

Stati affettivi in movimento: un'etnografia sulle residenze per anziani con demenza

Francesco Miele

L'articolo adotta una prospettiva teorica a cavallo tra *practice-based studies* e *affect theory* al fine di esplorare il legame profondo indistricabile tra pratiche lavorative e stati affettivi, concependo entrambi come esperienze collettive che emergono e mutano assieme. Il contributo, in particolare, propone alcune riflessioni fondate su una ricerca etnografica svolta in alcune residenze per anziani con demenza, mostrando come nei contesti organizzativi attraverso le pratiche di cura si cerchi di prevenire, gestire e modificare stati affettivi disturbanti con effetti spesso imprevisti sia sugli attori coinvolti sia sulle pratiche stesse. In questo dialogo continuo tra pratiche lavorative e «pratica affettiva» emergono narrazioni volte a dare significato agli stati affettivi così come ai tentativi compiuti per gestirli, preservando gli assetti organizzativi e relazionali vigenti. Il fine principale dell'articolo è, quindi, quello di ripensare alle emozioni così come ad altri stati affettivi in termini processuali interrogandosi non tanto sulla loro natura, bensì sui modi collettivi e socialmente appresi attraverso cui essi vengono mobilitati.

Parole-chiave: affetto, pratiche sociali, cura, etnografia, demenza

DOI: 10.1485/2281-2652-202425-4

1 Introduzione

Il presente articolo si propone di ripensare le emozioni, così come i sentimenti e altri stati emotivi (qui denominati «stati affettivi»), in termini di attività e movimento, inserendosi nel dibattito che nel corso degli anni ha esaminato in profondità il ruolo dell'emotività nelle organizzazioni lavorative (Meanwell *et al.*, 2008; Bellè *et al.*, 2014). La prospettiva teorica proposta – situata al confine tra i cosiddetti «studi basati sulla pratica» e *affective turn* (Gherardi, 2017; Gherardi *et al.*, 2019) – permetterà di esplorare il legame indistricabile tra pratiche lavorative e stati affettivi, concependo entrambi come esperienze collettive che emergono ed evolvono assieme. Nelle prossime pagine, dopo aver illustrato brevemente il dibattito sociologico interessato a comprendere come gli stati affettivi vengano «messi in movimento», ci si soffermerà sul concetto di pratica affettiva. Successivamente si darà spazio a riflessioni fondate su una ricerca etnografica svolta in alcune residenze per anziani con demenza, mostrando come nei contesti organizzativi tramite le pratiche di cura si cerchi di prevenire, gestire e modificare gli stati affettivi emergenti con effetti spesso imprevisti sia sugli attori coinvolti sia sulle pratiche stesse.

2 Mettere gli stati affettivi al lavoro: dall'*emotional labor* alla *affective practice*

L'esplorazione dei legami tra processi lavorativi e stati affettivi è avvenuta, di primo acchito, concentrandosi sul ruolo giocato dalle norme sociali nel plasmare emozioni, sentimenti e altre condizioni emotive emergenti nelle organizzazioni lavorative. Tale tematica era già stata tematizzata da Marx attraverso il concetto di alienazione, per poi essere introdotta nella sociologia contemporanea dal lavoro di Hochschild sull'*emotional labour* (1983). Come noto, la maggior parte degli studi che hanno adottato questo concetto si sono concentrati sui tentativi messi in atto dai singoli per modificare le proprie emozioni, sulla base delle norme professionali e organizzative vigenti in determinati contesti lavorativi (per una rassegna completa a riguardo si veda Meanwell *et al.*, 2008). Nonostante ciò, una parte più contenuta di contributi ha concepito l'*emotional labor* come un lavoro non strettamente interiore ma, invece, facente parte a pieno titolo delle attività lavorative quotidiane. Per esempio, Heimer e Steven (1997) si sono focalizzati sugli sforzi messi in atto dagli assistenti sociali per gestire le emozioni dei genitori con bambini ricoverati in terapia intensiva e, similmente, James (1989) ha esplorato le tecniche che gli infermieri usano per gestire le emozioni legate alla morte dei propri cari nei reparti di cure palliative.

Un concetto meno noto in letteratura che, però, condivide l'interesse di quest'ultimi studi sul rapporto tra processi produttivi e gestione degli stati affettivi è quello di *sentimental work* coniato da Strauss e colleghi (1982; 1985) per definire l'insieme di azioni svolte da chi lavora con «soggetti vivi» e, quindi, ha quotidianamente a che fare con le loro reazioni emotive legate al vissuto della malattia o alle pratiche di cura ricevute. Il concetto di *sentimental work*, sviluppato per comprendere il lavoro svolto nei reparti ospedalieri al fine di rendere collaborativi i pazienti, può essere di diversi tipi: medici e infermieri, per esempio, possono aiutare i pazienti a calmarli durante un'operazione (*composure work*), ricostruire il loro percorso biografico ai fini diagnostici (*biographical work*) o mantenerle consapevoli dell'andamento della malattia (*awareness of context work*). Queste attività si contraddistinguono per la loro ambivalenza, garantendo allo stesso tempo la gestione del benessere psico-fisico dei pazienti e la scorrevolezza dei processi organizzativi e di cura. Infine, più recentemente, all'incrocio tra studi marxisti e femministi, si è diffuso il concetto di *affective labor* coniato dai filosofi e teorici politici Hardt e Negri (2000; 2004) per indicare come gli aspetti relazionali, comunicativi ed emotivi svolgano un ruolo sempre più importante nella produzione di valore. L'*affective labor* porta con sé prodotti intangibili quali la sensazione di agio, soddisfazione e benessere delle persone che usufruiscono di un certo servizio (Hardt e Negri, 2004, 96), collocandosi sia nella sfera del lavoro domestico sia in quella del lavo-

ro salariato. Successivi studi – nati a cavallo tra filosofia, antropologia, sociologia ed economia – hanno adoperato tale concetto per illustrare, da una parte, i mutamenti in atto nelle modalità di accumulazione di capitale economico e, dall'altra, gli effetti di questo cambio di passo sulla sfera valoriale vigente, sull'organizzazione del lavoro e sulla qualità della vita dei singoli (Weeks, 2007; Muehlebach, 2011; Oksala, 2016; Whitney, 2018).

