

# L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO COME FATTORE DI STRESS<sup>1</sup>

Mario Perini

Scopo di questa relazione è quello di indagare il concetto di salute organizzativa, tracciare una mappa delle diverse criticità (con particolare riguardo alla violenza) e individuare all'interno del ciclo di vita dell'organizzazione - in una fase storica di acuta esposizione agli squilibri generati dalla corrente crisi dell'economia, della politica e del *welfare* - le conseguenze di tali squilibri in termini di rischio, inefficienza e sviluppo di malessere organizzativo (nelle sue varie forme, dallo stress lavoro-correlato al *mobbing*, dalla micro-conflittualità al *burnout*); e, contestualmente, quello di tentare di identificare e sviluppare buone pratiche, consapevolezze e competenze emotivo-relazionali capaci di intervenire sugli aspetti patologici dell'organizzazione in modo tale da mitigarne gli effetti negativi, liberare creatività e produrre insieme efficienza e benessere.

## L'organizzazione come "persona" e come "corpo".

Quando si pensa ad un'organizzazione si tende a vederla come un sistema architettonico o un macchinismo complesso, dotato di strutture, processi, risorse, obiettivi, tecnologie, gerarchie e del personale che vi lavora. Ma se si va oltre la superficie e l'apparenza è facile vedere l'importanza del ruolo giocato dalle persone, cioè dal cosiddetto "fattore umano". "Le organizzazioni – avverte Allcorn - non sono fatte soltanto con mattoni e calce, prodotti e denaro; esse sono fatte anche di persone. Le persone le creano, le fanno funzionare, e le nutrono nei loro cuori e nelle loro menti. Le persone sono l'aspetto più importante delle organizzazioni, e sono spesso l'aspetto più importante della vita quotidiana di lavoro". (Allcorn, 1992).

Non solo l'organizzazione è fatta di persone, ma essa stessa può essere rappresentata come una persona, sia pure con le dovute cautele per evitare forme improprie di personificazione dei sistemi e degli oggetti astratti. Dopo tutto sono le azioni degli individui che vi lavorano, i loro pensieri, sentimenti ed emozioni a renderla un "organismo" vivo e dinamico, instabile, carico di passioni - creative ma anche distruttive -, spesso illogico e irrazionale, non così diverso da un essere umano. Ed il suo stesso funzionamento rivela a volte impressionanti analogie con i processi fisiologici degli organismi viventi e con i disturbi che colpiscono gli individui nelle loro funzioni somatiche e psicologiche.

---

<sup>1</sup> Relazione al Convegno "La Salute dei Curanti" (Mendrisio CH, 16 Maggio 2024)

Se può sembrare bizzarro teorizzare del “corpo” di un’organizzazione, si pensi a quanto le cronache politiche e finanziarie siano costellate di metafore di derivazione somato-psichica: dal collasso della borsa alle sofferenze bancarie, dall’isteria dei mercati al fiato corto delle imprese, dai partiti in fibrillazione all’encefalogramma piatto dell’opposizione, il linguaggio corrente rimanda continuamente a una rappresentazione dei sistemi sociali come complessi organismi dotati di un corpo e di una mente.

Nel suo libro dal significativo titolo *The Body of the Organization and his Health* [Il Corpo dell’Organizzazione e la sua Salute], Richard Morgan-Jones esplora in profondità il legame tra salute dell’organizzazione e salute dell’individuo, costruendo una articolata teoria a cui dà il nome di “sociosomatica” e che trae i suoi presupposti da alcuni concetti della psicoanalisi e della teoria sistemica, come quello di “protomentale” e quello di confine del sistema (Morgan-Jones, 2010).

Da questo punto di vista la dimensione fisica, quella psichica e quella sociale diventano in pratica indistinguibili, e in questo *continuum* psico-socio-somatico le vicende della salute individuale giungono a (con)fondersi con quelle della salute organizzativa: ad esempio quando le richieste dell’organizzazione si fanno pressanti la gestione dei tempi e ritmi di lavoro e l’equilibrio tra lavoro e vita privata possono sbilanciarsi ed interferire con l’orologio biologico e con i processi neurofisiologici di adattamento allo stress, esponendo il corpo fisico del lavoratore e la sua “pelle psichica” (il confine della vita personale, la stessa identità) ad un attacco traumatico da parte della cultura organizzativa. A quel punto è quasi scontato che sarà l’organizzazione medesima, trasformatasi da “casa madre” e contenitore protettivo in una matrigna, un corpo nemico o un agente patogeno, a diventare a sua volta bersaglio di contromisure difensive, automatiche ed inconsce, di natura quasi “anticorpale”, andando incontro a problemi e criticità che potremmo considerare alla stregua dei sintomi di una reazione allergica.

### **Il concetto di “salute organizzativa”**

Non è da molto tempo che le organizzazioni di lavoro e le istituzioni sociali vengono studiate dal punto di vista del loro stato di “salute”. Le discipline del business da sempre si sono preoccupate del funzionamento di un’organizzazione in termini di efficienza, efficacia ed economicità nel perseguimento dei suoi obiettivi. Un’impresa veniva definita “sana” quando produceva merci o servizi di buona qualità e profitti adeguati per la proprietà e per gli azionisti, mantenendo una posizione solida sul mercato e mostrandosi in grado di adattarsi ai cambiamenti. La sociologia, la medicina e la psicologia del lavoro, anche dopo il tramonto del taylorismo più rampante, hanno studiato il fattore umano più sul versante delle politiche del personale, delle gestione

delle risorse umane, della leadership, dei sistemi premianti, retributivi e di carriera, dell'organizzazione del lavoro, del reclutamento e della valutazione delle performance, e invece assai meno dal punto di vista della "salubrità" o della "tossicità" dei luoghi di lavoro, se si eccettua l'area abbastanza scontata della prevenzione dei rischi, degli infortuni e delle malattie professionali.

Una dimensione cruciale, che la ricerca dovrebbe ulteriormente approfondire, ci sembra la *distinzione tra salute e salubrità*. L'esistenza di *organizzazioni insalubri*, che fanno ammalare le persone che ci vivono e ci lavorano, è abbastanza ben documentata sotto il profilo delle *noxae* patogene, dai rumori alle polveri, alle sostanze tossiche e, sia pure in termini ancora alquanto vaghi e problematici, allo stress e alle cause di malessere. La stessa cosa si può dire per le fonti di rischio e di incidente.

Il discorso dell'insalubrità ha a che fare con una visione del lavoro tradizionale e relativamente semplificata: come anche Freud sottolineava, il lavoro è sia una necessità di ordine pratico e un obbligo sociale, sia un'esigenza psicologica. Mentre la prima risponde agli imperativi della realtà esterna, che si vorrebbero eludere, la seconda emerge da bisogni provenienti dal mondo interno, che premono per essere appagati. I lavori tossici, pericolosi, frustranti, malpagati in fondo non fanno altro che alzare il prezzo di un conflitto già radicato nella profondità dell'uomo, per cui il lavoro è da un lato una detestabile condanna, ma dall'altro è anche ciò che individua l'*homo faber* e ne supporta il sentimento di identità e di valore personale.

