

Divisione del lavoro e strategie negoziali tra professionisti: uno sguardo sociologico sull'ageismo nei contesti ospedalieri

Francesca Zaltron*, Elena Allegri*

Drawing on Strauss's theory of negotiated order (1985), this article examines the everyday practices of physicians, nurses, and social workers within four Italian outpatient services serving elderly patients with cognitive decline or heart failure. Adopting a qualitative approach and based on 19 interviews, the study explores how professionals interpret and navigate organisational constraints that shape negotiations among actors and therapeutic interactions, with particular attention to the risks of ageism. Findings suggest that, alongside the risk of the routinisation of discriminatory practices, there is room for resistance through adaptive and situated professional micro-actions. Often subtle and invisible, these actions affirm the subjectivity of older patients and acknowledge the role of caregivers, without overtly challenging the institutional order.

Keywords: ageism; healthcare practitioners; professional practices; older patient; caregiver; therapeutic relationship.

Parole chiave: ageismo; professionisti sanitari; pratiche professionali; paziente anziano; caregiver; interazione terapeutica.

1. Interrogare l'ageismo nei servizi sanitari: pratiche, vincoli e negoziazioni

Negli ultimi anni una crescente attenzione è stata rivolta alle manifestazioni dell'ageismo nei contesti di cura (Wyman *et al.*, 2018; WHO, 2021), evidenziando come le implicazioni sul piano dell'accesso ai servizi, della qualità delle cure e dell'applicazione di procedure burocratiche complesse (European Commission, 2008) possano generare effetti discriminatori nei confronti degli anziani.

In termini generali, facendo riferimento alla nota definizione di Iversen e colleghi (2009), il concetto rimanda a un fenomeno multidimensionale che

* Università degli studi del Piemonte Orientale. francesca.zaltron@uniupo.it

L'articolo è frutto del lavoro congiunto delle due autrici: i paragrafi 1, 2, 5 sono da attribuire a Francesca Zaltron; i paragrafi 3, 4, 6 sono da attribuire a Elena Allegri. Le Conclusioni sono frutto del lavoro congiunto.

include dimensioni cognitive (stereotipi), affettive (pregiudizi) e comportamentali (discriminazioni) legate all'età. Può manifestarsi in forme esplicite o implicite e operare su più livelli: a livello micro, nelle interazioni tra individui; a livello meso, all'interno di gruppi sociali o reti organizzative; a livello macro, attraverso politiche istituzionali o pratiche culturali diffuse (Ayalon, Tesch-Römer, 2018). In tal senso, il concetto di ageismo si configura come uno strumento analitico utile per cogliere la complessità dei processi di esclusione e disuguaglianza che attraversano le società contemporanee, soprattutto nei contesti interessati dall'invecchiamento demografico, come nel caso dell'Italia (ISTAT, 2024).

Con riferimento più specifico al contesto sanitario, un contributo seminale di Wyman e colleghi (2018), basato su una rassegna internazionale della letteratura, evidenzia come la discriminazione fondata sull'età sia riconducibile, da un lato, all'agire degli operatori e, dall'altro, a barriere strutturali di sistema, tra cui quelle evidenziate in precedenza.

Sebbene la rassegna citata offra un contributo importante nel delineare la natura multilivello dell'ageismo, il presente studio propone di focalizzare l'attenzione sulle modalità attraverso cui le barriere strutturali vengono attivate, interpretate e talvolta rielaborate nell'agire quotidiano dei professionisti e nelle loro interazioni con pazienti e *caregiver*. In questa prospettiva, le barriere non sono solo elementi che condizionano l'azione, ma configurazioni e dispositivi che si generano attraverso pratiche professionali situate: insieme di attività che comprendono decisioni operative, routine e negoziazioni tra professionisti, pazienti e *caregiver* nei contesti dei servizi (Strauss, 1985; Gherardi, 2000; Nugus, 2019). Tale approccio implica, da un punto di vista microsociologico, un passaggio da una lettura dell'ageismo centrata sull'agire individuale a una visione che lo interpreta come esito situato di pratiche che si articolano entro specifici vincoli organizzativi, assetti relazionali e contesti istituzionali. In questo quadro, diventa centrale interrogare le condizioni e le dinamiche attraverso cui i diversi attori della scena della cura (Lusardi, Manghi, 2013), portatori di logiche di sapere e potere differenziate, agiscono, negoziano e, talvolta, contrastano forme di discriminazione legate all'età. Questo cambio di prospettiva nella lettura dell'ageismo si intreccia con l'approccio interazionista proposto da Strauss e colleghi (1963; 1985), secondo cui il lavoro nelle organizzazioni va inteso come un processo continuo di negoziazione tra attori portatori di ruoli, interessi e risorse differenti.

Sebbene il tema dell'ageismo nei contesti sanitari sia oggetto di crescente interesse anche in Italia, sembrano essere ancora poco sviluppate analisi sociologiche in tale ambito. Il seguente articolo intende contribuire a incremen-

tare una riflessione sul tema, valorizzando un approccio orientato a considerare l'ageismo come esito di pratiche situate influenzate dai vincoli organizzativi. A partire da questa prospettiva, la ricerca¹ presentata si è sviluppata attorno a un interrogativo generale volto a esplorare in quali modi l'attuale organizzazione dei servizi sanitari in Italia possa produrre forme di discriminazione sociale nei confronti della popolazione anziana. Da questo interrogativo sono derivate due ipotesi principali di lavoro. La prima è che le pratiche a rischio di ageismo – non riconducibili unicamente a dimensioni individuali (cognitive, affettive o comportamentali) – siano risposte situate alla divisione del lavoro e contribuiscano al mantenimento dell'ordine organizzativo, influenzando le routine professionali. La seconda ipotesi è che, pur in presenza di tali dinamiche, vi siano spazi di resistenza attivabili da parte di tutti gli attori coinvolti, capaci di innescare pratiche di contrasto all'ageismo.

