino attese molto prolungate (di oltre tre o quattro ore) possono essere motivate nei termini in cui l'utente è stato sfortunato e/o il suo accesso si è verificato proprio nel momento sbagliato.

Ebbene, in tutte queste situazioni e *performance* linguistiche, l'immagine che l'organizzazione fornisce di sé è evidentemente casuale, al punto che lo stesso diritto alla salute sembra assomigliare sempre più a una fortunata coincidenza. Di fronte a tanta incertezza dunque, anche gli utenti imparano a mettere in atto le più varie strategie di accesso (dal verificare di continuo se si è liberato un posto, al cercare di negoziare con il singolo operatore un accesso più spedito) e in alcuni casi rinunciano perfino a gestire la propria traiettoria, essendo questa frutto di una serie di coincidenze. Di questo sono consapevoli anche gli operatori sanitari, per i quali talvolta il ritmo con cui una traiettoria procede può essere oggetto di esplicito interesse e strategia (al PS, ad esempio, i tempi d'attesa sono per gli operatori sia un'occasione per monitorare l'evolversi della situazione del singolo paziente, sia uno strumento per disincentivare gli accessi immotivati).

L'esperienza dell'attesa si rivela portante anche per l'utenza, ma acquista significati ulteriori, che permettono di rendere conto di un processo particolare che si verifica nell'accedere ai servizi. Il fare la coda, indipendentemente dai criteri organizzativi che regolano l'ordine locale (e che possono variare da servizio a servizio: fare la coda al Servizio A non è propriamente la stessa cosa che fare la coda al CUP, che è a sua volta dissimile dai consultori osservati, che tengono a sottolineare come la loro dinamica di accesso differisca da quello del Pronto Soccorso), rende ambigua la posizione dei soggetti. Da un certo punto di vista, essi sono dentro al servizio (ne hanno attraversato le mura e ne hanno accettato le modalità organizzative), ma da un altro punto di vista la loro situazione non è ancora stata vagliata dall'organizzazione, che quindi conserva un certo tipo di diritto di selezione.

In tutti i servizi si è potuto osservare il significato organizzativo dell'attesa per i soggetti coinvolti: attendere significa rischiare di venire esclusi. Il CUP ad esempio chiude a un determinato orario, indipendentemente dal fatto che vi siano ancora persone in attesa; il Pronto soccorso, per quanto sempre aperto, non prevede la presenza costante di tutti i medici specialisti. Il problema inoltre risiede nel fatto che il tempo di attesa non dipende tanto dal numero di persone presenti, quanto dalla velocità della loro prestazione. Quest'ultima a sua volta dipende anche da quanto esperto è l'utente (prenotare una prestazione può richiedere quindici minuti, ma anche quaranta) e genera un atteggiamento talvolta sospettoso e competitivo tra i soggetti in attesa, nonché nei confronti degli operatori. Durante l'attesa infatti i soggetti osservano non solo il comportamento degli altri utenti, ma di tutta l'organizzazione, sino a diventare quasi controllori del lavoro degli operatori e del loro attenersi (o meno) alle regole organizzative. In tal modo, l'attesa diventa un processo tendenzialmente competitivo, con i diversi attori - operatori o utenti - concentrati nel dimostrare ognuno il proprio grado

di *expertise* rimarcando gli errori altrui. Si può osservare a questo proposito come le situazioni più interessanti da un punto di vista organizzativo siano infatti quelle in cui gli attori - utenti e/o operatori - riescono a ribaltare il competere per l'accesso (quale risorsa scarsa) nel cooperare per l'accesso (quale fine comune). Il Servizio A offre l'esempio paradigmatico di tale processo: l'attesa si configura quale momento non esasperato dalla minaccia di un rigido orario di chiusura e che in ogni caso fornisce ai migranti l'occasione per imparare dagli accessi altrui e affinare la propria conoscenza del *network* di servizi e dei processi organizzativi che ne regolano l'accesso.

Il quadro non si semplifica se si prende in considerazione l'attesa in rapporto all'accesso a una precisa prestazione di cui l'utente necessita. Nel caso di prestazioni che interessano grosse fette di popolazione (la dentistica e/o l'oculistica), l'attesa può protrarsi anche per mesi, ma attese prolungate - salvo colpi di fortuna - sono tendenzialmente necessarie per accedere a qualunque cura la cui patologia non comporti un rischio degenerativo. Ai soggetti dunque, prima ancora di comunicare quale sia esattamente la natura del loro disturbo, il sistema organizzativo richiede di aspettare, dando adito talvolta a situazioni curiose in cui è come se l'utente dovesse attendere il giorno in cui effettuare un determinato esame per conoscere le sue condizioni dopo aver atteso il referto, e per sapere quanto - da quel momento in poi - dovrà aspettare per le successive prestazioni, a seconda del rischio degenerativo del suo disturbo.

In un'ottica complessiva, allora, l'attesa si costituisce come uno dei *leitmotiv* dell'esperienza di accesso ai servizi sanitari e sembra diventare parte integrante del percorso dei soggetti: l'attesa non è qualcosa di esterno o aggiuntivo rispetto alla traiettoria di entrata nella rete dei servizi, ma parte integrante della stessa, quasi fosse una forma preventiva di adesione organizzativa che l'intero sistema dei servizi richiede al suo pubblico. In questo senso, è come se il dato per scontato a livello organizzativo riguardasse la disponibilità dei pazienti a delegare ai professionisti del sistema sanitario non solo la cura, ma la gestione del loro tempo.