Il concetto di *organizzazione malata o traumatizzata* è più difficile da spiegare, se non si assume l'ipotesi – formulata nelle pagine precedenti – che il funzionamento di un'organizzazione abbia molte analogie con quello di una persona. Ma non è così difficile vederne i sintomi evidenti, quando si utilizzi una lente appropriata: ecco allora una scuola in cui è avvenuto un serio incidente irrigidire tutte le procedure, abolire le gite scolastiche, ridurre le iniziative specie se collegabili in qualche modo con l'idea del rischio, funzionando in regime per così dire di "paralisi antalgica" (e di evitamento fobico) proprio come certi pazienti ortopedici; oppure un reparto ospedaliero che dopo un taglio del personale presenta improvvisi picchi di assenteismo, ed episodi di conflittualità o maltrattamenti tra gli operatori o nei confronti dei pazienti e dei familiari, rivelando un quadro di "sindrome da stress post-traumatico" che, come accade negli individui, riattualizza continuamente la "lesione mutilante" subita per poi farla ricadere sugli altri.

Le organizzazioni malate, cioè malnutrite, stressate, deprivate, squilibrate o malgovernate, oltre che sofferenti sono sempre anche disfunzionali, non diversamente da quanto si verifica per il corpo dell'individuo nel quale la maggior parte delle malattie si manifestano per lo più con il dolore e qualche forma di limitazione funzionale.

E ancora, proprio come i pazienti possono creare problemi e rischi per chi vive con loro, così non di rado accade che un'organizzazione malata si riveli anche un luogo insalubre e insicuro per le persone, come le banche che hanno "infettato" la loro clientela di titoli tossici o le compagnie aeree *low cost* che riducono gli investimenti sulla sicurezza. Occorrerebbe dunque vigilare sulla salute organizzativa per evitare che un'occasionale "malattia" si aggravi e cronicizzi, generando una cultura insieme malata e patogena, in altre parole un'*organizzazione malsana*, che funziona male ma fa anche ammalare, dove la tossicità non dipende tanto dalla natura del lavoro ma dalla sua organizzazione e dalla natura delle relazioni umane che la caratterizzano.

Dunque, la salute di un'organizzazione non può più essere valutata solo a partire dalla qualità del suo funzionamento e dalla sua capacità di produrre i risultati desiderati a costi contenuti, ossia sulla base della sua efficienza, efficacia ed economicità. Queste peraltro imprescindibili componenti vanno infatti necessariamente integrate con la capacità di generare e mantenere il **benessere organizzativo**<sup>2</sup>, ovvero quel complesso di condizioni che incorpora:

- il rispetto della persona e del "contratto psicologico"<sup>3</sup> che la lega all'organizzazione
- la soddisfazione lavorativa (*job satisfaction*)
- la riduzione dell'ansia e dello stress
- la prevenzione del rischio e del *burnout*
- il contenimento delle emozioni "tossiche" (come l'invidia, la paura e la rivalità) e del loro impatto sul comportamento organizzativo
- l'attenzione per i costi umani, fisici, emotivi e sociali, dell'esercizio dei diversi ruoli organizzativi, di leadership come di followership.

Se questi principi possono sembrare scontati per le organizzazioni del *welfare* (ma in effetti a ben vedere non lo sono affatto), la loro applicazione al mondo dell'impresa e del profitto, cioè alle organizzazioni industriali, finanziarie e del terziario, rappresenta una sostanziale novità, che nella maggior parte dei casi viene subita come un obbligo inevitabile, una sorta di balzello, o addirittura come una minaccia o un corpo estraneo. Come si è detto, da sempre l'impresa si considera sana se è ben gestita, se è produttiva, se cresce e se crea valore per gli azionisti. Ma negli ultimi anni il suo comportamento e quello del suo top management sono diventati una crescente preoccupazione non solo per gli azionisti ma in generale per la collettività. Il termine *governance* non si limita più a descrivere la conduzione efficiente di un'azienda in

---

<sup>2</sup> Con questo termine si intende "l'insieme dei nuclei culturali, dei processi e delle pratiche organizzative che animano la dinamica della convivenza nei contesti di lavoro, promuovendo, mantenendo e migliorando la qualità della vita e il grado di benessere fisico, psicologico e sociale della comunità lavorativa". (Avallone, Paplomatas, 2005)

<sup>3</sup> Si definisce *contratto psicologico* l'insieme delle "convinzioni individuali che riguardano i termini di un accordo di scambio tra il lavoratore e la sua organizzazione" (Rousseau, 1995), e che si riferiscono agli obblighi reciproci che ognuna delle due parti – il lavoratore e il datore di lavoro – si aspetta di vedere onorati dall'altra.

termini di profitto, produttività e controllo dei costi, ma si estende a comprendere una serie di più ampie responsabilità sociali, nei confronti della stessa vita organizzativa dei propri membri così come dell'ambiente esterno. Questo significa che manager e dirigenti dovrebbero andare al di là dell'orizzonte ristretto dei loro ruoli e compiti aziendali, dei loro compensi, delle strategie di successione o dell'ottemperanza alle norme, per sforzarsi di comprendere in che modo i loro valori personali, i loro atteggiamenti e le loro azioni influenzino lo "stato mentale" e la salute dell'organizzazione e del personale che dirigono, e come a sua volta tutto ciò abbia una ricaduta sulla collettività locale e globale in cui operano.

### **Criticità e tossicità organizzative**

Nei loro studi accurati sul *burnout* Maslach e Leiter mettono l'accento su una serie di fattori "tossici" che ritengono di dover ascrivere non tanto alla vulnerabilità delle persone quanto piuttosto al funzionamento malsano dell'organizzazione: in particolare, essi sottolineano il ruolo

- del sovraccarico lavorativo per quantità e qualità,
- delle sperequazioni, dei favoritismi e delle aristocrazie professionali,
- della confusione nel sistema di premi, riconoscimenti e sanzioni,
- dell'esclusione dei dipendenti dalle decisioni e dall'aver voce in capitolo sul loro lavoro,
- del conflitto di valori (specialmente tra quelli dichiarati e quelli effettivamente perseguiti)
- dello scarso senso di appartenenza e solidarietà.

(Maslach e Leiter, 1997)

Come rileva anche Braidi nel suo libro, significativamente intitolato *Il corpo curante* (Braidi, 2001), la speciale vulnerabilità all'ansia e allo stress mostrata dagli operatori delle professioni di cura (e in generale d'aiuto) riflette una condizione complessa in cui non è solo il corpo dei curanti ma anche il "corpo dell'organizzazione", cioè del sistema curante, ad apparire esposto ad agenti patogeni, che possono provenire dall'ambiente esterno, come una sorta di infezione, oppure da quello interno come delle patologie involutive o da auto-intossicazione. Da un'altra prospettiva possiamo osservare come l'organizzazione diventi un luogo particolarmente malsano quando mette i suoi membri in una condizione di conflitto senza via d'uscita tra la nocività del farne parte e il rischio di venirne estromessi.

Non è il caso di considerare qui le molteplici forme di malessere che si possono ritrovare nei diversi contesti lavorativi. Basterà dire che stress, *burnout*, *mobbing*, traumi vicari, incidenti e patologie varie, pur manifestandosi nella dimensione dell'individuo (che ha certamente anche una sua parte di responsabilità), vanno

peraltro attribuiti in misura prevalente alle componenti malsane dell'organizzazione e della società più ampia a cui questa organizzazione appartiene e di cui è espressione. Ma se l'organizzazione come tale può diventare agente di sofferenza o incubatrice di malattia, allora è necessario studiarla anche sul piano clinico, o, per meglio dire, utilizzando teorie e strumenti di tipo interdisciplinare che sappiano integrare il punto di vista sociologico ed economico-aziendale con la clinica del lavoro e la psicologia sociale.<sup>4</sup>

Tra i vari possibili punti di partenza per un'indagine clinica dell'organizzazione quelli che seguono sembrano tra i più significativi per la loro influenza sul benessere del sistema e delle persone:

1. la leadership e la followership
2. l'ansia e le emozioni tossiche generate nel luogo di lavoro;
3. i conflitti e i dilemmi organizzativi;

Per esigenze di brevità mi limiterò a esplorare questi ultimi.

