

Etnografia in emergenza: Pratiche di *Traduzione* di un Artefatto

Virginia Romano

DiSS-Dipartimento di Scienze Sociali

Università "La Sapienza" di Roma

Questo contributo è tratto da un lavoro di ricerca, svolto attraverso l'uso di metodologie proprie dell'indagine qualitativa, e ha lo scopo di raccontare l'attività di un'azienda sanitaria italiana impegnata nella gestione dell'emergenza clinica. Durante la ricerca, ancora in corso¹, ho osservato le pratiche lavorative di una postazione territoriale provinciale² e mi sto attualmente concentrando su una postazione urbana. Indosso una divisa e salgo a bordo di numerose ambulanze, accompagnando nel soccorso diverse squadre composte da infermieri, autisti e barellieri. La mia ricerca si concentra sul ruolo degli artefatti - in questo caso la scheda di soccorso (SdS) di ambulanza - come attori dei necessari processi di coordinamento tra sistema dell'emergenza (l'ambulanza) e sistema ospedaliero (l'accettazione del Pronto Soccorso).

Allo scopo di illustrare la rilevanza della SdS quale artefatto in grado di annodare e allineare organizzazioni e professionisti, ho scorporato l'analisi in due parti. Nella prima utilizzo due storie dal campo per mostrare l'oggetto in azione quale elemento connettivo e fulcro della traduzione tra sistema dell'emergenza e sistema ospedaliero. Nella seconda invece racconto di come la SdS si sia evoluta nel corso della storia dell'organizzazione del sistema dell'emergenza extraospedaliera locale e di come l'artefatto iscriva in sé i cambiamenti, le rivendicazioni, gli interessi, oltre a "negoziazioni e conflitti, inclusioni/esclusioni" (Pellegrino, 2006) di gruppi di pressione sia interni che esterni all'azienda. In ultima analisi la SdS risulta essere plasmata, in modo costante e processuale, dalla cultura organizzativa dominante nell'azienda stessa.

Nella prima parte, approfondirò solo su una delle fasi in cui è possibile scomporre il percorso che il malato compie dalla chiamata dell'ambulanza alla presa in carico da parte della struttura ospedaliera. Si tratta di quel frangente temporale, spesso della durata di pochi minuti, necessario all'infermiere del 118 e all'infermiere triagista di PS (Pronto Soccorso), per tradurre il malato e le sue informazioni cliniche rilevanti dalla scheda di soccorso³ (SdS) al sistema informatico di accettazione del PS, dall'ambulanza al reparto.

La ricerca ci aiuta a comprendere un'attività costantemente in equilibrio tra l'esigenza di discrezionalità degli operatori (carichi della loro indispensabile esperienza clinica), e la necessità,

¹ Ho svolto una fase di osservazione di quattro mesi circa durante la quale ho preso parte a ventuno turni in ambulanza di sette ore l'uno presso una delle postazioni territoriali della provincia di Roma e sto attualmente svolgendo un periodo di osservazione analogo presso una tra le più grandi postazioni di Roma. La scelta di diversificare in questo modo l'osservazione è derivata dalla differenza sensibile nelle pratiche dell'emergenza tra provincia e territorio urbano. Ad un modello definito di "scoop and run" (raccogli e corri) della città (determinato dai rapidi tempi di percorrenza dal luogo dell'emergenza alla struttura ospedaliera) si contrappone un modello maggiormente orientato al cosiddetto "stay and play". Alle differenti pratiche di lavoro, determinate dalle differenze del territorio, corrispondono valori e routine anche molto differenti e per questo la mia indagine non ha ancora raggiunto un sufficiente grado di saturazione.

² L'azienda è organizzata, sul territorio regionale, in sette centrali operative (Regionale, Roma Capitale, Roma Provincia, Viterbo, Rieti, Latina, Frosinone) e 121 postazioni territoriali dislocate su tutto il territorio regionale e dalle quali partono i mezzi di soccorso.

³ La scheda di soccorso per Ares 118 è ciò che la cartella clinica è per l'ospedale. Si tratta cioè di un documento cartaceo che racchiude tutte le informazioni connesse alla pratica lavorativa quotidiana del soccorso in emergenza dagli aspetti clinici a quelli organizzativi e assicurativi.

pure stringente, di standardizzare pratiche e strumenti e l'aspirazione a fornire a tutti i pazienti un livello omogeneo di qualità dell'assistenza, di ridurre i rischi e controllare i processi.

Il lavoro degli attori descritti possiede, in ultima analisi, una dimensione pratica, una cognitiva e una simbolica che complessivamente producono una prima, cruciale, categorizzazione del paziente all'interno del sistema, categorizzazione che si trova alla radice dell'evoluzione successiva del percorso clinico del malato.

Lo scopo di questo lavoro è, in primo luogo, chiarire il *come* l'uso degli artefatti organizzativi implichi il coordinamento di attori, oggetti e tecnologie della conoscenza (Bruni e Gherardi, 2007) e, in secondo luogo, indagare il rischio sanitario specifico (Pipan, 2010) che si annida in questi processi di *traduzione* (Czarniawska-Jorges, B., Joerges, B., 1996)⁴ tra sistema dell'emergenza extra-ospedaliera (l'ambulanza) e sistema ospedaliero (l'accettazione del pronto soccorso PS).

Durante l'osservazione mi sono avvalsa di altri strumenti metodologici propri della ricerca qualitativa: l'osservazione, lo *shadowing* degli artefatti organizzativi (Czarniawska, 1998, Sclavi, 1994 e 2006) e la raccolta di interviste discorsive. Tuttavia, la densità delle mie note di campo è connessa a un tipo più effimero di raccolta dati, (parallelo a tutte queste attività) e che ho svolto incessantemente, annotando i numerosi racconti degli operatori, registrando discorsi interstiziali, trascrivendo battute ed elementi paraverbali in grado di veicolare, talvolta molto più dei fatti osservati, il senso profondo degli avvenimenti e la loro corretta collocazione all'interno della rete complessa dell'emergenza sanitaria, dei rapporti tra operatori e azienda e tra l'azienda stessa e il suo pubblico.

Ho deciso di strutturare la mia osservazione sul campo prendendo parte, ogni volta, a un turno completo⁵ in questo cercando di seguire come un'ombra l'infermiere alla cui responsabilità sono stata ogni volta affidata. Lo *shadowing* dell'artefatto è stato tutt'uno con quello dell'infermiere cui questo oggetto è legato a doppio filo durante tutte le fasi del soccorso.