Alla luce di ciò, si capisce ancora meglio come la gestione dei tempi di attesa si riveli di cruciale importanza per l'organizzazione e soprattutto per gli utenti. Se infatti, per l'organizzazione l'attesa degli utenti può innescare eventi critici e/o situazioni locali di tensione, essa rappresenta comunque un filtro rispetto ai servizi e fornisce l'opportunità per gli attori organizzativi di osservare il comportamento dei soggetti e verificare quanto il loro bisogno sia effettivamente urgente. Si è visto in diversi episodi che questo processo innescava una sorta di selezione naturale degli utenti:

- chi può mobilitare risorse alternative e costruire autonomamente percorsi più spediti, solitamente si attiva in tal senso, indipendentemente dall'urgenza del suo bisogno;
- chi non può mobilitare risorse alternative e giudica la sua situazione scarsamente rilevante, esce dal sistema;
- chi non può mobilitare risorse alternative e giudica la sua situazione grave, tenta di guadagnare l'accesso attraverso tutti i punti di accesso disponibili;
- chi non può mobilitare risorse alternative e non sa come giudicare la propria situazione, attende speranzoso.

Il criterio che orienta la selezione è quindi la capacità del soggetto di muoversi al di fuori delle regole organizzative o, in alternativa, la sua assoluta *compliance* nei confronti di tempi e modi dell'organizzazione.

Si è visto anche, però, che per i soggetti proprio la capacità/possibilità di mobilitare risorse alternative a quelle offerte dai servizi e di formulare un giudizio autonomo sulle proprie condizioni di salute sono il riflesso di numerose piccole disuguaglianze quotidiane (ossia del sistema di reti sociali a cui i soggetti hanno accesso diretto e quotidiano). Da un certo punto di vista, ciò è vero anche per gli attori organizzativi, per i quali è importante conservare la possibilità di attivare reti private sulla base di una valutazione puramente clinica - e non organizzativa - delle condizioni dell'utente.

Allo stesso modo in cui tematizzare l'accesso ai servizi in termini di traiettoria rende esplicito che le disuguaglianze non si concretizzano in un meccanismo sì/no, dentro/fuori, ma hanno un procedere dinamico che può renderle più o meno evidenti e presenti in diversi momenti del percorso dell'utente, sottolineare che la traiettoria è a sua volta una traiettoria di attesa permette di esplicitare tre ulteriori caratteristiche degli accessi e delle disuguaglianze che in essi si manifestano e vengono (ri)prodotte:

- un indicatore fondamentale (in termini di disuguaglianze) si traduce nel tempo e nel ritmo con cui una traiettoria di accesso procede;
- l'attesa stressa i rapporti di cooperazione e competizione che si instaurano tra attori organizzativi diversi, specie in un sistema basato sull'assunto della scarsità delle risorse;
- l'attesa, quale caratteristica comune alle comunque diverse traiettorie, si costituisce quale spazio di azione e intervento, ossia in termini attivi.

La traiettoria come attesa non rimanda dunque al fatto che i soggetti debbano passivamente attendere ma anzi alle azioni da intraprendere al fine di ridurre l'attesa stessa e rendere più spedita la traiettoria. Viceversa, la traiettoria di attesa rimane pur sempre uno spazio attivo, al punto da acquistare vita propria e trasformarsi in una dimensione parallela rispetto alla traiettoria di accesso, una sorta di limbo organizzativo in cui i soggetti pazientano nella speranza che ciò li aiuti ad essere definitivamente traghettati all'interno dei servizi.

In quanto spazio di attività situato in altre attività ma con caratteristiche quasi proprie, dunque, l'attesa rimanda all'idea dei tempi e degli spazi interstiziali.

8.1.3. L'attesa come interstizio

Considerare l'attesa in termini interstiziali permette di prendere in considerazione il fenomeno da un punto di vista sociologico più che psicologico. L'idea di interstizio allude allo spazio minimo che separa due corpi o due parti dello stesso corpo (Zingarelli, 1994) e dunque rimanda allo "stare fra". Ma interstizi sono anche gli intervalli temporali, tempi marginali che si collocano tra tempi sociali relativamente ben strutturati (tempo libero, tempo di lavoro, tempo di attività fisiologiche quali bere, mangiare, dormire e così

via) (Gasparini, 1998). Tematizzare l'attesa come interstizio consente quindi di focalizzare l'attenzione sulla dimensione spazio-temporale delle traiettorie di accesso, mostrando come proprio in queste dimensioni possano riprodursi delle disuguaglianze.

Nella teoria organizzativa contemporanea, spazio e tempo costituiscono due dimensioni fondamentali per cogliere il tessuto dell'organizzare (Gherardi, Strati, 1990) e la dimensione di rete dell'agire organizzativo (Czarniawska, 2004). Ciò significa che è proprio nello spazio e nel tempo che l'agire organizzativo può darsi una forma concreta e che dunque la gestione processuale dello spazio e del tempo rappresenta uno degli elementi di valutazione della *performance* organizzativa.

Dell'attenzione dedicata dall'organizzazione ai tempi e agli spazi si ritrova ampio riscontro all'interno di tutti i servizi osservati. Una parte essenziale dell'azione organizzativa si traduce infatti nella gestione degli spazi e nella suddivisione dei tempi, alla ricerca di un "ordine locale" (Goffman, 1983) suscettibile di diversi principi selettivi. Peraltro, il fatto che tutti i servizi prevedano al loro interno un apposito spazio per l'attesa e che - laddove risulti inadeguato - ciò possa costituirsi quale problema per la quotidianità organizzativa, è un fattore che rende esplicito come l'esperienza dell'attesa sia un momento interstiziale di cui anche l'organizzazione è perfettamente consapevole. Ma ciò significa allora che l'attesa rappresenta un interstizio non solo per gli utenti, ma anche per l'agire organizzativo. In diversi episodi infatti risulta evidente che l'organizzazione, mantenendo l'attesa quale "spazio fra", abdica parzialmente rispetto alle responsabilità in merito a ciò che durante tale attesa accade e/o che essa innesca. L'attesa si costituisce così quale interstizio particolarmente ambiguo: gli utenti sono dentro l'organizzazione, ma all'interno di spazi e tempi marginali, che rendono ancora più evidente come l'accesso non possa certo dirsi concluso. Infatti, forse in modo un po' paradossale, la dimensione interstiziale in cui gli utenti si trovano fa sì che non solo essi attendano, ma che nel corso dell'attesa assistano all'accesso di altri utenti, che quindi non attendono (o, comunque, attendono meno di chi li osserva). Nell'interstizio dell'attesa, dunque, i soggetti diventano testimoni della gestione dei tempi da parte dell'organizzazione e del come non vi sia un rapporto di reciprocità tra essi stessi e l'organizzazione in termini temporali.