Come le emozioni, così anche i conflitti e i dilemmi sono eventi "normali" che fanno parte integrante della fisiologia del lavoro e della vita organizzativa, al punto che in un gruppo o in un'organizzazione che ne apparissero esenti si dovrebbe sospettare la presenza di qualche seria "patologia". Tuttavia si tratta pur sempre di eventi e processi critici, che possono degenerare e diventare altamente tossici se lasciati a se stessi o gestiti con improvvisazione e superficialità.

I **conflitti** più frequenti riguardano la diversità dei ruoli e dei compiti organizzativi, a volte tra loro in contraddizione, le relazioni tra capi e collaboratori, tra colleghi, tra settori diversi, e più in generale il conflitto tra dipendenza e autonomia, tra identità e appartenenza, tra desiderio e realtà. Nei contesti sanitari il conflitto centrale è quello che contrappone le ragioni della clinica a quelle dell'amministrazione (o della politica), o, in altri termini, l'attenzione per la salute alla preoccupazione per i costi, quelli economici ma spesso anche quelli della reputazione o dei rapporti di potere.

I **dilemmi** riguardano più direttamente i processi e le funzioni organizzative che non le persone, anche se sono poi queste ultime, interiorizzandoli e diventandone i portavoce, a pagare il prezzo più salato delle mancate soluzioni. Pur non raggiungendo la temperatura emotiva del conflitto, essi sollevano ansia e malessere per il semplice fatto di imporre scelte difficili tra due opzioni nessuna delle quali a prima vista appare così chiaramente la migliore.

Eccone una lista provvisoria:

- eccellenza individuale Vs performance collettiva (del team o del sistema)
- differenziazione Vs integrazione

---

<sup>4</sup> Uno dei modelli integrativi più efficaci sotto questo profilo è quello sistemico-psicodinamico noto come "Metodo Tavistock" (Perini, 2007)

- autonomia Vs interdipendenza
- pianificazione Vs emergenza
- aspetti tecnici Vs aspetti sociali o emotivo-relazionali
- flessibilità Vs controllabilità (procedure)
- centralizzazione Vs decentramento
- profitto Vs sviluppo
- innovazione Vs tradizione
- valore per gli azionisti Vs investimenti
- breve termine Vs lungo termine
- controllo Vs supporto
- crescita Vs stabilità
- crescita della persona Vs crescita dell'organizzazione
- realtà materiale Vs realtà virtuale o digitale
- lavoro in presenza Vs smart working

e chissà quanti altri.

Se una gestione consapevole e competente delle criticità organizzative mostra di essere in grado di contenere il malessere e promuovere la salute nel contesto di lavoro, rimane aperto tuttavia un interrogativo inquietante: e se, a dispetto delle molte evidenze a sostegno della tesi che il benessere lavorativo torni a vantaggio dell'organizzazione, di fatto la salute di quest'ultima fosse in conflitto con la salute dei lavoratori? E non occorre nemmeno che il conflitto di interessi sia concretamente fondato, un conflitto percepito funziona anche meglio di un conflitto reale. In tal caso sarebbe ingenuo auspicare una sorta di patto tra produttori sulla base del postulato che il benessere organizzativo sia dopo tutto un buon affare anche per l'impresa; nella migliore delle ipotesi ognuna delle due parti dovrebbe rinunciare a una parte del proprio utile a vantaggio dell'altra, il che oggi sembrerebbe davvero utopistico.

Il quadro fin qui delineato, con accenti volutamente catastrofici, intende soltanto proporre alla cultura socio-sanitaria di abbassare la propria soglia di attenzione e di allarme di fronte a processi e tendenze che troppo facilmente ci si rassegna a considerare condizioni inevitabili e persino necessarie del welfare contemporaneo, come le aggressioni in psichiatria o la fuga del personale dalle istituzioni pubbliche a quelle private. Se i costi dello sviluppo, quelli somatici, quelli emotivi e quelli sociali, devono essere così alti, allora nel modello di sviluppo ci dev'essere qualcosa di sbagliato o, appunto, di intrinsecamente malsano.

E' abbastanza scontato che non disponiamo di soluzioni semplici da proporre, se non nei termini di raccomandare una consapevolezza e una vigilanza sostenibili intorno alla natura e all'importanza del problema. La psicoanalisi ci ha dimostrato che la

mente umana, quella individuale come quella collettiva, tiene lontane le evidenze penose con ogni sorta di strategia difensiva, negandole, dimenticandole, minimizzando la loro importanza o cercando spiegazioni di comodo. Rinunciare a questi atteggiamenti confortevoli ma in definitiva alquanto rischiosi può essere già un primo passo. Un altro passo – che vedrebbe alleate la psicologia dinamica e la medicina sociale – potrebbe essere lo sforzo di affrancare la cultura corrente, almeno quella della salute, dal dominio dell’“egolatria”, dal trionfo del sé, isolato e grandioso, sulle rovine del legame sociale, inventando – come scrive Richard Sennett nel saggio intitolato *Insieme. Rituali, piaceri, politiche della collaborazione* – nuove forme di solidarietà interindividuale e soluzioni creative in grado di accrescere la collaborazione sociale (Sennett, 2012).

### **Un’esperienza locale**

Poiché è un’evidenza innegabile che chi sta male lavora male, perché stress e disagio aumentano le incomprensioni, i conflitti e il rischio di errori, il “benessere” psicologico e lavorativo dei curanti diventa un requisito fondamentale per poter fornire una cura efficace e un’adeguata assistenza. L’obiettivo che ci dovrebbe porre in un sistema sanitario moderno e aperto a tutta la cittadinanza è quello di elaborare, anche sulla base della letteratura più recente e accreditata, un complesso di raccomandazioni - rivolte non solo ai curanti ma in primo luogo alle istituzioni - che includano dei percorsi formativi e di consulenza centrati sull’offerta di un supporto psicologico e organizzativo ai professionisti delle cure per proteggerli dai rischi dello stress e della “compassion fatigue”, dalla demotivazione e dai fattori che possono spingerli ad abbandonare il lavoro di cura, al fine di tutelare in tal modo anche il sistema sanitario nel suo insieme.

Per dare maggior eco a queste istanze da circa un anno si è formato, su proposta dell’Ordine dei Medici di Torino, un **gruppo di lavoro inter-Ordini**, che oltre ai medici ha coinvolto tutti gli Ordini delle professioni sanitarie di buona parte del Piemonte, con l’attuale inedito risultato di vedere impegnati in una reciproca fruttuosa collaborazione i medici e gli odontoiatri, gli infermieri, gli psicologi, le ostetriche, le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, i farmacisti, i fisioterapisti, gli assistenti sociali e, più recentemente, i biologi e i veterinari.