La ricerca ha considerato la pluralità di attori coinvolti nelle relazioni di cura – professionisti, pazienti e *caregiver*. Nel presente contributo l'analisi si focalizza sul punto di vista dei professionisti operanti negli ambulatori dedicati al declino cognitivo e allo scompenso cardiaco, in due servizi collocati nel Nord Italia. L'obiettivo è esaminare le modalità attraverso cui si configura la divisione del lavoro e si strutturano le pratiche professionali entro i vincoli e le opportunità organizzative, con specifica attenzione alle dinamiche di discriminazione o di contrasto alla discriminazione ageista nei confronti dei pazienti anziani

2. L'ordine negoziato: una chiave di lettura delle organizzazioni sanitarie

A partire dal quadro di riferimento presentato nel paragrafo precedente, il contributo adotta una prospettiva interazionista ispirata ai lavori di Strauss e colleghi sulle organizzazioni ospedaliere (1963; 1985), con l'obiettivo di individuare alcuni concetti chiave utili a comprendere i processi attraverso cui si producono forme di discriminazione legate all'età nei servizi sanitari.

¹ L'articolo presenta alcuni risultati della ricerca "Stereotipi, pregiudizi e discriminazioni alla base dell'ageismo. Organizzazioni, servizi socio-sanitari e pratiche professionali dedicati alla popolazione anziana" che fa parte del progetto finanziato dall'Unione Europea – Next Generation EU – Progetto "Age-It – Ageing well in an ageing society" (PE0000015), PNRR – PE8 – Missione 4, C2, Investimento 1.3". Il gruppo di ricerca era composto da: Elena Allegri (responsabile e coordinatrice scientifica), Cristina Calvi, Eugenia Mercuri e Francesca Zaltron.

Come è noto, essi propongono una lettura processuale delle organizzazioni, intese come contesti in cui l'ordine si costruisce negozialmente attraverso l'interazione situata tra una pluralità di attori: i professionisti della cura, i pazienti e i *caregiver*. In questa prospettiva, il funzionamento organizzativo non è garantito solo da regole e procedure standardizzate, ma emerge da attività interpretative, di coordinamento e negoziazione, necessarie per rispondere all'intrinseca incertezza e instabilità delle organizzazioni (Strauss, 1985). Centrali in questa visione sono le dinamiche tra elementi formali e informali, la segmentazione interna delle professioni (Bucher, Strauss, 1961, cit. in Spina *et al.*, 2023) e l'adattamento continuo ai vincoli pratici e alle trasformazioni del contesto. È in questo intreccio dinamico tra ruoli, segmenti professionali e partecipanti alla scena della cura che prende forma e si sostiene ciò che Strauss definisce «ordine negoziato», elemento fondamentale per il funzionamento dell'organizzazione sanitaria. Esso si configura dunque come un sistema dinamico di norme, pratiche e ruoli che definisce “chi può fare cosa” e “come si deve agire” in uno specifico contesto operativo.

Alla definizione di «ordine negoziato» si collegano altri due concetti: la divisione del lavoro e il lavoro di articolazione (Strauss, 1985; Star, Strauss, 1999). Come sottolineano Star e Strauss, la divisione del lavoro non riguarda solo la distribuzione funzionale dei compiti, ma implica una selezione di ciò che viene reso visibile o invisibile, valorizzato o trascurato nei processi organizzativi. Essa può essere concepita come una configurazione dinamica, instabile e situata, continuamente rinegoziata in base alle condizioni ambientali, alle relazioni tra i soggetti coinvolti e alle risorse disponibili. I modi in cui prende forma orientano le possibilità di azione degli attori, definendo – spesso in modo implicito – quali comportamenti, decisioni o prese di parola risultino legittimi in un dato contesto (Nugus *et al.*, 2010). Questi repertori di azioni attese, che riflettono un ordine sociale stabilito ma potenzialmente negoziabile, si consolidano nell'interazione quotidiana, influenzando l'attribuzione di valore a ruoli, competenze o bisogni, e possono contribuire, come vedremo in seguito, tanto alla riproduzione di pratiche discriminatorie verso i pazienti anziani quanto all'attivazione di strategie di contrasto all'esclusione o alla loro marginalizzazione.

Per quanto riguarda il lavoro di articolazione, Star e Strauss (1999) identificano con questo concetto ciò che consente di tenere insieme attività e ruoli in condizioni frammentarie e incerte. Come evidenziano Bronzini e colleghi (2023), è un tipo di lavoro non sovrapponibile a quello di coordinamento, in quanto si concretizza in attività spontanee o emergenti, che va oltre a quanto è pianificato e formalizzato all'interno dell'organizzazione. È un lavoro

spesso invisibile, ma fondamentale, che può tanto consolidare assetti diseguali quanto aprire spazi di ridefinizione delle priorità organizzative del lavoro quotidiano.

L'attenzione alla dimensione situata del lavoro e della divisione del lavoro organizzativo, lungi dal negare l'esistenza di strutture e vincoli (Strauss, 1985), ne mette in luce il ruolo attivo nel modellare i margini di negoziazione e le traiettorie concrete dell'agire professionale, sottolineando come struttura sociale e interazione si influenzino reciprocamente nel tempo (Strauss, 2017). In questa prospettiva, il contributo di Nugus (2019) è utile a mostrare come la struttura istituzionale non sia solo contesto, ma abbia effetti performativi nelle interazioni quotidiane, vincolando e orientando le pratiche professionali. La sua analisi approfondisce la prospettiva straussiana, evidenziando la sedimentazione delle logiche istituzionali nell'agire quotidiano.

Questa cornice teorica si rivela particolarmente utile per leggere l'ageismo non solo come espressione di atteggiamenti soggettivi, ma come esito situato di pratiche quotidiane che si consolidano nel tempo all'interno di assetti organizzativi, routine operative e pressioni morali. In questa prospettiva, l'età non è una semplice variabile individuale né un dato biologico, ma un criterio interpretativo negoziabile, attivato per attribuire priorità, escludere dai processi decisionali, giustificare scelte operative o, al contrario, rivendicare diritti, visibilità e ascolto.

