

# CARTOGRAFIE SOCIALI

## Rivista di sociologia e scienze umane

ANNO II, N. 3, MAGGIO 2017

DIREZIONE SCIENTIFICA

Lucio d'Alessandro e Antonello Petrillo

DIRETTORE RESPONSABILE

Arturo Lando

REDAZIONE

Elena Cennini, Anna D'Ascenzio, Marco De Biase, Giuseppina Della Sala, Eugenio Galioto, Emilio Gardini, Fabrizio Greco, Luca Manunza

COMITATO DI REDAZIONE

Marco Armiero (KTH Royal Institute of Technology, Stockholm), Tugba Basaran (Kent University), Nick Dines (Middlesex University of London), Stefania Ferraro (Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli), Marcello Maneri (Università di Milano Bicocca), Önder Özhan (Università di Ankara), Domenico Perrotta (Università di Bergamo), Federico Rahola (Università di Genova), Pietro Saitta (Università di Messina), Anna Simone (Università Roma Tre), Ciro Tarantino (Università della Calabria)

COMITATO SCIENTIFICO

Fabienne Brion (Université Catholique de Louvain -la-Neuve), Alessandro Dal Lago (Università di Genova), Didier Fassin (Institute for Advanced Study School of Social Science, Princeton), Fernando Gil Villa (Universidad de Salamanca), Akhil Gupta (University of California), Michalis Lianos (Université de Rouen), Marco Martiniello (University of Liège), Laurent Mucchielli (CNRS - Centre national de la recherche scientifique), Salvatore Palidda (Università di Genova), Michel Peraldi (CADIS - Centre d'analyse et d'intervention sociologiques), Andrea Rea (Université libre de Bruxelles)

*"Cartografie sociali" is a peer reviewed journal*



# LE METAMORFOSI DEL “PAESAGGIO SOCIALE”

TRA TERRITORIALIZZAZIONE,  
PRESTAZIONI E PROSSIMITÀ

A cura di Stefania Ferraro e Emilio Gardini

**Pubblicazione semestrale: abbonamento annuale (due numeri): € 45,00**

Per gli ordini e gli abbonamenti rivolgersi a:  
ordini@mimesisedizioni.it

L'acquisto avviene per bonifico intestato a:

MIM Edizioni Srl, Via Monfalcone 17/19

20099 - Sesto San Giovanni (MI)

Unicredit Banca - Milano

IBAN: IT 59 B 02008 01634 000101289368

BIC/SWIFT: UNCRITM1234

*Cartografie sociali* è una rivista promossa da URiT, Unità di Ricerca sulle Topografie sociali.

Direzione e Redazione della rivista hanno sede  
presso l'Università degli Studi Suor Orsola Benincasa

Via Suor Orsola 10 - 80132 Napoli (Italy)

[www.unisob.na.it](http://www.unisob.na.it)

[cartografiesociali@unisob.na.it](mailto:cartografiesociali@unisob.na.it)

[cartografiesociali.rivista@gmail.com](mailto:cartografiesociali.rivista@gmail.com)

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
SUOR ORSOLA  
BENINCASA  
FACOLTÀ DI  
SCIENZE  
DELLA FORMAZIONE



MIMESIS EDIZIONI (Milano – Udine)

[www.mimesisedizioni.it](http://www.mimesisedizioni.it)

[mimesis@mimesisedizioni.it](mailto:mimesis@mimesisedizioni.it)

Isbn: 9788857542560

Issn: 2499-7641

© 2017 – MIM EDIZIONI SRL

Via Monfalcone, 17/19 – 20099

Sesto San Giovanni (MI)

Phone: +39 02 24861657 / 24416383

Fax: +39 02 89403935

Registrazione Tribunale di Napoli n. 37 del 5 luglio 2012

## INDICE

EDITORIALE: LO STATO DELLE POLITICHE SOCIALI Spazi, soggettività e criticità delle logiche di intervento <i>di Stefania Ferraro e Emilio Gardini</i>	9
--	---

## MAPPE

L'INDIVIDU MODULAIRE – I De la socialité directe à la socialité institutionnelle <i>di Michalis Lianos</i>	17
--	----

L'INDIVIDU MODULAIRE – II Egocentrisme compétitif et déficit social <i>di Michalis Lianos</i>	31
---	----

QUALE SOCIALE NELLE POLITICHE SOCIALI? <i>di Lavinia Bifulco</i>	53
---	----

L'INNOVAZIONE SOCIALE: AN OLD NEOLIBERIST WINE IN NEW BOTTLES? <i>di Giulio Moini</i>	69
--	----

ISTITUZIONI PSICHIATRICHE E RIFORMISMO Sull'attualità della teoria di Robert Castel <i>di Daniele Pulino</i>	93
--	----

## ROTTE

L'ISCRIZIONE TERRITORIALE DELLE LEGGI <i>di Alain Supiot</i>	113
---	-----

UNA “SOCIETÀ ARMONIOSA”?  
Il posto del conflitto nelle pratiche e nel discorso sul Terzo Settore  
*di Sandro Busso e Enrico Gargiulo* 137

ESPRESSIONI DI RUOLO  
Analisi etnografiche sulle interazioni tra professionisti  
in un centro di salute mentale  
*di Emilio Gardini* 155

LE TRASFORMAZIONI DEL WELFARE IN UMBRIA ATTRAVERSO L'ESPERIENZA  
DEI PROMOTORI SOCIALI: DALLA PROMESSA DELL'ASSISTENZA  
INTEGRATA ALLA FATICA DELLA CURA NEI TERRITORI  
*di Massimiliano Minelli e Veronica Redini* 171

IN NOME DELLA DIGNITÀ  
La riorganizzazione dei servizi per le persone  
senza dimora a Bologna  
*di Maurizio Bergamaschi* 193

DA BADANTI A SENZA FISSA DIMORA  
Politiche di governo della povertà e distorsioni  
del principio di cura  
*di Stefania Ferraro* 213

LE POLITICHE DEGLI SCUDI UMANI: SULLA RISIGNIFICAZIONE  
DELLO SPAZIO E LA COSTITUZIONE DEI CIVILI COME SCUDI  
NELLE GUERRE LIBERALI  
*di Neve Gordon e Nicola Perugini* 235