Nell'azienda oggetto di studio esiste un'abitudine diffusa ad avere persone nuove sui mezzi di soccorso (i giovani infermieri tirocinanti cui sono stata spesso equiparata), e ho sentito una grande disponibilità da parte del personale cui ho "invaso" il posto di lavoro, nessuna fatica emotiva nella negoziazione sul campo della mia presenza cui ero abituata rispetto alle mie precedenti esperienze di ricerca in contesti di malattia grave⁶. D'altra parte, affrontare le circostanze scioccanti, il sangue, la malattia mi ha spinto - quasi inconsapevolmente - a distaccarmi da ciò che vedevo. Il distacco è stato funzionale alla mia stessa possibilità di tollerare il contatto con la sofferenza fisica, emotiva e morale delle persone cui il servizio 118 risponde e si è

⁴ Questo lavoro si inserisce in un più ampio progetto di ricerca del gruppo RiSORsa (Ricerca Sociale, Organizzazione e Rischio in Sanità) afferente al DiSS (Dipartimento di Scienze Sociali) dell'Università "Sapienza" di Roma e coordinato dalla Prof.ssa Tatiana Pipan. Oggetto di studio è la cartella clinica (e le sue traduzioni) all'interno del sistema sanitario regionale del Lazio. Scopo della ricerca è l'analisi del percorso che tale artefatto e suoi omologhi (come la cartella clinica di reparto e la check list di sala operatoria), compiono all'interno di un ciclo ideale del paziente all'interno del sistema sanitario regionale.

Tale percorso ha inizio con l'accesso in PS tramite ricorso al servizio di ambulanza (Virginia Romano: scheda di soccorso), prosegue con il ricovero in un reparto ospedaliero (Francesca D'Angeli: cartella clinica ospedaliera) e la necessità di sottoporsi ad un intervento chirurgico (Carlo Caprari: check list), per concludersi con la richiesta di una consulenza legale presso il Tribunale per i Diritti del Malato e di analisi della cartella clinica come atto pubblico in caso di sospetta *malpractice* (Barbara Pentimalli: la cartella clinica del caso).

⁵ I turni sono di tre tipi: la mattina (7-14), il pomeriggio (14-21) e la notte (21-7).

⁶ In particolare nell'esperienza di ricerca svolta per un anno presso un day-hospital oncologico del nord Italia dove ho raccolto, per un periodo di circa dodici mesi, quaranta storie di malattia di pazienti in fase di cure attive. Il lavoro emotivo più pesante riguardava il primo contatto con il paziente cui spiegare gli scopi della mia ricerca e negoziare la possibilità di svolgere un'intervista semi-strutturata registrata. Cfr: Romano V. e Marzano M. (2007).

dimostrata una strategia sorprendentemente facile da mettere in atto ed efficace. Almeno così credevo.

Questa illusione è crollata bruscamente quando un giorno il *team* che stavo osservando ha risposto alla chiamata di un codice rosso. L'ambulanza su cui ero in turno aveva il compito di trasportare il malato dall'eliporto interno all'ospedale di riferimento della postazione, all'ingresso del DEA di II livello⁷ dello stesso ospedale. Il soccorso riguardava, in termini tecnici, un politraumatizzato⁸ a causa di un incidente stradale. Le condizioni della vittima, un uomo di soli quarant'anni, mi hanno portato violentemente indietro, a recuperare - perchè esattamente sovrapponibili - le immagini di un dramma familiare di tanti anni fa. Come un automa ho seguito *team* e barella sin dentro la sala emergenze nella quale, come nella brutta copia di una celebre serie televisiva, quell'uomo è stato attaccato a macchinari, sottoposto a test e a valutazioni tra le voci concitate di almeno una decina tra specialisti e infermieri accalcati intorno a lui.

Io sono rimasta seduta in un angolo, sufficientemente lontana dalla scena per evitare di svenire alla vista pornografica (Gorer, 1955) di quel corpo scomposto da marionetta; ignorata dai tanti operatori che si muovevano freneticamente da un letto ad un altro; protetta solo dalla mia divisa del 118 che mi garantiva al contempo diritto all'accesso e all'invisibilità.

Quando tutto è finito e il malato è stato trasportato in sala operatoria per un estremo tentativo di salvargli la vita ho ripreso coscienza del perchè mi trovavo in quel posto e mi sono concentrata meccanicamente (per celare il disorientamento), sui miei appunti, sulla scheda di soccorso, sulle pratiche di lavoro.

L'identificazione con il dolore dell'altro o il riaffiorare del proprio costituiscono, per i professionisti dell'emergenza, un elemento fondante delle pratiche di lavoro. La sindrome da *burn-out*⁹ cui così tanti degli operatori di emergenza sono esposti altro non è se non l'implosione di quanto strenuamente queste persone sono obbligate a controllare e spingere in fondo alle loro coscienze¹⁰. La dimensione di quanto distruttivo possa essere questo ritorno del rimosso, questa identificazione involontaria e ineluttabile con l'umanità dell'altro, mi ha reso un osservatore più umile. La *hybris* del distacco è una flebile menzogna e il lavoro di osservazione svolto da quel giorno in avanti è stato segnato da questa consapevolezza.

Questa versione del lavoro, che rappresenta solo una prima elaborazione, ha infatti preso forma nel momento in cui tutti i dati che sembravano non avere nulla a che vedere con lo scopo della ricerca hanno raggiunto - quasi autonomamente - una loro significatività e hanno "cominciato a parlare" aiutandomi a elaborare ipotesi successive in direzione dell'obiettivo più generale che mi ero prefissa.

Il lavoro si concentra dunque su due aspetti relativi alla SdS.

⁷ Dipartimento di Emergenza e Accettazione. I DEA possono essere di I o II livello ove i DEA di II livello rappresentano i dipartimenti pronti a rispondere a qualunque tipo di emergenza afferente a qualunque specialità medica mentre quelli di I livello solo ad alcune.

⁸ Nel caso specifico si trattava di un incidente moto contro macchina e la vittima riportava fratture multiple, scomposte ed esposte agli arti inferiori e superiori.

⁹ La sindrome da burnout (o più semplicemente burnout) è l'esito patologico di un processo stressogeno che colpisce le persone che esercitano professioni d'aiuto, qualora queste non rispondano in maniera adeguata ai carichi eccessivi di stress che il loro lavoro li porta ad assumere. Maslach e Leiter (2000) hanno perfezionato le componenti della sindrome attraverso tre dimensioni: deterioramento dell'impegno nei confronti del lavoro, deterioramento delle emozioni originariamente associati al lavoro ed un problema di adattamento tra persona ed il lavoro, a causa delle eccessive richieste di quest'ultimo (http://it.wikipedia.org/wiki/Sindrome_da_burnout).

