

UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Scienze Storiche, Geografiche e  
dell'Antichità

Corso di Laurea in Storia

Pandemia da Covid-19 nella Riviera del Brenta: ricerca  
etnografica sugli aspetti antropologici e socio-culturali  
da un punto di vista di un medico dell'Ospedale di Dolo.

Relatore:

Prof.ssa Maria Teresa Milicia

Laureanda:

Marina Peloso

Matricola:

1152781

ANNO ACCADEMICO 2023/2024



*A Riccardo,  
sguardo e pensiero  
verso il futuro.*



# Indice

<b>Introduzione</b>	<b>3</b>
<b>1 Le grandi epidemie del passato</b>	<b>7</b>
<i>1.1 Le tre fasi pandemiche</i>	8
<i>1.2 La peste</i>	9
<i>1.3 Il vaiolo</i>	12
<i>1.4 Il colera</i>	14
<i>1.5 La tubercolosi</i>	15
<i>1.6 L'influenza spagnola</i>	17
<i>1.7 La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)</i>	19
<b>2 Il XXI secolo: dalle epidemie da Coronavirus alla pandemia da SARS-CoV-2</b>	<b>21</b>
<i>2.1 Epidemie recenti da Coronavirus</i>	21
<i>2.2 L'Ospedale di Dolo e la pandemia da SARS-CoV-2</i>	22
<b>3 L'indagine</b>	<b>37</b>
3.1 Materiali e Metodi	37
3.2 Risultati	40
3.3 Discussione e conclusioni	51
<b>Bibliografia</b>	<b>53</b>
<b>Allegati</b>	



## Introduzione

Nel mese di dicembre del 2019 le autorità cinesi comunicarono che casi di polmonite ad eziologia sconosciuta, si stavano manifestando nella città di Wuhan. A distanza di pochi mesi si sviluppò una pandemia di intensità tale da modificare la vita delle persone di tutto il mondo. Le notizie diffuse dai media e dai social media si presentarono allarmanti e a volte discordanti dai pareri scientifici, inducendo comportamenti di vita inusuali e stressanti.

L'Italia fu il primo Paese europeo ad essere investito dalla pandemia da SARS-CoV-2. Furono interessate per prime le Regioni del Nord, il Veneto in particolare. Esercito la professione di medico di pronto soccorso presso l'Ospedale di Dolo, presidio dell'Azienda ULSS 3 Serenissima, e la scelta dell'argomento di questo elaborato è maturata dalla mia esperienza personale lavorativa svolta durante la pandemia. Ho deciso di condurre un'indagine all'interno dell'Ospedale dove lavoro per lasciare una testimonianza storico-antropologica dell'impatto della pandemia sui dipendenti.

L'Ospedale di Dolo è la struttura sanitaria di riferimento per la salute dell'intera popolazione della Riviera del Brenta, area geografica che si estende lungo le rive del Naviglio del Brenta, fiume che storicamente collega la laguna veneziana al territorio padovano. L'area comprende 10 comuni: Campagna Lupia, Campolongo Maggiore, Camponogara, Dolo, Fiesso d'Artico, Fossò, Mira, Pianiga, Stra e Vigonovo.

Fanno parte della ULSS 3 gli Ospedali di Venezia, Mestre, Mirano, Dolo, Chioggia, Noale. L'Ospedale di Dolo venne inaugurato l'8 gennaio 1865, quando ancora il territorio era parte del dominio Austriaco. Nella prima metà del '900 gli edifici dell'ospedale furono ampliati e fu costruito un sanatorio per i malati di tubercolosi. A fine marzo 2020 l'Ospedale di Dolo è stato identificato dalla Regione del Veneto come il polo di riferimento per l'Azienda dove curare i pazienti affetti da Covid-19.

Con questa indagine ho inteso esplorare alcune risposte di carattere socio-antropologico manifestate dal personale sanitario durante il periodo pandemico da SARS-CoV-2. Ho raccolto le informazioni attraverso un questionario distribuito nel periodo compreso tra novembre 2022 e gennaio 2023 a un campione di dipendenti che hanno aderito volontariamente: le informazioni sono state raccolte nel rispetto

dell'anonimato e della normativa in materia di privacy. La ricerca è stata approvata dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, dal Comitato Etico e dall'Unità di Supporto Privacy. I dati raccolti sono stati sottoposti ad analisi statistica, come spiegato ai partecipanti nel frontespizio del questionario e a voce.

Nel primo capitolo ho trattato le malattie a peggiore impatto storico epidemico, quelle che nei secoli hanno avuto risonanza scientifica, sociale e culturale, e che hanno incoraggiato lo sviluppo di importanti strategie sanitarie nella nostra società occidentale industrializzata. Nel 1969 il ministro della sanità statunitense dichiarò la fine dell'era delle malattie infettive: si riteneva che i Paesi sviluppati fossero diventati invulnerabili alle nuove pestilenze. In realtà, malattie epidemiche recenti come la SARS e l'Ebola, anni prima del Covid-19, ci hanno dimostrato che le nostre difese sanitarie non sono infallibili.

Nel secondo capitolo ho delineato la breve cronologia dei principali provvedimenti normativi attuati dal governo durante la pandemia, rapportati alla piccola realtà dell'ospedale di Dolo. Per ottenere una datazione realistica degli avvenimenti ho utilizzato comunicati aziendali ricavati dalla nostra casella di posta elettronica e dai quotidiani online, punteggiati da ricordi personali, paure vissute e riflessioni maturate durante gli eventi.

Nel terzo capitolo ho esposto in dettaglio il metodo utilizzato per lo svolgimento dell'indagine, esposto i risultati ottenuti e tratto le conclusioni. Ho stilato un questionario partendo dalle domande di ricerca che, alla luce della mia esperienza personale, mi sono apparse più rilevanti. In particolare, mi sono chiesta se il personale medico e paramedico, durante l'emergenza pandemica, ha ritenuto utili i continui dibattiti televisivi, se attendeva con speranza il vaccino ed aveva fiducia nella scienza medica, se percepiva adeguatezza o insofferenza per le misure di contenimento attuate dal governo, se sentiva nascere un sentimento di dovere civico e solidarietà verso le persone più sfortunate.

Questa ricerca vuole essere il punto di partenza per un'indagine più estesa che coinvolga il resto della popolazione. Conoscere le convinzioni di chi ha lavorato in prima linea durante un'emergenza pandemica del tutto inaspettata, comprendere la posizione di chi si nutre ogni giorno del pane della sofferenza sul campo può far



riflettere sullo stato d'animo delle persone che svolgono le altre mansioni, che hanno ascoltato da casa comunicati allarmanti, applicato comportamenti indotti da divulgazioni discordanti, assistito familiari ammalati a domicilio con solidarietà ed incertezza delle cure, e confidato nei progressi della scienza medica.



# CAPITOLO 1

## Le grandi epidemie del passato

Per pandemia, dal greco *pas* “tutto” e *demos* “popolo”, si intende un’epidemia diffusa in più continenti, o comunque in vaste aree del mondo<sup>1</sup>. E’ un vocabolo già utilizzato da Platone per definire le esercitazioni di guerra praticate da tutto il popolo: etimologicamente si riferiva ad un evento, di solito una guerra, che coinvolgeva tutta la popolazione<sup>2</sup>. L’epidemia, dal greco “sopra il popolo”, è invece una manifestazione frequente, localizzata e limitata nel tempo di una malattia infettiva in una certa popolazione<sup>3</sup>. Il focolaio epidemico consiste nell’aumento del numero di casi relativo ad una malattia infettiva all’interno di una comunità o di una regione ben circoscritta<sup>4</sup>.

Nell’antichità, la medicina scientifica si basava sul pensiero di Ippocrate e Galeno, che stabiliva l’importanza delle cause naturali delle malattie e respingeva tutte le spiegazioni magiche, divine o diaboliche. La “teoria umorale” ippocratica definiva stato di salute l’equilibrio reciproco di quattro umori di cui si pensava fosse composto il nostro organismo (sangue, bile gialla, bile nera, flegma) erano in equilibrio tra loro. La malattia era uno squilibrio degli umori dovuto a eccesso o carenza di uno o più di essi, ed un umore poteva alterarsi e poi imputridire avvelenando il corpo<sup>5</sup>. Questa teoria perdurò per tutto il medioevo e l’età moderna, accompagnata dalla teoria dei miasmi, in base alla quale le epidemie erano causate da avvelenamenti o da impurità dell’aria. Sarà la scuola di medicina di Parigi negli anni 1794-1848, dalla Rivoluzione francese e dall’Illuminismo, alla Rivoluzione industriale e al positivismo, la responsabile di una rivoluzione concettuale della malattia: la scuola migliorò la formazione dei medici promuovendone le specializzazioni; gli ospedali divennero anche luoghi di istruzione sotto il controllo dello Stato. Di orientamento radicalmente empirico, la scuola di Parigi introdusse l’utilizzo del moderno stetoscopio monoaurale, ideato da Renè Laennec nel

<sup>1</sup> Walter Ricciardi et al., *Pandemia SARS-CoV-2, manuale Covid-19*, Napoli, Idelson Gnocchi, 2020, pp. 4-5.

<sup>2</sup> Giorgio Cosmacini, *Concetti di salute e malattia fino al tempo del coronavirus*, Sesto San Giovanni (MI), Pantarei, 2020, p. 133.

<sup>3</sup> Ricciardi Walter et al., *Pandemia SARS-CoV-2*, p. 3.

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>5</sup> Raffaele A. Bernabeo, Giuseppe M. Pontieri e Giovanni B. Scarano, *Elementi di storia della medicina*, Padova, Piccin, 1993, pp. 83-86.

1816. I medici iniziarono ad avvicinarsi all'idea del contagionismo, che postulava che oltre alla composizione dell'aria doveva essere già presente un'altra circostanza per generare un'epidemia, sia per contatto diretto tra persone infette, sia per causa proveniente da qualche altro luogo.

Gli ultimi decenni del XIX secolo videro un'ulteriore rivoluzione globale nel pensiero medico, incentrato sulla teoria dei germi<sup>6</sup>. Gli sviluppi furono dovuti essenzialmente a 3 scienziati: Louis Pasteur (Parigi), che scoprì il ruolo chiave dei batteri, individuati al microscopio e cresciuti in terreni di coltura, ed aprì la strada alla creazione dei vaccini; Robert Koch (Berlino), che scoprì l'agente eziologico della tubercolosi; Joseph Lister (Edimburgo), che introdusse le regole dell'antisepsi nella pratica chirurgica<sup>7</sup>. La scoperta della microbiologia tramite la microscopia determinò una rivoluzione sanitaria, e trasformò anche la vita quotidiana delle persone. Attraverso giornali, libri, riviste, opuscoli, circolari, venne spiegata al grande pubblico l'importanza dell'igiene personale e domestica e dei luoghi di lavoro. Le persone iniziarono a coprirsi la bocca mentre tossivano e a lavarsi spesso le mani. Vennero introdotti i tubi di scarico, il lavabo, il gabinetto con sciacquone, stracci separati per la pulizia domestica<sup>8</sup>. Grazie al microscopio elettronico, negli anni Trenta del XX secolo, vennero scoperti i virus (nascita della virologia). Nel 1928 Alexander Fleming, medico scozzese, scoprì il primo antibiotico: la penicillina. Negli anni '40 Thomas Francis ideò il vaccino antipolio (già esistevano quello antivaaioloso ed antirabbico).

## 1.1 Le tre fasi pandemiche

Come ci spiega Giorgio Cosmacini, gli epidemiologi odierni suddividono la storia delle pandemie in tre fasi. La prima fase pandemica, lunga circa ottocento anni (dalla guerra del Peloponneso fino alla caduta dell'Impero romano d'Occidente), comprende la peste detta "di Atene", descritta da Tucidide, degli anni 430-426 a.C.; la peste "di Diodoro" dell'anno 395; la peste "libica" dell'anno 126 a.C.; la peste "antoniniana" del II secolo d.C.; la peste "di Cipriano" degli anni 250-270 d.C.; la peste "di Giustiniano"

---

<sup>6</sup> Frank M. Snowden, *Storia delle epidemie, dalla morte nera al Covid-19*, Gorizia, LEG edizioni, 2020, pp. 189-224.

<sup>7</sup> *Ibid.*, pp. 225-253.

<sup>8</sup> *Ibid.*, p. 251.

nell'anno 543 d.C. In questi casi il termine pestilenza è usato come sinonimo di “epidemia”, per contrassegnare una malattia a estesa diffusione e larga contagiosità; ma fonti storiche attestano che alcune di queste epidemie si possono attribuire alla sifilide, al vaiolo o ad altre forme morbose. Segue poi un periodo lungo altri ottocento anni in cui l'economia signorile dei secoli centrali del Medioevo, caratterizzata da castelli, abbazie e da un relativo isolamento, vide declinare le epidemie pestilenziali, sostituite da sparse endemie prevalentemente di lebbra. La seconda ondata pandemica inizia con la peste propriamente detta del 1347-1350: l'ondata si protrae per altri ottocento anni e giunge fino alle soglie del Duemila. Furono pestilenze o epidemie la sifilide del Cinquecento, la peste bubbonica del Seicento, il vaiolo del Settecento, il colera dell'Ottocento, la spagnola, la asiatica e la cinese del Novecento<sup>9</sup>. Nel 1969 il ministro della sanità statunitense dichiarò conclusa l'era delle malattie infettive, gradualmente sostituite come causa di morte su larga scala da altre malattie come quelle degenerative, cardiovascolari, neoplastiche e dismetaboliche (diabete), dagli incidenti e dalle malattie professionali (contratte negli ambienti di lavoro)<sup>10</sup>. La terza ondata pandemica è quella da Covid-19 appena conclusa<sup>11</sup>; anticipata dalla SARS nel 2002-2003 e dalla MERS del 2013, è stata dichiarata conclusa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità il 5 maggio 2023<sup>12</sup>.

## 1.2 La peste

La prima grande pandemia descritta nella storia è la peste, termine che deriva dal latino “pestis”, a sua volta di matrice indoeuropea “pes”, soffio mortale, e fu importante perché diede luogo ad una risposta sociale di fondamentale rilievo: lo sviluppo della sanità pubblica<sup>13</sup>. Le misure di isolamento (o contenimento) attuate durante i periodi di pestilenza comportarono l'impiego dell'esercito. Le comunità colpite reagivano con isteria collettiva, violenze, e risvegli religiosi nel tentativo di placare una divinità irata;

---

<sup>9</sup> Cosmacini, *Concetti di salute e malattia fino al tempo del coronavirus*, pp. 133-136.

<sup>10</sup> Snowden, *Storia delle epidemie, dalla morte nera al Covid-19*, pp. 477-482.

<sup>11</sup> Cosmacini, *Concetti di salute e malattia fino al tempo del coronavirus*, p. 135.

<sup>12</sup> “Covid. Dopo oltre tre anni l'OMS dichiara la fine dello stato di emergenza globale”, *Quotidiano Sanità*, 05/05/2023, <https://www.quotidianosanita.it/>.

<sup>13</sup> Snowden, *Storia delle epidemie, dalla morte nera al Covid-19*, p. 49.

cercavano i responsabili di un simile disastro e molti consideravano la malattia un castigo divino<sup>14</sup>.

L'agente eziologico responsabile è un bacillo chiamato *Yersinia pestis*, trasmesso dalle pulci dei roditori, e fu scoperto contemporaneamente nel 1894 da Alexandre Yersin a Hong Kong, e dal medico giapponese Shibasaburo Kitasato. La peste si presenta con tre diversi quadri clinici, distinti a seconda del sito di localizzazione: bubbonica, polmonare e setticemica<sup>15</sup>.

La prima testimonianza storica della peste nella storia mondiale fu la cosiddetta "peste di Giustiniano", scoppiata a Pelusa sul delta del Nilo nel 451, che colpì Asia, Africa, Europa e si concluse nel 755, riportando un numero di vittime totali compreso tra i 20 e i 50 milioni<sup>16</sup>. Ce ne parla anche Paolo Diacono nella sua *Historia Langobardorum*.

La seconda ondata di peste pandemica, descritta dal Boccaccio nel *Decameron*, ebbe inizio in Asia centrale e raggiunse l'Occidente nell'anno 1347. Fu chiamata Morte Nera per il colore dei bubboni e della cancrena delle estremità (acrocianosi), o forse per il colore dei ratti, vettori del contagio che infestavano le navi genovesi, di rotta dal Mar Nero (da Costantinopoli, centro cruciale di commercio) a Messina. Si stima che la popolazione europea si sia ridotta di circa un terzo a causa della virulenza e aggravata dallo stato di immunodepressione causato dalla denutrizione<sup>17</sup>. Era ancora diffusa la teoria umorale di Ippocrate e Galeno, secondo cui ci si ammalava a causa di un disequilibrio degli umori o in seguito ad esalazioni venefiche, i miasmi, provenienti da materie organiche in decomposizione (sporcizia, letame, cadaveri, altro). Per questo era necessario purificare l'aria, ed era uso comune bruciare fiori ed unguenti aromatici.

A Venezia la Serenissima istituì i "tre savi alla sanità", un collegio di tre nobili incaricati dal Maggior Consiglio di isolare le persone a rischio<sup>18</sup>. Come si legge nell'iscrizione del 1348 nel chiostro della Chiesa di Santa Maria della Carità a Venezia,

---

<sup>14</sup> *Ibid.*, p. 48.

<sup>15</sup> Michele La Placa, *Principi di microbiologia medica*, Bologna, Società editrice Esculapio, 1996, pp. 327-331.

<sup>16</sup> Snowden, *Storia delle epidemie, dalla morte nera al Covid-19*, p. 53.