## RILIEVI

THE NEW WELFARE IN THE DOMESTIC WORK SECTOR:  
WHO BENEFITS FROM THE VOUCHER SERVICE SYSTEM IN BRUSSELS?  
*di Beatriz Camargo* 265

TSO: PREVISIONI E PRASSI DI UN DISPOSITIVO PSICHIATRICO  
*di Elena Cennini* 279

ORIZZONTI SPINATI

I centri di detenzione per migranti

*di Dario Stefano Dell'Aquila e Antonio Esposito*

297

IL DECENTRAMENTO DELLA STRATEGIA NAZIONALE

D'INCLUSIONE DEI ROM: UN CAMMINO INCERTO

*di Luciana De Pascale*

325

COESIONE SOCIALE, TOGETHERNESS, PROSSIMITÀ:

COSA SI PUÒ IMPARARE DAL CASO DI NAPOLI

*di Enrica Morlicchio*

337

## WUNDERKAMMER

CARTOGRAFIA DELLE PRATICHE DI MUTUO SOCCORSO

E AUTOGOVERNO A NAPOLI

*di Fabrizio Greco*

353

L'ESPERIMENTO DEL ROJAVA

Autorganizzazione e internazionalismo

*di Filomena Romeo*

377

## TRAVELOGUES

NEW PUBLIC MANAGMENT E AMBIENTE: QUALI GAP?

*di Giuseppina Della Sala*

393

ETNOGRAFIA POLITICA PER LA SOSTENIBILITÀ DELL'ACQUA

*di Rinaldo Mattera*

397

EMILIO GARDINI

## ESPRESSIONI DI RUOLO

### Analisi etnografiche sulle interazioni tra professionisti in un centro di salute mentale

*Abstract:*

A mental health institution is an organization that works according to precise rules. The professionals who work in the organization play different roles but they do their work in relation to each other. The article discusses some of the results of an ethnographic research in a mental health center in close contact with nurses, psychiatrists, psychologists, social workers and patients. The research assumptions are inspired by the work of scholars such as Everett Hughes and Erving Goffman and show how professionals express their professional roles. Indeed, the aim of the article is to show how the dynamics of role are related to construction of classification schemes in a health organization.

*Keywords:*

Ethnography, Interactionist Approach, Social Roles, Health Institution, Organizations.

#### 1. *Sul campo*

Lucia fa il caffè. Sono le 14 e 20 del pomeriggio. Al centro del tavolo, una piastra elettrica con sopra una macchinetta del caffè molto grande. Tutti intorno al tavolo, seduti su sedie tutte diverse tra loro, i residenti della struttura intermedia residenziale (Sir) che aspettano con ansia il caffè. Gli operatori cercano di mettere ordine tra i pazienti della Sir, ansiosi di ricevere il loro caffè. Tutti hanno avuto il loro bicchierino di plastica, anche io. Siamo in tanti intorno al tavolo, qualcuno più lontano, qualcuno più vicino. Saluto tutti, mi presento e mi siedo. Chiedo a Lucia che lavoro fa. È una dipendente del Terzo Settore, tecnico di riabilitazione psichiatrica che lavora con una cooperativa sociale che



si occupa di servizi socio-sanitari e assistenziali. «Vorrei essere considerata una terapeuta» dice, mentre versa il caffè. Si avvicina Maria, una paziente molto anziana della struttura, mi bacina sulla guancia, sposta una sedia e si mette vicino a me. Senza parlare.

Sembra che le note etnografiche dicano molto poco in termini di interpretazione della situazione. Soprattutto a una prima lettura. Contengono la descrizione del contesto che, come avviene in questo caso, sposta le dinamiche collettive verso l'esperienza individuale. Descrivono la condizione del ricercatore sul campo che prova a raccogliere delle informazioni in forma di testo con la speranza che diventino dei resoconti (Geertz 2004) che aprano ad analisi sociologiche e delineino dei confini (Becker 2007) tra la rilevazione e la restituzione dello scritto.

Ho redatto le note più sopra riportate nel momento del primo incontro con il campo. È il primo giorno che trascorro nella struttura di salute mentale dove ho fatto ricerca. Non ho ancora parlato con il responsabile della struttura e non so nulla di come funziona. Non so nemmeno cosa farò veramente. Il progetto sul quale lavoro indaga "i professionisti che lavorano nel sociale"<sup>1</sup> ma non so ancora bene che taglio dare alla ricerca. So che non intendo partire da ipotesi di ricerca – come avviene sempre nella ricerca etnografica – né condurre semplicemente interviste per indagare la "percezione di sé" e del lavoro degli operatori. Immagino di osservare la vita ordinaria nell'organizzazione, le pratiche lavorative e le interazioni fra professionisti, fra operatori e pazienti, ritagliandomi uno spazio all'interno della struttura.

L'ambiente nel quale avviene l'interazione descritta in principio è la stanza frequentata dagli operatori di una cooperativa che ha un appalto con l'Asl e dai residenti/pazienti della casa famiglia – una struttura intermedia residenziale che si trova all'interno della unità operativa di salute mentale (UOSM) – un ente pubblico nel quale lavorano anche infermieri, psicologi e psichiatri. Ho frequentato questa struttura per cinque mesi, da marzo del 2015 a luglio dello stesso anno, per un paio di giorni a settimana. La stanza degli operatori della Sir non è il luogo nel quale ho trascorso la maggior parte del tempo nel corso della ricerca, ma è il primo ambiente interno all'intera struttura sanitaria attraverso il quale sono entrato in contatto con

---

1 Il lavoro viene svolto nell'ambito del progetto di ricerca di rilevanza nazionale (PRIN 2013-2016) condotto dall'unità locale Università degli Studi, Suor Orsola Benincasa di Napoli, responsabile scientifico Lucio d'Alessandro, coordinatore Antonello Petrillo, "Oltre lo stato sociale di diritto: le professioni del welfare nella prospettiva tardo liberale", sul quale ho lavorato come assegnista di ricerca per due anni.