¹⁰ Una delle infermiere, durante una chiacchierata informale, mi confessò che c'è un tipo particolare di paziente che la mette in crisi e la obbliga a evitare qualunque tipo di empatia. Si tratta dei pazienti con insufficienza respiratoria perchè, come lei stessa mi spiegò "perché ti danno quella sensazione di avere fame d'aria, che è una sensazione che io associo al panico e alla morte...e io non posso empatizzare con il paziente se si trova in questo stato, devo staccarmi da lui il più possibile perchè rischierei di immobilizzarmi e di non riuscire a fare più niente".

Il primo riguarda la ricostruzione di due dei casi osservati in prima persona. Questi ultimi assumono, se debitamente scomposti, un valore idealtipico illustrando le criticità riscontrate dagli operatori nel momento in cui l'artefatto si trova al centro della negoziazione tra Ares118 e ospedale e svela le strategie che essi elaborano sia "grazie" agli artefatti e alle tecnologie che, talvolta, "nonostante" essi.

La *traduzione* della SdS comporta la negoziazione di gerarchie di valore e relative classificazioni (Bowker e Leigh Star, 1999) che il mondo dell'ospedale e quello dell'emergenza extra-ospedaliera non condividono e che necessitano pertanto di essere riallineate nel coordinamento tra infermiere di area critica e infermiere triagista¹¹ di PS.

Il secondo riguarda invece la ricostruzione dell'evoluzione diacronica dell'artefatto dalla costituzione dell'azienda (nel 2005) ad oggi, a partire dalle interviste rivolte agli operatori. Gli intervistati lavorano nel sistema dell'emergenza da lunga data e dispongono di una vera e propria memoria storica dei cambiamenti attraversati, nel nostro Paese, dalla cultura dell'emergenza stessa. In questa sezione del lavoro, più che nelle altre, emerge la riflessività degli attori sul proprio operato e sui limiti all'interno dei quali gli è consentito costruire le proprie pratiche.

L'evoluzione degli artefatti, e della SdS in particolare, riflette inoltre - nella ricostruzione fornita dagli attori - il cambiamento progressivo dei vincoli normativi regionali, nazionali ed europei e si materializza¹² nelle informazioni richieste al suo interno, nel modo in cui esse sono organizzate e nelle negoziazioni necessarie alla stabilizzazione dell'artefatto all'interno dell'azienda.

1. Infermiere di triage e infermiere di Ares118 costruiscono il caso clinico

Nei dialoghi che si instaurano tra triagista del PS e infermiere di 118 ha luogo quel processo di *sensemaking*¹³ (Weick, 1997) il cui esito è la co-costruzione del "caso clinico"; caso clinico che, da quel momento, attraverserà il processo di cura ospedaliero subendo evoluzioni e modifiche. La definizione del caso è rilevante poiché rende manifesti i rapporti intercorrenti tra il sistema valoriale di ognuna delle organizzazioni coinvolte, imponendo un determinato grado di

¹¹ Il concetto di Triage intraospedaliero nasce negli Stati Uniti alla fine degli anni Cinquanta e primi anni Sessanta. La necessità di introdurre tale sistema fu motivata dall'analisi di due situazioni che si stavano verificando nei dipartimenti di emergenza: l'aumento progressivo del numero di pazienti trattati in PS e l'incidenza sempre più elevata di casi non urgenti. Dal sovraffollamento dei PS nasce dunque l'esigenza di realizzare l'attività di triage per razionalizzare i tempi di attesa in funzione delle necessità dei pazienti, superando il precedente criterio di ordine di arrivo ed evitando che persone in gravi condizioni si allontanino senza essere visitate o peggio vengano danneggiate dall'attesa. In Italia invece le pratiche di Triage, pur in maniera pionieristica e in assenza di riferimenti normativi precisi, entra nella pratica ospedaliera durante gli anni Ottanta. Una rivoluzione legislativa si ha nel maggio 1996 con la pubblicazione delle Linee Guida sul sistema di emergenza-urgenza sanitaria in applicazione del Decreto del Ministero della Sanità (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 17/05/1996), in cui è prevista, per la prima volta in Italia, la funzione di triage in pronto soccorso che deve essere svolta da un infermiere adeguatamente formato.

¹² Bruni, Gherardi e Parolin (2006), propongono un'utile tripartizione del modo cui guardare e interpretare la conoscenza: "Se concepiamo la conoscenza come una sostanza, la vediamo materializzarsi negli oggetti; quando la concepiamo come proprietà, la vediamo appartenere a degli individui; ma quando definiamo la conoscenza-in-pratica, la intendiamo come mobilitazione della conoscenza inscritta nelle interazioni sui luoghi di lavoro tra umani e non umani" (pag.6, *traduzione mia*).

¹³ "Il sensemaking si occupa dell'amplificazione di piccoli indizi. E' una ricerca di contesti all'interno dei quali i piccoli dettagli si adattano gli uni agli altri e creano senso. [...] Il sensemaking si occupa della fiducia che viene costruita progressivamente via via che i dettagli acquistano coerenza [...]. Questa immagine richiama quella di persone che si arrangiano con quello che hanno, comparando le osservazioni, spesso imitandosi reciprocamente, se possibile, sapendo che il significato da loro creato è transitorio [...]. In materia di sensemaking credere è vedere (Weick, 1997:145).

allineamento (Bruni e Gherardi, 2007, Bruni, 2005) tra di essi allo scopo di classificare il singolo caso (Bowker e Star, 1999) all'interno della tassonomia ospedaliera e di renderlo dunque "sensato" per il sistema, che sarà successivamente responsabile del suo processo terapeutico.

Le osservazioni che ho svolto hanno avuto luogo principalmente in concomitanza con quello che viene definito, con un termine aziendale, "sbarellamento"¹⁴ del paziente. Durante il lasso di tempo che intercorre tra l'arrivo dell'ambulanza, e del malato, presso la sala triage del PS ospedaliero e fino a quando l'ambulanza non lascia il PS¹⁵, l'infermiere di 118 si reca alla scrivania di uno degli infermieri triagisti disponibili e inizia con lui la fase, parallela allo sbarellamento, del "passaggio di consegne".

Questa fase, cruciale allo scopo della ricerca che sto svolgendo, consiste nella negoziazione - parzialmente mediata dall'artefatto SdS - dei dati e delle informazioni cliniche del paziente che avviene tra i due infermieri.

Per mettere in luce le criticità implicite in questa fase tanto delicata del viaggio del paziente all'interno del sistema sanitario, utilizzerò due casi osservati¹⁶, commentandoli, passo dopo passo.