<sup>17</sup> Jacques Le Goff, Jean Charles Sournia, *Per una storia delle malattie*, Bari, Edizioni Dedalo, 1986, pp. 159-172.

<sup>18</sup> Pompeo G. Molmenti, Dino Mantovani, *Le isole della Laguna Veneta*, Venezia, Tip. Visentin, 1895, p. 54.

durante la “mortalità” il padre non voleva “andar dal fio né l’fio dal pare”<sup>19</sup>. Nel gennaio 1485 i “provitores super salutem” diventeranno un organo stabile, una Magistratura della Sanità, che attuò una serie di interventi igienico-polizieschi volti a ridurre il contagio, a cacciare i sospetti portatori di patologie (mendicanti, “pitocchi”) e ad isolare gli ammalati<sup>20</sup>. Per proteggersi le vie aeree, i medici indossavano maschere con una lunga protuberanza a livello del naso nella quale ponevano erbe aromatiche, guanti e tuniche<sup>21</sup> (Fig. 1). Furono sospese le feste, i mercati, i riti pubblici e le processioni.



Fig. 1: Così vestivano i medici di Marsiglia durante l’epidemia di peste del 1720 per curare gli ammalati: nel becco della maschera venivano inserite sostanze aromatiche e disinfettanti; il vestito era una tela cerata; i guanti servivano ad evitare il contagio. Tratta dal libro *Per una storia delle malattie*, p. 143.



Fig. 2: Un ospedale tardo-medievale: si notino l’ambiente pulito e le attente cure prestate agli ammalati (Parigi, Bibliothèque Nationale). Tratta dal libro *Per una storia delle malattie*, p. 294.

<sup>19</sup> Giulio Vaccaro, “Marzo 1348. *La fine del mondo tra paure e prevenzione nelle cronache coeve*”, *RiMe*, n.9/III, pp 139-164, p. 145.

<sup>20</sup> Nelli Elena Vanzan Marchini, *I mali e i rimedi della Serenissima*, Vicenza, Neri Pozza Editore, 1995, pp. 24-26.

<sup>21</sup> Edoardo Pittalis, *La Serenissima e le epidemie*, Spilimbergo, Biblioteca dei Leoni, 2021, pp. 96-109.

A Venezia fu istituito il primo lazzaretto della storia<sup>22</sup>, un ospedale di isolamento per gli ammalati, e nacque il termine quarantena, periodo di 40 giorni di isolamento forzato cui venivano sottoposte le navi prima di poter entrare in città<sup>23</sup>.

Altre comparse di peste famose furono quella del 1630 di Milano, descritta dal Manzoni, e del 1665-1666 di Londra descritta da Defoe.

La terza grande ondata di peste comparve invece in Cina nel 1855 e si diffuse nel resto del continente asiatico fino alle soglie della Grande Guerra. Gli sviluppi della microscopia permisero questa volta di chiarire l'eziopatogenesi del morbo, il bacillo *Yersinia Pestis* con le sue interazioni tra roditori, pulci ed esseri umani. La peste cinese flagellò soprattutto i Paesi del Terzo Mondo, risparmiando le nazioni industrializzate dell'Europa e del Nord America<sup>24</sup>. La chiave di volta sull'eziologia fu la nascita della scuola di medicina di Parigi negli ultimi anni dell'800. Una volta chiarite le modalità di trasmissione della *Yersinia*, le autorità compresero la necessità di eliminare pulci e ratti con insetticidi, trappole e veleno. La teoria della trasmissione del morbo aveva definitivamente soppiantato la teoria dell'umoralismo di Ippocrate e Galeno<sup>25</sup>.

La peste oggi è stata debellata in Europa ma persiste in altri Paesi, come la Repubblica Democratica del Congo, il Madagascar, il Perù, trasmessa dalle pulci dei roditori selvatici.

### 1.3 Il vaiolo

Il vaiolo, o mostro maculato come veniva definito nei secoli passati, è una malattia causata da un virus appartenente al gruppo degli Orthopoxvirus, che include il virus *variola* (maior e minor) che colpisce l'uomo e il vaiolo bovino che colpisce solo il bestiame<sup>26</sup>.

Le origini del vaiolo non sono note; la prima prova della manifestazione della malattia nell'uomo risale al ritrovamento della mummia del faraone Ramses V, vissuto nel II millennio a.C. Il virus probabilmente giunse in Europa con le Crociate nel XI e

---

<sup>22</sup> Marchini, *Rotte mediterranee e baluardi della sanità*, p. 196.

<sup>23</sup> Snowden, *Storia delle epidemie*, pp. 88-90.

<sup>24</sup> *Ibid.*, pp. 57-58.

<sup>25</sup> *Ibid.*, pp. 251-253.

<sup>26</sup> La Placa, *Principi di microbiologia medica*, p. 635.



XII secolo, e si diffuse maggiormente durante il XVII e XVIII secolo, quando prese il posto della peste bubbonica come la più temuta delle cause di morte<sup>27</sup>.

Il virus era particolarmente contagioso e temuto per il suo orribile decorso, per le conseguenti cicatrici e per le deturpazioni sul corpo. La diffusione di questa malattia fu favorita dalle frequenti guerre e da una varietà di fattori sociali, come l'urbanizzazione, la promiscuità negli alloggi e negli ambienti di lavoro affollati, luoghi che concentravano molti individui in spazi ristretti<sup>28</sup>. Durante il XVIII secolo le città dell'Europa occidentale si avviarono allo sviluppo industriale e le migrazioni di massa nei centri urbani facilitarono la diffusione del vaiolo, soprattutto tra i bambini: un terzo della mortalità infantile nel XVII secolo fu dovuto a questa causa<sup>29</sup>.

Al di là dell'impatto sulla società, il vaiolo offre alla storia della cultura e della metodologia sanitaria un fondamentale elemento di studio e rivalutazione: il metodo della prevenzione della malattia prima con l'inoculazione e poi con la vaccinazione<sup>30</sup>.

Fin dal X secolo era noto in Cina che si poteva procurare un vaiolo in forma attenuata ponendo nelle narici del soggetto un estratto disseccato e polverizzato delle lesioni crostose delle pustole vaiolose: la malattia lieve che ne esitava preservava dall'ammalarsi in seguito con maggior gravità. Questa pratica veniva denominata variolizzazione o vaiolizzazione<sup>31</sup>. Chi contribuì alla sua diffusione in Europa fu Lady Worthley Montague, moglie dell'ambasciatore inglese a Costantinopoli, la quale indusse la variolizzazione sul figlio nel 1717. La Montague, nobile di alto rango e di ostinata intelligenza, amica personale della colta e vivace principessa del Galles, impose la procedura nel mondo nobiliare inglese, da dove poi si sarebbe diffusa nel resto d'Europa. Non dobbiamo dimenticare che questo era il secolo dei lumi, oltre che delle decisioni insindacabili dei sovrani assoluti<sup>32</sup>.

Ma la vera rivoluzionaria forma di prevenzione di questa malattia fu apportata da Edward Jenner: il 14 maggio 1796 egli eseguì sul contadinello James Phipps il primo inoculo di un preparato chiamato "vaccino", perché derivava dal vaiolo dei bovini

---

<sup>27</sup> Gilda Fanti, *Finalmente ho capito come funzionano i virus*, Milano, Vallardi, pp. 59-60.

<sup>28</sup> Snowden, *Storia delle epidemie, dalla morte nera al Covid-19*, p. 107.

<sup>29</sup> *Ibid.*, p. 107.

<sup>30</sup> *Ibid.*, pp. 115-121.

<sup>31</sup> *Ibid.*, pp. 283-284.

<sup>32</sup> Maria Teresa Giaveri, *Lady Montagu e il drammaturgo*, Padova, Neri Pozza Editore, 2021, pp. 7-11.

(vaiolo vaccino). Il preparato era prodotto a partire dal pus delle pustole che la contadina Sarah Nelmes aveva sviluppato alle mani durante la mungitura. Al giovane Phipps fu inoculato dopo due mesi il vero vaiolo, che non attecchì. Il nuovo metodo fu subito diffuso, in Italia da Luigi Sacco<sup>33</sup>.

La vaccinazione anti-vaiolo di routine è stata sospesa tra gli anni Settanta e Ottanta in tutti i Paesi Occidentali; in Italia è stata interrotta nel 1972, ed il vaiolo fu considerato dall'OMS eradicato nel 1979. Ne rimangono solo tre ceppi, conservati a fini storico-scientifici in altrettanti laboratori di ricerca virologica mondiale tra cui il CDC (Center for Disease Control and Prevention) di Atlanta<sup>34</sup>.

#### 1.4 Il colera

Il colera è una malattia causata dal ceppo batterico *Vibrio Cholerae*, scoperto da Koch nel 1883. Clinicamente il colera consiste in un'enterite caratterizzata dalla emissione di grandissime quantità di feci acquose di aspetto opalescente (le cosiddette "acque di riso"), con perdite quotidiane fino ad una decina di litri al giorno di acqua ad elevato contenuto di potassio. Questo comporta una gravissima disidratazione che conduce a morte in breve tempo. Il colera si può contrarre attraverso l'ingestione di cibo o bevande contaminati da materiale fecale di soggetti malati o convalescenti<sup>35</sup>.

Una forma di colera, probabilmente originata dalla contaminazione delle acque del fiume Gange, causò in India una grave epidemia nel 1817. La malattia raggiunse l'Europa intorno al 1830. Da allora si contarono sei successive pandemie nel corso del XIX e XX secolo, favorite dai seguenti fattori: il colonialismo britannico, che favorì i commerci e gli spostamenti di truppe; i pellegrinaggi dei musulmani indiani alla Mecca; la rivoluzione dei trasporti, che vide la costruzione di nuove strade e l'avvento dei piroscafi; l'apertura del Canale di Suez. La Rivoluzione industriale inoltre favorì una rapida crescita demografica e lo spostamento verso le città delle popolazioni contadine, affollate in quartieri degradati, sporchi e carenti di acqua<sup>36</sup>. Il diffondersi del periodico contagio di colera provocò crescenti ondate di isteria collettiva: la prima reazione, la

---

<sup>33</sup> Bernabeo, Pontieri e Scarano, *Elementi di storia della medicina*, p. 285.

<sup>34</sup> Snowden, *Storia delle epidemie, dalla morte nera al Covid-19*, pp. 126-127.

<sup>35</sup> Snowden, *Storia delle epidemie, dalla morte nera al Covid-19*, pp. 257-259.

<sup>36</sup> *Ibid.*, pp. 255-257.

fuga, portò le popolazioni delle zone colpite ad abbandonare i centri urbani e a sparpagliarsi nelle campagne. Incapace di accettare che la morte giungesse da un agente invisibile, la gente cominciò a dare la caccia agli “untori”. Il colera fu promotore di veri e propri tumulti politici; in alcuni casi gli stessi medici furono accusati di avvelenare i pazienti somministrando loro falsi medicinali. Né mancarono accuse di tenere analogo rivolte a religiosi e a coloro che, a vario titolo, prestavano cure agli ammalati<sup>37</sup>.

In Italia si ricorda la grande epidemia di Napoli tra il 1884 ed il 1886, descritta dalla grande narrativa del Verga e del Capuana.

## **1.5 La tubercolosi**

La tubercolosi (TBC), causata dal ceppo batterico *Mycobacterium tuberculosis*, è una delle più antiche affezioni umane; esistono prove dell’esistenza della malattia nell’*Homo sapiens* durante il neolitico, poi nell’antico Egitto, nell’antica Grecia e a Roma, nel mondo arabo, in Estremo Oriente e nell’Europa medievale e moderna. In occidente, la diffusione della TBC raggiunse un picco durante il XVIII e il XIX secolo, sulla scia della Rivoluzione industriale e della massiccia urbanizzazione che la accompagnò<sup>38</sup>.

Il *Mycobacterium tuberculosis* fu scoperto nel 1882 da Robert Koch, che gli diede il nome (bacillo di Koch)<sup>39</sup>. Il contagio può avvenire in quattro modi: attraverso l’inalazione da goccioline umide contaminate, espulse dai malati quando tossiscono o parlano (causa più frequente di contagio); attraverso l’ingestione di latte o carni infette; per inoculo attraverso una ferita della cute; per via transplacentare dalla madre al feto. Nella stragrande maggioranza dei casi l’infezione primitiva è localizzata ai polmoni, ma solo in una piccola percentuale dei casi evolve in malattia grave: in tal caso miliardi di bacilli invadono i tessuti polmonari ed i pazienti emettono un espettorato denso, verdastro, fetido, e successivamente frammisto a sangue (emoftoe); in un secondo momento i bacilli invadono il sistema linfatico e quello ematico e si diffondono a tutto l’organismo (TBC miliare)<sup>40</sup>.

<sup>37</sup> Gianni Silei, *Le radici dell’incertezza, storia della paura tra Otto e Novecento*, Manduria-Bari-Roma, Piero Lacaita Editore, pp. 168-169.

<sup>38</sup> Snowden, *Storia delle epidemie*, p. 291.

<sup>39</sup> La Placa, *Principi di microbiologia medica*, p. 261.

<sup>40</sup> Snowden, *Storia delle epidemie*, pp. 293-295.

Grazie allo stetoscopio, inventato nel 1816 da René Laennec e dai suoi seguaci, si era potuto porre diagnosi di tubercolosi polmonare attraverso l'auscultazione dei rumori polmonari anomali. Ma fino alla scoperta del bacillo di Koch la tubercolosi era soprannominata Piaga Bianca (dell'uomo bianco) ed era vista come una "malattia romantica": si pensava che soffrire di tubercolosi conferisse al malato una forma di sensibilità nascosta. La lenta progressione della malattia permetteva una "buona morte" poiché concedeva alle vittime di mettere ordine nei loro affari. I segni esteriori della malattia cominciarono a rappresentare la purezza spirituale, e molte giovani donne del ceto alto furono portate a impallidire volutamente il loro viso per avere un aspetto malato, ad indossare stretti corpetti sotto gli abiti per demarcare la magrezza. La teoria che ne derivava, detta della "consunzione", era considerata ereditaria e costituzionale. Le vittime, i "tisici" (dal greco *phthyo*), non avevano colpa e, a differenza dei malati di sifilide o di vaiolo, non erano pericolose per la comunità. Possiamo affermare che se la peste fu sinonimo di isterismo di massa, ricerca di capri espiatori, fuga, controllo economico e disordine sociale, la tubercolosi invece non dava luogo a nessuno di questi fenomeni in quanto malattia onnipresente, dal decorso estremamente lento, caratterizzato dalla consunzione e che non necessitava di fuga o quarantena<sup>41</sup>.

La teoria della consunzione perse tutto il suo fascino quando, grazie allo sviluppo della microscopia, venne dimostrato che si trattava di una malattia non ereditaria ma infettiva: iniziava l'epoca del contagionismo. Erano gli anni della spartizione dell'Africa, della competizione economica tra le Grandi Potenze, della corsa al riarmo anglo-tedesca e della contrapposizione tra Triplice Alleanza e Triplice Intesa: le parole d'ordine erano efficienza nazionale e produttività, e i tisici rappresentavano una minaccia per la crescita economica e demografica dell'intera comunità. Le conseguenze per i malati furono gravi: sorsero pregiudizi e rifiuto nei riguardi di chiunque ricevesse una diagnosi di TBC o anche solo soffrisse di tosse persistente, quasi si trattasse di individui antipatriottici. Cadde in disuso la moda di barba e baffi, poiché i batteri potevano annidarsi tra i peli e finire nel cibo o addosso alle persone vicine. Nel 1895 Wilhelm Roentgen scoprì i raggi X, che permisero ai medici di diagnosticare e seguire le tracce del procedere della malattia. La streptomina, isolata inizialmente nel 1943 da

---

<sup>41</sup> *Ibid.*, pp. 302-310.

Albert Schatz, fu il primo antibiotico utilizzato contro la tubercolosi<sup>42</sup>. Prima della scoperta di questo antibiotico, le misure utilizzate per combattere la TBC erano soltanto le buone norme igieniche: vita all'aria aperta, riposo integrato da esercizio fisico graduale, alimentazione sostanziosa e totale controllo del paziente da parte del personale medico. Questo complesso di misure veniva applicato nei *sanatori*, dove faceva parte dell'educazione sanitaria di base. Il primo sanatorio fu concepito dal medico tedesco Herman Brehmer, nel 1859, nella Slesia. Erano strutture pubbliche o private che facevano pagare una retta in base alle disponibilità economiche dei malati. Una fondamentale descrizione letteraria della vita all'interno di un sanatorio uscì dalla penna di Thomas Mann nel romanzo *La Montagna Incantata*. Allontanando i tisici dagli affollati e degradati quartieri urbani, i sanatori impedirono la diffusione della malattia; l'epidemia non veniva arrestata, ma se ne rallentava la trasmissione<sup>43</sup>.

La diffusione della TBC si ridusse ulteriormente con il miglioramento delle condizioni igienico abitative, l'aumento dei salari e del livello medio di istruzione. Negli anni Novanta la TBC si affermò come la maggiore infezione opportunistica che complicava l'AIDS, rappresentò la maggiore causa di morte per chi ne era affetto. Attualmente, in alcuni dei Paesi del mondo più poveri, ad esempio l'Africa meridionale, AIDS e TBC rappresentano i maggiori flagelli per la popolazione generale<sup>44</sup>.

## 1.6 **L'influenza spagnola**

Nel XX secolo si sono verificate cinque pandemie influenzali: Spagnola (1918-20), Asiatica (1957), di Hong Kong (1968), Russa (1977), Suina (2009). Tratterò brevemente l'influenza spagnola provocata dal virus tipo A, sottotipo H1N1<sup>45</sup>, perché fu tra tutte la peggiore pandemia del secolo, facendo, a seconda delle stime, tra i 20 e i 100 milioni di vittime negli anni 1918-19. Fu chiamata Spagnola perché fu in quel paese segnalata dalla stampa, che non era sottoposta a censura di guerra perché la Spagna non aveva partecipato al primo conflitto mondiale; nei paesi belligeranti, invece, la notizia

---

<sup>42</sup> *Ibid.*, pp. 318.

