

PSICOLOGIA E ORGANIZZAZIONE NEI CONTESTI DI CURA

Orizzonti culturali e tensioni affettive nell'organizzazione ospedaliera e nei contesti di cura

L'approccio etnografico all'organizzazione ospedaliera

“Our common sense and scientific knowledge about health, illness and disease come about through social constructions mediated through social relations, comprising example of what Berger and Luckmann (1967) described as ‘objectifications of social world’” (Crossley M.L., 2000, pag. 20).

Un interessante approccio al sistema ospedale è quello rappresentato dalla prospettiva antropologica e dagli studi etnografici, che cercano di conoscere l'ospedale intercettandone le dimensioni culturali e sociali.

Questo interesse è in realtà piuttosto recente, in quanto va detto che in passato le ricerche sul tema riconoscevano alla biomedicina un carattere monolitico, sottolineandone l'universalità dei principi fondanti e non tenendo conto degli aspetti culturali di contesto. Nonostante il grande interesse rivolto alle teorie e alle pratiche della biomedicina occidentale, scarsa attenzione era stata finora dedicata al sistema “ospedale” quale esempio paradigmatico di biomedicina transculturale. Come sostengono Van der Geest e Finkler (2004), nei contributi antropologici centrati sullo studio della biomedicina raramente trovava spazio una riflessione etnografica sulla natura e sulle funzioni dell'ospedale.

Una delle ragioni che potrebbe spiegare questa carenza di studi sulla realtà ospedaliera delle società occidentali potrebbe essere ricercata in una ingannevole apparenza di familiarità che passa attraverso le similitudini dell'organizzazione ospedaliera, in particolar modo della burocrazia, dei reparti, le gerarchie, dell'abbigliamento e delle tecnologie. L'ospedale viene considerato il luogo in cui i principi universali della medicina vengono applicati con modalità uniformi, indipendentemente dalla cultura in cui sono collocati.

Un'ulteriore spiegazione alla scarsa quantità di ricerche etnografiche sull'ospedale può essere ritrovata nell'atteggiamento difensivo della dirigenza che non vede di buon grado la presenza di osservatori esterni.

Tutto ciò rende necessario uno sguardo alla cultura ospedaliera come aspetto saliente dei nodi organizzativi che caratterizzano il modello biomedico occidentale.

L'antropologia offre in proposito un importante contributo attraverso gli studi più recenti, che non considerano gli ospedali come cloni di un modello biomedico universale e standardizzato, ma che tengono conto del ruolo differenziante giocato in essi dai processi socio-culturali peculiari ad ogni contesto.

Un punto fondamentale della ricerca ospedaliera sottolinea che le opinioni e le pratiche mediche possono variare considerevolmente in diverse realtà, implicando differenti criteri diagnostici e terapeutici. Inoltre, come molte ricerche dimostrano, l'ospedale rispecchia e rinforza i processi socio-culturali dominanti nella società. Come afferma Helman (2000, pp. 4-5, cit. da Van der Geest e Finkler, 2004), "le teorie e le pratiche relative alla salute e alla malattia sono elementi centrali nella cultura". Nelle situazioni di malattia, i "veri" valori, le convinzioni, le regole morali, le relazioni delle persone diventano chiaramente visibili. In linea con questa posizione, Lock (1986, p. 8, cit. da Van der Geest e Finkler, 2004) afferma che "lo studio dei processi di salute e malattia rappresenta un potente specchio rivelatore delle relazioni tra individui, società e cultura".

Appare interessante riflettere sul fatto che le origini della biomedicina, rintracciabili nell'Europa del diciannovesimo secolo (e più precisamente in Francia e Germania), sono posteriori all'apparizione dell'ospedale nelle società occidentali. Prima del diciottesimo secolo, gli ospedali erano istituzioni di assistenza e carità con il mandato di fornire ricovero ai poveri; solo successivamente subivano una trasformazione divenendo luoghi dove il personale medico poteva formarsi utilizzando i poveri come "strumenti di apprendimento" e che rispondeva a istanze di "controllo" degli internati (Foucault, 1973). Inoltre, come osserva Starr (1982, p.148, cit. da Van der Geest e Finkler, 2004) "la nascita dell'ospedale si rivela come l'occasione per un'analisi della penetrazione del mercato all'interno delle ideologie e delle relazioni sociali di una istituzione pre-capitalistica".

In tempi più recenti, grazie alle scoperte della medicina, l'ospedale si configura come un luogo ad alta tecnologia, particolarmente specializzato negli interventi chirurgici. L'organizzazione evolve così dall'assistenza al trattamento, trasformandosi da ente di beneficenza in istituzione professionale dominata dal potere medico (Rothman, 1991), burocratizzando le proprie procedure e sostituendosi alla casa come luogo di cura (Reiser, 1984). L'esito è stato quello di una separazione del mondo medico da quello non-medico e di un allontanamento del paziente dalla sua quotidianità.

In realtà, questa operazione di distacco non è possibile: l'ospedale non può separare il dentro dal fuori, il paziente dalla sua famiglia, l'individuo dalla società e dalla cultura (Tanassi, 2004; Vermeulen, 2004; Zaman, 2004; Schneider, 2001).

E' inoltre interessante notare come, a fronte del fatto che le pratiche biomediche abbiano costituito un potente mezzo per i processi di globalizzazione, diffondendo il patrimonio culturale occidentale in tutto il mondo, sia la biomedicina sia l'istituzione ospedaliera abbiano ignorato il dibattito sulla globalizzazione. A un primo sguardo, sembra che il mondo medico sia caratterizzato da processi di omogeneizzazione culturale: l'immagine è quella di una disciplina che, attraverso il ruolo dominante della società e della cultura occidentali, ha potuto diffondersi ed essere accettata in tutto il mondo, proponendosi come indice di "modernità" nei Paesi in via di sviluppo. Alcuni autori (Navarro, 1986; Waitzkin, 1980), ritengono che la biomedicina sia praticata con modalità universali e che a variare sia solo l'apparato strutturale all'interno del quale essa trova applicazione. Se apparentemente questo può sembrare vero, in realtà le forze omogeneizzanti che hanno accelerato i processi trasformativi a livello sociale e culturale in tutto il mondo non hanno uniformato le differenze e le eterogeneità culturali presenti nell'istituzione ospedaliera. Come abbiamo visto, la medicina riflette la società ed è

quindi necessario chiedersi in che modo le sue teorie, le sue pratiche e le sue istituzioni vengano reinterpretate e ristrutturare dalle differenti società che le ospitano. Non si può infatti pensare che, nonostante la diffusione mondiale, la biomedicina venga praticata uniformemente, né che gli ospedali funzionino in modo omogeneo indipendentemente da dove sono collocati. Queste differenze sono chiaramente evidenti nelle pratiche biomediche dei diversi Paesi, siano essi tecnologicamente sviluppati o in via di sviluppo.

L'ospedale non riesce quindi a "tenere fuori" i contesti. La globalizzazione trova resistenze "locali" alla sua diffusione e al relativo processo di omologazione. A questo proposito, risultano interessanti gli studi che descrivono le profonde differenze riscontrate tra medici di diversi Paesi nelle procedure diagnostiche e nei dispositivi di trattamento (Van der Geest e Finkler, 2004). Feldman (1992) evidenzia i differenti significati attribuiti alla patologia AIDS dai medici francesi rispetto a quelli americani: mentre questi ultimi la ritengono una forma di cancro, in Francia l'AIDS viene considerata una patologia infettiva, lasciando così trasparire differenti concezioni culturali sulle reazioni fisiologiche del corpo. Van der Geest e Finkler (2004) citano Townsend (1978), il quale rileva come gli psichiatri inglesi e americani differiscano nelle loro pratiche diagnostiche, sottolineando una diversità di fondo nella rilevazione dei sintomi e affermando provocatoriamente che esiste una maggiore convergenza sul concetto di malattia mentale tra psichiatri e avvocati tedeschi che non tra psichiatri tedeschi e americani. Non si può ignorare d'altra parte che gli psichiatri, prima ancora di essere dei professionisti, sono cittadini tedeschi o americani e come tali portatori di una cultura locale che non può non incidere sul loro ruolo professionale.

Nonostante queste consapevolezza, sono ancora pochi gli studi che indagano, da un punto di vista antropologico, le pratiche biomediche, e in particolar modo l'ospedale, al di fuori del mondo industrializzato. Si rende quindi necessaria una più approfondita analisi delle dinamiche che caratterizzano questi domini, per giungere a una migliore comprensione del loro funzionamento.

Gli studi esistenti sulla tematica conducono a ritenere l'ospedale come un mondo a parte, caratterizzato da peculiari processi culturali che lo rendono differente dal mondo "reale", spesso contrassegnato da un annullamento della vita normale. Goffman (1961) ritiene l'ospedale come un'istituzione culturale chiusa che influenza l'identità delle persone che accoglie, mentre la definizione di Parson (1951) della degenza come di un periodo di sospensione durante il quale il paziente si prepara a tornare alla vita normale, implica una visione dell'ospedale come di un luogo "altro", dove i ruoli e le regole tipici della quotidianità vengono temporaneamente interrotti. Al suo ingresso in ospedale, il paziente viene sottoposto a un processo di "spogliamento" dei normali ruoli della vita quotidiana, che vengono relegati in sottofondo, rendendo la persona un "caso" all'interno di una stanza numerata. L'idea di fondo è che le distinzioni connesse alla classe sociale, alla professione e allo status vengano cancellate e non siano considerate in un processo terapeutico per definizione rivolto a un corpo "anonimo".

Esiste in realtà un altro modo di guardare l'ospedale, che evidenzia una reinterpretazione delle istituzioni biomediche da parte delle culture locali e che comporta significative implicazioni a livello sia teorico sia pratico. Secondo Finkler (2004), la vita dentro l'ospedale non può essere considerata come separata dal mondo esterno, anzi

bisogna ritenerla plasmata sui modelli normalmente proposti dalla società. Al suo interno, infatti, vengono riproposte le gerarchie, le ineguaglianze, i conflitti che hanno luogo all'esterno. Gli studi etnografici sull'ospedale aprono quindi una finestra sulla società e sulla cultura al cui interno esso è situato, fotografando non solo le differenze culturali a livello organizzativo e di pratiche terapeutiche, ma anche connettendole ai più ampi processi culturali e sociali.

