

COVID-19 E OSPEDALE RIFLESSIONI SULL'ORGANIZZAZIONE

LUCA P. VECCHIO
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA

MONICA COLOMBO
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA

Abstract

In this ebook, we explore the organizational impacts of the COVID-19 health emergency on healthcare facilities and frontline workers through the lens of the Theory of Organizational Action (TAO). Our analysis shows that the pandemic not only disrupted organizational functioning, but it also exposed the often-implicit core logics of these systems. By examining interview protocols that address changes in work processes, practices, and the emotional and relational experiences of workers, we aim to uncover the underlying assumptions guiding their actions. We emphasize the role of emotions, as we believe emotional insights are crucial for reconfiguring concepts and understanding actions that characterize organizational action.

Keywords

COVID-19 pandemic, Healthcare system, Organizational action, Emotions, Conceptions of organization.

COVID-19 e ospedale: riflessioni sull'organizzazione, Vecchio Luca P., Colombo Monica.
Bologna: TAO Digital Library, 2024.

Licenza: CC BY-NC-ND 4.0
© Copyright 2024 degli autori

ISBN: 978-88-98626-36-6
DOI: <http://doi.org/10.6092/unibo/amsacta/7968>



The TAO Digital Library is part of the activities of the Research Programs based on the Theory of Organizational Action proposed by Bruno Maggi, a theory of the regulation of social action that conceives organization as a process of actions and decisions. Its research approach proposes: a view on organizational change in enterprises and in work processes; an action on relationships between work and well-being; the analysis and the transformation of the social-action processes, centered on the subject; a focus on learning processes.

The contributions published by the TAO Digital Library are legally deposited and receive an ISBN code. Therefore, they are to be considered in all respects as monographs. The monographs are available online through AMS Acta, which is the institutional open archive of the University of Bologna. Their stable web addresses are indexed by the major online search engines.

TAO Digital Library welcomes disciplinary and multi- or inter-disciplinary contributions related to the theoretical framework and the activities of the TAO Research Programs:

- Innovative contributions presenting theoretical or empirical analysis, selected after a double peer review process;
- Contributions of particular relevance in the field which are already published but not easily available to the scientific community.

The submitted contributions may share or not the theoretical perspective proposed by the Theory of Organizational Action, however they should refer to this theory in the discussion.

EDITORIAL STAFF

Editor: Bruno Maggi

Co-editors: Francesco M. Barbini, Enrico Cori, Giovanni Masino, Massimo Neri, Giovanni Rulli, Angelo Salento, Luca P. Vecchio

International Scientific Committee:

Jean-Marie Barbier	CNAM, Paris	Science of the Education
Yves Clot	CNAM Paris	Psychology of Work
Renato Di Ruzza	Université d'Aix-Marseille	Economics
Daniel Faiña	Université d'Aix-Marseille	Language Science
Vincenzo Ferrari	Università degli Studi di Milano	Sociology of Law
Armand Hatchuel	Ecole des Mines Paris	Management
Paolo Pascucci	Università di Urbino Carlo Bo	Labour Law
Roberto Scazzieri	Università di Bologna	Economics
Laerte Sznclwar	Universidade de São Paulo	Ergonomics, Occupational Medicine
Gilbert de Terssac	CNRS Toulouse	Sociology of Work

ISSN: 2282-1023

www.taoprograms.org – dl@taoprograms.org
<http://amsacta.cib.unibo.it/>

Publicato nel mese di novembre 2024
da TAO Digital Library – Bologna

COVID-19 e ospedale: riflessioni sull'organizzazione

Luca P. Vecchio, Università degli studi di Milano-Bicocca

Monica Colombo, Università degli studi di Milano-Bicocca

Introduzione

La recente pandemia COVID-19 che ha coinvolto pesantemente l'Italia – tra le nazioni più colpite al mondo – per un periodo non breve (dai primi mesi del 2020 fino a maggio 2023, quando l'OMS ha dichiarato la fine dell'emergenza) ha determinato uno “stravolgimento” e una crisi importante del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) e dell'organizzazione sanitaria, a tutti i livelli. È soprattutto sul sistema ospedaliero – in particolare nel corso del 2020 – che la pandemia ha avuto un impatto particolarmente destabilizzante. In molte strutture è stato necessario riorganizzare molto rapidamente e in modo sostanziale gli ambienti e i processi di lavoro per far fronte al sovraffollamento di pazienti e per contenere l'allargamento dei contagi¹. Così, ad esempio, molti reparti sono stati convertiti in reparti COVID, specificatamente dedicati al trattamento di tale patologia. Allo stesso tempo, sono stati definiti percorsi di accesso e gestione dei pazienti distinti per malati di COVID e portatori di altre patologie, modificando l'usuale organizzazione delle cure basata su criteri nosologico-specifici. Si sono inoltre dovute approntare nuove strutture e procedure per lo *screening* generalizzato degli accessi. Alcuni reparti, si pensi al

¹ Tra i diversi interventi normativi che hanno portato alla riorganizzazione delle strutture ospedaliere si segnala il D.L. 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, ...” (decreto rilancio), convertito in legge 17 luglio 2020, n. 77, e le relative “Linee di Indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid-19” emesse dal Ministero della Salute in attuazione dell'art. 2 del precedente decreto. Tali norme hanno finanziato i costi per incrementare le attività di ricovero nelle terapie intensive e disposto che le regioni adottassero piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale, mirata ad incrementare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale col fine di decongestionare le strutture ospedaliere.

pronto soccorso o alle terapie intensive, sono stati particolarmente investiti da tali ristrutturazioni.

Per il suo carattere drammatico, la sua valenza globale e l'impatto destabilizzante su pressoché tutti gli aspetti della vita individuale e collettiva, l'evento pandemico ha generato una quantità incredibilmente numerosa di studi in moltissimi ambiti disciplinari.

Per quanto riguarda le ricerche condotte presso gli ospedali, un gran numero di lavori ha esplorato le conseguenze della situazione generata dalla pandemia sull'esperienza lavorativa e sulla salute mentale degli operatori sanitari. I risultati di tali studi hanno rilevato una incidenza significativa – e un incremento – di ansia, stress, depressione, disturbi da stress post-traumatico e *burnout* in chi lavora negli ospedali (Jia *et al.*, 2022; Billings *et al.*, 2021; Busch *et al.*, 2021; Danet, 2021). Proprio questi studi, svolti nell'ambito della "psicologia del lavoro e delle organizzazioni", hanno mostrato come soprattutto il lavoro "in prima linea" – nei pronto soccorso e nelle terapie intensive – abbia particolarmente risentito della diffusione della pandemia. Di fatto, lavorare in questi reparti è stato ripetutamente identificato come un fattore di rischio indipendente in grado di peggiorare ulteriormente la qualità dell'esperienza di lavoro già compromessa dall'emergenza pandemica.

La maggior parte di queste ricerche ha seguito un orientamento di tipo epidemiologico, caratterizzato da disegni di indagine *cross-sectional*, in cui, attraverso la somministrazione di questionari a campioni di lavoratori, ci si è proposti di dimensionare l'impatto del fenomeno e di identificare i fattori peggiorativi o, al contrario, protettivi, riguardanti la sostenibilità delle condizioni lavorative.

Gli studi riguardanti aspetti più specificamente organizzativi, riguardanti, ad esempio, le trasformazioni dei processi di lavoro, gli assetti spaziali delle strutture di cura e le decisioni per metterli in opera, sono stati relativamente meno numerosi. Tali studi si sono prevalentemente focalizzati sulla *descrizione* delle modalità con cui l'emergenza sanitaria è stata gestita e sul ruolo avuto dai dirigenti nell'orientare e realizzare le trasformazioni richieste (cfr. Gautier *et al.*,

2023; De Graaff *et al.*, 2021). Gran parte di tali ricerche sono state sollecitate da finalità che si potrebbero definire “funzionaliste”, mirando – in ultima istanza – a fornire indicazioni per promuovere e garantire l’efficienza dei servizi anche nelle difficili situazioni venutesi a creare per effetto della pandemia.

Di fatto, la gran parte degli studi che hanno preso in esame l’impatto del COVID-19 sui processi lavorativi ospedalieri, al di là dell’intento prevalentemente descrittivo appena richiamato, sembrano assumere – più o meno consapevolmente – una concezione “reificata” di organizzazione, pensata come “sistema, inteso meccanicamente o organicamente, in vari modi predefinibile rispetto allo svolgimento delle attività organizzate e ai soggetti che vi partecipano” (Maggi, 1984/1990: 181). Tale concettualizzazione è orientata da un’ideale – o, piuttosto, da un’illusione, diremmo noi – di controllo quanto più possibile completo sulle attività da svolgere, al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati in modo efficace ed efficiente, sulla base di principi ottimizzanti. Tema, questo, particolarmente sentito quando si ha a che fare con obiettivi di cura e, ancor di più, quando si tratta di salvare la vita delle persone.