<sup>43</sup> *Ibid.*, pp. 316-330.

<sup>44</sup> *Ibid.*, pp. 350-355.

<sup>45</sup> La Placa, *Principi di microbiologia medica*, p. 669.

della malattia passò sotto silenzio per non turbare le popolazioni già stremate dalla guerra.

È verosimile che la malattia abbia avuto origine nella primavera del 1918 nel campo di addestramento militare di Camp Fuston (ora Fort Riley) nel Kansas. In poche settimane si registrarono numerosi casi di polmoniti fulminanti tra i giovani militari, secondo quella che viene chiamata Sindrome da distress respiratorio acuto o ARDS.

A favorire la rapida diffusione della virosi nel mondo furono i progressi tecnologici (automobili, estensione della rete ferroviaria, transatlantici) e la mobilitazione dei soldati dall'Impero Britannico, che comprendeva Canada, Australia, Nuova Zelanda, Sud-Africa, India, all'Europa Centrale. Non bisogna dimenticare che la Grande Guerra fu essenzialmente una guerra di trincea: i soldati rimasero per mesi confinati in pochissimi metri, malnutriti e provati da ogni tipo sbalzo climatico. Alla fine del conflitto fu determinante il passaggio dei profughi di guerra che si sovrappollarono in regioni carenti di strutture igieniche, trasmettendo il virus alle popolazioni civili<sup>46</sup>.

Per quanto la censura di guerra cercasse di negare l'evidenza (il governo italiano arrivò a proibire che i preti facessero suonare le campane da morto), i segni della pandemia divennero evidenti. I locali pubblici vennero chiusi, le manifestazioni all'aperto ed i mercati vietati. Furono affissi manifesti che invitavano ad evitare luoghi affollati, a recarsi al lavoro a piedi, a non sputare per terra, a non dividere con nessuno bicchieri, tovaglioli o asciugamani, ad evitare sforzi eccessivi. In alcune città, la gente cominciò a girare per strada proteggendosi il volto con delle *mascherine*, rese in certi casi obbligatorie per disposizione delle autorità pubbliche<sup>47</sup>.

Della spagnola, la pandemia silenziosa, non rimasero che poche tracce, le fotografie delle città popolate di uomini e donne con la mascherina bianca, e poche altre immagini, su tutte quella dei due inquietanti autoritratti che Edvard Munch dipinse nel 1919 dopo essere scampato alla malattia. L'interpretazione corrente è che l'epidemia che fece gridare all'Apocalisse finì ben presto dimenticata, quasi fosse un brutto ricordo, un'appendice ai duri momenti della guerra<sup>48</sup>.

---

<sup>46</sup> Silei, *Le radici dell'incertezza, storia della paura tra Otto e Novecento*, pp. 185-189.

<sup>47</sup> *Ibid.*, pp. 188.

<sup>48</sup> *Ibid.*, pp. 189.

## 1.7 La sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)

La sindrome da immunodeficienza acquisita, nota con l'acronimo AIDS (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*), è una malattia infettiva provocata dal virus HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) che aggredisce il sistema immunitario rendendo l'organismo suscettibile alle infezioni e all'insorgenza di alcuni tumori<sup>49</sup>.

La pandemia di AIDS ebbe inizio quando il cosiddetto virus dell'immunodeficienza delle scimmie subì una mutazione che ne fece un esempio di antroponosi, una malattia che attraversa la barriera di specie tra animale e uomo. Non possiamo sapere quando ebbe luogo per la prima volta questo evento, ma secondo un'ipotesi corrente già negli anni Trenta del XX secolo vi furono casi isolati in Africa Centrale che non vennero mai identificati. Non più tardi degli anni Cinquanta la trasmissione da uomo a uomo era ormai stabilmente in corso e diffusa negli altri continenti<sup>50</sup>.

Diversi furono i fattori che contribuirono a disseminare il virus in tutto il continente africano: l'adattabilità genetica del virus, l'incremento della popolazione, la globalizzazione e lo sviluppo dei trasporti, la presenza di altre malattie infettive debilitanti e la malnutrizione, l'ampia diffusione della prostituzione, l'abitudine di utilizzare negli ospedali siringhe non sterilizzate<sup>51</sup>.

L'AIDS è stato riconosciuto per la prima volta il 5 giugno 1981, quando il CDC di Atlanta registrò a Los Angeles casi sospetti di polmonite in cinque uomini omosessuali. Solo in un secondo momento si capì che la malattia poteva colpire chiunque, e dal 1982 si cominciò a definirla ufficialmente con il nome abbreviato AIDS. Si comprese definitivamente che la malattia poteva essere trasmessa in tre modi: per via ematica, per via materno-fetale e per via sessuale<sup>52</sup>.

In Italia, l'arrivo dell'HIV portò un profondo mutamento nei costumi e nella vita sociale dell'epoca. Avevamo alle spalle le lotte dei movimenti di liberazione sessuale e con l'infezione HIV cominciò a diffondersi un clima di paura. Negli anni novanta la

---

<sup>49</sup> La Placa, *Principi di microbiologia medica*, p. 720.

<sup>50</sup> Snowden, *Storia delle epidemie*, p. 435.

<sup>51</sup> *Ibid.*, pp. 442-449.

<sup>52</sup> *Ibid.*, p. 459.

paura del contagio si diffuse nella popolazione e un clima di ostracismo e di discriminazione colpì gli omosessuali. Nel 1985 nacque l'ASA (Associazione Solidarietà Aids) promossa da alcuni soci fondatori del CIG (Centro di Iniziativa Gay) per offrire informazioni e sostegno alle persone colpite dal virus<sup>53</sup>.

Nella lotta all'HIV il mondo si divide in due parti: nei Paesi ricchi la prevenzione dei nuovi contagi e le terapie somministrate ai pazienti sieropositivi, già nei primi stadi della malattia, permettono di tenere sotto controllo l'epidemia, mentre nei Paesi a basso reddito, e in particolare in Africa, l'AIDS è la prima causa di morte tra gli adolescenti ed è un gravissimo problema di salute pubblica<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> CIG Arcigay Milano, <https://www.arcigaymilano.org/la-nostra-storia/>. Consultato il 31/01/2024.

<sup>54</sup> Fanti, *Finalmente ho capito come funzionano i virus*, p.55.



## CAPITOLO 2

### IL XXI Secolo: dalle epidemie da Coronavirus alla pandemia da SARS-CoV-2

#### 2.1 Epidemie recenti da Coronavirus

L'inattesa vulnerabilità della società moderna di fronte all'improvvisa comparsa di nuove malattie infettive è un problema presente in maniera drammatica nei primi anni del XXI secolo. Nel 1969 il ministro della sanità statunitense aveva ufficialmente dichiarato la fine dell'era delle malattie infettive. Purtroppo tale aspettativa si dimostrò prematura e malriposta: dapprima la SARS, quindi l'Ebola e il virus Zika hanno messo a dura prova le barriere sanitarie dell'Occidente industrializzato<sup>55</sup>.

La prima epidemia da coronavirus fu causata tra il 2002 ed il 2003 dal SARS-CoV-1, virus responsabile della "Sindrome Respiratoria Acuta Grave", che colpì 24 paesi e raggiunse un tasso di letalità del 9,6%, per essere dichiarata conclusa dall'OMS il 5 luglio 2003<sup>56</sup>.

I coronavirus (CoV) sono virus appartenenti ad una famiglia detta dei Coronaviridae per il caratteristico aspetto a corona che il loro strato più esterno assume quando osservato al microscopio elettronico.

Nell'uomo le infezioni causate da questi virus colpiscono sia le vie respiratorie sia l'apparato gastrointestinale, e causano una sintomatologia da lieve a moderata. Il quadro più frequente è quello del raffreddore comune, tanto nei bambini quanto negli adulti. La diffusione gastrointestinale può causare febbre, diarrea, nausea, vomito. Tuttavia in alcuni casi le infezioni da coronavirus determinano manifestazioni cliniche particolarmente gravi, specialmente polmonari, che possono condurre alla morte<sup>57</sup>.

Nel 2013 un altro ceppo di coronavirus fu responsabile della "Sindrome Respiratoria Mediorientale" (MERS-CoV), che coinvolse 27 paesi con un tasso di

---

<sup>55</sup> Snowden, *Storia delle epidemie*, pp. 477-482.

<sup>56</sup> Ricciardi Walter et al., *Pandemia SARS-CoV-2*, pp. 4-5.

<sup>57</sup> *Ibid.*, p. 1.

letalità del 38%. Le maggiori epidemie si verificarono in Arabia Saudita, Emirati Arabi e Repubblica di Corea, con focolai minori della malattia riscontrati anche in altri paesi<sup>58</sup>.

Ancora oggi nei paesi mediorientali vengono riportati casi sporadici legati a questo coronavirus.

Per entrambe le infezioni (SARS e MERS) si parla di epidemia, cioè di contagi frequenti e localizzati in alcuni territori in un dato periodo di tempo<sup>59</sup>.

Nel dicembre 2019, a Wuhan, in Cina, vennero infine segnalati i primi casi di un virus denominato poco dopo con l'acronimo COVID-19: Co (corona), Vi (virus), D (disease), 19 (anno dell'esordio)<sup>60</sup>. Il virus causerà l'ultima e tristemente nota pandemia, dichiarata conclusa il 5 maggio 2023 dal Direttore Generale dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus.

## **2.2 L'Ospedale di Dolo e la pandemia da SARS-CoV-2**

Come ogni anno in novembre, anche nel 2019 il coordinatore del pronto soccorso di Dolo il giorno 18 invia una e-mail per proporre la vaccinazione contro il virus influenzale<sup>61</sup>. Aderiscono in molti, ma nessuno immagina quale nuova ondata virale sia in arrivo. Dalla cronaca in seguito emerge che, esattamente il giorno prima, un 55 enne della provincia di Hubei, in Cina, aveva manifestato sintomi riconducibili a una sindrome influenzale, ma con caratteristiche che facevano sospettare che alla base del quadro clinico vi fosse un virus sconosciuto. In ottobre sempre in Cina si erano svolti a Wuhan i giochi mondiali militari, durante i quali alcuni atleti avevano contratto un'influenza particolarmente impegnativa: un quotidiano di Hong Kong a fine dicembre registra altre centinaia di casi, e le autorità sanitarie cinesi scoprono che la maggior parte dei pazienti ha di recente frequentato il mercato all'ingrosso di frutti di mare di Wuhan, noto per essere un centro di vendita di pollame ma anche di pipistrelli, serpenti e altri animali selvatici.

---

<sup>58</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>59</sup> *Ibid.*, p. 5.

<sup>60</sup> *Ibid.*, p. 2.

<sup>61</sup> Coordinatore infermieristico Pronto Soccorso, Alessandro Bottacin, e-mail del 18/11/2019.

Il 31 dicembre 2019 la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan avvisa l'OMS dell'insorgenza di casi di polmonite ad eziologia sconosciuta. Il mercato all'ingrosso viene chiuso il giorno dopo, il 1° di gennaio del 2020.

L'OMS diffonde la notizia il 5 gennaio del nuovo anno, e il 9 gennaio il Centro del controllo delle malattie infettive della Cina annuncia di avere identificato la sequenza genomica di un nuovo coronavirus. Pochi giorni dopo l'OMS dichiara che è stata dimostrata la trasmissione interumana del virus e decide di proclamare lo stato di “allerta”<sup>62</sup>.

Come in tutti gli ospedali d'Italia, anche in quello di Dolo sono giorni convulsi; i comunicati via posta elettronica si succedono progressivamente, inizialmente alternati con aggiornamenti su altre virosi come quella del virus Ebola; il 22 gennaio una circolare del Ministero della Salute consiglia di evitare il contatto diretto con persone che soffrono di infezioni respiratorie acute, confermando la necessità di lavarsi spesso le mani e di rispettare l'igiene respiratoria coprendo starnuti o colpi di tosse con un fazzoletto. In particolare si predispone che gli operatori sanitari indossino i dispositivi di protezione delle vie aeree (mascherine) e che vengano isolati, registrati e segnalati i pazienti sospetti<sup>63</sup>. All'inizio sembra una predisposizione teorica, lontana, una di quelle segnalazioni di cui si prende atto ma che si pensa non porterà mai conseguenze concrete in questo piccolo contesto di lavoro; quando tuttavia le ambulanze e i locali del Pronto Soccorso vengono muniti di zaini predisposti per il “coronavirus”, e di materiale da utilizzare nei casi di pazienti sospetti, si capisce che è in arrivo una tempesta di dimensioni senza precedenti<sup>64</sup>.

---

<sup>62</sup> Luisa Sodano, *Emozioni virali, la voce dei medici dalla pandemia*, Roma, Il pensiero Scientifico Editore, 2020, pp. 3-6.

<sup>63</sup> Segreteria Direzione Dipartimento di Prevenzione, *Trasmissione indicazioni ministeriali sulla polmonite da Coronavirus in Cina*, e-mail del 23/01/2020.

<sup>64</sup> Infermiere Professionale Pronto Soccorso, Gabriele Galletto, e-mail del 30/01/2020.



Fig. 3: Ingresso delle ambulanze della vecchia sede del pronto soccorso di Dolo. Foto Marina Peloso, marzo 2020.

Il giorno 30 gennaio si diagnosticano all'ospedale Spallanzani di Roma i primi due casi in Italia, una coppia di coniugi provenienti proprio da Wuhan<sup>65</sup>. Il giorno dopo il Consiglio dei Ministri italiano delibera lo stato di emergenza di salute pubblica. L'11 febbraio l'OMS denomina la nuova malattia infettiva "Covid-19" (Coronavirus disease 2019), e il complesso sintomatologico segnalato "SARS-CoV-2". L'epidemia accelera: il 20 febbraio i Media annunciano che a Codogno è stato individuato quello che sarà poi definito "paziente 1", un giovane di 38 anni<sup>66</sup>. Il giorno dopo si registra la prima vittima in Italia, un uomo di 77 anni residente a Vo', in Veneto. A Codogno e a Vo' le aree municipali vengono isolate e le scuole vengono chiuse<sup>67</sup>. Il Carnevale di Venezia si conclude in anticipo e gli eventi sportivi sono sospesi nelle regioni italiane più colpite.

A fine febbraio nel nostro Pronto Soccorso di Dolo viene riscontrata la prima positività al tampone. Da allora cresce progressivamente, anche nel nostro contesto ospedaliero, il numero di contagiati con sintomatologia da lieve a grave; per questi ultimi si rende necessario il ricovero in ospedale. Sono giorni febbrili: nelle prime tre

<sup>65</sup> Sodano, *Emozioni virali, la voce dei medici dalla pandemia*, pp. 6-7.

<sup>66</sup> *Ibid.*, pp. 9-10.

<sup>67</sup> Nicola Cesaro, *La storia del coronavirus nei Colli Euganei*, Roma, Typimedia Editore, 2020, pp. 13-18.

settimane si fa esperienza con tutte le terapie a disposizione e soprattutto si iniziano a comprendere le fasi dell'infezione; si potenziano alcune abitudini fondamentali, come recuperare quanto più possibile il dialogo ed il contatto con il paziente, pur rispettando le regole di isolamento poste dal rischio di contagio. Quando ogni paziente viene assistito fino alla terminalità, nonostante la palese assenza di ogni possibile margine di guarigione, lo smarrimento legato alla sua perdita viene scacciato dalla consapevolezza interiore di aver agito bene, la paura viene sostituita dal coraggio e da una ritrovata energia. Quando suona il telefono ed un familiare ansioso desidera ricevere notizie, si comprende che non vi è nulla di più terribile che morire da soli. Combattere insieme l'invasione di un nemico invisibile aiuta ad essere più consapevoli di noi, delle nostre scelte, delle persone che vorremo essere, ma anche ci mette di fronte al pericolo dell'abbandono.

Domenica 23 febbraio il Direttore del Pronto Soccorso di Dolo dirama il seguente comunicato:

*“Probabilmente entreremo tutti in contatto con il virus, tutti abbiamo paura per i nostri cari. Vi assicuro che mi preoccupa per tutti voi e non vi lascio allo sbaraglio. Siamo qui, il coordinatore ed io, ad affrontare questa emergenza assieme”<sup>68</sup>.*

Nel mese di febbraio si assiste ad una riorganizzazione completa dei reparti ospedalieri di Dolo, con la progressiva chiusura delle Chirurgie e il potenziamento dei Reparti Internistici: oltre ai malati, vengono salvaguardati i familiari che giungono chiedendo notizie. Vengono definiti percorsi appositi per la gestione del flusso degli utenti e degli spostamenti del Personale Sanitario, che viene munito di mascherine, guanti e altri dispositivi di protezione individuali (DPI) forniti dall'Azienda Ospedaliera<sup>69</sup>. Si arriva in ospedale al mattino presto e si prendono consegne: “Quanti pazienti in pronto soccorso? Quanti positivi? Quanti in attesa di tampone? Quanti gravi o che necessitano a breve di intubazione? Quante chiamate in questo momento dal

---

<sup>68</sup> Direttore UOC Pronto Soccorso, Dott. Pellegrini Andrea, e-mail del 23/02/2020.

<sup>69</sup> Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, Ing. Chimenton Luca, e-mail del 13/02/2020

territorio? A quale paziente dare la precedenza? Come respira? L'ambulanza? Abbiamo le tute? I calzari? Le FFP3? È stato informato il paziente che deve essere trasferito in Rianimazione? Chi di noi deve dirglielo? Vuole prima parlare con un suo familiare?"