alcuni dei professionisti e dei pazienti. Non è mai facile avere accesso a una struttura pubblica che si occupa di salute per fare ricerca e “stare tra i piedi” di chi lavora, perché non è sempre chiaro a chi “ospita” cosa fa veramente un ricercatore all’interno di una organizzazione e per quale fine. E, al contempo, per il ricercatore non è mai facile spiegare alle persone con le quali interagisce l’oggetto della ricerca, soprattutto quando questa è orientata, come nel caso in questione, a comprendere le dinamiche e le interazioni tra gli attori sul posto in cui lavorano. Il ricercatore viene percepito come un “controllore”<sup>2</sup>, questo è l’impressione che ho avuto nelle prime fasi di interazione con i professionisti della struttura sanitaria. L’idea ricorrente – motivo per il quale ho ottenuto molti rifiuti in altre strutture sanitarie prima di riuscire ad aver accesso a quella di cui discuto – è che fare ricerca partecipando alla vita ordinaria dei professionisti può significare, per i responsabili della struttura e per coloro che vi lavorano, che si sta aprendo la strada a qualcuno che si concentrerà sulle difficoltà organizzative, sui problemi legati all’effettiva capacità dell’ente di rispondere ai bisogni dei pazienti o sulla “professionalità” dei dipendenti. Queste sensazioni, derivanti dalle accuse di malfunzionamento della sanità pubblica che appaiono sui giornali, e che non sono naturalmente oggetto della presente ricerca, sono poi quasi svanite del tutto nel corso del tempo.

Dopo alcuni giorni di frequentazione del “campo”, dopo aver parlato con il responsabile della struttura, con gli operatori, con i medici, con gli infermieri e con i pazienti, ho cominciato ad avere le idee più chiare e ho deciso di dedicare una parte del lavoro a fare osservazione allo sportello di accoglienza dell’ambulatorio dove lavorano infermieri che interagiscono con psichiatri, psicologi e con i pazienti. Quanto discuto in questo articolo riguarda dunque solo questa parte del lavoro di campo<sup>3</sup>. Nel corso dello scritto mi avvarrò delle note di campo raccolte, stringendo il fuoco su quel-

---

2 L’infermiera caposala della casa famiglia, per esempio, mostra subito qualche perplessità e chiede, ogni volta che sono lì, che io arrivi più tardi la mattina perché non vuole che sia presente quando i residenti della struttura si vestono.

3 Nel corso del lavoro di campo ho partecipato a molte attività: ho avuto la possibilità di osservare le interazioni tra professionisti e pazienti, ho trascorso del tempo con i pazienti della casa famiglia e con i pazienti dell’ambulatorio. Ho partecipato a laboratori di psicomotricità, a colloqui individuali tra psicologi e pazienti, tra psichiatri e pazienti, a riunioni con i parenti dei pazienti. Ho avuto modo di parlare con i professionisti al lavoro e “fuori” dal lavoro. Ho condotto alcune interviste che ho registrato su supporto digitale ma, per le gran parte, ho tenuto conversazioni informali con medici, psicologi, infermieri, operatori e pazienti che ho annotato sul mio blocco. Le conversazioni che riporto in questo testo sono parte delle note di campo. È opportuno precisare che non riporto informazioni circa il luogo in cui

le che Erving Goffman (2006) chiama "interazioni focalizzate", ovvero situazioni nelle quali gli attori si trovano a interagire rispetto a un fine comune. L'intento è restituire un quadro generico "sull'organizzazione dei ruoli" nei rapporti professionali e mostrare come le "dinamiche di ruolo" incidano sulle prassi di lavoro scardinando, in qualche caso, l'ordine gerarchico.

L'articolo è strutturato come segue: dopo una sintesi sui presupposti degli studi sulle organizzazioni, presento una breve descrizione della struttura; entro poi nel merito dell'analisi "sui ruoli" concentrandomi prima sul lavoro degli infermieri allo sportello di accoglienza e poi sulle forme di rivendicazione (di ruolo) che questi esercitano per valorizzare il proprio lavoro. Nel trarre le conclusioni evidenzio come le dinamiche di ruolo possano essere lette nei termini della lotta per le classificazioni (Bourdieu 2001).

## *2. L'organizzazione*

Gli studi sulle organizzazioni si occupano del funzionamento di quei raggruppamenti sociali che hanno obiettivi specifici, strutturati secondo una complessa divisione dei ruoli e caratterizzati, oggi più che in passato, da un modello organizzativo nel quale le capacità individuali e la formazione dei lavoratori contano molto. Sono dunque organizzazioni tanto le aziende con obiettivi economici che operano sul mercato, quanto le aziende pubbliche o private che operano nel campo dei servizi sociali e sanitari. Naturalmente ogni organizzazione si dota di un sistema di gestione delle attività, del personale che vi lavora e degli obiettivi da raggiungere, relativamente al campo di cui è parte. È necessario evidenziare, tuttavia, che il modello di gestione di tipo manageriale – che si considerava fino a qualche tempo fa proprio solo delle aziende che operano sul mercato – in realtà costituisce il metodo di gestione anche delle organizzazioni sanitarie<sup>4</sup>. Orientato principalmente all'innovazione funzionale al miglioramento delle prestazioni, esso diventa di fatto un modello "culturale incorpora-

---

si trova la struttura per evidenti questioni di privacy dei professionisti, i cui nomi sostituisco con nomi di fantasia.