Un ulteriore settore di indagine è rappresentato dagli aspetti metodologici relativi alle procedure di ricerca sul campo. La dimensione partecipativa che caratterizza gli studi antropologici può essere declinata in tre differenti modi: il ricercatore può essere presente sul campo scegliendo di far parte dello staff medico, di rivestire i panni del paziente o quelli del visitatore. La maggior parte dei ricercatori sembra scegliere di indossare il camice bianco e di rivestire il ruolo di medico o di infermiere, rappresentando quindi prevalentemente il punto di vista del personale piuttosto che quello dei pazienti (Van Amstel e Van der Geest, 2004; Gibson, 2004). Le ricerche che invece assumono il punto di vista del paziente risultano particolarmente interessanti per le loro implicazioni etiche, anche se l'elevato livello di coinvolgimento che richiedono scoraggia molti ricercatori dal metterle in atto (Murphy, 1990). La terza modalità prevede l'assunzione del ruolo di visitatore: questa scelta sembra rendere la presenza in corsia meno invasiva e comporta minor coinvolgimento del ricercatore nelle pratiche di cura (Inhorn, 2004).

Si configurano quindi per gli antropologi diversi percorsi di ricerca in ambito ospedaliero. Inoltre, mentre non sempre risulta facile "entrare" negli ospedali del mondo occidentale (a causa delle severe normative sulla *privacy* dei pazienti e sulla tutela del personale), la stessa difficoltà non si incontra negli ospedali africani e asiatici, dove la minor preoccupazione per le istanze di *privacy* rende meno problematico l'accesso ai ricercatori. A questo proposito, sembra interessante rilevare come le differenze nell'accesso agli ospedali in diverse parti del mondo rappresentino un ulteriore indicatore delle diversità culturali e sociali che caratterizzano l'organizzazione ospedaliera.

La rimoralizzazione della medicina

Questa apertura dell'orizzonte etnografico nelle organizzazioni è una condizione essenziale di quel processo di "rimoralizzazione" che, avviato negli anni '80 e '90 dentro la stessa riflessione medica, tende a restituire centralità alla dimensione etica nei processi di cura. Il punto di partenza è costituito dalla necessità di rivedere la distinzione tra *illness* e *disease* (cfr. il capitolo di Enrico Petrangeli in questo volume) e la configurazione gerarchica della relazione tra mezzi (la dimensione di *technical care*) e fini (la dimensione di *caring for patient*) (Spiro, 1986). L'attenzione viene così reindirizzata alla connessione tra la malattia dell'individuo, le sue traiettorie di vita e le sue relazioni con l'ambiente familiare e sociale (Kleinman, 1988). In particolare, di fronte ad una deriva tecnicista della medicina, torna ad avere una posizione centrale la questione della "*empathic care*", che include una valorizzazione dei significati della malattia e della necessità di confrontarsi con dimensioni emotive profonde entro contesti di relazioni fortemente

personalizzate (Kleinmann, 1988; Crossley, 2002). Tali dimensioni, anziché essere considerate come marginali e prive d'importanza, costituiscono “*the point of medicine*”.

In tal modo, all'interno della medicina, prende spessore una linea di attenzione “olistica” che pone al centro la struttura delle relazioni medico-paziente (Balint, 1957; Spiro, 1986; Kleinman, 1988). In questa visione rientrano fortemente in gioco considerazioni in ordine alla fisionomia etica degli scopi della medicina e al riconoscimento di una dimensione profondamente morale alla base della relazione medico-paziente (Crossley, 2002). Acquista quindi rilievo il richiamo alle posizioni del filosofo Emmanuel Levinas che riporta l'agire medico ad un significato profondo che si colloca “*outside the self, in an ethical experience of simply being there to help and care the vulnerable other*” (van Manen, 1998, pag. 21).

La via della “rimoralizzazione” e della “umanizzazione” della medicina impone d'altra parte profondi cambiamenti nella struttura sociale della relazione medico-paziente, codificata dalla tradizionale interpretazione funzionalista. Nella interpretazione di Talcot Parson (1975), l'asimmetria della relazione tra medico e paziente è necessaria ed ineliminabile. Essa è inaccessibile ad una trasformazione in senso più egualitario, umanizzato e *caring*. Infatti essa si colloca in una struttura sociale che implica posizioni gerarchiche di potere, autorità e prestigio, e si sostiene mediante una combinazione di competenze professionali e di un mandato fiduciario sul mantenimento della salute non solo dell'individuo, ma anche e soprattutto della popolazione in generale. Tale asimmetria è garantita e trasmessa dalla formazione medica che “accultura” verso una costellazione valoriale centrata su fiducia, equità, disciplina e reputazione. Si crea in tal modo una etica professionale in cui si riconosce una relazione diretta tra fiducia e pratica medica, tra fiducia e autorità della professione medica. L'interesse e i desideri del paziente rientrano in questa più generale costellazione, ma sono perimetrati, nella loro accettabilità, da una deontologia che impone di salvaguardare la fiducia sociale verso la professione medica e il suo interesse per la salute generale della popolazione. Il medico mantiene questa posizione asimmetrica esercitando inoltre una prerogativa esclusiva sull'atto medico.

Prima ancora che dalle tensioni olistiche e verso l'umanizzazione, l'approccio funzionalistico è messo in crisi dalle profonde trasformazioni culturali e dalla riconfigurazione della relazione tra domanda e offerta di cura.

In primo luogo si deve registrare l'ingresso sulla scena di nuove figure e apparati alternativi o complementari alle cure. Sia le medicine alternative, sia la presenza di nuove figure e modelli di trattamento (che in gran parte si collocano al di fuori del Servizio Sanitario ufficiale) rendono meno impenetrabile il monopolio della professione medica nella risposta alla domanda di cura e di trattamento individuale.

In secondo luogo, la maggiore disponibilità di informazioni e di accesso alle strutture sanitarie rende il paziente meno dipendente da un'unica fonte monopolistica di cura. Il paziente spesso si rivolge ad un medico con un corredo di *expertise* e con una coorte di fonti mediche e sanitarie che rendono in parte la relazione condizionata dalla possibilità di confronto con pareri diversi e con uno spettro più ampio di alternative terapeutiche.

In terzo luogo lo scenario epidemiologico, a partire dalla metà del secolo scorso, caratterizza crescentemente la domanda di cura di malattie di tipo cronico, in cui l'enfasi

sulle traiettorie soggettive e relazionali del paziente tende a proiettarsi in primo piano e a competere in importanza con le conoscenze e le tecniche biomediche (Pilnick, 1998).

Infine, ma non meno importante, la tendenziale trasformazione della tradizionale relazione medico-paziente in relazione “fornitore-cliente” rende certamente più prestigiosa la relazione con i bisogni e i desideri percepiti del paziente e determina un riequilibrio di fatto con il mandato fiduciario verso l’interesse sanitario generale (Sharma, 1995)

Verso un ridisegnarsi delle dinamiche psicosociali nella relazione medico-paziente

Un punto fondamentale nell’analisi delle dinamiche psicosociali nella relazione medico-paziente è tradizionalmente assegnato alla presenza di processi di tipo ambivalente, di dipendenza e proiezione, che il paziente agisce verso il medico e le cure. La malattia comporta infatti uno *shock* per il paziente, che percorre ampiamente l’intera configurazione bio-psico-sociale e mette criticamente in discussione la fiducia nel proprio corpo, in sé, nel proprio futuro e nelle relazioni con gli altri. La malattia fa emergere nel paziente un sentimento di vulnerabilità che comporta processi di regressione, con l’adozione di comportamenti più primitivi, in relazione ad una percezione di essere preda di terrori infantili e ancestrali e di stati emotivi primitivi (Meyer, 1994).

Spesso tali sentimenti sono amplificati dalla difficoltà della medicina di fornire forme di intervento e di cura efficaci nelle malattie gravi e ad andamento cronico. Sharma (1995) e Vincent e Furnham (1996) evidenziano come sia questa la principale motivazione che induce i pazienti a rivolgersi a trattamenti alternativi non ortodossi. Gli stessi autori osservano tuttavia, insieme a Jackson (1994) e Thomas *et al.* (1991), come tale disillusione non comporti l’abbandono della medicina ortodossa, quanto piuttosto la costruzione di un itinerario in cui si giustappungono fonti ortodosse e alternative di cura.

In un contesto relazionale comunque caratterizzato da una forte dipendenza, l’emozionalità vulnerabile del paziente attiva spesso poderosi processi di tipo proiettivo (Balint, 1957; Holland, 1995; Crossley, 1997, 1998, 2000; Lupton, 1997). Il medico viene adottato come oggetto su cui il paziente trasferisce i propri sentimenti di paura e vulnerabilità. Il senso di perdita di controllo e una rabbia diffusa, disperata e senza scopo, si rivolgono a costruire un senso sordo di ostilità verso il medico e la medicina che spesso sono rintracciabili nelle ricostruzioni autobiografiche dei pazienti (es. Mayer, 1995). Essi danno conto della nozione di Balint (1957) secondo cui ogni privazione imposta all’individuo dalla propria malattia può essere percepita come proveniente dal medico e condurre a fantasie piene di risentimento e a sentimenti di rabbia e ostilità verso di lui.

Tali dinamiche proiettive, accentuate da sentimenti di dipendenza e perdita di controllo, possono giocare anche in direzione opposta e più favorevole, trasferendo sul medico le parti positive e protettive del sé. Il medico in tal modo finisce con l’essere visto come onnisciente e onnipotente e oggetto di una fiducia totalmente incondizionata (Shapiro, 1998).

Di fronte a questa complessità delle dinamiche emozionali del paziente nei confronti del medico, questi è investito da ambivalenti sentimenti di ansietà e di conflitto di fronte a una combinazione di rabbia, ostilità, fiducia e speranza, da cui spesso cerca di proteggersi mantenendo una distanza emotiva tra sé e il paziente. La formazione medica, implicitamente o esplicitamente, orienta fin dall'inizio verso il distacco emotivo. Hilfiker (1985) ricorda come ciò caratterizzi l'addestramento ad esempio alle procedure di esame clinico, in cui imbarazzo ed eccitazione non *devono* essere sentite o *devono* essere sopresse tanto più completamente possibile. La formazione medica, in generale, orienta verso un profondo disconoscimento nei confronti dei propri sentimenti.

Nella costruzione di uno stile professionale, ciò può condurre alla rimozione delle componenti emozionali dalle pratiche di cura corporea e ad uno stile di gestione delle proprie emozioni orientato più alla soppressione e alla rimozione che non al contenimento e alla rielaborazione. Così, da risposta tendenzialmente adattiva in contesti di emergenza o di esami di routine, questa modalità di *coping* emotivo tende ad essere esercitata anche laddove invece sono richieste competenze di ascolto, di comprensione e di comunicazione, e il distacco clinico tende a costituire una protezione personale e una risposta difensiva generalizzata.