L'8 marzo il Governo dichiara per primo in Europa lo stato di confinamento e blocco delle attività che verrà successivamente denominato "Lockdown". Il provvedimento è applicato in Lombardia e in altre 14 aree del nord Italia; due giorni dopo verrà esteso per Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri all'intero Paese. L'intera popolazione viene confinata entro le mura domestiche. Tutte le scuole vengono chiuse e si organizza faticosamente una didattica a distanza tramite la rete. L'11 marzo il Direttore Generale dell'OMS Ghebreyesus dichiara lo stato di pandemia<sup>70</sup>.

Sono giorni gravati da pesanti incertezze. Tra le modifiche logistiche attuate, l'ospedale di Dolo apre sportelli di ascolto psicologico per tutti gli Operatori Sanitari: lo scopo è fornire ascolto, sostegno, contenimento e normalizzazione delle reazioni emotive<sup>71</sup>. Lo sportello pochi giorni dopo darà sostegno anche alle persone poste in quarantena e ai familiari dei pazienti ricoverati<sup>72</sup>. Le caselle di posta elettronica dei vari reparti si stipano dei continui protocolli aggiornati che riguardano strategie terapeutiche, di sorveglianza, di segnalazioni di casi, di gestione delle salme, di sanificazione dei mezzi di soccorso e delle stanze di degenza, di raccomandazioni per evitare assembramenti di pazienti e Personale Sanitario, di ulteriori spostamenti e chiusure di Reparti. Verso la fine di marzo l'ospedale di Dolo viene identificato dalla Regione del Veneto come polo di riferimento dove ricoverare i pazienti affetti da SARS-Covid 19 provenienti da tutto il territorio dell'Azienda Ulss 3 Serenissima. Oltre ai pazienti provenienti dal pronto soccorso di Dolo, l'ospedale accoglie malati trasferiti da molto lontano<sup>73</sup>. Sono giorni che mettono a dura prova gli animi di tutto il Personale dipendente. Si inizia a parlare di un vaccino, ma si pongono molti interrogativi, tra chi lo attende con fiducia e chi ne ha paura; i volti dei Medici, degli Infermieri e degli Operatori di tutte le mansioni sono stanchi e segnati dalle mascherine. Si attende il

---

<sup>70</sup> Sodano, *Emozioni virali, la voce dei medici dalla pandemia*, pp. 13-14.

<sup>71</sup> Direttore UOC Gestione Risorse Umane, Dott. Corrà Danilo, e-mail del 20/03/2020.

<sup>72</sup> Direttore UOC Gestione Risorse Umane, Dott. Corrà Danilo, e-mail del 31/03/2020.

<sup>73</sup> Dirigente Sanitario, Dott. Tessarin Michele, e-mail del 26/03/2020.

vaccino, e nel frattempo la prima difesa che si erge è lo spirito di squadra, di unità, di condivisione con i colleghi: un continuo scambio di idee ed informazioni che permette la nascita di una rete di solidarietà e collaborazione.

Anche il Vescovo della Diocesi di Padova, Monsignor Cipolla, fa sentire la sua voce in una lettera del 9 marzo:

*“Mi permetto di farvi pervenire la mia vicinanza, di dichiararvi la mia stima e di ringraziarvi per tutto quello che state offrendo e su cui contano le persone più deboli e anziane. Mi presento con questo GRAZIE come cittadino ma anche a nome di Vescovo che, a nome di tante comunità religiose, riconosce nel vostro lavoro un servizio prezioso [...] quella cordialità e calore che la vostra encomiabile dedizione sta testimoniando”<sup>74</sup>.*

Dal 10 di marzo, le Regioni e le province autonome sono state impegnate ad istituire, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, una Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA) ogni 50.000 abitanti, per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero<sup>75</sup>.

Il giorno 9 aprile muore di Covid il primo medico di famiglia veneto, Samar Sinjab: esercitava a Mira ed aveva assistito i suoi pazienti con dedizione fino all’arrivo della positività al test.

Dopo un marzo drammatico, ai primi di aprile in Europa si avvertono segni di speranza. Anche in Italia per la prima volta dall’inizio della pandemia diminuisce il numero di persone ricoverate nei Reparti di Terapia Intensiva. Il 12 aprile cade la Pasqua, celebrata da un claudicante Papa Francesco solo davanti ad un Cristo in Croce. Di fronte al Papa, una piazza San Pietro deserta. Quel giorno anche le pareti del corridoio d’ingresso e della sala d’attesa del Pronto Soccorso di Dolo sono rivestite di disegni di rondini e di frasi di speranza, dipinte dai bambini delle scuole della Riviera del Brenta (Figg 4-6). Si sta avviando la fine della prima fase della pandemia, o prima ondata<sup>76</sup>, della quale resterà scolpita nella memoria degli italiani l’immagine disperata

---

<sup>74</sup> Vescovo di Padova, Mons. Cipolla Claudio, e-mail del 09/03/2020.

<sup>75</sup> Direttore del Distretto Socio Sanitario, Dott. Vianello Stefano, e-mail del 09/04/2020.

dei camion militari carichi delle bare dei morti. Morti nel Duemila in ospedale come si moriva in un lazzaretto cinque secoli fa.



Fig. 4: Particolare della sala d'attesa della vecchia sede del pronto soccorso di Dolo, con le pareti rivestite di disegni di rondini. Foto Marina Peloso, aprile 2020.



Fig. 5: Particolare del corridoio d'ingresso della vecchia sede del pronto soccorso di Dolo, con le pareti rivestite di disegni di rondini. Foto Marina Peloso, aprile 2020.

<sup>76</sup> Gavino Maciocco, "La quarta ondata", *Salute Internazionale*, 29/11/2021, <https://www.saluteinternazionale.info/2021/11/la-quarta-ondata/>. Consultato il 20/01/2023.





Fig. 6: Particolare di un corridoio della vecchia sede del pronto soccorso di Dolo, con le pareti rivestite di disegni di rondini. Foto Marina Peloso, aprile 2020.

Nei primi giorni di maggio l'Italia allenta cautamente le misure di chiusura. Un nuovo Decreto Legge in vigore dal 4 maggio, in seguito alla discesa della curva dei contagi, consente gli spostamenti per le visite ai congiunti (all'interno del territorio regionale), l'apertura dei parchi pubblici e la ripresa di diverse attività produttive. La ripresa delle attività didattiche in presenza è rimandata invece al settembre successivo. L'ospedale di Dolo riprende alcune delle attività sanitarie sospese o ridotte. I Direttori Amministrativo e Sanitario, il 3 maggio, si esprimono con queste parole:

*“È evidente che, così come senza la collaborazione di tutti non sarebbe stato possibile superare la fase acuta dell'emergenza, così anche ora per la Fase 2 sarà necessario l'apporto responsabilmente convinto di ciascuno”<sup>77</sup>.*

Il 18 maggio in tutta Italia riaprono esercizi commerciali al dettaglio, musei, attività quali bar, ristoranti, parrucchieri e centri estetici, e vengono consentite le celebrazioni religiose. Il 25 maggio riaprono i centri sportivi e dal 3 giugno è permessa

<sup>77</sup> Direttore Amministrativo Dott. Perina Fabio e Direttore Sanitario Dott. Tessarin Michele, e-mail del 03/05/2020.

la libera circolazione tra regioni. Il 26 maggio la Regione Veneto apre le porte ai familiari visitatori di persone residenti in strutture sociosanitarie, come residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani; l'accesso viene consentito solo per gli ospiti Covid-19 negativi. Le misure da rispettare riguardano l'igiene delle mani, l'igiene delle prime vie respiratorie con raccomandazione all'utilizzo della mascherina FFP2, il mantenimento di almeno un metro di distanza interpersonale. Viene escluso l'accesso al familiare all'interno del nucleo di degenza, salvo deroghe per casi di estrema necessità o indifferibilità, e si individuano in ogni struttura spazi e luoghi dedicati, che garantiscano il distanziamento sociale, le norme igieniche e talvolta l'utilizzo di un vetro/plexiglass di separazione tra ospite e visitatore. Vengono inoltre raccomandate l'aerazione e la sanificazione del locale dove è avvenuta la visita, e la pulizia delle superfici di appoggio<sup>78</sup>.

L'11 giugno un altro Decreto, applicabile dal 15 giugno, allenta ulteriormente le misure di contenimento, con la riapertura di sale giochi, di teatri, di cinema e di centri culturali e sociali. Viene anche lanciata, in tutto il territorio nazionale, la "App Immuni", capace di segnalare se si è stati a contatto con una persona positiva al SARS-CoV-2. Nel mese di giugno le caselle di posta elettronica dei vari reparti dell'ospedale di Dolo sono occupate, oltre dai periodici aggiornamenti sul virus, anche da notizie sull'andamento epidemiologico in Veneto riguardanti altre infezioni quali l'Ebola, la Dracunculiasi, la West-Nile, la Dengue, la Zika, la Candida Auris, ed altre affezioni emergenti.

Nel mese di luglio si registra un aumento dei casi in tutta Italia, soprattutto tra i giovani intorno 40 anni, e lo stato di emergenza viene prorogato dal Governo fino all'autunno<sup>79</sup>.

---

<sup>78</sup> Direttore Generale Area Sanità e Sociale, Dott. Mantoan Domenico, e-mail del 19/05/2020.

<sup>79</sup> "Nuovi contagiati sempre più giovani: età media scende a 40 anni", *Quotidiano Sanità*, 24/07/2020, <https://www.quotidianosanita.it/>. Ricevuto via e-mail il 25/07/2020.

Per i giorni 29, 30 e 31 luglio, la Protezione Civile e la Polizia locale dichiarano lo stato di allarme climatico per disagio fisico in tutta la Regione del Veneto, diffondendo un numero verde per eventuali segnalazioni da parte del territorio<sup>80</sup>.

Martedì 18 agosto, il Direttore Generale si esprime con queste parole:

*”Carissime, carissimi, la Scuola Grande San Rocco ha inteso premiare l’Ulss 3 Serenissima per l’impegno profuso di fronte all’emergenza Covid-19 [...] dopo mesi di lavoro intensissimo, posti di fronte ad un male sconosciuto e nuovo, sentiamo di aver combattuto tutti insieme una battaglia che non ha avuto precedenti [...] la Scuola Grande San Rocco custodisce la memoria del Santo di Montpellier, precursore degli operatori sanitari: la riconoscenza della confraternita che ne porta il nome assume un valore particolarissimo e si trasforma in motivo di orgoglio, in un invito pressante alla riflessione [...] noi sappiamo bene che anche nelle prossime settimane e nei prossimi mesi serviranno, da parte di tutti, una grande consapevolezza e un forte senso civico negli Ospedali, sul territorio, nella logistica, negli uffici e dovunque si lavora per l’Ulss 3 Serenissima [...] a te personalmente, per il tuo impegno e il tuo lavoro, il mio grazie”<sup>81</sup>.*

In agosto si pensa che la pandemia abbia esaurito il suo corso, ma in settembre ha inizio la seconda ondata pandemica, o seconda fase, che si fa coincidere con il periodo che va dal giorno della riapertura delle scuole alla fine di dicembre del 2020. La ripresa delle attività sociali, lavorative e scolastiche, l’allentamento delle misure di contenimento, l’arrivo della stagione autunnale (con l’aumento della vita in ambienti chiusi), provocano una riaccensione della pandemia. Nel corso della seconda ondata il virus viene sostituito da varianti che provengono dal Sudafrica, dal Brasile e soprattutto dalla Gran Bretagna. Quest’ultima variante, quella inglese, si presenta più veloce nel diffondersi. In Europa il picco dei casi si registra nei mesi di novembre e dicembre, quando prende il via la vaccinazione anti-Covid<sup>82</sup>. Vengono nuovamente chiusi i centri

<sup>80</sup> Direzione Protezione Civile, Area Tutela e Sviluppo Territorio, Direttore Luca Soppelsa, e-mail del 28/07/2020

<sup>81</sup> Direttore Generale, Dott. Dal Ben Giuseppe, e-mail del 18/08/2020

<sup>82</sup> Gavino Maciocco, “La quarta ondata”, *Salute Internazionale*, 29/11/2021, <https://www.saluteinternazionale.info/2021/11/la-quarta-ondata/>. Consultato il 21/01/2023.

sportivi, i cinema, i teatri, i musei; riprende la didattica a distanza per le scuole superiori e la frequentazione di bar e ristoranti è consentita solo fino alle dieci di sera. Negli ospedali, compreso quello di Dolo, riprendono l'emergenza per la disponibilità di posti letto per i pazienti Covid, la pressione sulla Terapia Intensiva e sui vari reparti.

Il giorno 10 dicembre muore vittima del Covid il Collega Francesco Gasparini, medico anestesista dell'ospedale di Dolo, tornato dalla pensione spontaneamente in corsia per aiutare i colleghi del presidio di Venezia a combattere questo flagello.

Il 27 dicembre del 2020 è la data che ha segnato il via ufficiale alla campagna di vaccinazione contro il Covid-19 in tutta Europa (Vaccine day). I primi ad essere sottoposti alla somministrazione del vaccino sono gli Operatori Sanitari e gli ospiti delle RSA, seguiti nelle settimane successive dalle categorie di persone considerate più a rischio: anziani, soggetti considerati "fragili" perché portatrici di disabilità fisica o psichica, personale scolastico ed universitario, forze armate di polizia e di soccorso pubblico, servizi penitenziari, comunità residenziali socio-sanitarie, civili, religiose. Sono mesi segnati dalla stanchezza e dall'incertezza; tra le misure di supporto adottate nell'ospedale di Dolo per il personale sanitario, viene distribuito un questionario volto ad indagare gli eventuali disturbi del sonno tra i dipendenti, in relazione al carico di lavoro e allo stress psicologico individuale<sup>83</sup>. Si discute, in particolare, se è corretta la necessità di rendere il vaccino contro il SARS-CoV-2 obbligatorio o se è più sensato lasciare libertà di scelta al singolo. Il personale medico è concorde nel considerare la vera libertà solo se garante della salute della collettività, soprattutto per le persone fragili: vaccinarsi è un dovere etico e civile, è segno di empatia e di altruismo. La paura tuttavia si allarga ad includere gli effetti collaterali che un vaccino nuovo, prodotto e testato in pochi mesi, può sviluppare dopo l'inoculazione; molti dipendenti chiedono rassicurazioni e manifestano perplessità. La campagna di vaccinazione nel presidio di Dolo inizia il giorno 31 dicembre, previa prenotazione, possibilmente fuori dall'orario di servizio per non incorrere in eventuali assenze legate ad effetti collaterali, e previa

---

<sup>83</sup> Comunicazione Interna, Dott. Francesco Paladin, e-mail del 02/12/2020.

compilazione di un modulo anamnestico dove ogni dipendente deve riportare eventuali patologie acute o croniche, farmaci assunti, allergie, altre informazioni circa il suo stato di salute<sup>84</sup>. La seconda dose viene somministrata 21 giorni dopo la prima, salvo rinvii per problemi di salute vari, compreso l'aver contratto il virus in questo intervallo di tempo.

La copertura vaccinale nei primi mesi del 2021 è ancora troppo bassa per impedire lo sviluppo di una nuova variante, proveniente dall'India, denominata Delta e che sosterrà la terza ondata nella primavera seguente. La variante Delta è caratterizzata da una elevata trasmissibilità e da un tempo di incubazione minore, quattro giorni anziché sei come nelle precedenti varianti. Fortunatamente è molto suscettibile all'azione del vaccino<sup>85</sup>.

Durante le festività di Pasqua dei primi di aprile viene istituita la zona rossa in tutto il territorio nazionale. A partire dal 22 aprile si assiste alle prime graduali riaperture delle attività; viene istituita la "Certificazione Verde" per le persone vaccinate anti-SARS-CoV-2, guarite da Covid-19 o che hanno effettuato un test antigenico rapido o molecolare con esito negativo.

La terza ondata sembra esaurirsi verso i primi di luglio, grazie alla concomitanza di più fattori: il crescente livello di copertura vaccinale, la chiusura delle scuole e delle attività ludico-associative, l'arrivo della bella stagione e della vita sociale all'aperto.

A partire dal 28 giugno decade l'obbligo di indossare la mascherina all'aperto.

Alla fine di luglio in quasi tutti i paesi europei si realizza una situazione simile a quella dell'anno precedente, a conclusione della prima ondata, con minimi livelli di casi e decessi<sup>86</sup>.

In Italia la quarta ondata, che inizia con la riapertura delle scuole e delle attività in settembre, è affrontata con minori danni rispetto ai Paesi del Nord Europa, grazie alla copertura vaccinale e all'uso della Certificazione Verde<sup>87</sup>. In questi mesi viene somministrata alla popolazione la terza dose di vaccino.

---

<sup>84</sup> Direttore Medico del Presidio, Dott.ssa Francesca Ciruolo, e-mail del 30/12/2020.

<sup>85</sup> Maciocco, "La quarta ondata", 29/11/2021.

<sup>86</sup> *Ibid.*, consultato il 23/01/2023.

<sup>87</sup> *Ibid.*, consultato il 25/01/2023.

L'ospedale di Dolo si avvia alla progressiva riapertura dei vari reparti e ad accogliere anche pazienti non malati di SARS-CoV-2, previa assoluta negatività del tampone eseguito in Pronto Soccorso.

Venerdì 15 aprile 2022, il Direttore Generale, si esprime con queste parole:

*” Carissima, carissimo, giunga a te e ai tuoi cari l’augurio più sentito per una Pasqua serena. I giorni santi che stiamo vivendo siano per tutti un momento di riposo, dopo un lunghissimo periodo di impegno e fatica, e ci aiutino a rinnovare le energie e la dedizione che sono indispensabili per il lavoro che svolgiamo al servizio della popolazione ”<sup>88</sup>.*

Nel mese di maggio vengo colpita dal Covid; la malattia dura tre settimane.