4 Le ultime riforme che hanno interessato il Sistema Sanitario Nazionale sono state guidate da logiche orientate all'aziendalizzazione come risposta allo stallo della burocratizzazione. Di conseguenza, nel tempo, sono stati introdotti principi gestionali di tipo manageriale riguardanti la gestione del personale, la dirigenza e gli incarichi, i cui fini sono stati, come in tutte le aziende, l'economicità, l'efficacia e l'efficienza.

to” da dirigenti e subordinati che incide fortemente sui processi lavorativi. Il paradigma delle “risorse umane” nel quale conta molto la “capacità di emergere” oltre alle competenze e alle abilità individuali, sostituisce di netto il paradigma delle “relazioni umane”, nel quale ciò che conta è invece la coesione fra i lavoratori, determinata non solo dalla soddisfazione economica ma finanche dalle soddisfazioni sociali e culturali<sup>5</sup>. Nella sanità e nei servizi sociali lavorano, difatti, un insieme di soggetti pubblici e privati che si avvalgono di professionisti in possesso di titoli e di qualifiche spesso medio-alte, dipendenti del privato e del privato sociale oltre che del pubblico. Ciò determina forti squilibri tra i lavoratori rispetto alle retribuzioni, al soddisfacimento personale e alla stabilità professionale, come si è evidenziato altrove<sup>6</sup>. In un saggio purtroppo dimenticato sugli impiegati della Berlino degli anni trenta del Novecento, Siegfried Kracauer (1980) descriveva come il costituirsi di questa categoria professionale – rappresentativa della moderna vita metropolitana della Berlino degli inizi del Novecento – esprimesse in realtà una nuova e diversa forma di proletarizzazione, legata alla scarse prospettive di realizzazione di vita e ai compensi spesso bassi che i professionisti percepivano in contrasto con lo stile di vita “emulativo” dell’alta borghesia che gli stessi ostentavano<sup>7</sup>.

L’unità operativa per la salute mentale nella quale ho condotto il lavoro di ricerca è una struttura pubblica, è parte dell’azienda sanitaria locale (ASL) che, come avviene ormai da tempo, si avvale anche di professionisti esterni, dipendenti del Terzo Settore e in qualche caso di liberi professionisti. I professionisti che vi lavorano, pur avendo mansioni diverse ed essendo inquadrati in modo evidentemente eterogeneo, di fatto condividono alcune mansioni e lo spazio operativo. All’interno della stessa struttura vi sono infatti tre unità collegate tra loro:

– La struttura residenziale integrata (SIR) è una casa-famiglia dove risiedono per la gran parte persone che hanno trascorso molto tempo della

---

5 Lo studioso di *management* Raymond Miles introduce, in un noto articolo (1965), una riflessione sulla validità del paradigma delle risorse umane.

6 Si veda a riguardo Gardini, Ferraro 2015.

7 Il caso trattato da Siegfried Kracauer – assolutamente originale per i tempi, per stile e tema affrontato – è naturalmente distante da quanto può avvenire oggi all’interno di una azienda. Tuttavia, dal saggio vengono fuori riflessioni interessanti sul rapporto tra professione, percezione di sé, stili di vita degli impiegati. La razionalizzazione del lavoro, spiega Luciano Gallino nella prefazione all’edizione italiana, porta i lavoratori a fare compiti nei quali la specializzazione non è più necessaria anche se le selezioni si fanno dure: per fare l’impiegato occorrono titoli di studio sempre più alti che aumentano la competitività e l’angoscia dello status.

loro vita nei manicomi o, in qualche caso, negli ospedali psichiatrici giudiziari. Dovrebbe essere, di fatto, una struttura di transito, ma per molti dei pazienti rimane la destinazione ultima. Una metà dei lavoratori qui è composta da dipendenti pubblici, per lo più infermieri, e l'altra metà da operatori del privato sociale, soprattutto tecnici di riabilitazione.

– Vi è poi il centro di salute mentale (Csm) che ha funzione ambulatoriale. Qui le persone vengono a fare visite e colloqui perché invitati dal loro medico di base come avviene in qualunque altro ambulatorio e, in qualche caso, di loro volontà o perché consigliati da conoscenti e familiari per avere un consulto. Al Csm c'è uno sportello di accettazione dove gli infermieri gestiscono i pazienti in arrivo che inviano poi al medico di accoglienza. Lungo un piccolo corridoio, adiacente alla stanza dell'accoglienza ci sono le stanze degli altri medici che ricevono i pazienti su appuntamento e la stanza dove gli infermieri trascorrono le pause. Al centro di salute mentale lavorano solo dipendenti pubblici (infermieri, psicologi, psichiatri).

– Il centro diurno di riabilitazione (Cdr) si trova anch'esso all'interno del perimetro della struttura. Qui arrivano quei pazienti provenienti principalmente dal centro di salute mentale che hanno bisogno di una terapia di riabilitazione. Vi si svolgono attività orientate al re-inserimento, laboratori di psicomotricità, attività di svago, colloqui di gruppo e individuali con psicologi. Gli operatori sono tutti dipendenti del privato sociale (educatori, psicologi, assistenti sociali) tranne un educatore professionale che è un dipendente pubblico.

Ogni struttura sanitaria, dunque, come ogni altro ente, basa la sua organizzazione su pratiche "istituzionalizzate" che ne garantiscono il funzionamento. Esiste una gerarchia, un responsabile dell'intera struttura e un responsabile delle diverse unità, una divisione dei ruoli e una strutturazione dei tempi di lavoro. Per comprenderne il funzionamento è necessario tener presente il livello di organizzazione determinato dalle regole imposte dalla struttura stessa; mansioni, turni, tempi, luoghi in cui si opera. Contano però anche quegli aspetti non direttamente collegati all'ordine organizzativo ma che attengono invece a quel livello, per così dire "informale", non necessariamente legato alle predisposizioni normative che regolano la divisione dei compiti. Questo aspetto di non poco conto – certamente vincolato alla microfisica dei rapporti tra lavoratori – influisce parzialmente anch'esso sul funzionamento della struttura ma, soprattutto, fornisce informazioni interessanti sulle dinamiche di ruolo. Da questo punto di vista, ciò che è

interessante non è tanto il funzionamento della struttura, bensì le *routines* (Goffman 2013) che integrano il meccanismo pre-determinato del sistema del quale si è parte.

### 3. *L'accoglienza*

Le persone si muovono liberamente, l'accesso è aperto e non controllato. Solo le stanze dei medici sono chiuse e per avere informazioni le persone che arrivano al centro di salute mentale si recano sempre verso la stanza dell'accoglienza e non bussano mai alle porte chiuse dei medici, anche se molti pazienti li conoscono già bene. Mi hanno raccontato che qualche giorno fa un ragazzo è salito al primo piano e si è lanciato di sotto. Resto nell'ufficio di accettazione insieme agli infermieri. Le persone che arrivano mi considerano un infermiere. Qualche paziente del centro di riabilitazione che si trova a passare di là mi chiama "dottore", associandomi ai medici della struttura. Ci siamo conosciuti nei giorni passati quando ho partecipato con loro al laboratorio di psicomotricità coordinato da un educatore.