In sintesi, da questa tensione emergono tendenze e atteggiamenti difensivi orientati a:

- oggettivazione: il paziente tende ad essere rappresentato come oggetto di una pratica o di un atto medico e ridotto alla parte ammalata oggetto di cura, come negli usi non infrequenti di nominare il paziente nelle conversazioni tra colleghi;
- tendenziale riduzione del *setting* di cura alle pratiche sul corpo;
- riduzione della capacità di elaborare e contenere l'impatto emozionale quando questo supera la soglia del distacco clinico, facendo percepire la relazione come "invischiata" e "problematica";
- riduzione della capacità di operare epicriticamente sul *setting* professionale in modo da includervi abilità e competenze sul piano emotivo, comunicativo e di relazione; la de-valutazione professionale di tali ambiti operativi si accompagna ad una crescente tendenza alla loro delega impropria ad altre figure (*in primis* agli psicologi), contribuendo così a creare contesti di relazione interprofessionali critici e ambivalenti (cfr. Guerra, 1999).

Tensioni emozionali nella relazione medico-paziente e tensioni pratiche della medicina

I temi della dinamiche psicosociali sembrano oggi tornare prepotentemente all'ordine del giorno e riscuotono grande attenzione anche in campo medico. Il loro riproporsi in modo acuto va posto a nostro avviso in relazione ad alcune tensioni crescenti nel dominio pratico della medicina.

Una prima tensione riguarda il confronto tra una espansiva retorica professionale che enfatizza la connotazione **olistica e umanizzata** degli scopi della medicina e la percezione

di una ridotta praticabilità di tale approccio nelle risorse personali, temporali e organizzative limitate con cui il medico ha concretamente a che fare.

C'è anche una corrispondente tensione, in particolare, tra una crescentemente proclamata retorica che misura l'efficacia del medico anche sulla sua capacità di essere attore di pratiche di *caring for patient* e la crescente pressione organizzativa per la riduzione dei costi (e dei tempi) di cura (Hilfiker, 1985; Beardwood, 1999). Questa tensione è amplificata in modo peculiare laddove la pressione per l'efficienza e la produttività si associa a procedure di rendicontazione burocratica delle attività (Furer, 1994, Fullan, 1996)

In definitiva, mentre la retorica, sulla base di una crescente diversificazione delle domande sociali di salute e di una crescente consapevolezza della sua complessità biopsicosociale, culturale ed etica, richiede una crescente attenzione e disponibilità a relazioni che coinvolgono dimensioni emozionali e morali profonde, la pragmatica organizzativa richiede una riduzione del ruolo dell'operatore ad amministratore di *technical cures* in modo professionale e imparziale, impegnandosi sempre di più in pratiche che possano essere facilmente quantificate, registrate e rendicontate, massimizzando il risparmio di risorse e di tempo conferite al processo di cura.

La direzione di cura nelle grandi strutture ospedaliere va sempre più in direzione di modalità *high tech* che richiedono un alto investimento di risorse finanziarie, processi di concentrazione strutturale, forte ottimizzazione (contrazione) dei tempi entro una economia di scala. Al di là delle conseguenze sull'organizzazione e sui carichi di lavoro, l'investimento elevato sulla *high tech* facilita contemporaneamente processi di oggettivazione del paziente e della stessa professione medica. Il sistema *High Tech* assume che le decisioni sulla diagnosi e sulla prognosi siano costruite entro protocolli basati sull'applicazione sistematica della logica processuale di sistemi computerizzati o esperti, piuttosto che sul giudizio clinico intuitivo (Nettleton, 1996) e ciò incoraggia sia la rappresentazione di un paziente virtuale (Hardley, 1998) condizionato dai sistemi *input-output* delle strumentazioni, sia la rappresentazione dello stesso medico più come "performer" che come soggetto del processo di cura.

Ulteriori tensioni derivano dalla tendenziale transizione nell'organizzazione sanitaria dalla centralità della componente medico-professionale a quella medico-manageriale. Tale transizione si realizza attorno ai processi di aziendalizzazione e ha al suo vertice la preminenza dell'ottimizzazione della relazione tra risorse conferite e risorse impiegate. In una logica di questo tipo, la dimensione relazionale tra paziente e sistema sanitario include una sua rivisitazione in termini di *customer satisfaction*, in cui la qualità complessa della relazione è tendenzialmente ridotta ad un rapporto tra linearità dei protocolli e impatto percepito del cliente.

Tale tensione si configura come uno scontro di potere nell'organizzazione sanitaria a cui occorre guardare con molta attenzione.

"The move towards greater medical accountability and the reduction of medicine's monopoly power may, at first glance, appear as positive and democratic shift. However it is important to come back to the point that the process of rationalization goes hand-in-hand with increasing bureaucratisation. This means that the reduction in medical power is not necessarily transferred to lay people (although they may play a greater role in defining need

due to the process of need assessment) but to other professional groups such as health service management” (Crossley, 2002., pag. 25).

La salute degli operatori sanitari nei contesti organizzativi

Scopo del capitolo è di esaminare la collocazione degli operatori nella visione della salute e della malattia nei nuovi scenari organizzativi e istituzionali che caratterizzano i “luoghi della cura” della società contemporanea. Inevitabilmente, il punto di riferimento è la ormai vasta letteratura sul cosiddetto *burnout*. Il termine è usato per definire una degenerazione particolare dello stato emotivo degli operatori impiegati nei rapporti con il pubblico o nelle professioni di aiuto sociale (“*helping profession*”), ossia professioni nelle quali il rapporto con la persona ha un'importanza centrale. La parola “*burnout*” compare per la prima volta all'inizio del secolo con Kraepelin, che aveva intuito come le scarse risorse pubbliche della psichiatria e le condizioni particolari della vita professionale dello psichiatra (tra cui “la mancanza di speranza nei risultati” e “le condizioni economiche non soddisfacenti”), portavano, come “conseguenza inevitabile, lavoro eccessivo di singoli, piacere nullo per la professione e il rapido esaurirsi del medico stesso”.

Negli anni settanta Christina Maslach coniò il termine “*burnout syndrome*” per riferirsi ad una situazione che aveva osservato con frequenza sempre maggiore nelle “*helping profession*”, dove dopo mesi o anni di generoso impegno, questi operatori manifestavano apatia e indifferenza; erano spesso nervosi, irrequieti, qualche volta cinici nei confronti del lavoro; erano operatori che si erano “bruciati” (Maslach, 1976). Negli anni ottanta Cherniss mette in relazione il *burnout* con l'eccesso di stress e insoddisfazione, in una fenomenologia caratterizzata da uno squilibrio tra risorse disponibili e risorse richieste che genera uno stress, una risposta emotiva caratterizzata da tensione, ansietà, fatica ed esaurimento. Tutto ciò porta ad una serie di cambiamenti nell'atteggiamento e nel comportamento: si ha la tendenza a trattare gli utenti in modo distaccato, meccanico, cinico; la perdita dell'idealismo che ha spinto l'operatore verso la professione si accompagna al deterioramento della propria identità professionale e del livello di autostima, mentre crescono sentimenti di impotenza, di passività, di sfiducia nelle proprie capacità (Cherniss, 1980). Tutto questo può essere riassunto schematicamente in tre fasi:

- stress lavorativo, caratterizzato dal disequilibrio tra risorse e richieste;
- *strain*, caratterizzato da tensione emotiva ed esaurimento;
- accomodamento psicologico, caratterizzato da distacco e *coping* difensivo.

In questa interpretazione, lo squilibrio che esiste tra le richieste rivolte ad un soggetto e le risorse che il soggetto stesso ha a disposizione (Lazarus e Launier, 1978) è sicuramente alla base dell'esaurimento emotivo. Molte ricerche sullo stress lavorativo sostengono che non solo l'eccesso di richieste, ma anche la mancanza e l'utilizzazione parziale delle proprie capacità sono cause di *burnout*, perché l'operatore prova una sensazione di disagio e frustrazione non sentendosi utilizzato al meglio.

La natura stessa dei sintomi descritti mantiene una forte evidenza di un legame con i contesti lavorativi. A sintomi fisici (quali mal di testa, disturbi gastrointestinali, insonnia,

cambiamenti di stile alimentare, uso eccessivo di farmaci) e psicologici (senso di colpa, negativismo, labilità e disturbi dell'umore, sfiducia in sé, irritabilità) corrispondono infatti reazioni comportamentali che segnalano una presa di distanza motivazionale dal lavoro (assenze e ritardi, rinvio di appuntamenti, irrintracciabilità, affidamento a procedure standardizzate) e cambiamento evidente di atteggiamento verso i pazienti (scarsa empatia e capacità d'ascolto, chiusura, cinismo, spersonalizzazione, indifferenza e distacco emotivo). Una forte correlazione con la *self-efficacy* e, soprattutto, con l'*empowerment*, è stato recentemente segnalato in letteratura (cfr. Zani e Cicognani, 2000). Quest'ultimo conferma il legame tra *burnout* e perdita di controllo sulla propria vita e sul contesto sociale.

Nell'individuazione dei fattori correlati con i processi di *burnout*, al di là di quelli individuali (come la discrepanza tra aspettative e realtà) e interpersonali (come la rilevanza dei processi di confronto sociale), la letteratura insiste oggi soprattutto sui *setting* lavorativi e organizzativi. La qualità dell'organizzazione, la coerenza e l'integrazione tra i sub-sistemi, la chiarezza dei compiti e delle relazioni tra scopi dichiarati e mezzi disponibili entrano fortemente in gioco. In linea di principio i fattori organizzativi più richiamati possono sintetizzarsi in:

- configurazione dei ruoli lavorativi (sovraccarico, livello di consenso, aspettative connesse ai ruoli, compatibilità e conflitti di ruolo);
- natura del compito (interesse, frammentazione, presenza o assenza di stimoli, significatività);
- struttura di potere (caratteristiche dei processi decisionali e di controllo, presenza o mancanza di opportunità di partecipazione).

L'organizzazione ospedaliera

Centrando l'attenzione sugli aspetti organizzativi, può risultare interessante esplorare queste dimensioni all'interno di uno dei più rappresentativi contesti sanitari: l'ospedale. Esso rappresenta, nelle società moderne, il nodo centrale dell'apparato sanitario-assistenziale (Mamone, 1993) e si configura come un'organizzazione complessa in cui si concentrano tutte le risorse terapeutiche, costituendo luogo privilegiato di diagnosi e cura e sede eletta per l'attività del medico.

E' mutata quindi la sua funzione: da luogo di accoglienza dell'uomo sofferente esso è divenuto luogo di indagine e cura della malattia, quest'ultima considerata come entità indipendente dalla persona e dai significati della cultura in cui trova espressione. L'ospedale, in questa nuova veste, si è andato quindi strutturando come un contesto separato dalla società.