Da questa prospettiva, non sorprende che gli impatti organizzativi della pandemia COVID-19 siano stati considerati prevalentemente come “perturbazioni” da affrontare e da eliminare il più rapidamente possibile, quasi si trattasse di riparare un “meccanismo” o un “organismo” danneggiato, per assicurarne la funzionalità compromessa, ritornando alle modalità di lavoro precedenti la diffusione epidemica della malattia. Molto meno presente, se non del tutto assente, è stata la lettura della pandemia e dei suoi effetti come occasione di apprendimento, riguardante, ad esempio, l’immaginazione e lo sviluppo di disegni organizzativi innovativi, lontani dalle pratiche esistenti, per far fronte alle inedite sfide poste dall’emergenza. Se in molti casi tali trasformazioni sono state, di fatto, implementate, meno chiaro è quanto esse abbiano aperto la possibilità di costruire e condividere nuove rappresentazioni dell’organizzazione in coloro che le hanno realizzate e vissute.

In questo lavoro svolgiamo una riflessione che, in parte, si discosta da quelle più facilmente rintracciabili nella letteratura cui abbiamo fatto cenno. Anche qui prenderemo in considerazione le ricadute organizzative che l'emergenza sanitaria ha comportato per le strutture sanitarie e per gli operatori che vi operano, in particolare i medici del pronto soccorso e delle terapie intensive, coinvolti in prima linea nella gestione della pandemia. Allo stesso tempo, attraverso l'esame di alcuni protocolli di interviste riguardanti sia le trasformazioni dei processi e delle pratiche lavorative, sia i vissuti – connessi agli aspetti emotivi e relazionali – che esse hanno sollecitato, intendiamo cogliere le rappresentazioni e gli assunti – per larga parte o, comunque, non sempre consapevoli – che orientano l'agire degli stessi operatori. La proposta di lettura dell'impatto organizzativo della pandemia che qui proponiamo muove dall'ipotesi che la pandemia abbia avuto non soltanto un impatto destabilizzante/destrutturante sul funzionamento organizzativo, ma anche un effetto di svelamento del nucleo e delle logiche (spesso implicite) più profonde di tale funzionamento. In questo senso, l'esame delle modalità con cui gli ospedali e gli operatori che vi lavorano hanno fronteggiato l'emergenza può avere delle ricadute rilevanti anche sul piano delle riflessioni teoriche.

Il lavoro si articola nel modo che segue. Inizialmente, richiamiamo brevemente alcune fondamentali trasformazioni determinatesi in ambito ospedaliero a seguito del COVID, facendo specifico riferimento a quanto accaduto nei pronto soccorso e nei reparti dedicati alla gestione delle emergenze sanitarie. Successivamente, precisiamo alcuni presupposti che hanno orientato la nostra prospettiva di analisi, richiamando alcuni quadri teorico-metodologici per noi di particolare rilevanza. A seguire, illustriamo il progetto di ricerca entro il quale abbiamo ricavato il materiale empirico che è alla base delle riflessioni sviluppate nell'ultima parte del testo. Queste si concentrano su alcuni temi emersi dalle analisi di interviste condotte con medici di pronto soccorso e terapie intensive; temi che abbiamo ritenuto particolarmente interessanti per rivelare le rappresentazioni dell'organizzazione – e le loro eventuali trasformazioni – possedute dai nostri interlocutori.

La risposta organizzativa degli ospedali all'emergenza pandemica

La risposta organizzativa alla pandemia in ambito ospedaliero è stata ben descritta da Belleri (2022): gran parte delle risorse interne all'ospedale sono state reindirizzate alla gestione dell'emergenza pandemica, ad esempio spostando personale medico e infermieristico di area medica nei reparti riconvertiti a COVID e riducendo, in proporzione, le prestazioni per pazienti non COVID. Molti ospedali si sono ristrutturati con la chiusura dei poliambulatori, delle sale chirurgiche, dei *day hospital* e di alcuni reparti. Nella gestione clinica, il sistema si è differenziato in sottosistemi funzionali definiti in base alle caratteristiche dell'utenza da prendere in carico, secondo una logica "di filiera" con compiti e attività diversificate *ad hoc*. Si sono così costituite zone filtro in pronto soccorso con percorsi separati per i casi COVID-19; reparti COVID-dedicati per i pazienti meno gravi; degenze sub-intensive e letti in terapia intensiva per i casi più gravi; reparti per post-acuti. Si è creata una vasta area clinica generalista, a cavallo tra infettivologia, virologia clinica, pneumologia, immunologia, otorinolaringoiatria e medicina interna. In sostanza il sistema si è de-specializzato, nel senso che "molti professionisti rinunciando alle proprie vocazioni specialistiche elettive" (Longo, 2020: 9) si sono dedicati "a tempo pieno a pazienti COVID, a prescindere da ruoli simbolici, professionali od organizzativi" (*ibidem*) per favorire l'evoluzione verso organizzazioni *mission driven* flessibili "orientate al risultato finale e sempre meno attente alle procedure burocratiche, ma concentrate sugli *outcome* di salute" (*ibidem*).

Tali modalità di risposta organizzativa sono complessivamente ricondotte, dallo stesso Belleri, alla necessità di difendere l'integrità del nucleo tecnico aziendale teorizzata da Thompson (1967). Com'è noto, centrale nella teorizzazione dell'organizzazione proposta da Thompson è la distinzione tra nucleo tecnologico, riguardante l'azione strumentale trasformativa propria di ogni organizzazione, e livello manageriale (o organizzativo), particolarmente coinvolto nel presidio delle relazioni con l'ambiente e nel collegamento delle attività di input, trasformative e di output, necessari perché l'organizzazione si mantenga nel tempo. Le due sfere di attività rimandano a forme di razionalità

diverse, orientate da logiche differenti. Nel primo caso si parla, appunto, di razionalità tecnica, corrispondente a una logica di sistema chiuso, idealmente orientata alla massimizzazione dell'efficienza e alla garanzia del raggiungimento del risultato; nel secondo caso si tratta di razionalità organizzativa, che richiede una logica del sistema aperto, essendo impegnata alla costante mediazione con le contingenze e i vincoli derivanti dall'interdipendenza con gli elementi ambientali e alla gestione dell'incertezza che ne deriva. Thompson sottolinea come "la razionalità tecnica, intesa come sistema di relazioni di causa-effetto che porta a un risultato desiderato, è un'astrazione" (Thompson, 1967/1988: 88). Di fatto, nella realtà, le tecnologie non hanno il completo controllo su tutte le variabili rilevanti per il loro funzionamento, proprio perché potenzialmente esposte alle influenze ambientali non prevedibili, il che mette a rischio la loro efficacia. In relazione a ciò, il problema centrale delle organizzazioni complesse (come un ospedale) è quello di affrontare l'incertezza ridefinendo i propri confini nel rapporto con l'ambiente esterno proteggendo il proprio nucleo tecnico. Come scrive Thompson: "secondo razionalità, le organizzazioni cercano di costituire protezioni per ridurre l'impatto (*buffer*) delle influenze ambientali circondando i loro nuclei tecnici con componenti di input e di output" (Thompson, 1967/1988: 88).

L'evento COVID ha comportato una ridefinizione dei sistemi di *buffer* consolidati e dei tradizionali nuclei tecnologici degli ospedali. Come scrive Belleri, rifacendosi alle idee di Thompson: "Il coronavirus ha avuto un impatto destabilizzante sulle strutture a più elevata concentrazione tecno-specialistica a legame tendenzialmente rigido, che si sono dovute riconvertire e ristrutturare in poche settimane per fare fronte all'emergenza infettiva, preservando il nucleo tecnico delle terapie intensive dall'assedio del COVID-19. È stata anche individuata una sorta di "linea del Piave" a difesa del nucleo intensivistico, vale a dire la percentuale di saturazione dei posti letto, come campanello d'allarme per la tenuta di tutto il sistema organizzativo" (Belleri, 2022: 3). Il pronto soccorso, per la sua collocazione sul "confine" dell'ospedale, è appunto la (sotto)unità organizzativa cui spetta, tra gli altri, il compito cruciale di filtro