Questa breve panoramica, pur non avendo pretesa di esaustività, ha mostrato come negli ultimi decenni un insieme eterogeneo di studi abbia elaborato strumenti concettuali per spostare il focus di analisi dagli stati emotivi individuali ai modi in cui essi emergono, mutano e si modificano assieme ai processi organizzativi. Il mio lavoro ha come fine principale di unirsi a questo sforzo analitico adottando il concetto di «pratica affettiva» – dall'inglese *affective practice* – e collocandosi al confine tra gli «studi basati sulla pratica» e *affective turn* (si veda Gherardi, 2017; Gherardi *et al.*, 2019).

Citando le parole del filosofo Brian Massumi, *l'affect*¹ si configura come «la capacità di *colpire* ed essere *colpiti*, intese come due facce di uno stesso fenomeno che attraversa posizioni soggettive» (2017, 109; traduzione propria). In linea con l'etimologia latina della parola derivante dal latino *afficere* (impressionare, influenzare), occuparsi di affetto da una prospettiva sociologica significa esplorare i modi attraverso cui in determinati contesti sociali si apprende a provocare e a vivere stati di piacere, dolore, eccitazione. L'affetto, così inteso, permette di ripensare agli stati affettivi in termini processuali e di movimento, prestando attenzione più alle attività attraverso cui questi vengono sollevati che alla loro essenza (Anderson, 2009). Se il concetto di «pratica affettiva» è talvolta declinato al plurale per definire un insieme ben circoscritto di pratiche ad alto contenuto emotivo – per esempio innamorarsi o elaborare un lutto – in questa sede il termine verrà utilizzato piuttosto come una lente per guardare come gli stati affettivi vengono prodotti ed esperiti in pratica nella quotidianità organizzativa (Wetherell, 2012).

Partendo dalla consapevolezza che i modi di intendere e studiare le pratiche sociali sono molteplici e spesso divergenti tra loro, in questa sede si guarderà ad esse come modi stabilizzati di ordinare elementi eterogenei (Suchman, 2000; Gherardi, 2006; Nicolini, 2007). Attraverso le attività, i processi e gli eventi che danno vita a una certa pratica emergono e si ridefiniscono le identità e i ruoli degli attori in gioco, le regole che ne governano l'interazione, così come gli interessi individuali e collettivi (si veda anche Guzman, 2013, 436-437). I legami tra questo modo

1. Nella letteratura che si rifà al cosiddetto *affect turn*, proprio per mantenere una prospettiva dinamica, il termine *affect* viene utilizzato il più delle volte come verbo (*to affect*), anche se si trova frequentemente adoperato come sostantivo (*affects*), per indicare gli stati affettivi che circolano e si espandono in contesti socio-materiali specifici.

di concepire le pratiche sociali e l'*affect turn* sono stati evidenziati con nitidezza da Gherardi (2017, 349), secondo cui questi due filoni, oltre che a condividere un vocabolario comune, sono orientati a una visione distribuita dell'*agency*. Gli stati affettivi, infatti, si configurano come degli ingredienti delle pratiche lavorative, ossia come intensità impersonali che emergono nel corso della quotidianità organizzativa, avvolgendo attori umani e non umani così come gli spazi organizzativi e altre forme di materialità (Anderson, 2009, 161).

Nel lavoro empirico qui presentato ci si concentrerà sulle pratiche di cura emergenti in contesti organizzativi ben definiti – ossia i reparti dedicati ad anziani con demenza – qui intese come «attività che implicano una specifica modalità di trattare tutto ciò che ha a che fare con il bene della persona» (Mol *et al.*, 2010, 13, traduzione propria). Le pratiche di cura sono un esempio esemplificativo di lavoro che coinvolge con particolare forza la dimensione affettiva e sono state prese frequentemente in considerazione dagli studi che hanno animato il dibattito fino a qui ricostruito. Concetti come *emotional labor*, *sentimental work* e *affective labor*, però, si sono contraddistinti per un focus sulle intenzioni dei lavoratori e sulla manipolazione degli stati affettivi degli altri soggetti (siano essi clienti, utenti o soggetti curati), trascurando sia il lato materiale della generazione degli stati effettivi sia la sua natura collettiva, collaborativa e non intenzionale. In questa sede, esplorare la «pratica affettiva» dei reparti dedicati a persone con demenza porterà a soffermarsi sui modi in cui, nel corso della riproduzione delle pratiche di cura, gli stati affettivi vengano continuamente generati, rimodellati, messi in circolazione e riempiti di significato in maniera imprevista e non unidirezionale. L'affetto, da questa prospettiva, sarà concepito quindi come qualcosa che emerge dall'incontro continuo che avviene tra i corpi, spazi, discorsi e conoscenze materiali coinvolti nei processi quotidiani di cura.