Nel mese di luglio il Governo rinforza le raccomandazioni sull'utilizzo delle mascherine e consiglia la prosecuzione di misure comportamentali importanti quali aerare i locali, curare l'igiene delle mani ed evitare gli assembramenti<sup>89</sup>. Nonostante il SARS-CoV-2 causi malattie meno gravi e meno decessi, va ancora trattato come un'emergenza sanitaria internazionale.

Il 22 luglio si celebra nel caldo torrido della piena estate l'inaugurazione del nuovo Pronto Soccorso: assistiamo in pochi per evitare l'assembramento, e siamo tutti diligentemente muniti di tampone, Presidente Zaia compreso.

Il primo agosto il nuovo Pronto Soccorso è aperto all'utenza.

In autunno si raccomanda una ulteriore dose di vaccino al Personale Sanitario e a tutte le persone anziane o fragili<sup>90</sup>; in ottobre sono disponibili anche i vaccini antinfluenzali<sup>91</sup>.

In novembre il questionario viene distribuito ai dipendenti dell'ospedale. Nei mesi successivi i reparti continuano ad accogliere malati con lo stesso ritmo dei precedenti inverni prima del Covid.

---

<sup>88</sup> Direttore Generale, Edgardo Contato, e-mail del 15/04/2022.

<sup>89</sup> “Monitoraggio Covid. Siamo in piena ondata estiva: incidenza settimanale tocca quota 763. Indice Rt balza a 1,30 e salgono i ricoveri. Speranza: ‘Mascherine fondamentali’”, *Quotidiano Sanità*, 01/07/2022, <https://www.quotidianosanita.it/>. Ricevuto via e-mail il 01/07/2022.

<sup>90</sup> Direttore Medico Ospedaliero, Dott.ssa Gallo Silvia, e-mail del 24/10/2022.

<sup>91</sup> Direttore Medico Ospedaliero, Dott.ssa Gallo Silvia, e-mail del 24/10/2022.

Il 5 maggio del 2023 l'OMS dichiara concluso lo stato di emergenza pandemica<sup>92</sup>.



Fig. 7: Ingresso del nuovo pronto soccorso di Dolo. Foto Marina Peloso, gennaio 2020

---

<sup>92</sup> "Covid. Dopo oltre tre anni l'OMS dichiara la fine dello stato di emergenza globale", *Quotidiano Sanità*, 05/05/2023, <https://www.quotidianosanita.it>. Ricevuto via e-mail il 06/05/2023.





## CAPITOLO 3

### L'indagine

#### 3.1 Materiali e Metodi

##### 3.1.1 *Disegno dello studio*

Lo studio è stato condotto all'interno dell'Ospedale di Dolo, presidio dell'Azienda ULSS 3 Serenissima, dove lavoro come medico di pronto soccorso. Fanno parte della ULSS 3 gli Ospedali di Venezia, Mestre, Mirano, Dolo, Chioggia, Noale.

Ho raccolto le informazioni attraverso un questionario distribuito nel periodo compreso tra novembre 2022 e gennaio 2023 a un campione di Dipendenti che hanno aderito volontariamente: le informazioni sono state raccolte nel rispetto dell'anonimato e della normativa in materia di privacy. La ricerca è stata approvata dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, dal Comitato Etico e dall'Unità di Supporto Privacy, previo invio di una specifica richiesta da parte della Docente (Allegato 1). I dati raccolti sono stati sottoposti ad analisi statistica, come spiegato ai partecipanti nel frontespizio del questionario e a voce. Le risposte al questionario sono state raccolte e trattate secondo quanto previsto dalla normativa sulla protezione dei dati personali (Regolamento Europeo UE n. 679/2016; D.L. vo 196/2003, così come adeguato dal D.Lgs. 101/2018).

##### 3.1.2 *Criteri di inclusione e campione dell'indagine*

Il campione consiste nel personale medico, infermieristico e operativo (OSS, Operatore Socio Sanitario e OTA, Operatore Tecnico addetto all'Assistenza) e comprende anche le figure professionali con contratti di lavoro temporanei o che non partecipavano all'assistenza diretta dei pazienti (ad esempio i coordinatori infermieristici ed il personale di segreteria dei reparti).

Gli studenti ed altri professionisti sanitari sono stati esclusi.

Il questionario è stato proposto ai vari reparti dell'ospedale di Dolo, e i seguenti 11 reparti hanno aderito alla compilazione: Anestesia e Rianimazione, Pneumologia, Pronto Soccorso, Medicina Interna, Geriatria, Chirurgia, Medicina Fisica e Riabilitativa,

Nefrologia e Dialisi, Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Oculistica, Anatomia Patologica.

### *3.1.3 Il questionario*

Il questionario (Allegato 2), strumento dell'indagine, comprende 14 domande e una sezione dedicata alla raccolta di dati generici (genere, età, grado di istruzione, cittadinanza). La compilazione del questionario ha richiesto circa 10 minuti, ed è stato distribuito e raccolto in forma cartacea nel periodo compreso tra novembre 2022 e gennaio 2023, quando la criticità pandemica si era conclusa.

Le domande sono state elaborate per indagare i seguenti sei aspetti della risposta socio-antropologica all'emergenza pandemica da Covid-19:

1. La fiducia nel progresso della Medicina, in particolare le aspettative riposte nella efficacia del vaccino. Nei risultati questo aspetto è stato denominato "Fiducia".
2. Il manifestarsi del sentimento di solidarietà come risposta allo stato di necessità che ha coinvolto le persone ammalate o isolate. Nei risultati questo aspetto è stato denominato "Solidarietà".
3. L'insorgenza di uno stato di insofferenza causato dalle imposizioni di isolamento sociale e contenimento fisico. Nei risultati questo aspetto è stato denominato "Insofferenza".
4. La consapevolezza di agire per il bene della collettività attuando le disposizioni di isolamento sociale e contenimento fisico. Nei risultati questo aspetto è stato denominato "Dovere civico".
5. La percezione di utilità dei continui dibattiti mediatici. Nei risultati questo aspetto è stato denominato "Utilità".
6. L'adesione ad un credo religioso. Nei risultati questo aspetto è stato denominato "Religiosità".

Era inoltre possibile rispondere in forma aperta descrivendo eventuali episodi di smarrimento o di paura vissuti in precedenza dall'intervistato.

### *3.1.4 Analisi dei dati*

Sono state considerate variabili indipendenti: Genere (maschio, femmina) e Professione (Medico, Infermiere, OSS/OTA).

Sono state considerate variabili dipendenti: Fiducia, Insofferenza, Solidarietà, Senso Civico, Utilità, Religiosità, con risultati espressi come variabili dicotomiche (No e Si).

Poiché i dati rilevati nello studio sono di tipo binario (Si, No) sono state utilizzate analisi di tipo non parametrico, in particolare è stata eseguita una regressione logistica binaria<sup>93</sup>, in cui il Genere e la Professione sono le variabili indipendenti binaria e categoriale, rispettivamente. Gli assunti verificati per l'applicazione della regressione logistica binaria sono: le osservazioni sono indipendenti, le categorie delle variabili dipendenti si escludono mutualmente, ci sono almeno 15 casi per variabile indipendente e c'è assenza di multicollinearità. Per l'analisi statistica è stato utilizzato il programma SPSS versione 22.0, e i grafici sono stati ottenuti con il programma Excel.

---

<sup>93</sup> IBM sito web, <https://www.ibm.com/it-it/topics/logistic-regression>.

## 3.2 Risultati

Di seguito, saranno illustrati i risultati per ognuno dei 6 parametri considerati (variabili dipendenti) in relazione alle variabili indipendenti (genere e professioni). Successivamente per entrambi i generi, separatamente, verrà illustrato l'impatto della stratificazione per le 3 professioni (medici, infermieri OSS/OTA).

Hanno risposto al questionario 247 operatori sanitari (medici, infermieri, OSS/OTA), di cui 65 maschi e 182 femmine.

Per tutti i parametri è stato eseguito il test di Hosmer-Lemeshow per Chi-Quadro<sup>94</sup> e, in nessun caso è stata rilevata qualche significatività, dimostrando la bontà di adattamento del modello utilizzato ai dati. Di seguito si riportano i risultati ottenuti attraverso la regressione logistica binaria. Tutti i valori di  $p \leq 0.05$  sono stati considerati significativi, mentre per quelli leggermente superiori è stata indicata una tendenza alla significatività. Le significatività sono riportate nei grafici percentuali.

I grafici sono riportati per ciascun parametro come valori assoluti divisi per genere (ortogramma, pannello a), come percentuale in ciascun genere dei "si" rispetto al totale di genere (pannello b), come valori assoluti divisi per professione (ortogramma, pannello c), come percentuale in ciascuna professione dei "si" rispetto al totale di professione (grafico a torta, pannello d).

---

<sup>94</sup> D. W. Hosmer, T. Hosmer, S. Le Cessie, S. Lemeshow, *Statistics in Medicine*, 16, 9, 1997, pp. 965-980.

### 3.2.1 Risultati del parametro “Fiducia”

Gli uomini hanno dimostrato, in termini quantitativi assoluti, una maggior fiducia nei progressi della Medicina e attendevano più delle donne l’arrivo di un vaccino efficace nel combattere la pandemia da Covid-19, come risulta dalle analisi statistiche che hanno evidenziato una differenza significativa (\*\*p=0,003) tra maschi e femmine, a favore dei maschi (Fig. 1a, 1b).

Considerando le professioni, indipendentemente dal genere, i medici hanno dimostrato una maggior fiducia rispetto agli OSS/OTA (\*\*p=0,008) (Fig. 1c, 1d).

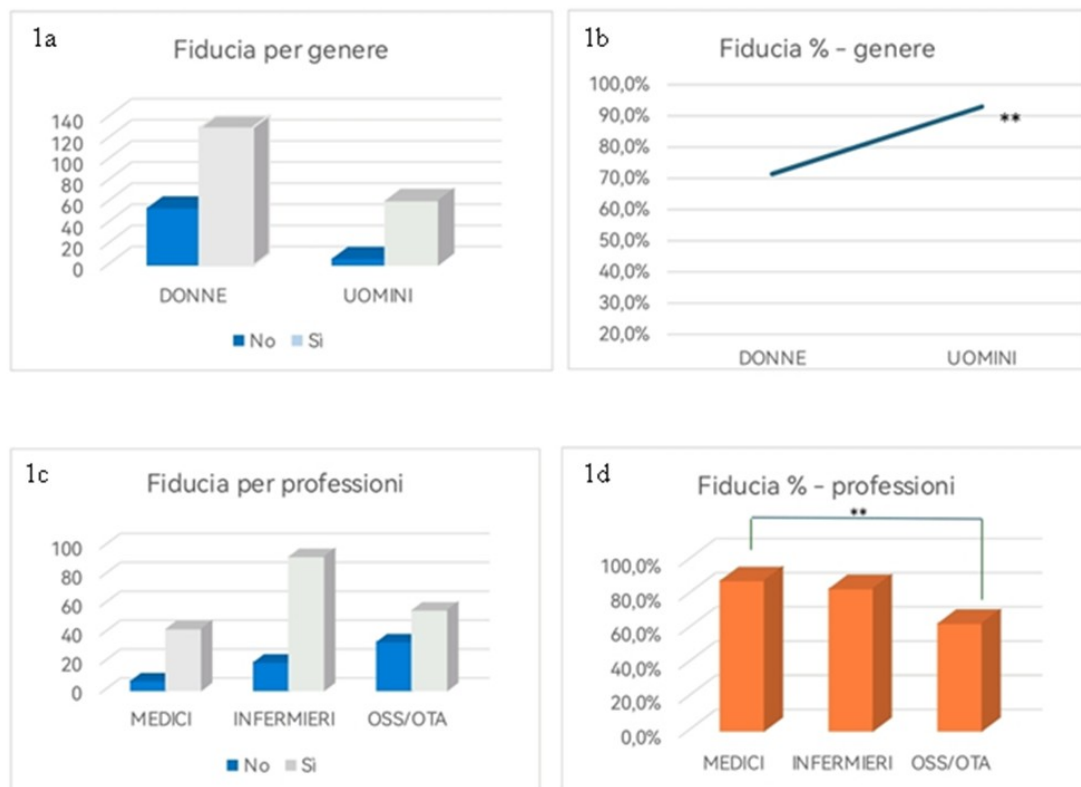


Fig. 1. Grafici per il parametro Fiducia. a) Valori assoluti per genere. b) Risposte “Si” in percentuale rispetto al totale di ciascun genere. c) Valori assoluti per professioni. d) Risposte “Si” in percentuale rispetto al totale di ciascuna professione.

### 3.2.2 Risultati del parametro “Solidarietà”

Gli uomini hanno percepito, in termini quantitativi assoluti, un maggior sentimento di solidarietà rispetto alle donne (\*\*p=0,002) (Fig. 2a, 2b) nei confronti delle persone ammalate o isolate, mentre è risultata solo una tendenza ad una maggiore percezione di solidarietà da parte dei medici rispetto a quella degli OSS/OTA (p=0,095), indipendentemente dal genere (Fig. 2c, 2d).

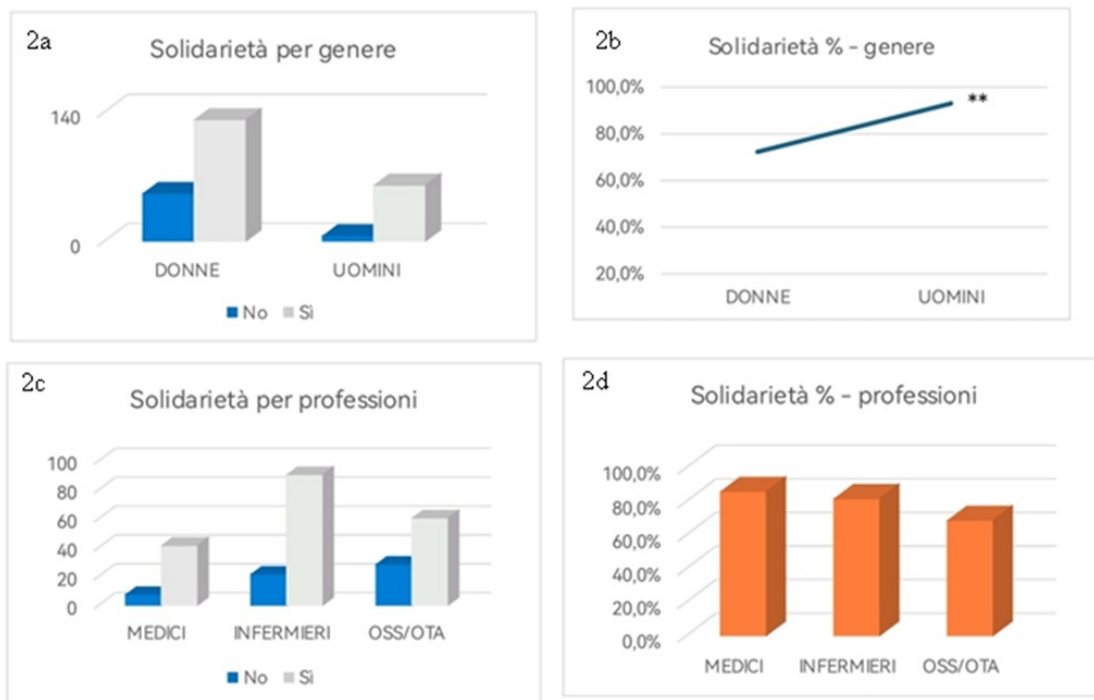


Fig. 2. Grafici per il parametro Solidarietà. a) Valori assoluti per genere. b) Risposte “Si” in percentuale rispetto al totale di ciascun genere. c) Valori assoluti per professioni. d) Risposte “Si” in percentuale rispetto al totale di ciascuna professione.

### 3.2.3 Risultati del parametro “Insofferenza”

Non si sono rilevate differenze significative, in termini quantitativi assoluti, tra i generi rispetto alla percezione di insofferenza nei confronti delle imposizioni isolamento sociale e/o contenimento fisico (Fig. 3a, 3b). Tuttavia si sono riscontrate differenze significative tra le professioni: gli infermieri hanno manifestato più insofferenza rispetto ai medici indipendentemente dal genere (\*\*p=0,003); gli OSS/OTA hanno manifestato più insofferenza rispetto ai medici indipendentemente dal genere (\*p=0,019) (Fig. 3c, 3d).