all'accesso (*buffering*). Il suo buon funzionamento e l'efficienza con cui svolge tale compito condizionano la complessiva qualità del servizio (nonché la capacità di rispondere alle esigenze degli utenti) della più ampia struttura ospedaliera entro cui opera. Peraltro, in pronto soccorso il *buffering* è molto difficile e tale difficoltà – comunque presente – si è probabilmente accentuata per effetto della situazione emergenziale determinata dal COVID. Infatti, il pronto soccorso, trovandosi a diretto contatto con l'ambiente è esposto alle contingenze (imprevedibili) e alla estrema variabilità della domanda (eterogenea e poco controllabile). Tale condizione è intrinseca al tipo di situazioni patologiche che accedono al servizio, che si caratterizzano per essere improvvise, non programmate né programmabili, molto diversificate e spesso da prendere in carico con rapidità; per l'appunto, si parla di servizio di emergenza e urgenza. Peraltro, le difficoltà riguardanti la gestione di questo tipo di utenza risultano accentuate dalle carenze nell'organizzazione della sanità territoriale, esito di processi di lungo periodo connessi all'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e al prevalere di logiche di mercato (*marketization*) che, soprattutto in Lombardia, hanno portato a privilegiare l'assistenza ospedaliera (cosiddetto ospedalocentrismo) a scapito di un'organizzazione più integrata con il territorio (Bifulco, 2023; Macchi, 2023; Rulli, Salento, 2023). In tale situazione, il pronto soccorso diviene la prima scelta, se non l'unica possibile, per i cittadini che devono affrontare un problema di salute imprevisto, con le prevedibili ricadute sul piano dell'efficienza e della qualità del servizio dovute all'inappropriatezza degli accessi e all'affollamento. In tale quadro, anche la fluttuazione dei carichi di lavoro e l'allocazione delle risorse necessarie a farvi fronte risultano difficilmente (o solo parzialmente) anticipabili. L'identificazione stessa delle risorse necessarie (competenze e unità di personale) non è più che tanto programmabile, mancando la possibilità di una segmentazione anticipata della domanda. Le attività svolte in un pronto soccorso sono inoltre più differenziate e meno "omogenee" rispetto a quanto avviene in altri reparti, in cui la "patologia" costituisce un regolatore forte dei corsi d'azione messi in atto. Volendo tentare una "tassonomia" dei principali compiti svolti in un pronto soccorso si riconoscono: a) l'accoglienza e le attività di prima

valutazione (*triage*) in base a criteri di gravità delle condizioni del paziente e di impegno di risorse per farvi fronte; b) la valutazione per la definizione della diagnosi; c) le attività di cura, orientate alla stabilizzazione delle situazioni critiche e acute in cui sono compromesse le funzioni vitali ma che prevedono anche interventi risolutivi delle condizioni non urgenti; d) lo "smistamento" dei pazienti verso reparti specializzati nel trattamento delle patologie diagnosticate (interni o esterni alla struttura di accoglienza) o la dimissione al domicilio. Molte di queste attività richiedono l'impiego di conoscenze specialistiche di tipo medico, spesso "allocate" entro figure professionali diverse. Allo stesso tempo, il buon funzionamento di un pronto soccorso richiede la messa in opera di competenze organizzative riguardanti la gestione dei processi e dei percorsi dei pazienti. I temi della gestione delle interdipendenze e del coordinamento (tra competenze, tra risorse, tra ruoli professionali) sono particolarmente cruciali e di non facile soluzione. La complessità delle operazioni è inoltre accresciuta dalla presenza di vincoli connessi a dimensioni contrattuali e di costi, oltre che "umani", anche economici. La complessità dell'organizzazione delle attività in un pronto soccorso (ma ciò si estende anche ai reparti di terapia intensiva) è ulteriormente accentuata dal fatto che gli "oggetti" su cui si esercita l'attività trasformativa sono costituiti da persone, come tali non "standardizzabili" bensì caratterizzate da un elevato livello di specificità e di eterogeneità. Le tecnologie utilizzate sono prevalentemente di tipo intensivo, basandosi sul *feedback* proveniente dal particolare paziente cui sono applicate. A ciò bisogna aggiungere che le diverse attività sono per lo più svolte in condizione di pressione temporale e possono richiedere di prendere decisioni critiche e di grave rilevanza in poco tempo. Ne consegue un forte carico cognitivo ed emotivo per gli operatori sanitari, persistente nel tempo, che può comportare il rischio di un rapido esaurimento delle risorse personali. Inoltre, quando arrivano al pronto soccorso gli utenti si trovano in condizioni di particolare fragilità (anche emotiva) che può ostacolare la collaborazione con gli operatori sanitari e ne enfatizza la dipendenza da questi. Per di più, accanto all'utenza primaria è da considerare l'utenza "collaterale" rappresentata dai familiari / accompagnatori, che rende

ancor più complicata la presa in carico e la gestione dei processi, soprattutto in contesti, quali sono appunto i pronto soccorso, le cui logiche di funzionamento e pratiche operative sono inclini a considerare gli accompagnatori alla stregua di variabili di disturbo da gestire o “contenere” più che come potenziali risorse da integrare nello svolgersi delle attività.

Per queste sue caratteristiche e per la funzione cruciale che ha assunto durante la pandemia, il pronto soccorso – e le terapie intensive che in parte condividono alcuni degli aspetti sopra descritti – rappresentano contesti di lavoro particolarmente interessanti per comprendere gli “impatti organizzativi” dell'emergenza pandemica sugli ospedali e gli operatori sanitari. È appunto su tali strutture che abbiamo focalizzato la nostra attenzione.

L'organizzazione come processo

La descrizione delle caratteristiche dei reparti di emergenza e delle trasformazioni cui sono andati incontro per far fronte alla situazione pandemica, pur nella genericità dell'illustrazione proposta, ci pare comunque sufficiente a problematizzare le concezioni di organizzazione che ne enfatizzano il carattere di entità solide, ordinate, durature, in un certo senso preesistenti, separate e indipendenti dalle persone che ne fanno parte e vi operano all'interno (prospettiva che viene criticata come “approccio entitario”, *entitative* in inglese) (Hosking, Morley, 1991). Più in generale, risultano inadeguate le concezioni reificanti dell'organizzazione, vista come entità concreta, ovvero “data” una volta per tutte, univoca e oggettiva; sia essa definita *a priori*, predeterminata rispetto ai soggetti e alle attività che svolgono, o *a posteriori*, come prodotto e istituzionalizzazione delle interazioni e delle relazioni sociali degli attori. Di fatto, l'esperienza del COVID ha mostrato come l'organizzazione sanitaria sia stata sottoposta a un processo di trasformazione continua, orientato dalla necessità di salvaguardare la pluralità degli obiettivi di cura, ma ripetutamente “aggiornato”, in modi non prevedibili né totalmente anticipabili, sulla base della variabilità degli eventi, delle risorse, delle decisioni di coloro che erano di volta in volta coinvolti.

In relazione a ciò, la Teoria dell'Agire Organizzativo (TAO da ora in poi) (Maggi, 1984/1990; 2003/2016; 2011) appare più capace di dar conto della realtà organizzativa descritta. Fondamentale, per tale teoria, è la sottolineatura del carattere processuale del fenomeno organizzativo – qualificato come un “agire” piuttosto che una “azione” – che trova nel concetto di *processo d'azione* la categoria interpretativa fondativa. L'organizzazione è un processo che si svolge continuamente *nel* tempo, che ne è elemento costitutivo, come chiaramente esplicitato nelle seguenti citazioni: “[Il tempo è] una variabile interna che spiega la *storia* dell'azione che si sviluppa” (Maggi, 2011: 69); “Il tempo è cardine dell'interpretazione dell'agire umano quand'esso è inteso, appunto, come ‘agire’, come processo d'azione, processo aperto, incessante, non come accumulo di azioni compiute” (Maggi, 2013: 19). L'organizzazione è dunque un processo – un agire – orientato a un risultato, come tale intenzionale, ovvero indirizzato da decisioni, e razionale, in quanto mira a perseguire la congruenza tra i diversi piani dell'agire organizzativo (istituzionale, tecnico, di controllo e coordinamento) per raggiungere gli obiettivi desiderati (contemporaneamente garantendo efficacia, efficienza, benessere degli attori coinvolti, ecc.). Ma si tratta di razionalità *limitata*, lontana da pretese ottimizzanti e, come tale, correlata a un'incertezza (dei fini e della possibilità di una loro integrazione, dei risultati ottenibili, dei mezzi utilizzabili) sempre presente, sebbene anch'essa relativa e, almeno parzialmente, gestibile. Ed è un *processo di regolazione*, nella duplice accezione che si tratta di un processo regolamentato, ovvero che si svolge entro regole date, e – al contempo – produttore di regole, che si definiscono nel farsi dell'azione. Maggi sintetizza efficacemente la prospettiva concettuale proposta dalla TAO laddove definisce l'organizzazione come “l'azione organizzatrice, organizzante, non una ‘realtà’ oggettiva, *a priori*, o oggettivata, *a posteriori*. [...] La TAO si oppone a queste due concezioni reificanti dell'organizzazione: essa è una teoria dell'azione-che-organizza” (Maggi, 2011: 73).

Ci siamo allora domandati se l'esperienza del COVID, all'interno dei reparti che più ne hanno subito l'impatto, abbia o meno promosso, presso le persone coinvolte, una maggiore sensibilità per una diversa rappresentazione e

concezione del funzionamento delle realtà in cui operano; una concezione più attenta, ad esempio, alla dimensione processuale dell'agire organizzativo o al ruolo dei processi di regolazione nella strutturazione delle attività.