3 Una etnografia nei nuclei residenziali per anziani con demenza

Al fine di esplorare il legame tra pratiche lavorative e stati affettivi, in questa sede presenterò alcuni dei risultati provenienti da una ricerca etnografica condotta in prima persona² tra il 2019 e il 2021 in due nuclei residenziali per anziani con demenza (si veda anche Miele, 2021; Miele, 2022). La demenza è un termine ombrello, adoperato per indicare un insieme variegato di patologie, di cui l'Alzheimer è quella più diffusa, che portano alla perdita delle abilità cognitive e dell'autonomia della persona. Agli scopi del presente articolo questi setting organizzati-

2. La ricerca è stata coordinata da Giovanni Boniolo e Federico Neresini, che mi hanno supportato nel lavoro empirico e di analisi. A loro, quindi, va un sincero ringraziamento per avere resa possibile la ricerca.

vi appaiono interessanti in particolare per i cosiddetti «comportamenti sfidanti» – quali aggressività verbale e fisica, camminare afinalistico, agitazione, disinibizione sessuale e disturbi del sonno – intrapresi dai residenti con demenza.

La ricerca da cui è tratto il presente lavoro ha avuto il fine principale di comprendere se nelle strutture dedicate a persone con demenza, contraddistinte da una preparazione specifica degli operatori, vi erano differenze sostanziali nell'organizzazione dei processi di cura rispetto alle residenze sanitarie assistenziali con un'utenza eterogenea. Per questa ragione lo studio ha incluso a fini comparativi anche una terza residenza sanitaria assistenziale in cui, a differenza delle altre due, si trovavano sia residenti con diagnosi di demenza sia residenti con altre problematiche. D'accordo con Glaser e Strauss (1967, 50-51), si sono scelti casi aventi sufficienti elementi in comune da renderli comparabili e, d'altra parte, una «differenza fondamentale» che li separa tra loro. Perciò tutte e tre le strutture appartenevano alla medesima rete di residenze per anziani e si collocavano sul medesimo territorio, differenziandosi principalmente per la condizione di salute dei residenti.

Le tecniche utilizzate sono state l'osservazione partecipante, lo *shadowing*³ degli operatori e le interviste etnografiche. Osservazione e *shadowing* (svolte per un totale di 150 ore) sono state volte a ricostruire i processi di cura – dall'igiene personale fino ai pasti, passando per le rare pause e per le attività di gruppo – prestando particolare attenzione alle strategie di gestione dei momenti di crisi dei pazienti e al loro modo di rappresentare i pazienti e la loro malattia. Le interviste etnografiche al personale (in totale 38) hanno coinvolto le figure dirigenziali, gli psicologi, gli educatori, gli infermieri e i medici delle singole strutture e, poi, operatori non coinvolti nello *shadowing* e aventi gradi di anzianità differenti. Le interviste sono state volte ad approfondire quanto osservato in precedenza e a comprendere, in particolare, quanto le pratiche di gestione dei pazienti e le rappresentazioni costruite attorno ad esse fossero condivise tra il personale.

L'analisi del materiale raccolto è avvenuta seguendo una logica *grounded* (Glaser e Strauss, 1967) ossia costruendo un sistema di categorie concettuali in maniera graduale e induttiva a partire dai dati empirici raccolti. Allo stesso tempo, partendo dalla consapevolezza che la «scoperta» delle categorie è irrimediabilmente intrecciata con la formazione teorica di chi le costruisce (Charmaz, 2006), è necessario notare come la fase di analisi sia stata influenzata dalla mia formazione teorica che si pone a cavallo tra la sociologia dell'organizzazione e la sociologia della salute di stampo costruzionista. Le macrocategorie emerse nel corso dell'analisi sono sta-

3. Lo *shadowing* è una tecnica qualitativa ampiamente utilizzata negli studi organizzativi e consistente nel «seguire come un'ombra» un membro di un'organizzazione, ossia nel trascorrere intere giornate con esso, osservando le sue attività professionali da vicino (Czarniawska, 2007).

te quattro: «curare l'ospite», inerente le attività di cura indirizzate dagli operatori verso le persone con demenza; «rappresentare l'ospite come persona», relativa alle rappresentazioni sociali che emergono attorno all'ospite, definendone i suoi tratti distintivi; «coordinare la cura», che includeva le attività di coordinamento e distribuzione dei compiti interne al reparto; e «lavorare con l'emotività», concentrata sui modi in cui gli stati affettivi degli operatori e degli ospiti venivano interpretati e gestiti. Nel presente lavoro ci si soffermerà sugli stralci di intervista e sugli episodi etnografici raccolti in quest'ultima categoria, concentrandosi esclusivamente sui due nuclei dedicati a persone con demenza.

4 L'affetto in pratica: il caso delle residenze per anziani con demenza

[La situazione che trovi nella residenza] dipende dalla giornata. Da cosa è successo, da... tanti fattori. Che neanche noi riusciamo a sapere [...]. [Per esempio] una signora che di solito magari è tranquilla o rilassata, è molto nervosa. Quindi vuole uscire. Oppure piange. Vuole andare a casa. E quindi ti scompensa tutto il piano. (Educatrice)

Come ben descritto dallo stralcio soprariportato, la demenza rende gli stati affettivi degli ospiti imprevedibili e difficilmente gestibili. Molto spesso tali stati diventano un problema non dei singoli ma dell'intero nucleo, una condizione d'ansia o di aggressività di alcuni ospiti può «contagiare» facilmente sia gli altri residenti sia i lavoratori stessi, rendendo difficile il lavoro di questi ultimi. Per questo insieme di ragioni, come vedremo nelle prossime pagine, lo staff di nucleo – con particolare riferimento agli Operatori Socio Sanitari⁴ (da qui in poi OSS) – è coinvolto continuamente nella «pratica affettiva», sviluppando allo stesso tempo narrazioni volte a dare senso agli eventuali fallimenti conseguiti nel tentare di modificare gli stati affettivi emergenti nei nuclei.