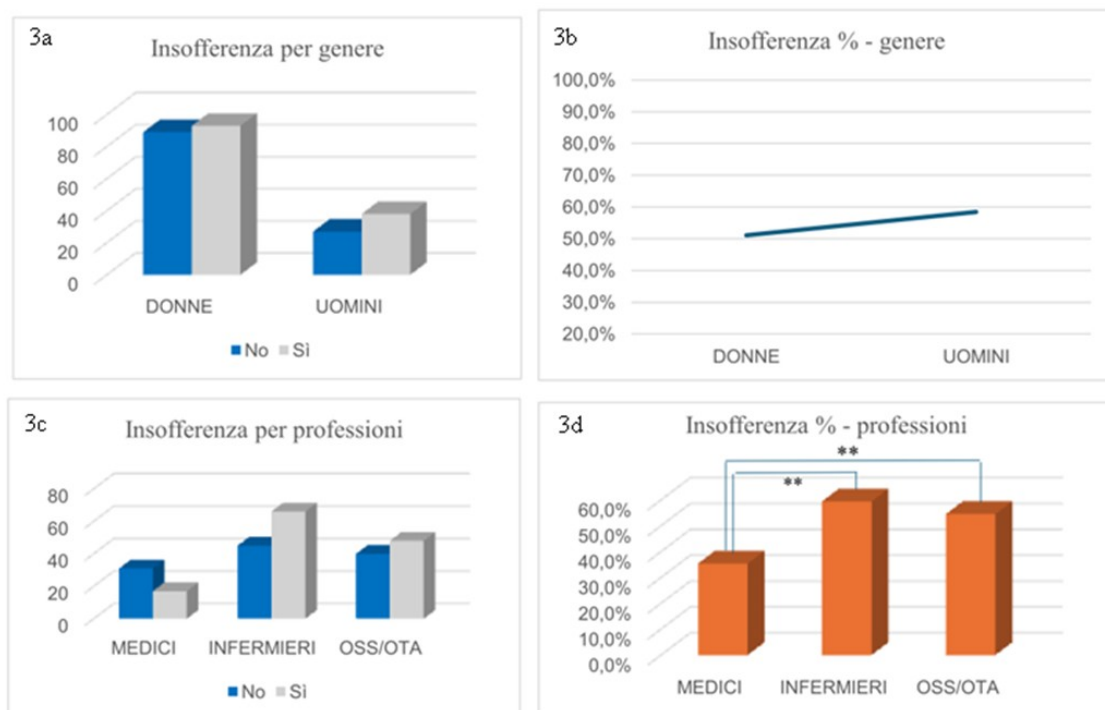


Fig. 3. Grafici per il parametro Insofferenza. a) Valori assoluti per genere. b) Risposte “Si” in percentuale rispetto al totale di ciascun genere. c) Valori assoluti per professioni. d) Risposte “Si” in percentuale rispetto al totale di ciascuna professione.

### 3.2.4 Risultati del parametro “Dovere civico”

Analogamente a quanto rilevato per l’insofferenza, non si sono rilevate differenze significative, in termini quantitativi assoluti, tra i generi rispetto alla percezione di perseguire un bene comune attuando le disposizioni di contenimento fisico ed isolamento sociale (Fig. 4a, 4b). I medici, indipendentemente dal genere, hanno percepito più dovere civico rispetto agli OSS/OTA (\*\*p=0,002) e sempre i medici hanno dimostrato solo una tendenza al maggiore dovere civico rispetto agli infermieri, indipendentemente dal genere (p=0,068 (Fig. 4c, 4d)

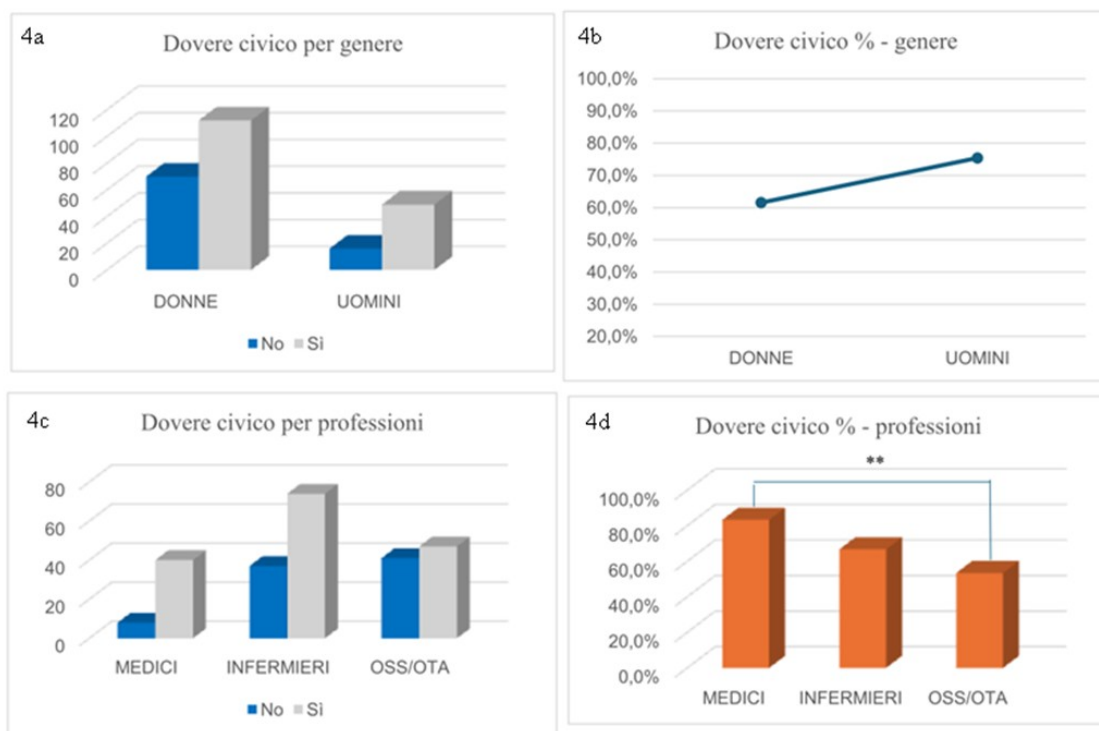


Fig. 4. Grafici per il parametro Dovere civico. a) Valori assoluti per genere. b) Risposte “Si” in percentuale rispetto al totale di ciascun genere. c) Valori assoluti per professioni. d) Risposte “Si” in percentuale rispetto al totale di ciascuna professione.



### 3.2.5 Risultati del parametro "Utilità"

Gli uomini hanno ritenuto, in termini quantitativi assoluti, più utili i continui dibattiti mediatici rispetto alle donne (\* $p=0,019$ ) (Fig. 5a, 5b), mentre è risultata solo una tendenza dei medici a percepire questa maggior utilità rispetto agli OSS/OTA, indipendentemente dal genere ( $p=0,082$ ) (Fig. 5c, 5d).

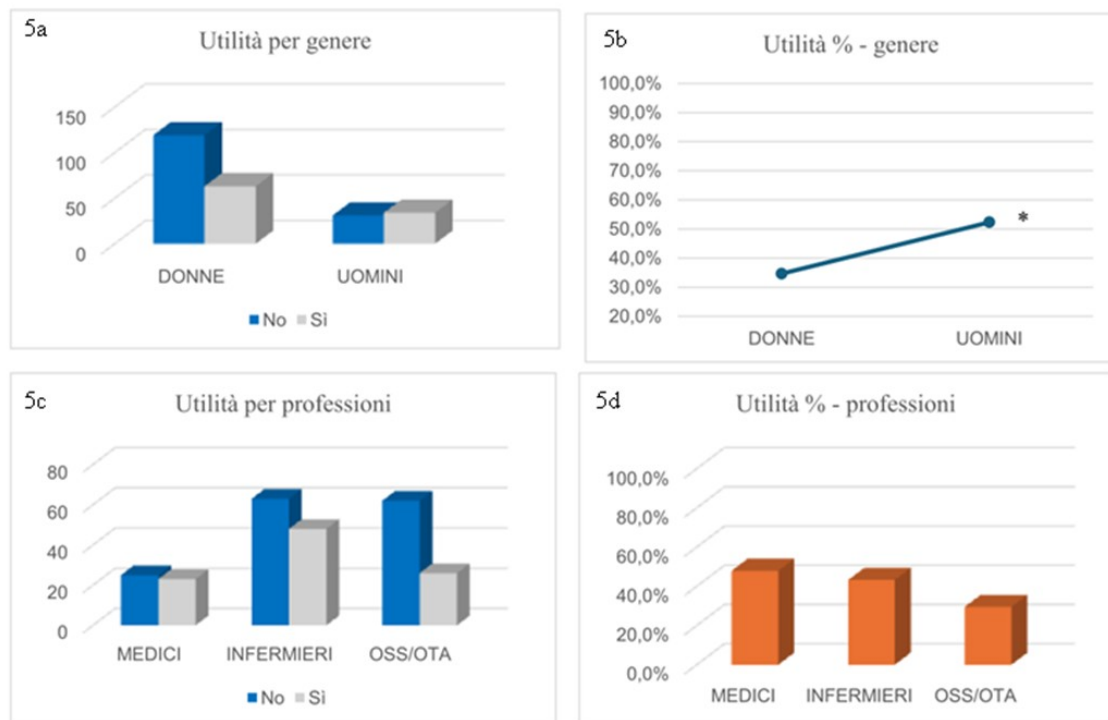


Fig. 5. Grafici per il parametro Utilità. a) Valori assoluti per genere. b) Risposte "Si" in percentuale rispetto al totale di ciascun genere. c) Valori assoluti per professioni. d) Risposte "Si" in percentuale rispetto al totale di ciascuna professione.

### 3.2.6 Risultati del parametro “Religiosità”

L’adesione ad un credo religioso, in termini quantitativi assoluti, non ha dimostrato differenze significative tra i 2 generi (Fig. 6a, 6b). I medici si sono dichiarati tendenzialmente più religiosi rispetto agli infermieri ( $p=0,023$ ) e rispetto agli OSS/OTA ( $p=0,042$ ) indipendentemente dal genere (Fig. 6c, 6d).

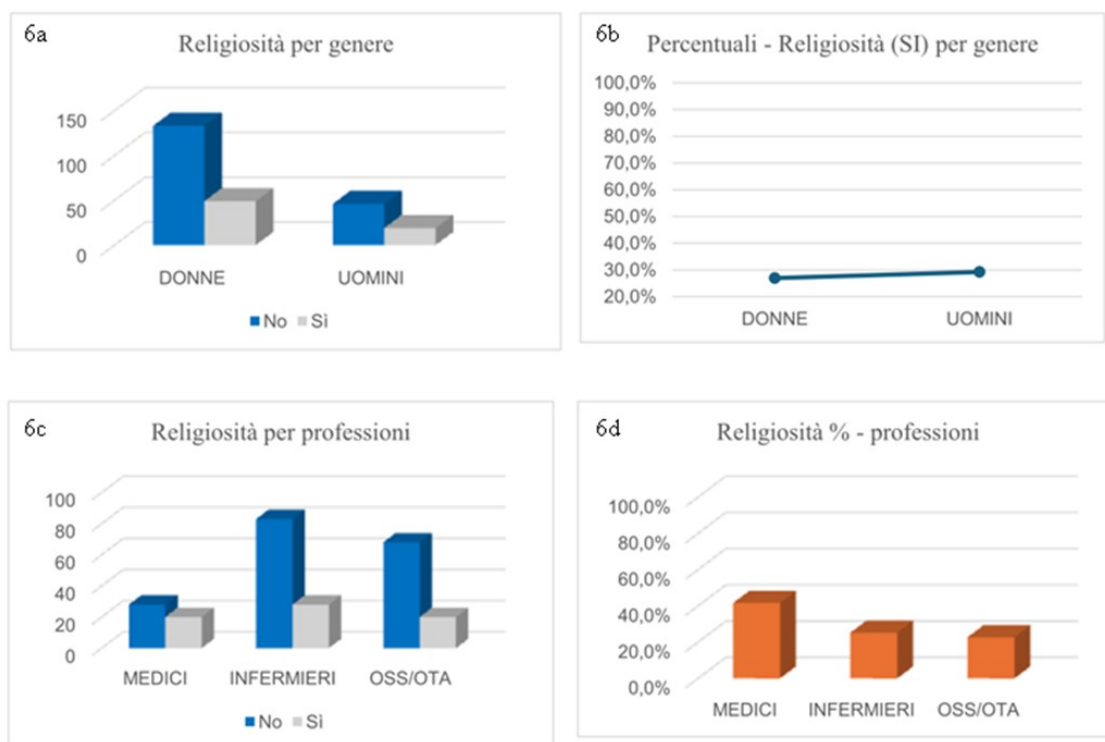


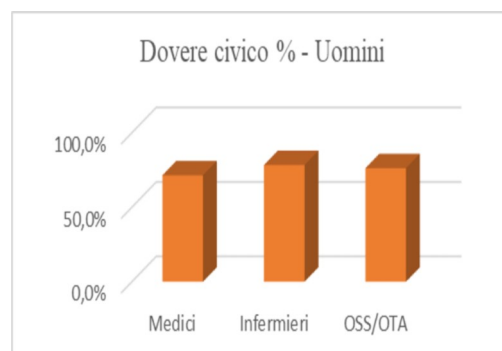
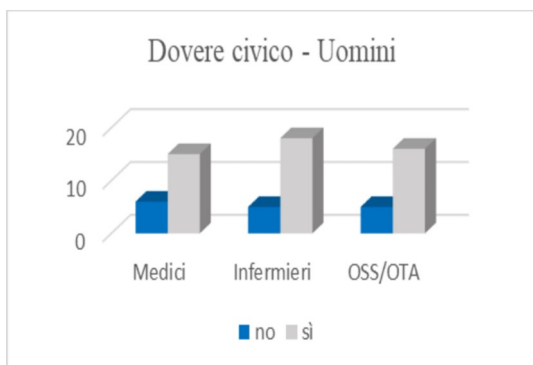
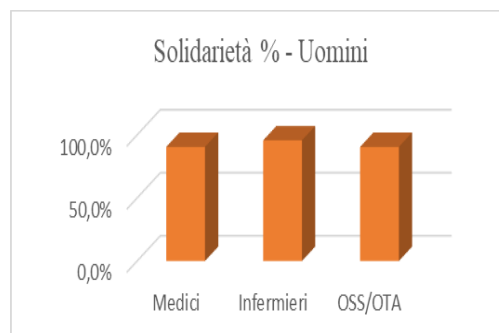
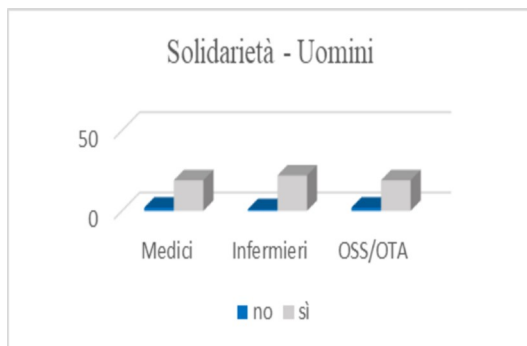
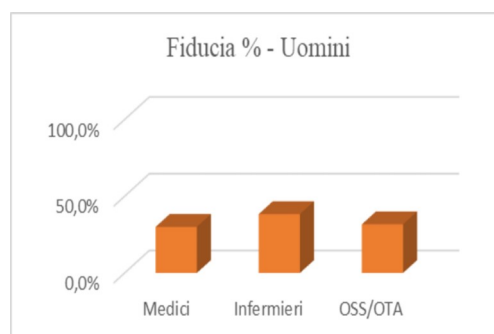
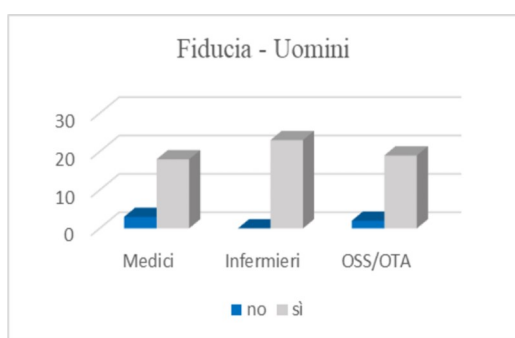
Fig. 6. Grafici per il parametro Religiosità. a) Valori assoluti per genere. b) Risposte “Si” in percentuale rispetto al totale di ciascun genere. c) Valori assoluti per professioni. d) Risposte “Si” in percentuale rispetto al totale di ciascuna professione.

### 3.2.7 Stratificazione per professioni

Per comprendere meglio le relazioni tra le variabili indipendenti (genere e professioni) in rapporto ai 6 parametri considerati (variabili dipendenti), si è applicata ad entrambi i generi separatamente la stratificazione per le 3 professioni.

#### Stratificazione per professioni negli uomini

Per alcuni parametri (Fig. 7) non si rilevano differenze significative tra le diverse professioni: Fiducia ( $p=1$ ), Solidarietà ( $p=0,766$ ), Dovere Civico ( $p=0,867$ ) e Utilità ( $p=0,284$ ).



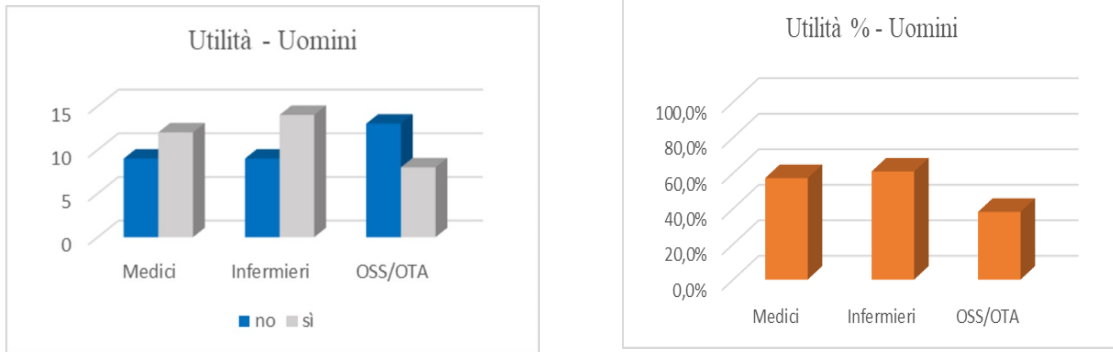


Fig. 7

Viene rilevata una differenza significativa (Fig. 8) per il parametro Insofferenza (\*p=0,033), in particolare tra infermieri e medici (\*\*p=0,009), mentre non c'è differenza tra OSS e medici (p=0,219).