Nello sviluppare le nostre analisi, abbiamo prestato particolare attenzione alle reazioni emotive riportate dai nostri interlocutori in merito all'impatto del COVID sulla loro esperienza professionale. La scelta non è tanto dovuta a un'esigenza "disciplinare", per allinearci alla prospettiva prevalente che – come accennato nell'introduzione – caratterizza gli studi psicologici sul tema. Piuttosto, traggiamo la riflessione organizzativa che proponiamo dando particolare rilievo alle specifiche configurazioni emotive che contribuiscono a definire le rappresentazioni dell'organizzazione esprime anche un posizionamento teorico. È importante chiarire che non si tratta di un ripiegamento in favore di un'opzione "soggettivista", quanto piuttosto di muoversi dall'ipotesi che i "modi di vedere" l'organizzazione, ovvero i sistemi di rappresentazioni che contribuiscono a orientare le scelte, le azioni e le decisioni che qualificano l'agire organizzativo, siano connotati emotivamente/affettivamente e che la possibilità di operare delle riconfigurazioni concettuali concernenti l'agire siano strettamente connesse al riconoscimento di tali dimensioni emotive (si vedano, ad esempio, i concetti di "simbolizzazione affettiva" e "collusione" elaborati da Carli e Paniccia, 2003)². Emozioni che assumono configurazioni specifiche in funzione del peculiare contesto organizzativo cui partecipano le persone che le provano e che, pertanto, non sono riconducibili esclusivamente all'ambito individuale, ma assumono un carattere condiviso e socializzato. In questa prospettiva, l'agire organizzativo sarebbe orientato, oltre che da processi razionali, anche da tali dimensioni emotive e affettive. Si tratta di assumere che l'agire organizzativo sia

² Sul piano teorico il riconoscimento del ruolo che le dimensioni emotive assumono in rapporto all'agire organizzativo non è, a nostro avviso, necessariamente associato all'adozione *in toto* di una prospettiva psicoanalitica e del suo apparato concettuale. Piuttosto, si tratta di rileggere e accogliere alcune ipotesi; ad esempio, l'idea che la simbolizzazione affettiva costituisca un elemento fondamentale nel rapporto con la realtà.

accompagnato, attraversato, caratterizzato da emozioni e affetti che riguardano non solo la sfera relazionale, coinvolta in particolare nelle attività di coordinamento e cooperative, bensì anche la sfera propriamente operativa (azioni e decisioni orientate a raggiungere gli obiettivi connessi al compito primario). E laddove l'organizzazione entra in crisi, come è accaduto in modo eclatante negli ospedali al tempo del COVID, sono anche le ricadute emotive che ciò comporta che permettono di mettere in discussione gli assunti e le logiche usuali che concorrono a dare forma all'agire organizzativo.

Un'indagine presso alcuni pronto soccorso e reparti di terapia intensiva lombardi

La base empirica per le nostre riflessioni è costituita da alcune interviste raccolte nell'ambito di un progetto più ampio volto a indagare le strategie di gestione dell'emergenza pandemica in alcune strutture ospedaliere della Lombardia. Il progetto – avente finalità esplorativa e basato su una metodologia di tipo qualitativo – mirava a caratterizzare la variabilità dei modi con cui si era reagito, nei diversi contesti, all'emergenza, cercando di individuare i fattori che avevano consentito una risposta più adeguata, sia sul piano dell'efficienza sia in riferimento alle condizioni di lavoro del personale. In relazione a quest'ultimo aspetto, si era posta particolare attenzione alle caratteristiche dell'esperienza emotiva degli operatori, per comprendere come questa fosse collegata non solo alle risorse e competenze individuali, ma anche alle specificità del funzionamento organizzativo e a dimensioni quali il clima e la cultura organizzativa, la comunicazione, le norme che regolano le attività, l'interpretazione dei ruoli e le reti di sostegno formali e informali.

Sono state realizzate 13 interviste, 9 a medici (2 uomini e 7 donne) e 4 a infermiere provenienti da diversi ospedali della Lombardia. I criteri di inclusione per la partecipazione allo studio erano: a) aver lavorato in un reparto COVID, b) sul territorio lombardo, c) durante (almeno) le prime due ondate della pandemia (rispettivamente, primavera 2020 e autunno 2020). Per reclutare i partecipanti è

stato impiegato un campionamento a valanga e la partecipazione è avvenuta su base volontaria. Il contatto è avvenuto tramite posta elettronica.

Ciascun colloquio, della durata di circa un'ora, era condotto da due ricercatori. Le interviste sono state somministrate nell'arco temporale compreso tra il 21 giugno 2022 e il 7 dicembre 2022 e sono state effettuate interamente a distanza. Le interviste sono state audio e video registrate, previo consenso dai partecipanti, e trascritte integralmente.

Segnaliamo, peraltro, come gli obiettivi del progetto per cui sono state realizzate le interviste fossero diversi dagli obiettivi che ispirano il presente contributo. Tuttavia, nel leggere i resoconti abbiamo trovato spunti interessanti per la riflessione che qui proponiamo. Abbiamo perciò riesaminato il materiale testuale, analizzandolo con un duplice obiettivo. Nella prima fase è stata condotta un'analisi tematica con l'obiettivo di identificare i contenuti principali e i temi più rilevanti riferiti dagli intervistati agli impatti organizzativi del COVID; nella seconda fase gli estratti maggiormente significativi in rapporto a tali temi (di cui riportiamo e commentiamo alcuni esempi) sono stati interpretati alla luce del quadro teorico illustrato nei paragrafi precedenti con l'obiettivo di rintracciare le connessioni tra le diverse dimensioni che concorrono a dare forma all'agire organizzativo. Come si è detto, il termine "organizzativo" si riferisce qui sia agli aspetti che attengono alla sfera operativa (riorganizzazione delle attività del pronto soccorso e dei reparti, processi di lavoro, ecc.), sia ai sistemi di rappresentazioni che sottendono e che sono strettamente intrecciati all'agire professionale. In particolare, abbiamo cercato di esplorare le teorie implicite che orientano gli operatori sanitari, in base all'idea che una situazione di emergenza come quella verificatasi durante la pandemia determini delle condizioni particolarmente "favorevoli" per osservare, analizzare retrospettivamente e comprendere le logiche più profonde che guidano il funzionamento organizzativo.

Precisiamo che, ai fini del presente studio, abbiamo considerato esclusivamente le risposte del personale medico. Le ragioni di tale scelta sono diverse. Anzitutto, da un primo esame dei protocolli degli intervistati è emerso

come i richiami più interessanti ai temi, per noi rilevanti, concernenti le concezioni di organizzazione fossero presenti essenzialmente tra il personale medico. Di fatto, le riflessioni degli infermieri erano più focalizzate sui vissuti connessi all'esperienza lavorativa che a considerazioni riguardanti il funzionamento organizzativo. Inoltre, anche per il loro ruolo e la loro posizione gerarchica, abbiamo ritenuto i medici – soprattutto se con funzioni direttive, come per alcuni dei nostri interlocutori – comunque più coinvolti nella strutturazione dei propri reparti e, pertanto, un gruppo più pertinente per le finalità di questo scritto.

I medici di fronte alla crisi organizzativa: alcune riflessioni

Nel presentare gli esiti delle nostre analisi, ci focalizziamo su tre temi che ci sono parsi particolarmente “illuminanti” nel delineare gli effetti del COVID sulle rappresentazioni dell’“organizzare” presso i nostri interlocutori. Questi riguardano le percezioni sull'effetto destrutturante della pandemia, l'impatto sulle competenze professionali e il tema del cambiamento organizzativo.

Tra ordine e caos

Un primo tema che ci è apparso rilevante nei resoconti dei medici riguarda la contrapposizione tra “ordine” e “caos”. Si tratta di una riflessione ricorrente presso i nostri interlocutori, che gli intervistati declinano in rapporto a diversi aspetti della situazione che si è determinata negli ospedali durante l'emergenza pandemica e che riconducono, ad esempio, a fattori quali il sovraffollamento del pronto soccorso e dei reparti di terapia intensiva, la carenza di personale e la mancanza di una chiara pianificazione dei turni. Ecco, di seguito, alcuni estratti dalle interviste riguardo all'argomento.

“La situazione era davvero caotica ed è sempre caotica, cioè in ospedale è sempre caotica, in pronto soccorso molto di più; nel senso che in alcuni momenti l'impressione era che il problema principale non fosse il COVID, ma fosse proprio l'organizzazione con cui si affrontava questo problema. Nel periodo COVID noi abbiamo avuto un boarding, quindi un'attesa di ricovero, che è stata enorme;

quindi, avevamo magari trenta pazienti da ricoverare senza posto letto e in una *situazione caotica*, quindi con lo stesso personale infermieristico, più pazienti dentro. Quindi un singolo infermiere in pronto soccorso magari doveva seguire dodici o più pazienti, che è folle. Quindi quello che succedeva, che è *normale che succeda*, è che, quando tu non hai risorse, di fatto fai un *triage* di guerra, cioè riduci al livello minimo. E quello che a me sembra di notare, è che *una volta che tu hai ridotto quello che è la normalità, quello diventa lo standard*" (Medico, M, Pronto soccorso, Milano, *corsivi nostri*).