«L'accoglienza è un filtro», raccontano gli infermieri. In effetti il paziente che arriva non è ancora "sotto osservazione", ma si trova a varcare una soglia che lo sottoporrà allo sguardo medico (Foucault 1998). Allo sportello di accoglienza ci sono gli infermieri, sono loro che hanno il primo contatto con chi arriva dall'esterno<sup>8</sup>. Un medico mi dice che non è d'accordo con questa pratica, perché gli infermieri non hanno le competenze per interpretare "i casi": «dovrebbe essere un medico a fare la prima accoglienza», dice. Quella dell'accoglienza è una responsabilità. La mansione di per sé non impegna molto, non c'è molto da fare quando non arriva nessuno, ma decidere cosa fare di un paziente che arriva per la prima volta mette nelle mani degli infermieri un potere "simbolico". Gli infermieri, difatti, a differenza dei medici, ritengono di aver acquisito con il tempo le competenze per gestire al meglio le situazioni e non mancano di ricordarlo: «la nostra professione deve avere una grossa componente di altruismo, non è una relazione facile quella con i pazienti», sostiene Aldo, «adesso è tutto normale poi all'improvviso succede il patatrac». Soprattutto in salute mentale il ruolo dell'infermiere è strettamente connesso a quello del paziente che lo riconosce come un intermediario con lo psichiatra che rappresenta invece l'autorità, come mi dice un infermiere: «il medico è un'autorità, loro è

---

8 Gli infermieri in accoglienza non indossano il camice a differenza, invece, di coloro che lavorano nella casa famiglia. Questo particolare mi permette di stare tra loro senza essere notato dagli utenti che arrivano.

come se si sentissero anche un po' dipendenti, perché il medico ha poi questo ruolo salvifico, "il medico ti salva la vita", e questa cosa si trasferisce anche qui. Però sicuramente dal punto di vista della confidenzialità, della colloquialità anche con noi c'è un rapporto». Gli infermieri scherzano molto con i pazienti che conoscono e che vengono spesso in ambulatorio e si considerano per loro figure importanti: «oltre noi il paziente non trova niente, nella società non verranno mai accettati», dice Ennio.

Naturalmente non tutti sono gratificati dal lavoro in accoglienza come riporta la più anziana delle infermiere: «a settembre finalmente andrò in pensione, non è professionale lavorare qui, è più un lavoro di segretariato. Molti anni fa lavoravo in ematologia. Era brutto, vedevi cose brutte, ma sicuramente era più gratificante». Non è della stessa opinione Luca, che è tra i più giovani, anche se lavora da tempo e nel frattempo sta prendendo una seconda laurea. Mentre mi parla gioca con il suo telefonino: «l'infermiere che lavora all'accettazione fa molto di più del suo lavoro, deve essere in grado di interpretare le esigenze dell'utente e capire cosa fare. Quando il paziente arriva senza indicazione l'infermiere deve interpretare».

Alcuni pazienti che arrivano in ambulatorio hanno la richiesta del medico – è tutto semplice in questo caso, basta avviare la pratica e dare indicazioni – ma molti non ce l'hanno e arrivano per avere informazioni, o perché accusano una qualche sofferenza e cercano aiuto. Nella gran parte dei casi denunciano depressione e stati d'ansia. «Qua entra chiunque, perché le persone immaginano che qua si può chiedere di tutto», dice Ennio, «il paziente che arriva ti racconta di tutto senza pensare a chi si trova davanti»<sup>9</sup>.

La signora che arriva in accettazione dice all'infermiere di sentirsi in uno stato confusionale, di non stare molto bene. «Mio marito mi ha lasciata, mio figlio ne ha risentito molto, faccio le pulizie a casa di una signora e non ho soldi. Se devo pagare non mi curo». Sono seduto di fianco all'infermiere, siamo in tre nella stanza oltre la signora appena arrivata. Inizia una breve conversazione tra l'infermiere e la donna. L'infermiere le fa qualche domanda sul suo stato di salute e poi decide di mandarla nella stanza accanto, dalla psichiatra dell'accoglienza, anche se mi dice che probabilmente non ne ha bisogno, forse le serve solo un supporto psicologico. Poi chiama la psichiatra e le dice che "è un caso soft", un caso non problematico, mi spiega. «Se non ha soldi la curiamo lo stes-

9 La gran parte dei pazienti che viene in ambulatorio non opera una distanza di ruolo (Goffman 2003) tra la propria condizione di utente o "potenziale paziente" e quello di moglie/madre, marito/padre, lavoratore/professionista in difficoltà. I pazienti descrivono la proprie esperienze private nel manifestare il disagio, cosa che non avviene normalmente quando ci si reca in altri ambulatori per visite specialistiche di altro tipo dove, anzi, si tenta di tenere separate le due sfere.

so. Non la posso mandare a casa», dice. La psichiatra dovrà rimandarla dalla psicologa mettendo in atto una strategia che le permetta di non pagare, «ma dipende soprattutto dal problema che la donna presenta», mi dice.