Analizzare l'ageismo attraverso la lente dell'ordine negoziato permette di spostare il focus dall'individuo all'interazione, dalla norma astratta alla pratica situata, dalle intenzioni alle condizioni di possibilità dell'agire. Ed è proprio sulla complessità del concetto di pratica situata e sul suo legame con l'impianto teorico elaborato da Strauss e colleghi che si concentra il prossimo paragrafo.

3. Dalle pratiche alle pratiche professionali

Negli ultimi decenni, il concetto di pratica ha acquisito una crescente rilevanza negli studi sociologici, dando origine a quella che è stata definita la «svolta della pratica» (Schatzki, 2001; Gherardi, 2000; Gherardi, 2012; Nicolini, 2012). Tuttavia, come osserva Nicolini (2012), non esiste una teoria unificata della pratica quanto piuttosto una famiglia ampia di approcci teorici, collegati da una rete di somiglianze concettuali, che possono essere affrontate solo come una pluralità. Inoltre, Corradi e colleghi (2010) propongono di distinguere tra la pratica come «modo di vedere» e la pratica come

«oggetto empirico» (p. 268), sottolineando l'importanza di analizzare le pratiche come eventi situati, che si ripresentano in forme storicamente e geograficamente specifiche, contribuendo a strutturare e a dare significato alle azioni degli attori coinvolti.

Nel quadro dei temi sviluppati in questo contributo, assume particolare rilievo il costrutto di pratiche professionali, intese come esiti provvisori di attività lavorative situate, le quali concorrono al funzionamento complessivo dell'organizzazione. Tali pratiche non si limitano a collocarsi entro strutture predefinite, ma contribuiscono attivamente alla loro (ri)produzione e trasformazione (Gherardi, 2012). All'interno della prospettiva interazionista, l'analisi delle pratiche professionali situate si interseca con i costrutti elaborati da Strauss e colleghi di «ordine negoziato» (1963; 1985) e di «lavoro di articolazione» (Star, Strauss, 1999), come già discusso nel paragrafo precedente. In questa direzione, Spina, Neri e Arlotti (2023) sottolineano come l'approccio straussiano agevoli una lettura multilivello delle pratiche professionali: sul piano micro esse emergono dall'interazione tra individui; sul piano meso si radicano entro contesti organizzativi che ne influenzano i modi di attivazione. Ne consegue che le pratiche professionali non possono essere ridotte a mere sequenze di azioni lavorative, ma si configurano come dispositivi di adattamento e negoziazione tra saperi, ruoli e vincoli, attraverso i quali prende forma l'organizzazione stessa.

L'adozione di tale impostazione appare particolarmente utile per studiare il fenomeno dell'ageismo nelle pratiche di cura. L'analisi non può dunque essere ridotta al pregiudizio individuale dell'attore, ma va indirizzata allo studio delle pratiche influenzate da norme, aspettative istituzionali e logiche organizzative in continuo divenire. Tali dinamiche coinvolgono, in ogni specifica organizzazione, e dunque in modo situato, professionisti, pazienti e *caregiver*, i quali modellano la reciproca interazione.

Per completare il ragionamento proposto, è utile considerare, seppur in sintesi, l'impatto delle logiche manageriali introdotte con il *New Public Management* (NPM) sulle trasformazioni del lavoro professionale. In Italia, dagli anni Novanta del secolo scorso, alcuni dispositivi legislativi hanno promosso criteri aziendalistici nei servizi sanitari pubblici, promuovendo standardizzazione, valutazione quantitativa e *accountability* (Pavolini, Klenk, 2015). La legittimazione professionale è stata in tal modo spostata da criteri endogeni (competenze specialistiche e riconoscimento tra pari) a indicatori esterni e gestionali. Tale situazione ha aumentato la pressione sugli operatori, chiamati a giustificare le decisioni assunte più in base a logiche manageriali che cliniche e professionali.

La successiva evoluzione del NPM verso la *New Public Governance* (NPG) può essere letta come il passaggio a un paradigma organizzativo che, pur mantenendo la centralità dei principi di efficienza e di orientamento ai risultati, assume una configurazione fondata su logiche di *governance* reticolare, *accountability* nei confronti degli *stakeholders*, processi negoziali interistituzionali e partenariali, nonché pratiche di partecipazione e co-produzione dei servizi. Tali dinamiche, pur orientate a rafforzare la capacità collettiva di perseguire l'interesse pubblico, non sembrano aver determinato un'attenuazione delle pressioni esercitate sulle amministrazioni e sugli operatori (Osborne, 2006). Inoltre, come evidenzia la letteratura (Waring, 2007), il rapporto tra logiche professionali e manageriali non si configura come conflitto manifesto, bensì come un terreno ibrido in cui i professionisti negoziano la propria *agency*, trasformando i vincoli istituzionali all'interno delle pratiche incorporate nelle routine quotidiane. Le pratiche professionali, dunque, si configurano come un osservatorio privilegiato per analizzare l'ageismo nei servizi sanitari, in quanto luogo in cui si intrecciano e rinegoziano le tensioni tra sapere, etica e razionalità manageriale.

4. Il quadro della ricerca

La ricerca, di carattere esplorativo, ha indagato il modo in cui l'organizzazione dei servizi sanitari italiani possa generare o contrastare pratiche discriminatorie nei confronti della popolazione anziana. In questa sede saranno presentati alcuni risultati riferiti alle prospettive dei professionisti coinvolti nei due contesti sanitari oggetto della ricerca.²

In particolare, sono stati coinvolti i professionisti operanti in ambulatori dedicati agli anziani di età superiore ai 70 anni, con decadimento cognitivo o scompenso cardiaco, due condizioni che si posizionano su un confine poroso tra autosufficienza e bisogno di cura continuativa. La scelta dei contesti è stata basata su tre criteri: dimensione demografica delle città, tipo di patologie e caratteristiche organizzative dei servizi ambulatoriali. Le città selezionate appartengono a due regioni del Nord Italia, Piemonte ed Emilia-

² La decisione di esplorare il punto di vista dei professionisti rappresenta una scelta analitica e redazionale condivisa nell'ambito della *Special issue*, che prevede un contributo parallelo dedicato a pazienti e *caregiver*. Tale articolazione consente di valorizzare la specificità di ciascuna prospettiva e di approfondire, in questo caso, il modo in cui i professionisti interpretano vincoli e risorse organizzative, rendendo visibile la dimensione situata dell'ordine negoziato e del lavoro di articolazione.