"Essere con l'acqua alla gola, tirati, che non si sa che turno fare, domani faccio la notte, no poi non la faccio... Cioè, è tutto così, nel senso che *non si riesce a lavorare in una maniera lineare* e si arriva al lavoro già nervosi, già stanchi. [...] Si lavora non bene, non bene per noi, ma soprattutto non bene per i malati, perché *comunque si fa un lavoro che non è, come dire, ottimale* perché non si ha, secondo me, bene il tempo e anche per certi aspetti bene la testa. [...] perché *comunque ci si trova*, vi ripeto, *in un momento in cui non ci si aspettava*, di nuovo, un'altra situazione del genere e ci troviamo ad affrontare questa cosa, *noi la affrontiamo* e però diciamo *sarebbe meglio affrontarla forse in maniera un po' più, come dire, lineare, cioè un po' più organizzata*" (Medico, F, Reparto COVID sub-intensivo, Crema, *corsivi nostri*).

Da queste parole si coglie come la percezione di operare in una situazione caotica sia certamente connessa al venir meno delle usuali e, entro un certo limite, prevedibili modalità di operare, dovuta alle circostanze "eccezionali" che hanno reso inadeguate le forme consolidate dell'agire organizzativo, per le quali erano sufficientemente chiari a tutti i compiti da svolgere, i modi con cui operare, le attività di coordinamento. Appare dunque chiaro come l'emergenza sanitaria abbia avuto un effetto "destrutturante", capace di condizionare negativamente anche l'esperienza del lavoro. Con le parole di Lanzara: "L'ambiente che in condizioni standard sostiene le loro norme e procedure è modificato radicalmente e perde struttura. Investite da inattesa incertezza, le organizzazioni formali subiscono spesso una sindrome da paralisi dell'agire" (Lanzara, 1993: 147). In realtà, nei pronto soccorso considerati, più che una paralisi sembra essersi

attuata una “frenesia” poco organizzata, dove l’esigenza di garantire il più possibile il mandato di assistenza e cura ha generato una situazione di confusione e di disordine poco gestibile. È come se l’emergenza COVID avesse reso immediatamente visibile in modo drammatico la grande complessità organizzativa propria di ogni pronto soccorso, ponendo in evidenza la sua dipendenza dalle contingenze di un ambiente instabile ed eterogeneo. In situazioni “normali”, però, un pronto soccorso e gli operatori che lo costituiscono sono generalmente in grado di far fronte a tale complessità, avendo avuto la possibilità e il tempo di mettere a punto le proprie strategie d’azione, di acquisire e integrare le risorse necessarie, di apprendere e regolare i processi di coordinamento richiesti. I processi organizzativi si sono così potuti “sedimentare” e, pur nelle difficoltà quotidiane connesse all’inevitabile variabilità imprevedibile dei compiti, diviene possibile sviluppare quelle “routine” e quella sicurezza nello svolgimento delle attività che supportano la percezione di un (relativo) controllo sul funzionamento organizzativo. Il COVID ha repentinamente messo in discussione tutto ciò, richiedendo di trovare nuove e rapide soluzioni a problemi tecnici e di coordinamento inediti, per i quali non si era preparati. Si può dire che i pronto soccorso – ma, più in generale, gli stessi ospedali nel loro complesso – hanno assunto la forma di un’organizzazione sintetica, quel tipo di organizzazione che – scrive Thompson – “emerge solitamente [...] quando bisogna rimediare agli effetti sociali disastrosi di grandi calamità naturali” (Thompson, 1967/1988: 136). Cosa che ha avuto impatto non solo sull’efficienza (aspetto già sottolineato da Thompson) ma anche – dato particolarmente evidente nelle nostre interviste – sulla qualità percepita dell’esperienza lavorativa degli operatori sanitari, sia sul piano della fatica fisica sia sul piano emotivo.

Allo stesso tempo, le parole degli intervistati rivelano una concezione di organizzazione riconducibile all’idea che sia comunque possibile e auspicabile, se non addirittura necessario, definire una sequenza ordinata prevedibile e predefinita (“lineare”, come la definisce un medico) delle attività, che permetta di ridurre e controllare l’incertezza. È anche questa rappresentazione che è messa

in crisi da quanto sta accadendo e si può ipotizzare che proprio questa “incongruenza percepita” tra l’ordine atteso, il controllo auspicato, e il disordine sperimentato sia tra le determinanti delle “fatiche” dichiarate nelle interviste. Come dice un medico del pronto soccorso:

“Era una fatica enorme il fatto di finire la sera un turno che l’organizzazione era in un certo modo e iniziare la mattina dopo il turno che l’organizzazione era completamente cambiata. Perché c’era questa flessibilità che, secondo me, era necessaria e che, secondo me, è stata assolutamente un punto di forza nostro nel senso che dal primo giorno noi avevamo fatto dei piani di contingenza su tutto il pronto soccorso, quindi pensando a tutte le cose. Poi alcune sono state così, alcune si sono modificate, ma abbiamo avuto la capacità penso di adattarci davvero in un modo velocissimo; però per tutti i medici e gli infermieri era una fatica mostruosa” (Medico, M, Pronto soccorso, Milano, *corsivi nostri*).

In questa citazione è particolarmente interessante lo slittamento semantico dal termine “caos” al termine “flessibilità” che, rispetto al primo, assume – presso il nostro interlocutore – una connotazione positiva. La risposta organizzativa all’emergenza è descritta in termini di adattamento alle mutate condizioni dell’ambiente lavorativo, definita come capacità di “ristrutturare” molto rapidamente processi e attività attraverso “piani di contingenza” che hanno lo scopo di permettere di “pensare a tutte le cose”. Si configura qui un paradosso, particolarmente evidente nel caso del pronto soccorso in quanto unità operativa che è caratterizzata, per le sue funzioni e per la sua posizione di confine tra interno ed esterno, da un grado più elevato di incertezza rispetto ad altri reparti. Si riconosce, infatti, come:

“In pronto soccorso non è che puoi avere degli interventi programmati, tu apri, è ad accesso diretto, quindi, viene chi viene” (Medico, M, Pronto soccorso, Milano).

Il paradosso si manifesta nel fatto che, da un lato, persiste l’aspirazione alla prevedibilità e al controllo; dall’altro, allo stesso tempo, si riconosce come essa sia impropria e, ancor di più, si valorizza come punto di forza la capacità

di rapida trasformazione del proprio agire. Capacità di cambiare che è nei fatti ed è agita efficacemente, ma di cui si sottolinea soprattutto la difficoltà e la fatica. Tale consapevolezza è però parziale o, quantomeno, resta connessa a una concezione funzionalista di organizzazione e, in particolare, del cambiamento organizzativo. Quest'ultimo, infatti, non è pensato come caratteristica endogena di ogni organizzazione (Barbini, 2023) ma piuttosto come risposta adattiva indotta dalle mutate condizioni ambientali, come rivela l'uso delle espressioni "flessibilità necessaria" e "capacità di adattarci rapidamente". Si fa fatica a cogliere il fatto che la variabilità e le trasformazioni in un pronto soccorso sono sempre presenti, continue, inarrestabili e ineludibili, e dipendono dalla complessità intrinseca di tale organizzazione. Complessità che si manifesta, come già ricordato, nelle difficoltà di segmentazione dell'utenza e di previsione dei flussi di accesso, nella presenza di forme di interdipendenza e di coordinamento particolarmente onerose, quali sono l'interdipendenza reciproca e il coordinamento per mutuo adattamento (Thompson, 1967), così come nella presenza di vincoli nell'uso delle risorse. Complessità che è illusorio pretendere di semplificare e la cui gestione non dipende tanto da un incremento di flessibilità o adattabilità, ma dalla capacità di modificare l'organizzazione in forme congruenti alle sue peculiarità.

Siamo di fronte, dunque, anche in questo caso, a un'incongruenza, non più tra ciò che ci si aspetta e ciò che si osserva (tra ordine e caos) ma tra ciò che si pensa (l'idea di organizzazione come sequenza ordinata e prevedibile di azioni adeguate) e ciò che concretamente si fa ma si fatica a rappresentarsi (un agire in continua trasformazione per assicurare lo svolgimento delle attività necessarie in un contesto ad elevata incertezza).