Chi aspetta il proprio turno in una area d'attesa fa quindi l'esperienza di un tempo flessibile (il proprio, che si dilata anche molto) a fronte di un tempo rigido (quello del professionista o più in generale dell'organizzazione), considerato prezioso, costoso e da non sprecare. A ciò si aggiunga che nella nostra cultura si tende a rifiutare o quanto meno a minimizzare l'esperienza dell'attesa - considerata un costo, un disagio, un impedimento rispetto alla propria libertà di gestione del tempo - e che il sentimento comune e l'osservazione corrente indicano che sono soprattutto i de-privilegiati e i senza potere quelli che attendono (Gasparini, 1998), e si capirà come nell'interstizio dell'attesa si possano riprodurre fenomeni di disuguaglianza. L'attesa diventa un interstizio di scambio e di potere fra attori (Schwartz, 1975), nel senso che chi detiene più potere riesce a non attendere ma a far attendere. Ciò è esplicito nel rapporto organizzazione-utenti, dove si dà per scontato che siano questi ultimi a dover attendere, essendo coloro che hanno necessità di avvalersi delle competenze dell'organizzazione. È altrettanto esplicito anche nell'osservazione che tra gli stessi utenti vi sono soggetti che

tendenzialmente riescono a non attendere quasi per nulla e altri per i quali l'attesa (sempre in termini tendenziali) è quasi una *conditio sine qua non* per l'accesso al servizio. A questo proposito, le osservazioni raccolte nei diversi servizi forniscono un dato incontrovertibile: nulla facilita l'accesso ai servizi - e quindi evita l'attesa - come l'esistenza di reti di conoscenza personale e relazioni positive tra utenti e operatori, allo stesso modo in cui nulla dilata l'interstizio dell'attesa come l'assenza di reti sociali e/o l'instaurarsi di una relazione negativa utenti-operatori. Con tonalità diverse infatti, in tutti i servizi osservati si ritrovano casi di soggetti che, in virtù della conoscenza diretta di uno o più attori organizzativi, evitano del tutto l'interstizio dell'attesa; e si hanno numerosi esempi dell'attesa quale punizione nei confronti dei cosiddetti accessi immotivati.

Nella dimensione interstiziale dell'attesa è quindi possibile cogliere l'importanza che rivestono i diversi "rapporti di vicinato" (Park, Burgess, 1921) in cui i soggetti sono coinvolti nel differenziare le traiettorie. Sottolineare come le attese nella loro dimensione interstiziale situino ulteriormente le traiettorie, vuol dire rimarcare che lo spazio minimo che separa i soggetti dall'organizzazione non è frutto del caso, ma si svolge e acquista ulteriore significato in riferimento a un'ecologia di relazioni e differenze sociali.

Alcune di queste trascendono l'organizzazione, nel senso che sarebbe utopistico pensare di affidare ai servizi sanitari la soluzione delle disuguaglianze che scaturiscono dalle diverse appartenenze dei soggetti in termini di classe sociale, etnia, livello di istruzione e genere. È anzi innegabile che i servizi sanitari riescano ad attutire l'impatto di tali disuguaglianze sulle traiettorie di accesso, creando ad esempio punti di accesso dedicati a categorie di utenti deboli (come possono essere il Servizio A o il Servizio E) e, in ogni caso, antepoendo la valutazione clinica delle condizioni di salute dei soggetti a qualsiasi altra variabile.

Quando allora, da un punto di vista organizzativo, le diverse appartenenze diventano disuguaglianze?

Considerare l'attesa nella sua dimensione di interstizio offre un suggerimento in proposito. In quanto interstizio, ossia spazio/tempo sospeso fra (e che separa) altri spazi e tempi nel corso dell'attesa, specie da un punto di vista organizzativo, si osserva il gioco di elementi dai quali l'attesa stessa dipende e, dunque, si comprende come il tipo di rete che si attiva negli interstizi delle traiettorie possa fare la differenza. Le osservazioni raccolte nei diversi servizi mostrano infatti che, in relazione alla medesima traiettoria, possono attivarsi *network* difforni, il cui risultato è contemporaneamente prodotto e pretesto delle relazioni (non solo) organizzative che all'interno di tali *network* prendono forma. In altre parole, è la rete di attività (*action net* - Czarniawska, 2004) in cui la traiettoria, in quanto interstizio, viene inserita a fare la differenza ed è nel lavoro di rete (*networking*) che da essa scaturisce (o meno) che l'organizzazione ha la possibilità di gestire differentemente le diverse appartenenze dei soggetti.

8.2. Fare la differenza: fiducia, rispetto, reciprocità

Una lettura complessiva delle traiettorie che possono attivarsi a partire da e all'interno dei diversi servizi, suggerisce che l'organizzazione deve prestare attenzione a tre elementi per limitare la riproduzione delle disuguaglianze al suo interno:

- fiducia,
- rispetto,
- reciprocità.