Romagna, scelte per la loro eterogeneità nella gestione dei servizi, in un contesto nazionale caratterizzato da autonomia regionale differenziata. La ricerca è stata pertanto condotta in due Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU): Alfa e Beta, in particolare nell'ambulatorio di geriatria dell'AOU B e nel Centro per disturbi cognitivi e le demenze dell'AOU A per i malati di decadimento cognitivo, e nell'ambulatorio dello scompenso cardiaco dell'AOU A e nel *Day service* di cardiologia dell'AOU B per i malati di scompenso cardiaco. Sono stati intervistati 19 professionisti: 8 medici (4 uomini e 4 donne), 8 infermieri (7 donne e 1 uomo), 3 assistenti sociali ospedaliere (tutte donne). Le età variano da 34 a 65 anni, con tipi di formazione adeguati ai rispettivi ruoli. La selezione è avvenuta con il supporto del personale sanitario locale, su indicazioni del gruppo di ricerca. Lo studio ha ottenuto l'approvazione dei Comitati Etici Territoriali (CET) delle due AOUE ed è stato condotto rispettando le Norme di Buona Pratica Clinica (GCP), i principi etici della Dichiarazione di Helsinki e la normativa vigente sui dati personali raccolti (GDPR). Lo strumento utilizzato è stato l'intervista semi-strutturata, con la quale si è inteso esplorare gli assetti organizzativi, i vincoli operativi (tempi, spazi, personale), le pratiche ambulatoriali, le dinamiche relazionali con pazienti e *caregiver*, la collaborazione interprofessionale e le forme di resistenza o di contrasto all'ageismo. Le interviste, audioregistrate previo consenso scritto, sono state trascritte e analizzate tramite il software NVivo 14, utilizzando un codice tematico costruito a partire dalla traccia d'intervista e affinato nel corso dell'analisi. L'analisi del materiale empirico ha ricostruito le rappresentazioni dei professionisti sulle interazioni quotidiane nei servizi, mettendo in luce come i vincoli organizzativi influenzino le negoziazioni tra attori e la configurazione delle pratiche di cura. In questo spazio relazionale si possono attivare sia le forme di ageismo sia le possibilità di contrastarle.

5. Pratiche professionali e configurazioni dell'ageismo: le testimonianze dei professionisti

L'analisi della divisione del lavoro nella presa in carico e cura dei pazienti anziani, condotta negli ambulatori dei servizi coinvolti nella ricerca, consente di individuare pratiche professionali i cui esiti possono manifestarsi tanto come riproduzione quanto come contrasto alla discriminazione legata all'età.

Tali pratiche emergono come configurazioni negoziali, agite sia individualmente sia nelle relazioni inter-professionali, in risposta a vincoli, procedure e pressioni organizzative che regolano il funzionamento del servizio.

Le narrazioni di medici, infermieri e assistenti sociali evidenziano differenti posizionamenti rispetto a tali vincoli, delineando un continuum di pratiche che oscilla tra riproduzione e contrasto all'ageismo. Per ragioni di spazio e di chiarezza analitica, non è possibile ricostruire l'intero spettro delle pratiche distribuite lungo il continuum.³ Ci concentreremo quindi su alcune configurazioni emblematiche, rappresentative dei due poli: da un lato, pratiche che contribuiscono alla riproduzione dell'ageismo; dall'altro, pratiche che si configurano come tentativi, più o meno riusciti, di contrastarlo. Questa scelta non riflette una visione dicotomica dei fenomeni, ma mira a mettere in evidenza i margini di ambivalenza e negoziazione che attraversano le pratiche quotidiane, sottolineandone la natura situata, processuale e relazionale. I casi proposti vanno quindi letti come punti di intensificazione, piuttosto che come categorie rigide.

Di seguito, presentiamo tre stralci di intervista – riferiti a medici, infermieri e assistenti sociali – esemplificativi delle pratiche che consideriamo riconducibili alla riproduzione dell'ageismo.

Ma nel contesto dell'ambulatorio è più una problematica di prenotazioni. Gli dai l'impegnativa per prenotarsi la visita a 9 mesi, vanno allo sportello e gli dicono che non è possibile e questi poverini prendono la data che gli danno tra un anno e mezzo. [...] Purtroppo, è proprio un problema di risorse che impatta più sull'anziano, perché tra virgolette sono quelli su cui purtroppo si tende a investire un pochino di meno, nel senso buono del termine, perché è ovvio che se devi decidere se rivedere a breve un cinquantenne o un ottanta-cinquenne, dai la precedenza al giovane. È una sorta di discriminazione, ma che purtroppo è inevitabile per il tipo e il quantitativo di risorse che ci sono a disposizione (Medico 11, servizio A).

[E] poi lì purtroppo c'è poco tempo tante volte e quindi funziona meno il fatto che non puoi approfondire più di tanto. Quindi ti limiti alla visita medica

³ Pur adottando un impianto teorico centrato sull'ordine negoziato e sull'organizzazione delle pratiche, l'analisi qui presentata non affronta in modo sistematico le strutture e le logiche di funzionamento dei servizi sanitari considerati. Tale scelta, dettata da vincoli redazionali, riflette l'intento di concentrare l'attenzione sulle dinamiche interprofessionali e sulle configurazioni negoziali emergenti nella presa in carico di pazienti anziani. L'analisi delle specificità organizzative dei contesti osservati – inclusi i regimi temporali, le routine e le differenze tra servizi geriatrici e cardiologici – sarà oggetto di una prossima pubblicazione.

e alla lettura degli esami, diciamo a riportare la terapia sulla cartella e rimodulare velocemente la terapia, poi comunque dobbiamo già proseguire. [...] tu non riesci a volte, mi dispiace, andare ad aiutarli, perché tu hai tanto altro da fare e mi dispiace. A volte devi far finta di niente, lasci andare pur sapendo che fanno parecchia fatica (Infermiere 1, servizio B).

