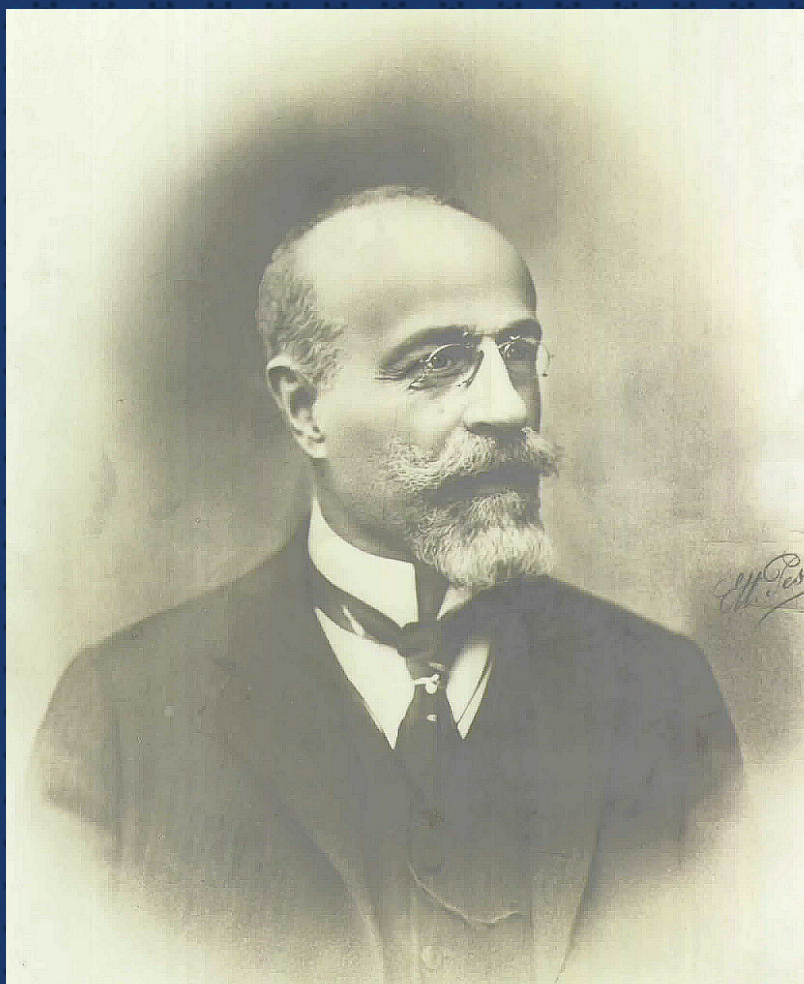


AM



53 / giugno 2022

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA
FONDATA DA TULLIO SEPPILLI



In copertina una fotografia del medico napoletano Enrico De Renzi (1839-1921). Il file immagine è tratto da Wikipedia *online* al seguente link: https://it.wikipedia.org/wiki/File:Enrico_de_renzi.jpg.



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di “longevità”, risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.



Rivista della Società italiana di antropologia medica
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by
Tullio Seppilli

Biannual open access peer-reviewed online Journal

53

giugno 2022
June 2022



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

Direttore

Giovanni Pizza, Università di Perugia

Comitato di redazione

Roberto Beneduce, Università di Torino / Donatella Cozzi, vicepresidente della SIAM, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della SIAM / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Chiara Moretti, Università di Bologna / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della SIAM, Sapienza Università di Roma / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Torino / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

Comitato scientifico

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Comitato tecnico

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguaplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

Editor in chief

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

Editorial Board

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the SIAM, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the SIAM, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Chiara Moretti, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the SIAM, Sapienza Università di Roma, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Torino, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

Advisory Board

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Masseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

Technical Board

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguaplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

*Editoriale*
Editorial

- 9 Giovanni Pizza
AM 53: un nuovo numero “miscellaneo”
AM 53: A New “Miscellaneous” Issue

Saggi

- 11 Elisabetta Moro
Miseria e sanità. Analisi dello studio medico-etnografico del 1861 L'alimentazione del popolo minuto a Napoli di Errico De Renzi
Poverty and Health: Analysis of the 1861 Medico-Ethnographic Study L'alimentazione del popolo minuto a Napoli by Errico De Renzi
- 43 Roberto Campos-Navarro, Antonella Fagetti
“¿Dónde estará atrapado su espíritu?” Una revisión histórica y etnográfica (1900-2021) de las características estructurales de la pérdida del espíritu entre los mazatecos de Oaxaca, México
“Where Might This Person’s Spirit Be Trapped?” An Ethnographic and Historical Review (1900-2021) of the Structural Characteristics of Spirit Loss among the Mazatec People of Oaxaca, Mexico

Ricerche

- 73 Ariele Di Mario
“Sarà stato veramente il Passante?” Expertise ed esperienza vissuta degli attivisti contrari al progetto di allargamento del Passante autostradale di Bologna
“Was It Really the Passante?” Expertise and Experience of Activists Opposed to the Enlargement Project of the Passante Highway of Bologna
- 103 Leonardo Garizzo
La violenza negli ospedali veneti durante la pandemia
Workplace Violence in Hospitals in the Veneto Region During the Pandemic
- 135 Andrea Scartabellati
Immagini mediche fin-de-siècle. Silvio Tonnini (1858-1928) tra epilessia, degenerazione e delinquenza
Fin-de-Siècle Medical Images: Silvio Tonnini (1858-1928) between Epilepsy, Degeneration and Delinquency

*Note, Interventi,
Rassegne*

- 167 Giorgio Brocco
*Nuove e vecchie influenze. Antropologia medica e gli
approcci post- e decoloniali*
*New and Old Influences: Medical Anthropology and
Post- and Decolonial Approaches*

Recensioni

Virginia De Silva, *Come nascono dei genitori /
How Parents Are Born* [Corinna Sabrina Guerzoni,
*Sistemi procreativi. Etnografia dell'omogenitorialità
in Italia*], p. 197 • Marcela Perdomo, *Ode to Ecstatic
Experience / Ode all'esperienza estatica* [Paolo Pecere,
Il Dio che Danza. Viaggi, Trance e Trasformazioni],
p. 202 • Andrea F. Ravenda, *Multispecie, salute e
ambiente in crisi. Prospettive di antropologia medica /
Multispecies, Health, and the Environmental Crisis.
Medical Anthropology's Perspectives* [Anna Tsing,
Heather Swanson, Elaine Gan, Nils Bubant (eds.),
*Art of Living in Damaged Planet. Ghosts and Monsters
of the Anthropocene*; Enzo V. Alliegro, *Out of Place Out
of Control. Antropologia dell'ambiente-in-crisi*; Jens
Seeberg, Andreas Roepstorff, Lotte Meinert, *Biosocial
World. Anthropology of Health Environments Beyond
Determinism*], p. 209 • Alberto Simonetti, *Dalla crisi
al pensiero. Hegel tra medicina e filosofia / From Crisis
to Thought. Hegel between Medicine and Philosophy*
[Fulvio A. Iannaco, *Hegel in viaggio da Atene a Berlino.
La crisi di ipocondria e la sua soluzione*], p. 222.

Editoriale

AM 53: un nuovo numero “miscellaneo”

Giovanni Pizza

Università di Perugia
[giovanni.pizza@unipg.it]

AM 53 è un nuovo numero a carattere “miscellaneo”: anche se alcuni articoli hanno un tono storiografico e parlano di uno stesso secolo, l'Ottocento, ciò non è stato concertato e non si configura dunque come sezione monografica.

Il numero si apre con due saggi.

Denso di spunti interessanti è lo scritto di Elisabetta Moro su Enrico De Renzi che giunge a toccare la questione dell'unificazione del nostro Paese: l'Italia. In maniera molto concreta e suggerendo numerose piste che meritano di essere in futuro ulteriormente esplorate, il testo tocca una questione centrale: l'attenzione alle popolazioni povere, che tanto influenzerà le antropologie mediche contemporanee, nasce nell'Ottocento. Questo scritto di Moro ha ispirato anche la copertina dove campeggia un'immagine fotografica del medico ottocentesco napoletano.

Un secondo saggio molto importante è quello di Roberto Campos-Navarro e Antonella Faggetti, esponenti dell'antropologia medica in Messico ed esperti del rapporto tra antropologia e storiografia. Lo scritto documenta la continuità nel tempo, dalla fine del XIX secolo a oggi, ovvero le permanenze formali, della nozione di “perdita dello spirito”, ben radicata in antropologia medica.

Seguono le ricerche italianiste di Ariele de Mario, di Leonardo Garizzo e di Andrea Scartabellati, uno scritto etnografico su uno dei più avanzati temi dell'antropocene in antropologia medica (l'inquinamento atmosferico nella città di Bologna), un lavoro sulla violenza negli ospedali durante la pandemia, un nuovo studio antropologico su una figura della storia medico-psichiatrica italiana di fine Ottocento.

Con questo numero offriamo la possibilità di esplorare da vicino e da lontano un secolo “lungo”, così importante per l’antropologia e la storia della medicina in Italia e in Europa. L’Ottocento sembra erodere il Novecento, il secolo ormai trascorso (quello che in uno studio di Eric Hobsbawm, storico britannico vicino all’antropologia, fu chiamato “il secolo breve”).

Beninteso, la storia fatta dalle antropologhe e dagli antropologi ha un che di diverso da quella prodotta dalle/i professioniste/i della storiografia: nel nostro caso, infatti, essa è condotta soprattutto come etnografia storico-sociale, storico-culturale e storico-politica.

Prima delle recensioni poi, in questo numero 53, pubblichiamo nella rubrica *Note, Interventi, Rassegne* un articolo di Giorgio Brocco sull’antropologia medica post- e decoloniale che di fatto anticipa i temi che toccheremo nella sezione monografica del volume successivo a questo, che non sarà miscellaneo, ma avrà una sezione monografica curata da Roberto Beneduce e da me.

Tuttavia, non voglio anticipare altre notizie su ciò che faremo.

Chiudo dunque subito questo brevissimo editoriale del n. 53 con i miei vivi ringraziamenti e saluti a tutte/i.

La violenza negli ospedali veneti durante la pandemia

Leonardo Garizzo

Università di Padova

[leonardo.garizzo@studenti.unipd.it]

Abstract

Workplace Violence in Hospitals in the Veneto Region During the Pandemic

Workplace violence is a phenomenon that has been growing for some time, as evidenced by the complaints and appeals of various national and international institutions. In this historical period characterized by the pandemic, through the interviews collected in some hospitals in the Veneto region, it was possible to investigate the working conditions of health workers, at the same time victims of violence against them and struggling with a disease that has greatly affected the crisis of the National health system.

Keywords: violence, hospitals, health workers, pandemic, Covid-19

Segnali d'allarme

Nel 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha rivolto un particolare appello ai governi, alle organizzazioni dei datori di lavoro e ai sindacati, nonché alla comunità globale tutta, affinché venissero adottate urgenti misure per «rafforzare le capacità delle Nazioni di proteggere la salute sul lavoro e la sicurezza degli operatori sanitari». Questa problematica dovrebbe essere espressamente richiamata e stigmatizzata attraverso messaggi chiave e azioni auspicabili da intraprendere. Infatti, l'OMS sottolinea come gli operatori sanitari siano ad alto rischio di violenza in tutto il mondo. Di questi «dall'8% al 38% nel corso della propria carriera subiranno violenze fisiche». Molti altri, continua la nota «sono minacciati o esposti all'aggressione verbale e allo stigma sociale a causa del loro lavoro»¹. La denuncia dell'OMS proseguiva dichiarando:

nella crisi da Covid-19, la carenza di personale e risorse e le crescenti tensioni sociali, sembra che possano provocare un aumento del livello di violenza

contro gli operatori sanitari [...] medici, infermieri, personale di sicurezza e tutti coloro impegnati nei test, nel rintracciamento dei contatti o nell'adozione delle misure di allontanamento fisico per fermare il Covid-19.