L'elemento fiduciario è ciò che permette all'organizzazione di incontrare il suo pubblico, e viceversa. È evidente infatti come nessun soggetto sarebbe disposto a farsi curare da un professionista, un'organizzazione o una rete di servizi reputati non affidabili ed è altrettanto evidente come molte pratiche organizzative richiedano che si instauri un certo tipo di fiducia tra soggetti e organizzazione. Ma ciò che caratterizza la fiducia è la sua natura ambivalente, il suo occupare una dimensione pratica e cognitiva. Il carattere cognitivo si esplica nel fatto che la fiducia è intimamente connessa a rischio e incertezza e pare entrare in azione in una zona liminale compresa tra "completa ignoranza" e "completa conoscenza" (Garfinkel, 1963). Non si ricorre quindi alla fiducia né in totale assenza di informazioni - qui la fiducia diventa speranza o fede -, né quando si hanno informazioni esaustive - nel qual caso, non è più necessario fidarsi. È dunque la mancanza di informazioni e di controllo sulla realtà a richiedere l'attivazione della fiducia quale rimedio cognitivo al vuoto informativo (Pendenza, 2004). Ancora più importante della soluzione cognitiva è tuttavia la dimensione pratica che la fiducia assume. La fiducia si attua infatti in reti e legami sociali (Mauss, 1924-1925) che non necessitano di una dimensione razionale e cognitiva per venire in essere, ma dell'agire collettivo. Garfinkel (1963, p. 48) ha definito la fiducia in termini di mantenimento di una "normalità apparente"; i soggetti sono ritenuti

membri bona fide del gruppo perché capaci di gestire la situazione e, quindi, degni di fiducia perché si applicano nel mantenere e nell'aderire a tale ordine.

La fiducia è quindi mantenuta e ricreata nell'interazione, nei criteri organizzativi che orientano gli ordini locali e nella capacità degli attori di aderire a una logica della situazione. La crescita (o la diminuzione) del livello di fiducia incorporato nella relazione soggetto-organizzazione appare avere un effetto diretto sulla solidità della traiettoria: al crescere della fiducia che gli attori accordano all'altrui azione, cresce anche la stabilità della traiettoria, e viceversa.

Si è visto tuttavia che una delle dimensioni che caratterizza i servizi sanitari è quella di rete e che dunque la fiducia è al contempo uno dei risultati organizzativi che la rete produce (o meno). In termini di disuguaglianze, diventa allora importante notare come il livello di fiducia che accompagna le diverse traiettorie possa fare la differenza e come ciò possa limitare la possibilità di accesso da parte di alcuni soggetti. Infatti, la fiducia non pone comunque i soggetti in condizione paritaria, poiché chi riceve fiducia è in una posizione di controllo e di potere rispetto a chi presta fiducia, che si caratterizza invece per la sua condizione di dipendenza. Non a caso normalmente sono i soggetti a dover prestare fiducia all'organizzazione perché necessitano di un qualche tipo di prodotto,

e l'organizzazione cerca di ridurre al minimo le situazioni in cui sia necessario fidarsi dei soggetti, perché ciò costituisce il preambolo a una condizione di dipendenza. Sempre non a caso, gli accessi di alcuni soggetti (soprattutto, persone con uno stigma sociale) sono contrassegnati da una sorta di cautela organizzativa preventiva che fa sì che l'organizzazione dedichi loro un'attenzione particolare, non per forza migliore o peggiore, ma in ogni caso diversa. Ma si è anche visto come la stigmatizzazione possa avvenire proprio lungo lo svolgersi della traiettoria stessa, a causa della scarsa fiducia che l'organizzazione accorda agli accessi di alcuni soggetti (ad esempio, i cosiddetti accessi immotivati) e che costruisce i soggetti stessi come persone inaffidabili. Questo rende esplicito uno dei principali dato per scontato del funzionamento dei contemporanei servizi sanitari, cioè il fatto che la gestione della salute è qualcosa di sempre più individualizzato (Beck, Beck-Gernsheim, 2002) e che quindi spetta ai soggetti saper gestire, specie in termini burocratici. Se si vuole, ciò spiega anche come mai chi lavora o ha buone conoscenze nel mondo della sanità ha all'occasione un accesso del tutto privilegiato ai servizi: nessun accesso è più meritevole di fiducia di quello di chi fa già parte della rete di servizi a cui chiede di accedere.

La fiducia che accompagna le diverse traiettorie fa la differenza nel suo rimarcare come non tutti gli accessi siano ugualmente graditi all'organizzazione o meritati dai soggetti, e dunque come nell'accedere ai servizi i soggetti vengano valutati da diversi punti di vista, e non solo clinicamente. Si potrebbe quindi sollevare il dubbio che l'esistenza di percorsi dedicati sia funzionale all'organizzazione stessa, la quale preferisce accordare una fiducia indiretta ad alcune categorie di utenti, il cui accesso rimane mediato da servizi che, pur non essendo diretta espressione del SSN, hanno saputo comunque conquistarsi la fiducia delle agenzie istituzionali (e di un pubblico).

Quest'ultima considerazione rende esplicito un ulteriore aspetto dei rapporti fiduciari: per quanto la fiducia non ponga gli attori in una posizione paritaria, essa richiede comunque un qualche tipo di reciprocità nella relazione. Chi pone fiducia solitamente si aspetta infatti che l'altro ne riconosca l'esistenza e ne sia consapevole (Garfinkel, 1963) e ciò è ancora più vero se riferito ai servizi alla salute, dove il tipo di fiducia che i soggetti accordano all'organizzazione è carico di significati e aspettative. In questo senso, infatti, un altro dato che l'etnografia restituisce molto chiaramente rimanda a come - allo stesso modo in cui l'instaurarsi o meno di una dimensione fiduciaria influisce pesantemente sulla traiettoria di accesso - la violazione di tale dimensione ha spesso effetti irrimediabili, che portano i soggetti a fuoriuscire da e a non concludere le loro traiettorie.

Come può, quindi, l'organizzazione esprimere reciprocità nella relazione con l'utenza?