1.1. Mario: "sbarellare" il malato tra ambiguità, incertezza e credenze

Il soccorso riguarda un uomo di cinquant'anni, che chiamerò Mario, e che chiama il 118 per un dolore toracico. Il dolore toracico, da protocollo, viene di norma identificato dalla centrale operativa 118 come codice di priorità alto (giallo o rosso), poiché tale sintomo può essere connesso direttamente con l'infarto del miocardio. Tale codice è riportato sulla SdS insieme al nome e all'indirizzo di Mario e l'ambulanza si mette in moto per raggiungere il luogo del soccorso.

In pochi minuti raggiungiamo una zona periferica di Roma, in un complesso di case popolari. La casa di Mario è arredata umilmente e il paziente si esprime in un italiano appena corretto. L'infermiere di 118 attribuisce codice verde poiché nessuno dei parametri rilevati confermano il sospetto infarto. Mentre ci dirigiamo verso il PS (che raggiungiamo in cinque minuti), Mario ci racconta di aver subito due infarti circa cinque anni prima e di essersi dovuto sottoporre, per questo, a due complessi interventi chirurgici di cui non sa spiegarci nulla ma che ricorda con molta angoscia. E' convinto che ci sia un nuovo infarto in atto mentre l'espressione ironica che mi rivolge l'infermiere tradisce la sua convinzione rispetto alla reale situazione di Mario.

Arrivati in PS, il triagista rintraccia Mario all'interno del sistema informatico del PS.

Se il paziente ha già effettuato un accesso presso quel PS egli è difatti schedato e l'infermiere triagista può scorrere i motivi e le informazioni riguardanti gli accessi precedenti utilizzandoli come base di partenza per la valutazione del paziente al momento del nuovo accesso.

¹⁴ Lo spostamento fisico del paziente dalla barella dell'ambulanza a uno dei lettini di PS.

¹⁵ Che come spiegherò a breve coincide con la controfirma dei due infermieri della SdS.

¹⁶ La scelta di questi due casi è stata condizionata in primo luogo dalla loro rappresentatività rispetto ai processi osservati. Oltre a rappresentare bene quanto accade più frequentemente durante la fase del passaggio di consegne inoltre, sono entrambi casi nei quali sono riuscita io stessa a osservare in modo diretto il bilanciamento tra esperienza e protocolli ad opera del triagista. Nella maggior parte dei casi infatti questo tipo di pratiche rimangono invisibile all'occhio del laico e l'unico modo per comprendere quanto accadesse era porre domande all'infermiere di 118 successivamente al termine del passaggio di consegne e farmi spiegare da lui come e perchè la traduzione dei parametri dalla SdS al sistema informatico del PS fosse stata "manipolata" per sostenere l'interpretazione della situazione dell'infermiere di PS.

I dati di cui il triagista dispone possono avere un potere molto forte nel condizionare l'interpretazione della situazione che, a sua volta, determinerà la scelta successiva dell'attribuzione del codice colore di priorità del malato nel sistema ospedaliero. Il codice, a sua volta, è connesso, oltre ai tempi d'attesa in PS (che costituiscono di per sé un fattore di rischio), alla percezione interna della gravità del paziente da parte del personale medico e infermieristico e dunque, presumibilmente, agli atti o agli atti mancati ad egli rivolti.

All'arrivo in PS e alla verifica del triagista nel sistema informatico dell'ospedale, Mario risulta aver effettuato oltre venti accessi solo nei passati due mesi e sempre per sospetto infarto.

La reazione dei due infermieri coinvolti nel caso si risolve nell'identificare Mario come un ipocondriaco¹⁷. Pertanto infermiere di PS e di 118 intessono una conversazione relativa all'attribuzione del codice di gravità ospedaliero da attribuire a Mario. Egli è infine identificato come un ipocondriaco, gli viene attribuito codice bianco¹⁸ e viene, di fatto, condannato, ad una lunga notte di attesa in PS.

Questa prima fase dell'assistenza richiama l'attenzione sul ruolo delle credenze (Weick, 1997), nei processi di *sensemaking* e di come queste possano contribuire al processo di costruzione del senso di una determinata situazione, generando conseguenze reali sulla salute del paziente. Nel caso di Mario, come in quello della celebre fiaba del ragazzo che gridava "al lupo", il paziente è identificato come un simulatore (seppure inconsapevole) e pertanto rischia di allentarsi, attorno al suo caso, la propensione alla scrupolosità dell'anamnesi e della ricerca di segni e sintomi utili a una diagnosi¹⁹.

Cosa comporta questo condizionamento nella gestione del paziente e, nello specifico, nell'interpretazione di segni e sintomi clinici riscontrati sul paziente stesso? le analisi e i controlli²⁰ cui Mario è stato sottoposto dopo aver atteso il suo turno e i risultati di tali indagini cliniche sono stati interpretati all'interno del frame che ha generato il suo etichettamento al momento dell'accesso in PS? Qual è il rischio per il paziente implicito in questo genere di dinamica? Cosa sarebbe accaduto a Mario nel caso stesse realmente avendo un infarto?²¹

Nel lavoro di D'Angeli (2011), si evidenziano estesamente le conseguenze di una errata attribuzione dei codici di triage o, meglio, di come tale attribuzione possa condizionare il percorso

¹⁷ "Per definizione l'ipocondria è la malattia di chi non ha malattia (intesa come *disease*, la malattia concepita e categorizzata dalla scienza medica). Il paziente è convinto di avere una malattia (*disease*) ("sono sicuro di avere il cancro", "sto avendo un infarto", ho di certo una malattia autoimmune") ma il medico può trovare evidenza solo di malattia (intesa come *illness*, ovvero il vissuto della malattia, le rappresentazioni di malattia dell'individuo)". (Kleinman, 1988).

¹⁸ Il codice bianco non corrisponde ad un'emergenza bensì a una condizione che viene trattata impropriamente in PS quando dovrebbe essere trattata dal medico di base o in ambulatorio. Per questa ragione il tempo d'attesa può allungarsi moltissimo. Tutti gli altri codici di gravità, verde, giallo e rosso hanno infatti la precedenza sui codici bianchi.