Negli Stati Uniti, specialmente per gli infermieri che lavorano nei reparti di area critica (Pronto Soccorso e 118) ma non solo, il fenomeno delle aggressioni, vista la sua continua crescita, è ritenuto allarmante anche per i deleteri impatti organizzativi che la violenza sul posto di lavoro può causare (basso morale dei lavoratori, aumento dello stress da lavoro, aumento del turnover, problemi di fiducia tra la dirigenza e lo staff dei collaboratori): un ambiente stressante può avere delle ricadute economiche che riguardano sia responsabili che lavoratori². A riprova di tale preoccupazione il fenomeno viene denunciato e condannato praticamente da tutte le maggiori associazioni infermieristiche: l'ENA (Emergency Nurses Association), l'ICN (International Council of Nurses), l'AACN (American Association of Critical Care Nurses) e l'ANA (American Nurses Association)³. Quest'ultima, durante un congresso dei delegati svoltosi nel 2006, raccogliendo le denunce espresse dalle altre organizzazioni e cercandone una sintesi, oltre a invocare protezione (sotto forma di anonimato) per gli infermieri che volevano segnalare un abuso, chiedeva anche che questo (preoccupante) problema rientrasse nelle agende legislative statali (RAY 2007). Il documento finale approvato dall'assemblea arrivava a condannare

gli abusi e le molestie nei confronti degli infermieri in associazioni professionali e in tutti gli ambienti di lavoro in cui gli infermieri praticano, inclusi abusi e molestie in base all'età, al colore della pelle, al credo religioso, alla disabilità, al sesso, allo stato di salute, allo stile di vita, alla nazionalità, alla razza, alla religione o all'orientamento sessuale⁴.

Questo lavoro di ricerca ha voluto verificare se durante il periodo pandemico tali appelli, lanciati tanto dalle organizzazioni di categoria quanto da alcune istituzioni internazionali, potevano trovare un effettivo riscontro. Il caso di studio si è concentrato nei nosocomi della regione Veneto, cercando di raggiungere tutti i capoluoghi di provincia. Nonostante un buon effetto "palla di neve", che consente di trovare casi rilevanti ai fini dell'indagine attraverso il passa-parola (BOISSEVAIN, MITCHELL 1973), non è stato possibile raggiungere operatori delle province di Belluno e Verona. Tra aprile e settembre 2021 sono state intervistate 18 persone (5 a Padova, 4 a Vicenza, 5 a Venezia, 2 a Rovigo e 2 a Treviso), 13 delle quali erano donne. Si è cercato di coinvolgere soggetti con diversi ruoli professionali: dal medico chirurgo al tecnico di laboratorio, dagli infermieri di reparto e del Pronto Soccorso, al loro responsabile. Le età vanno dalla giovane infermiera di 22 anni da

poco assunta, ai 62 dell'anestesista ormai prossima alla pensione. Anche se il tema principale riguardava la violenza, sono emersi svariati argomenti (dalla questione di genere a quella retributiva/salariale, per arrivare anche a eventuali migliorie da apportare al Ssn). La durata media delle interviste si aggira attorno ai 70 minuti, con uno scarto di più o meno 5 minuti. L'unica eccezione riguardo la lunghezza (2 ore e 30 minuti) è dovuta alla presenza di due amiche, una chirurga e l'altra infermiera, ascoltate contemporaneamente. L'intervista è stata condotta in modo dialogico, come fosse una danza, un rituale dove la conoscenza è «qualcosa di generato insieme, entro una relazione» (LA MENDOLA 2009: 16), dove «puntare direttamente alla raccolta di informazioni è controproducente... [poiché] non induce alla narrazione, al racconto di sé... [e non si comprende] la cornice di senso entro cui le informazioni prendono vita» (*ivi*: 31). Per realizzare questo tipo di intervista è necessario creare una dinamica relazionale dove le differenze, rispettate e valorizzate, permettono di entrare in contatto con l'altro. Per l'intervistatore sono essenziali centratura e apertura: chi conduce la "danza" deve essere ben centrato nel suo ruolo, saper ascoltare se stesso, fare attenzione alle (proprie) mosse comunicative – a partire dall'invito fino alla conclusione e restituzione dei risultati e/o della trascrizione dell'intervista –, e al contempo deve essere aperto all'ascolto dell'altro, della sua differenza, e sostenerlo nella narrazione. Così, grazie al fluire libero del discorso, prendono forma «rappresentazioni di esperienze» e «rappresentazioni di relazioni» (*ivi*: 51), non tipizzazioni o valutazioni. Una volta terminate le interviste si è proceduto alla loro trascrizione. Seguendo quello che viene definito l'approccio "grounded" (GLASER, STRAUSS 2009) si è lasciato che le rappresentazioni emergessero e potessero così essere elaborate in un secondo momento. Successivamente, si è utilizzato un software di analisi qualitativa (MAXQDA⁵) per avere dei riferimenti codificati e poter effettuare un confronto sulle particolari tematiche analizzate.

Definizioni di violenza

Definire scientificamente il concetto di violenza risulta un'impresa ardua. Infatti, a sottolineare le sfaccettature che il termine può assumere nei diversi ambiti e contesti, il sostantivo può essere seguito da vari aggettivi (verbale, psicologica, simbolica), per specificare il modo nel quale la violenza viene agita. Il dizionario delle scienze sociali, segnalandone la complessità e i tratti controversi, definisce la violenza come: «ogni aggressione fisica nei confronti di esseri umani, portata avanti con intenzione di causare loro

danno, pena o sofferenza» (JEDLOWSKI *et al.* 1997: 713). Lo stesso dizionario pone poi l'accento su altri aspetti ritenuti interessanti, ad esempio l'intenzionalità dell'atto (un chirurgo che causa sofferenza al paziente per curarlo), l'uso legittimo – da parte dello Stato – o illegittimo della violenza e infine viene citata anche la violenza psicologica, dove l'aspetto dell'aggressione fisica non è più determinante.

Un'ulteriore tipologia di violenza, che «determina le modalità in cui le risorse – cibo, medicine, ma anche affetti – sono allocate e vissute» (FARMER 2006: 39), e produce povertà (estrema), malattie (tubercolosi e AIDS) e mortalità infantile, è la violenza strutturale, le cui cause risiedono nelle disuguaglianze sociali ed è «espressione naturale di un ordine politico ed economico che sembra vecchio come la schiavitù. Questa rete sociale di sfruttamento, [...] è da tempo un fenomeno globale, almeno nella sua estensione» (*ivi*: 44). Beneduce ci ricorda come la violenza appartenga alle naturali emozioni umane (ARENDT 1969) aggiungendo che

il modo in cui noi oggi parliamo o scriviamo della violenza non può [...] ignorare il rapporto fra le sue espressioni più raccapriccianti (lo sterminio di popoli e minoranze, i genocidi) e gli eventi fondatori della modernità stessa (il colonialismo, in primo luogo) (BENEDEUCE 2008: 7).

Sempre Beneduce, al fine di trovare l'origine della violenza, riflette su certi parallelismi storici che vorrebbero trovare un denominatore comune a eventi simili occorsi in epoche diverse:

l'analisi storica e antropologica delle singole vicende ammette solo a certe condizioni congiunzioni tra epoche, soggettività e contesti sociali radicalmente distinti. [...] Le mie considerazioni vogliono sottolineare la necessità di non dare per scontato che eventi diversi possano trovare sempre un'interpretazione comune in virtù della loro comune espressione (la violenza, il lavoro forzato, lo sterminio, la tortura) (*ivi*: 8).

Per questo motivo la comprensione della violenza, da un punto di vista antropologico,

esige [...] strategie di crescente "definizione" teorica consapevoli della loro provvisorietà e parzialità, e sinergie disciplinari che permettano di cogliere i dinamismi e le congiunture storiche, economiche e morali che ne determinano l'emergere e le forme (*ivi*: 11).

Le cause che originano la violenza vanno indagate, ma gli elementi che favoriscono le condizioni di riproduzione di quelle cause, vanno tenuti altrettanto debitamente in considerazione se si vuole analizzare e comprendere la questione in profondità. Ciò detto, sarebbe meglio specificare il settore all'interno del quale si vuole indagare la violenza. Potrebbe essere quello

casalingo, tra coniugi ad esempio, oppure quello di strada, tra gruppi rivali per il controllo del territorio. Nel nostro caso il fenomeno viene indagato riferendosi al luogo di lavoro (*workplace*), prendendo in considerazione il punto di vista della vittima, ovvero del soggetto che ha subito la violenza in una qualche sua forma.

Nel 2003 l'Organizzazione Internazionale del Lavoro (ILO), ha dato la seguente definizione della violenza sul luogo di lavoro (qui intesa come *workplace violence*): «ogni atto, incidente o comportamento che non sia ragionevole o accettabile e dal quale una persona viene aggredita, minacciata, umiliata o ferita da un altro, come risultato diretto dello svolgimento della propria attività professionale»⁶.

Un anno prima la stessa ILO aveva lanciato un allarme sul fatto che la violenza o le molestie, sia fisiche che psicologiche, si stavano trasformando in un problema di ordine mondiale che attraversavano il mondo del lavoro e coinvolgevano diversi gruppi professionali, abbattendo qualsiasi frontiera. Il bullismo o la persecuzione e l'intimidazione psicologica, ad esempio, sono responsabili del 18% dei problemi di salute legati alla professione lavorativa e un quarto di questi episodi causa assenze di due o più settimane. A riprova di ciò, anche la Commissione Europea sottolineava come la frequenza di queste patologie risultasse raddoppiata in settori quali l'istruzione, la sanità e i servizi sociali⁷.

Per definire la violenza nei luoghi di lavoro vengono solitamente impiegati due concetti: *workplace violence* e *workplace aggression*. Sono simili ma non del tutto sovrapponibili. Per distinguerli bisogna tener presente che la violenza sul luogo di lavoro comprende comportamenti il cui scopo è causare danni fisici (BARLING *et al.* 2009: 673). Invece, l'aggressività, all'interno di un contesto lavorativo, viene definita come il comportamento di uno o più individui, sia interni sia esterni all'organizzazione, che intendono danneggiare fisicamente o psicologicamente uno o più lavoratori (SCHAT, KELLOWAY 2005: 191). Sottolineando questo specifico aspetto, «tutti i comportamenti violenti sono aggressivi ma non tutti i comportamenti aggressivi sono violenti» (BARLING *et al.* 2009: 673).

In un contesto lavorativo i comportamenti aggressivi possono sfociare anche in confronti fisici, arrivando così a trasformarsi in veri e propri atti di violenza (HERSHOVIS *et al.* 2007). In questo modo i comportamenti aggressivi fisici e non fisici sono correlati ma restano distinti.