A grandi linee, in termini operativi si è immaginato e si sta seguendo un percorso di ricerca-azione articolato in tre momenti:

1. una **dimensione interprofessionale**, perché nessun problema di salute può essere affrontato se non nell’interazione tra le diverse professioni e discipline coinvolte;
2. una **dimensione specialistica**, perché il gruppo di lavoro per svolgere con efficacia il proprio compito non può limitarsi alla rappresentanza delle varie professioni, ma

deve essere composto da persone che abbiano competenze ed esperienze specifiche nelle questioni che si vogliono affrontare;

3. una **dimensione istituzionale**, perché lo scopo primario è quello di sensibilizzare e di aiutare le organizzazioni della salute - ASL, Ospedali, medicina del territorio, servizi sociali, istituzioni varie pubbliche e private - a supportare e tutelare i professionisti che operano al loro interno per prendersi cura del loro benessere e offrire loro il necessario sostegno psicologico e organizzativo.

Ciò di cui le istituzioni dovrebbero tener conto, oltre ai dati statistici ed epidemiologici, è in primo luogo **il punto di vista dei professionisti della salute**, cioè le loro esperienze e le loro opinioni sulle criticità, sulle loro cause e sui possibili rimedi. Questo punto di vista è stato recentemente esplorato da alcune indagini, svolte da vari Ordini professionali del Piemonte, che hanno messo in evidenza tra le principali **cause di rischio, stress e malessere** percepite dagli operatori, accanto naturalmente al rischio clinico e ai casi difficili,

- l'aumento del carico di lavoro, in particolare di quello burocratico
- la carenza di personale, anche per l'aumento delle dimissioni e per la difficoltà a reclutare nuovi operatori
- la crescente solitudine lavorativa, legata alla suddetta carenza di personale ma anche alla mancanza di spazi di discussione e di supporto tra pari
- la riduzione dei posti letto e il prolungamento delle liste d'attesa
- i rapporti con le "persone difficili" (pazienti e loro familiari, ma spesso anche i colleghi, i superiori e i collaboratori), ed i casi estremi delle aggressioni verbali e fisiche
- la retribuzione inadeguata e la scarsa autonomia lavorativa
- il tempo sottratto alla famiglia e alla vita privata

ma soprattutto **lo scarso riconoscimento del lavoro svolto e delle fatiche emotive e relazionali del compito di cura** e la sensazione di essere stati letteralmente abbandonati dalle istituzioni.

Le opinioni dei curanti riguardo alle varie **conseguenze** prodotte dalle cause sopra indicate sottolineano le ricadute fisiche e psicologiche dello stress e del burnout sulla salute degli operatori e sulle relazioni con i pazienti, con i colleghi e con l'organizzazione sanitaria, da cui sempre più spesso i professionisti tendono a dimettersi ricorrendo al pensionamento, scegliendo di lavorare nel privato o persino abbandonando la pratica sanitaria – il fenomeno che è stato denominato "quiet quitting", abbandono silenzioso. Non mancano peraltro le considerazioni sull'impatto negativo che lo stress tende a produrre anche sulla qualità e sui costi del lavoro di cura, per quel che riguarda il rischio aumentato di errori, omissioni e incidenti, trasgressioni ed abusi, prestazioni inappropriate, sprechi e forme di "medicina difensiva", assenteismo, conflitti e contenziosi con l'organizzazione sanitaria. Per non

parlare delle ricadute sullo spazio privato dei curanti e sulla loro vita familiare, dove malesseri, tensioni e rotture relazionali figurano con sempre maggiore frequenza.

Le indagini hanno interpellato i curanti sui loro **bisogni di supporto** e tra i possibili rimedi allo stress lavorativo e alla disaffezione essi hanno indicato in particolare la riduzione del sovraccarico e più in generale tutte le iniziative che dimostrino in modo evidente che l'organizzazione si preoccupa del loro benessere, come l'aiuto a sviluppare strategie per affrontare le situazioni difficili o la protezione dalle violenze fisiche e verbali, l'offerta di spazi sicuri in cui condividere con i colleghi conflitti, insuccessi e timori (come ad esempio dei Gruppi Balint o dei percorsi di inter-visione e supporto tra pari) ed una maggiore attenzione nell'organizzare orari e turni di lavoro per l'esigenza di prendersi cura di sé, della famiglia e della propria vita privata.

Un punto di importanza rilevante riguarda l'immagine pubblica dei curanti, così come viene influenzata dai **rapporti del mondo sanitario con la stampa e con la pubblica opinione, inclusi i "social media"**, dove la facile retorica dell'era pandemica, con gli eroi applauditi dai balconi, ha presto lasciato il posto ad attacchi svalutativi, a un linguaggio dell'odio e non di rado ad aggressioni violente verbali e materiali.

Tra i fattori di malessere più rilevanti – come emerge anche dalla suddetta indagine – si evidenziano anche i **rapporti con i superiori e quelli tra colleghi**, sia di tipo interprofessionale sia all'interno della stessa professione, che quando si caricano di invidie, rivalità e conflittualità croniche finiscono per minare la comunicazione e la capacità di lavorare in gruppo in modo collaborativo e solidale.

Un altro punto riguarda i **giovani professionisti**, che da un lato sembrano in costante riduzione, attratti da altre professioni meno stressanti o più rispettose della vita privata, e dall'altro, quando vengono reclutati nel sistema sanitario, ben presto vanno incontro a malesseri e delusioni tali da minarne la salute e soprattutto la motivazione a continuare a svolgere un lavoro di cura poco riconosciuto e mal retribuito.

Anche le **donne** nelle professioni sanitarie e sociali, come mostra l'articolo della dr.ssa R.Devlin *"Le donne in medicina. Bruciate e stufe"* pubblicato da Medscape (2022), vanno incontro a seri problemi per lo più legati a persistenti discriminazioni di genere, anche di tipo retributivo, alla difficoltà di conciliare l'impegno professionale con la vita familiare e alla maggiore esposizione ad episodi di violenza.

Ma in definitiva ciò che si ritiene ormai veramente urgente richiedere alle istituzioni è in parte già contenuto nella recente **"Carta di Bucarest"**, elaborata nel marzo 2023 dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, che identifica nelle professioni di cura "la spina dorsale di qualsiasi sistema sanitario" e riconosce come i sistemi sanitari nazionali incontrino "difficoltà nel soddisfare la crescente domanda di servizi sanitari a causa dell'invecchiamento della popolazione, dell'aumento delle malattie croniche, dei ritardi nei servizi... , delle crescenti aspettative da parte degli utenti dei servizi e dei rischi per la salute associati ai cambiamenti climatici e alle emergenze sanitarie".

Queste difficoltà, aggravate dalla pandemia del COVID-19 ma ad essa da tempo preesistenti, evidenziano “la necessità di proteggere la salute mentale e fisica e il benessere dei lavoratori, molti dei quali continuano a sperimentare stress, burnout e violenza, e per alcuni l’abbandono del proprio lavoro”.

Oltre a riconoscere le connessioni tra queste priorità, la Carta ribadisce “che per compiere progressi significativi è importante **coinvolgere tutte le figure chiave** interessate”, compresi i rappresentanti del personale di cura e assistenza.

### **Sulla violenza istituzionale**

La questione della violenza è oggi più che mai centrale nelle riflessioni sulla realtà sociale, sull’educazione, sulla politica, sulla qualità della vita lavorativa, sulla cittadinanza, in un momento storico segnato da scontri militari, politici ed economici, da persecuzioni religiose, da moti di piazza, aggressioni di gruppo e violenze private. Il tema è del resto molto più complesso di quanto a volte non si dica o non si pensi, tanto nei contesti collettivi così come nella vita privata, ed è di difficile interpretazione quando si verifica nei “luoghi di cura”, come gli ospedali, i pronti soccorsi e gli ambulatori dei medici di famiglia. Spesso, da parte sia della pubblica opinione sia delle persone o delle istituzioni interessate, si tende a ritenere che sia sufficiente ribadire che le violenze non vanno tollerate, stabilire norme e sanzioni contro i comportamenti violenti, avviare corsi di autodifesa per il personale e istituire dispositivi di sicurezza come sistemi d’allarme o posti di polizia. Decisioni come queste sono senza dubbio necessarie, ma è cruciale essere consapevoli che non possono essere sufficienti.