¹⁹ L'influenza di tali processi di *sensemaking* costituisce un utile chiave di lettura per interpretare quei casi, spesso drammatici, che si concludono con un danno "inspiegabile" perpetrato a detrimento del paziente. Nel caso Cucchi, ad esempio - escludendo dal ragionamento l'ipotesi di reato di percosse, su cui non posso esprimermi con certezza - è possibile ipotizzare che la morte del ragazzo sia stata la diretta conseguenza dell'interpretazione della situazione degli operatori rispetto al caso clinico. Stefano era prima di tutto un tossicodipendente e in quanto tale concepito come inaffidabile, incline all'inganno, pericoloso. Tale etichettamento (così come nel caso di Mario, l'ipocondriaco), può aver portato a sottovalutare del tutto le richieste d'aiuto espresse dal ragazzo tanto da portarlo alla morte.

²⁰ Nel caso specifico quelle per rilevare la presenza di enzimi nel sangue che rendono manifesto l'infarto in atto.

²¹ Nel caso specifico l'attribuzione di un codice bianco ha dilatato di molte ore i tempi di attesa di Mario. L'unico modo di sapere se Mario stesse o meno avendo un infarto consiste in un'analisi sanguigna che rileva la presenza, nel sangue, di determinati enzimi. Nel caso, improbabile ma possibile, che Mario stesse avendo un infarto, la sua storia pregressa avrebbe potuto costituire un elemento di rischio per la sua salute e un ostacolo alla tempestività della sua cura.

successivo del malato all'interno della struttura. Il fenomeno di oscillamento dei codici di gravità attribuiti ad un determinato paziente nel suo attraversare il sistema sanitario dalla richiesta di soccorso, all'arrivo dell'ambulanza fino all'accesso in PS e al ricovero in reparto sono alla base di rischi specifici che possono avere, se non debitamente compresi, gravi effetti sulla salute del paziente, fino a determinarne, nei casi più estremi, il decesso.

1.2. Anna: perché non sono i protocolli clinico assistenziali a comandare

Subito dopo aver “schedato” il paziente e prima dell'attribuzione vera e propria del codice di triage di PS occorre descrivere un'altra fase parallela allo *sbarellamento* e che è metterò in luce ricorrendo alla storia di Anna. In questa fase l'infermiere del PS richiede all'infermiere di 118 alcune - ma non tutte - delle informazioni contenute nella SdS per immetterle nella scheda elettronica del terminale di accettazione del PS.

La centrale operativa 118 riceve una chiamata per Anna, una signora di circa 70 anni, che lamenta dispnea²². All'arrivo di Anna in PS, il triagista richiede all'infermiere di 118 il valore della saturazione di ossigeno nel sangue della paziente per trascriverla sulla scheda di accettazione del PS. Si tratta di un valore al limite - ma leggermente superiore alla soglia che, da protocollo farebbe scattare l'attribuzione del codice colore da verde a giallo.

Il triagista non sembra sicuro di volersi attenere precisamente al protocollo e attribuire un codice di priorità più basso (determinando per Anna una lunga attesa prima della visita). Controllata la classe di attribuzione corrispondente al valore del parametro, procede col riportare sulla scheda di accettazione un valore lievemente più basso in modo da far scattare il codice di gravità più alto.

Il triagista effettua sempre una selezione rispetto alle informazioni contenute nella SdS, non tutte utili ai fini dell'attribuzione del codice di priorità in ospedale, e inoltre amplia le sue conoscenze sulla condizione del paziente attraverso una serie di domande che pone direttamente all'infermiere di 118.

In questa fase interlocutoria, cruciale per l'attribuzione del codice di triage, lo scambio tra i due infermieri sale di livello in quanto gli attori co-interpretano la situazione.

Il triagista utilizza la competenza dell'infermiere di 118, le sue impressioni e i segni che ha, eventualmente, potuto rilevare durante il trasporto in ospedale e che a lui sono preclusi perché ha appena visto il paziente e non ha avuto modo di osservarlo, nemmeno per un breve lasso di tempo.

E' necessario sottolineare che la qualità delle informazioni richieste dal triagista all'infermiere di 118:

- non sono rilevabili dalla SdS (perché non esiste una predisposizione in tal senso);
- non sono solo informazioni strettamente cliniche bensì relative al comportamento del paziente, alle informazioni che può aver comunicato a voce, alle impressioni che l'infermiere di 118 ha accumulato durante il breve tempo del trasporto.
- sono condizionate dal grado di conoscenza informale tra i due individui. Come mi ha detto chiaramente uno degli infermieri di 118: *“hai visto quante domande mi ha fatto? è perché ci*

²² Generica difficoltà nella respirazione che può andare da un lieve affanno fino a forme gravi di scarsa ossigenazione del paziente. Mentre la dispnea, nel sistema di 118 equivale ad un codice di gravità giallo, in PS la medesima condizione può facilmente passare al codice colore verde poiché non mette in pericolo la sopravvivenza del paziente in modo immediato.

conosciamo e si fida, sennò quelli sono cose che si andrebbe a vedere in prima persona, non mi chiederebbe cosa ne penso”.

La necessità di porre all’infermiere di 118 alcune domande sembrerebbe assolvere inoltre alla funzione di riallineare il sistema interpretativo di quest’ultimo a quello del PS. Priorità cliniche, valori e urgenza del paziente per il PS difatti non concidono pedissequamente con priorità e valori del sistema 118 ma necessitano di essere tradotti da un sistema all’altro per consentire l’attribuzione “corretta” del codice colore di PS a partire dai dati rilevati dall’operatore di area critica (infermiere di 118).

Affinchè questo riallineamento possa avvenire il triagista ospedaliero deve decidere e attuare una ultima azione (dopo aver selezionato le informazioni e aver co-interpretato la situazione con l’infermiere del 118) che riguarda il grado di flessibilità utilizzata nell’interpretare e applicare linee guida e protocolli assistenziali portando direttamente all’attribuzione del codice di gravità.

Seppure lo scopo di questo genere di tecnologia della conoscenza sia la standardizzazione delle pratiche, le pratiche stesse ne risultano standardizzate perchè la loro interpretazione - più o meno letterale, - rimane a discrezione dell’infermiere triagista.

In altre parole i protocolli (o le linee guida), possono essere utilizzati attivamente (modificando i parametri rilevati sul paziente, come nel caso di Anna) o applicate in modo rigido. In entrambi i casi ciò accade per la medesima ragione, ovvero come conseguenza del processo di *sense-making* che è già avvenuto tra infermiere di 118 e triagista.

Il caso clinico condiviso e co-costruito (durante la fase di sbarellamento) produce, come conseguenza, l’incasellamento del paziente in una data categoria di urgenza nella mente degli operatori. Protocolli e linee guida, come in questo caso, sono quindi applicati in modo che giungano a sostenere, in modo formalmente corretto, l’interpretazione del caso clinico **già** effettuata dagli operatori.