Alcune ricerche sulla natura e la percezione dei fenomeni di violenza e aggressione all'interno dell'UE, hanno permesso di "smontare" alcuni stereotipi o preconcetti che finivano per creare confusione riguardo la loro reale misura e i loro effetti tangibili, andando a impattare su alcuni aspetti organizzativi e gestionali, con conseguenze inibitorie su quelle che dovrebbero essere le necessarie misure preventive. In questo caso si parla di molestie, così da comprendere tutte le tipologie di comportamenti (violenti e aggressivi) catalogabili. Di seguito alcuni esempi che, da un lato, aiutano a comprendere meglio il fenomeno e, dall'altro, spazzano via dannosi e fuorvianti luoghi comuni:

le vittime di abusi e violenza vengono attaccate sia da colleghi che da persone non afferenti al luogo di lavoro. Nel 2004, all'interno dell'UE a 15 stati, la percentuale di lavoratori che hanno subito violenze (in questo caso si specificano essere violenze fisiche), da parte di persone ritenute esterne, ad esempio utenti o clienti, erano superiori a quelle causate dai propri colleghi (più 13% nel settore sociosanitario). Tra il 1996 e il 2000 il fenomeno mostra un preoccupante trend in crescita anziché in calo all'interno di alcuni settori industriali dell'UE (settore alberghiero, pubblica amministrazione e sanità sono i settori che presentano incidenza maggiore). Esiste una correlazione tra certi tipi di aggressione e determinate tipologie occupazionali (forze dell'ordine e lavoratori sociosanitari). La violenza sul posto di lavoro è anche psicologica, spesso con percentuali di incidenza doppia rispetto a quella fisica. Le diverse forme in cui la violenza si esplica sono molto difficili da rilevare e catalogare. Il fenomeno è molto ampio e complesso, per questo motivo la ricerca scientifica non riesce a coprire tutto l'arco di violenze possibili. È ormai appurato che la violenza sul luogo di lavoro vada oltre il mero danno fisico, ma le violenze subite, in larga parte (50%), non vengono denunciate dalle vittime, le quali subiscono un processo di vittimizzazione pur essendo innocenti. Queste arrivano ad incolpare prevalentemente sé stesse, senza tener conto dell'ambiente (sociale) nel senso più ampio. In aggiunta, in assenza di una formale denuncia, causata dalla forte diffidenza verso il sistema giudiziario, e un regolare processo, le vittime non possono nemmeno ricevere quel sostegno psicologico che aiuterebbe a prevenire danni alla salute nel medio-lungo periodo. Economicamente parlando, costa di più riparare il danno che prevenirlo. La prevenzione non può essere considerata meramente un costo perché sull'altro piatto della bilancia andrebbero considerati sia fattori tangibili come la produttività, l'assenteismo, l'efficienza e la qualità del lavoro svolto, sia fattori immateriali come la reputazione dell'azienda, il capitale umano e quello intellettuale (PORTO SERANTES, SUÁREZ 2006: 230-35, traduzione a cura di chi scrive).

Alcuni dei succitati punti trovano pienamente riscontro con il lavoro di campo. Per quanto concerne le denunce, talvolta le segnalazioni ritenute non gravi o per le quali non valga la pena avviare un procedimento, non

vengono prese in considerazione, con il rischio di indebolire le statistiche e disincentivare le vittime che compilano i report. Un altro tema riguarda la crisi cui sono andati incontro alcuni reparti a causa di una carenza di personale, resa ancora più evidente dalle assenze giustificate dai casi di contagio tra gli operatori. Infatti, a detta di più intervistati, durante quel periodo il servizio di assistenza psicologica risultava sommerso di richieste per far fronte allo stress cui erano sottoposti gli operatori. Negli USA è stato calcolato un costo di più di 4 miliardi di dollari l'anno per le conseguenze che la violenza comporta nei luoghi di lavoro a livello organizzativo. Gli impatti riguardano prestazioni, produttività, motivazione, fidelizzazione e morale dei lavoratori (SPENCE *et al.* 2009; SPERONI *et al.* 2014).

Come spiega un dirigente delle professioni sanitarie:

[...] molti hanno sollevato il problema della disaffezione, cioè di gente che ha detto: sai una cosa? Io posso anche andare a fare un altro lavoro, quindi vado a farlo e arrivederci. Gli infermieri [...] sono facilmente ricollocabili (Intervista n. 4, dirigente).

La violenza psicologica viene riscontrata il doppio delle volte rispetto a quella fisica (PORTO SERANTES, SUÁREZ 2006). Ne è un esempio la violenza di genere, agita da una cultura maschilista, ancora ben radicata nel nostro paese⁸, che a parità di capacità lavorativa privilegia l'avanzamento di carriera di un uomo rispetto a una donna:

Non è quella cosa che si pensa che la donna non può [...] fare il chirurgo adesso è sì la donna può fare il chirurgo però la donna viene, mi scrive il curriculum, mi fa da segretaria... Io il titolo te lo do però tu un domani tu farai punturine (Intervista n. 16, chirurga assieme a infermiera).

In un botta e risposta con l'amica infermiera, la stessa chirurga spiega bene qual è il "clima culturale" di quell'ambiente:

Chirurga: [...] per avere un po' di credibilità se un mio collega fa un intervento fatto bene il prof dice fantastico stupendo, io ne devo fare centocinquanta fatti bene e allora il prof inizia a dire sì dai potresti interessarmi.

Infermiera: Cioè lui ti dice vada a fare la cosa che le viene meglio. Cioè: caffè (Intervista n. 16, chirurga assieme a infermiera).

Una donna che mira a ricoprire una funzione "culturalmente" maschile viene molto spesso ostacolata, demansionata o emarginata dagli uomini che concorrono alla stessa mansione. In casi come questo, l'immaginario culturale maschile non accetta né le ambizioni né tantomeno le capacità femminili. La 'soluzione' è riconoscere il titolo professionale solo "sulla carta", ben sapendo che nella realtà dei fatti l'incarico ricoperto dalla

donna non verrà mai considerato al pari dello stesso ruolo ricoperto da un collega uomo. Ricordiamo che in Italia il mobbing viene esercitato in maggioranza da maschi e per le donne si tratta spesso di un loro diretto superiore (LORIOLO *et al.* 2020).

Da questi primi passi, si capisce per quale motivo parlare di violenza o aggressioni nei luoghi di lavoro equivalga ad affrontare una tematica vasta e complessa, al cui interno rientrano tutta una serie di episodi quali: violenza verbale e fisica, mobbing, bullismo, minacce (verbali o accompagnate da armi più o meno convenzionali), molestie (sessuali e non), episodi di inciviltà, abusi emotivi, comportamenti antisociali, abusi psicologici, indebolimento delle relazioni sociali, ritorsione, vendetta, comportamenti lavorativamente controproducenti e supervisione abusiva. Questi e tutta una serie di altri concetti, i cui domini spesso si sovrappongono (almeno in parte), devono anche tener conto di ulteriori fattori come l'intenzionalità, la frequenza, lo scopo, gli autori e il risultato ottenuto.

Poiché il campo d'indagine è stato eccessivamente frammentato dalle diverse definizioni e costrutti teorici, la proposta di Hershcovis è quella di arrivare a un modello che preveda un unico costrutto da indagare, definito nello specifico *workplace aggression* (aggressività sul luogo di lavoro) (HERSHCOVIS 2011). Mendonça e collaboratori raccolgono l'invito lanciato da Hershcovis, provando a dare un ulteriore contributo. Essi sottolineano come sia fondamentale studiare e comprendere l'ambiente lavorativo nel suo complesso e come i diversi tipi di violenza sono tra loro intrecciati in un *continuum* che è tanto ambientale quanto temporale (MENDONÇA *et al.* 2018). Inoltre, raccomandano di non agglutinare i diversi concetti di violenza né di considerarli dei contenitori a tenuta stagna, suggerendo invece di prendere in esame le interrelazioni che ci sono tra i diversi avvenimenti. Questo consentirebbe di affrontare il fenomeno con le giuste tecniche e strategie per la mediazione, la prevenzione e il supporto alle vittime.

Aggressioni e violenza sul luogo di lavoro sembrano essere intrecciate da lungo tempo e il fenomeno è stato analizzato da diverse angolature. Marx, ad esempio, concepì il capitalismo come un sistema di violenza intrinseca fondato sull'espropriazione dei mezzi di produzione (MARX 1950). Questo spinse i contadini, ormai senza terra, sul mercato del lavoro salariato, dove il plusvalore (o valore in eccesso), finiva per arricchire principalmente i capitalisti (MILLOY 2014). Prima che le relazioni tra lavoratori e imprenditori venissero regolamentate e formalizzate, negli Stati Uniti e nel Canada la violenza era un naturale strumento di risoluzione di conflitti e

controversie, sia tra operai dello stesso livello sia tra capi reparto e subalterni (*ibidem*). Gli storici, sia quelli ritenuti marxisti che quelli non considerati tali, hanno riconosciuto il fatto che l'istituzione e lo sviluppo del capitalismo nel Nord America hanno spesso scatenato violenti conflitti; ne è un esempio il famoso libro di Louis Adamic del 1931 *Dynamite: The Story of Class Violence in America*. Che i conflitti lavorativi di inizio secolo potessero sfociare in episodi di violenza mortale lo testimoniano anche pubblicazioni più recenti: Beverly Gage (2009) e Thomas G. Andrews (2008) negli USA, e Stephen Endicott (2012) in Canada (MILLOY 2014). Quella violenza derivante dai conflitti sul posto di lavoro non era vista come aberrante o scioccante, ma bensì come fondamentale. Una violenza che veniva intesa come una manifestazione del conflitto di classe, un problema sistemico causato da un sistema capitalista rapace. Se le disuguaglianze e lo sfruttamento che li avevano scatenati non si fossero placati e rabboniti, tali conflitti avrebbero potuto seriamente minacciare la stessa sopravvivenza della democrazia capitalista (*ibidem*).

L'ampio lavoro di Stephen Norwood sulla violenta repressione degli scioperi evidenzia quanto la violenza (anche) nel secondo dopoguerra fosse qualche cosa di ineluttabile per almeno due ragioni: le rivendicazioni delle organizzazioni sindacali, le quali venivano esercitate attraverso gli scioperi (concordati o selvaggi che fossero); la gestione aziendale quotidiana, esercitata anche in maniera violenta da parte dei datori di lavoro. All'interno della Ford Motor Company (di Henry Ford) agiva una forza di polizia paramilitare (la "Ford Service Department"), che poteva avvalersi di qualsiasi mezzo pur di tenere il sindacato fuori dallo stabilimento.

Negli USA e in Canada, tutti i conflitti violenti che potevano scaturire all'interno dei luoghi di produzione furono molto importanti per la costruzione della "razza" e dell'identità. Secondo Norwood, le azioni dei crumiri (*strike-breakers*), che miravano a contrastare e boicottare con qualsiasi mezzo le rivendicazioni sindacali, servivano a soddisfare «il desiderio degli uomini per un modello di mascolinità più duro e indipendente» (NORWOOD 2002: 34).

Alcuni casi giudiziari analizzati da Milloy dimostrano che la comprensione della violenza sul posto di lavoro – che cos'è, perché accade, chi ne è responsabile – può essere determinata dalle condizioni storiche. Ma anziché considerare anche l'ambiente come causa del problema, dopo gli anni 1970

le politiche tendevano a concentrarsi sui lavoratori violenti come solitari pazzi e paranoici, ignorando fattori come il conflitto di classe, il processo

lavorativo, i luoghi di lavoro non sicuri, il razzismo e il patriarcato, che creavano le condizioni per la violenza sul posto di lavoro (MILLOY 2014: 88).

In questo modo, anziché sradicare il fenomeno, la colpa fu addebitata al singolo lavoratore, accettando così una spiegazione semplice di una questione ben più complessa. Sebbene l'aggressione si verifichi con una relativa frequenza sul posto di lavoro, la violenza è da ritenersi un evento raro. È quanto sostengono Barling e collaboratori in uno studio che smonta numerosi miti riguardo a questa tematica, in particolare pregiudizi e stereotipi che consentirebbero di individuare con anticipo lavoratori inclini ad agire atti violenti (BARLING *et al.* 2009).

Il primo mito riguarda il profilo dell'impiegato aggressivo descritto come un «individuo giovane, maschio, bianco con scarsa autostima e una personalità aggressiva, con problemi di abuso di sostanze e una passione per le armi» (*ivi*: 674). Non solo connotati come l'età, il genere, lo status socio-economico, la nazionalità, il colore della pelle, la mansione svolta, ma anche caratteristiche della personalità, psicologiche o psico-attitudinali, “dovrebbero” predire le aggressioni. Sia prese singolarmente, sia con un metodo a più variabili (multi-varianza), i dati empirici non forniscono nessun supporto che sostenga questa tesi (*ivi*: 2009).