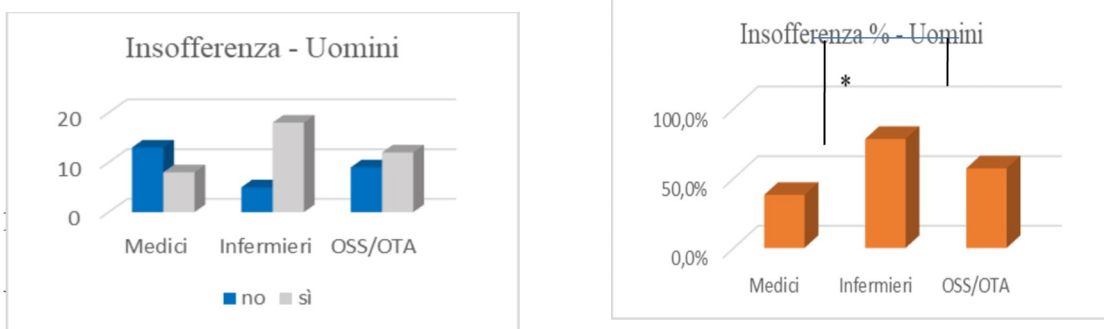


Fig. 8

Viene rilevata una differenza significativa (Fig. 9) per il parametro religiosità (\*p=0,024), tra infermieri e medici (\*p=0,019) e tra OSS e medici (\*p=0,029).

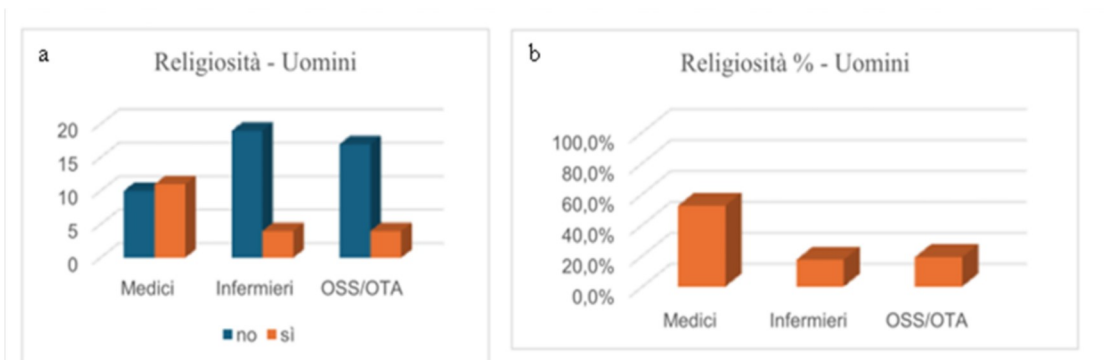


Fig. 9

### Stratificazione per professioni nelle donne

I parametri non significativi (Fig. 10) sono: Utilità ( $p=0,244$ ) e Religiosità ( $p=0,644$ ).

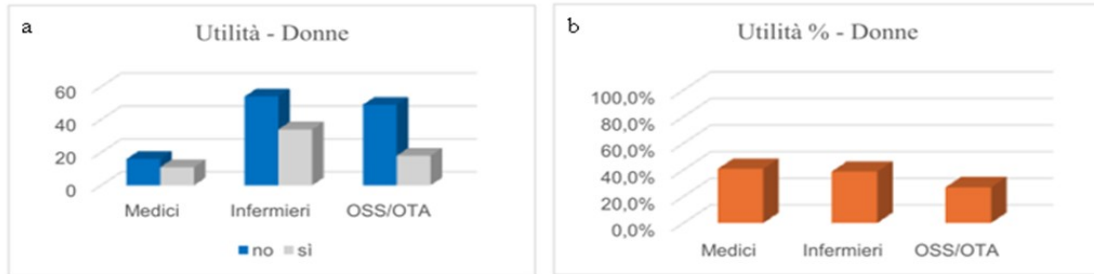


Fig. 10

Viene rilevata una differenza significativa (Fig.11) per il parametro Fiducia ( $***p=0,001$ ), in particolare, tra OSS e medici ( $**p=0,003$ ), mentre non c'è nessuna differenza tra infermieri e medici ( $p=0,235$ ).

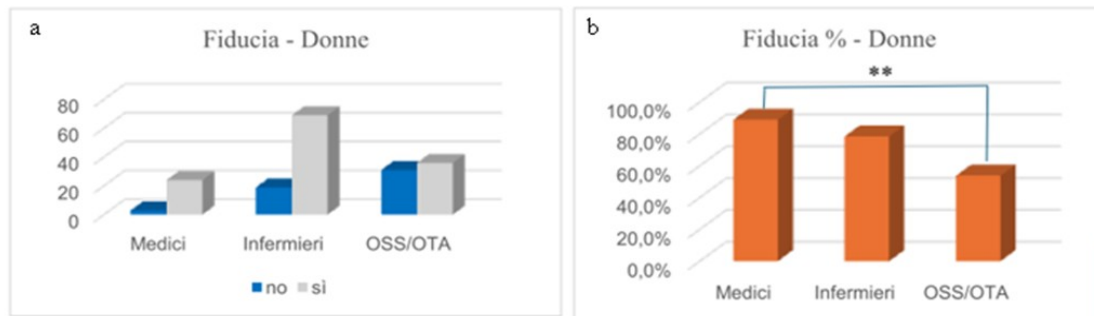


Fig. 11

Viene rilevata una differenza significativa (Fig.12) per il parametro Solidarietà ( $*p=0,046$ ), ovvero, una tendenza tra OSS e medici ( $p=0,065$ ), mentre non c'è nessuna differenza tra infermieri e medici ( $p=0,643$ ).

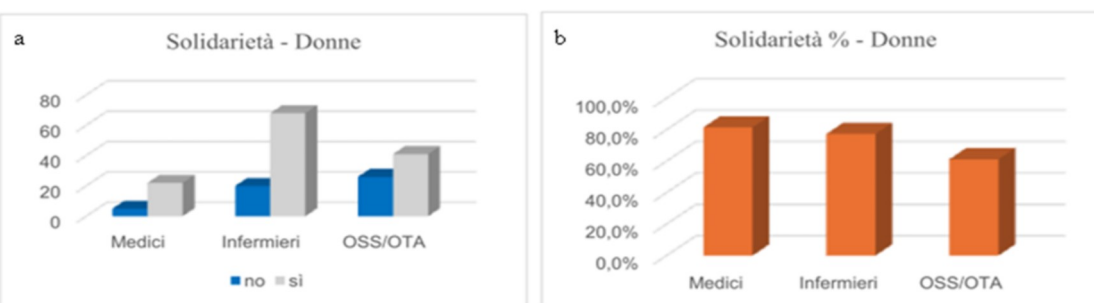


Fig. 12

Non si rilevano differenze significative (Fig. 13) per il parametro Insofferenza ( $p=0,145$ ), ma esiste comunque una tendenza a una differenza tra infermieri e medici ( $p=0,058$ ) e tra OSS e medici ( $p=0,077$ ) (Fig. 13).

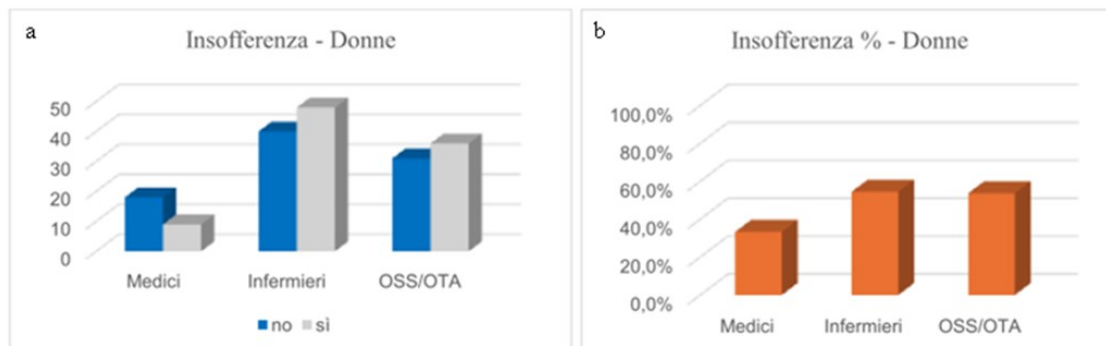


Fig 13

Viene rilevata una differenza significativa (Fig. 14) per il parametro Dovere civico ( $***p=0,001$ ), tra OSS e medici ( $***p=0,001$ ) e tra infermieri e medici ( $**p=0,010$ ).

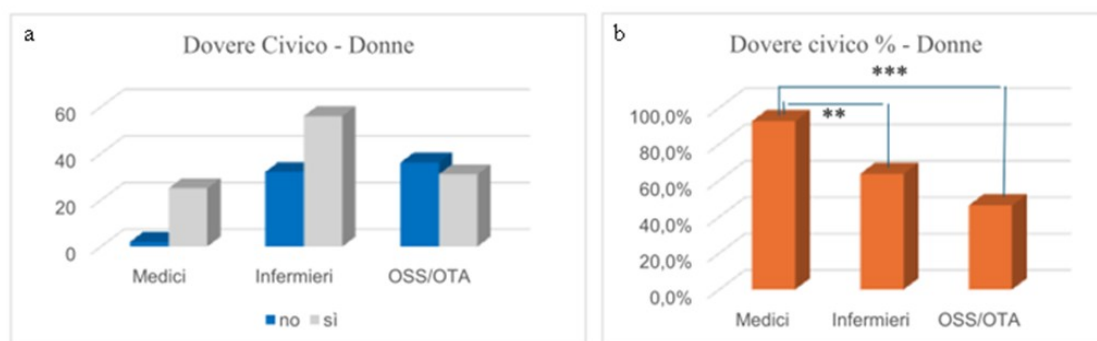


Fig. 14

### 3.2.7 *Altre esperienze traumatiche*

Gli episodi di smarrimento o di paura vissuti dagli intervistati sono stati i seguenti:

1. Disastri naturali o causati dall'uomo: terremoto del Friuli del 1976, incidente nucleare di Chernobyl del 1986, guerra del Golfo del 1991, Tsunami del 2006, crollo delle Torri Gemelle del 2011, tornado in Riviera del 2015, conflitto arabo-israeliano ancora in corso.
2. Malattie: Ebola, diffusione AIDS, salmonellosi, morbo della Mucca Pazza.
3. Eventi personali: lutto familiare, incidente personale.

Dal momento che è stato raccolto un numero esiguo di risposte per questo parametro, non si è proceduto con l'analisi statistica.

## **3.3 Discussione e conclusioni**

La pandemia da Covid-19 è stata un'emergenza sanitaria mondiale che ha comportato radicali variazioni negli stili di vita correnti, nel rapporto individuale e sociale verso la malattia e in generale verso la scienza medica.

Lo studio ha voluto analizzare l'impatto della pandemia su una popolazione professionalmente e scientificamente selezionata: gli operatori sanitari di uno degli ospedali d'Italia che, in seguito a decisioni di programmazione politico-sanitaria, si è trovato a fronteggiare maggiormente la virosi.

I primi parametri proposti dal questionario sono incentrati sulla fiducia nel progresso della medicina scientifica e sul sentimento di solidarietà manifestato dagli intervistati al lavoro, tra le mura domestiche o verso i conoscenti. La fiducia nella scienza medica, tradotta nell'attesa del vaccino come raggiungimento del bene comune,

e la solidarietà, sono elementi complementari dal punto di vista socio-antropologico. Pierre Leroux definisce “solidarietà” ciò che ci unisce come esseri umani<sup>95</sup>.

Nel campione analizzato fiducia e solidarietà hanno evidenziato un andamento statistico molto simile.

In particolare gli uomini hanno mostrato una maggior fiducia nei progressi della medicina scientifica come soluzione alla pandemia da Covid-19, indipendentemente dalla professione. Invece le donne hanno mostrato una risposta diversa nelle tre professioni: in particolare i medici hanno mostrato più fiducia e solidarietà rispetto alla categoria OSS/OTA. Ciò suggerisce un ruolo positivo (protettivo) della cultura sia generale che specifica nell'affrontare lo stress derivante da questa emergenza. Tale dato è in linea con quanto emerge anche dallo studio UDA, condotto su 1120 professionisti della Sanità Italiana, che ha dimostrato lo sviluppo più frequente di sintomi di ansia e depressione tra gli infermieri e gli operatori socio-sanitari rispetto ai medici. Da tale studio si evidenzia una maggiore fragilità tra le donne e tra i più giovani<sup>96</sup>. Questo dato si può spiegare col fatto che i soggetti più giovani lavorano solitamente in reparti sottoposti ad un'esposizione alla pandemia molto superiore (ad esempio il pronto soccorso) rispetto a colleghi anziani.

Numerosi studi in letteratura hanno dimostrato che il personale sanitario durante la pandemia da Covid-19 ha dovuto affrontare un'enorme pressione lavorativa, con conseguenze fisiche e psichiche. Una indagine condotta nella primavera-estate del 2020, pertanto all'esordio della pandemia, ha dimostrato, su un campione di 208 infermieri italiani, alti livelli di sofferenza lavorativa e rischio di esaurimento fisico ed emotivo soprattutto tra quelli che gestivano pazienti Covid<sup>97</sup>. Tale condizione configura una sindrome nota in ogni ambiente lavorativo ad alta pressione professionale come “sindrome di burn-out”. Una relazione condotta dalla SIMG (Società Italiana di Medicina Generale), sempre nel 2020, ha fatto emergere che i fattori predisponenti per lo stress indotto dall'ambiente di lavoro durante la pandemia sono stati i seguenti: il

---

<sup>95</sup> Pierre Leroux, *Doctrine de l'humanité*, in *Revue del Deux Mondes*, 1840, tome 24.

<sup>96</sup> “Studio UDA: 54% sanitari ha bisogno di supporto psicologico”, *Nurse24*, 27/11/2020, <https://www.nurse24.it>. Consultato il 04/02/2024.

<sup>97</sup> Damico Vincenzo et al., “Sindrome di Burnout tra il personale infermieristico italiano durante l'emergenza Covid-19. Indagine cognitiva multicentrica”, *Professioni Infermieristiche*, Vol 73 (4), 2020. Consultato il 05/02/2024.



sesso femminile, la ridotta anzianità di servizio, l'aver figli e famiglia, presentare un familiare affetto da Covid-19, l'essere considerato portatore di contagio, il dimostrare carente formazione psicologica nel rapporto medico-paziente, l'aver anamnesi positiva per patologie psichiatriche o organiche pregresse<sup>98</sup>.

In generale la popolazione medica presenta un'età media all'assunzione lavorativa più elevata rispetto alla popolazione degli operatori sanitari non medici, in ragione della lunghezza temporale significativamente superiore del periodo formativo universitario. Peraltro ambiti lavorativi come il pronto soccorso sono caratterizzati, rispetto ad altri ambiti, da un carico di lavoro spesso più gravoso proprio in termini di fragilità emotiva, in ragione della numerosità dei pazienti, non contingentata quanto a posti letto come nei Reparti, e dell'ampio spettro di presentazione clinica dei casi in esame, e di conseguenza a un'età lavorativa del personale spesso necessariamente più bassa che altrove.

Per quanto riguarda le aspettative nei confronti del vaccino, a quanto ci risulta non sono stati effettuati studi metodologicamente rigorosi che abbiano indagato quanto, dal punto di vista emotivo, il vaccino contro il SARS-CoV-2 fosse atteso come soluzione alla pandemia da parte del personale sanitario paramedico in Italia.

In ambito sanitario gli elementi storici e scientifici portano a concludere che il ruolo del vaccino non possa essere messo in discussione in ambito clinico e di salute pubblica. Nonostante questa evidenza, gli atteggiamenti popolari antivaccinali, comunemente definiti no-vax dalla cultura mediatica corrente, sono esistiti fin dagli albori delle pratiche vaccinali.

*“A Edward Jenner, infatti, non fu sufficiente dimostrare l'efficacia e la non pericolosità della sua tecnica: egli dovette anche difendersi da chi si opponeva al suo metodo perché ‘contaminando’ con materiale di provenienza animale il corpo umano, trasformava l'uomo in bestia”<sup>99</sup>.*

---

<sup>98</sup> Taddeo Daiana, Valeria Zurlo, “Eventi avversi da Covid-19 per gli operatori sanitari: è emergenza stress”, *Rivista di Società Italiana Di Medicina Generale*, Vol 27 (3), 2020. Consultato il 05/02/2024.

<sup>99</sup> Sironi Vittorio Alessandro, “Il favoloso innesto: storia, antropologia ed etica della vaccinazione”, *Emmeciquadro* n.80, gennaio 2022, consultato il 05/02/2024.

Nell'attesa del vaccino, le misure di contrasto alla pandemia più efficaci sono state, analogamente alle grandi epidemie del passato, il distanziamento sociale e l'isolamento dei malati e dei contagiati. Questo ha comportato l'inevitabile contrazione dei contatti interpersonali nell'ambito lavorativo e ricreativo. Tale restrizione è stata percepita, prima ancora di un dovere civico a difesa della collettività, come limitazione della libertà personale, talvolta insopportabile. Al di là della pressione lavorativa molto superiore rispetto alle condizioni normali, i soggetti che abbiamo intervistato sono stati sottoposti alle medesime limitazioni dei contatti interpersonali imposte alla popolazione generale. In tali condizioni lavorative di emergenza, quale equilibrio è emerso tra il disagio dovuto alle limitazioni della propria libertà e la responsabilità nei confronti della collettività? Con quali differenze di genere e fra le mansioni?

