

**ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITA' DI BOLOGNA**

**Facoltà di Lettere e Filosofia
Corso di laurea in
Antropologia Culturale ed Etnologia.**

**SANARE L'ESPERIENZA.
TERAPIA DEL DOLORE IN UN
AMBULATORIO PER MIGRANTI
IRREGOLARI.**

**Tesi di Laurea in
Antropologia sociale dei saperi medici.**

Relatore:

Prof. Ivo Quaranta

Presentata da:

Alice Pari

Correlatore:

Prof. Luca Jourdan

**Terza Sessione
Anno accademico 2009/2010**

A Serafina

A Stefania

I miei più sinceri ringraziamenti vanno a chi ha reso possibile questo mio lavoro, contribuendo in vario modo alla sua formazione nel corso dei mesi in cui la mia tesi si è strutturata: il personale del Sokos, soprattutto la dottoressa Morena Cipressi per aver accettato con pazienza la mia “intrusione” nel suo ambulatorio di terapia del dolore, aiutandomi nella ricerca con la grande gentilezza che la contraddistingue; il direttore sanitario, la dottoressa Natalia Ciccarello per la disponibilità a svelarmi i retroscena della sanità in rapporto all’immigrazione; Rosanna Sagripanti per l’aiuto e l’amicizia; i molti pazienti che hanno affidato a me, con fiducia, le loro storie di vita e di sofferenza. Un grazie di cuore a Chiara Bodini e Francesca Cacciatore per gli spunti di riflessione teorica e i consigli che mi hanno offerto, molto utili per lo sviluppo della mia ricerca. Un ringraziamento speciale va al professore Ivo Quaranta per avermi accompagnato e guidato con pazienza passo dopo passo nella mia ricerca. Infine infinitamente grazie ai miei genitori, Sauro e Giovanna, per avermi incoraggiata e consigliata, confortandomi nei momenti difficili che hanno segnato questi tristi mesi.

INDICE.

INTRODUZIONE.....	6
CAPITOLO 1. SOKOS COME CAMPO: INDAGARE LA TERAPIA DEL	
DOLORE.....	15
1.1 Volontariato e salute: il caso Sokos.	15
1.2 Individuazione dell'oggetto di ricerca: l'ambulatorio di terapia del	
dolore.	25
1.3 L'identikit del paziente.....	29
1.4 La cura delle donne che curano.	32
1.5 Un caso clinico.....	35
CAPITOLO 2. IL DOLORE.....	42
2.1 Dolore: un'introduzione ad un'esperienza complessa.	42
2.2 Inesprimibilità del dolore: distruzione e ricostruzione del linguaggio.	44
2.3 Dolore ed essere stranieri: una doppia incomunicabilità.....	49
2.4 Resoconto orale del paziente: narrare la malattia come esperienza.....	51
2.5 Il dolore cronico e la dissoluzione del mondo.....	57
CAPITOLO 3. MIGRAZIONE E DOLORE CRONICO.	63
3.1 Migrazione: fatto sociale totale e <i>doppia assenza</i>.	63
3.2 Il migrante e il suo corpo come strumento di lavoro.....	68
3.3 L'irruzione della malattia nel vissuto del migrante.....	72
3.4 Dolore come incorporazione dell'ineguaglianza.	74
3.5 Il dolore è <i>democratico</i>?.....	83
CAPITOLO 4. EFFICACIA SIMBOLICA DELLA TERAPIA DEL DOLORE A	
SOKOS.	85
4.1 Dolore esperienza intima ma anche sociopolitica.	85
4.2 Richiesta di riconoscimento all'interno delle biopolitiche della salute.	88
4.3 L'efficacia simbolica della terapia del dolore.....	98
4.4 Dispositivi di efficacia: farmaci e parole.	102
4.5 <i>Terapia del dolore o cura del dolore?</i>.....	106
CONCLUSIONE.....	113
BIBLIOGRAFIA.....	122

APPENDICI.....	128
-----------------------	------------

Introduzione.