Questa separazione ha tuttavia cominciato ad essere scalfita e a perdere legittimità a partire dagli anni Settanta, con la diffusione di istanze di controllo sociale da parte della collettività (Bellelli e Jacono, 1979). Negli ultimi trenta anni, infatti, l'estendersi della conflittualità sociale all'interno dell'ospedale e la maggiore partecipazione e controllo delle forze sociali e degli stessi utenti, hanno introdotto elementi di contraddizione e

mutamento nella rigida struttura ospedaliera. Questi mutamenti hanno aperto una breccia (in cui peraltro in alcuni casi ha trovato spazio anche la psicologia), ma nella sostanza quello dell'ospedale è rimasto un mondo chiuso, con le sue regole e le sue leggi nascoste, di cui nemmeno gli attori al suo interno sono del tutto consapevoli.

Il principale compito dell'organizzazione ospedaliera, vale a dire diagnosticare e curare la malattia, necessita per la sua realizzazione di tradursi in obiettivi che rappresentino gli impegni di fondo attraverso cui la finalità viene raggiunta e attraverso cui vengono misurati i risultati dell'azione.

A questo proposito va rilevato che l'organizzazione ospedaliera italiana, deputata ad erogare servizi di pubblica utilità, non si propone obiettivi di marketing, ovvero non opera decisioni sulla posizione da assumere sul mercato con l'obiettivo di attrarre, raggiungere e soddisfare una clientela. Un obiettivo di questo tipo imporrebbe una strategia di intervento che richiederebbe risposte chiare ai quesiti su chi sia l'utente e su quale sia il valore che il servizio prestato deve avere per l'utente. Il rischio dell'assenza di una tale strategia sembra dunque essere quello della mancanza di una azione organizzativa coerente e della conseguente presenza di forti costi sia sul piano dell'efficacia sia su quello dell'efficienza. La mancanza di una strategia generale si riflette inoltre sulle istanze di innovazione, che hanno acquisito negli ultimi anni una particolare importanza soprattutto in seguito alla forte accelerazione dei processi trasformativi a livello politico-economico, scientifico-tecnologico e culturale-sociale. A questo si affiancano i molti problemi di gestione interna: il disagio degli utenti, lo stress lavorativo degli operatori, le conflittualità che attraversano orizzontalmente e verticalmente il sistema, la complessa relazione tra gli operatori e gli utenti, il problema dei costi e degli investimenti, la questione della valutazione della efficienza ed efficacia dei servizi forniti.

Nonostante la complessità delle problematiche che la attraversano, l'organizzazione ospedaliera non sembra tuttavia aver maturato l'esigenza di formulare una richiesta di cambiamento. Laddove questa richiesta è emersa, essa ha prevalentemente incontrato la scelta dell'organizzazione ospedaliera di rivolgersi, per affrontare le disfunzionalità esistenti, all'*expertise* proprio della cultura manageriale. Solo in rari casi la necessità di comprendere e tentare di risolvere le difficoltà emergenti ha visto invocate, da parte dell'organizzazione ospedaliera, competenze di tipo psicologico.

L'esigenza di rispondere a standard di efficienza ed efficacia e la conseguente necessità di una valutazione del proprio operato hanno tuttavia condotto l'organizzazione ospedaliera a promuovere l'adozione di politiche per la qualità.

Il concetto di qualità: la storia

Le origini del concetto di miglioramento della qualità possono essere rintracciate nel mondo della produzione. Da questo settore provengono le definizioni più utilizzate, da "conformità ai requisiti" a "idoneità all'utilizzo". Tale idoneità ha due distinte caratteristiche, ognuna delle quali evidenzia un differente significato di qualità: la prima riguarda gli aspetti del prodotto o servizio che incontrano le necessità del cliente e

influisce soprattutto sulle vendite, mentre la seconda concerne la mancanza di difetti ed agisce prevalentemente sui costi. La qualità viene inoltre definita come “riduzione della varianza quale fondamento di un miglioramento continuo senza sosta” e “orgoglio nel lavoro umano” (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, 1998, pag. 18).

Anche in campo sanitario possono essere ritrovati tentativi di promuovere una attenzione sistematica agli aspetti qualitativi. Nel 1912 il terzo Congresso dei Chirurghi del Nord America assunse l’impegno a “standardizzare la struttura ed il modo di lavorare degli ospedali, per far sì che le istituzioni con ideali più elevati abbiano il giusto riconoscimento davanti alla comunità professionale e che le istituzioni con standard inferiori siano stimolate a migliorare la qualità del loro lavoro, in tal modo i pazienti riceveranno il trattamento migliore e la gente avrà qualche strumento per riconoscere quelle istituzioni che si ispirano ai più alti ideali della medicina”. (Celin *et al.*, 1991, pag. 7). Soprattutto nei Paesi anglosassoni, l’attenzione alla qualità nel settore sanitario si è sviluppata come attenzione agli aspetti connessi alla qualità professionale, attraverso la promozione di metodi di confronto e verifica delle attività svolte (audit clinici, verifica e revisione, miglioramento continuo, linee guida, accreditamento volontario).

Nel tempo è tuttavia subentrata l’esigenza di controllare e migliorare, in aggiunta alla prestazione professionale, altri aspetti: l’organizzazione del lavoro, la pianificazione dei servizi, il confort delle strutture, la relazione con gli utenti. E’ così che si cominciò a parlare di “assicurazione della qualità” e di “*Total quality management*” (Bonaldi *et al.*, 1994) come approcci in grado di affrontare globalmente le varie dimensioni della qualità. A queste innovazioni hanno contribuito i progressi scientifici e tecnologici in campo biomedico, che hanno portato alla diffusione di grandi strutture sanitarie e quindi all’erogazione di un numero crescente di prestazioni sanitarie all’interno delle stesse. Questo incremento ha favorito notevolmente la contaminazione tra settore produttivo e settore sanitario: gli approcci alla qualità si sono così estesi dall’industria al campo dei servizi alla persona.

I metodi per il miglioramento della qualità nel settore industriale, basati principalmente sulle norme emanate dalla *International Organization for Standardization* (ISO), erano volte inizialmente a tenere sotto controllo la rispondenza di un prodotto a determinati requisiti, per poi ampliarsi al processo di produzione e quindi all’intera organizzazione.

Tradizionalmente questa esigenza nasce dalla necessità aziendale di fornire un prodotto soddisfacente, ed è evidente che chi deve essere soddisfatto è in primo luogo l’acquirente del prodotto, che può essere il singolo cittadino o un’altra azienda. L’esigenza di avere degli standard di qualità e di poter effettuare dei controlli “esterni”, cioè delle verifiche effettuate da soggetti competenti su mandato dell’azienda-cliente, ha promosso l’elaborazione e la codificazione di norme internazionali in tema di qualità (le norme ISO) ed anche l’emanazione di leggi che stabiliscono requisiti di qualità a tutela del consumatore.

Appare evidente che lo sviluppo di questo processo è dovuto non solo e non tanto a generiche motivazioni di miglioramento, quanto piuttosto a interessi economici, alla tendenza degli acquirenti ad affinare le proprie esigenze e alle logiche di competitività del mercato.

Questo spiega anche perché, nate sulla base di adesioni volontarie, le politiche per la qualità hanno finito in molti casi per diventare un requisito necessario per la vita delle aziende.

La cultura della qualità nelle strutture sanitarie

Numerosi documenti dell'OMS raccomandano la diffusione delle politiche per la qualità nel settore sanitario (WHO, 1981) e tali indicazioni sono state recepite come raccomandazioni dagli organismi deputati al controllo delle strutture sanitarie. L'attuale scenario è quindi caratterizzato dalla progressiva introduzione di una normativa che prevede l'adozione nelle strutture sanitarie di politiche per la qualità.

Data la complessità propria dell'organizzazione ospedaliera e del suo contesto di riferimento, è difficile applicare automaticamente ad essi le tecniche di miglioramento continuo della qualità in uso presso altre tipologie di aziende.

Nel settore sanitario appare fondamentale la necessità di coniugare, nel concetto di qualità, sia l'aspetto delle procedure (struttura, processo, esito) sia quello più tradizionale dell'intervento medico.

Gli obiettivi che l'ospedale pubblico deve perseguire portano a dover considerare il tema qualità da vari punti di vista, che non sempre vengono colti nella loro interconnessione:

la qualità percepita, vale a dire il gradimento del servizio così come percepito soggettivamente dall'utente;

la qualità offerta, come insieme degli interventi tecnico-organizzativi messi in atto dall'azienda per migliorare il sistema progettuale-produttivo-logistico;

la qualità attesa, come insieme di attributi che un prodotto dovrebbe avere in base alle aspettative del contesto di riferimento.

L'esigenza di definire standard di qualità riconosciuti e verificabili e la necessità che vi siano forme di verifica indipendenti ha portato a legare le politiche per la qualità al concetto di accreditamento.

Nel mondo sanitario, l'accreditamento è il processo che porta a riconoscere che un'organizzazione sanitaria soddisfa determinati requisiti espliciti di buona organizzazione.

Il modello dell'accreditamento per le strutture sanitarie, su un modello di tipo "volontario" quale quello esistente negli U.S.A.⁵, si è sviluppato in Canada (1958), quindi in Australia (1974), nel Regno Unito (1990), ed in Olanda (1998). Francia ed Italia sono invece gli unici Paesi che hanno adottato il modello del cosiddetto "accreditamento istituzionale". Mentre l'accreditamento "volontario" o di "eccellenza" è promosso all'interno del mondo sanitario con scopo di formazione e di continuo miglioramento della qualità organizzativa, l'accreditamento "istituzionale" viene effettuato da o per conto dei governi e senza di esso un'organizzazione sanitaria pubblica non è autorizzata a operare o una privata a convenzionarsi col sistema pubblico.

⁵ La storia dell'accreditamento sanitario nasce nel 1919 negli USA con l'*Hospital Standardization Program*; nel 1965, con il *Medicare Act*, il Governo U.S.A. chiede che, per lavorare nell'ambito del programma di assistenza sanitaria pubblica, le singole strutture siano accreditate; nel 1995 con il *Comprehensive Accreditation Manual* vengono introdotti tra i requisiti per l'accreditamento i principi dei sistemi qualità del *Total Quality Management*.

In tutti i tipi di accreditamento si dà essenziale importanza al sistema qualità. Gli obiettivi dell'attività di accreditamento prevedono quindi:

- valutazione puntuale della qualità della struttura in riferimento ad un modello e quindi a dei requisiti;
- promozione e sostegno del ciclo di miglioramento della qualità;
- creazione di un sistema di garanzie - tendenzialmente oggettive e verificabili - per l'utenza. (Lazzari, 2003).