La risposta non sta soltanto nella fornitura immediata del servizio richiesto, poiché ciò fa esplicitamente parte della *mission* dell'organizzazione e dunque i soggetti tendono semplicemente a dare per scontato che sia loro diritto accedere nel minor tempo possibile ai servizi offerti dall'organizzazione. La fornitura immediata del servizio, peraltro, non è una risposta praticabile, poiché non sempre i soggetti sono in grado di esprimere chiaramente i loro bisogni, e in ogni caso questi talvolta trascendono il campo sanitario e/o le risorse a disposizione. Gli stessi soggetti infine appaiono spesso consapevoli della

complessità dei bisogni che esprimono e, anche solo per esperienza, comprendono in breve tempo il significato pratico dell'assunto dei servizi sanitari come sistemi regolati dalla scarsità delle risorse.

Non è quindi nella dimensione dello scambio utilitaristico che l'organizzazione ha l'opportunità di esprimere il senso di reciprocità richiesto dall'instaurarsi della fiducia. Piuttosto, l'etnografia suggerisce che sia nel coinvolgimento attivo dei soggetti, nella loro responsabilizzazione ed educazione all'uso dei servizi, nonché nel lasciare alle persone spazi di valutazione, decisione e gestione autonoma della propria traiettoria che l'organizzazione ha l'occasione di costruire il senso di reciprocità che i soggetti ricercano.

Se lette in termini di coinvolgimento, responsabilizzazione, e autonomia, le traiettorie di accesso dei diversi soggetti appaiono effettivamente dissimili. La differenza dipende inevitabilmente da quanto i soggetti gradiscono essere coinvolti, responsabili e autonomi, ma anche dalle diverse possibilità a cui i soggetti hanno accesso e dalle modalità con cui l'organizzazione si relaziona con essi.

Come già notava Simmel (1908) a proposito della figura del povero, spesso le istituzioni sociali riconoscono il dovere a fornire l'assistenza ai deprivilegiati, ma non il diritto di questi ultimi a partecipare alla gestione del loro problema. In quanto diversi e mancanti di risorse infatti, questi soggetti vengono considerati incapaci di poter contribuire in alcun modo alle dinamiche in cui sono coinvolti e alla società più in generale, e quindi risultano di fatto doppiamente esclusi, sia rispetto allo scopo dell'assistenza (di cui tali soggetti non determinano i fini) sia rispetto ai mezzi (poiché tali soggetti non possono partecipare all'azione collettiva). Di questo processo si ritrova ampia traccia in diversi momenti e servizi dell'etnografia, in particolare in riferimento alla categoria di soggetti deboli che l'organizzazione incontra quotidianamente. Ad essi è sostanzialmente preclusa la possibilità di partecipare alla gestione delle proprie traiettorie di cura e/o di poter offrire qualcosa all'organizzazione, il che rende l'accesso di tali soggetti inevitabilmente diverso. La situazione è resa ancora più complessa dal fatto che la categoria di soggetti deboli è in realtà estremamente frastagliata al suo interno - migranti, donne, anziani, indigenti, handicappati, senza fissa dimora, sono tutte categorie potenzialmente deboli - e si definisce sempre e comunque su base relazionale, quindi per confronto e differenza rispetto ad altre categorie di soggetti e traiettorie di accesso. La debolezza dei soggetti e delle loro traiettorie appare quindi anche un risultato locale, dovuto al grado di reciprocità che si esprime nella relazione organizzazione-utente e svelandosi come un altro elemento che può fare la differenza.

Bisogna infatti tenere conto del fatto che, se si escludono i casi particolari (migranti senza permesso di soggiorno, indigenti e/o senza fissa dimora, o i codici rossi al Pronto soccorso),⁶⁴ i soggetti che più di frequente si incontrano nei servizi sono comunque in larghissima parte migranti, donne, anziani, handicappati, indigenti e/o persone non di classe sociale elevata: tutti soggetti passibili di debolezze lungo la loro traiettoria di accesso. Dipende però anche dal tipo di servizi: meno specialistici sono, più sono

⁶⁴ Tutte categorie che, non a caso, hanno un accesso dedicato ai servizi.

utilizzati da persone svantaggiate, mentre chi è in vantaggio tende ad usare le risorse di migliore qualità. In termini quantitativi, ciò può costituire un riflesso della sempre crescente polarizzazione della società in termini di genere, generazione e classe, nonché dei flussi migratori provenienti dall'Est e del fatto che ovviamente sono i meno abbienti ad ammalarsi più di frequente e - non avendo alternative - a rivolgersi al SSN. In termini qualitativi tuttavia, nel corso dell'etnografia ciò ha permesso di osservare come la stessa persona (o traiettoria) possa risultare debole all'interno di un servizio, ma non di un altro; come la debolezza di alcune traiettorie passi in secondo piano se confrontata con quella dell'accesso di altri soggetti; come gli stessi operatori nella quotidianità organizzativa non siano sempre d'accordo su come valutare soggetti e traiettorie; come il fatto che un soggetto si rivolga a un servizio, e/o le modalità con cui un soggetto entra in contatto con un servizio, possano talvolta già essere una spia della debolezza della traiettoria che ne conseguirà.

La presenza di una moltitudine di (quantomeno potenziali) soggetti deboli espone così gli attori a diverse ambiguità, che trovano però tutte la stessa soluzione organizzativa. Alle persone viene chiesto di aspettare o di non preoccuparsi, ma in ogni caso di non intervenire in alcun modo e di non prendere nessun tipo di iniziativa, poiché sarà l'organizzazione ad incaricarsi di tutto. È come se l'organizzazione partisse dal presupposto che dal pubblico possano venire solo critiche e sterili lamentele e che da queste non si possa apprendere nulla. La possibilità per i soggetti di contribuire alla propria traiettoria è quindi minima e fa la differenza tra un accesso e l'altro, specie in termini di apprendimento. La mancanza di reciprocità fra organizzazione e utenti, infatti, determina non solo una perdita di conoscenza - o un non-apprendimento - da parte dei soggetti stessi (che non potendo partecipare, non imparano nulla dall'esperienza e rischiano di ripetere sempre gli stessi errori), ma anche da parte dell'organizzazione (che perde un'occasione per conoscere meglio, responsabilizzare e rendere più autonomo il suo pubblico).