Una prima considerazione è che, se la violenza negli individui, nei gruppi e nelle società è sempre esistita, come ci mostrano la storia e la comune esperienza (anche quella attuale, visto che siamo in tempo di guerra), ci si può chiedere se oggi il problema non stia tanto nell’aumento della sua forza o frequenza, quanto piuttosto nei cambiamenti culturali, nell’indebolimento degli argini educativi e nel tramonto delle istanze regolatrici – quelle che Kaës chiamava “garanti metasociali” (Kaës, 2005), in primo luogo nella famiglia e nella scuola e poi anche nei contesti collettivi e oggi in particolare nel mondo del digitale e dei social media.

In secondo luogo dobbiamo constatare come i rischi legati a una cultura della violenza – soprattutto quando si indirizza al mondo della sanità – non consistano solo nelle aggressioni fisiche, ma anche nelle ben più frequenti aggressioni verbali e psicologiche, che possono tradursi in una vasta gamma di comportamenti, dalle frasi sgarbate alle espressioni di disprezzo della mimica facciale, dal linguaggio dell’odio su Facebook alle denunce penali, aggressioni che sono spesso non meno lesive delle ferite materiali.

Infine vorrei segnalare un fattore di grande rilievo ma spesso ignorato o sottovalutato, la **violenza dell'istituzione**, che a volte reagisce a quella degli individui come nel caso del carcere o delle forze dell'ordine, quando non sia addirittura intrinseca alla propria cultura di base, come nelle organizzazioni criminali, nel terrorismo e in certi estremismi ideologici, per non parlare dell'istituzione militare; ma altre volte nasce al proprio interno in modo del tutto spontaneo e imprevedibile, come non di rado si ha modo di vedere nelle strategie economico-finanziarie e nelle politiche migratorie.

Prima di affrontare il tema specifico della violenza nei contesti sanitari occorre distinguere con chiarezza la violenza dall'aggressività, anche se spesso sono usate come sinonimi. Va detto in primo luogo che l'aggressività e l'odio, non diversamente da emozioni positive come l'amore, la tenerezza, la fiducia e la solidarietà, sono emozioni del tutto naturali e persino fisiologiche nella nostra specie. Per comprendere questa affermazione basterebbe osservare il comportamento spontaneo dei bambini piccoli in un asilo-nido, ad esempio quando qualcuno di loro si metta a giocare con il giocattolo di un altro bambino.

Senza una dotazione congenita di aggressività probabilmente non potremmo sopravvivere a lungo nemmeno in un contesto sociale sufficientemente sicuro.

L'esperienza della storia – quella passata come quella attuale - ci parla di violenze che difficilmente possono essere rimandate alla sfera privata, ma puntano il dito direttamente sul ruolo del contesto politico-culturale e delle istituzioni. La violenza non è un prodotto impersonale della società, è figlia dell'uomo e delle sue zone d'ombra. Ma sono la società e le sue istituzioni a evocarla, a darle forma e direzione e soprattutto a moltiplicarla e a trasformarla in cultura.

La psicologia sociale considera la violenza come l'espressione di una dialettica tra la disposizione individuale all'aggressività e l'influenza di situazioni sociali competitive, deprivate o problematiche, capaci di generare esperienze traumatiche, disturbi dell'attaccamento e indebolimento del legame sociale.

Da questo punto di vista sono impressionanti i dati delle ricerche – le prime delle quali risalgono ormai ad alcuni decenni fa – che esplorano i legami tra la violenza collettiva (dei gruppi, delle masse, delle organizzazioni, degli stati e delle società) e le norme socio-culturali esplicite e implicite che dominano il ventre molle delle nostre comunità, quello che potremmo chiamare l'"inconscio sociale" (Hopper, 2003).

Prescindendo dagli ovvi risvolti giuridici, possiamo affermare che per lo più le azioni violente sono ritenute illegittime se infrangono le norme sociali correnti: la violenza della polizia quando risponde al fuoco dei criminali è percepita come legittima, all'opposto se spara a persone disarmate. Le norme sociali implicite e non scritte possono quindi legittimare alcune forme di violenza, talvolta persino quando la legge le ritenga un reato.

Particolarmente diffusa è poi la norma sociale, anch'essa implicita e non scritta, che in qualche misura giustifica la violazione delle regole e delle leggi che limitano l'aggressività, qualora le persone facciano parte di un gruppo o si comportino come una "folla". Gustave Le Bon e dopo di lui Freud e altri autori hanno esplorato le dinamiche comportamentali ed emotive dei grandi gruppi: quando una folla sia resa cieca dall'idealizzazione del capo o delle opinioni dominanti, dalla dismissione della capacità di pensare e dalla scomparsa delle regolazioni di coscienza, allora la violenza di massa è pronta a dilagare come uno tsunami, sempre che non venga arruolata da qualche polo di interessi politico-economici che provi a trasformarla in uno strumento di potere.

Non definirei certo Facebook o Twitter istituzioni violente, eppure sono stati i social media negli ultimi anni a svolgere spesso un ruolo di "attrattore" di comportamenti violenti collettivi, mobilitando *flash mob*, raduni di piazza e risse di quartiere, o d'altra parte, su piani del tutto diversi, incitando sulla rete forme varie di cyberbullismo e di linguaggio dell'odio, persecuzioni mediatiche e linciaggi morali. Anche la carta stampata e la televisione hanno fatto la loro parte, ad esempio costruendo le cosiddette "macchine del fango" ai danni di questo o quel bersaglio pubblico. In entrambi i casi, come sappiamo, qualcuno ci ha anche rimesso la vita.

L'influenza del gruppo sociale – specie quello "di riferimento" – sul modo di pensare e sulla vita di relazione dell'individuo è nota da tempo, e per quel che riguarda la violenza sappiamo che il conformismo può anche portare alla messa in atto di comportamenti che gli individui da soli non adotterebbero. Il gruppo, specie se numeroso, offre la protezione dell'anonimato e della diffusione della responsabilità. A questo proposito sono state descritte delle dinamiche di "contagio sociale" dove il "pensiero di gruppo" (Janis, 1982) può operare come amplificatore delle tendenze aggressive attraverso la prescrizione implicita di norme che definiscono il comportamento richiesto ai membri per essere accettati dal gruppo e poter continuare a farne parte. Il conflitto centrale è quello tra identità e appartenenza, e quando in un soggetto o in un gruppo (o a volte persino in un popolo) la prima è precaria e la seconda vitale, allora anche il ricorso alla violenza può diventare un prezzo accettabile.

Parlare di violenza istituzionale significa descrivere un quadro complesso e multiforme, che si compone essenzialmente dei seguenti scenari:

1. **l'istituzione "infettata dalla violenza"**, laddove i comportamenti violenti che si esplicano nella vita istituzionale appaiono come forze "inquinanti" capaci di contaminare una cultura originaria sufficientemente sana. Possiamo immaginare che le organizzazioni "sane" operino come contenitori solidi, illuminati e sicuri, capaci di arginare le ansie e di trasformare le emozioni tossiche capaci di generare violenza, come l'invidia, l'avidità, la paura, l'odio e la rivalità; ma può accadere che

qualcosa – lo stress, le culture perverse, la riduzione delle risorse, le crescenti insicurezze provenienti dall’ambiente – renda queste istituzioni “malate” o “intossicate” indebolendone le funzioni regolative e aprendo la strada all’azione violenta come evacuazione dell’ansia, della rabbia e del dolore.