Un altro mito riguarda alcune malattie mentali come la depressione, l'ansia o l'abuso di sostanze, anch'esse ritenute fattori predittivi. Invece, le evidenze scientifiche smentiscono la tesi secondo la quale le malattie mentali sono un fattore che può preannunciare aggressioni o violenza. Parafrasando Friedman, «molte persone violente non soffrono di alcuna malattia mentale e molte persone affette da malattia mentale non sono affatto violente» (FRIEDMAN 2006: 265).

A livello massmediatico la relazione tra l'aggressore, che ricopre un ruolo gerarchico superiore, e la vittima, con ruolo subordinato, viene spesso enfatizzata. Questo legame è stato analizzato per capire se può essere considerato una fonte predittiva di violenza e/o aggressione. Sono state indagate diverse tipologie di legame vittima-carnefice e i risultati, oltre a smentire il fattore gerarchico, indicano che vi sono altri elementi, in alcuni casi simili tra loro, in altri unici, che possono indicare il bersaglio delle aggressioni (BARLING *et al.* 2009).

Credere quindi che le aggressioni siano imprevedibili e inevitabili è tanto sbagliato quanto sono sbagliati certi preconcetti e luoghi comuni che, al contrario, vorrebbero predirle con sicurezza. La violenza ha delle cause che

vanno indagate di volta in volta e, per giungere a delle spiegazioni soddisfacenti, non si può tralasciare nessun aspetto della vita del persecutore e neppure del perseguitato.

A riprova del fatto che il fenomeno viene continuamente monitorato – così come le definizioni che lo riguardano vengono riviste e aggiornate – il 21 giugno del 2019 l'ILO ha adottato la Convenzione sulla Violenza e le Molestie. Nel documento, la violenza e gli abusi nei luoghi di lavoro (o che siano in qualsiasi modo collegati all'attività lavorativa)⁹, vengono definiti come «un'inaccettabile gamma di comportamenti, pratiche o minacce, singole o ripetute, che mirano o che potrebbero portare a danni fisici, psicologici, sessuali o economici». Il fatto che l'ILO aggiorni la definizione di violenza includendo aspetti che prima non venivano debitamente considerati, rende l'idea di quante sfaccettature possa avere un tema già di suo abbastanza complesso.

Da eroi a untori

Durante la prima fase della pandemia medici, infermieri e operatori sanitari erano stati acclamati ed elogiati in vario modo. Televisioni, carta stampata e piattaforme social parlavano di “eroi” o “angeli custodi” e non mancavano plausi che arrivano da politici, personaggi televisivi, editorialisti della carta stampata e *influencer*¹⁰. Si è voluto verificare come si siano sentiti i diretti interessati a riguardo e quali reazioni avevano suscitato quelle lodi.

Innanzitutto, nessuno degli intervistati si è riconosciuto nel titolo di “eroe” per come è stata affrontata l'emergenza sanitaria durante le prime fasi, sottolineando la consapevolezza di una scelta lavorativa che può comportare sacrifici. L'etichetta è stata semplicemente ritenuta eccessiva.

No, io non mi sono per niente sentita un'eroina facevo il mio e siamo sanitari per cui siamo chiamati in questi casi [...] il nostro lavoro è cambiato tanto però non mi sento per niente un eroe insomma (Intervista n. 7, infermiera).

In secondo luogo, va detto che con il prolungarsi della pandemia e delle conseguenti restrizioni necessarie a contenerla, questa prima fase di proclami si è lentamente affievolita fino a spegnersi del tutto. La maggior parte dell'opinione pubblica si è presto dimenticata di quegli “eroi”. Per qualcun altro, fortunatamente pochi, l'iniziale sentimento di riconoscenza ha ceduto il posto a qualcos'altro e da quel momento gli operatori sono stati percepiti come causa del problema e non più come la soluzione. Un estratto di intervista testimonia questo cambio di percezione in una parte dell'opinione pubblica.

[...] mi gratificava questa cosa ma non perché mi sentissi un'eroina solo perché dicevo finalmente almeno il nostro lavoro viene riconosciuto [...] adesso invece siamo passati dall'altra parte della barricata [...] odio quella è l'infermiera che rompe le scatole perché va a dire a tutti di mettersi la mascherina e per colpa loro e dei medici siamo ancora chiusi e non ci fanno uscire (Intervista n. 14, infermiera).

Inizialmente gli operatori erano appagati, “qualcuno” aveva finalmente notato quanto fossero necessari – se non addirittura indispensabili – in casi come questo. Purtroppo, questa fase durò poco. Dapprima si sono sentiti dare degli “scocciatori” perché ricordavano le regole di prevenzione dal contagio e infine sono stati considerati dei veri e propri “untori”.

[...] verso la fine del lockdown quando tiravano le secchiate in testa e io dissi che ero un Operatore Sanitario mi risposero: “ecco quelli che creano la pandemia”. Cioè questo meccanismo di passare da eroi a essere gli untori... cazzo se l'ho provato sulla mia pelle... era solo retorica quella degli eroi (Intervista n. 2, tecnico di laboratorio).

[...] da sempre i medici o sono considerati gli eroi oppure sono gli untori [...] Cioè una persona che non fa parte della casta dei medici è ovvio che pensi questi stanno a contatto con persone infette tornano a casa e ci portano il virus... (Intervista n. 3, anestesista).

A supporto di quanto citato dall'anestesista ricordiamo che episodi del genere si sono verificati anche in epoca medievale in diverse regioni europee e sono stati oggetto di studio e ricerca. Analizzando quali conseguenze avevano comportato le diverse epidemie o pandemie che nei secoli hanno colpito il mondo occidentale, Samuel Cohn ha provato a cogliere dei legami tra le caratteristiche delle malattie – che di volta in volta arrivavano come delle piaghe inaspettate – e le reazioni che si riscontravano in quelle comunità. I risultati della sua ricerca smentiscono una relazione tra i sentimenti di odio e di colpa verso quelli che potremmo definire capri espiatori, spesso identificati come “Altri” (per lo più stranieri), accusati di essere i famigerati “untori”, e la natura sconosciuta e misteriosa delle malattie, le quali spesso hanno preso in contropiede la medicina e più in generale chi si occupava di salute pubblica (COHN 2012). Al contrario, si evince come nei momenti di massima difficoltà, dovuti alla novità di fattori sconosciuti e che non rispondevano ad alcun rimedio medicale, le comunità hanno saputo esprimere concretamente gesti di solidarietà. Fa eccezione la peste nera del 1347-51 in Europa, che ha scatenato ondate di violenza verso alcune minoranze etniche come i Catalani in Sicilia, verso chierici e mendicanti in alcune regioni francesi e veri e propri pogrom¹¹ verso gli ebrei in diverse zone d'Europa. Episodi di violenza di questo genere non si ripeterono

invece con le seguenti ondate di peste della seconda metà del XVI e XVII secolo. In questi casi, i capri espiatori furono identificati soprattutto tra il personale sanitario: medici, infermieri, necrofori o i monatti di manzoniana memoria. Ma nessuna minoranza etnica, nessuno straniero, nessun diverso o “Altro”. Nell’Italia medievale, con la peste del 1575-78, vennero individuati i poveri come fonte di contagio, impedendo loro l’accesso a molte città. Ma un cospicuo sistema di aiuti arrivò a questa parte di popolazione esclusa, da parte di alcune amministrazioni e dall’élite più ricca. Una volta sparita la malattia, ci si rese conto che serviva un sistema di welfare in grado di garantire anche alla povera gente un minimo di benessere e assistenza medica, così da sradicare il pericolo di future pestilenze. Insomma, più che accuse di colpa e sentimenti d’odio, un riavvicinamento di parti di società sociologicamente distanti (COHN 2012).

Ciò nonostante, anche a causa di restrizioni e imposizioni che hanno sconvolto la normalità della vita quotidiana per diversi mesi (ad esempio i lockdown e le mascherine), la necessità di una parte della popolazione di identificare in un soggetto ben preciso l’origine della malattia sembra un retaggio del passato dal quale non si riesce a liberarsi.

[...] e poi questa cosa qui ha giustamente lasciato il posto alla rabbia delle persone che non ce la fanno più a stare così. Qualcuno, non tanti secondo me, però qualcuno ha anche preso di mira gli operatori sanitari pensando che fossero un ostacolo al fatto di ritornare alla normalità perché ci sono tanti malati in ospedale [...] non è strano, fa parte di questa ondata emotiva che va e viene e che accompagna una situazione come quella in cui siamo (Intervista n. 14, infermiera).

Oltre a rifiutare il titolo di eroi, gli intervistati hanno sottolineato come questa esaltazione da parte dei mass media e della politica nei loro confronti si sia rivelata nel medio termine quasi una presa in giro o una mossa che serviva a distrarre l’opinione pubblica da problemi del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) ben più gravi.

[questa esaltazione] è stata cavalcata dai media, dai politici, eccetera a cui faceva molto comodo spostare l’attenzione su qualcosa che non fossero le falle nell’organizzazione ancora una volta che ci sono state... e giustamente siccome non era niente di sostanziale e reale poi è passato (Intervista n. 15, pediatra).

È stato sottolineato come il bonus Covid elargito dal governo sia stato apprezzato. Tuttavia, è rimasta la perplessità su diverse lacune ritenute più strutturali, tanto all’interno del Ssn quanto nella vita di tutti i giorni.

C'era il bonus Covid in più... 50 euro e poi c'era l'incentivo perché noi ci siamo dati la disponibilità per... Tu sai che comunque è stata ridotta l'attività chirurgica e le persone non è che si ammalano solo di Covid, esistono ancora i tumori di classe A, i traumi... (Intervista n. 11, infermiere).

Soltanto belle parole... esattamente [...] del fatto che io venga definita un'eroina sostanzialmente non me ne faccio nulla se poi tu non mi garantisci alla base concretamente. Non parlo di aumenti di stipendio... queste cose che sicuramente a me servono... che tu mi incoraggi e mi gratifichi così dandomi... non lo so, di più proprio a livello di basi anche materiale... che poi che tu mi dai il premio Nobel per la pace io non me ne faccio nulla del premio Nobel se non mi garantisci sicurezza alla base... (Intervista n. 7, infermiera).

I limiti del SSN si registrano anche al di fuori dei nosocomi in senso stretto. Questa è l'apprensione di una reumatologa per la crescita esponenziale delle malattie che lei stessa segue in una struttura ambulatoriale:

Sicuramente servirebbero più ore qua e... come minimo altri due colleghi in affiancamento ma proprio per gestire la massa di persone che hanno bisogno... le malattie reumatiche [...] vanno sorvegliate perché c'è un aumento esponenziale. È quello che respiriamo è quello che mangiamo però c'è qualcosa che non va (Intervista n. 1, reumatologa).

Una diagnosi precoce delle patologie causate da questo tipo di malattie può evitare conseguenze gravi come la perdita di alcune funzionalità (per esempio la vista). Per questo sarebbe necessario curarle e potervi dedicare il tempo che richiedono. Invece, il desiderio di poter seguire i pazienti presi in carico in maniera adeguata viene ostacolato dal loro sovrannumero. La preferenza allora, sarebbe quella di averne un minor numero, ma poterli assistere, visitare e curare con maggiore frequenza:

[...] l'ho fatto presente anche [...] ai piani alti, io me li ritrovo in ospedale, perché alcuni hanno impegno d'organo cioè sviluppano fibrosi polmonari, sviluppano insufficienze renali [...] tante volte non riesci a vederli neanche se hanno impegnative in priorità [...] perché non ci stai dentro con i numeri [...] Ci sono liste di attesa scandalose per quello ti dico ci sarebbe bisogno veramente di minimo altri due colleghi (Intervista n. 1, reumatologa).