È una criticità il fatto che io magari non vengo informata per tempo che c'è questa persona al reparto, perché è sfuggita a qualcuno che non hanno visto che non c'era nessuno che gli portava i cambi [...] magari non lo dicono e domani lo dimettono. Perché c'è un'esigenza dell'organizzazione [...] purtroppo in alcuni periodi abbiamo una grossa carenza di posti letto, abbiamo il pronto soccorso che esplode e quindi i bisogni, tra virgolette sociali, passano un po' in secondo piano rispetto alle esigenze di cura nell'emergenza, stabilizzazione e dimissione del paziente (Assistente sociale 15, servizio A.).

Le narrazioni dei tre professionisti evidenziano vincoli significativi – come la standardizzazione delle visite, la scarsità di tempo nelle interazioni con pazienti e *caregiver*, le lunghe liste d'attesa e l'ingiunzione a dimissioni rapide – che riflettono sia le specificità dei servizi analizzati, sia criticità sistemiche del servizio sanitario italiano (Vicarelli, Giarelli, 2020).

Questi vincoli incidono sull'esperienza di tutti i pazienti ma, come mostrano le testimonianze, si ripercuotono in modo particolare su quelli anziani, generando effetti discriminatori. Nelle parole del medico, la logica organizzativa produce un disinvestimento sugli anziani, giustificato attraverso criteri etici legati all'età. I tempi standardizzati delle visite, comuni a tutte le figure professionali coinvolte, rafforzano un approccio clinico centrato sul sintomo e sulla diagnosi, a scapito di una prospettiva orientata alla persona, facendo emergere un conflitto tra etica della cura e razionalità organizzativa. Anche l'assistente sociale evidenzia una logica che separa *cure* e *care* (Dahl, 2017), privilegiando la prima o giustificando la marginalizzazione della seconda in base a vincoli strutturali. Le risposte adattive dei professionisti a queste condizioni – dalle scelte quotidiane alle strategie in contesti di emergenza – finiscono per produrre pratiche discriminatorie nella presa in carico e nella relazione di cura, colpendo in particolare i soggetti più vulnerabili (Tronto, 1993), come le persone anziane.

Alla luce della prospettiva adottata (Strauss, 1985; Nugus, 2019), ciò che emerge con particolare rilievo è la natura contestuale e adattiva dei posizionamenti professionali, configurati come risposte situate a vincoli organizzativi percepiti quasi come “necessità” ineludibili. Tali risposte si inscrivono nella divisione del lavoro che sostiene l'equilibrio dell'organizzazione, attraverso negoziazioni che – in modo talvolta consapevole, talvolta implicito –

possono produrre effetti discriminatori verso la popolazione anziana. La riproduzione di pratiche ageiste appare meno come esito intenzionale, e più come prodotto collaterale e sistemico di un equilibrio precario tra efficienza organizzativa e vincoli materiali, che i professionisti si trovano ad affrontare quotidianamente.

Diversamente da quanto appena argomentato, le pratiche professionali possono configurarsi anche come esiti di negoziazioni, scelte operative e forme di divisione del lavoro attraverso cui i diversi attori cercano di contrastare eventuali discriminazioni legate all'età:

Se ti rendi conto che come tempistiche, non ci stai, ci si può organizzare in maniera chiara, magari si fa la visita, mail referto verrà dato in un successivo momento [...] Dare priorità alla visita, alla comunicazione e alla diagnosi. Quelle sono le cose principali. [...] Ci aiutano tanto le infermiere che tengono conto di tutte queste cose. Fanno la parte più burocratica, che però è da fare, e si cerca di essere in maniera completa, disponibili nella visita (Medico 12, servizio A).

Sì, allora, ci sono dei vincoli procedurali che vanno rispettati. Però, lì non si può con dei pazienti geriatrici, fragili, con delle patologie complesse, con gravi deterioramenti cognitivi, adottare questi schemi. Faccio un esempio banale: paziente con grave deterioramento cognitivo, polipatologico, che necessita di fare delle infusioni su una settimana intera, io non posso prendere il paziente fragile, con degli accessi venosi inesistenti e bucarlo 5 volte al giorno. La procedura non me lo permetterebbe, però io adotto degli accorgimenti e mando il paziente con gli accessi venosi a casa in sicurezza (Infermiere 5, servizio B).

Quello su cui bisognerebbe lavorare, e che stiamo cercando di fare, è lavorare su una precoce individuazione delle fragilità sociali. Facciamo periodicamente degli incontri con i coordinatori, con i medici che arrivano, nel creare proprio una relazione con loro e nel ricordargli quali sono gli indicatori sociali, perché loro sono molto bravi e competenti da un punto di vista clinico, ma gli indicatori sociali ce li hanno meno in mente (Assistente sociale 15, servizio A).

Le testimonianze riportate mostrano come i professionisti, pur consapevoli dei vincoli procedurali e delle pressioni organizzative che regolano tempi, priorità e modalità di presa in carico, attivino strategie capaci di riorientare la pratica quotidiana. Il contrasto all'ageismo, in questi casi, non passa attraverso contestazioni esplicite, ma tramite adattamenti operativi,

piccole manovre quotidiane e collaborazioni interprofessionali che sospendono o rinegoziano standard e procedure, privilegiando una maggiore attenzione ai bisogni relazionali, cognitivi e sociali dei pazienti anziani e dei loro *caregiver*.