4.1 Il corpo e la parola

Qui ci sono ospiti dove magari devi alzare un po' la voce ed avere un tono autoritario. Con altri no. Con la maggior parte no. Con la maggior parte se non sei calmo tu, io penso che loro lo capiscano. Il tono di voce magari [...] se magari stai a toccarlo troppo, se magari stai a portarlo troppe volte vicino al bagno sottobraccio non va bene. (OSS)

Per gli OSS saper lavorare con i residenti con demenza significa innanzitutto essere consapevoli che con il proprio modo di muoversi, di parlare, di entrare in

4. Gli Operatori Socio Sanitari sono figure impiegate in diversi contesti di cura con il compito di assistere i bisogni primari (igiene, alimentazione, deambulazione, benessere psicologico e sociale) delle persone non completamente autosufficienti.

contatto fisicamente con essi, si può influenzare in maniera cruciale i loro stati affettivi. Nei reparti considerati, un movimento brusco compiuto nel tentativo di girare rapidamente l'anziano sul letto o un tono della voce eccessivamente alto costituiscono modi di usare il corpo inappropriati che rischiano di alterarlo. Parallelamente il corpo, oltre che essere uno strumento di lavoro, viene adoperato al fine di conoscere le condizioni emotive dell'ospite. Capire «con uno sguardo» lo stato d'animo dell'ospite a inizio giornata oppure sentire con il tatto se il suo corpo è rigido o rilassato, sono azioni competenti che permettono ai lavoratori di conoscere gli stati affettivi che coinvolgono gli ospiti in un determinato momento e, allo stesso tempo, di ricalibrare i processi di cura (si veda anche Yakhlef e Essén, 2013). Un ospite agitato, infatti, verrà gestito in maniera differente rispetto a uno reputato «calmo», più incline per esempio ad essere coinvolto in attività di gruppo e ad essere lavato in maniera più rapida. Il saper adoperare in maniera competente il corpo si rivela, ancora una volta, come una condizione necessaria per appartenere a una certa comunità professionale ed essere giudicati come membri esperti all'interno di essa (Strati, 2007).

L'uso del corpo si intreccia continuamente con quello della parola: la componente materiale e quella discorsiva vengono sapientemente miscelate tra loro dallo staff nel tentativo di evitare i comportamenti sfidanti. Gli OSS usano le informazioni incluse nella scheda personale di ogni ospite – relative ai loro affetti, passioni e traumi passati – e apprese nel dialogo informale tra colleghi per capire quali possono essere gli argomenti da mobilitare (e quali no) per entrare in contatto con essi. Parlare di un nipote caro, chiedere del proprio lavoro o del cibo preferito sono modi di dialogare con gli ospiti atti a *colpirli* positivamente, anche se talvolta possono agitarli inavvertitamente. A questo proposito un esempio estremamente esemplificativo e ricorrente si trova nelle *gender performances* (Bruni e Gherardi, 2001) messe in atto dalle operatrici nel corso delle procedure di pulizia dell'ospite:

Finita di sistemare la camera l'operatrice dice «adesso proviamo con Carlo». Prima di andare da Carlo lei mi spiega che a lui piacciono soprattutto le colleghe formose. Ma che oggi «purtroppo» c'è solo lei. Lui è in sala TV, l'operatrice si affianca a lui e con tono gentile e calmo «dai Carlo andiamo di là». Dai dialoghi che si svolgono prima della doccia traspare l'idea che Carlo sia convinto che l'igiene faccia parte di una relazione intima tra lui e l'operatrice, durante la doccia si sente Carlo che esclama «Mi piacerebbe fossi la mia donna». Dopo 5-10 minuti l'igiene è conclusa. L'operatrice esce dalla camera soddisfatta di avere portato a termine il tutto e mi dice tra il serio e il faceto che spera che lui «non sia deluso». Mi dice che lui fa così anche con altre. Poi l'operatrice ritorna in camera di Giovanni e con un tono che sembra quasi sottomesso, come se lei giocasse una parte che a lui sembra piacere, dice «ti ho messo i vestiti sul letto, se ho sbagliato correggimi [l'operatrice è dell'Est Europa] [...] come si dice calze in dialetto? Ho detto giusto?». (Osservazione Villa Rosario)

Nell'episodio etnografico appena riportato emerge come le operatrici, nell'esecuzione della pratica dell'igiene intima, adoperino consapevolmente i loro corpi al fine di compiacere l'ospite – noto per il suo umore facilmente irritabile e per una condotta talvolta aggressiva – e indurlo a collaborare nelle attività di igiene personale. La scelta collettiva di chi deve fare l'igiene al singolo ospite, così come l'uso di un tono di voce dolce, l'accondiscendenza verso l'*avances* dell'ospite e il sottolineare le asimmetrie esistenti tra di loro – si veda il «correggimi se sbaglio» detto da una operatrice di origine straniera al residente italiano di nascita – danno vita a un modo di condurre l'igiene intima che, allo stesso tempo, mette in scena una *femminilità enfaticizzata*. Questo modello di femminilità – culturalmente accettato e caratterizzato da socievolezza, obbedienza e compiacenza sessuale (Connell, 1987, 24; Schippers, 2007) – è solitamente visto come funzionale alla riproduzione delle gerarchie sociali di genere fondate sul dominio maschile e intersecate, in questo caso specifico, con quelle etniche. La riproduzione di una femminilità enfaticizzata, però, in questo caso, permette alle operatrici di ottenere la compiacenza degli ospiti e di interpretare con successo il proprio ruolo di professioniste chiamate a prendersi cura dell'igiene degli ospiti. Il lavoro di cura, d'altra parte, portato avanti dalle operatrici con l'alleanza di modelli di identità di genere culturalmente accettati può produrre stati affettivi indesiderati. Come visto nell'episodio riportato, l'emergere di uno stato di eccitazione sessuale da parte dei residenti e la conseguente delusione per l'allontanamento delle operatrici una volta terminata l'igiene intima, fa emergere nelle operatrici stesse un senso di dispiacere. La «pratica affettiva», perciò, si intreccia con i processi di cura favorendo la circolazione di stati affettivi in parte voluti e in parte incontrollati che coinvolgono sia i residenti sia, in maniera inattesa, le operatrici stesse.