Le norme per i sistemi di gestione per la qualità, definite dall'ISO a livello internazionale ed adottate a livello europeo (EN) ed italiano (UNI), sono state applicate anche a settori diversi da quelli produttivi, quali i servizi alla persona. Si è prodotta in tal modo una sostanziale convergenza tra la gestione della qualità secondo le norme ISO ed i modelli prevalentemente adottati in sanità.

Tra i "principi di gestione per la qualità" (UNI, 2000, pag. 2) troviamo:

- *Leadership*: i capi stabiliscono unità di intenti e di indirizzo dell'organizzazione. Essi dovrebbero creare e mantenere un ambiente interno che coinvolga pienamente il personale nel perseguimento degli obiettivi dell'organizzazione.
- Coinvolgimento del personale: le persone, a tutti i livelli, costituiscono l'essenza dell'organizzazione ed il loro pieno coinvolgimento permette di porre le loro capacità al servizio dell'organizzazione.

Tra le "responsabilità della direzione" (UNI, 2000, punto 5), rientrano azioni quali:

- condurre l'organizzazione dando il buon esempio per sviluppare la fiducia del personale;
- creare un ambiente che incoraggi il coinvolgimento e lo sviluppo del personale;
- valutazioni (con appropriate metodologie di misura) del livello di soddisfazione del personale dell'organizzazione.
- promozione di politiche ed obiettivi mirati ad accrescere la consapevolezza, la motivazione ed il coinvolgimento del personale.

La stessa norma definisce l'"ambiente di lavoro" come "insieme di condizioni nel cui ambito viene svolto il lavoro; tali condizioni comprendono fattori fisici, sociali, psicologici ed ambientali", riconoscendo così il ruolo l'ambiente sulla motivazione, soddisfazione e prestazione del personale. Il dato interessante è che i contenuti delle norme non sono semplici raccomandazioni, ma si pongono come "requisiti", cioè come aspetti coerenti di un sistema di gestione per la qualità che viene valutato e verificato nel suo complesso. In questo contesto gli aspetti relativi al clima organizzativo, alle dimensioni lavorative, alla motivazione, coinvolgimento e soddisfazione del personale, divengono elementi necessari di un sistema coerente.

Qualità e clima organizzativo

Il clima organizzativo può essere sommariamente descritto come “il modo in cui le persone che lavorano in un’azienda percepiscono le loro condizioni di lavoro e il funzionamento dell’azienda stessa” (Lazzari, 2003, pag. 13).

Il concetto di clima organizzativo si sviluppa a partire dagli anni settanta, all’interno di un’ottica in cui particolare attenzione viene data al contesto psicosociale delle relazioni lavorative: dagli studi su individui isolati, cioè considerati isolatamente dal contesto, si passa all’interesse per la relazione che intercorre tra le persone e tra queste e il loro ambiente circostante. Questo passaggio di prospettiva è stato fondamentale, sia in quanto ha permesso di giungere ad un approccio non più basato sul concetto di adattamento dell’uomo al lavoro, sia perché ha spostato l’attenzione da un quadro di riferimento di tipo clinico-medico-ergonomico alle dinamiche organizzative.

Lo studio del clima organizzativo è problematico poiché è caratterizzato da livelli molteplici e complessi. Argyris (1958) è il primo ad impiegare il concetto di *organizational climate*, sviluppando un modello in cui trovano spazio tre gruppi di variabili organizzative:

1. le politiche, le procedure e le posizioni formali nell’organizzazione;
2. i fattori personali che includono bisogni, valori e capacità individuali;
3. l’insieme delle variabili associate con gli sforzi degli individui per confermare i propri fini a quelli dell’organizzazione.

Queste variabili nel loro complesso permettono di definire l’ *organizational behavior* come risultante dall’interazione dei livelli di analisi individuale, formale, informale e culturale (Argyris, 1958). Il clima visto come un processo dinamico è quindi un elemento di regolazione che permette il funzionamento del sistema organizzativo.

Gli studiosi cercano di chiarire il concetto di clima distinguendo un clima psicologico ed uno organizzativo. Il clima organizzativo si riferisce agli attributi organizzativi e ai loro effetti principali, o stimoli, mentre il clima psicologico si riferisce ad attributi individuali, per mezzo dei quali l’individuo trasforma l’interazione tra attributi percepiti e caratteristiche individuali in una serie di aspettative, atteggiamenti, comportamenti (Jones e James, 1974).

Il clima psicologico può essere quindi descritto come un fenomeno percettivo basato sull’esperienza condivisa dai membri di una specifica organizzazione. Queste percezioni costituiscono una mappa cognitiva individuale di come funziona l’organizzazione e guidano quindi il comportamento degli individui in relazione alla situazione stessa. Possiamo dire che il clima serve ad adattare il comportamento dell’individuo alle richieste ambientali e alle esigenze organizzative (Koys e Decotiis 1991). Secondo altri autori (Quaglino e Mander, 1987) il clima psicologico è la percezione del clima organizzativo.

Nella stessa organizzazione possono inoltre esistere climi molteplici poiché i membri appartenenti a diversi livelli organizzativi (diversa posizione gerarchica, oppure di reparti diversi ma nella stessa posizione) possono avere una percezione diversa dell’ambiente organizzativo.

Seguendo Moran e Volkwien (1992), il clima organizzativo appare come una caratteristica relativamente omogenea di un’organizzazione ed è costituito dalle percezioni collettive che gli individui hanno della loro organizzazione (considerando dimensioni come autonomia, fiducia, coesione, sostegno, riconoscimento, innovazione,

equità), ma è allo stesso tempo il prodotto dell'interazione degli individui e riflette la cultura organizzativa ed i prevalenti valori normativi e atteggiamenti.

La letteratura sottolinea l'importanza del clima lavorativo per il suo impatto sulle relazioni umane nell'ambiente di lavoro e sulla soddisfazione che gli impiegati traggono dal lavoro e dalle proprie condizioni. Secondo Quaglini (2002) il clima è in pratica anche la qualità della rete di tensione collettiva che lega o non lega gli uomini e le donne dell'organizzazione: è lo stare insieme, il lavorare insieme, il piacere di ritrovarsi oppure no, l'eccessiva freddezza che circola nelle relazioni interpersonali, la distanza, oppure anche l'eccessiva informalità, ecc.

Tenendone in considerazione dunque l'influenza sul comportamento dei lavoratori e sulla performance organizzativa, può essere determinante per un'organizzazione conoscere il clima esistente al proprio interno. Per De Vito Piscicelli (1984) il clima è uno strumento di consapevolezza e di diagnosi organizzativa e quindi uno strumento di progettazione di cambiamento. La modificazione degli assetti organizzativi aziendali è un processo continuo che caratterizza il normale andamento della vita delle organizzazioni ed è finalizzato all'ottenimento di performance e di capacità competitive sempre più elevate: queste capacità non possono tuttavia prescindere dalla qualità del clima relazionale ed in generale dal benessere delle persone che vi lavorano.

Le aziende si propongono oggi l'obiettivo di elevati standard di efficienza e di efficacia, ma non possono esimersi dal migliorare, contemporaneamente, la qualità della vita all'interno dell'organizzazione e, non ultima, una più attiva partecipazione alla vita aziendale. Per tutte queste ragioni diventa determinante eseguire un check-up organizzativo che permetta di conoscere il clima psicologico e la cultura aziendale di una organizzazione. L'obiettivo dell'analisi del clima è ascoltare (e non controllare) i fatti organizzativi, al fine di investire positivamente nella relazione con i protagonisti della vita organizzativa. Analizzare il clima significa fotografare lo stato di un'organizzazione, tenendo conto soprattutto dei punti di vista dei membri della stessa; rilevando cioè percezioni, motivazioni, vissuti, conflitti, dinamiche comunicative, stili di leadership, collaborazione, autonomia, sicurezza. Queste rilevazioni possono essere utilizzate in un'ottica di miglioramento della qualità, intesa come orientamento e strategia che coinvolge tutta l'organizzazione e vede partecipare tutti gli attori che vi operano (anche la soddisfazione del cliente, per esempio, ha assunto oggi una importanza crescente, dal momento che misurare la soddisfazione del cliente significa anche misurare l'esito delle attività aziendali). Da questo punto di vista l'indagine sul clima deve rappresentare non un punto di arrivo, ma il punto di innesco di un percorso: il movimento e le professionalità che si attivano e si organizzano intorno alla ricerca hanno la possibilità ed il compito di aprire un terreno di confronto e di dialogo nuovo, di favorire il chiarimento dei bisogni e delle aspettative, di ricollocare il significato della domanda all'interno di un processo fatto di persone e di relazioni.

In questo contesto la valutazione del clima, peraltro richiesta dai modelli di qualità e dalle norme per l'accreditamento, può diventare non soltanto un elemento dinamico di verifica della qualità della vita lavorativa, ma anche un catalizzatore degli elementi di interconnessione tra dimensioni lavorative e soggettive, processi gestionali ed organizzativi.

In questo senso la rilevazione del clima può fornire elementi utili per la progettazione di politiche ed interventi di promozione della salute degli operatori (Lazzari, 2003), contribuendo al miglioramento di una serie di aspetti lavorativi (relazioni, riconoscimento, possibilità decisionali, etc.) che incidono sulla qualità della vita degli stessi operatori e degli utenti.

L'ospedale: la cultura dell'organizzazione

La ricerca psicosociale degli ultimi anni ha dedicato particolare attenzione allo studio delle variabili culturali, organizzative, individuali e di ruolo dei contesti lavorativi.

All'interno di queste linee di ricerca, alcuni studi sono stati dedicati all'analisi della cultura dell'ospedale, della sua organizzazione formale e informale, dei ruoli e delle funzioni delle diverse componenti e delle tensioni e conflitti tra queste.

Per *cultura organizzativa* intendiamo l'insieme dei valori, delle norme, dei modelli di comportamento e del clima che caratterizzano l'organizzazione e ne definiscono le modalità comunicative al suo interno e nelle relazioni con l'esterno (Mamone, 1993).

“L'analisi della cultura ha una grande rilevanza per comprendere il funzionamento dell'organizzazione e la soddisfazione dei suoi membri. Certamente la cultura o le culture di una organizzazione producono degli effetti sulla elaborazione della strategia; sulla capacità di innovazione o di cambiamento; sulla disponibilità di introdurre nuove tecnologie; sui processi di fusione o di integrazione tra più organizzazioni o tra diversi comparti della stessa organizzazione; sui processi di socializzazione e di comunicazione; sui criteri di selezione del personale; sulla concezione e sulla prassi formativa; sulla gestione dei conflitti; e comunque, in termini più generali, sulle categorie di analisi e di diagnosi della realtà e sui conseguenti processi di presa di decisione. Per una organizzazione comprendere la propria cultura significa entrare in contatto con la parte nascosta, implicita ed inconsapevole degli assunti, dei valori, dei modelli di comportamento interiorizzati che influenzano la dinamica interpersonale ed organizzativa” (Avalone, 1994, pag. 108-109).