Se lo scopo dei protocolli è di guidare le scelte e ridurre la discrezionalità dell’infermiere rispetto ad esse possiamo avanzare l’ipotesi che essi invece assolvano anche (soprattutto?) ad altre funzioni²³ e che la standardizzazione delle pratiche non sia conseguenza del loro uso, bensì conseguenza dell’azione del triagista che le rende coerenti con le sue scelte successivamente ad averle elaborate e compiute.

Quando lasciata Anna in PS, risalimmo in ambulanza, chiesi all’infermiere di 118 come mai, secondo lui, il triagista avesse deciso di agire in questo modo, ritoccando al ribasso la saturazione del sangue di Anna. L’unica risposta che riuscì ad ottenere fu “ha fatto bene, quella donna aveva proprio una brutta faccia”.

La criticità maggiore del lavoro di osservazione che sto svolgendo è relativa al fatto che gli operatori stessi spesso non sanno come descrivermi²⁴ come e perché compiano determinate scelte in situazioni in cui i dati numerici (parametri clinici) siano i medesimi. Gli elementi di cui tengono conto sono infatti sedimentati nella loro esperienza clinica e spesso relativi a elementi invisibili all’occhio del “laico”; si tratta di un lavoro di tessitura complessa stretto tra protocolli e discrezionalità. Pur non potendo ancora permettermi una valutazione in tal senso, ritengo che la discrezionalità dell’infermiere, (per quanto spaventosa se la vediamo come espressione di un alto livello di soggettività della scelta), funga da correttivo rispetto alla rigidità di protocolli e classificazione dei parametri, quella stessa rigidità che, se non ammorbidita attraverso l’azione degli attori, può - lo ipotizzo - costituire essa stessa un rischio per la salute del paziente.

²³ Ad esempio quella difensiva, da un punto di vista legale e assicurativo.

²⁴ Probabilmente perchè sanno di non potermi fornire una spiegazione se non appoggiandosi sulle loro conoscenze tecniche, intraducibili a una persona che non comprenda linguaggi e codici della scienza medica.

2. La storia della scheda di soccorso: deposito, forma standardizzata, simbolo²⁵

In Italia, durante gli ultimi cinquant'anni, la cultura organizzativa della sanità extra-ospedaliera in emergenza ha attraversato un processo di evoluzione dal quale è possibile enucleare due dimensioni principali:

- l'avvicinamento delle forme organizzative che tale tipo di assistenza ha assunto e che si sono modificate con l'evolversi della sensibilità generale in merito al tema dell'emergenza.
- l'evoluzione e la *traduzione* (Mongili, 2007), di artefatti che si muovono, si trasformano, assumono valore, si trovano al centro di diatribe. *Oggetti liminari* (Star e Griesemer, 1989) come la scheda di soccorso di Ares 118, che abitano mondi sociali diversi - o *comunità di pratica* (Wenger, 2007) - collegandoli tra loro e fungendo da confine. Oggetti liminari che svolgono inoltre il compito fondamentale di "annodare" i nodi della rete sanitaria regionale, contribuendo a costruire il senso dell'assistenza sanitaria territoriale nella sua globalità.

La SdS è un artefatto cruciale per la vita organizzativa dell'azienda oggetto di studio e ha subito, a partire dal costituirsi di Ares 118 come azienda²⁶ un processo costante di modifica e adattamento alle mutevoli esigenze organizzative. La SdS equivale alla cartella clinica ospedaliera ed è dunque uno strumento dal quale è possibile desumere tutte le informazioni relative alla cura del paziente e alle attività dell'azienda. I dati contenuti nella SdS, debitamente analizzati, possono essere utilizzati per scopi molto vari e costituiscono l'unico fondamentale elemento che l'azienda possiede per "guardare se stessa", valutare il proprio operato e modificare - di conseguenza - le proprie routine²⁷.

Ogni elemento, ogni passaggio della vita organizzativa dell'azienda esiste nella misura in cui è rilevabile dal fluire dei dati sull'attività dell'organizzazione registrati attraverso la SdS.

Date queste premesse non sorprendono i racconti raccolti tra i dipendenti e che rendono chiaro come questo oggetto costituisca la materializzazione di necessità organizzative e cliniche, e che sulla sua composizione insistano conflitti interprofessionali, organizzativi e inter organizzativi, valori, vincoli normativi locali e sovranazionali²⁸, pratiche di lavoro difensive, interessi economici²⁹.

²⁵ Con questi termini si fa esplicito riferimento e si rimanda al lavoro di L. Star e Griesemer (1999), dedicato all'analisi degli artefatti come *oggetti liminari* o *oggetti frontiera* e alle loro molteplici qualità.

²⁶ L'Ares 118 viene costituita con la Legge regionale n.9 del 03-08-2004 denominata "Istituzione dell'azienda regionale per l'emergenza sanitaria ARES 118". Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n.22 del 10 agosto 2004 Supplemento Ordinario n.6.

²⁷ La SdS ingloba le dimensioni strategiche che l'azienda deve obbligatoriamente monitorare e che vanno da quelle più immediate relative alla prestazione sanitaria, agli elementi organizzativi quali, ad esempio, la quantificazione delle prestazioni suddivise per tipologia e risorse impiegate, la correlazione tra determinate variabili esogene e la tipologia della domanda, la dimensione legale e assicurativa e molte altre. Ogni SdS è associata ad una singola prestazione (soccorso) ovvero ad un unico paziente trattato e trasportato in ospedale. Per illustrare solo uno dei molteplici esempi possibili, il passaggio del paziente dalla responsabilità dell'azienda a quella del pronto soccorso ospedaliero è compiuto se - e solo se - nella SdS viene registrato un codice, fornito dal sistema elettronico di accettazione dell'ospedale. Questo codice deve essere riportato sulla scheda che, a sua volta, deve essere controfirmata dall'infermiere di Ares118 e dall'infermiere triagista del PS.

²⁸ Una delle indicazioni vincolanti, per il sistema 118 è Progetto "Mattoni SSN", approvato in Conferenza Stato Regioni nel 2003 con l'obiettivo di definire e creare un linguaggio comune a livello nazionale per garantire la confrontabilità delle informazioni condivise nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Il NSIS rappresenta la base dati condivisa a partire dalla quale sviluppare misure necessarie al bilanciamento costi/qualità. In particolare, il Mattone 11 è dedicato a "Pronto Soccorso e Sistema 118", e ha l'obiettivo di rendere disponibili strumenti e metodologie condivisi per consentire lo scambio informativo tra il livello nazionale del NSIS e i sistemi sanitari regionali, con riferimento al sistema d'emergenza e 118.