Le conoscenze tecniche

Un secondo tema richiamato dai nostri interlocutori, che ci è apparso di particolare interesse per il modo in cui era affrontato, ha a che fare con le conoscenze tecniche e le "trasformazioni" cui sono andate incontro per effetto della pandemia. Dal punto di vista dell'azione organizzativa, la componente

tecnica riguarda la strumentalità dell'agire, ovvero l'utilizzo del sapere – medico in questo caso – per il raggiungimento degli obiettivi di cura e di salute. Come si è già ricordato, nell'agire professionale delle figure sanitarie e dei medici in particolare, la tecnologia è primariamente di carattere intensivo, dato che la scelta delle azioni pertinenti per affrontare il problema di salute di uno specifico paziente è condizionata dai *feedback* provenienti dallo stesso circa l'efficacia delle cure adottate. Le conoscenze scientifiche e tecniche dei medici e la specificità del loro sapere hanno un ruolo centrale nel definire il disegno organizzativo degli ospedali che, di fatto, sono “costruiti” attorno alle specializzazioni mediche. A loro volta, queste svolgono un'importante funzione identitaria per i professionisti sanitari. Infatti, in condizioni “normali” compiti, attività e decisioni degli operatori sanitari sono in gran parte orientate dal nucleo delle conoscenze tecnico/specialistiche e dall'aderenza ai protocolli che delimitano la discrezionalità dell'agire. L'emergenza pandemica, come evento critico che ha richiesto una riorganizzazione dei compiti e dello svolgimento delle attività, ha implicato una parziale ridefinizione di questo presupposto. Dal punto di vista soggettivo, ciò ha generato nei nostri interlocutori, in particolare durante la prima ondata pandemica, un senso di “smarrimento” e “confusione”, connessi al fatto di non poter fare pieno affidamento sulle proprie conoscenze tecnico/specialistiche:

“Ma, adesso dovrei ripensarci con più tempo, però sicuramente una sensazione iniziale di smarrimento, cioè di aver perso... come per cercare dei nuovi riferimenti. Perché anche dal punto di vista terapeutico, diciamo nonostante un bagaglio culturale specialistico di anni, era proprio una modalità diversa anche di applicare le proprie conoscenze” (Medico, F, Reparto COVID, Vimercate).

Come si è detto precedentemente, nella gestione della pandemia il sistema ospedaliero si è sostanzialmente de-specializzato. In questa situazione i medici si sono pertanto dedicati a trattare i pazienti COVID prescindendo – in un certo senso – dalle loro conoscenze specialistiche molto focalizzate su una specifica

branca del sapere medico. Piuttosto, per garantire la congruenza tra utilizzo delle conoscenze e obiettivi di cura hanno dovuto “riconfigurare” il loro agire facendo ricorso a un sapere fino a quel momento poco esercitato se non addirittura da apprendere *ex novo*. Si coglie qui, in maniera evidente, la dinamica dei piani d'azione organizzativa. Di fatto, la de-specializzazione dell'ospedale ha portato all'esercizio di “nuove” conoscenze e competenze tecniche; ma allo stesso tempo, le “nuove” esigenze di cura, e dunque i saperi da mettere in campo per affrontare la pandemia, hanno a loro volta riorientato l'agire organizzativo.

Peraltro, tale complessa dinamica non pare sia stata colta dagli intervistati da noi coinvolti. È interessante notare, infatti, come queste scelte organizzative, probabilmente le uniche possibili nella situazione di emergenza determinata dalla pandemia, non siano descritte dagli intervistati come orientate da criteri razionali (connessi all'impiego delle risorse umane e tecniche disponibili in quel momento), ma siano piuttosto ricondotte alla casualità e a ciò che potremmo definire “improvvisazione”, attribuendo quindi una connotazione sostanzialmente negativa a tale processo. Si veda, a tal proposito, il seguente estratto:

“Come posizionare il casco C-PAP (...) è una cosa che posizionano cardiologi e rianimatori, bisogna avere delle competenze specifiche per capire quando farlo, come farlo e come monitorarlo. E invece appena prima del COVID hanno pescato dei medici, oserei dire a caso, con competenze variabili... io faccio il reumatologo, un altro faceva il cardiocirurgo, un altro faceva l'ortopedico e nel giro di mezz'ora hanno spiegato come posizionare un casco C-PAP ‘fidandosi’ di quello che poteva essere la mia competenza nel saperlo fare ecco” (Medico, F, Reparto COVID, Milano).

Ciò che qui è sottolineato è soprattutto il rischio di un improprio utilizzo del sapere scientifico che ne vanifichi l'efficacia. Non a caso emerge, al proposito, il tema del fallimento:

“Io penso che è stato davvero un fallimento della scienza e dei medici, nel senso che secondo me anche da un punto di vista scientifico, abbiamo fatto cose folli durante il COVID. Ma nel senso che abbiamo buttato via il metodo

scientifico, abbiamo preso decisioni su uno studio dando l'azitromicina e la otticina che era stato pubblicato che nessuno mai l'avrebbe pubblicato in altri momenti. E c'erano delle *chat* in cui dicevano: 'Sì sì guarda, l'ospedale di Brescia ha fatto delle autopsie, il motivo per cui muoiono i pazienti è l'embolia polmonare, scoaguliamo tutti'. Allora scoagulavamo tutti poi avevano l'emorragia e allora no, togliamo l'anticoagulante a tutti" (Medico, M, Pronto soccorso, Milano).

In assenza di protocolli clinici e di quelle conoscenze consolidate che costituiscono il principale quadro di riferimento entro il quale si iscrive l'agire professionale dei medici, gli intervistati descrivono il proprio operato come un processo per tentativi ed errori che non solo espone al rischio di ripetuti fallimenti, ma impatta sulla rappresentazione stessa della professione, oltre a generare ansia ed emozioni negative. È interessante notare come questo modo di operare sia qui esplicitamente confrontato e contrapposto al "metodo scientifico" che è assunto come parametro di valutazione normativo nell'esercizio della pratica medica.

Da questo punto di vista, ciò che entra in crisi non è soltanto l'identità professionale ma, aspetto forse più interessante sul piano organizzativo, la possibilità di una valutazione "sicura" (ovvero, allo stesso tempo certa e rassicurante) del proprio agire organizzativo. I medici sono ben consapevoli di non esercitare una "scienza esatta"; e tuttavia, la possibilità di ricorrere a una strategia basata sul "calcolo" (seguendo Thompson, 1967) per valutare l'adeguatezza della propria pratica resta un'aspirazione molto forte. Si tratta di una forma di valutazione rigorosa attuabile quando, a fronte di una chiara e condivisa definizione degli obiettivi da conseguire, le conoscenze tecniche per ottenerli sono note, disponibili e tali da garantire il risultato voluto, assicurando altresì l'efficienza del processo. Nell'affrontare situazioni di emergenza sanitaria la possibilità di risolvere il problema non è mai certa e, dunque, gli standard di valutazione assumono forme meno rigorose, che si limitano a verificare se si è ottenuto il risultato desiderato, indipendentemente dall'aver impiegato il

metodo migliore e più efficiente. Peraltro, nei contesti di cura, il bisogno di affidabilità degli interventi e la garanzia che per questo deriva dai riferimenti alle conoscenze scientifiche sono comunque aspetti cui si dà molto valore come criteri di valutazione. L'emergenza pandemica sembra aver comportato, nella percezione degli intervistati, uno "slittamento" verso altre strategie di valutazione ancora più "deboli", in cui acquistano rilievo il confronto sociale, se non addirittura l'intuito, accanto al sapere disciplinare; strategie probabilmente già presenti nell'agire professionale, ma comunque meno riconosciute e legittimate. Di questo passaggio, gli intervistati colgono soprattutto il lato negativo, ovvero la crescita dell'incertezza circa la validità e l'efficacia del proprio operare. Questa focalizzazione sulla propria prestazione e sulle proprie conoscenze, "indebolite" dal venir meno di precisi riferimenti scientifici, mette in luce un altro aspetto che caratterizza il modo in cui i medici leggono il proprio operato che, come scrive Romano, "resta dominato dal modello tecnico delle competenze individuali" (Romano, 2006: 195).

Una tale radicata forma di consapevolezza rende meno facile cogliere i potenziali aspetti positivi connessi ai cambiamenti organizzativi, quali l'incremento delle relazioni collaborative con altre aree disciplinari e professionali e lo sviluppo di nuove o differenti forme di coordinamento capaci di promuovere nuovi apprendimenti e di incidere favorevolmente sulla qualità del servizio. Aspetti che portano in primo piano il ruolo cruciale che le forme in cui si strutturano le attività, ovvero i modi del coordinamento e, in generale, il complessivo assetto organizzativo, hanno nel raggiungimento dei risultati, al di là del saper fare dei singoli.

Un incremento di "sensibilità" verso tali dimensioni organizzative si è però registrato. Esso si può vedere, in particolare, nei richiami alle forme di supporto collettivo – trasversali ai diversi ruoli codificati – riconosciute importanti come aiuto non soltanto sul piano tecnico e conoscitivo ma anche sul piano emotivo.