Spostandoci dal livello regionale a quello nazionale, è stato sottolineato come una delle risposte dovrebbe riguardare in primis le assunzioni a tempo indeterminato. Questo parere si lega a quanto visto precedentemente: il personale assunto andrebbe a colmare quelle carenze lamentate a livello di sanità territoriale.

A livello nazionale [...] assumere è il primo tassello per costruire un'organizzazione vera e pubblica [...] a tempo indeterminato perché il fallimento

dei bandi sulle vaccinazioni, dove erano richieste dodicimila persone se ne sono presentati tremila è la prova provata che le persone per lavorare tre mesi e pagate pure neanche tanto col cazzo che viene. Se invece le assumi tu dici intanto vi assumiamo qua e poi con quelle persone lì organizziamo la sanità territoriale che manca... (Intervista n. 2, tecnico di laboratorio).

Tra gli altri argomenti che sono emersi vi è una preoccupazione per gli edifici ormai datati e le strutture che non rispettano perfettamente le norme di legge, oppure risultano obsolete, come alcune apparecchiature, superate da nuove tecnologie che consentirebbero di risparmiare tempo e renderebbero le procedure più semplici. Altro problema sollevato è la cosiddetta “baronia” dei medici, dove un ristretto gruppo di potere riesce a fare “sistema”, prediligendo scelte politiche a fronte di altre necessità. Affianco a questo c’è anche il numero chiuso dei posti alla facoltà di medicina. Basti ricordare come a causa dell’emergenza Covid molti medici in pensione sono stati richiamati in servizio per sopperire alla mancanza di personale. La valorizzazione delle figure specialistiche, tanto dei medici quanto degli infermieri, è un’altra tematica molto sentita. La riprova sta nel numero crescente di professionisti che decide di andare all’estero per trovare maggiori soddisfazioni sia a livello di carriera che di salario.

Il fatto che questo periodo sia stato solo una particolare parentesi per quanto riguarda le aggressioni e gli episodi di violenza è una sensazione molto nitida che unita alla retorica degli eroi suscita un certo fastidio. La questione è legata soprattutto alla mancanza di misure che possano essere efficaci in un prossimo futuro.

Non sono convinto che l’etichetta di eroi o qualsiasi altra cazzata che ci è stata attribuita in questo momento [...] Non è che questa etichetta ci salverà dalle aggressioni del 2022, 2023, 2024 eccetera (Intervista n. 4, dirigente).

L’azione sociale nei confronti degli operatori sociosanitari ha attraversato tre fasi, passando da un’azione collettiva di tipo affettivo durante la cosiddetta prima ondata, a una di indifferenza al termine del primo lockdown, per finire con un forte risentimento nei loro confronti con l’arrivo della seconda ondata dopo l’estate. Quest’ultima fase, in alcuni casi, ha portato anche a gravi episodi di violenza fisica, verbale e simbolica.

Ad esempio, nell’estate del 2020 vicino all’ospedale Sacco di Milano, un comitato di quartiere, al fine di ringraziare il personale sociosanitario per la dedizione e lo spirito di sacrificio mostrati durante la pandemia, aveva commissionato a un artista un’opera composta da una serie di giganteschi murali. Quest’ultimi, raffiguranti le facce di medici e infermieri mentre

indossano i dispositivi di protezione, con un atto di vandalismo sono stati imbratti e coperti con della vernice rosa¹².

Un altro caso riguarda le ambulanze (in)seguite da macchine di civili. I casi, segnalati in diverse città italiane (da Torino a Napoli), si sono verificati a seguito dei messaggi in rete che negavano tanto l'esistenza del virus quanto l'emergenza ospedaliera, sostenendo che i mezzi del 118 giravano a vuoto per le città¹³. Le macchine seguivano le ambulanze e le filmavano per poi caricare i video in rete, a testimonianza del fatto che il virus era tutta un'invenzione e non esisteva alcuna emergenza pandemica.

I soccorritori del 118 dell'ULSS n. 8 di Vicenza, che in due anni hanno visto un aumento del 300% delle aggressioni nei loro confronti, hanno convinto la dirigenza della struttura a far partire nel 2019 dei corsi di autodifesa¹⁴ per quelle che si possono definire le vittime in prima linea di questo (triste) fenomeno.

La violenza verso gli operatori

Una delle prime interviste, che raccoglie la testimonianza di una figura professionale che aveva il polso della situazione relativamente a diverse realtà del Veneto, racconta qualcosa di inaspettato rispetto agli allarmi di cui sopra:

Il fenomeno delle aggressioni [...] è sicuramente un fenomeno grosso e che ha provocato disaffezione e che fa in modo che ci siano alcune persone che pensino di lasciare la professione... quello che devo dirle è che in quest'anno, complice la drastica, drastica riduzione degli accessi di pronto soccorso, mediamente negli ultimi 13 mesi è un fenomeno che ha avuto una... ehm come dire... un impatto molto più basso... (Intervista n. 4, dirigente).

L'arrivo della pandemia da Covid-19 ha fatto registrare un brusco ridimensionamento degli episodi di violenza. Questo si spiega col fatto che solo i pazienti che arrivavano al Pronto Soccorso venivano accolti e lasciati entrare mentre parenti, amici e accompagnatori venivano rimandati a casa, nel rispetto dei protocolli di sicurezza riguardo il contagio. Si evitava così sia di intasare l'area sia di mettere una pressione psicologica al paziente (e agli operatori) da parte di congiunti o conoscenti, i quali da un lato erano preoccupati e dall'altro mostravano stanchezza per le mancate risposte a fronte di lunghi tempi d'attesa. A riprova di ciò, citiamo la testimonianza forse più esplicativa, dovuta anche al ruolo di coordinatore ricoperto dall'intervistato:

...l'ospedale di Mestre l'anno scorso ha avuto periodi come questo dove faceva 70 accessi di Pronto Soccorso al giorno contro i 240 di media del pre-Covid con picchi da 320, per cui gestire 70 pazienti al giorno vuol dire avere tutto il tempo... molti di questi entravano, venivano messi in isolamento, i familiari venivano invitati ad andare a casa... basta, finito! Per cui il familiare restava lì cinque minuti, gli dicevano: guardi, la chiamiamo noi, ci lasci il numero di telefono; [...] al limite ti *aggredivano* per telefono ma per telefono ad un certo punto puoi anche dire vabbè, senta, mi dispiace arriverdoci (Intervista n. 4, dirigente).

Gli episodi, tuttavia, non sono completamente spariti. Ne è un esempio quanto avvenuto all'ospedale centrale di Rovigo il 2 ottobre 2020 quando un paziente arrivato al Pronto Soccorso a seguito di un incidente stradale, pur avendo precedentemente riferito di aver abusato di alcol e sostanze stupefacenti, si presenta inizialmente calmo e collaborativo. Portato in sala diagnostica TAC per i dovuti accertamenti, questi inizia ad agitarsi, aggredisce sia verbalmente, con ingiurie e minacce di morte, il personale presente, sia fisicamente, lanciando schizzi di sangue verso gli operatori dopo essersi strappato l'accesso venoso precedentemente posizionato (la flebo). La situazione è tornata sotto controllo grazie all'intervento della pubblica sicurezza. Le conseguenze di un simile gesto hanno riguardato sia la strumentazione, poiché la sala TAC è rimasta inutilizzabile per ore, sia gli operatori. Quest'ultimi, a seguito del trauma subito, hanno dovuto sottoporsi alla procedura SEA (*significant event audit*) per analizzare l'episodio. La procedura ha il duplice scopo di capire se e come sia possibile trarre qualche insegnamento da quanto accaduto; inoltre, dovrebbe aiutare a evitare il ripetersi di una tale situazione in futuro¹⁵.

I protocolli sulle modalità operative volte a prevenire gli atti di violenza nei confronti degli operatori sanitari indicano una serie di atteggiamenti che dovrebbero allertare riguardo al rischio di potenziali aggressioni da parte di un paziente (come il mostrare i pugni, alzare la voce o una postura minacciosa volta al combattimento, ecc.). Al contempo, consigliano modalità opportune per mettersi in sicurezza (come il mantenimento di un certo spazio tra operatore e paziente, la possibilità di una via di fuga, ecc.) e arrivano anche a parlare di stabilizzazione per ricondurre la situazione sotto controllo attraverso alcuni mezzi, quali la contenzione fisica, la sedazione o, nei casi più disperati, la contenzione farmacologica. È infine auspicato l'intervento della Forze Armate in caso di rischio imminente¹⁶.

Il succitato esempio del rodigino sembra tuttavia indicare che il repentino cambio di umore, nonostante si fosse a conoscenza dell'abuso di alcol e

sostanze stupefacenti, non fosse per nulla prevedibile. La necessità di curare il trauma dovuto all'incidente stradale aveva la precedenza rispetto a un'attenta anamnesi. La soluzione trovata è quella di predisporre una qualche forma di sicurezza (forze dell'ordine o imprese di sicurezza privata) sempre e comunque presente all'interno del Presidio Ospedaliero.

Una delle spiegazioni per le aggressioni e i maltrattamenti a danno degli operatori sanitari è l'avvenuta trasformazione dei pazienti in clienti, con il conseguente trattamento che questi pretendono di ricevere:

... i nostri utenti adesso non vengono come utenti ma vengono come clienti [...] se tu scrivi sui giornali: "in trenta minuti arriva un emocromo", se tu fai un emocromo e dopo trentacinque minuti non arriva la risposta, la persona si sente in dovere di venire a prenderti per il collo perché c'è scritto sui giornali che cinque minuti fa dovevo avere l'emocromo ok? (Intervista n.4, dirigente).

Uno sguardo ad alcuni dati ufficiali che riguardano il territorio italiano può aiutare ad avere una visione d'insieme del fenomeno della violenza nei confronti degli operatori sociosanitari. Partiamo dal Bollettino Epidemiologico Nazionale¹⁷ dell'Istituto Superiore della Sanità (Iss).

La violenza viene qui definita come: «eventi in cui i lavoratori sono minacciati, aggrediti o abusati in situazioni correlate al lavoro, e che comportano un rischio per la loro sicurezza, benessere o salute». Viene precisato, inoltre, che l'analisi fa riferimento a fonte INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) e che gli eventi sono stati selezionati tra «gli infortuni sul lavoro denunciati e riconosciuti da causa lavorativa occorsi nel periodo 2010-2017». Fatte inoltre le dovute precisazioni riguardo la metodologia di rilevamento statistico, lo studio conclude che: c'è una diminuzione (-19,2%) della frequenza dei casi riconosciuti dall'INAIL per il periodo osservato (2010-2017). La percentuale di infortuni da violenze sul totale degli infortuni non mostra variazioni significative nel tempo, non ci sono differenze rilevanti per le aggressioni rispetto alle classi d'età e, infine, la categoria maggiormente colpita dal fenomeno risulta essere quella delle donne (73% dei casi).

Per comprendere questi dati e non lasciarsi ingannare sia rispetto alla narrazione massmediatica, sia rispetto alla percezione degli operatori, è utile contestualizzarli e fare alcune precisazioni. Infatti, questo studio si focalizza sulle *cause lavorative*, tralasciando quindi tutte quelle denunce e segnalazioni che non hanno un seguito giudiziario o non arrivano a sentenza. Inoltre, la tendenza alla deospedalizzazione e all'assistenza territoriale ha ulterior-

mente esternalizzato il problema, spostandolo dall'ospedale al territorio. Infine, sull'alta percentuale di aggressioni che riguardano le donne, si sottolinea come si faccia riferimento alla frequenza dei casi e non al tasso di incidenza che questi presentano, riconoscendo come le donne, all'interno del "personale dipendente del Ssn"¹⁸ al 2017, rappresentassero il 66,8%.