È in questa fase ulteriore che interviene l'elemento del rispetto. La reciprocità richiede infatti all'organizzazione un lavoro espressivo, essenzialmente il riconoscimento dell'altro come soggetto pieno e autonomo, la capacità di assistere senza compatire (Arendt, 1996).

Come nota Sennett (2003), uno dei problemi connessi alle disuguaglianze è che il prenderne atto solitamente offende la sensibilità sociale. Ciò dipende dal fatto che la società presenta le disuguaglianze come se fossero un dato di fatto anziché il risultato di una serie di interazioni rituali localizzate e, quindi, organizzate nello spazio e nel tempo. Dunque, ogni qualvolta le disuguaglianze divengono manifeste, si ha l'impressione di aver leso l'"onore collettivo" (Berger, 1983).⁶⁵

⁶⁵ Un ottimo esempio è fornito da tutte quelle situazioni in cui disuguaglianze e differenze vengono messe in scena, come nelle *gay parade*, dove l'esagerazione e la teatralizzazione degli stereotipi di genere suscita immancabilmente le critiche di chi pensa che le scelte di genere e le pratiche sessuali dovrebbero essere confinate al privato delle persone (specie se diverse).

Vi sono però esempi di interazioni rituali il cui scopo è proprio quello di celebrare la disuguaglianza, innescando relazioni di reciprocità. Nelle popolazioni delle Trobriand lungamente studiate da Marcel Mauss (1924-1925), ad esempio, le risorse della gente erano diseguali e i loro scambi asimmetrici. Negli scambi si creava così uno squilibrio (anziché un equilibrio, come la teoria economica vorrebbe), ma Mauss sostenne che proprio questo disequilibrio creasse un vincolo espressivo tra i partecipanti che, non potendo pareggiare i conti, dovevano trovare nella relazione i modi con cui ristabilire una forma di equità. È lo stesso tipo di situazione che si crea quando, per ringraziare un amico dell'ospitalità ricevuta, si fa un regalo, senza badare al fatto che il valore economico corrisponda o meno al valore economico dell'ospitalità ricevuta. La "disuguaglianza pernicioso" (Sennett, 2003, p. 217) risiede quindi nell'assenza di restituzione del gesto:

Se non chiediamo nulla in cambio, non riconosciamo alcuna relazione reciproca fra noi stessi e la persona cui diamo. (...) In parole semplici, la reciprocità sta a fondamento del mutuo rispetto.

Nel corso dell'etnografia, il rispetto si è costituito come motivo ridondante in relazione alla produzione delle disuguaglianze. Nelle concrete interazioni tra soggetto e operatori, così come negli astratti rapporti tra organizzazione sanitaria e utenti, la dose di rispetto concessa è apparsa spesso come diretta emanazione dell'autonomia e autosufficienza dimostrate dal singolo individuo, della capacità dei soggetti di non scambiare nulla con l'organizzazione e limitarsi a una transazione di servizio e di mercato. Ma un approccio ai servizi sanitari come sistemi regolati puramente da dinamiche di mercato o di quasi mercato pone le condizioni per il riprodursi delle stesse disuguaglianze di accesso e di libertà poste dal libero mercato (Sen, 1992), allo stesso modo in cui una relazione organizzazione-utente basata sul principio della standardizzazione delle transazioni di servizio è apparsa insufficiente ad evitare il riprodursi delle disuguaglianze.

Fiducia, reciprocità e rispetto sono quindi le dimensioni chiave in cui si esprimono le differenze individuali, sociali e contestuali che inevitabilmente caratterizzano l'eterogeneità di soggetti che l'organizzazione incontra. In questi incontri, e nelle traiettorie di accesso ai servizi che ne discendono, l'organizzazione può fare la differenza, ossia attribuire un peso specifico alle diversità e trasformarle in vincoli e/o opportunità per i soggetti. Il riprodursi delle disuguaglianze rimane quindi un risultato locale, che punta l'attenzione non tanto sul discorso dell'accesso alle risorse, quanto sulla libertà di accesso, ossia su come rispettare le diverse modalità con cui i soggetti entrano in relazione con i servizi, e le diverse istanze che essi pongono.