«*Hommes perdus d'autres ports,
qui portez avec vous
la conscience du monde!*»

«*Uomini perduti d'altri porti
che portate con voi
la coscienza del mondo!¹*»

(*Louis Brauquier*)

Breve riflessione sui flussi migratori: integrazione, cittadinanza e servizi.

Il dibattito sull'immigrazione oggi è più che mai attuale, in quanto questo fenomeno (ben lungi dall'essere una novità dell'ultima ora nella storia umana) caratterizza con connotati peculiari l'attuale fase storica di internazionalizzazione sostenuta delle relazioni sociali ad ogni livello, o come si suol dire oggi, con un termine più alla moda, di “globalizzazione” (Benvenuti, 2008, pag. 3).

Questo discorso è dominato da alcuni temi-chiave talmente inflazionati e quotidianamente sbandierati (talvolta a sproposito) dai media che risultano essere familiari alla maggior parte della popolazione: difficilmente si troverà qualcuno che non pensi di avere un'opinione, basata su un'informazione spesso sempre più filtrata e nutrita di pregiudizi, su questi temi di attualità. Questa però risulta essere un'arma a doppio taglio: nulla c'è di più pericoloso di chi ritiene che le proprie opinioni pregiudizievole siano costruite su valide basi teoriche.

L'*integrazione* dei migranti che arrivano sul suolo nazionale, per esempio, è uno di questi temi quotidianamente sulla bocca di tutti: è importante mettere in luce le implicazioni che questa nozione mette in campo. La nozione di integrazione ci fa riflettere su quanto sia estendibile ed includente il concetto di *cittadinanza*².

1 Francesca Mazzucato, *Louis Brauquier - Il Poeta del mondo meticcio di Marsiglia*, Edizioni Kult Virtual Press (<http://www.kultvirtualpress.com>), Modena

2 Il diritto di cittadinanza è definito da T.H. Marshall (1950) come uno status che viene conferito a

Prima difficoltà che ci si presenta: uno degli effetti del pensiero di Stato, per Bourdieu e Sayad, è stato farci pensare in primo luogo gli immigrati come *deplacés* (fuori posto), poiché ai nostri occhi perturbano l'ordine ideale basato sulla coincidenza fra comunità politica e nazione. Così emerge che se da un lato le migrazioni posseggono una natura profondamente politica ed economica, esse presentano una particolare problematicità all'interno dello statuto ontologico dello Stato moderno, mettendone in crisi i principi di fondazione. In questo senso si può parlare di “funzione specchio dell'immigrazione”: pensare l'immigrazione significa pensare lo Stato, nel senso che individuare lo “straniero” vuol dire prendere coscienza dei principi che sottendono alla rigida separazione tra chi è dentro e chi è fuori (Mantovan, 2007, pag. 28).

Kossi Komla-Ebri parla di necessità di “deterritorializzare l'identità” ossia di smettere di etichettare le persone in base alla nazionalità, concependo al contrario gli esseri umani come dotati di “identità plurime”. Solo così si arriverà, secondo lo scrittore togolese, ad una vera e propria integrazione tra italiani ed immigrati: superando quegli stereotipi che quotidianamente mediano il rapporto fra i due. Questi stereotipi, frutto del pensiero di Stato, sempre più difficilmente riescono ad adattarsi alla realtà: quello che Komla-Ebri definisce “l'esercito arcobaleno bardato di sogni, armato di povertà, in questua di dignità” che arriva superando le barriere della *Fortezza Europa*³ rimette in gioco più che mai il significato del termine *cittadinanza*. Le politiche che regolano le immigrazioni oggi giorno sempre di più si orientano nel verso di restringere il conferimento del diritto di cittadinanza, ma l'arrivo incessante di questi uomini e queste donne ribadisce costantemente ipocrisie e deficit degli Stati meta d'immigrazione, e delle logiche di Stato sempre più orientate in una direzione di criminalizzazione della migrazione (in senso securitario) e sempre meno accoglienti.