Nella prima versione della scheda, quella che è formulata alla creazione dell'azienda, nel 2005:

“Comincia a passare una cultura del costo, dell'economicità, della sostenibilità del sistema di emergenza e quindi della necessità di riorganizzare il sistema. [...] il documento clinico doveva diventare una testimonianza precisa di quanto accadeva per capire che tipo di forze venivano spese dal punto di vista clinico e per capire che tipo di domanda veniva rivolta al sistema e quindi all'azienda, e poterla dunque quantificare”.

La seconda versione della SdS di Ares118 è l'esito di una serie di aggiustamenti progressivi e non sistematici della versione precedente dietro gli stimoli provenienti principalmente dalla direzione aziendale. Viene istituito a questo proposito un gruppo clinico con lo scopo esplicito di revisionarla e razionalizzarla. La struttura stessa della scheda ne risulterà alterata in risposta alla necessità di adeguare la valutazione clinica agli standard internazionali.

Chiusi i lavori del gruppo clinico per la revisione della scheda i direttori di centrale (i medici primari) approvano la scheda pedissequamente. La scheda arriva dunque ai coordinatori infermieristici (responsabili delle postazioni territoriali dell'azienda), che oppongono resistenza al cambiamento e condizionano pesantemente l'inserimento della nuova scheda con il personale operativo di ambulanza. Questa resistenza è da imputare principalmente all'assenza di una condivisione della scheda stessa e al suo “calare dall'alto”.

La conflittualità relativa alla nuova scheda e scatenatasi nelle postazioni territoriali torna “sul tavolo” dei primari che a questo punto: *“ [...] invece di sostenere la scheda che loro stessi avevano approvato, la cassano. I sei primari direttori di centrale, a questo punto, si riuniscono e creano frettolosamente una nuova versione della SdS (la seconda) destinata ad avere vita breve e che entra nella narrazione aziendale con l'icastico nome di «lenzuolone»”.*

Esattamente come nel caso della prima versione della scheda, anche la seconda non viene valutata/rifiutata a causa di ragioni tecniche legate alla bontà dello strumento bensì per ragioni organizzative: nello specifico per l'assenza di un processo di condivisione sull'uso dello strumento e sulla sua rilevanza organizzativa e tecnica. La seconda versione della scheda, di fatto, verrà poco o per nulla utilizzata dal personale ma costituisce un punto di osservazione privilegiato dal punto di vista dei giochi di forza interni all'organizzazione e la conquista, forzata, di spazi di potere da parte dei medici.

Non a caso il *lenzuolone*, contrariamente alla versione più funzionale creata dal gruppo di lavoro clinico, prende fisicamente la forma di una cartella clinica allungandosi oltre la consueta pagina A4 utilizzata fino a quel momento. La SdS elaborata dai primari amplia la sezione medico-legale e materializza in questo modo la dimensione medica del soccorso a sovrastare quella infermieristica.

Il *lenzuolone* genera un momento di grande tensione all'interno dell'organizzazione e manifesta come un artefatto possa trovarsi a incarnare - fedelmente - relazioni di potere e dinamiche interprofessionali. L'artefatto - come spiega chiaramente una delle infermiere intervistate - diviene l'oggetto del contendere nella misura in cui rispecchia la gerarchia decisionale e dei valori insiti nelle pratiche professionali:

“All'arrivo del lenzuolone tutti i caposala, che si erano già ritrovati una scheda alla quale avevano fatto ostruzionismo si trovano con una nuova scheda ancora peggiore. Stavolta però sono obbligati a farla passare con il personale perché creata dai primari. I caposala sono stati cioè obbligati gerarchicamente, perché se avessero fatto ostruzionismo al lenzuolone sarebbero andati incontro a sanzioni pesantissime, sarebbero andati incontro a tutti i disposti legislativi disciplinari e legali per alterazione di una documentazione clinica di un'azienda che sono gravissimi, si arriva anche all'arresto. Per cui cosa è successo nelle postazioni? È successo che giravano tre schede, perché gli operatori, in barba a quanto coattamente imposto, hanno

addirittura fatto dei falò con alcuni scatoloni delle schede di soccorso e continuato ad utilizzare la scheda vecchia”.

Per arrivare alla terza ed attuale versione della SdS l'azienda attraversa un periodo nel quale le tre versioni della scheda convivono. Nonostante la pressione efficace dei primari sui coordinatori infermieristici infatti è stato il comparto - gli infermieri operativi in ambulanza e reali utilizzatori della SdS - a desautorare i primari.

La risoluzione di questa storia si ha quando la scheda creata dal gruppo clinico (la seconda versione della SdS), è ripresa e modificata allargando - elemento essenziale - il tavolo di progettazione anche ai primari. Durante questo processo la terza - e attuale - versione della scheda deve assorbire - obbligatoriamente - una serie di indicazioni collegate al mattone undici³⁰ per la standardizzazione della la spesa. La scheda cioè deve inserire la rilevazione di alcuni indicatori in modo che possa essere omologata al flusso informativo del ministero della salute.

Conscia dei motivi del fallito inserimento delle due versioni precedenti della scheda, l'azienda demanda ai responsabili della formazione l'organizzazione di quattro incontri formativi sulla scheda ove dividerne senso e utilizzo con tutti i dipendenti aziendali. La scheda è attualmente in uso da circa due anni ma i problemi non sono finiti. Nonostante la sua strutturazione e l'obbligo, per gli operatori, di riempirla integralmente ad ogni soccorso, è spesso disatteso.

Gli infermieri attribuiscono un significato ai propri “atti omessi” che svelano, pur nella sostanziale accettazione dell'artefatto da parte degli operatori - le connessioni profonde tra l'artefatto stesso e le proiezioni che su di essi gli operatori compiono allo scopo di perpetuare una sorta di costante sciopero bianco e di sanzione nei confronti delle regole aziendali.

Osservazioni conclusive

La scheda di soccorso è stata interpretata, nel corso di questo lavoro, come un *oggetto liminare*, in grado di attraversare e annodare i nodi della rete, di tradurre pratiche e trasportare significati (Leigh Star e Griesemer, 1989) e rischi (Pipan, 2010).

Secondo la definizione che ne danno Bruni, Gherardi e Parolin (2006:6) la SdS rientra del discorso sulla conoscenza-in-pratica (*knowing-in-practice*) ovvero sulla: “mobilitazione della conoscenza, radicata nelle interazioni, tra umani e non umani, sui luoghi di lavoro”³¹. Essi propongono cioè una concezione degli artefatti organizzativi come: “pratiche sociali o qualità collettive” in grado di avere una capacità performativa (di generare azioni e interazioni) attraverso le regole che in essi sono iscritte (Bruni, Gherardi, Parolin, 2006).