"E l'altra cosa, comunque, che mi ha aiutato e senza cui non avremmo potuto secondo me venirne fuori è *la collaborazione tra di noi*. Nel senso che il personale

sanitario in generale, per la mia esperienza, *a tutti i livelli*, dagli OSS, agli infermieri, medici, personale tecnico, è gente che è abituata a lavorare insieme e che lavora bene insieme; quella situazione lì ha magnificato questa qualità. Perché io ricordo sguardi senza i quali non avrei finito delle notti, io ricordo in una situazione veramente di fatica, di fatica grossa, che non è mai mancato quello che ti diceva: 'Io ho finito questa cosa, posso aiutarti in qualche modo, no ma lascia quella cosa lì la faccio io.' Questo tra di noi a vari livelli, non soltanto medici con medici, infermieri con infermieri, ma *proprio il lavoro d'équipe, che è quello che facciamo tutti i giorni e che lì è stato veramente magnificato*" (Medico, F, Pneumologia, Vimercate, *corsivi nostri*).

"Mi son sentita sola, come aggettivo, e almeno nella parte iniziale, *poi dopo mi son sentita più parte di una squadra*, sola proprio forse all'inizio, poi dopo mi son sentita parte di una squadra che stava facendo qualcosa di utile. [...] Secondo me *quello che si è imparato è il lavoro di équipe*, che è stato salvifico in questi casi" (Medico, F, Reumatologia, Milano, *corsivi nostri*).

Costrittività e cambiamento

Le precedenti riflessioni introducono a un terzo tema emerso presso gli intervistati che riteniamo interessante prendere in considerazione. Esso riguarda il rapporto tra discrezionalità e vincoli nelle scelte d'azione. Questo tema chiama in causa un altro costrutto importante della TAO, la *costrittività*. La TAO sottolinea come qualunque forma di organizzazione comporti inevitabilmente una dimensione di costrittività, dovuta ai vincoli e alle limitazioni dei gradi di libertà nelle azioni e nelle scelte che caratterizzano ogni azione organizzativa. È alla costrittività che è strettamente connesso il benessere (o, piuttosto, il malessere) che si può sperimentare, in quanto intrinseca "riduzione degli spazi di libertà individuale" (Maggi, 1984/1990: 154), connessi non solo alle attività da svolgere e al modo in cui possono essere realizzate e combinate tra loro, ma anche alla definizione degli obiettivi, alle scelte di coordinamento, alle modalità di strutturazione dei compiti e dei rapporti sociali, ecc. La costrittività è dunque intrinseca all'agire organizzativo e non è da esso eliminabile essendone una dimensione costitutiva. Allo stesso tempo, la costrittività – in quanto "parte" del

processo organizzativo – non è data una volta per tutte né ha carattere deterministico; al contrario, essa è “variabile, e quindi modificabile” (Maggi, 2011: 84). Proprio la possibilità di intervenire sui diversi piani su cui può essere analizzata l'azione organizzativa nella direzione di una riduzione della costrittività, o di una sua consapevole gestione, consente di immaginare modi innovativi di organizzare le attività, più rispettosi del benessere delle persone al lavoro.

Le situazioni di crisi potrebbero favorire un'apertura all'innovazione in tale direzione. Nel caso della pandemia che stiamo qui considerando, come si è già detto, l'emergenza ha avuto un impatto destrutturante sugli ospedali, a vari livelli. Questa destrutturazione ha anche permesso di riconoscere che “le deviazioni dalle routine standard e dalle situazioni ‘normali’ contengono un potenziale di innovazione per chi è capace di tollerare la provvisoria assenza di ordine e di direzione” (Lanzara, 1993: 14). È a questo potenziale che sembra fare riferimento l'estratto che segue:

“Io mi ricordo che c'era proprio un clima particolare e mi ricordo, per esempio, noi avevamo la sala d'attesa che abbiamo trasformato in sala di visita perché non c'erano spazi sufficienti per ospitare tutti i pazienti con il distanziamento e così via; quindi, abbiamo cambiato la sala d'attesa e abbiamo messo l'ossigeno, eccetera. Questa cosa è stata fatta tipo in un giorno e mezzo. E io mi ricordo proprio che parlavo con un altro mio amico direttore di medicina interna e dicevo: ‘Tutto è possibile’. E se uno si confrontava con tutto quello che era stato prima in cui per cambiare la porta ci mettevi quattro mesi... ma che quattro mesi, quattro anni, dicevi: ‘Accidenti, da una parte tutto è possibile e dall'altra parte nulla sarà come è stato’. Cioè, vedendo che tutto è possibile uno dice: ‘Accidenti, allora dobbiamo farlo no, le cose possono essere più semplici, più belle, più efficaci’” (Medico, M, Pronto soccorso, Milano).

E ancora:

“Inizialmente non avevamo abbastanza ossigeno. Allora un medico della mia unità conosceva alcuni che avevano una stampante tridimensionale. Allora aveva fatto stampare dei connettori per l'ossigeno che permettevano di

moltiplicare la somministrazione di ossigeno a più pazienti contemporaneamente. Oppure non c'erano i caschi allora facevano delle modifiche, cioè, c'era questa roba. Quindi da un punto di vista di risorse l'ingegneria clinica era super disponibile e super pronta, era una roba davvero incredibile" (Medico, M, Pronto soccorso, Milano).

Sono due le considerazioni che queste citazioni ci sollecitano.

Da un lato colpisce l'entusiasmo che accompagna la "scoperta" di come "tutto sia possibile", che si associa al riconoscimento della grande disponibilità alla collaborazione – da parte di altre funzioni aziendali (qui l'esempio rimanda all'ingegneria clinica) – per trovare nuove e creative soluzioni al fine di garantire gli obiettivi di cura. Tale entusiasmo si spiega forse con l'allentamento del sistema di vincoli che normalmente definiscono le coordinate entro le quali prende forma l'agire organizzativo; ma soprattutto con l'aver potuto sperimentare una maggiore discrezionalità nel proprio agire, prendendo l'iniziativa senza dover attendere "autorizzazioni dall'alto" per trovare rapidamente delle soluzioni alle criticità e ai problemi da affrontare.

Da un altro lato, si coglie un certo risentimento nei confronti dell'amministrazione ospedaliera per l'inerzia del passato. Sentimento che quasi diventa rabbia di fronte al persistere delle resistenze al cambiamento, come documentano le seguenti citazioni:

"Ma alla seconda [ondata] è subentrata anche un po' di rabbia verso l'ospedale ... La prima, va beh, non se lo aspettava nessuno e anche dal punto di vista organizzativo si è cercato di metterci una pezza come si è potuto; la seconda probabilmente era più che attesa e *alla fine dal punto di vista organizzativo non è cambiato nulla*" (Medico, F, Reumatologia, Milano, *corsivi nostri*).

"Ecco dire caspita, va bene che era una cosa che probabilmente non era prevedibile però ecco un po' più di velocità nel cambio organizzativo in questo senso... Quindi forse più che demoralizzazione *un po' di nervosismo ecco di dire: 'Ma cavoli che cosa aspetti a fare cambiamenti'*" (Medico, F, Pneumologia, Vimercate, *corsivi nostri*).

È anche interessante osservare come le considerazioni sulle possibilità innovative e di cambiamento abbiano riguardato prevalentemente aspetti organizzativi (attinenti a dimensioni di coordinamento, di integrazione di processi, fino alla ridefinizione degli spazi); quasi che i nostri interlocutori si rendessero conto di potersi riappropriare di un campo d'azione per troppo tempo impropriamente delegato ad altri. In questo si può forse cogliere un altro indizio dello svilupparsi di una maggiore sensibilità organizzativa, laddove la rivendicazione, o quantomeno, l'aspirazione a una più riconosciuta discrezionalità su questioni non strettamente tecnico-sanitarie può significare la consapevolezza della loro rilevanza anche per gli obiettivi di cura e di salute.

Conclusioni

In questo lavoro abbiamo cercato di indagare gli impatti organizzativi dell'emergenza pandemica, non tanto sul piano fattuale ma piuttosto in riferimento agli effetti che possono aver avuto sul modo in cui le persone al lavoro negli ospedali si rappresentano il loro agire e, dunque, sulle loro rappresentazioni dell'organizzazione.

Lo studio non ha carattere sistematico ed esaustivo, ma ha comunque permesso di cogliere alcuni aspetti a nostro parere interessanti.

Ci sembra che la situazione di crisi determinatasi a seguito della pandemia abbia sollecitato pensieri in parte "nuovi e diversi" sul significato di "organizzazione", almeno nei contesti dedicati al trattamento delle emergenze sanitarie che abbiamo considerato.