Queste biopolitiche tese al controllo dei corpi indocili di queste donne e di questi uomini *irregolari* vengono messe in atto nelle stesse politiche di accesso ai servizi

coloro che sono membri a pieno titolo di una comunità. Ha prevalentemente due accezioni: il legame con uno Stato (*nationality* o cittadinanza «formale») e il set di diritti e doveri connessi alla cittadinanza formale, come il diritto di voto, il rispetto delle leggi eccetera (*citizenship* o cittadinanza «sostanziale»). La cittadinanza sostanziale andrebbe poi ulteriormente distinta nelle sue due accezioni di *status* (titolarità di diritti e doveri) e di *pratica, azione* (i modi di impegno quotidiano in pratiche sociali). Secondo Delanty, la cittadinanza si può sintetizzare in «diritti, doveri, partecipazione e identità» (Mantovan, 2007, pag. 13).

3 Con *Fortess Europe* si intende definire, in accezione negativa, tutti quegli accordi fra stati (per esempio i ben noti accordi fra Italia e Libia) e politiche di sicurezza volte ad arginare l'immigrazione clandestina nell'area Shengen.

sanitari.

Facendo un breve *excursus*, il campo dei servizi rivolti agli immigrati è stato lungamente influenzato, da una parte, dallo stereotipo che queste persone fossero presenti solo temporaneamente sul suolo italiano e, dall'altra, dall'idea generata probabilmente dalla buona fede che queste persone presentassero dei bisogni specifici in relazione al loro progetto migratorio e al loro percorso migratorio: questo ha portato alla creazione di servizi *speciali e emergenziali* per stranieri, basati sull'idea diffusa (ed etnocentrica ed in una certa misura paternalista) che lo straniero avesse bisogni speciali non affrontabili nei servizi così detti *universalistici*. Dopo questo primo momento, si è passato a dei servizi definiti *dedicati*: l'idea di questi servizi era che l'immigrato presentasse differenze e specificità che richiedevano risposte di tipo particolaristico. Nei servizi *indifferenziati* invece pian piano si sta facendo largo l'idea di introdurre dei dispositivi pensati per facilitare l'accesso agli immigrati (i così detti servizi *accompagnati*). Oggigiorno siamo nella fase dei *servizi per tutti*, per cui agli stranieri regolarmente soggiornanti si estendono gli stessi diritti di cittadinanza della popolazione locale (Tognetti Bordogna, 2004, pag. 16-17).

A questo punto ci troviamo di fronte però a ben due matasse da dipanare. In primo luogo, un migrante che può avere diritto a determinati servizi può non potere a conti fatti materialmente accedervi per disparate ragioni, una fra tutte, la povertà: l'abbassamento del livello di assistenza a cui assistiamo recentemente colpisce in maggior modo i soggetti più deboli, italiani e migranti. In secondo luogo, chi si prende cura dei migranti irregolari, quei *sans papier* che l'opinione comune vorrebbe fuori dal territorio nazionale, perché corpi che con la loro sola presenza qui si ribellano alla stessa idea di Stato e frontiera? Corpi fastidiosi al sol vederli perché *diversi*, illegali, sempre pericolosi (il pregiudizio della delinquenza li segue ovunque negli sguardi della gente, paradossalmente essi possono essere ritenuti malviventi fino a prova contraria, e non viceversa)?

A questi stranieri, non regolarmente presenti sul territorio italiano, sono comunque assicurate, in strutture pubbliche o private accreditate del S.S.N., le cure mediche: nonostante ciò a prendersi in carico la salute, bene inalienabile, di queste persone sgradite sono sempre quasi esclusivamente strutture di volontariato.