A margine va notato come la messa in pratica di una femminilità enfaticizzata da parte delle operatrici, vi sia un ageismo benevolente⁵ secondo cui i comportamenti degli anziani con demenza sono strettamente legati alla loro patologia. Le operatrici, quindi, sono disposte a mettere in scena un rapporto di coppia fittizio e ad accettare le «*avances*» degli ospiti proprio partendo dall'assunto dato per scontato che le persone con demenza occupano uno status subalterno nella nostra società, caratterizzato dalla mancanza di esprimere volontà, di percepire ciò che avviene «realmente» nel mondo esterno e di agire all'interno di esso (Hillman e Latimer, 2017).

5. L'ageismo, italianizzazione del termine inglese *ageism*, è solitamente definito come un insieme di credenze, atteggiamenti e comportamenti diretti a uno specifico gruppo di persone di una certa età (solitamente giovane o «anziana») da parte del resto della società (si veda in particolare Ayalon e Tesch-Römer, 2017). A contraddistinguere l'ageismo è la sua componente pregiudiziale per cui le caratteristiche di una persona, buone o cattive che siano, vengono definite non in base alla sua condotta o alle sue capacità, bensì alla sua appartenenza a una certa fascia d'età.

4.2 *Gli spazi*

[La prima operatrice ci aiuta] quando li porti a tavola soprattutto. Nei posti a tavola che [...] magari sulle disposizioni. Noi magari ci troviamo nel dare il pranzo e magari le diciamo «secondo me la signora Federica è meglio metterla magari vicino ad una Martina che magari è più capace nel dialogare, nel conversare sì». Se gli metti una che comunque non riesce neanche a percepire ciò che tu dici e non ti risponde, già si innervosisce. (OSS)

Gli OSS si impegnano quotidianamente a riconfigurare lo spazio fisico al fine di gestire gli stati affettivi emergenti nel reparto, ostacolando condotte ritenute pericolose per il benessere dei residenti o incoraggiando quelle considerate positive per quest'ultimo. La trasformazione dello spazio fisico è strettamente intrecciata con le pratiche quotidiane messe in atto dal personale. Un esempio efficace è fornito dall'estratto riguardante la assegnazione dei posti a tavola. In questo caso, il cambiamento della collocazione dei residenti nello spazio fisico può essere considerato una pratica finalizzata a prevenire episodi di aggressione e, al contempo, a consentire l'esecuzione scorrevole dei processi di cura (per esempio, la nutrizione dei residenti). Mentre, quindi, gli OSS preparano i pasti, valutano assieme se e come cambiare il posizionamento degli ospiti, per poi portarli gradualmente in sala da pranzo e dare inizio alla distribuzione dei piatti. Il confronto tra OSS sollecita la condivisione di episodi esemplificativi delle relazioni esistenti tra ospiti nonché delle strategie adoperate per gestire eventuali momenti problematici e, quindi, si intreccia con una (ri)organizzazione degli spazi ritenuta di supporto alla cura e al benessere degli ospiti. Data, però, l'estrema mutabilità dell'umore dei singoli residenti, dei loro sintomi della malattia e delle relazioni di compatibilità e incompatibilità esistenti tra loro, l'accurata progettazione degli spazi spesso dà vita a stati affettivi tutt'altro che desiderabili. Due persone, per esempio, messe vicine tra di loro inquanto più inclini a parlare possono iniziare a discutere animatamente «contagando» con la loro eccitazione il resto degli ospiti, così come una persona solitamente ciarlieria e di buon umore può diventare improvvisamente irascibile causando un effetto a catena di caratteristiche simili. Conseguentemente, gli OSS sono usi ad affermare che «i posti non sono scritti nella pietra» e possono intervenire per separare immediatamente i residenti per poi ripensare l'organizzazione della tavola.

Purtroppo, abbiamo una collocazione [fisica] ancora in qualche modo difettata [...]. Questa è una porta [attualmente scorrevole e che permette agli ospiti di fuggire dal reparto] che non dovrebbe accedere direttamente al nucleo e agli spazi proprio vivi e vissuti dei nostri ospiti [...]. L'augurio grande è che [...] dalla nostra direzione abbiano la lungimiranza e la saggezza per modificare gli spazi. (Psicologa)

Gli spazi non sono solo plasmati dalle pratiche lavorative riprodotte quotidianamente dai lavoratori, ma anche da quelle di *budgeting* che, a loro volta, appaiono interconnesse con la definizione degli obiettivi organizzativi. In particolare, in un'epoca caratterizzata dal sottofinanziamento cronico delle strutture di cura di lunga degenza e dalla cosiddetta *marketization* della cura (Birgit Pfau-Effinger e Rostgaard, 2011), i contesti organizzativi considerati sono costruiti attorno agli obiettivi di efficienza economica e produttività, utilizzando il budget per aprire nuove strutture piuttosto che migliorare la qualità di quelle esistenti. La ritrosia a investire ingenti risorse economiche per rimodellare radicalmente gli spazi dei reparti sembra favorire la permanenza di pratiche coercitive. È questo quello che succede, per esempio, nella gestione del *wandering* – traducibile in italiano con «vagabondaggio» –, etichetta utilizzata in campo clinico per definire il camminare afinalistico che spesso caratterizza le persone con demenza. Se diversi studi hanno evidenziato come questo agire possa dare sensazioni positive e indurre i pazienti alla calma, l'assenza di infrastrutture materiali che permettano la loro conduzione senza rischi per loro facilita la soluzione di pratiche coercitive atte a impedire agli ospiti di camminare fino allo stremo e/o disturbando gli altri residenti (si veda Miele, 2022). Queste pratiche portano paradossalmente alla permanenza di stati emotivi negativi – gli ospiti, per esempio, possono alterarsi ulteriormente se costretti a stare seduti sulla sedia a rotelle o se messi a letto senza la possibilità di muoversi – e alla conseguente eventualità che questi inneschino reazioni a catena all'interno dei nuclei.