La SdS, nonostante la volontà di chi l'ha definita e ridefinita a partire dalla costituzione dell'Ares118, non è in grado di esaurire la complessità della realtà su cui è chiamata ad agire. Ciò che essa non dice e non può dire si esprime infatti, come ho illustrato, in quei delicati passaggi di cesura tra il sistema dell'emergenza e quello ospedaliero. Durante questi passaggi la complessità viene esplosa, a partire dai dati riportati nella scheda, ma anche utilizzando una fonte vasta di dati più impalpabili, soprattutto a un occhio “laico”, estraneo al mondo e ai codici della scienza medica. Questi dati sono sedimentati nell'esperienza clinica degli infermieri e sostengono quel processo di *tessitura* del caso clinico, forse più di qualunque linea guida o protocollo.

La prosecuzione di questo lavoro si rivolgerà dunque allo scandagliamento dei meccanismi di attribuzione di senso, esito di azioni e interazioni tra umani, oggetti e tecnologie della conoscenza allo scopo di lasciare emergere il “dato per scontato” che tali azioni nascondono (Bruni e Gherardi, 2007) e che costituiscono la base incerta sulla quale il sistema di cura costruisce le sue certezze.

Bibliografia

- Bruni, A., (2005). Shadowing Software and Clinical Records: On the Ethnography of Non-Humans and Heterogeneous Contexts. *Organization*, Volume 12.
- Bruni, A. (2003). *Lo studio etnografico delle organizzazioni*, Carocci, Roma.
- Bruni, A., Gherardi, S., (2007). *Studiare le pratiche lavorative*, Il Mulino, Bologna.
- Bruni, A., Gherardi, S., Parolin, L. (2006) Knowing in a System of Fragmented Knowledge. *Mind, Culture and Activity*, 14 (1-2), 1-20.
- Bowker, C., Leigh Star, S. (1999). *Sorting Things Out. Classification and Its Consequences*. MIT Press, Cambridge-Massachusetts.
- Caprari, C. (2010), Fronteggiare i rischi in sala operatoria, pp.41-75, in Pipan, T. (2010), *I rischi in sanità. Un nuovo fenomeno sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Czarniawska, B. (2004). *Narratives in Social Science Research*. Sage, London.
- Czarniawska, B. (1998). *A Narrative Approach to Organization Studies*. Sage, Thousand Oaks.
- Czarniawska-Jorges, B., Joerges, B. (1996). Venti di cambiamento, in Bacharach S., Gagliardi P., Mundell B. (a cura di), *Il pensiero organizzativo europeo*, Guerini, Milano.
- D'Angeli, F. (2011). *Traiettorie di accesso, oggetti e pratiche organizzative per la sicurezza nelle cure ospedaliere*, Tesi di Dottorato in SSOAPP, ciclo XXII, Dipartimento di Scienze Sociali, Università Sapienza di Roma.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. NJ, Prentice Hall , Englewood Cliffs.
- Gorer, G. (1955), Pornography of death in "Encounter", n. 5, pp 49-53.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*, Basic Books, U.S.A.
- Lanzara, F.G. (1983). *Capacità negativa. Competenza progettuale e modelli di intervento nelle organizzazioni*, Il Mulino, Bologna.
- Leigh Star, S., Griesemer, J.R. (1989). Institutional Ecology, 'Translations' and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology. *Social Studies of Science*, Vol. 19, No. 3. (Aug., 1989), pp. 387-420.
- Lusardi, R., Perrotta, M. (2009). Da Alfa a Omega: la riconfigurazione del corpo nelle organizzazioni sanitarie in *Rassegna Italiana di Sociologia* 4/2009, ottobre-dicembre, pp. 609-633.
- Marzano, M., Romano, V. (2007), "Io voglio essere come prima...": cronicità e normalità nei racconti dei malati di cancro", *Rassegna Italiana di Sociologia*, Vol.1, pp.57-89, Il Mulino, Bologna.
- Marzano, M. (2006). *Etnografia e Ricerca Sociale*. Il Mulino, Bologna.
- Mongili, A. (2007). *Tecnologia e Società*. Carocci, Roma.
- Pentimalli, B. (2010) Pratiche di codifica e catene di traduzione delle presunte malpractice in sanità. Una ricerca etnografica al Tribunale per i Diritti del Malato, pp.102-137, in Pipan, T. (2010), *I rischi in sanità. Un nuovo fenomeno sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Pellegrino, G. (2006), Classificazioni, vita quotidiana ed etica dell'ambiguità nell'approccio ecologico di Bowker e Star, *Daedalus*, (http://www.sociologia.unical.it/daedalus/PDF19/1_PELLEGRINO.pdf)
- Piccardo, C., Benozzo, A. (1996). *Etnografia organizzativa. Una proposta di metodo per l'analisi delle organizzazioni come culture*. Raffaello Cortina, Milano.

- Powell W., Di Maggio P.J., (eds) (1991). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, University of Chicago Press, Chicago (trad. it.: *Il neoistituzionalismo nell'analisi organizzativa*, Comunità, Torino, 2000).
- Pipan, T. (2010). *I rischi in sanità. Un nuovo fenomeno sociale*, Franco Angeli, Milano.
- Sclavi M. (2006). *La singora va nel Bronx*, Bruno Mondadori, Milano.
- Sclavi M. (1994), *A una spanna da terra*, Feltrinelli, Milano.
- Scott R.W, Meyer. J.W., (1983). The organization of Societal Sectors, in Meyer J.W., Scott R.W., (eds) (1983), *Organizational environments: Ritual and Rationality*, Sage, Beverly Hills Ca.
- Weick, K. (1995), *Sensemaking in Organizations*, Sage, London (trad.it.: *Senso e significato nell'organizzazione. Alla ricerca delle ambiguità e delle contraddizioni nei processi organizzativi*, Raffaello Cortina, Milano, 1997).
- Wenger, E., McDermott, R., Snyder W.M. (2007). *Coltivare comunità di pratica. Prospettive ed esperienze di gestione della conoscenza*, Guerini, Milano.

www.timeoutintensiva.it, N° 20, Cover, Marzo 2012

Fonte:

Krippendorff, K.; La Rocca, G. (a cura di) (2011), *Ricerca qualitativa e giovani studiosi. Atti del Convegno Internazionale «RiQGioS-2011»* Università “Kore” di Enna, 1-2-3 settembre 2011, Social Books.