Tra le pratiche emerse nelle narrazioni, si evidenzia anche la disponibilità, da parte dei professionisti – soprattutto infermieri ma anche medici – a mettere a disposizione tempo extra-lavorativo tramite mail, telefonate e messaggi, per garantire una certa continuità assistenziale, spesso compromessa da vincoli temporali, turnazioni e lunghe liste d'attesa. Si tratta di pratiche che implicano una divisione del lavoro condivisa tra tutti gli attori, inclusi pazienti e *caregiver*. In particolare, coinvolgono il lavoro quotidiano degli infermieri, che, insieme ai pazienti e ai familiari, svolgono un importante lavoro di articolazione – spesso invisibile (Star, Strauss, 1999) – essenziale non solo per il funzionamento del servizio ma anche per rendere possibili pratiche di contrasto all'ageismo, anche quando queste non vengono nominate come tali.

6. La relazione di cura tra professionisti, anziani e *caregiver*: vincoli organizzativi e rischi di ageismo

Questo paragrafo presenta alcuni risultati dell'indagine sulle interazioni tra professionisti, anziani e *caregiver* negli ambulatori coinvolti nella ricerca, e completa l'analisi presentata nella sezione precedente. La strutturazione di tali relazioni costituisce un nodo cruciale nelle pratiche di cura, poiché si configura come spazio di negoziazione di ruoli, aspettative e rapporti di potere. L'analisi della divisione del lavoro evidenzia come le pratiche professionali – inclusa la relazione terapeutica o di cura – possano al contempo riprodurre oppure tentare di contrastare forme di discriminazione connesse all'età. Tali esiti emergono dai processi negoziali attivati dai professionisti, in interazione con i pazienti e i loro *caregiver*, entro i vincoli e le procedure definite dall'organizzazione.

Le narrazioni di medici, infermieri e assistenti sociali mostrano posizioni simili rispetto sia ai vincoli istituzionali sia alle rappresentazioni di una auspicata relazione continua ed efficace, con pazienti e *caregiver*.

Per esigenze di sintesi e chiarezza analitica, saranno qui di seguito presentate alcune rappresentazioni paradigmatiche, posizionabili lungo un continuum: da un lato pratiche riconducibili al rischio di riprodurre forme di ageismo, dall'altro tentativi, più o meno efficaci, di contrastarlo. L'obiettivo

è rendere visibili le ambivalenze e le negoziazioni che caratterizzano le pratiche quotidiane situate. Presentiamo innanzitutto alcuni stralci di intervista relativi a pratiche che, per le modalità descritte, appaiono a rischio di riprodurre dinamiche ageiste:

È importantissimo essere chiari, seguire il filo del paziente per quello che è possibile, di farsi capire, diciamo, per poter capire lui stesso o le stesse persone che abbiamo davanti. Non fare troppe domande insieme, quindi rispettare i tempi e creare un ambiente confortevole, perché spesso le donne poi vanno in agitazione dal medico che sembra chissà che devono fare. Poi è chiaro che la battuta, le cose un po' possono aiutare per cercare di tenere i pazienti, cioè, avere le risposte che cerchiamo (Medico 12, servizio B).

L'anziano spesso è più umile... si affida. Io accetto questo affidamento e ne faccio buon uso. Cioè, mi rendo conto, quando sei giovane, anche un po' competente o sacciente perché abbiamo tutti Google, e quindi che il giovane ha più pretese, mi fa male l'unghia e vuole la TAC. L'anziano non è così, l'anziano, spesso è più umile e più semplice in generale. Quindi io amo questo aspetto, cioè dell'affidarsi. Chiaramente da parte mia devo essere un bravo medico, ecco accettare questo affidamento, farne buon uso (Medico 1, servizio B).

Beh, sicuramente deve essere una relazione in cui si cerca, non dico di mettersi alla loro altezza perché non se lo aspettano forse neanche loro che noi ci mettiamo alla loro altezza. Sicuramente noi che conosciamo la patologia, di capire le reazioni che possono avere e quindi evitare di irritarsi se questo paziente ci risponde male, se lo vediamo che si altera perché noi magari gli facciamo troppe domande, per cui secondo me bisogna cercare di farlo parlare normalmente, fargli raccontare qualcosa di sé [...] per cui sicuramente non è facile, [ma] è molto più difficile per un *caregiver*, perché subentra anche il senso di impotenza, cioè il fatto che noi bene o male lo vediamo un'ora, due ore, mezza giornata, poi andiamo a casa. Il *caregiver* a casa ha quel senso di vuoto che vede il proprio caro, la mamma o il papà così, con cui non riesce più a relazionarsi, perché arrivati a un certo punto non li riconosce neanche più delle volte. Per cui, secondo me, il rapporto deve essere col paziente e col parente, perché non è facile (Infermiera 2, Servizio A).

L'analisi degli stralci di intervista evidenzia come le rappresentazioni della relazione terapeutica, o di cura, contemplino differenti forme di asimmetria, tra cui anche quelle legate all'età. Nel primo caso, l'intento del medico di adattarsi alle capacità cognitive del paziente sembra tradursi in una

riduzione implicita delle possibilità di partecipazione, senza che ciò assuma necessariamente i tratti di un atteggiamento chiaramente discriminatorio.

Il riferimento alle donne «che vanno in agitazione» introduce elementi stereotipici che intrecciano fragilità, età e genere, ma può anche essere letto come un tentativo di interpretare modalità comunicative diversificate dei pazienti. Nel secondo estratto, la contrapposizione proposta dal medico tra l'anziano «umile» e il «giovane competente e saccente» delinea una rappresentazione dicotomica che rischia di semplificare le identità in gioco e di infantilizzare l'anziano, pur esprimendo al contempo consapevolezza rispetto alla necessità di modulare diversamente la relazione a seconda dell'interlocutore.