Riferimenti bibliografici

- Altheide D.L., Johnson J.M. Criteria for Assessing interpretive validity in qualitative research. In Denzin N.K., Lincoln Y.S. (eds.). *Handbook of qualitative research*. London, Sage, 1994.
- Alvesson M., Berg P. *Corporate culture and organizational symbolism*. Trad. it. *L'organizzazione e i suoi simboli*. Milano, Cortina, 1992.
- Arendt H. *Love and Saint Augustine*. 1996. Trad. it. *Il concetto d'amore in Agostino: saggio di interpretazione filosofica*. Milano, SE, 2001.
- Beck U., Beck-Gernsheim E. *Individualization. institutionalized individualism and its social and political consequences*. London, Sage, 2002.
- Berg M. *Rationalizing medical work*. Cambridge MA, MIT Press, 1997.
- Berger P. On the obsolescence of the concept of honor. In Hauerwas S., MacIntyre A. (a cura di). *Revisions, changing perspectives in moral philosophy*. Notre Dame, University of Notre Dame Press, 1983
- Bimbi F. (a cura di). *Differenze e disuguaglianze*. Bologna, Il Mulino, 2003.
- Brown J.S., Duguid P. Organizational learning and communities of practice: Toward a unified view of working, learning and innovation. *Organization Science*, 2/1, 1991.
- Bruni A. *Lo studio etnografico delle organizzazioni*. Roma, Carocci, 2003.
- Bruni A., Gherardi, S. *Studiare le pratiche lavorative*. Bologna, Il Mulino, 2007.
- Bruni A., Gherardi S., Poggio B. *All'ombra della maschilità. Storie di imprese e di genere*. Milano, Guerini e Associati, 2000.
- Bruni A., Gherardi S., Poggio B. *Gender and entrepreneurship: An ethnographic approach*. London, Routledge, 2004
- Callon M., Law J. Agency and the hybrid collectif. *South Atlantic Quarterly*, 94: 481-507, 1995.
- Cardano M. La ricerca etnografica. In Ricolfi L. (a cura di). *La ricerca qualitativa*. Roma, Carocci, 1997.
- Cardano M. *Tecniche di ricerca qualitativa*. Roma, Carocci, 2003.
- Clifford J., Marcus G.E. (eds). *Writing cultures*. 1986. Trad. it. *Scrivere le culture. Poetiche e politiche in etnografia*. Roma, Meltemi, 1997.
- Colombo E. *De-scrivere il sociale. Stili di scrittura e ricerca empirica*. In Melucci A. (a cura di). *Verso una sociologia riflessiva*, Bologna, Il Mulino, 1998.
- Cooper R. Modernism, postmodernism and organizational analysis 3: The contribution of Jacques Derrida. *Organization Studies*, 10: 479-502, 1989.

- Cooper R.J., Law J. *Visioni distali e prossimali dell'organizzazione*. In Bacharach S., Gagliardi P., Mundell B. (a cura di). *Il pensiero organizzativo europeo*. Milano, Guerini, 1995.
- Czarniawska B. *Narrating the organization*. 1997. Trad. it. *Narrare l'organizzazione*. Torino, Edizioni di Comunità, 2000.
- Czarniawska B. On time, space and action-net, *Organization*, 12, 2004.
- Dal Lago A., De Biasi R. (a cura di). *Un certo sguardo. Introduzione all'etnografia sociale*. Bari, Laterza, 2002.
- Dalton M. *Men who manage*. 1959. Trad. it. *Gli uomini che dirigono*. Milano, FrancoAngeli, 1972.
- Gagliardi P. (a cura di). *Le imprese come culture*. Torino, ISEDI, 1986.
- Gagliardi P. Introduzione. In Kunda G. *L'ingegneria della cultura*. Milano, Edizioni di Comunità, 2000.
- Garfinkel H. *A conception of, and experiments with, trust as a condition of stable concerted actions*. 1963. Trad. it. *La fiducia. Una risorsa per coordinare l'interazione*. Roma, Armando, 2004.
- Garfinkel H. *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs NJ, Prentice Hall, 1967.
- Garfinkel H., Lynch M., Livingston E. The work of a discovering science construed with materials from the optically discovered pulsar. *Philosophy of the Social Sciences*, 2: 131-158, 1981.
- Gasparini G. *Sociologia degli interstizi*. Milano, Mondadori, 1998.
- Geertz C. *The interpretation of cultures*. 1973. Trad. it. *Interpretazione di culture*. Bologna, Il Mulino, 1987.
- Gherardi S. La pratica quale concetto fondante di un rinnovamento nello studio dell'apprendimento organizzativo, *Studi organizzativi*, 1, 2000.
- Gherardi S., Nicolini D., Odella F. Toward a social understanding of how people learn in organizations: The notion of situated curriculum. *Management Learning*, 29: 273-298, 1998.
- Gherardi S., Nicolini D. Il pensiero pratico. Un'etnografia dell'apprendimento. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 2: 231-255, 2001.
- Gherardi S., Strati A. The texture of organizing in an Italian University Department. *Journal of Management Studies*, 27: 605-618, 1990.
- Gobo G. *Descrivere il mondo. Teoria e pratica del metodo etnografico in sociologia*. Roma, Carocci, 2001.
- Goffman E. *La vita quotidiana come rappresentazione*. Bologna, Il Mulino, 1969. (Ediz. originale 1959).
- Goffman E. *Asylums*. 1961. Trad. it. *Asylums*. Torino, Einaudi, 1968.
- Goffman E. The interaction order. *American Sociological Review*, 48: 1-17, 1983. Trad. it. *L'ordine dell'interazione*. Armando, Roma, 1998.

- Gouldner A. *Patterns of industrial bureaucracy*. 1954. Trad. it. *Modelli di burocrazia industriale*. Milano, Etas Libri, 1970.
- Harré R. Material objects in social worlds. *Theory, Culture and Society*, 19: 23-36, 2002.
- Jeffcut P. From interpretation to representation in organizational analysis: postmodernism, ethnography and organisational symbolism. *Organization Studies*, 15: 241-274, 1994.
- Lave J., Wenger E. *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge MA, Cambridge University Press, 1991.
- Law J. *Organizing modernity*. Oxford, Blackwell, 1994.
- Lévi-Strauss C. *The savage mind*. Chicago, University of Chicago Press, 1966.
- Loden M., Rosener J.B. *Workforce America! Managing employee diversity as a vital resource*. Homewood IL, Business One Irwin, 1991.
- Lynch M. *Art and artefact in laboratory science: A study of shop work and shop talk in a research laboratory*. Routledge and Kegan Paul, 1985.
- Marcus G.E., Cushman D. Ethnographies as texts. *Annual Review of Anthropology*, 11: 25-69, 1982.
- Mauss M. *Essai sur le don*. 1924-1925. Trad. it. Saggio sul dono. In Mauss M. *Teoria generale della magia e altri saggi*. Torino, Einaudi, 1965.
- Mauss M. Les techniques du corps. *Journal de Psychologie*, XXXII: 784-797, 1936.
- McDaniel R.R. Jr., Walls M.E. Diversity as a management strategy for organizations: A view through the lenses of chaos and quantum theories. *Journal of Management Inquiry*, 6: 363-375, 1997.
- Morgan G. *Images*. 1986. Trad. it. *Images. Le metafore dell'organizzazione*. Milano, FrancoAngeli, 1991.
- Munro R. Ideas of difference: Stability, social spaces and labour of division. In Hetherington K., Munro R. (eds.). *Ideas of difference*. Oxford, Blackwell, 1997.
- Nicolini, D., Telemonitoraggio e teleassistenza domiciliare dello scompenso cardiaco. In Gherardi S., Strati A. (a cura di). *Telemedicina. Fra tecnologia e organizzazione*. Roma, Carocci, 2004.
- Orr J.E. *Talking about machines. An ethnography of a modern job*. Ithaca & London, IRL Press, 1996.
- Park R., Burgess E. (1921), *Introduction to the Science of Sociology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Pendenza M. Introduzione. In Garfinkel H. *La fiducia. Una risorsa per coordinare l'interazione*. Roma, Armando, 2004.
- Piccardo C., Benozzo A. *Etnografia organizzativa*. Milano, Cortina, 1996.
- Poggio B. *Mi racconti una storia? Il metodo narrativo nelle scienze sociali*. Roma, Carocci, 2004.