Nel 2010, Zampieron e collaboratrici hanno somministrato 700 questionari a risposta multipla a infermieri di due istituzioni sanitarie del nord-est italiano; di questi, 595 sono stati riconsegnati e analizzati. Alcuni dei risultati si possono così sintetizzare: il 49% degli intervistati ha risposto di aver subito almeno un caso di aggressione nell'anno precedente l'indagine e l'82% di questi erano aggressioni verbali. Le donne subiscono più spesso queste aggressioni rispetto agli uomini (unico dato che collima con il Bollettino Epidemiologico Nazionale dell'Iss). Nel saggio, inoltre, si sottolinea come non sia così semplice indagare questo fenomeno per la sovrapposizione di significati tra i concetti di *workplace violence* o *workplace aggression*. Bisogna segnalare come la difficoltà stia nel campo d'indagine, il quale risulta estremamente frammentato e si corre il rischio di perdere di vista quello che è il focus della ricerca. Il solo fatto di provare a darne una definizione esaustiva potrebbe condurre a includere o scartare alcuni episodi, farli rientrare in una casistica oppure escluderli da una definizione troppo specifica. Per esempio: è sufficiente una segnalazione? Si devono considerare solo i casi ai quali ha fatto seguito una denuncia formale oppure occorre aspettare la sentenza di un tribunale? Anche i contesti *dove* si ricerca questo fenomeno incidono nel rilevamento. Ad esempio, nel Regno Unito, molti studi si sono inizialmente concentrati nei reparti psichiatrici ma non prendevano in considerazione altri settori e altre professioni al di fuori degli infermieri. Allargando lo sguardo ad altre indagini, si sono trovati molti riscontri che potevano rientrare nella casistica: si pensi ai medici e alle strutture territoriali di assistenza. Difficile stabilire anche *quanto* il fenomeno sia in aumento o se ad aumentare siano le denunce che prima non venivano segnalate (ZAMPIERON *et al.* 2010).

Forse un semplice cambiamento nel metodo di indagine, una diversa modalità di porre le domande, altre piccole attenzioni nei confronti delle vittime – come una maggiore tutela dell'anonimato (richiesto da tutte le associazioni infermieristiche statunitensi) – o più probabilmente la sommatoria di tutti questi aspetti, ha consentito di portare alla luce un fenomeno che prima era rimasto in un cono d'ombra. In ogni caso la situazione sembra aggravarsi con il passare del tempo. In un'indagine svolta tra 2013 e 2017, il

sindacato infermieristico italiano (NURSIND) aveva rilevato un incremento in termini assoluti di aggressioni riferite per il biennio 2016-2017, pari al 30% in soli 2 anni (da 2532 a 6053 casi)¹⁹.

Tornando allo studio italiano di Zampieron e colleghe, i risultati dicono che nei 12 mesi precedenti la somministrazione del questionario il 49,4% degli operatori sanitari ha subito almeno un episodio di violenza: di questi, il 40,5% segnala un solo caso, il 30,9% due casi, il 28,6% tre o più casi. L'81,6% di episodi riguardano aggressioni verbali, il 4,4% aggressioni fisiche e il 13,6% entrambi i tipi. Si conferma la preoccupante tendenza: almeno un intervistato su due ha subito una qualche forma di aggressione, in linea con quanto sostengono sia l'Oms che diverse ricerche internazionali (ZAMPIERON *et al.* 2010).

Un'analisi condotta con metodo qualitativo può fornire anche alcune spiegazioni e correlazioni. Mahmoud Al-Qadi, ad esempio, propone una meta-sintesi di studi pubblicati tra il 2010 e il 2019, da cui emerge che l'alto tasso di aggressioni nei sistemi ospedalieri e di cura è un fenomeno che non risparmia nessuna nazione a livello mondiale. Messo in ordine decrescente, il personale interessato da questi episodi va dall'82,5% in Turchia, all'81,5% in Taiwan, al 76% negli USA, al 69% in Iran, al 66,8% in Cina e al 49% Italia (AL-QADI 2020). Negli *Emergency Department* (i nostri Pronto Soccorso e 118), la frequenza di violenza rilevata contro gli infermieri varia con una percentuale che va dal 46% all'82% di occorrenze in un anno.

Secondo Al-Qadi emergono quattro particolari tematiche dall'analisi delle meta-etnografie degli operatori che hanno subito aggressioni verbali o fisiche. La prima riguarda l'*inevitabilità* della violenza: il rischio di subire violenza da parte dei pazienti, o dei loro familiari, amici e accompagnatori, sembra essere accettato come parte del lavoro, non senza una certa rassegnazione. Gli eventuali segnali di un potenziale pericolo di aggressione non possono essere colti dal personale per mancanza di formazione; l'unica risposta che sembra essere stata introdotta è un sistema a tolleranza zero la cui "gestione" è affidata a imprese di sicurezza privata o forze dell'ordine. Altra tematica riguarda le *ferite invisibili* e i ricordi dolorosi: il disagio emotivo del personale che ha subito un'aggressione violenta, sia nel breve che nel lungo periodo, porta a stress, ansia, paura, incubi e depressione. Il terzo tema, conseguenza del precedente, riguarda le *ripercussioni* in ambito lavorativo: dovendo continuare a lavorare e rapportarsi sia con i pazienti che con i loro familiari, ma non avendo superato il trauma subito, l'operatore perde empatia nei confronti delle persone che è tenuto a seguire.

La volontà di fornire cure appropriate si affievolisce, viene meno, come pure il sentimento di compassione per quei pazienti che stanno male ma sono violenti nei modi di rapportarsi. Infine, la continua esposizione a questi tipi di aggressioni finisce per renderle episodi del tutto normali, di routine, tanto che in alcuni casi gli insulti non vengono più nemmeno recepiti come violenza o eventi avversi ma vengono considerati *normali*; per far scattare un campanello d'allarme bisogna che vi sia violenza fisica vera e propria, che ad esempio vi siano oggetti come bastoni o altri corpi contundenti che vengono agitati nella colluttazione o usati per minacciare. Da più parti, nella letteratura e non solo, si fa invece appello a un addestramento del personale al fine di renderlo in grado di riconoscere quei comportamenti sentinella che potrebbero scatenare episodi di violenza (AL-QADI 2020).

La rassegnazione verso questo tipo di episodi, così frequenti da farli rientrare nella normalità lavorativa, e la loro accettazione non sottrae gli operatori alle gravi conseguenze che coinvolgono sia le vittime sia la qualità del sistema di cura.

Diverse soluzioni

Per provare a contrastare in qualche modo questo fenomeno e la sua preoccupante tendenza ad accrescersi, il Parlamento italiano ha emanato all'unanimità una legge che mira a inasprire le pene per chi viene riconosciuto colpevole di aver agito violenza. Con la Legge n. 113 del 14 agosto 2020 (*Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie nell'esercizio delle loro funzioni*), il legislatore, oltre all'inasprimento delle pene per chi aggredisce, ha provveduto anche alla Procedibilità d'ufficio e a speciali protocolli operativi che coinvolgono le forze di polizia, volti a garantire interventi tempestivi. Anche se la legge è in vigore da fine settembre 2020, mancano ancora alcuni decreti attuativi che riguardano decisioni importanti sulla prevenzione e protezione. Inoltre, si prospetta di lasciare l'organizzazione di questa sicurezza, e il conseguente costo economico per nulla influente nei bilanci di fine anno, in capo alle varie aziende ospedaliere o alle varie Regioni, creando così ulteriori disparità tra i territori.

Come auspicato dall'Oms, la sensibilizzazione dell'utenza è stata affidata al Ministero della Salute, che avrebbe il compito di promuovere iniziative di informazione e comunicazione istituzionale e di istituire una giornata

nazionale contro la violenza nei confronti degli operatori sanitari e socio-sanitari. Il tutto è affidato a futuri decreti attuativi che, almeno al momento, difficilmente vedono una loro stesura. Questo il commento non del tutto benevolo dell'associazione infermieri, rilasciato attraverso il loro sito internet Nurse24.it:

La struttura della legge ha un chiaro intento "sanzionatorio" [...] con il rischio però di dilatare i tempi di risposta da parte della Magistratura. Diverso sarebbe stato se si fosse deciso di intervenire e migliorare le misure organizzative e preventive, oltre che garantire il supporto psicologico per le vittime di violenza e sostegno economico per la copertura delle spese legali per la costituzione di parte civile da parte delle vittime degli episodi di violenza²⁰.

Soluzioni per fronteggiare il dilagare della violenza e altre problematiche correlate a questa tematica, provengono dagli stessi lavoratori. I suggerimenti non vanno direttamente al cuore del problema, ma lo inquadrano all'interno di una situazione più generale. Migliorare alcuni aspetti che non sembrano direttamente collegati agli episodi di violenza potrebbe aiutare a prevenirli e non dare alcun alibi a chi intenda offendere, aggredire o peggio. A giovarne sarebbe anche il rapporto medico-paziente:

... il sistema salute spende una marea di soldi in analisi e riscontri di medicina preventiva cioè ti faccio anche questo esame qua perché così se mi denunci non mi rompi le palle... siamo arrivati alla medicina infallibile partendo da E.R. e Grey's Anatomy [dove] con il telefono dicono: "sta arrivando una vittima di politrauma della strada", immagine successiva: quattro chirurghi con il camice e guanti, la cuffietta, la mascherina davanti alla porta del Pronto Soccorso che aspettano il paziente... ma dove? ma quando mai? [...] io ne metto mezzo ad accogliere il paziente, mezzo no quattro (Intervista n. 4, dirigente).

Se un tempo i pazienti si fidavano dell'operato dei medici, al giorno d'oggi, complici diversi fattori (dall'uso di Internet a una visione distorta del mondo ospedaliero derivante dalle serie tv), la prospettiva si è quasi capovolta, portando i medici a dover comprovare le loro scelte cliniche. L'operatore sanitario si sente costretto a giustificare ogni sua azione, allungando non solo i tempi della diagnosi ma gravando anche sul SSN. Infatti, se prima una diagnosi veniva effettuata sulla base dell'esperienza del medico, adesso quella stessa esperienza è fonte di dubbi e perplessità nell'ammalato. Vengono effettuati moltissimi esami di medicina preventiva solo per tutelare il lavoratore da possibili denunce dei pazienti. Questo porta a un abbassamento qualitativo dell'agire degli operatori sanitari, i quali non lavorano più solo per trovare qual è il problema clinico da risolvere ma operano soprattutto per mettersi al riparo dallo stesso che il malato stesso può cau-

sare loro. Anche un'organizzazione a rete tra le diverse strutture territoriali porterebbe dei benefici:

... mi piacerebbe che ci fosse un po' di più collaborazione tra le varie figure che si occupano della pediatria in questo momento in Veneto... c'è un po' come posso dire una lotta per la supremazia ecco invece che un lavoro di rete [...] Perché se il livello generale è basso ne rimettiamo tutti (Intervista n. 15, pediatra).

Sarebbe auspicabile una reale collaborazione tra gli stessi reparti dei diversi centri ospedalieri, un cosiddetto sistema a rete, ad esempio a livello regionale, dove il confronto e lo scambio di informazioni sarebbero il motore pulsante del cambiamento e della crescita comune. Questo andrebbe a beneficio non solo delle aziende ospedaliere ma anche e soprattutto dei pazienti. Passando dall'ambito pediatrico a quello più generale viene invece evidenziata l'importanza di avere una sanità pubblica che nonostante tutte le difficoltà funziona ancora abbastanza bene, ma sulla quale è necessario investire per renderla ancora più efficace:

[quello] che secondo me è stato reso molto chiaro da questa emergenza Covid a livello nazionale è che il vero investimento dovrebbe essere per noi sempre sulla sanità pubblica sempre. Noi abbiamo un Servizio Sanitario Nazionale che non ha nessuno praticamente sul pianeta che funziona molto bene e funziona per tutti [...] Penso che sia una delle vere poche ricchezze che ha il nostro Paese dal punto di vista statale organizzativo [...] ed è molto grave questo problema non ce ne rendiamo conto... (Intervista n. 15, pediatra).