È alla luce di ciò che volontarismo e associazionismo svolgono un ruolo decisivo

nell'arginare queste mancanze organiche degli Stati d'accoglienza, nell'occuparsi del *welfare*, quando invece le politiche delle nazioni sembrano sempre più volte ad emarginare invece che ad includere. L'Italia, terra mediterranea e di frontiera intrinsecamente e storicamente meticcia, finisce per comportarsi come il più nazionalista degli Stati continentali: possibile imputare questo atteggiamento sempre più securitario alla paura di chi oggi giorno si richiama sempre più ad un'identità locale che rischia di essere messa definitivamente in discussione in favore di un'identità fluida e globale?

Presentazione del lavoro.

È proprio all'interno di una di queste suddette associazioni di volontariato che si occupano di adempiere al conseguimento del diritto inalienabile alla salute di ciascun essere umano che ha preso corpo la mia ricerca. L'associazione in questione è Sokos, struttura di volontariato convenzionata con la ASL, nata nel comune di Bologna per assicurare cure mediche gratuite agli immigrati senza permesso di soggiorno, alle persone senza dimora e a chiunque viva in una condizione di esclusione sociale.

Sono stata presente in ambulatorio nel corso dei 10 mesi di ricerca in un primo momento come tirocinante dell'Università di Bologna in affiancamento in segreteria nelle ore di medicina di base, in un secondo momento invece, individuato il mio tema di ricerca, ho iniziato a concentrare le mie presenze il giovedì pomeriggio in corrispondenza della terapia del dolore.

Proprio su ciò si è focalizzata la mia ricerca: l'analisi della terapia del dolore in un ambulatorio che si occupa quasi esclusivamente di migranti senza permesso di soggiorno.

Le mie presenze il giovedì mi hanno permesso, settimana dopo settimana, di acquisire sia la confidenza necessaria con le dinamiche messe in atto nelle ore di terapia del dolore sia al tempo stesso familiarità coi pazienti, realizzando con loro interviste e anche conversazioni informali. Facendo così ho potuto analizzare l'esperienza di malattia e dolore di questi pazienti migranti, le rappresentazioni che essi ne fanno, le cause a cui ne imputano l'origine, ponendo all'attenzione modelli esplicativi alla base del loro malessere (Kleinman, 2006) e i contesti sociali, spesso di marginalità e

sfruttamento, in cui questi dolori vengono in superficie, come incorporazione della disuguaglianza in cui queste persone versano: in queste interviste ai pazienti le narrazioni della propria malattia si intersecano con i racconti della personale esperienza migratoria, della condizione di irregolarità, della subordinazione lavorativa ed economica e delle dinamiche di esclusione sociale.

La selezione dei migranti da intervistare si è svolta soprattutto su consiglio della dottoressa anestesista che pratica la terapia del dolore: lei mi ha indicato i pazienti a cui rivolgermi in base alla loro dimestichezza con la lingua italiana e la loro disponibilità a raccontare la propria storia.

Oltre che con pazienti in cura al momento dell'intervista ho avuto anche l'opportunità di parlare con ex pazienti in merito alla propria esperienza di terapia del dolore e al loro giudizio sull'efficacia riscontrata, risalendo a loro tramite il data base dell'ambulatorio.

Le interviste si sono svolte in un ambiente interno alla struttura di Sokos, ma separato dall'attività ambulatoriale, generalmente a porte chiuse in modo da rendere più confidenziale e intima la conversazione. Quasi sempre è stato accettato di buon grado l'uso del registratore. Le interviste sono state ideate come semistrutturate, utilizzando come linea guida il Mc Gill Illness Narrative Interview (MINI), ma in breve si sono evolute in una forma di “chiacchierata” informale in cui le domande sono state modificate nel corso dello svolgimento in base al singolo caso che mi trovavo di fronte.