- Polanyi M. *La conoscenza personale. Verso una filosofia post-critica*. Milano, Rusconi, 1990. (Ediz. originale 1958).
- Rorty R. *Consequences of pragmatism*. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1982.
- Saraceno C. (a cura di). *Rapporto sulle politiche contro la povertà e l'esclusione sociale. 1997-2001*. Roma, Carocci, 2002.
- Sacks H. An Initial investigation of the usability of conversational data for doing sociology. In Sudnow D. (ed.). *Studies in social interaction*. New York, Free Press, 1972.
- Schütz A. *Der Sinhafte Aufbau der Sozialen Welt*. 1932. Trad. it. *La fenomenologia del mondo sociale*. Bologna, Il Mulino, 1974.
- Schwartz B. *Queuing and waiting*. Chicago, University of Chicago Press, 1975.
- Sen A. *Inequality reexamined*. 1992. Trad. it. *La disuguaglianza. Un riesame critico*. Bologna, Il Mulino, 2000.
- Sennett R. *Respect in a world of inequality*. 2003. Trad. it. *Rispetto. La dignità umana in un mondo di diseguali*. Milano, Feltrinelli, 2004.
- Silverman D. *Come fare ricerca qualitativa*. Roma, Carocci, 2002. (Ediz. originale 1997).
- Simmel G. *Sociologie*. 1908. Trad. it. *Sociologia*. Milano, Edizioni di Comunità, 1989.
- Spradley J.P. *Ethnographic interview*. Orlando, Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1979.
- Strati A. *Sociologia dell'organizzazione*. Milano, La Nuova Italia Scientifica, 1996
- Strati A. *Organization and Aesthetics*. London, Sage, 1999.
- Strati A. Estetica, conoscenza tacita e apprendimento organizzativo, *Studi Organizzativi*, 3: 155-177, 2001.
- Strati A. *L'analisi organizzativa. Paradigmi e metodi*. Roma, Carocci, 2004.
- Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C. *The social organization of medical work*. Chicago, University of Chicago Press, 1985.
- Suchman L. Centers of coordination. A case and some theme. In Resnik L., Saljo L., Pontecorvo C., Burge B. (eds.). *Discourse, tools and reasoning. Essays on situated cognition*. Berlin, Springer Verlag, 1997.
- Sudnow D. *Passing on: The social organization of dying*. Englewoods, Prentice-Hall, 1967.
- Thomas R.R. From affirmative action to affirming diversity. *Harvard Business Review*, 68: 107-117, 1990.
- Thomas R.R. *Beyond race and gender: Unleashing the power of your total work force by managing diversity*. New York, American Management Association, 1991.
- Thompson J.D. *Organizations in action*. 1967. Trad. it. *L'azione organizzativa*. Torino, ISEDI, 1994.

- Tota A. Politiche e poetiche del testo sociologico: le retoriche dell'argomentazione scientifica. In Melucci A. (a cura di). *Verso una sociologia riflessiva*. Bologna, Il Mulino, 1998.
- Tota A. La scrittura. L'etnografia come pratica testuale. In Gobo G. *Descrivere il mondo. Teoria e pratica del metodo etnografico in sociologia*. Roma, Carocci, 2001.
- Traweek S. Border crossings: Narrative strategies in science studies and among physicists in Tsukuba Science City, Japan. 1992. Trad. it. Attraversare i confini: le strategie narrative negli studi sulla scienza e tra i fisici nella Città della scienza di Tsukuba, Giappone. In Pickering A. (a cura di). *La scienza come pratica e come cultura*. Torino, Edizioni di Comunità, 2001.
- Tung R.L. Managing cross-national and intra-national diversity. *Human Resource Management*, 32: 461-477, 1993.
- Van Maanen J. *Tales of the field: On writing ethnography*. Chicago, University of Chicago Press, 1988.
- Weick K. *The social psychology of organizing*. 1979. Trad. it. *Organizzare*. Milano, ISEDI, 1993.

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemioprolifassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005.
110. Domanda di care domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (*)
124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (*)

125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006. (*)
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006.
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (*)
139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna, 2006. (*)
140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna, 2006. (*)
141. Accredimento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna, 2007. (*)
142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna, 2007. (*)
143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna, 2007. (*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna, 2007. (*)
145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna, 2007. (*)

146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna, 2007. (*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna, 2007. (*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2007. (*)
149. E-learning in sanità. Bologna, 2007. (*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna, 2007. (*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna, 2007. (*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna, 2007. (*)