Il terzo frammento, infine, rappresenta le ambivalenze che attraversano le pratiche quotidiane in contesti organizzativi caratterizzati da forte pressione. Da un lato, l'infermiera ribadisce un'asimmetria di potere basata sul sapere professionale rispetto alla patologia dell'anziano (Conrad, 1992); dall'altro, mostra capacità di identificazione con le difficoltà del *caregiver*, segnalando una sensibilità che arricchisce la relazione di cura. Ne deriva una configurazione che, seguendo Strauss (1985), non può essere compresa come dinamica puramente diadica tra professionista e paziente, ma come processo co-costruito che coinvolge simultaneamente organizzazione, professionisti, pazienti, *caregiver* e reti di supporto informale, attraverso un lavoro spesso poco visibile.

Nel complesso, l'analisi del materiale empirico evidenzia una tendenza a privilegiare il conseguimento dell'adesione del paziente alle prescrizioni cliniche, più che la costruzione negoziale di un rapporto pienamente simmetrico. Tuttavia, pur in presenza dei vincoli organizzativi, emergono anche segnali di apertura verso una relazione fondata sul riconoscimento reciproco delle competenze: tecnica e scientifica da un lato, biografica e soggettiva dall'altro, in linea con gli approcci sanitari e sociali centrati sulla persona (Tronto, 1993).

Volgendo l'attenzione alle pratiche professionali che si configurano come modalità di divisione del lavoro attraverso cui i professionisti cercano di contrastare discriminazioni e forme di ageismo, la dimensione del tempo, richiamata come elemento centrale già nel precedente paragrafo, non rappresenta soltanto un vincolo strutturale, ma anche una risorsa simbolica e relazionale. Attraverso un uso strategico del tempo, i professionisti esercitano forme di *agency* situata, che consentono di consolidare la relazione di cura e, al contempo, di resistere ai processi spesso impliciti di reificazione e categorizzazione insiti nella presa in carico degli anziani. Tale *agency* si manifesta, ad

esempio, nello scarto rispetto ai tempi standardizzati prescritti dall'organizzazione, trasformando il vincolo temporale in uno spazio di negoziazione e cura:

Nel senso che io arrivo sempre un po' più lungo su tutto perché penso che mi serva anche star lì a dirla, magari, la parola in più o a sentire il problema in più, che può anche esulare dalla patologia e quindi si sta un po' lì a creare proprio questo tipo di alleanza. Ecco, cioè non avere il cliente, perché è una roba che io odio sentire o l'utente anche, comunque rimane il paziente (Medico 14, servizio B).

Era una persona che si è dimostrata particolarmente sensibile al voler essere ascoltata, quindi, dandogli il tempo di raccontare tutta la sua storia, le sue difficoltà, ha lasciato intendere che avesse una rete familiare con cui aveva interrotto i rapporti. [...] è successo che il lasciar parlare il paziente, il lasciarsi raccontare anche delle cose che oggettivamente non erano troppo finalizzate, ha permesso poi di creare un minimo di relazione (Assistente sociale 15, servizio A).

D'altro canto, nelle narrazioni dei professionisti, la dimensione del tempo si configura come elemento critico in termini organizzativi, operativi e relazionali. Il tempo, percepito come risorsa scarsa e frammentata, è descritto come un vincolo strutturale che ostacola la costruzione di relazioni terapeutiche significative, fondate su ascolto, fiducia e personalizzazione dei processi.

I professionisti lamentano l'insufficienza del tempo a disposizione e le continue interruzioni legate all'imprevedibilità del lavoro quotidiano, condizioni che incidono negativamente sulla qualità della relazione, soprattutto nei confronti dei pazienti anziani:

Abbiamo dei tempi molto stretti e quindi... quello che riusciamo a creare lo dobbiamo creare in un tempo molto, molto veloce (Assistente sociale 15, servizio A).

Il lavoro non sempre è programmato; quindi, molte cose sono in estemporanea (Infermiera 6 servizio B).

Mettere molta velocità che loro [i pazienti anziani] non hanno (Infermiera 3 servizio A).

È un punto di vista organizzativo, però sarà che noi ormai siamo talmente tanto abituati a non avere tempo e ad arrangiarci più o meno con quello che

abbiamo che non mi verrebbe in mente [come migliorare], ah, che roba triste che sto dicendo (Infermiere 7, servizio B).

L'analisi del materiale empirico evidenzia anche la consapevolezza dei professionisti circa il rischio che la pressione esercitata dall'organizzazione sui tempi di lavoro rafforzi assetti relazionali asimmetrici, considerando il paziente come destinatario passivo e non come soggetto con cui negoziare percorsi di cura.

L'ideale della relazione terapeutica, basata su fiducia e personalizzazione, risulta così costantemente esposto a tensioni, compromettendo *in primis* la qualità dell'alleanza tra professionista e paziente. È proprio questa prospettiva, orientata alla costruzione di un rapporto personalizzato e processuale, insieme agli altri attori, che permette di contrastare forme sottili di ageismo, spesso favorite da procedure organizzative rigidamente standardizzate. Il tempo emerge così come risorsa cruciale, non solo per costruire relazioni significative, ma anche per cogliere segnali deboli, utili alla diagnosi, altrimenti invisibili in interazioni frammentate.

Conclusioni

L'adozione della prospettiva interazionista e, in particolare, del concetto di «ordine negoziato» (Strauss *et al.*, 1963), ha consentito di mettere in luce come le pratiche professionali nei servizi sanitari si configurino come risposte situate alla divisione del lavoro e ai vincoli organizzativi. Queste pratiche possono generare effetti ambivalenti che si dispongono lungo un continuum: da un lato, possono contribuire alla riproduzione di forme di ageismo, dall'altro possono attivare strategie quotidiane di contrasto, spesso non formalizzate ma di rilevante significato.

Lungi dall'essere riconducibili a pregiudizi individuali o a deficit relazionali, le pratiche ageiste osservate emergono come esiti di un equilibrio precario tra logiche di efficienza, pressioni procedurali e tensioni etiche, inscritte nella struttura stessa dei servizi. Allo stesso modo, le pratiche di contrasto non sono solo espressione di sensibilità individuali, ma si alimentano nella possibilità di rinegoziare tempi, ruoli e priorità attraverso forme di cooperazione interprofessionale e di articolazione del lavoro entro dinamiche relazionali co-costruite con pazienti e *caregiver*.