Mi sono presentata ai pazienti come studentessa universitaria interessata a fare la propria tesi di laurea sulla terapia del dolore, la maggior parte di loro ha accettato di buon grado. Il presentarmi come parte dell'associazione, e attraverso la mediazione simbolica dell'associazione stessa, ha permesso di instaurare un certo clima di fiducia e confidenza con i pazienti intervistati.

Una seconda tipologia di interviste, quelle effettuate al personale medico (dottoressa della terapia del dolore, personale medico che le invia i pazienti dalla medicina di base), mi ha offerto uno sguardo sul rapporto paziente-medico dal punto di vista di quest'ultimo: è emerso in questo modo l'efficacia simbolica della presa in carico della salute, del rapporto medico e paziente come due corpi socialmente informati.

Tramite il data base, infine, ho ricavato una vasta gamma di dati quantitativi sui pazienti che sono stati presi in cura dalla dottoressa della terapia negli ultimi due anni (cioè da quando la terapia è stata attivata): età, sesso, nazionalità, occupazione in patria,

occupazione attuale, livello di istruzione... questi dati mi son serviti soprattutto per delineare se è possibile (come si vedrà nel primo capitolo) le caratteristiche comuni possedute dagli attori sociali affetti da patologie dolorose.

La chiave di volta: un'antropologia della sofferenza sociale.

Il tema del dolore cronico o di media-lunga durata inscritto nei corpi di uomini e donne migranti mi è subito parso un tema di molteplice interesse per chi, come me, voleva avvicinarsi all'indagine della sofferenza sociale⁴ dal punto di vista antropologico. Un'indagine che verte sul dolore come oggetto di ricerca deve in primo luogo tener presente come esso vada ad intaccare i molteplici piani dell'esperienza umana: la dimensione sociale come quella personale, quella organica come quella emotiva, quella psicologica come quella fisica.

Un'indagine che voglia adottare gli strumenti dell'antropologia medica critica deve indagare le radici della sofferenza nelle devastanti fratture che le forze sociali possono esercitare nell'esperienza umana: così il dolore stesso diventa sintomo, un “commentario che emerge dal corpo e dalla sofferenza”, espressione incorporata di processi sociali ampi legati alle proprie origini, alla transizione nel nuovo Paese e alle politiche che hanno disegnato la loro presenza sul territorio. Il concetto di incorporazione, alla base di questo tipo di approccio, è una concezione dinamica del corpo come processo storico (e dunque sociale e politico) di cui vanno indagati forme locali e dispositivi di costruzione (Quaranta, 2006, pag.18): un'antropologia *dal* e *del* corpo, attenta da una parte a ciò che il corpo fa e produce, e dall'altra a ciò che viene fatto al corpo (ovvero come viene prodotto e costruito storicamente) (Quaranta, 2006, pag.20).

4 «L'antropologia della sofferenza sociale è dunque un'antropologia assai poco caritatevole, tesa a cogliere il ruolo patogeno dell'azione umana, degli ordini sociali, dei significati culturali; che rifiuta un estremo relativismo come risposta ad un cieco e assai problematico universalismo; è un'antropologia tesa a destare la coscienza dei suoi attori verso temi dell'equità sociale e dei diritti umani, in un incessante ripensamento del proprio pensiero, animata da una riflessività che va oltre la soggettività dell'etnografo per calarsi invece nel terreno dell'impegno politico del ricercatore; è un'antropologia che, parafrasando Gayatri C. Spivak rivendica il diritto di essere socialmente responsabile; è un'antropologia volta all'analisi dei processi di produzione sociale del sapere e che sottopone allo stesso processo critico le sue interpretazioni, attenta a quali conseguenze sociali e politiche queste possano avere; è dunque un'antropologia ormai consapevole dei rischi insiti in una visione essenzialista della cultura e che non vuole ridursi a mera analisi delle rappresentazioni culturali, cogliendo il ruolo che esse possano avere nell'occultare la sofferenza che contribuiscono a produrre» (Quaranta, 2007, pag. 6-7)