La dinamica dell'interazione che avviene tra l'infermiere e la paziente – e che coinvolge successivamente un medico – fornisce alcune interessanti indicazioni sulla gestione dei ruoli. In questa come in altre situazioni la definizione della situazione passa attraverso il vaglio dell'infermiere. L'infermiere diventa interprete dei bisogni dei pazienti, sceglie cosa fare (visita psicologica o psichiatrica), compila la scheda e avvia la pratica di “presa in carico” se il caso seguirà la procedura comune o, come nel caso in oggetto, prova ad avviare una pratica che non segue la normale prassi che ci si aspetta in un ambulatorio. L'informalità della pratica non rappresenta di fatto una violazione dell'ordine predefinito delle normali regole di “presa in carico”, bensì un adattamento alla situazione che coniuga l'esperienza biografica della paziente con l'interpretazione dell'infermiere, il quale sa che la psichiatra d'accoglienza di turno è tra quelle disponibili a gestire il caso. «È tipico delle persone – scrive Erving Goffman a proposito dell'interazione strategica – fare un esame della loro situazione in modo da valutare ciò che avviene intorno a loro e ciò che è probabile che avvenga» (Goffman 2009, p. 104). Non è però solo la condizione economica della paziente che spinge l'infermiere ad avviare un primo consulto informale ma, come egli stesso dice, il fatto che non consideri “il caso” come grave. Questa pratica rende il lavoro “di segretariato” dell'accoglienza un esercizio di responsabilità e, al contempo, un mezzo per evidenziare apertamente una posizione conquistata (*Ivi*, p. 106) nell'organizzazione, alla quale si adeguano anche gli altri professionisti, medici e psicologi, che nella scala dei ruoli si trovano in una posizione considerata di maggiore prestigio. In episodi come questo i colleghi medici diventano il pubblico «[...] a cui poter rivolgere la pretesa di essere qualcuno che vale» (Hughes 2010, p. 268); una sorta di *routine* “socializzata” – per usare la terminologia di Goffman – al cospetto dei colleghi, la cui posta in gioco è la valorizzazione della propria attività.

#### 4. *Rivendicazioni di ruolo*

Le cartelle non sono in ordine, non si ritrovano dei pazienti. L'infermiera di turno discute animatamente, ad alta voce, con la psichiatra. L'altro infermiere nella stanza si gira verso di me: «qua si scarica tutto su di noi, i pazzi non vogliono aspettare». La discussione dura qualche minuto, si avverte un po' di tensione, poi la psichiatra va via. Si continua a discutere dell'accaduto ad



alta voce. «Gli psichiatri sono più pazzi dei pazzi, non hanno la fermezza del medico dell’ospedale che quando prende una decisione è fermo e sicuro – dice a voce alta uno degli infermieri – qua non sanno gestire bene le cose. Qui si scarica tutto addosso agli infermieri».

Nella concezione classica delle teorie organizzative si è portati a considerare il funzionamento di una organizzazione in relazione all’insieme delle posizioni e dei ruoli al suo interno. Secondo questo paradigma si immagina che esista un rapporto simmetrico tra impegno lavorativo, qualifica o titoli e retribuzione, che riflette di conseguenza il prestigio e le gerarchie. Di fatto, nella gran parte dei casi, gli individui si comportano secondo questa logica. I rapporti di potere e le prescrizioni che ne derivano, infatti, si esprimono soprattutto in rapporto alle posizioni che le persone occupano nella struttura organizzativa rispetto ai ruoli ad essi connessi. Ci si può immaginare, per esempio, che uno psichiatra o uno psicologo all’interno di una organizzazione sanitaria occupi uno status “più elevato” di quello di un infermiere, per la rilevanza del ruolo che ricopre connesso alla sua formazione, alle competenze, al sapere specialistico, o per la “delicatezza” dei compiti che è portato a svolgere<sup>10</sup>. Il medico è “titolare” delle proprie scelte, ha potere di decidere sul paziente, mentre l’infermiere è considerato un esecutore di compiti, come somministrare farmaci e mettere in ordine le cartelle. Se si osservano le dinamiche professionali nel quadro dei rapporti di ruolo non è l’individuo in quanto tale che conta bensì l’insieme delle attività che ne delincono il ruolo. È questo il motivo per cui gli psichiatri considerano non adatti gli infermieri a gestire la prima accoglienza dei pazienti. Essi ritengono che per valutare la situazione di un paziente che si presenta per la prima volta in salute mentale siano necessarie competenze specifiche e valutazioni mediche che un infermiere non ha, ma che invece uno psichiatra non può non avere. Allo stesso tempo, però, sono consapevoli che non si confanno al ruolo di medico tutte quelle attività “di segretariato”, come compilare schede e rispondere al telefono, che è opportuno

---

10 Le “voci” sugli psichiatri e sulla psichiatria tra i professionisti aprono, in realtà, riflessioni interessanti circa i presupposti della disciplina – considerata unicamente “teorica” da alcuni – e i trattamenti e le cure. Un infermiere racconta: «ho visto fare miracoli con la psichiatria ma qua no». Una psicologa che lavora al centro di riabilitazione, invece, dice che gli psichiatri vengono percepiti come “gli inferiori” della medicina, non sono considerati alla pari degli altri medici per le caratteristiche proprie della loro pratica professionale. Michel Foucault (2011), a riguardo, evidenziava come fin dalle origini, all’inizio del XIX secolo, la psichiatria non avesse la stessa organizzazione della medicina e che le sue pratiche non coincidessero con quelle dei trattati dei medici di quegli anni.

svolgere nella stanza di prima accoglienza e che uno psichiatra sarebbe costretto ad adempiere se trascorresse le sue ore di lavoro lì<sup>11</sup>. Questa divisione dei ruoli e dei compiti diventa naturalmente anche espressione di gerarchie e porta spesso a conflitti fra professionisti come quello riportato nella nota di campo in principio di questo paragrafo.

Provare a fare un'analisi dei ruoli rispetto a specifiche azioni situate, come può essere il lavoro in accoglienza, implica una riflessione sul modo in cui ogni attore "manifesta" il proprio ruolo nei confronti dell' "altro di ruolo" (Goffman 2003). Ogni ruolo si "svolge" rispetto a una serie di relazioni anch'esse espressioni di altri ruoli che Robert Merton ha definito *role-set* (1957). Il set di ruoli riguarda dunque l'insieme di ruoli con i quali ci si trova a interagire in una data situazione. In una delle sue disamine a riguardo Erving Goffman riporta proprio l'esempio del medico, il cui complesso di ruoli è composto da infermieri, pazienti, dirigenti (Goffman 2003, p. 102). «Il ruolo complessivo connesso a una posizione – scrive ancora Goffman – si suddivide in settori di ruoli o sottoruoli, ciascuno dei quali ha a che fare con un tipo particolare di altro di ruolo. Medico-infermiere è un settore di ruolo del ruolo del medico: medico-paziente un altro» (Ivi, p. 102). Nell'ambito del settore di ruolo di ognuna delle categorie che opera nell'ambulatorio di salute mentale – medico, infermiere, psicologo – i ruoli espressi tendono a delineare dei territori di competenze che trovano conferma attraverso il conflitto. Il professionista che svolge il proprio ruolo lo fa sempre cercando di controllare il proprio spazio d'azione fino al punto di arrivare a una vera e propria sfida con l'altro di ruolo. Un esempio interessante, questa volta, è quanto avviene fra una psicologa al telefono con un paziente che, in stato sofferente, vuole dei farmaci e gli infermieri presenti nella stanza che assistono alla conversazione.