Due elementi appaiono cruciali: il riconoscimento del valore dell'integrazione tra le diverse figure professionali e l'attenzione al lavoro invisibile – spesso agito da figure meno centrali nella gerarchia organizzativa, quali

quelle degli infermieri e degli assistenti sociali – che sospende le logiche standardizzanti per dare spazio alla dimensione relazionale della cura. È in queste pieghe del quotidiano che si aprono possibilità concrete di contrastare l'ageismo come effetto sistemico e non solo come atteggiamento individuale.

Guardare all'ageismo attraverso la lente delle pratiche situate e dell'ordine negoziato permette, a nostro avviso, di restituire maggiore complessità ai modi in cui si produce – o si contrasta – la discriminazione nei luoghi della cura. Al tempo stesso, può contribuire ad ampliare le possibilità teoriche e metodologiche di analisi, mettendo in luce le tensioni tra etica della cura e logiche di efficienza.

Bibliografia

- Ayalon L., Tesch-Römer C., editors. (2018). *Contemporary perspectives on ageism*. Cham: Springer.
- Bronzini M., Lusardi R., Atzori F. (2023). L'ordine negoziato e il lavoro di articolazione tra passato e futuro: una rassegna ragionata. *Salute e Società*, 22(3): 81-99. DOI: 10.3280/SES2023-003006
- Conrad P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18: 209-232. DOI: 10.1146/annurev.so.18.080192.001233
- Corradi, G., Gherardi, S., Verzelloni, L. (2010). Through the practice lens: Where is the bandwagon of practice-based studies heading? *Management learning*, 41(3): 265-283. <https://doi.org/10.1177/1350507609356938>
- Dahl H.M. (2017). *Struggles in (elderly) care. A feminist view*. London: Palgrave Macmillan.
- European Commission. (2008). *Quality in and equality of access to healthcare services*. Testo disponibile al sito: https://www.academia.edu/5609640/Quality_in_and_Equality_of_Access_to_Healthcare_Services (12/12/2025).
- Gherardi S. (2000). Practice-based theorizing on learning and knowing in organizations. *Organization*, 7(2): 211-223. <https://doi.org/10.1177/135050840072001>
- Gherardi S. (2012). *How to conduct a practice-based study: Problems and methods*. Edward Elgar Publishing.
- ISTAT. (2024). *Annuario statistico italiano 2024*. Testo disponibile al sito: <https://www.istat.it/produzione-editoriale/annuario-statistico-italiano-2024/> (12/12/2025).
- Iversen T.N., Larsen L., Solem P.E. (2009). A conceptual analysis of Ageism. *Nordic Psychology*, 61(3): 4-22. DOI: 10.1027/1901-2276.61.3.4
- Lusardi R., Manghi S. (2013). I limiti del sapere tecnico: saperi sociali nella scena della cura. In: Vicarelli G., a cura di, *Cura e salute. Prospettive sociologiche*. Roma: Carocci Editore.
- Nicolini D. (2012). *Practice theory, work, and organization: An introduction*, Oxford University Press.

- Nugus P., Greenfield D., Travaglia J., Westbrook J., Braithwaite, J. (2010). How and where clinicians exercise power: Interprofessional relations in health care. *Social Science & Medicine*, 71(5): 898–909. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.029>
- Nugus P. (2019). Re-structuring the negotiated order of the hospital. *Sociology of health and illness*, 41(2): 378-394. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12838>
- Osborne S.P. (2006). The new public governance? *Public Management Review*, 8(3): 377-387. <https://doi.org/10.1080/14719030600853022>
- Pavolini E., Klenk T. (2015). Introduction. In T. Klenk T., Pavolini E., editors, *Re-structuring Welfare Governance. Marketization, Managerialism and Welfare State Professionalism*. Edward Edgar Publishing.
- Schatzki T. (2001). Introduction: Practice theory. In: Schatzki T., Knorr Cetina K., von Savigny E. editors, *The Practice turn in contemporary theory*. London and New York: Routledge.
- Spina E., Neri S., Arlotti M. (2023). Professions in process. *Salute e Società*, 22(3): 81-99. DOI: 10.3280/SES2023-003005
- Star S.L., Strauss A. (1999). Layers of silence, arenas of voice: The ecology of visible and invisible work. *Computer Supported Cooperative Work*, 8(1): 9-30. DOI: 10.1023/A:1008651105359
- Strauss A. (1985). Work and the division of labor. *The Sociological Quarterly*, 26(1): 1-19. DOI: 10.1111/j.1533-8525.1985.tb00212.x
- Strauss A. L. (2017). Introduzione all'edizione italiana. In Cersosimo G., a cura di, *Specchi e maschere. La ricerca dell'identità*. Napoli-Salerno: Orthotes Editrice.
- Strauss A., Schatzman L.R., Bucher R., Ehrlich D., Sabshin M. (1963). The hospital and its negotiated order. In Freidson G., editor, *The hospital in modern society*. New York: Free Press.
- Tronto J.C. (1993). *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Vicarelli G., Giarelli G., a cura di. (2020). *Libro bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*. Milano: FrancoAngeli.
- Waring J. (2007). Adaptive regulation or governmentality: Patient safety and the changing regulation of medicine. *Sociology of Health & Illness*, 29(2): 163-179. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.00527.x>
- WHO. (2021). *Global report on Ageism*. Testo disponibile al sito: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/71ad96a0-d29a-4457-9d54-52029c24c76c/content> (12/12/2025).
- Wyman M.F., Shiovitz-Ezra S., Bengel J. (2018). *Ageism in the health care system: Provider, patients, and system*. In: Ayalon L., Tesch-Römer C., editors, *Contemporary perspectives on Ageism*. SpringerOpen.