Fare della sofferenza il proprio oggetto di studi implica però un ulteriore aspetto, non trascurabile: l'impossibilità senza nessuna mediazione di farsi osservatore esterno, l'inevitabilità del coinvolgimento emotivo e politico con il fenomeno che si studia. È impossibile non prendere una parte di fronte alla narrazione delle ingiustizie, della miseria, del dolore umano. Questo non può che avere un esito anche sul piano metodologico. Appaiono infatti lampanti dopo questa riflessione i limiti della definizione di *osservazione partecipante*, messi tra l'altro in luce nelle discussioni più recenti in merito alla metodo antropologico. Osservazione partecipante contiene all'interno della sua stessa definizione un paradosso lampante: la *partecipazione* comporta coinvolgimento emotivo e l'*osservazione* invece distacco, e questo ci coinvolge in un tentativo, da una parte, di simpatizzare con gli altri ma, al tempo stesso, di sforzarci di raggiungere una presunta obiettività scientifica. Ma più uno si cala nella "realtà locale" e acquista un modo di fare e di interpretare la realtà simile a coloro che vuole studiare, più tali comportamenti e la relativa visione del mondo gli sembreranno naturali e quindi difficili da notare (Fabietti, 2001, pag. 33-34). Si è cercato di superare in parte queste problematiche attraverso l'introduzione nel medito etnografico del concetto di *dialogo*:

«[D]ove quindi il campo è concepito come un ambiente comunicativo (e non solo osservativo e/o partecipativo), fanno sì che quella che abbiamo chiamato «intenzionalità» sia da intendersi come un processo che riguarda entrambi i termini del rapporto, o soggetti dialoganti: tanto l'antropologo che l'informatore. Si tratta di una condizione che dovrebbe corrispondere, se non proprio ad un annullamento della distanza tra l'etnografo e il suo interlocutore, per lo meno a una sua riduzione [...] riduzione della distanza non significa cioè «identificarsi con il nativo» allo scopo di «vivere i suoi vissuti» in un rapporto empatico totale. Significa invece adottare una serie di atteggiamenti più o meno volontari e coscienti (quindi rientranti nella sfera dell'intenzionalità) che possono andare dai comportamenti mimetici sul piano gestuale sino alla condivisione di certe forme discorsive.» (Fabietti, 2001, pag. 57)

Il corpo del ricercatore e del suo interlocutore (come d'altronde il corpo del medico e del paziente) sono due corpi storicamente e socialmente informati, corpi portatori e produttori di significati all'interno del loro relazionarsi vicendevole.

La struttura dell'opera.

La stesura del mio lavoro si articola in quattro capitoli. Il *fil rouge* che percorre tutto il mio lavoro è essenzialmente costituito dai tre temi più cari attualmente alla riflessione antropologica contemporanea: l'incorporazione, la violenza strutturale e la sofferenza.

Nel primo dei quattro capitoli che compongono la mia tesi, “Sokos come campo: indagare la terapia del dolore”, ho inquadrato il mio oggetto di studio e ricostruito le tappe attraverso cui sono arrivata a incentrare la mia ricerca, dopo il primo periodo di tirocinio a Sokos, proprio sulla terapia volta ad alleviare e contenere il dolore localizzato cronico o di media-lunga durata. Questo primo capitolo mette in luce le modalità con cui questa terapia viene messa in atto presso l'ambulatorio Sokos e ricostruisce, attraverso le parole degli operatori che ne sono coinvolti e dei pazienti, a chi è rivolta e quali sono le problematiche che accomunano i pazienti che ne usufruiscono, cercando infine di valutare se è possibile individuare un “paziente-tipo”, per provenienza e professione.