2. **L’istituzione “violentata”**, ovvero colpita da un trauma catastrofico o cumulativo, che ne determina a lungo il destino, o in termini di malfunzionamento post-traumatico oppure di riproduzione “transgenerazionale” del trauma e della violenza. Gruppi e istituzioni possono diventare oggetto di violenze e di traumi, come hanno osservato diversi analisti. Vamik Volkan in particolare, a partire dalla sua duplice esperienza nella terapia istituzionale degli psicotici all’Austen Riggs Center e nelle dinamiche dei grandi gruppi sociali nel contesto della diplomazia internazionale, descrive come nelle organizzazioni e nelle società traumatizzate la molla della violenza sia spesso rappresentata da un “trauma scelto” (Volkan, 2001), un evento assunto da un gruppo o da una nazione come ferita aperta e non rimarginabile, causa e significativa di ogni difficoltà, memoria traumatica e “legato” di violenza da trasmettere attraverso le generazioni, come accade a volte ai bambini abusati.
3. **L’istituzione “violenta”** vera e propria, cioè un’istituzione dominata da una cultura organizzativa intrinsecamente violenta. Tralasciando l’ovvio riferimento alle organizzazioni criminali, alludo essenzialmente alle istituzioni narcisistiche e a quelle perverse. Le organizzazioni narcisistiche e le loro leadership, dominate da culture auto-centrate e poco attente ai bisogni degli altri, sono pronte a tutto per salvare i propri equilibri di potere e per schivare le responsabilità, per lo più scaricandole verso il basso, cioè sui collaboratori. Le derive paranoide (Jaques 1976; Kernberg, 1993) o totalitarie (Bar-Haim, 2013) o demagogiche a cui prima o poi danno luogo sono ideali terreni di coltura per lo sviluppo di comportamenti violenti, che si sostanziano nell’emergere dell’uomo della provvidenza, nei conflitti finanziari, commerciali o geopolitici, o viceversa nell’esplosione della rabbia delle piazze e delle masse contro la violenza dei mercati e delle politiche globali. Si ritrovano tra queste soprattutto le organizzazioni aziendali, quelle politiche e quelle a carattere etnico-religioso.

Tra le organizzazioni perverse, dominate dalla scissione e dalla frammentazione, dalle culture burocratiche o masochistico-sacrificali, dall’ossessione dei controlli e delle procedure e dalla confusione dei linguaggi, si annoverano soprattutto le istituzioni del settore pubblico e del welfare, dove la regola è dire una cosa e farne un’altra, ad esempio proclamare i valori della salute e praticare gli obiettivi della riduzione dei costi. Anche in queste organizzazioni si annida una rilevante violenza potenziale, e ce ne rendiamo conto quando a una nostra ragionevole richiesta non viene data alcuna risposta, o quando le norme che ci vengono imposte hanno una chiara valenza vessatoria, nella logica per cui le esigenze dell’istituzione non possono tener conto di quelle delle persone, che a volte

neppure conoscono. La violenza istituzionale si esplica qui con modalità più attenuate, come una conflittualità cronica che produce rabbia, sfiducia ed egocentrismo, e che non trova argini per l'impossibilità di dar voce al malessere e per l'assenza di dispositivi orientati all'ascolto e alla regolazione dei conflitti; oppure si traduce in vere e proprie forme di "maltrattamento", come le omissioni, il non-ascolto e le mancate risposte, le procedure e i controlli assillanti, il cambio delle regole mentre il gioco è in corso, le doppie verità e tutti quei modi ipocriti ed emotivamente neutri che Manfred Kets de Vries ha definito "alessitimici" (Kets de Vries, 1989) e che mirano al silenziamento del soggetto o alla sua invisibilità, in pratica al suo "annientamento" con le armi della burocrazia.

4. **l'istituzione "anti-violenza"**, deputata a gestire, a reprimere o a occultare la violenza che si genera altrove, nel tessuto sociale diffuso o in altre istituzioni come la famiglia o il luogo di lavoro. E' il caso delle Forze Armate che la devono esercitare contro un nemico per difendere il Paese; della polizia che la deve arginare o prevenire agendo contro chi viola la legge o chi attenta all'ordine pubblico; della legge stessa e del potere giudiziario che l'amministrano sanzionando i colpevoli in nome del popolo e nell'interesse della comunità; del sistema penitenziario che la contiene e la punisce; del sindacato che la canalizza nelle rivendicazioni in materia di lavoro; della chiesa che la rigetta come peccato; e in fondo anche della psichiatria che la interpreta come sintomo di malattia e cerca di curarla o quanto meno di contenerla<sup>5</sup>.

Il problema di queste istituzioni è che la violenza diventa ben presto un

"linguaggio istituzionale" che accomuna gestori e gestiti e che rischia di farle diventare violente come i loro "clienti", con un processo mimetico di identificazioni crociate che Kaës ha chiamato "isomorfismo" (Kaës, 1976).

L'isomorfismo istituzionale tende a trasformare le istituzioni che devono gestire la violenza in istituzioni violente, giungendo talvolta a contaminare persino le funzioni di cura che vengono svolte al loro interno. Così ad esempio l'esercito si ritrova confrontato con i suoi periodici massacri "gratuiti", da My Lai a Sabra e Chatila a Srebreniča (o anche solo con forme estreme di "nonnismo" ai danni delle reclute), i servizi anti-terrorismo con le proprie operazioni di stampo terroristico, la polizia con i raid del G8 a Genova, la chiesa con la pedofilia, la psichiatria con il suo storico dilemma a tenaglia tra la violenza della repressione e quella dell'abbandono, figlie dell'ancora irrisolto conflitto tra cura e custodia.

## **Violenza e istituzioni di cura**

Dunque, se la violenza può costituirsi come una frequente dinamica della vita sociale e organizzativa è più che prevedibile che possa giungere a contaminare anche i

---

<sup>5</sup> Fino a 50 anni fa c'era anche il manicomio, al quale però bastava segregarla.

contesti sanitari, che pure dovrebbero essere dominati dai valori del prendersi cura di chi ha bisogno, del perseguimento del benessere e dell'alleanza di lavoro tra curanti e curati.

Per uscire da un equivoco frequente, vorrei chiarire che le condotte violente delle persone, anche se sono espressione di modalità di relazione interpersonale alterate in senso delinquenziale o psicopatologico, non sono necessariamente un indicatore di delinquenza o di patologia psichica. I criminali e i paranoici sono spesso aggressivi – e questo è certamente un peso aggiuntivo per gli operatori dell'emergenza e quelli della salute mentale -, ma molte violenze sono commesse da persone che non sono delinquenti abituali né portatori di qualche disturbo di personalità.