Negli ultimi anni alla concezione monolitica della cultura organizzativa si è andata progressivamente sovrapponendo l'idea di una organizzazione multidimensionale, composta da differenti sottogruppi culturali. Tali indicazioni permettono di mettere in luce la complessità dell'organizzazione ospedaliera, non limitandone l'analisi alla cultura medica ma riconoscendo la coesistenza al suo interno di diverse culture.

La cultura medica, finora dominante nell'organizzazione ospedaliera, è stata portatrice di particolari concezioni sulla natura dell'uomo, sul valore e sul significato dell'attività lavorativa e sugli stili di convivenza, che tuttavia oggi non riescono più a rendere conto della complessità della realtà ospedaliera.

La cultura che anima l'ospedale si basa sulla razionalità scientifica e si caratterizza per:

- la neutralità affettiva (ovvero un disinvestimento emozionale nei rapporti interumani);
- l'orientamento specialistico;
- la complessità dei simboli di comunicazione interna, che al paziente appaiono del tutto estranei;
- la definizione del paziente come oggetto del tutto incompetente e passivo;

- l'interpretazione degli obiettivi del sistema e dei bisogni dei pazienti come risultato della differenziazione funzionale interna.

La malattia, all'interno della cultura biomedica, viene spiegata come deviazione dalla norma di variabili biologiche misurabili. Tale modello comprende sia il riduzionismo (la prospettiva filosofica in base alla quale i fenomeni complessi derivano da un singolo principio primario) sia il dualismo mente-corpo (la dottrina che separa il mentale dal somatico). “Da questi aspetti dogmatici o metascientifici del modello derivano conseguenze negative quali la disumanizzazione, il tecnicismo spersonalizzante, il sostanziale imperialismo del modello di analisi biologica rispetto agli altri livelli.” (Bertini, 1988, pag. 63).

“The development of professions such as health economics and mainstream health psychology have been part of this postmodern process in which medicine has extended its gaze to include not just the patterning of disease but also the investigation of the healthy population for early sign of abnormality. (...) This is manifest in the proliferation of concepts such as ‘well being’, ‘quality of life’ and ‘life satisfaction’ which, since the 1960s, have entered the social and medical lexicon in the attempt to measure virtually all aspects of experience” (Crossley M.L., 2000, pag.27).

La struttura dell'organizzazione ospedaliera

Le organizzazioni creano una struttura finalizzata a facilitare il coordinamento delle diverse attività ed a controllare le azioni dei diversi operatori.

Lo studio della struttura dell'organizzazione ospedaliera ci offre la possibilità di comprendere quali siano i suoi obiettivi. Tra questi studi significativo appare il contributo di Rhode (1962) che, sottolineando l'accentuata divisione verticale e orizzontale del lavoro all'interno della struttura ospedaliera, ne evidenzia il carattere di complessità. Nell'analisi della struttura formale orizzontale vengono individuati tre cicli funzionali: quello medico, quello assistenziale e quello amministrativo. L'ambito funzionale medico si fonda sulla competenza del medico, quale esperto della diagnosi e della cura; tale competenza è divenuta, con il progredire della scienza e della tecnologia medica, sempre più specifica e ristretta nei limiti della specializzazione di ciascun medico. L'ambito assistenziale è rappresentato dal personale infermieristico, le cui funzioni sono dipendenti dagli orientamenti diagnostici e terapeutici del ciclo funzionale medico. Si tratta di una funzione ampia che implica non solo l'assistenza fisica ma anche il sostegno emozionale del paziente, la sua socializzazione nella cultura ospedaliera, il rapporto fra paziente e medico e la relazione fra il paziente e i diversi settori dell'ospedale e con il mondo esterno. Il ciclo funzionale amministrativo, assimilabile ad analoghi settori di altre organizzazioni, comprende sia settori burocratico-amministrativi sia settori tecnico-imprenditoriali. L'autore sottolinea come fra i tre cicli funzionali le relazioni siano cariche di tensioni. La specificità dei ruoli, il riferirsi a sistemi di valori che orientano diversamente le pratiche, crea difficoltà di comunicazione e incomprensioni che trovano la loro origine più frequente nella sopravvalutazione dell'importanza e delle

esigenze del proprio ciclo funzionale a svantaggio degli altri. Tutto questo diviene spiegabile solo presupponendo l'assenza di un pensiero, di una strategia produttiva e di efficienza gestionale che sostenga le scelte in funzione degli obiettivi che l'organizzazione si è data come prioritari. Va detto che il conflitto il più delle volte è risolto con l'imporsi delle direttive mediche.

L'analisi della struttura verticale evidenzia d'altro lato la presenza di molteplici gerarchie di autorità parallele: i vertici medico, assistenziale e amministrativo si intersecano variamente, spesso proponendo direttive contraddittorie, e ciò crea una notevole confusione all'interno dei singoli reparti. "A questo si aggiunge la difficoltà di integrare all'interno del ciclo medico specialità e servizi diversi, con la tendenza a promuovere gli interessi del servizio anziché favorire la ricerca di una integrazione, percepita come potenziale riduzione della propria autonomia operativa" (Guerra, 1992, pag. 49).

Nell'ospedale si assiste ad una differenziazione sempre più accentuata, che si esprime in modo evidente nel proliferare delle specializzazioni definite sulla base delle specifiche patologie o della competenza ad usare tecnologie sofisticate. Inoltre, lo sviluppo tecnologico implica lo sviluppo di professionisti specialistiche in grado di gestire e seguire il percorso delle nuove tecniche. Questi processi contrastano però con le esigenze economiche degli amministratori, che tendono di contro a centralizzare il potere decisionale e a limitare le tendenze parcellizzanti. Il conflitto investe, a seguire, anche le relazioni tra i medici, costretti a concorrere tra loro per l'attribuzione delle risorse.

Guerra osserva come l'analisi proposta da Rhode, nonostante sia datata, mantenga la sua attualità: "Sembrirebbe infatti che i cambiamenti culturali di questi ultimi tre decenni, le nuove forme dei conflitti sociali, l'evoluzione spesso impressionante delle tecnologie, delle metodiche, dei sistemi terapeutici non abbiano avuto nessun effetto particolare sui conflitti caratteristici e sui loro modi di formularsi all'interno dell'ospedale" (Guerra, 1992, pag. 49).

Nonostante l'emergente consapevolezza che una razionalizzazione dell'organizzazione sanitaria potrebbe risolvere la gran parte dei problemi (riorganizzazione del lavoro, incremento della produttività e conseguenti riduzioni dei costi, motivazione e sviluppo del personale, democrazia nella vita dell'organizzazione), gli interventi effettuati in questo senso negli ultimi trenta anni non hanno ottenuto i risultati sperati. I cambiamenti organizzativi non necessariamente infatti corrispondono a cambiamenti nei singoli e nei gruppi, specialmente se questi ultimi sono portatori di valori, norme e modelli comportamentali profondamente diversi. Gli interventi di razionalizzazione e ristrutturazione nelle organizzazioni dovrebbero quindi prevedere un contestuale intervento su altre variabili e tenere conto della cultura dell'organizzazione, dell'innovazione tecnologica e della valorizzazione delle risorse umane.

Avallone (1994) suggerisce una scansione metodologica e tecnica del possibile intervento professionale dello psicologo fondata su:

- analisi dei motivi che fondano le opzioni strutturali, valutazione dei processi interni che aggregano consenso sulle scelte che si intendono adottare;

- individuazione delle conseguenze a livello delle variabili di compito (manageriale, gestionale, tecnico-specialistico e operativo) della definizione o del cambiamento strutturale;
- individuazione e intervento sulle altre variabili connesse alla struttura organizzativa;
- predisposizione del piano di attuazione e di verifica della struttura e/o dell'innovazione strutturale proposta.

Relazioni interpersonali tra operatori in contesti ad alta tecnologia

Tecnologie e organizzazione ospedaliera

Nella quotidianità del contesto sanitario e di cura l'utilizzo delle tecnologie è diventato ormai pervasivo, dal momento dell'accettazione di un paziente, alle pratiche di anamnesi, diagnosi e refertazione gli operatori si servono di strumenti informatici (e non solo) per espletare il proprio lavoro. Le dimensioni della cura oggi poggiano quindi su un'infrastruttura di artefatti tecnologici che disciplinano le pratiche mediche, intrecciandosi con il lavoro quotidiano di medici, infermieri e operatori. Tali strumenti sono lontani dal considerarsi neutrali e a supporto dell'agire medico, da una più attenta osservazione emerge come l'uso delle tecnologie richieda una ridefinizione degli assetti organizzativi, relazionali per essere gestiti tra le diverse necessità presenti nell'esecuzione delle pratiche mediche quotidiane. A questo si aggiunge il fatto tali oggetti e tecnologie sono entrati nella quotidianità del sistema sanitario anche allo scopo di standardizzare e formalizzare la pratica medica per renderla confrontabile e omogenea: l'uso delle cartelle cliniche informatizzate e dei modelli organizzativi dei processi diagnostici e terapeutici non sono altro che espressione del processo di managerializzazione della pratica medica. Essa si può evidenziare nella diffusione di concetti ed espressioni appartenenti al linguaggio economico, come "matrici di responsabilità", "rapporto costi-benefici", che contribuiscono a ridefinire a livello organizzativo le pratiche mediche (Gherardi e Strati, 2004); a questo si aggiungono l'utilizzo tecniche e metodi di stampo economico aziendale finalizzati alla gestione della qualità, del rischio, alla rappresentazione dei processi mediante per esempio flow chart, tutto ciò concorre a modellare i percorsi diagnostici-terapeutici.

In medicina non si assiste solo ad un processo di managerializzazione ma anche di tecnologizzazione dell'ambiente clinico, la bioinformatica, l'e-health introducono strumenti tecnologici a supporto delle pratiche e delle decisioni in ogni fase del processo di cura, dalle attività di anamnesi ai processi diagnostici e di refertazione (Bruni e Gherardi, 2007).

Tali strumenti e artefatti vengono sostenuti per uniformare i protocolli di cura e aumentare l'efficacia dei processi diagnostici e terapeutici (Timmermans e Berg, 1997).