Nel secondo capitolo, “Il dolore”, ho abbandonato in un primo momento l'ambito Sokos (e quindi il tema salute e immigrazione) per focalizzare le implicazioni molteplici, antropologiche e filosofiche, che mette in campo l'esperienza complessa del dolore come oggetto di studi: tratterò un percorso che prende il via da quanto viene detto da Elaine Scarry nel suo saggio “la sofferenza del corpo” su inesplicabilità della sofferenza e distruzione del mondo dell'afflitto da dolore, sull'emergere del dolore come esperienza temibile per il senso stesso d'identità in quanto segna un vero e proprio cambiamento ontologico nel soggetto, inducendo una parziale rinuncia a sé e di conseguenza all'atteggiamento che si adotta abitualmente nelle relazioni sociali. Una volta inquadrati gli aspetti universali del dolore, ho cercato di analizzarli alla luce del contesto in cui ho svolto la ricerca, e quindi in rapporto alla condizione di straniero, che già risulta essere una condizione di crisi dell'essere in quanto il migrante è *atopos*, senza luogo, fuori luogo, inclassificabile. Si situa alla frontiera dell'essere e non essere sociali perché non appartenente più alla società di provenienza né a quella d'arrivo. Riprendendo l'approccio narrativo teorizzato da Byron Good ho indagato la dimensione

vissuta della malattia nell'esperienza del migrante.

È nel terzo capitolo, “L'efficacia simbolica della terapia del dolore al Sokos”, che ho trattato le implicazioni molteplici del dolore che irrompe nel vissuto del mio soggetto di ricerca: il paziente migrante che si sottopone alle sedute di terapia del dolore al Sokos, clandestino (ma non solo), spesso lavoratore irregolare. Esso possiede il suo corpo come unico strumento di lavoro: la malattia risulta essere doppiamente un episodio tragico nelle vite di questi pazienti in quanto ne mette a repentaglio la possibilità di lavorare e quindi il progetto migratorio nella sua totalità. Ho posto una particolare attenzione a mettere in luce come la violenza strutturale sia la vera chiave di lettura del rapporto fra irregolarità e dolore cronico, nella misura in cui la condizione di migrante (e il suo impatto su vita e lavoro) influenza e determina l'origine della malattia, del dolore, la sua cronicizzazione e anche la sua stessa percezione.

Il quarto e ultimo capitolo vuole mettere in luce l'ambivalenza del dolore come esperienza: la sua valenza intima ma anche le implicazioni sociopolitiche che comporta. Una volta desunta questa molteplicità dell'esperienza del dolore, ho indagato i dispositivi di efficacia messi in atto nella terapia del dolore (biomedici e simbolici) per poi concludere come essa vada intesa in una più ampia accezione di *cura del dolore*, quindi non unicamente un processo di guarigione, finalizzato all'efficacia terapeutica, bensì un processo di relazione, il cui scopo primario è l'attribuzione di un significato di “umanità” alla persona sofferente. Ciò avviene per le seguenti ragioni: la prima è che essa non si limita alla semplice somministrazione del farmaco, mettendo in atto tutta una serie di “dispositivi” (uno fra tanti l'ascolto) volti a sanare diversi aspetti dell'esperienza del paziente. La seconda è che il dolore se cronico o recidivo, non può essere guarito, ma solo alleviato.

Dopo questo breve *excursus* sul mio progetto di lavoro, entriamo ora nel vivo della ricerca.

CAPITOLO 1. SOKOS COME CAMPO: INDAGARE LA TERAPIA DEL DOLORE.

1.1 Volontariato e salute: il caso Sokos.

Il campo in cui si è svolta la mia ricerca, per un tempo complessivo di 10 mesi, è stato l'ambulatorio medico che fa a capo all'associazione di volontariato "SOKOS per l'assistenza ad emarginati ed immigrati".