Il paziente al telefono con la psicologa: «io non voglio il colloquio con lo psicologo voglio i farmaci per dormire!» (sulla scheda d'accoglienza della paziente non c'è indicato il nome del medico e dunque non è facile capire chi l'abbia visitato e quale sia la sua terapia. Succede spesso). La psicologa è in difficoltà, non sa bene come rispondere e chiede aiuto agli infermieri. Gli infermieri pur sapendo come fare sono superficiali e ad un primo momento non la aiutano, lasciandola al telefono in difficoltà (sanno che solo loro possono risolvere il problema e trovare le informazioni necessarie). Dopo averla tenuta

---

11 Un infermiere protesta apertamente dichiarando di non voler fare da segretario: «non rispondo nemmeno al telefono perché nove chiamate su dieci sono per i medici. Allora tu medico di accoglienza rispondi al tuo telefono perché lo devo fare io? Che faccio il centralinista?»

un po' sulle spine, un infermiere risolve il problema tirando fuori il nome del medico.

Questa è una di quelle situazioni che permette agli infermieri che lavorano in accoglienza di esercitare il proprio sapere e manifestare il proprio controllo della situazione “sulla pelle” dei colleghi. Essi sanno che in una situazione come quella appena descritta, uno psicologo può fare ben poco per calmare il paziente che vuole dei farmaci. Raccontano, infatti, che anche per quei pazienti che hanno in genere poca fiducia nella psichiatria, il momento di stress più acuto può essere placato solo con l'intervento dello psichiatra che prescrive i farmaci. Perché allora non intervengono subito nella conversazione aiutando la psicologa? Se si legge questa dinamica alla luce delle logiche della divisione del lavoro all'interno di una organizzazione – che implica l'interazione fra i lavoratori per l'ottenimento dei risultati (Hughes 2010) – la faccenda necessita ancora di una qualche analisi sul rapporto tra posizioni e ruoli. Everett Hughes, sociologo di spicco della seconda generazione dei *Chicagoans* e riferimento importante per lo stesso Erving Goffman, si è occupato di lavoro e di professioni<sup>12</sup> e, in un articolo breve sul ruolo delle infermiere, evidenziava come fosse impossibile descrivere il lavoro di una categoria specifica di professionisti in una organizzazione senza dire qualcosa anche sul lavoro degli altri (Hughes 1951, p. 294). Questo, per il fatto piuttosto semplice che il lavoro svolto anche da una sola persona è pur sempre espressione di una “posizione” all'interno di una struttura dove operano anche altri “in posizioni diverse”. Il lavoro degli infermieri, allora, va letto in rapporto a quello di psicologi e medici, con i quali, in situazioni come quella appena descritta, si ritrovano in una sorta di “corpo a corpo” per confermare la validità del proprio ruolo. In breve, per gli infermieri, medici e psicologi devono convincersi di non poter fare a meno del loro lavoro. Il lavoro è una componente importante nella vita delle persone e soprattutto sul “posto di lavoro” gli individui tendono a difendere la loro “identità professionale” al cospetto degli altri colleghi quando questa è messa a rischio da “svilimenti professionali” causati da mansioni considerate poco professionali. Un infermiere che fa lavoro di segretariato non è più un professionista che si occupa del paziente – d'altronde “l'oggetto e il prodotto” del loro lavoro sono gli uomini (Goffman 2010) – perde le proprie “competenze” per diventare semplicemente un impiegato che sta a contatto con schede e scartoffie. Di conseguenza, lasciare una collega in

12 Nello specifico, nel suo lavoro *Men and their work* (1958) Hughes introduce la prima importante riflessione sullo status delle “professioni” differente, per prestigio, da quello delle “occupazioni”.

difficoltà al telefono con un paziente diventa un atto di rivendicazione utile a scardinare uno stigma, quello “di segretario”, che ricorda molto da vicino quanto scrive Pierre Bourdieu a proposito della difesa dell’identità sociale e i “giudizi di ascrizione”:

La logica dello stigma ci ricorda che l’identità sociale costituisce la posta in gioco di una lotta, in cui, per rispondere a quella percezione parziale che lo rinchiede in una sola delle sue proprietà, l’individuo o il gruppo stigmatizzati [...] non possono far altro che mettere avanti, per difendersi, la loro proprietà migliore e, più in generale non possono far altro che lottare per imporre il sistema di classificazione a loro più favorevole; oppure anche per imporre al sistema di classificazione dominante il contenuto più adatto a valorizzare ciò che essi hanno e ciò che essi sono (2001, p. 479).

Per comprendere le attribuzioni di ruolo è opportuno, allora, ragionare tenendo bene a mente il passaggio, dalla “divisione del lavoro”, che determina la cooperazione tra i membri dell’organizzazione, al “ruolo sociale”, che è utile, come suggerisce ancora Hughes «[...] nella misura in cui facilita l’analisi della parte interpretata dagli individui nell’interazione che costituisce una sorta di “tutto sociale”» (2010, p. 245).