In realtà, in letteratura è possibile rintracciare numerosi dibattiti inerenti all'efficacia e all'efficienza dell'utilizzo delle tecnologie in medicina e sul loro effetto nei processi di de-professionalizzazione dei ruoli (Berg, 1997b), della perdita di autonomia decisionale e professionale (Harrison, 1998; Mol, 2002; Moreira, 2005) e di cambiamenti nel rapporto medico e paziente (Timmermans e Kolker, 2004). Tali studi propongono un approccio sociale e costruttivista che si pone come obiettivo quello di comprendere come il sapere si esprima nelle pratiche quotidiane, come avviene il processo di costruzione di senso all'interno delle attività e delle routine esistenti.

In questo senso le tecnologie non rappresentano degli strumenti neutri ma modificano e concorrono a riconfigurare e disciplinare le pratiche esistenti in modo da integrarli (Timmermans e Berg, 2003a); ciò comporta la riorganizzazione fra i diversi elementi (tecnici e sociali), oltre che una ridefinizione delle relazioni all'interno dell'organizzazione sanitaria (Corbin e Strauss, 1993).

Tali tecnologie, insieme ai protocolli rappresentano delle vere e proprie "impalcature" o scaffolding della pratica medica (Timmermans e Berg, 2003a). Tale termine, che deriva dalle teorie Vygotskiane sull'apprendimento (Vygotsky, 1990), sta ad indicare l'insieme degli elementi fisici, psicologici e sociali che partecipano all'azione umana, tale metafora viene ripresa da Orlikowski (2006), il quale sostiene come il linguaggio, gli artefatti tecnologici sostengono le relazioni sociali all'interno di un'organizzazione ma nello stesso tempo le configurano e le disciplinano, il coordinamento e la collaborazione fra operatori assumono significato all'interno delle pratiche costruite a partire dagli artefatti tecnologici (Heath e Hindmarch, 2000). Esiste quindi un processo di reciproca influenza fra le tecnologie e le pratiche organizzative, che non avviene a livello individuale bensì fra gli operatori, all'interno della rete di relazioni definite a partire dalle pratiche lavorative. Le tecnologie vengono utilizzate all'interno di pratiche mediche situate all'interno di un' "ecologia medica" (Cicourel, 1986) i cui elementi principali sono medici, infermieri, operatori e pazienti, informazioni, oggetti, corpi. Lo strumento assume un ruolo centrale nell'attività e il suo utilizzo non viene definito solo a partire dai parametri pensati dai costruttori ma anche da processi di negoziazione fra il suo funzionamento e l'attività organizzativa: intorno all'uso della tecnologia vi sono infatti vincoli tecnici, condizioni d'uso determinate dall'infrastruttura in cui è inserito, attori e vincoli individuali, organizzativi e istituzionali, questo determina modalità differenti di impiego.

Una riflessione su fattori di successo e insuccesso nella percezione delle équipe chirurgiche

Fattori di successo/insuccesso

La percezione del successo e dell'insuccesso dipende dalla rappresentazione di sé e dell'altro e dalla rappresentazione dell'azione. Fa riferimento dunque alle coordinate con cui ciascuno valuta la propria posizione, ai processi di attribuzione causale e agli

atteggiamenti condivisi. Nel verbale dei precedenti incontri i fattori discriminanti del successo mi riconducibili essenzialmente a:

- Fattori strumentali, conoscenze di base, appropriatezza dell'ambiente e dell'organizzazione
- Precedenti conoscenze rese disponibili sul paziente, il programma di intervento, il team
- L'integrazione delle competenze nel gruppo
- L'armonia, la comunicazione, la sincronia nel gruppo
- Il grado di fiducia reciproca, l'affiatamento

Il successo e l'insuccesso, pur essendo influenzati anche in modo significativo da caratteristiche individuali, restano in grande misura e prevalentemente l'esito di un'azione collettiva. In linea di principio il successo non dipende solo da ciò che si fa nel corso dell'operazione, ma anche e, forse, soprattutto, dalla sua preparazione, dai dispositivi e dal tempo disponibile e dall'accordo o clima che, anche su quelle basi, può costituirsi tra gli operatori, prima ancora che l'azione abbia luogo.

Il posizionamento emotivo, il vissuto dei diversi attori rispetto all'azione è tuttavia fortemente differenziato e sembra orientare verso atteggiamenti discordanti, lasciando intravedere possibili aree di tensione e conflitto. Un primo fattore di differenziazione riguarda il grado di integrazione percepita con il resto del gruppo. Non sembra tanto essere in questione l'accordo o l'auspicio di una intesa nel gruppo, quanto la possibilità di condividere pienamente le responsabilità in condizione estreme di incertezza e tensione; c'è, allora chi si percepisce come sostanzialmente solo nella decisione e chi viene invece percepito come maggiormente sostenuto da opportunità di confronto e condivisione

Un secondo fattore riguarda la differenziazione degli obiettivi con cui ciascuno orienta la propria visione dell'azione e le proprie priorità. Essi non sono sconosciuti agli altri, ma sono piuttosto implicitamente diversamente gerarchizzati

Un terzo fattore riguarda la percezione di poter esercitare un'influenza efficace sul processo e di essere pienamente in possesso delle conoscenze, dei tempi, degli strumenti appropriati ad un controllo efficace dell'incertezza. Un corollario di questo fattore può essere guardato in termini di fiducia e percezione di affidabilità delle risorse decisionali del team di fronte a situazioni di forte cambiamento e deviazione nello sviluppo dell'intervento rispetto alle condizioni iniziali. Gli estremi del continuum vanno dalla necessità di definire in anticipo nel dettaglio ogni possibilità, per cui il gruppo non deve in realtà far altro che attenersi a quanto previsto fin dall'inizio, fino alla necessità di prendere ed esplicitare continuamente nuove decisioni che possano essere facilmente condivise sulla base di una intesa profonda nel team.

Un quarto fattore di differenziazione riguarda il posizionamento emotivo rispetto alle tecnologie, in un continuum che va dalla percezione di garanzia e di prevedibilità degli eventi che essa sembra facilitare, alla percezione di incremento della complessità e dell'esposizione personale (in termini di risorse attentive, di stress e tensione emotiva) che la mediazione tecnologica dell'azione comporta

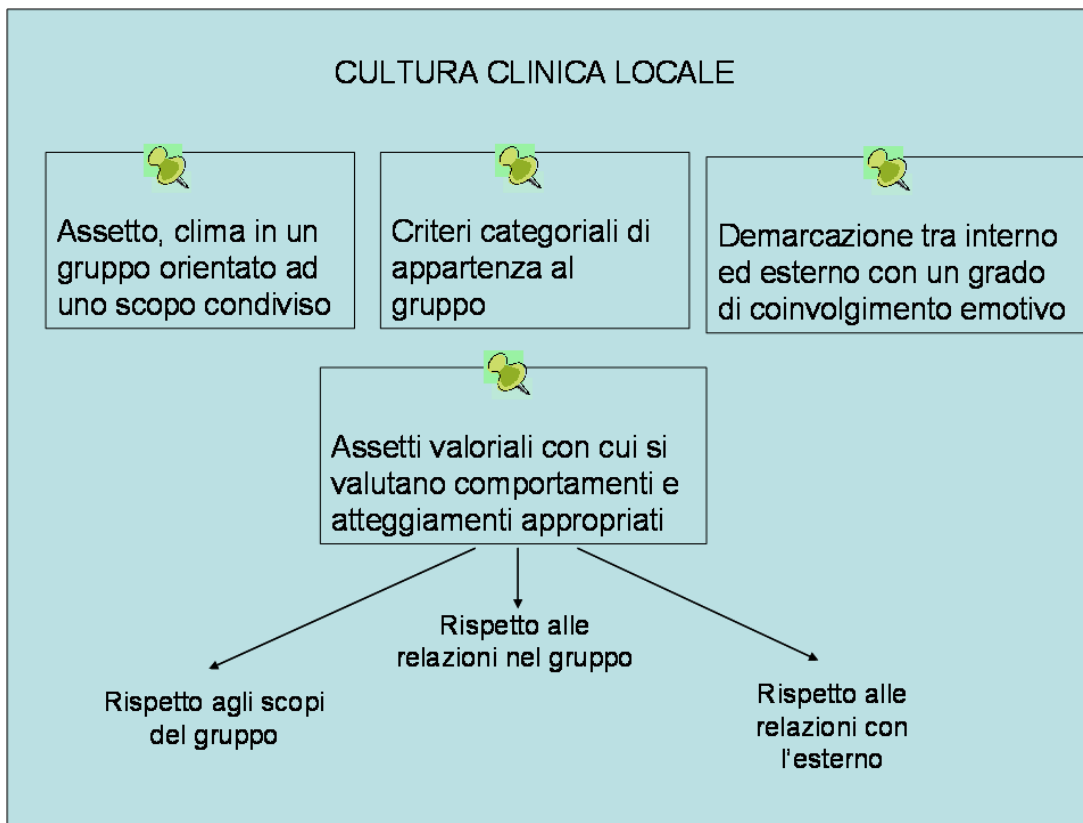
Sembra, insomma, che si evidenzia, dall'analisi dei fattori di successo/insuccesso, una rappresentazione dell'azione come fortemente caratterizzata in senso collettivo,

condizionata dagli eventi precedenti e dagli assetti organizzativi, determinata nel suo sviluppo dalla disponibilità piena delle risorse cognitive e strumentali, ma influenzata in modo determinante dagli assetti relazionali, interpersonali, comunicativi ed emotivi con cui ciascuno si confronta e in cui esercita la propria azione.

La rappresentazione dell'azione nella cultura locale

Le considerazioni fin qui effettuate mi pare possano aiutare a comprendere che la percezione del successo e dell'insuccesso mettano in luce la rappresentazione del team e della sua collocazione nella cultura clinica locale. Esse aiutano forse anche a caratterizzare questa cultura locale secondo alcune dimensioni determinanti che devono forse essere attentamente prese in esame per avviare processi di miglioramento realistici e sostenibili.

Cos'è una cultura locale? Possiamo dire che essa costituisce l'assetto, il clima che si stabilisce entro un gruppo orientato al conseguimento di uno scopo condiviso. Viene chiamata "cultura" per il suo carattere regolativo dei comportamenti, degli atteggiamenti e delle rappresentazioni entro cui si collocano le interazioni reciproche dei membri del gruppo. Essa delinea i criteri categoriali di appartenenza al gruppo e regola mediante segnalazioni condivise anche gli elementi di identità sociale che attraversano i ruoli che gli individui assumono nel gruppo. Costituisce una demarcazione tra interno (ciò che appartiene al gruppo) ed esterno (ciò che non appartiene al gruppo) secondo linee di demarcazione implicite o esplicite e segnalate da appropriate simboliche caratterizzate da un grado più o meno elevato di connotazione e investimento emotivo. La cultura locale delinea anche gli assetti valoriali con cui vengono predisposti e valutati i comportamenti e gli atteggiamenti appropriati.