Un aspetto apparentemente paradossale – e per molti versi crudele – è stato il brusco viraggio di immagine e di atteggiamento che i professionisti della salute hanno subito nei tempi della pandemia, passando da una fase celebrativa in cui erano applauditi dai balconi come eroi e martiri moderni nella guerra contro il virus ad una fase di svalutazione rabbiosa, che li ha visti accusare delle morti da Covid come “untori” o assalire nei pronti soccorsi a coltellate o a male parole. Ho parlato di paradosso “apparente”, perché il fatto risponde a una logica emotiva abbastanza frequente, quella per cui la delusione di attese che non erano realistiche (in questo caso la sanità come baluardo magico e onnipotente contro l'epidemia) tende a trasformare l'oggetto idealizzato in oggetto denigrato non appena l'idealizzazione è smentita dai fatti.

Ma la violenza contro gli operatori sanitari e sociali non è una conseguenza della pandemia, è un fenomeno che la precede e che da tempo si è insinuato nel lavoro di cura, rappresentando uno dei suoi rischi più rilevanti, non solo per le conseguenze lesive sull'incolumità e sulla salute dei curanti, ma anche per l'impatto negativo sulle loro motivazioni (che può portare all'abbandono della professione o alla sua disumanizzazione) e in definitiva sull'efficienza delle prestazioni del sistema sanitario. Lo testimoniano in modo eloquente il “quiet quitting” (l'abbandono silenzioso dei posti di lavoro da parte di medici, infermieri e altri operatori) ed il collasso di tanti Pronti Soccorsi e di buona parte della sanità territoriale.

Cercherò di tracciare una mappa provvisoria degli aspetti del lavoro di cura che possono esporre i curanti (ma non solo loro, anche i pazienti, i familiari, i colleghi e i dirigenti) ad esperienze di violenza, subita, agita o assistita, sul piano fisico come su quello psicologico.

Un primo aspetto riguarda la percezione implicita e irrazionale della malattia e della morte come colpa, una colpa del curante oppure del paziente o di entrambi. La sua origine risale a concezioni di tipo religioso, ma nella modernità ha ricevuto varie conferme di tipo culturale e anche istituzionale.

- Nella tradizione cinese i cosiddetti “medici scalzi” venivano pagati finché il paziente stava bene e smettevano di esserlo quando si ammalava.

- Nel film di Bergman “Il posto delle fragole” l’anziano medico pronuncia la frase inquietante: “Il primo dovere del medico è chiedere perdono”; perdono per che cosa? forse per la colpa di non essere capace di evitare la morte?
- Il Servizio Sanitario inglese (NHS) in un passato recente “puniva” con la sospensione della gratuità delle cure quei pazienti diabetici che non avevano seguito correttamente le diete o le terapie prescritte.
- Fino a poco tempo fa nelle cause per “malpractice” spettava al curante l’obbligo di dimostrare di non avere commesso errori invece che alla parte lesa quello di dimostrarne l’evidenza.

Come già accennato rispetto alle vicende della pandemia da Covid-19, l’idealizzare la medicina come onnipotente e salvifica comporta che di fronte a ogni anche minima smentita (successi parziali, errori, attese deluse) ne consegua inevitabilmente una presunzione di colpa, da cui discendono le scontate reazioni di accusa, sfiducia, svalutazione e aggressione, che i professionisti di solito si trovano a subire ma che possono a volte rivolgere spontaneamente contro se stessi, facendosi per così dire violenza da soli. Forse per questo la pratica della cura tende a generare in profondità sensi di colpa in chi vi si dedica.

Le responsabilità di questa incauta idealizzazione della medicina sono molteplici: a volte sono gli stessi curanti a presentare un’immagine di sé e della loro scienza come qualcosa di onnipotente e di magico di fronte ai pazienti, ma più spesso sono questi ultimi – e con loro anche la pubblica opinione - ad immaginarlo, ad aspettarselo o persino a pretenderlo, non si rado allineandosi con certe posizioni trionfistiche assunte dalle istituzioni sanitarie o addirittura dalla letteratura scientifica. Per capire questo fenomeno basterà ricordare con quanta frequenza le concezioni sanitarie dei pazienti siano impregnate di elementi magico-irrazionali o di atteggiamenti infantili, quanto spesso le patologie vengano collegate con una propria colpa o un'azione malevola, con un aggressore operante dall'esterno (un trauma, un virus o magari il medico curante) oppure dall'interno, e con quanta facilità una malattia possa trasformarsi in una punizione meritata, in un esonero dalle responsabilità, in una via d'uscita da un conflitto, in un'occasione di rivendicazioni, pretese, ricatti e risarcimenti.

Oltre che dalle aspettative del paziente i rischi di esposizione alla violenza sono accentuati da altri due aspetti della relazione di cura: la prossimità e la continuità. Quando la situazione diventa critica, per un insuccesso terapeutico o per un peggioramento del quadro clinico, i curanti che passano più tempo in contatti ravvicinati con i pazienti sono tendenzialmente più esposti alle reazioni aggressive di questi ultimi ma anche più inclini a interagire aggressivamente con loro e talvolta anche tra colleghi. Queste condizioni possono verificarsi per tutti i professionisti della salute, ma in misura più elevata per coloro che, come si è detto, lavorano in

regime di maggiore prossimità e continuità delle cure, cioè gli infermieri e il personale di assistenza, i medici di famiglia, gli operatori della salute mentale

La relazione di cura e le emozioni correlate sono poi fortemente influenzate dalla qualità della comunicazione (verbale e non-verbale) e dal livello di fiducia reciproca che possono generare un'alleanza di lavoro tra curanti e pazienti. L'importanza che la parola e la sua coerenza con il linguaggio mimico e corporeo rivestono per il lavoro di cura è stata ampiamente documentata dalle recenti ricerche neuroscientifiche, dove si è scoperto che parole sgarbate, rabbiose, dispregiative e insultanti – per non parlare delle campagne d'odio lanciate sui social media - possono “ferire” non solo l'amor proprio ma anche il cervello e il corpo attraverso la liberazione di cortisolo e di altri “ormoni dello stress”.

Anche la fiducia, sentimento-base dell'alleanza terapeutica, non è un elemento scontato, si costruisce gradualmente nel tempo attraverso esperienze reciproche di rispetto, comprensione e gentilezza, dove un ruolo rilevante è svolto sia dai neuroni-specchio, motori dell'empatia, sia dai neuroni-occhio, che attraverso l'incontro degli sguardi promuovono nell'amigdala di entrambi gli interlocutori la produzione di ossitocina e con essa la creazione di legami di attaccamento e di affidabilità.

Ma la fiducia può infrangersi facilmente per i motivi più svariati lasciando il posto a diffidenza e ostilità, come ad esempio nella comunicazione delle “cattive notizie” o nei casi di mancata aderenza alle prescrizioni o quando il paziente si rivolge anche ad altri curanti, magari persino al Dr. Google.

Tutto ciò ci insegna che le relazioni umane – e quelle di cura in modo particolare – devono attrezzarsi per affrontare anche le emozioni negative e per imparare a gestire gli inevitabili conflitti, allo scopo di impedire che il contrasto diventi inimicizia e guerra, degenerando in condotte violente e soffocando ogni possibilità di collaborazione tra curanti e pazienti, oltre a scoraggiare gli uni e gli altri dal continuare a credere nella sanità pubblica.