La produzione degli spazi fisici dei nuclei è intrecciata, quindi, a doppio filo con le pratiche di cura quotidiane dei reparti e con quelle di *budgeting*. L'organizzazione degli spazi così emergente appare un compromesso tra i limiti economici imposti dal management e gli obiettivi di cura quotidianamente perseguiti dallo staff (es. dare i pasti agli ospiti, evitare che questi nuocciano a sé stessi e agli altri). I tentativi, però, di organizzare i processi e i luoghi della cura al fine di prevenire l'emergere di stati affettivi potenzialmente disturbanti spesso danno vita ad effetti imprevisibili a cui può seguire una riorganizzazione degli spazi e delle pratiche ad esse legate.

4.3 La comunità

Nella periodica riunione di nucleo, la psicologa di nucleo chiede agli OSS quali siano le emozioni che loro provano quotidianamente. Non ricevendo risposte spontanee, domanda ad una OSS se può chiedere a lei di rispondere. Lei risponde «provo grandissima tristezza, penso alla loro vita come poteva essere e com'è adesso. Io sembro quasi una buffona quando lavoro. Io invece alleggerisco me e alleggerisco gli altri. Io ho un atteggiamento naturale, come se non fossero malati. Loro secondo me ne hanno bisogno. Hanno bisogno di qualcuno che dica “va tutto bene” se sono tristi, che li abbracci e dica “va tutto bene”. (Osservazione)

Le pratiche di cura riprodotte attorno ai residenti con demenza facilitano l'emergere di comunità lavorative composte, *in primis*, dagli OSS – i più presenti in termini numerici e di impegno temporale – a cui si affiancano altre figure professionali quali infermieri, psicologi, fisioterapisti, assistenti sociali e, infine, manageriali. Come evidenziato dallo stralcio sopra riportato, gli stati psicofisici alterati e dolorosi che caratterizzano la vita di molte persone affette da demenza «contagiano» gli OSS invitandoli ad agire per modificarli. L'affetto nelle sue diverse forme ancora una volta dimostra di esercitare potere sugli attori umani dandogli la capacità e, d'altra parte, l'urgenza di agire (Gherardi, 2019, 751): nel caso soprariportato l'operatrice si sente colpita nel profondo dal declino complessivo della vita degli ospiti e agisce al fine di trasmettergli allegria. La verbalizzazione del lato affettivo della vita organizzativa va di pari passo con la formulazione, la trasmissione e il raffinamento delle pratiche di cura. Queste vengono apprese dai nuovi membri dei nuclei innanzitutto attraverso processi imitativi in cui sono coinvolti i cosiddetti lavoratori «novizi» e i lavoratori più esperti e riconosciuti all'interno della comunità stessa. L'apprendimento per imitazione riguarda innanzitutto gli aspetti taciti e difficilmente verbalizzabili del lavoro (si veda Gherardi e Miele, 2018, 157-160), che, però, come visto in precedenza, appaiono fondamentali nella quotidianità delle strutture considerate. Talvolta, alcuni degli OSS più esperti vengono utilizzati come *knowledge broker* (Meyer, 2010) da parte della direzione, venendo formati dagli psicologi di nucleo con il fine esplicito di incorporare del sapere codificato, afferente al campo della psicologia clinica, nella pratica quotidiana.

Una residente si lamenta con la prima operatrice in maniera decisa del fatto che l'operatrice tirocinante non le ha dato niente da mangiare a colazione, nonostante di fronte all'ospite ci siano evidentemente i residui del cibo. La prima operatrice scuote la testa e dice «com'è possibile?» – e verso la tirocinante [guardandola con un malcelato sorriso divertito]. «Disgraziata!!!! Adesso ti diamo la colazione!» e prende una nuova porzione di quello che sembra essere latte cacao e cereali. E poi ancora «questa disgraziata!!» mentre la signora continua a lamentarsi. (Osservazione)

Per quanto riguarda la «pratica affettiva», le occasioni di apprendimento quotidiane sono molteplici e il primo stralcio riportato ne è soltanto un esempio. Nel caso descritto, la prima operatrice mostra a una tirocinante come trattare gli ospiti nel caso in cui questi si alterino e avanzino pretese durante il momento della colazione. Ciò che mette in pratica l'operatrice anziana è quello che gli psicologi di nucleo chiamano «convalida della realtà del paziente» (si veda anche Brooker, 2003, 217-218), ossia l'accettazione della rappresentazione della realtà del residente anche quando lontana da quella delle persone «sane». Il fine esplicito è quello

di evitare che, di fronte alla negazione della sua prospettiva e delle sue conseguenti richieste, la persona con demenza si alteri ulteriormente, rischiando di portare all'agitazione gli altri residenti e di affaticare ulteriormente gli OSS. Gli insegnamenti provenienti dagli OSS esperti e da parte degli psicologi a capo dei singoli nuclei vengono tradotti in pratica dagli operatori in modi talvolta reputati insoddisfacenti dai primi nonché dai colleghi. Quando ciò avviene le narrazioni che circolano nelle residenze hanno caratteristiche comuni che sono ben esemplificate nei seguenti stralci.