Il concetto di un Ssn pubblico, che possa seguire e curare il paziente con i giusti tempi e modi, viene più volte ribadito. Sarebbe importante potersi slegare dall'idea di azienda ospedaliera, attenta soprattutto ai bilanci e tornare a essere semplicemente "un ospedale":

Chirurga: Io vorrei che l'ospedale smettesse di essere azienda e che fosse più ospedale. Che si smettesse di avere come obiettivi i budget annuali [...] Questo Servizio Sanitario Nazionale attualmente non ti consente di fare il lavoro qualitativamente bene, è quello che mi fa più arrabbiare adesso mi manca la possibilità di fare le cose fatte bene di prenderti il tuo tempo per curare il paziente [...] perché tutto deve essere fatto sulla base del guadagno economico [...] e non è il motivo per il quale ho scelto il mio lavoro perché se un 50% delle persone ti chiede perché ha scelto chirurgia plastica di ti dice perché voglio diventare ricco io questo l'ho abbandonato già dall'inizio.

Infermiera: 37 anni, 1000 euro al mese, non ci siamo sul discorso ricchezza assolutamente.

Chirurga: Questo cambierei da un punto di vista locale da un punto di vista regionale da un punto di vista nazionale. E prendere il paziente come persona da curare e non come numero (Intervista n. 16, chirurga assieme a infermiera).

Il SSN è stato oggetto di pesanti tagli dei finanziamenti pubblici da molti anni a questa parte, con la motivazione, ad esempio, di voler ridurre gli sprechi. Il punto di vista che emerge dalle testimonianze dei lavoratori è diametralmente opposto: per fornire un servizio degno di questo nome bisognerebbe investire di più (e meglio).

Conclusioni

Organismi internazionali quali l'UE, l'OMS e l'ILO hanno lanciato diversi appelli per sottolineare come il fenomeno della violenza sul luogo di lavoro rappresenti un tema di cui la politica dovrebbe occuparsi per cercare di trovare qualche rimedio e porvi un freno.

Diverse associazioni di categoria di medici e infermieri hanno più volte sottolineato come la situazione sia particolarmente critica per il settore della sanità. Gli allarmi sono giustificati tanto da ricerche svolte internamente ai vari Paesi dalle stesse associazioni o da organismi nazionali, quanto dai dati provenienti da diversi lavori scientifici internazionali (PORTO SERANTES, SUAREZ 2006; ZAMPIERON *et al.* 2010).

Se da un lato la soluzione legislativa per contrastare la violenza nei luoghi di lavoro trovata dal Governo italiano (Legge n. 113/20) inasprisce le pene per il reo, puntando soprattutto a una certezza della pena e a un risarcimento del danno, dall'altro lascia molte perplessità riguardo la possibilità di prevenire questa tipologia di reato²¹, vera questione che preoccupa le diverse associazioni. Ricordiamo inoltre che spesso leggi auspicate anche dalla giurisprudenza che vanno a colmare dei vuoti normativi, magari attese a lungo come questa, vengono rese inefficaci a causa della mancanza di decreti attuativi²², i quali sono materia dei Ministeri. Anche in questo caso, alcuni decreti che riguardano la prevenzione e la protezione devono ancora essere emanati. Inoltre, spetterebbe alle Regioni o alle singole Aziende ospedaliere l'organizzazione della sicurezza, con il conseguente costo economico che andrebbe a influire nei bilanci annuali. Questo finirebbe per aggravare le disparità territoriali già presenti in Italia.

Per quanto concerne i centri sanitari interessati da questo studio, le preoccupazioni per un aumento degli episodi di violenza legati all'avvento

del Sars-CoV-2 si sono rivelate infondate. Infatti, attraverso l'indagine sul campo è stato possibile rilevare una tendenza di segno opposto.

Le spiegazioni per il calo degli episodi sembrano essere legate proprio alla pandemia, in particolare alle misure restrittive necessarie a contrastarla. Dalle dichiarazioni raccolte è emerso che rispetto al periodo pre-Covid i Pronto Soccorso erano molto meno affollati.

Ciò era dovuto al fatto che solo il paziente malato poteva entrare in area critica, mentre gli accompagnatori venivano mandati a casa. Inoltre, per la paura del contagio, le persone evitavano i Pronto Soccorso e, più in generale, gli ospedali.

Le testimonianze suggeriscono che questa tendenza potrebbe rivelarsi una fortunata parentesi temporale. Ci sono buone probabilità che un ritorno alla normalità comporti un riemergere del fenomeno delle aggressioni.

La ricerca ha inoltre messo in luce come il fenomeno risultasse essere tra le preoccupazioni principali prima dell'arrivo del Covid, confermando quindi sia i dati provenienti dalla letteratura scientifica che gli allarmi lanciati da Oms e ILO. Letteratura e allarmi che, anche se non facevano parte delle premesse per la nostra ipotesi di partenza, sembravano conferirle una certa solidità. Va detto inoltre che in casi come questi, dove è necessaria una qualche forma di denuncia del fatto avvenuto, spesso la realtà che viene restituita attraverso i dati lascia alcune zone d'ombra. Questa ipotesi, confermata da più voci raccolte, può essere spiegata attraverso quel fenomeno detto "numero oscuro"²³. Si tratta di quegli episodi che, ad esempio, possono ricadere all'interno delle definizioni di *workplace violence* o *workplace aggression* ma che non vengono segnalati o denunciati in alcun modo e non compaiono in alcuna statistica ufficiale. Una raccolta di dati che risulta quindi sottostimata. Come ci ha confermato un operatore, delle varie segnalazioni raccolte, a fine giornata ne inviava solo una, quella ritenuta più grave. Le altre venivano sostanzialmente cestinate.

... lei si immagina se dopo otto ore di lavoro io mi metto a mandare cinque segnalazioni? Quando andava bene ne mandavo una perché mandavo quella più grande della giornata (Intervista n. 4, dirigente).

Questa sottostima del fenomeno da un lato ne rafforza la gravità e dall'altro sembra andare a supporto delle premesse dalle quali il nostro lavoro si è sviluppato.

Il caso dei medici e degli infermieri ritenuti "eroi" è la dimostrazione di come i mezzi di comunicazione di massa possono essere utilizzati per

distrarre l'opinione pubblica, agendo come strumenti di propaganda (CHOMSKY, HERMAN 1998) e non dando rilievo a problematiche ritenute più importanti proprio da quegli stessi "eroi". Dalle interviste è emerso come gli operatori sanitari, soprattutto con la seconda ondata, sono stati percepiti come la causa delle misure restrittive necessarie a contenere il dilagare della pandemia o come coloro che hanno contribuito a fare in modo che il virus continuasse a circolare e non si riuscisse più ad arginare la situazione, costringendo le persone a rimanere in casa.

A causa del cambio di percezione da parte dell'opinione pubblica, "l'identità sociale" che prima poteva essere tranquillamente esibita, poiché veniva considerata un segno di prestigio ("eroi") e permetteva alcuni vantaggi – ad esempio avere una corsia preferenziale per poter saltare la fila alle casse dei supermercati – è stata percepita come un attributo negativo. Utilizzando le parole di Goffman: «tale attributo è uno stigma soprattutto quando produce un profondo discredito [...] esso costituisce un particolare divario tra l'identità sociale virtuale e quella effettiva» (GOFFMAN 2018: 29), dove con "identità sociale virtuale" si intendono la categoria e gli attributi che vengono ipotizzati quando ci si trova di fronte a una persona sconosciuta. Nel giro di qualche mese medici e infermieri hanno varcato due opposti limiti dell'identità sociale: il primo ha procurato loro popolarità, il secondo li ha resi quasi dei paria. Tutto ciò mentre erano chiamati ad affrontare situazioni per lo più sconosciute dal punto di vista medicale, in uno stato di emergenza continua dove le procedure potevano cambiare da un giorno all'altro o addirittura più volte nell'arco di una giornata. Tali procedure, assunte con l'obiettivo di fronteggiare l'epidemia, da emergenziali stanno diventando normali, con le relative conseguenze. Il periodo pandemico ha messo sotto forte stress tutto il personale ospedaliero, come testimoniano i numerosi episodi di *burn-out* e i centri di supporto psicologico letteralmente sommersi di richieste.

In aggiunta, i diversi casi di dimissioni rappresentano un campanello d'allarme relativamente all'indisponibilità del personale a ripetere un'esperienza di questo tipo nelle attuali condizioni. Inoltre, l'aziendalizzazione dei centri ospedalieri ha finito per trasformare il paziente in cliente, il quale si sente in diritto di pretendere certi trattamenti. Di conseguenza, l'operatore viene spesso trattato con sufficienza o rimproverato per qualsiasi mal funzionamento o ritardo. Dall'altro lato, gli operatori mettono in atto dei meccanismi di difesa e alzano delle barriere, le quali non permettono un rapporto empatico con il paziente.

Di fronte a tutto ciò i lavoratori non hanno molti strumenti per far sentire la loro voce. Uno di questi potrebbe essere il sindacato ma nemmeno tra gli iscritti vi è molta fiducia riguardo ad azioni che dovrebbero portare a un cambio di rotta nella gestione del Ssn. La pandemia ha messo in luce i limiti del Ssn dovuti anche ad anni di tagli alla spesa pubblica. A detta dei lavoratori, quei limiti sarebbero superabili rigettando la gestione aziendalistica, attenta principalmente ai bilanci, e tornando a una gestione pubblica di spese e investimenti per migliorare il servizio e prendersi cura del paziente.

Note

(1) Cfr. <https://www.nurse24.it/specializzazioni/ricerca/covid-19-non-ha-cancellato-violenze-contro-sanitari.html> (consultato il 05 marzo 2021).

(2) Cfr. <https://nursing2015.files.wordpress.com/2012/04/workplaceabuseandharassmentofnurses.pdf> (consultato il 08 giugno 2021).

(3) *Ibidem.*

(4) *Ibidem.*

(5) Cfr. <https://www.maxqda.com/>

(6) Cfr. Code of practice on workplace violence in services sectors and measures to combat this phenomenon (ILO, 2003) https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_protect/-protrav/-safework/documents/normativeinstrument/wcms_107705.pdf (consultato il 03 maggio 21).

(7) Cfr. “Como adaptarse a los cambios en la sociedad y en el mundo del trabajo: una nueva estrategia comunitaria de salud y seguridad” (2002-2006). <https://www.insst.es/documents/94886/472607/Estrategia+Comunitaria+de+Seguridad+y+Salud+en+el+Trabajo+2002-2006/cda7dc38-6322-4797-96b2-302db20b5b93> (consultato il 3 maggio 2021).

(8) <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/numero-delle-vittime-e-forme-di-violenza> (consultato il 5 maggio 2021).

(9) Cfr. Violence and Harassment Convention, 2019 (No. 190) – ILO: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190 (consultato il 30 maggio 2021).

(10) Cfr. <https://historia-europa.ep.eu/it/primo-piano/il-personale-medico-i-nuovi-eroi> (consultato il 15 agosto 2021).