Un altro fattore che tende a sollecitare atteggiamenti aggressivi o violenti è il particolare contesto sanitario, laddove questo richieda ai curanti la necessità di prestare cure in situazioni di stress particolarmente intenso. Mi riferisco alle aree critiche e a quelle dell'emergenza-urgenza, alle rianimazioni, all'oncologia, alle cure palliative e di fine-vita, ai luoghi della nascita e delle cure all'infanzia, al lavoro nel corso di epidemie, guerre o eventi catastrofici ed ancora alla salute mentale. Un DEA dove siano avvenute delle aggressioni ai danni del personale curante sarà probabilmente per un certo tempo dominato da sentimenti di paura e di rancore, destinati ad incidere sulla qualità delle relazioni e degli interventi di cura, ma anche sulla coesione e sulla collaborazione tra curanti; un tipico esempio sono i contrasti tra medici di famiglia, medici della continuità assistenziale (la “guardia medica”) e medici del Pronto Soccorso.

Nei “luoghi” della sanità più attraversati dallo stress i curanti possono sperimentare delle forme di aggressione messe in atto non solo dall’utenza ma dalla stessa istituzione a cui appartengono, una sorta di “violenza istituzionale” che li espone al rischio di perdita del senso di Sé, dei propri valori e dell’identità personale, inghiottiti dal ruolo istituzionale e feriti dalle sue richieste. È quella che oggi nell’ampio capitolo del burnout viene chiamata “moral injury”, danno morale.

Un esempio particolare di violenza istituzionale, che la psichiatria ha studiato a fondo nel suo sforzo di superare il suo passato manicomiale, è lo stigma, con cui certe culture etichettano i comportamenti delle persone - e spesso anche le loro opinioni e le loro emozioni - secondo criteri prestabiliti che mirano a definire ruoli e personaggi negativi, disfunzionali o presunti colpevoli (veri capri espiatori) per confermare credenze e pregiudizi o per mantenere qualche forma di equilibrio utilitaristico e di potere. Tipico delle culture aziendali ipercompetitive – ma non infrequente anche in quelle del welfare - è il sanzionamento dell’ansia come segno di debolezza e di incapacità o l’interpretazione del dubbio come prova di incompetenza o di slealtà. Negli ambienti sanitari lo stigma colpisce tipicamente i curanti quando manifestano malessere, stanchezza, indecisione nello svolgimento del proprio lavoro o quando rivelano la propria contrarietà di fronte a certe scelte politiche aziendali. Anche per questo motivo medici, infermieri e altri operatori sanitari ben raramente chiedono aiuto in condizioni di stress, e meno che mai un aiuto di tipo psicologico, né lo accettano serenamente nelle occasioni in cui l’istituzione glielo offre; per un professionista della salute accedere ad uno sportello di supporto o chiedere il “bonus psicologo” oggi sembra ancora implicare un rischio non trascurabile per la propria reputazione.

Un ultimo capitolo – abbastanza complesso e delicato – riguarda quella che chiamerei la “violenza implicita” nella cura. Se pensiamo alla cura nei termini del “*caring*”, del prendersi cura di una persona che soffre e che ha bisogno di assistenza, ci vengono in mente solo azioni nel segno del soccorso, della sollecitudine, della vicinanza e della simpatia; ma noi sappiamo anche troppo bene come la “*cure*”, il trattamento delle patologie e l’esecuzione delle terapie, sia impegnativa anche per il paziente, che non di rado per poter ricevere aiuto deve accettare un certo grado di violenza, e questo prescindendo dal fatto che la relazione di cura si fonda sull’aderenza e su un’alleanza di lavoro tra adulti consapevoli.

Le cure possono essere “violente” in molti modi diversi, per il fatto che possono

- infliggere dolore fisico e psicologico
- generare ansia e insicurezza
- imporre limitazioni della libertà
- indurre situazioni di dipendenza e sentimenti di impotenza
- denudare il corpo, penetrarlo (con strumenti o con farmaci), ferirlo ed esporne l’intimità

In psichiatria poi la violenza della cura può anche concretizzarsi in alcune misure di coercizione e di controllo del comportamento o in pratiche terapeutiche che possono modificare la coscienza, i pensieri e persino i sentimenti dei pazienti. E il fatto che tutto ciò per lo più sia inevitabile e serva a migliorare la salute delle persone non elimina il rischio che in certi momenti la cura venga percepita come una violenza, come qualcosa di peggiore della stessa malattia; e che di conseguenza nella mente dei pazienti i curanti si trasformino in violentatori.

Per concludere, possiamo chiederci in cosa consista una adeguata protezione dalla violenza per gli operatori sanitari. Il tema, come sempre complesso, non tollera sbrigative semplificazioni come dire che basti aprire posti di polizia nei Pronti soccorsi o aggravare le pene per gli aggressori. Queste misure sono senz'altro necessarie ma probabilmente non sufficienti se non si integrano con una serie di altri strumenti che proverò qui ad elencare.

1. Un cambiamento della cultura organizzativa del sistema sanitario, che sviluppi una maggiore responsabilità per il benessere e la sicurezza dei curanti e una maggiore consapevolezza di come essi si intreccino con quegli aspetti della cura che sono in rapporto con il limite, con la sofferenza e con l'angoscia connessa all'esperienza della vulnerabilità fisica, della malattia, della cronicità e della morte; il tutto alla luce delle difficoltà operative attuali, in parte esplose dopo la pandemia, che vede operatori sempre più stanchi e sovraccarichi e una pressione ad agire sempre più elevata.
2. Un modello formativo e preventivo per gli operatori sanitari che non si limiti alle procedure per la "gestione" degli eventi aggressivi o alla raccolta di dati e documenti, ma che favorisca la comprensione dei fattori in gioco negli episodi segnalati (Che cosa rende aggressivo un paziente o un familiare? Che cosa rende aggressivo un curante?), che migliori le capacità dei professionisti nella gestione dei comportamenti a rischio e nella lettura dei segnali che anticipano la risposta violenta, che fornisca anche spazi di riflessione su ciò che la rabbia e le tensioni quotidiane evocano nel mondo interno e nel comportamento dei diversi attori coinvolti.
3. Una serie di misure che promuovano tanto una sicurezza reale (dispositivi di protezione, vie di fuga, sistemi di allarme, addestramenti all'autodifesa) quanto una sicurezza percepita, cioè ambienti e contesti operativi sentiti come sicuri – in particolare nelle zone di accoglienza e di attesa per l'utenza; ed una dirigenza fisicamente e mentalmente presente che si mostri capace di ascolto e autenticamente preoccupata di salvaguardare il benessere dei curanti e la loro alleanza di lavoro con i pazienti attraverso un'organizzazione più sana e più sostenibile
4. L'introduzione nel comune orario di lavoro per tutti gli operatori sanitari di spazi d'incontro stabili, regolari e tutelati, destinati a promuovere la condivisione, la riflessione, l'apprendimento cooperativo e il supporto di

gruppo in un contesto regolato e sicuro, non giudicante ed esente dallo stigma, gestito con metodologie gruppali preferibilmente di tipo psicodinamico-sistemico, come quella dei Gruppi Balint e dei gruppi di intervisione e supporto tra pari.

I risultati attesi sono lo sviluppo di un clima di lavoro insieme autoprotettivo e protetto dall'istituzione, dove gli eventi violenti – e lo stress che li alimenta – si riducano per numero e gravità e dove i professionisti della salute non siano costretti a difendersi da soli con meccanismi inadeguati, come la negazione del rischio, la proiezione della colpa, il masochismo sacrificale, la violenza simmetrica o la fuga dalla professione.

Anche gli utenti (pazienti, familiari, caregiver ecc.) andranno in qualche modo sensibilizzati sul tema, perché si rendano conto che spaventare i curanti li può rendere incapaci di prendersi cura di loro. Il titolo di un recente convegno sul tema suonava con la frase **“Se mi fai male chi ti curerà?”**