Ad esempio, abbiamo colto un riconoscimento molto più consapevole del valore dei processi di coordinamento e di integrazione interdisciplinare e interprofessionale, non solo a garanzia del raggiungimento degli obiettivi di cura, ma anche quali importanti occasioni di regolazione e supporto riguardanti le dimensioni emotive dell'esperienza di lavoro. Così come è emersa l'esigenza per un maggiore coinvolgimento, da parte del personale medico, sui processi riguardanti aspetti extra-sanitari dell'agire professionale. Importante anche la presa di coscienza di come siano molto più ampie e numerose le possibilità di

cambiamento e di come gli ostacoli alle trasformazioni siano a volte connessi a inerzie non giustificate né giustificabili; constatazione emblematicamente rappresentata dall'esclamazione: "Accidenti, [...] tutto è possibile" detta da un medico del pronto soccorso commentando la rapidità delle trasformazioni attuate nella sua struttura per far fronte all'emergenza pandemica.

Tali "nuove consapevolezze", tuttavia, sembrano comunque fare fatica ad affermarsi compiutamente e a consolidarsi. Ciò vale, in particolare, per il riconoscimento del carattere processuale e in continua definizione dell'organizzazione. Aspetto che è "agito" continuamente, di cui si fa continuamente esperienza, ma che sembra difficile accettare, quasi si trattasse di una *diminutio* rispetto a quello che dovrebbe essere il corretto "funzionamento" organizzativo: "certo", "sicuro", "efficiente", "predeterminato", "immutabile".

Le ragioni di questo paradosso e il "fascino" della visione ottimizzante dell'agire organizzativo sono temi che meriterebbero un approfondimento, soprattutto dal punto di vista delle dinamiche psicologiche che li sostengono.

A questo proposito, dalla nostra ricerca emerge come i sistemi di rappresentazioni e le simbolizzazioni affettive del contesto consolidati/e nel tempo e condivisi/e dagli operatori sanitari costituiscano un elemento centrale nell'analisi dell'agire organizzativo. L'emergenza sanitaria ha implicato per l'organizzazione ospedaliera non soltanto la necessità di riorganizzare i reparti, i processi di lavoro, le modalità di accesso, ecc.; in sintesi, di trovare delle risposte sul piano del loro funzionamento operativo. Essa ha impattato anche sui sistemi di rappresentazioni, che costituiscono il nucleo più profondo dell'agire organizzativo. Questi ultimi includono percezioni, sentimenti ed emozioni che si declinano non solo al livello individuale/soggettivo, ma anche intersoggettivo. Le persone arrivano a condividere non soltanto scelte, obiettivi, attività, sistemi di norme, conoscenze tecniche; ma anche modi di rappresentarsi l'organizzazione stessa, i compiti, l'autorità, i ruoli; nonché vissuti emotivi connessi alle forme e alle modalità in cui si realizza l'agire e lo stare insieme. Rappresentazioni e vissuti che sono fondati su presupposti impliciti che, a loro volta, orientano azioni e decisioni. La pervasività e la persistenza di una visione

“razionalistica” dell’organizzazione – come è sostanzialmente condivisa dai medici che abbiamo intervistato, pur con i segnali (deboli) dell’affermarsi di una diversa consapevolezza – può costituire uno dei principali fattori che ostacolano la possibilità di promuovere i processi di cambiamento organizzativo, nella misura in cui rendono difficile immaginare modalità inedite di agire, scegliere, decidere. Tale “concezione organizzativa”, l’abbiamo più volte osservato nelle nostre interviste, è sostanzialmente orientata all’ottimizzazione e all’eliminazione dell’incertezza, considerati come obiettivi, se non compiutamente realizzabili, almeno da avvicinare quanto più possibile. In questa rappresentazione le emozioni sono intese come fattori intrinsecamente disturbanti e, come tali, da espellere o, al più, da “adattare” rendendole compatibili/funzionali agli scopi e alle finalità dell’organizzazione. Al contrario, ciò non è plausibile secondo la logica dell’agire organizzativo. Anzitutto, secondo tale visione le emozioni non sono “scisse” dalla razionalità che orienta le attività e le decisioni che si svolgono nell’organizzazione, ma sono ritenute costitutive dell’esperienza dell’organizzare, come lo sono dell’esperienza umana in tutte le forme e situazioni in cui si realizza. Esse diventano così comprensibili e, anzi, costituiscono una dimensione importante di cui tener conto per meglio comprendere l’organizzazione e, più in generale, le forme e i modi del nostro stare con gli altri.

Sul piano teorico, le riflessioni condotte con questo studio, seppur ancora parziali e provvisorie, permettono di intravedere come l’adozione di una visione processuale dell’organizzazione possa includere anche una specifica attenzione per tali sistemi di rappresentazioni e per il significato emotivo che essi rivestono nell’agire organizzativo.

Riferimenti bibliografici

BARBINI F.M.

- 2023 Il cambiamento delle imprese, in Barbin F., Masino G., Neri M., Rulli G., Salento A., Zamarian M. (Eds.), *Un'altra via. Scritti su agire sociale e organizzazione dedicati a Bruno Maggi*: 17-35, Roma: Carocci.

BELLERI G.

- 2022 Presa in carico della cronicità in Lombardia: bilancio e prospettive di revisione dopo la pandemia, *Recenti Progressi in Medicina*, 113, 10: 591-600.

BIFULCO L.

- 2023 Riordino e aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, in Rulli G., Salento A. (Eds.), *Problemi organizzativi e prospettive del sistema sanitario in Italia*: 24-34, <http://amsacta.cib.unibo.it>, Bologna: TAO Digital Library.

BILLINGS J., CHING B.C.F., GKOFA V., GREENE T., BLOOMFIELD M.

- 2021 Experiences of frontline healthcare workers and their views about support during COVID-19 and previous pandemics: a systematic review and qualitative meta-synthesis, *BMC health services research*, 21: 1-17.

BUSCH I.M., MORETTI F., MAZZI M., WU A.W., RIMONDINI M.

- 2021 What we have learned from two decades of epidemics and pandemics: a systematic review and meta-analysis of the psychological burden of frontline healthcare workers, *Psychotherapy and psychosomatics*, 90, 3: 178-190.

CARLI R., PANICCIA R.M.

- 2003 *Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*, Bologna: Il Mulino.

DANET A.D.

- 2021 Psychological impact of COVID-19 pandemic in Western frontline healthcare professionals. A systematic review, *Medicina Clínica (English Edition)*, 156, 9: 449-458.

DE GRAAFF B., HUIZENGA S., VAN DE BOVENKAMP H., BAL R.

- 2023 Framing the pandemic: Multiplying "crises" in Dutch healthcare governance during the emerging COVID-19 pandemic, *Social Science & Medicine*, 328: 115998.

GAUTIER L., NODA S., CHABROL F., DAVID P.M., DUHOUX A., HOU R., RIDDE V.

- 2023 Hospital governance during the COVID-19 pandemic: a multiple-country case study, *Health Systems & Reform*, 9, 2: 2173551.

HOSKING D-M., MORLEY I.E.

1991 *A social psychology of organizing*, London: Harvester-Wheatsheaf.

JIA Q., QU Y., SUN H., HUO H., YIN H., YOU D.

2022 Mental health among medical students during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 13: 846-789.

LANZARA G.F.

1993 *Capacità negativa: competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni*, Bologna: Il Mulino.

LONGO E.

2020 Episodi e momenti del conflitto Stato-regioni nella gestione della epidemia da COVID-19, *Osservatorio sulle fonti*: 377-407.

MACCHI L.

2023 Riordino e aziendalizzazione del Servizio Sanitario in Lombardia, in Rulli G., Salento A. (Eds.), *Problemi organizzativi e prospettive del sistema sanitario in Italia*: 35-48, <http://amsacta.cib.unibo.it>, Bologna: TAO Digital Library.

MAGGI B.

1984/1990 *Razionalità e benessere. Studio interdisciplinare dell'organizzazione*, Milano: Etas libri.

2003/2016 *De l'agir organisationnel. Un point de vue sur le travail, le bien-être, l'apprentissage*, <http://amsacta.cib.unibo.it>, Bologna: TAO Digital Library.

2011 Théorie de l'agir organisationnel, in Id. (Ed.), *Interpréter l'agir: un défi théorique*: 69-96, Paris: Presses Universitaires de France; 2011 ed.it., Teoria dell'agire organizzativo, in Id. (Ed.), *Interpretare l'agire: una sfida teorica*: 67-88, Roma: Carocci.

2013 Storie di imprese e storie dell'impresa, in Masino G., Maggi B. (Eds.). *Storie di imprese*: 1-23, <http://amsacta.cib.unibo.it>, Bologna: TAO Digital Library.

ROMANO D.F.

2006 Qualità del servizio e disegno organizzativo. Un esempio dalla sanità, in Id, *L'organizzazione silenziosa. Azione e significato*: 161-199, Milano: Edizioni Libreria Cortina.

RULLI G., SALENTO A.

2023 *Problemi organizzativi e prospettive del sistema sanitario in Italia*, <http://amsacta.cib.unibo.it>, Bologna: TAO Digital Library.

THOMPSON J.D.

1967/1988 *Organizations in action*, New York: McGraw-Hill; 1988 ed. it., *L'azione organizzativa*, Torino: Isedi.