(11) Violenta sollevazione popolare contro comunità ebraiche che, nella Russia zarista ma anche in altre regioni dell'Europa orientale, provocava massacri e saccheggi, spesso perpetrati con la connivenza delle autorità, sotto la spinta di motivazioni economiche (cancellazione di debiti non pagati) mascherate con motivi religiosi (vendetta della crocifissione di Cristo). Per estens., qualunque azione di persecuzione esercitata contro

minoranze etniche o religiose con l'appoggio più o meno manifesto dell'autorità centrale. Cfr. <https://www.treccani.it/enciclopedia/pogrom> (consultato il 4 maggio 2022).

⁽¹²⁾ Cfr. https://www.tgcom24.mediaset.it/cronaca/lombardia/coronavirus-a-milano-imbrattati-murales-dedicati-a-medici-e-infermieri_25014244-202002a.shtml (consultato l'8 giugno 2021).

⁽¹³⁾ Cfr. https://torino.repubblica.it/cronaca/2021/01/05/news/negazionisti_bloccarono_ambulanza_dopo_un_inseguimento_tutti_e_due_indagati-281155969/ (consultato l'8 giugno 2021).

⁽¹⁴⁾ Cfr. Tg Vicenza del 18 ottobre 2019 <https://www.youtube.com/watch?v=jJ-mCYIajaw> (consultato il 7 giugno 2021).

⁽¹⁵⁾ Cfr. <https://www.polesine24.it/evidenza/2020/10/23/news/medici-e-infermieri-aggredditi-verbalmente-e-fisicamente-da-un-paziente-in-radiologia-100891/> (consultato il 7 giugno 2021).

⁽¹⁶⁾ Cfr. https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf (consultato il 6 agosto 2021).

⁽¹⁷⁾ Cfr. <https://www.epicentro.iss.it/ben/2020/4/aggressioni-personale-sanitario> (consultato il 6 agosto 2021).

⁽¹⁸⁾ Il personale dipendente del Ssn è costituito dal personale delle Aziende Sanitarie Locali, dal personale delle Aziende Ospedaliere, dal personale delle Aziende Ospedaliere universitarie integrate con il Ssn e dal personale delle Aziende Ospedaliere integrate con l'Università. Cfr. https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=5237&area=statisticheSSN&menu=personaleSSN (consultato l'8 giugno 2021).

⁽¹⁹⁾ Cfr. <https://www.ospedalesicuro.eu/attachments/article/554/Violenza%20personale%20sanitario%20da%20INCA.pdf> (consultato il 7 giugno 2021).

⁽²⁰⁾ Cfr. <https://www.nurse24.it/infermiere/leggi-normative/sicurezza-esercenti-professioni-sanitarie-sociosanitarie.html> (consultato il 7 giugno 2021).

⁽²¹⁾ Cfr. <https://www.nurse24.it/infermiere/leggi-normative/sicurezza-esercenti-professioni-sanitarie-sociosanitarie.html> (consultato il 7 giugno 2021).

⁽²²⁾ Cfr. <https://www.openpolis.it/proseguono-le-difficolta-nella-pubblicazione-dei-decreti-attuativi/> (consultato il 18 luglio 2021).

⁽²³⁾ Cfr. <https://www.istat.it/it/files/2011/02/Muratore.pdf> (consultato il 4 maggio 2022).

Bibliografia

AL-QADI M.M. (2020), *Nurses' Perspectives of Violence in Emergency Departments: A Metasynthesis*, "International Emergency Nursing", Vol. 52, 100905

ANDREWS T. G. (2008), *Killing for Coal: America's Deadliest Labor War*, Harvard University Press, Cambridge.

ARENDT H. (1969), *Reflections on Violence*, "Journal of International Affairs", Vol. 23(1): 1-35.

- ARIZA-MONTES A., LEAL-RODRÍGUEZ A.L., LEAL-MILLÁN A.G. (2015), *A Comparative Study of Workplace Bullying Among Public and Private Employees in Europe*, "Journal of Occupational and Environmental Medicine", Vol. 57(6): 695-700.
- BARLING J., ROGERS A.G., KELLOWAY E.K. (2001), *Behind Closed Doors: In-Home Workers' Experience of Sexual Harassment and Workplace Violence*, "Journal of Occupational Health Psychology", Vol. 6(3): 255-269.
- BARLING J., DUPRE K.E., KELLOWAY E.K. (2009), *Predicting Workplace Aggression and Violence*. "Annual Review of Psychology", Vol. 60(1) 671-692.
- BENEDEUCE R. (2008), *Introduzione. Etnografie della Violenza*, "Annuario di Antropologia", Vol. 9-10: 5-48.
- BERLINGIERI A. (2015), *Workplace Bullying: Exploring an Emerging Framework*, "Work, Employment and Society", Vol. 29(2): 342-353.
- BOISSEVAIN J., MITCHELL J.C. (a cura di) (1973), *Network Analysis: Studies in Human Interaction*, Mouton and Company, The Hague.
- CHOMSKY N., HERMAN E. (1998), *La fabbrica del consenso*, Marco Tropea Editore, Milano.
- COHN S.K. (2012), *Pandemics: Waves of Disease, Waves of Hate from the Plague of Athens to A.I.D.S.*, "Historical Research: the Bulletin of the Institute of Historical Research", Vol. 85(230): 535-555.
- ENDICOTT S. (2012), *Raising the Workers' Flag: The Workers' Unity League of Canada, 1930-1936*, University of Toronto Press, Toronto.
- FARMER P. (2006[2004]), *Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale*, pp. 265-302, in QUARANTA I. (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- FRIEDMAN R.A. (2006). *Violence and Mental Illness—How Strong Is the Link?*, "New England Journal of Medicine", Vol. 355(20): 2064-2066.
- GAGE B. (2009), *The Day Wall Street Exploded: A Story of America in Its First Age of Terror*, Oxford University Press, New York.
- GLASER B., STRAUSS A. (2009[1967]), *La scoperta della grounded theory: strategie per la ricerca qualitativa*, Armando Editore, Roma.
- GOFFMAN E. (2018[1963]), *Stigma: note sulla gestione dell'identità degradata*, Ombre Corte, Verona.
- HERSHCOVIS M.S., TURNER N., BARLING J., ARNOLD K.A., DUPRÉ K.E. (2007), *Predicting Workplace Aggression: a Meta-Analysis*, "Journal of applied Psychology", Vol. 92(1): 228-238.
- HERSHCOVIS M.S. (2011) *Incivility, Social Undermining, Bullying... oh My!: A Call to Reconcile Constructs Within Workplace Aggression Research*. "Journal of Organizational Behavior", Vol. 32(3): 499-519.
- INNESS M., LEBLANC M.M., SIVANATHAN N. (2007), *Predicting Workplace Aggression: A Meta-Analysis*. "Journal of Applied Psychology", Vol. 92(1): 228-238.
- JEDLOWSKI P., OUTHWAITE W. (1997), *Dizionario delle scienze sociali*, Il saggiatore, Milano.
- LA MENDOLA S. (2009), *Centrato e aperto. Dare vita a interviste dialogiche*, Utet, Torino.
- LORIOI M., DASSISTI L., GRATTAGLIANO I. (2020), *Harassment at Work in France and Italy First Hypothesis for an International Comparison*. "Aggression and Violent Behavior", Vol. 53, 101427.
- MARX K. (1950[1867]), *Il Capitale*, in CAFIERO C., TREVISANI G. (a cura di), *Il capitale di Carlo Marx*. Universale economica, Milano.

- MENDOÇA J.M.B., SIQUEIRA M.V.S., SANTOS M.A.F., RODRIGUES DE OLIVEIRA C. (2018), *Violências no ambiente de trabalho: ponderações teóricas*, "Psicologia & Sociedade", Vol. 30, e176960.
- MILLOY J. (2014), 'Chrysler Pulled the Trigger': *Competing Understandings of Workplace Violence During the 1970s and Radical Legal Practice*, "Labour", Vol. 74: 51-88.
- NORWOOD S.H. (2002), *Strikebreaking & Intimidation: Mercenaries and Masculinity in Twentieth-Century America*, University of North Carolina Press, North Carolina.
- PORTO SERANTES N., ARANA SUAREZ M. (2006), *Myths About Workplace Violence, Harassment and Bullying*, "International Journal of the Sociology of Law", Vol. 34(4): 229-238.
- RAY M.M. (2007), *The Dark Side of the Job: Violence in the Emergency Department*, "Journal of Emergency Nursing", Vol. 33(3): 257-261.
- SCHAT A.C.H., KELLOWAY E.K. (2003), *Reducing the Adverse Consequences of Workplace Aggression and Violence: The Buffering Effects of Organizational Support*, "Journal of Occupational Health Psychology", Vol. 8(2): 110-122.
- SPENCE LASCHINGER H.K., LEITER M., DAY A., GILIN D. (2009), *Workplace Empowerment, Incivility, and Burnout: Impact on Staff Nurse Recruitment and Retention Outcomes*, "Journal of Nursing Management", Vol. 17(3): 302-311.
- SPERONI K.G., FITCH T., DAWSON E., DUGAN L., ATHERTON M. (2014), *Incidence and Cost of Nurse Workplace Violence Perpetrated by Hospital Patients or Patient Visitors*, "Journal of Emergency Nursing", Vol. 40(3): 218-228.
- ZAMPIERON A., GALEAZZO M., TURRA S., BUJA A. (2010), *Perceived Aggression Towards Nurses: Study in Two Italian Health Institutions*, "Journal of Clinical Nursing", Vol. 19(15-16): 2329-2341.

Scheda sull'Autore

Leonardo Garizzo nasce a Padova il 21/01/1977. Dopo la laurea breve in Geografia dei Processi Territoriali nel 2012, con una tesi sul Land Grabbing in Mali, si laurea in Sociologia presso l'Università degli studi Padova nel 2021, con una tesi sulla violenza negli ospedali veneti durante la pandemia. Attualmente è in attesa di iniziare un dottorato presso l'Università Autonoma di Barcellona.

Riassunto

La violenza negli ospedali veneti durante la pandemia

La violenza in alcuni luoghi di lavoro è un fenomeno in preoccupante crescita da diverso tempo, come testimoniano le denunce e gli appelli di diverse istituzioni nazionali e internazionali. In questo particolare periodo storico caratterizzato dalla pandemia, attraverso le testimonianze raccolte in alcuni ospedali della regione Veneto, è stato possibile approfondire le condizioni lavorative degli operatori sanitari, al contempo vittime di violenza nei loro confronti e alle prese con una malattia che ha messo fortemente in crisi il Sistema sanitario nazionale.

Parole chiave: violenza, ospedali, operatori sanitari, pandemia, Covid-19

Resumen

Violenza laboral en los hospitales de la región del Véneto durante la pandemia

La violencia en algunos lugares de trabajo es un fenómeno creciente desde hace tiempo, como lo demuestran las denuncias y llamamientos de diversas instituciones nacionales e internacionales. En este período histórico particular caracterizado por la pandemia, a través de las entrevistas recogidas en algunos hospitales de la región del Véneto, fue posible investigar las condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud, al mismo tiempo víctimas de la violencia contra ellos y que luchan contra una enfermedad que ha afectó la crisis al Sistema nacional de salud.

Palabras clave: violencia, hospitales, trabajadores de la salud, pandemia, Covid-19

Résumé

Violence au travail dans les hôpitaux de la région de Veneto pendant la pandémie

La violence dans certains lieux de travail est un phénomène croissant depuis un certain temps, comme en témoignent les plaintes et les recours de diverses institutions nationales et internationales. En cette période historique particulière caractérisée par la pandémie, à travers les témoignages recueillis dans certains hôpitaux de la région de Vénétie, il a été possible d'approfondir les conditions de travail des agents de santé, à la fois victimes de violences à leur rencontre et aux prises avec une maladie qui a beaucoup affecté le Système national de santé.

Mots-clés: violence, hôpitaux, agents de santé, pandémie, Covid-19