I risultati dei parametri "Insofferenza" e "Dovere civico" suggeriscono una prevalenza del ruolo dell'istruzione sulla variabile di genere: si è rilevata una minor insofferenza e più percezione di dovere civico tra i medici in senso assoluto. Per quanto riguarda la percezione del dovere civico il campione delle donne medico si è dimostrato più numeroso rispetto al campione degli uomini. Tale dato può semplicemente riflettere una maggiore propensione alla meditazione in termini di salute pubblica da parte di chi dispone della cultura scientifica per poter adattare scelte e comportamenti alle difficoltà emergenziali. Del resto, da sempre la filosofia indica nella cultura e nella riflessione le chiavi per comprendere le necessità di una comunità intesa come *civitas*; Aristotele ne sottolinea la caratteristica di *opus rationis* (opera della ragione), mentre Tommaso D'Aquino ricorda che la libertà individuale si fonda sul bene comune. E lo stesso Hegel puntualizza che l'uomo non è libero per il suo libero arbitrio (funzionale ai suoi interessi) ma perché, in virtù della sua natura sociale, riconosce fuori di sé un'etica razionale che supera le prospettive individuali e assicura il primato del bene comune. Il fatto che le donne percepiscano il dovere civico in misura maggiore rispetto agli uomini va investigato ulteriormente, per quanto indichi una probabile differenza di genere negli ambiti cognitivi pertinenti al bene collettivo della società.

La pandemia da Covid-19 è stata accompagnata da un dibattito mediatico senza precedenti per quantità, per velocità di diffusione delle informazioni. Abbiamo cercato di capire se questa enorme mole di dati discussi quotidianamente a livello di tutti i

mezzi di comunicazione di massa, oltre che negli ambiti tecnico-scientifici, sia stata utile nella gestione della pandemia, o se, al contrario, abbia avuto effetti negativi, come ad esempio l'aumento di ansia e paure, o addirittura abbia provocato disinteresse e distacco nei confronti della propria salute e di quella altrui, fino alla negazione della pandemia (come testimonia ad esempio il caso della Svezia, dove ogni dibattito è stato ridotto al minimo e indirizzato a senso unico verso una posizione di negazionismo neanche troppo velato). Tenuto conto che gli intervistati presentano competenze specifiche maggiori rispetto alla media, non sorprende che le differenze nella percezione dell'utilità dei continui dibattiti sui media non sia significativamente diversa nelle 3 professioni, ma le differenze significative riguardino il genere: per gli uomini i dibattiti sono stati percepiti più utili, forse per il loro frequente carattere diatribico.

I suggerimenti che emergono da questa indagine possono ritenersi un punto di partenza, un lavoro preliminare che possa coinvolgere il resto della popolazione e possa aiutare a comprendere ulteriormente l'impatto della pandemia sulle vite delle persone.

A conclusione di questo elaborato, vorrei citare una riflessione dell'antropologo medico Ivo Quaranta:

*“Quando la malattia viene interpretata come un processo sociale, e la sua esperienza e i dispositivi della sua costruzione vengono sottoposti ad analisi critica, la sofferenza non rappresenta più semplicemente un'esperienza individuale legata alle contingenze della vita, ma rappresenta il marchio della società sui corpi dei suoi membri”<sup>100</sup>.*

---

<sup>100</sup> Ivo Quaranta, *Antropologia Medica, I testi fondamentali*, Gravelona Toce, Raffaello Cortina Editore, 2006, p. XXVIII.



## BIBLIOGRAFIA

- BERNABEO Raffaele A. – PONTIERI Giuseppe M. – SCARANO Giovanni B., *Elementi di storia della medicina*, Padova, Piccin, 1993.
- BOTTACIN Alessandro, Coordinatore Infermieristico Pronto Soccorso, e-mail del 18/11/2019.
- CESARO Nicola, *La storia del coronavirus nei Colli Euganei*, Roma, Typimedia editore, 2020.
- CHIMENTON Luca, Ingegnere Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, e-mail del 13/02/2020.
- CIPOLLA Claudio, Vescovo di Padova, e-mail del 09/03/2020.
- CIRAOLO Francesca, Direttore Medico del Presidio, e-mail del 30/12/2020.
- CONTATO Edgardo, Direttore Generale, e-mail del 15/04/2022.
- CORRA' Danilo, Direttore UOC Gestione Risorse Umane, e-mail del 20/03/2020.
- CORRA' Danilo, Direttore UOC Gestione Risorse Umane, e-mail del 31/03/2020.
- COSMACINI Giorgio, *Concetti di salute e malattia fino al tempo del coronavirus*, Sesto San Giovanni (MI), Pantarei, 2020.
- “Covid. Dopo oltre tre anni l'OMS dichiara la fine dello stato di emergenza globale”, *Quotidiano Sanità*, 05/05/2023, <https://www.quotidianosanita.it/>
- DAL BEN Giuseppe, Direttore Generale, e-mail del 18/08/2020.
- FANTI Gilda, *Finalmente ho capito come funzionano i virus*, Milano, Vallardi, 2020
- GALLETTO Gabriele, Infermiere Professionale Pronto Soccorso, e-mail del 30/01/2020.
- GALLO Silvia, Direttore Medico Ospedaliero, e-mail del 24/10/2022.
- GIAVERI Maria Teresa, *Lady Montagu e il drammaturgo*, Padova; Neri Pozza Editore, 2021.
- HOSMER David – HOSMER T. – LE CESSIE S – LEMESHOW S., *Statistics in Medicine*, 16, 9, 1997
- IBM sito web, <https://www.ibm.com/it-it/topics/logistic-regression>

LA PLACA Michele, *Principi di microbiologia medica*, Bologna, Società Editrice Esculapio, 1996.

LE GOFF Jacques – SOURNIA Jean-Charles, *Per una storia delle malattie*, Bari, Edizioni Dedalo, 1986.

MACIOCCO Gavino, “La quarta ondata”, *Salute Internazionale*, 29/11/2021, <https://www.saluteinternazionale.info/2021/11/la-quarta-ondata/>.

MANTOAN Domenico, Direttore Generale, Area Sanità e Sociale, e-mail del 19/05/2020.

MOLMENTI Pompeo – MANTOVANI Dino, *Le isole della Laguna Veneta*, Venezia, Tip. Visentin, 1895.

“Nuovi contagiati sempre più giovani: età media scende a 40 anni”, *Quotidiano Sanità*, 24/07/2020, <https://www.quotidianosanita.it/>, e-mail del 30/07/2023.

“Monitoraggio Covid. Siamo in piena ondata estiva: incidenza settimanale tocca quota 763”, *Quotidiano Sanità*, 24/07/2020, <https://www.quotidianosanita.it/>, e-mail del 01/07/2022.

PALADIN Francesco, Servizio Comunicazione Interna, e-mail del 02/12/2020.

PELLEGRINI Andrea, Direttore UOC Pronto Soccorso, e-mail del 23/02/2020.

PITTALIS Edoardo, *La serenissima e le epidemie*, Spilimbergo, Biblioteca dei Leoni, 2021.

SILEI Gianni, *Le radici dell'incertezza, storia della paura tra Otto e Novecento*, Manduria-Bari-Roma, Piero Lacaita Editore, 2008.

SNOWDEN Frank M., *Storia delle epidemie, dalla morte nera al COVID-19*, Gorizia, La Clessidra, 2020.

SODANO Luisa, *Emozioni virali, la voce dei medici dalla pandemia*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2020.

SOPPELSA Luca, Direzione Protezione Civile, Area Tutela e Sviluppo Territorio, e-mail del 28/07/2020.

TESSARIN Michele, Dirigente Sanitario, e-mail del 26/03/2020.

TESSARIN Michele, Dirigente Sanitario e PERINA Fabio, Direttore Amministrativo, e-mail del 03/05/2020.

VANZAN MARCHINI Nelli Elena, *Rotte mediterranee e baluardi della sanità*, Ginevra-Milano, Skira, 2004.

VACCARO Giulio, “Marzo 1348. La fine del mondo tra paure e prevenzione nelle cronache coeve”, *RiMe*, n.9/III, pp 139-164, p.145.

# Allegati

## Allegato 1

**DISSGeA**

1222-2022  
**800**  
ANNI



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI  
SCIENZE STORICHE GEOGRAFICHE E DELL'ANTICHITÀ – DISSGeA

Via del Vescovado, 30 – 35141 Padova  
www.dissgea.unipd.it

**Prof.ssa Maria Teresa Milicia**  
docente di Antropologia culturale

tel. cellulare +39 333 1678 741  
mariateresa.milicia@unipd.it

**Alla Direzione Medica P.O  
Dolo  
Alla c.a. Dott.ssa Silvia  
Gallo**

**OGGETTO:** RICHIESTA DI CONSULTAZIONE DEI DATI DI PAZIENTI RISULTATI AFFETTI DA COVID-19, TRANSITATI NEL PRONTO SOCCORSO DI DOLO E/O RICOVERATI NEI REPARTI DEL PRESIDIO DI DOLO, FINALIZZATA ALLO SVOLGIMENTO DELLA TESI DI LAUREA TRIENNALE IN STORIA – **laureanda dott.ssa Marina Peloso**

La professoressa Maria Teresa Milicia, in qualità di relatrice della tesi di laurea in Storia dal titolo provvisorio – *Pandemia da Covid-19 nella Riviera del Brenta: ricerca etnografica sugli aspetti antropologici e socio-culturali, dal punto di vista di un medico dell'ospedale di Dolo* – chiede cortesemente che venga consentito alla dott.ssa Marina Peloso, medico in servizio presso il pronto Soccorso di Dolo, l'accesso alla consultazione dei dati dell'archivio sui pazienti transitati nel Pronto Soccorso di Dolo e nei reparti di degenza del presidio di Dolo.

La consultazione è finalizzata allo svolgimento di una ricerca sui modelli socioculturali attivati in risposta all'evento pandemico che costituirà il tema principale della tesi di laurea. La metodologia di ricerca di tipo qualitativo prevede la somministrazione di questionari anonimi a risposta chiusa e interviste aperte dedicate a pazienti e personale sanitario che vorranno collaborare su base volontaria ad approfondire gli aspetti soggettivamente rilevanti dell'esperienza pandemica.

La dott.ssa Peloso condurrà la ricerca con la costante supervisione della relatrice che si impegna a garantire:

il rispetto della Legge sulla Privacy sul trattamento dei dati personali, sull'uso e la divulgazione di dati sensibili;

la conformità alle linee guida sulla ricerca del codice etico della Società Italiana degli Antropologi Culturali (SIAC) con particolare riguardo alla tutela degli interessi delle persone che partecipano alla ricerca e all'impegno che il lavoro di ricerca e le attività pratiche ad esso connesse siano condotti in modo da non procurare danni morali o materiali ai soggetti coinvolti (<https://www.siacantropologia.it/codice-etico/>);

Scienze Storiche  
Via del Vescovado, 30  
35141 Padova  
tel. +39 049 8278501  
fax +39 049 8278502

Scienze Geografiche  
Via del Santo, 26  
35123 Padova  
tel. +39 049 8274092

Scienze dell'Antichità  
Piazza Capitanio, 7  
35139 Padova  
tel. +39 049 8274525  
fax +39 049 8274600



la riservatezza del contenuto integrale di interviste e altri materiali di ricerca che saranno trattati esclusivamente dalla laureanda e dalla relatrice per la stesura della tesi;  
il rispetto del codice etico e deontologico della struttura ospedaliera che potrà disporre di una copia della stesura definitiva della tesi.

Padova, 26 giugno 2022

In fede

Maria Teresa Milicia



*Allegato 2*

## **QUESTIONARIO di RICERCA**

**Il presente questionario di ricerca si propone di rilevare, in forma anonima, gli effetti sociali e le risposte culturali provocati dalla pandemia da Covid-19.**

**La ricerca è parte del progetto di studio dal titolo “*Riviera del Brenta e Pandemia da Covid-19*”, condotto dalla dott.ssa Marina Peloso del pronto soccorso di Dolo, e dalla prof.ssa Maria Teresa Milicia, docente di Antropologia culturale nel Dipartimento di Scienze Storiche, Geografiche e dell’Antichità (DiSSGeA) dell’Università di Padova, in qualità di relatrice della tesi di laurea.**

**Vi chiediamo cortesemente la disponibilità a compilare il seguente questionario in forma anonima.**

**Le informazioni saranno gestite nel rispetto dell’anonimato e della normativa in materia di privacy e con assoluta riservatezza.**

**Le informazioni raccolte non saranno mai e in alcun modo correlabili alla sua persona.**

**Qualora decida di partecipare alla ricerca con ulteriori interviste approfondite, la prego di contattare la dott.ssa Peloso alla seguente e-mail:  
[marina.peloso@aulss3.veneto.it](mailto:marina.peloso@aulss3.veneto.it)**

**La ringraziamo della cortese collaborazione.**

1) **Quando si è diffusa la notizia della Pandemia da Covid-19, quale è stata la prima reazione che ha avuto?**

- INCREDULITA'
- PAURA
- DISAGIO
- INDIFFERENZA
- ALTRO .....

**Avrebbe mai pensato che si potesse rimanere vittime di una Pandemia in quest'epoca?**

SI                      NO

2) **C'è qualcuno in famiglia che le abbia parlato di come ha vissuto altre Pandemie del passato, per esempio la Spagnola del 1918 o un'altra?**

.....  
.....  
.....  
.....

3) **Ricorda di aver vissuto in passato, nella sua vita, un'altra situazione di smarrimento o di paura simile? Per esempio in seguito a catastrofe naturale, guerra, altro?**

SI                      NO

**Se si, in quale occasione?**

.....  
.....  
.....  
.....

4) **Sono stati utili i continui dibattiti televisivi sulla Pandemia?**

SI NO

5) **Sono stati utili i numeri dei contagi/vittime discussi dai MEDIA?**

SI NO

6) **Aveva paura di contagiare gli altri?**

- PER NULLA - POCO - ABBASTANZA - MOLTO

7) **Aveva paura di essere contagiato?**

- PER NULLA - POCO - ABBASTANZA - MOLTO

8) **Durante il LOCKDOWN:**

o Sentiva che stava nascendo in lei un senso di SOLIDARIETA' verso alcune persone più sole o più sfortunate?

SI NO

o Sentiva che stava nascendo in lei un senso di DOVERE CIVICO (verso il BENE della Comunità?)

SI NO

○ Ha utilizzato questo momento per:

- riposarsi
- riavvicinarsi alla famiglia
- meditare su sé stesso
- apprezzare la calma
- cura della casa
- cura della persona
- nuovi hobby (es. leggere, studiare, corsi online..ecc.)
- altro.....

**9) Le prossime domande ci aiuteranno a capire se i comportamenti richiesti per limitare la diffusione della Pandemia le hanno procurato INSOFFERENZA:**

MASCHERINE	poco	medio	molto	non so
LOCKDOWN in casa	poco	medio	molto	non so
CHIUSURA ATTIVITA'	poco	medio	molto	non so
CHIUSURA SCUOLE	poco	medio	molto	non so

**10) Le prossime domande ci aiuteranno a capire se ha percepito tali comportamenti come CONTRIBUTO NECESSARIO (UTILITA') alla salute collettiva:**

MASCHERINE	poco	medio	molto	non so
LOCKDOWN in casa	poco	medio	molto	non so
CHIUSURA ATTIVITA'	poco	medio	molto	non so
CHIUSURA SCUOLE	poco	medio	molto	non so

**11) Le prossime domande ci aiuteranno a capire come si è sentito durante l'esposizione continua di opinioni contrastanti:**

o sentiva di avere fiducia nel progresso della medicina?

SI      NO

o attendeva con speranza il vaccino?

SI      NO

o si è rivolto a metodi di prevenzione (o trattamento) alternativi o "fai da te"?

SI      NO

**12) Dopo questa esperienza di Pandemia, se dovesse arrivarne un'altra, si sentirebbe:**

- più sicuro
- meno sicuro
- uguale
- non saprei

**13) Quali sono state le sue esperienze personali più dolorose, causate da questa Pandemia?**

- perdita del lavoro
- perdita di persone care
- 

altro.....  
.....  
.....  
.....

14) Se lo ritiene, può lasciare un commento al presente questionario, o aggiungere una sua precisazione o un suo racconto.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Dati individuali generici

Genere (sesso): .....

Età: .....

Grado di istruzione:

- Scuola elementare
- Scuola Media Inferiore
- Maturita'
- Laurea Triennale
- Laurea Magistrale ( Laurea prima del 2002)
- dottorato
- 

Altro.....  
.....

Cittadinanza italiana

- SI
- NO
- ALTRO

Una Religione influenza, ispira, o determina, i Suoi comportamenti quotidiani?

- SI
- NO

## *Ringraziamenti*

*A conclusione di questo elaborato, desidero menzionare e ringraziare tutte le persone che hanno permesso lo svolgimento dell'indagine e la completezza della tesi.*

*Ringrazio la mia Relatrice (Professoressa Milicia Maria Teresa) che in questi mesi di lavoro ha saputo guidarmi con suggerimenti pratici nelle ricerche e nella stesura dell'elaborato.*

*Ringrazio il Direttore Generale Edgardo Contato, il Direttore Sanitario Giovanni Carretta, la Direttrice di Presidio Silvia Gallo, il Comitato Etico e l'Unità di Supporto Privacy per aver autorizzato questa indagine.*

*Ringrazio il Personale Dipendente dell'Ospedale di Dolo che ha aderito volontariamente alla compilazione del Questionario, i Direttori e i Coordinatori Infermieristici delle Unità Operative coinvolte.*

*Ringrazio la Professoressa Rodi Donata per l'Analisi Statistica.*

*Un grazie speciale agli amici e colleghi: Nicola Cacciani, Beatrice Paradiso, Enrico Maestri, Mael De Lorenzi.*

*Ringrazio i miei genitori e i miei fratelli Nicola e Filippo per la loro costante vicinanza.*

*Un grazie dal profondo del cuore a mio figlio Riccardo, per la sua grande consapevolezza e la sua affettuosa ironia che mi hanno sempre sostenuta, e a mio marito Piero che, come sempre, ha retto il timone fino alla fine.*