La capacità di rapportarti con gli ospiti, comprenderne e gestire le emozioni, l'acquisisci con il tempo. Io ho un'età abbastanza avanzata. Sono mamma, sono nonna. I passaggi ci sono. Non posso pretendere che una ragazza di trent'anni o quaranta la pensi come me. (Prima Operatrice)

Durante il turno di notte, finito il giro del piano dopo qualche minuto le due operatrici torneranno sul caso di una collega che dopo un periodo di crisi se n'è andata. Dal racconto emerge come la fuoriuscita della collega sembra essere stato l'ultimo atto di «mesi di assenteismo e malattia», intervallati da crisi e pianti sul luogo di lavoro. Una delle due operatrici commenta in maniera critica «datti una regolata... fatti cambiare struttura... e invece...». (Osservazione)

Nel primo stralcio, un'operatrice esperta riconduce la capacità di agire o meno come un buon operatore a caratteristiche del singolo quali età, ruolo familiare e, implicitamente, il genere, altre qualità frequentemente utilizzate nei nuclei considerati sono la «sensibilità» o la «vocazione». Nel secondo stralcio, si ha un esempio di una vera e propria *storia di guerra* (Orr, 1996) riguardante una collega che ha perso il controllo delle proprie emozioni e che viene stigmatizzata in quanto incapace di «darsi un contegno» sul luogo di lavoro e di risolvere autonomamente la sua situazione di crisi, nella fattispecie chiedendo di essere trasferita. Tali narrazioni sembrano avere un importante punto in comune: trasformano la gestione dell'affetto in una questione individuale (si veda anche Bellè *et al.*, 2014). Ciò avviene, paradossalmente, nonostante frequentemente il personale evidenzi come la «pratica affettiva» sia qualcosa che si può acquisire attraverso il contatto con i colleghi più esperti o tramite apposite occasioni formative offerte dai vertici organizzativi. In questo modo, l'organizzazione viene implicitamente assolta dal prendersi carico degli eventuali effetti negativi derivanti dall'azione degli OSS, conseguentemente quando l'operatore è ritenuto non adatto viene generalmente spostato in un altro reparto reputato meno impegnativo dal punto di vista emotivo.

5 Conclusioni

Diversamente da quanto concettualizzato dai filoni di studi che fino ad ora si sono occupati del rapporto tra pratiche lavorative ed emotività – si vedano gli studi sorti attorno ai concetti di *emotional labor* (Hochschild, 1983), *sentimental work* (Strauss *et al.*, 1982; 1985), *affective labor* (Hardt e Negri, 2000; 2004) – il background teorico adottato nel presente contributo ha permesso di soffermarsi sugli aspetti collettivi, collaborativi e non intenzionali che caratterizzano la generazione degli stati affettivi nelle organizzazioni lavorative. Come mostrato nel corso del lavoro, stati affettivi quali agitazione, tristezza, aggressività emergono e si diffondono in maniera imprevedibile nel corso della vita quotidiana delle residenze considerate. Data la potenziale minaccia costituita da questi stati per il benessere degli ospiti e per la riproduzione delle pratiche di cura, quest'ultime vengono continuamente raffinate al fine di prevenirli o, in caso, di ridurne l'intensità. In pratiche di cura quotidiane, come l'igiene intima o la distribuzione dei pasti, elementi eterogenei – quali, per esempio, i corpi e le conoscenze professionali degli OSS, le parole pronunciate da questi verso i residenti, nonché gli spazi fisici abitati da questi attori e il budget economico dei singoli reparti – entrano in connessione tra loro in modi cangianti al fine di gestire gli stati affettivi emergenti. I corpi e le parole degli OSS possono divenire elementi indispensabili per mettere in scena identità di genere attraenti o conversazioni conviviali con i residenti, per poi in un secondo momento dare vita a pratiche coercitive che limitano la libertà degli stessi. Nonostante gli sforzi compiuti da operatori e altre figure professionali interne alle organizzazioni coinvolte per riorganizzare le pratiche di cura e i loro elementi caratteristici attorno agli stati affettivi emergenti nelle residenze – mirando a prevenirli o a cambiarli se ritenuti pericolosi – questi circolano e mutano in modi spesso imprevedibili, coinvolgendo anche il personale oltre ai residenti. Quando questo avviene, le narrazioni organizzative prodotte trasformano la gestione dell'affetto da una questione collettiva – tematizzata, appresa e prodotta in maniera collaborativa – a una individuale, imputabile alle caratteristiche e alle capacità dei singoli operatori. Attraverso tali narrazioni, gli assetti gerarchici e lavorativi dei singoli reparti possono essere preservati, assolvendo l'organizzazione dal doversi prendere carico degli effetti imprevisi derivanti dalla circolazione di intensità affettive potenzialmente dirompenti. Il lavoro presentato, quindi, si è contraddistinto per guardare alle emozioni, ai sentimenti e ad altri stati affettivi come qualcosa che emerge e viene messo in circolazione attraverso pratiche collettive sostenute da attori umani ed elementi non umani. In questo processo – allo stesso tempo sociale e materiale, individuale e collettivo – le intensità affettive evolvono in maniera imprevedibile assieme alle pratiche lavorative, coinvolgendo i lavoratori in un continuo reindirizzamento dei processi organizzativi.