### 5. Conclusioni

La descrizione etnografica pura che Clifford Geertz (1987) definisce “descrizione densa” (*thick description*) si basa, per riprendere le parole dell’antropologo, sull’analisi delle strutture di significato. Questo avviene principalmente con l’osservazione che è di per sé già una forma di interpretazione delle situazioni attraverso le quali si prova a far emergere il senso che soggiace alle azioni. Come riporto in principio di questo articolo, le note etnografiche raccolte sul campo sembrano dire poco in termini di interpretazione, anche se in realtà sono anch’esse frutto di interpretazione. Si osserva e si pensa al contempo, e si interpreta quello che al momento appare pubblico, ossia visibile, valutabile, accessibile. Anche se la cultura è pubblica perché lo sono i suoi significati, come lo stesso Geertz evidenzia, non tutte le sue manifestazioni significanti lo sono. Ciò che non permette di comprendere le strutture di significato, continua, «non è l’ignoranza sul modo in cui operano i processi cognitivi (benché sarebbe meglio averne anche meno di quella, visto che, si presume, tra di loro agiscono allo stesso modo che tra noi) quanto la mancanza di familiarità con l’universo immaginativo entro il quale i loro atti sono segni» (Geertz 1987, p. 50). Dunque,

si può conoscere benissimo il mondo della salute mentale, il funzionamento delle strutture sanitarie, i meccanismi attraverso i quali vengono messe in atto anche le pratiche più dure come i trattamenti sanitari obbligatori, ma non riuscire a comprendere fino in fondo il panorama di significati che una categoria professionale usa per agire. Per questo ho provato, nelle pagine precedenti, a concentrarmi sull'espressione di ruolo – sul modo in cui i ruoli vengono “resi manifesti” – attenendomi solo ad alcune delle situazioni dove infermieri, medici e psicologi interagiscono. Naturalmente la capacità degli individui di dissimulare informazioni è probabilmente pari alla loro capacità di trasmetterle e il controllo delle impressioni – soprattutto all'interno di una organizzazione sanitaria alla presenza di un osservatore esterno – è un elemento da tenere oltremodo in considerazione. Tuttavia, per lo stesso motivo per cui non è permesso agli estranei di accedere ad alcuni “territori privati” (il *back stage* di Goffman), viene spesso concesso loro di fare da “pubblico” quando “la rappresentazione” ha un fine chiaro che gli attori intendono comunicare. Esiste dunque fra gli “osservati” e “chi osserva” una sorta di negoziazione sull'oggetto sul quale entrambi sono concentrati: «Nel perseguire i loro interessi le parti, di qualsiasi genere esse siano, devono trattare con e per mezzo di individui (...)», scrive Goffman (2009, p. 9) a proposito delle interazioni faccia a faccia.

È evidente quindi che il fine di questo scritto non è raccontare il funzionamento di una organizzazione sanitaria attraverso l'operato (di alcuni) dei professionisti, ma aprire a un'analisi sulle possibili implicazioni derivanti dalla posizione che ognuna delle categorie interessate occupa sul luogo in cui lavora. I lavoratori della struttura sanitaria sono portatori di culture organizzative e sono al contempo dipendenti dalle dinamiche che essi stessi producono con gli altri nell'organizzazione. Per questo motivo sono soggetti ai sistemi di classificazione (Bourdieu 2001) che, anche nel mondo delle organizzazioni sanitarie, rappresentano le divisioni proprie di un ordine “più o meno” condiviso. Anzi, quello del lavoro, è forse un campo privilegiato per osservare come gli schemi di classificazione e le gerarchie endogene alla struttura organizzativa siano espressione di una “naturale” disuguaglianza. Verso di queste però gli individui agiscono sempre in qualche modo. Le interazioni qui analizzate danno informazioni, infatti, sul modo in cui le persone, anche nelle situazioni più comuni, ordinarie, legittimate dalla struttura solida dei ruoli, tentano, fin dove possono, di rimescolare l'ordine della “stratificazione professionale”. Come scrive Everett Hughes «Forse c'è tanto da imparare sulle occupazioni di alto prestigio se si applicano ad esse i concetti che in modo naturale vengono in mente studiando le persone con occupazioni più basse; e allo stesso tempo

c'è da imparare se si applicano ad altre occupazioni i concetti sviluppati in relazione alla professioni cui attribuiamo alto valore» (2010, p. 273).

*Emilio Gardini*

*Università degli Studi Suor Orsola Benincasa, Napoli  
(emilio.gardini@gmail.com)*

*Riferimenti bibliografici*

- Becker H., 2007, *I trucchi del mestiere. Come fare ricerca sociale*, Bologna, il Mulino (ed. or. 1998).
- Bourdieu P., 2001, *La distinzione. Critica sociale del gusto*, Bologna, il Mulino (ed. or. 1979).
- Foucault M., 2011, *Storia della follia nell'età classica*, Milano, BUR Rizzoli (ed. or. 1961).
- Id., 1998, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Torino, Einaudi (ed. or. 1963).
- Gardini E., Ferraro S., 2015, *I professionisti del sociale. Crisi del welfare state, Crisi economica*, in «Cambio» n. 10, anno V, pp. 107-122.
- Geertz C., 1987, *Interpretazione di culture*, Bologna, il Mulino (ed. or. 1973).
- Id., 2004, *Antropologia interpretativa*, Bologna, il Mulino.
- Goffman E., 2013, *La vita quotidiana come rappresentazione*, Bologna, il Mulino (ed. or. 1959).
- Id., 2010, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Torino, Einaudi (ed. or. 1961).
- Id., 2005, *Espressione e identità. Gioco, ruoli, teatralità*, Bologna, il Mulino (ed. or. 1961).
- Id., 2006, *Il comportamento in pubblico. L'interazione nei ruoli di riunione*, Torino, Einaudi, (ed. or. 1963).
- Id., 2009, *L'interazione strategica*, Bologna, il Mulino (ed. or. 1969).
- Hughes E. C., 1951, *Studying in the nurse's work* «American Journal of Nursing», vol. 51, n. 5, pp. 294-295.
- Id., 1958, *Men and their work*, Glencoe, The free press.
- Id., 2010, *Lo sguardo sociologico*, Bologna, il Mulino (ed. or. 1984).
- Merton R. K., 1957, *The role-set: problems in sociological theory*, in «British Journal of sociology», n. 8, pp. 106-120.
- Miles R., 1965, *Human relations or human resources?*, in «Haward Business Review», n. 4, pp. 148-157.
- Kracauer S., 1980, *Gli impiegati. Un'analisi profetica della società contemporanea*, Torino, Einaudi (ed. or. 1971).



*Finito di stampare  
nel mese di maggio 2017  
da Digital Team - Fano (PU)*