Ogni azione pratica e ogni comunicazione che si origina nel gruppo, viene organizzata secondo una triplice serie di coordinate, la prima che ne valuta l'efficacia e il valore rispetto al conseguimento degli scopi istituenti il gruppo, la seconda che ne valuta gli effetti sulle relazioni intragruppo, sugli equilibri e sulle regolazioni tra i membri del gruppo, la terza che raccoglie gli elementi che possono influenzare la relazione (intergruppi) con l'esterno.

La cultura locale è il prodotto dell'interazione nel gruppo, delle conoscenze pregresse e delle relazioni istituenti che costituiscono la sua storia, ne definiscono l'orizzonte di senso, delineando l'idea di futuro (destino) del gruppo. La cultura locale è prescrittiva dei posizionamenti personali reciproci e influenza il modo in cui i soggetti si percepiscono, regolano le proprie azioni, esprimono le proprie tensioni emotive entro al gruppo e rispetto al conseguimento degli scopi del gruppo. In questo senso la cultura clinica locale influenza l'organizzazione del pensiero e l'ancoraggio metacognitivo che vengono considerati appropriati o inappropriati nel gruppo e nella mente stessa dell'operatore. Ed è importante capire se e come questa metarappresentazione si moduli diversamente nei diversi posizionamenti all'interno del gruppo.

Queste metarappresentazioni comprendono e accettano gradi diversi di conflitto tra valori decisionali intrinseci al sistema e valori decisionali estrinseci al sistema. Questa linea conflittuale è interessante perché attraversa il posizionamento degli stessi individui entro il sistema. Infatti, talune influenze extrasistema riguardano le operazioni emozionali, i processi identificativi e simbolici che accompagnano i processi decisionali.

Perché è importante la cultura locale nei processi di miglioramento?

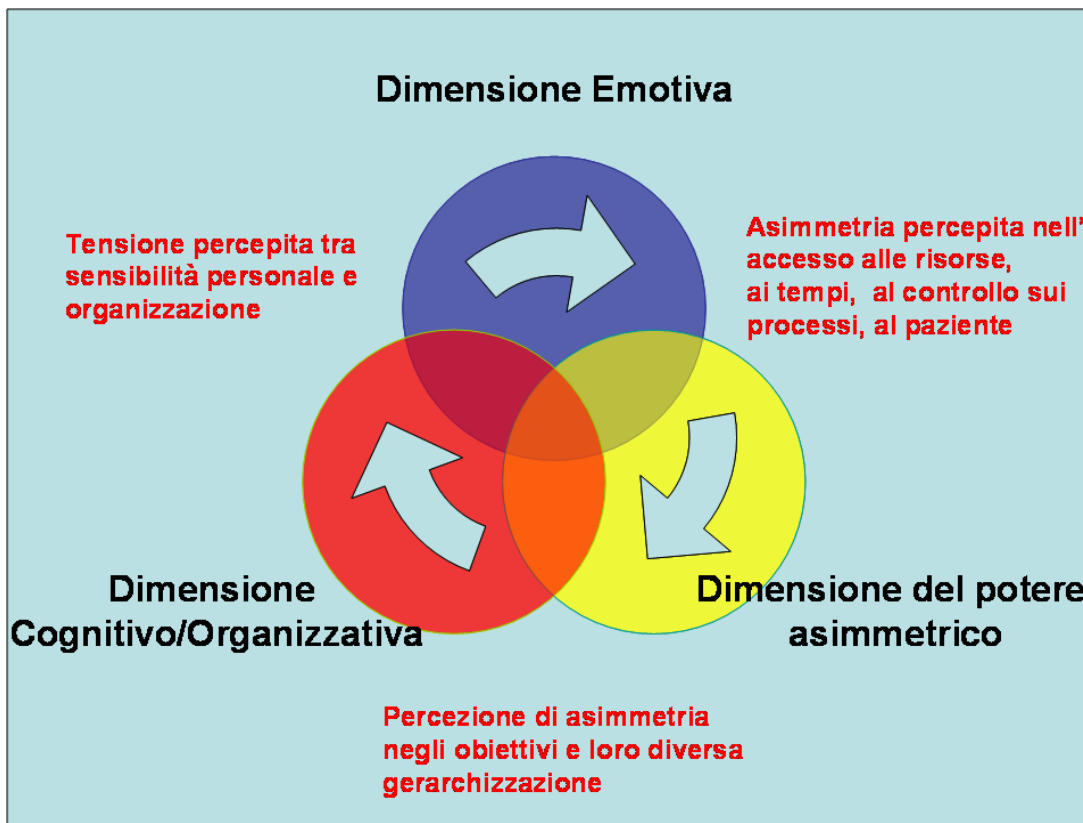
Se si ricollocano le riflessioni compiute nella prima parte dell'intervento (quelle sui fattori di successo/insuccesso) nella discussione sulla cultura locale, si può affermare che le posizioni espresse nei precedenti incontri consentono di intravedere in filigrana alcuni assi orientativi su cui la cultura locale del team chirurgico-anestesiologico cerca di delineare il senso della propria fisionomia istituzionale.

Possiamo ipotizzare, in sintesi, che i fattori di successo possano essere raggruppati:

- in un primo assetto cognitivo/organizzativo e strumentale (l'insieme delle condizioni e delle competenze appropriate, la rete di informazioni, la conoscenza degli assetti e dei dispositivi organizzativi e le condizioni del loro funzionamento concreto)
- in un secondo assetto di condizioni soggettive, di posizionamenti emotivi nelle relazioni interpersonali, fatto di consuetudini e di pratiche, ma anche di tensioni e conflitti interpersonali, entro cui viene agito il proprio posizionamento soggettivo e la linea mobile di demarcazione tra sé come persona appartenente ad una pluralità di contesti e l'identità sociale assunte entro il gruppo
- in un terzo assetto in cui ciascuno è posizionato in rapporto alle proprie possibilità di azione, decisione e controllo sui processi.

Possiamo chiamare il primo assetto, dimensione cognitivo/organizzativa, il secondo dimensione emotiva, il terzo, dimensione del potere asimmetrico nell'organizzazione. Lungo queste tre dimensioni si possono collocare alcuni problemi cruciali che si intravedono negli incontri e che lasciano percepire l'esistenza di "veri" problemi sottostanti

Il primo problema è rappresentato dalla percezione di una asimmetria (cognitiva, razionale) negli obiettivi e, come si è visto, nella loro gerarchizzazione. Un altro problema è costituito dalla tensione percepita tra sensibilità personale e organizzazione avvertita come limite. Un terzo problema è costituito dall'asimmetria percepita nell'accesso alle risorse, al tempo e alla capacità di controllo del processo, persino nella disponibilità della conoscenza catamnesi e nella conoscenza diretta del paziente.



Si potrebbe continuare. Ma si può dire che i “veri” problemi siano quelli che espongono ad una duplice tensione “nel ruolo” e “tra ruoli” in cui le componenti cognitive/organizzative non sono dissociabili dalle componenti emotive e di potere. La cultura locale assicura che, in condizioni di equilibrio e di bassa incertezza, la composizione delle tre dimensioni consente una qualità sufficiente degli assetti relazionali. Ma la caratteristica dei cosiddetti I.A.T. (Interdisciplinary Action Team) è quella di proiettarsi in condizioni di equilibrio precario perché agiscono in situazioni di elevata incertezza, rapidi cambiamenti, forte innovatività strumentale e procedurale.

La recente cultura organizzativa tende a studiare quali sono in un assetto complesso e relativamente instabile come quello degli I.A.T. le condizioni di apprendimento e costruzione di significati condivisi che consentano di far fronte al rapido avvicinarsi di nuove abilità e nuove routine. Il problema viene posto non tanto sulla costruzione di repertori comportamentali dettagliati, quanto sulle condizioni di costruzione e diffusione di nuovi modelli mentali che comportano spesso un riposizionamento complessivo del sistema.

La figura seguente mostra i dispositivi concettuali che vengono predisposti per facilitare processi di apprendimento in queste condizioni di elevata complessità

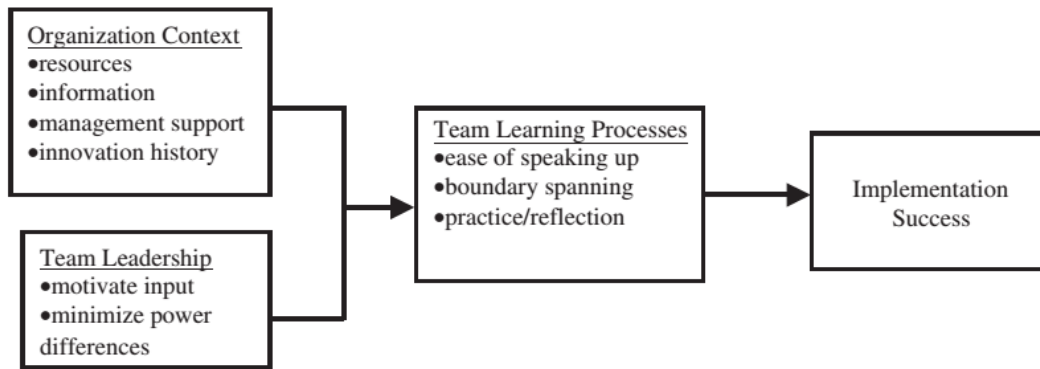


Figura X. Proposed antecedents and outcomes of learning beliefs and behaviours in interdisciplinary action teams (Edmondson, 2003, pag. 1425) ⁶

Come si può vedere si distinguono un blocco di interventi cognitivi e organizzativi, un blocco di interventi sulla team leadership mirata ad agire sugli assetti motivazionali e sulle differenze di potere/controllo nel team, e un terzo blocco (dipendente dai due precedenti) che agisce sulle specifiche condizioni di apprendimento. Queste sono essenzialmente riconducibili a pratiche riflessive di confronto, interazione e autoesplorazione intese come garanzia di sviluppo di relazioni appropriate al cambiamento e all'implementazione di nuove pratiche.

In una visione più generale, una buona “manutenzione” di una cultura locale che sia in grado di fronteggiare le sfide dei cambiamenti e di regolare positivamente le tensioni e i conflitti che agiscono entro e tra ruoli dovrà aggiungere a queste dimensioni una specifica attenzione al confronto e alla “manutenzione” emotiva delle relazioni interpersonali.

⁶ Edmondson A. C. (2003), Speaking Up in the Operating Room: How Team Leaders Promote Learning in Interdisciplinary Action Teams, *Journal of Management Studies* 40:6, pp. 1419-1452