Riferimenti bibliografici

- Anderson, B. (2009). Affective atmospheres. *Emotion, Space and Society*, 2(1), 77-81.
- Ayalon, L. e Tesch-Römer, C. (2017). Taking a closer look at ageism: Self-and other-directed ageist attitudes and discrimination. *European Journal of Ageing*, 14, 1-4.
- Bellè, E., Bruni, A. e Poggio, B. (2014). L'emotività al lavoro: tra emotional labour e sentimental work. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 55(4), 651-676.
- Brooker, D. (2003). What is person-centred care in dementia?. *Reviews in Clinical Gerontology*, 13(3), 215-222.
- Bruni, A. e Gherardi, S. (2001). Omega's story: the heterogeneous engineering of a gendered professional self. In Dent M. e Whitehead S. (a cura di). *Knowledge, Identity and the New Professional* (174-198). Londra: Routledge.
- Charmaz, K. (2006). *Constructing Grounded Theory. A Practical Guide through Qualitative Analysis*. Londra: Sage.
- Connell, R.W. (1987). *Gender and Power: Society, the Person and Sexual Politics*. Stanford: Stanford University Press.
- Czarniawska-Joerges, B. (2007). *Shadowing: And other techniques for doing fieldwork in modern societies*. Copenhagen Business School Press DK.
- Gherardi, S. (2006). *Organizational Knowledge: The Texture of Workplace Learning*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Gherardi, S. (2017). One turn... and now another one: Do the turn to practice and the turn to affect have something in common?. *Management Learning*, 48(3), 345-358.
- Gherardi, S. e Miele, F. (2018). Knowledge management from a social perspective: The contribution of practice-based studies. In Syed J., Murray P.A., Hislop D. e Mouzoughi Y. (a cura di). *Palgrave Handbook of Knowledge Management* (151-176). Cham: Palgrave.
- Gherardi, S., Murgia, A., Bellè, E., Miele, F. e Carreri, A. (2019). Tracking the socio-material traces of affect at the crossroads of affect and practice theories. *Qualitative Research in Organizations and Management: An International Journal*, 14(3), 295-316.
- Glaser, B.G. e Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Londra: Weindenfeld and Nicolson (trad. it. *La scoperta della Grounded Theory. Strategie per la ricerca qualitativa*. Roma: Armando Editore, 2009).
- Guzman, G. (2013). The grey textures of practice and knowledge: review and framework. *European Business Review*, 25(5), 429-452.
- Heimer, C.A. e Stevens, M.L. (1997). Caring for the Organization. Social Workers as Frontline Risk Managers in Neonatal Intensive Care Units. *Work and Occupations*, 24, 133-163.
- Hillman, A. e Latimer, J. (2017). Cultural representations of dementia. *PLoS Medicine*, 14(3), e1002274.
- Hochschild, A.R. (1983). *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- James, N. (1989). Emotional Labour: Skill and Work in the Social Regulation of Feelings. *The Sociological Review*, 37, 15-42.
- Massumi, B. (2017). *The principle of unrest: Activist philosophy in the expanded field*. Londra: Open Humanities Press.
- Meanwell, E., Wolfe, J.D. e Hallett, T. (2008). Old paths and new directions: Studying emotions in the workplace. *Sociology Compass*, 2(2), 537-559.
- Meyer, M. (2010). The rise of the knowledge broker. *Science Communication*, 32(1), 118-127.
- Miele, F. (2021). *Anziani, salute e società. Politiche di welfare, discorso pubblico e cura quotidiana*. Bologna: il Mulino.

- Miele, F. (2022). On the persistence of coercive practices in dementia treatment. When plans, spaces, and discourses matter. *Rassegna Italiana di Sociologia*, 63(4), 853-877.
- Mol, A., Moser, I. e Pols, J. (a cura di) (2010). *Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*, 1ª ed., Vol. 8. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Muehlebach, A. (2011). On affective labor in post-Fordist Italy. *Cultural Anthropology*, 26(1), 59-82.
- Negri, A. e Hardt, M. (2000). *Empire*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Negri, A. e Hardt, M. (2004). *Multitude: War and Democracy in the Age of Empire*. Londra: Penguin.
- Nicolini, D. (2007). Stretching out and expanding work practices in time and space: The case of telemedicine. *Human Relations*, 60(6), 889-920.
- Oksala, J. (2016). Affective labor and feminist politics. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 41(2), 281-303.
- Orr, J.E. (1996). *Talking about machines: An ethnography of a modern job*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Pfau-Effinger, B. e Rostgaard, T. (2011). *Care between work and welfare in European societies*. Basingstoke, Hampshire New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Schippers, M. (2007). Recovering the feminine other: Masculinity, femininity, and gender hegemony. *Theory and Society*, 36, 85-102.
- Strati, A. (2007). Sensible knowledge and practice-based learning. *Management Learning*, 38(1), 61-77.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. e Wiener, C. (1982). Sentimental work in the technologized hospital. *Sociology of Health & Illness*, 4(3), 254-278.
- Strauss, A., Fagerhaugh, S., Suczek, B. e Wiener, C. (1985). *Social organization of medical work*. Chicago: University of Chicago Press.
- Suchman, L. (2000). Embodied practices of engineering work. *Mind, Culture, and Activity*, 7(1-2), 4-18.
- Weeks, K. (2007). Life Within and Against Work: Affective Labor, Feminist Critique, and Post-Fordist Politics. *Ephemera: Theory & Politics in Organization*, 7(1), 233-249.
- Wetherell, M. (2012). Affect and emotion: A new social science understanding. *Affect and Emotion*, 1-192.
- Whitney, S. (2018). Byproductive labor: A feminist theory of affective labor beyond the productive-reproductive distinction. *Philosophy & Social Criticism*, 44(6), 637-660.
- Yakhlef, A. e Essén, A. (2013). Practice innovation as bodily skills: The example of elderly home care service delivery. *Organization*, 20(6), 881-903.