Come recita l'articolo 4 dello statuto che regola l'associazione in merito ai principi ispiratori:

«L'Associazione ha per scopo l'esclusivo perseguimento della solidarietà civile, sociale e culturale nel campo dell'assistenza ad emarginati ed immigrati, senza distinzione di razza, sesso, religione, ideologia e ceto sociale e della difesa e garanzia dei diritti dei popoli stranieri e degli individui deboli, ispirandosi ai principi della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo, ai principi della Organizzazione Mondiale della Sanità, alla Costituzione Italiana (artt. 1,2,3,13,25) ed al Codice di Deontologia Medica.»

Nel corso del primo periodo della mia frequentazione sono stata presente in segreteria in quanto tirocinante dell'Università di Bologna, affiancando il personale volontario addetto all'accoglienza dei pazienti.

Il lavoro della segreteria consiste essenzialmente nella registrazione dei pazienti, la gestione delle cartelle cliniche, la prenotazione delle visite specialistiche e il rilascio dei documenti che, una volta firmati da un medico, permetteranno al paziente di ottenere il tesserino S.T.P. all'anagrafe sanitaria. In segreteria vengono insomma svolte tutte quelle funzioni organizzative che non avvengono all'interno dell'ambulatorio medico vero e proprio ma che pregiudicano il buon funzionamento della struttura.

Il tesserino S.T.P. (acronimo di "stranieri temporaneamente presenti") viene rilasciato ai cittadini stranieri non comunitari presenti sul territorio nazionale non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno, compresi i clandestini e tutti coloro che non abbiano richiesto il permesso di soggiorno entro il termine perentorio di otto giorni dall'ingresso regolare in Italia. Secondo il decreto legislativo che lo regola, esibendo il tesserino essi possono accedere alle prestazioni sanitarie al di fuori di Sokos siano esse

cure ambulatoriali o ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio; interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlate, a salvaguardia della salute individuale e collettiva. Attraverso questo tesserino insomma essi possono, ad esempio, svolgere analisi in ospedale previo pagamento del ticket, o comprare medicinali in farmacia alle stesse condizioni di coloro che sono regolarmente iscritti al Servizio Sanitario Nazionale.

Per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona, mentre per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti). Le cure continuative invece sono quelle tese ad assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso.

All'interno di Sokos l'esibizione del tesserino avviene unicamente per risalire facilmente al numero di cartella del paziente, che è consuetudine appuntare a fronte, ma non pregiudica le cure stesse.

Secondo i decreti che regolano le erogazioni delle prestazioni ai pazienti temporaneamente presenti non iscritti al S.S.N., poiché essi non hanno il medico di base, le ASL dovranno attivarsi per garantire loro il primo accesso.

La legislazione lascia una certa scelta di ambulatori di prima accoglienza che possono essere preposti a tal fine: fra essi l'attivazione di un ambulatorio di medicina generale presso i poliambulatori distrettuali ed ospedalieri gestiti da personale dipendente; l'utilizzo di alcune ore "riservate" della medicina interna, ad accesso diretto (senza impegnativa e appuntamento) presso i poliambulatori distrettuali ed ospedalieri; ambulatori per la profilassi delle malattie infettive, nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione; infine le strutture di volontariato, che abbiano maturato esperienze nell'ambito dell'immigrazione, con le quali le ASL abbiano definito dei protocolli d'intesa: questo è il caso di Sokos.

Appare lampante come il volontariato spesso risulti essere la "prima scelta", se non l'unica, e vada a colmare dei vuoti esistenti nonostante la legislazione vigente, e questo per diverse ragioni, tra cui spicca il mero calcolo economico: una struttura che si tiene in piedi solo attraverso il servizio volontario, nonostante la convenzione con la ASL per

i fondi necessari, sarà sempre infinitamente meno costosa per il S.S.N. rispetto alle alternative sopra citate, come emerge nelle seguenti battute fra me e il direttore sanitario della struttura:

A.: Comunque a me sembra anche di aver capito che è come se l'azienda sanitaria delegasse a una struttura comunque di volontariato una cosa che di fatto sarebbe un compito suo...

Na.: Suo, è suo, sarebbe suo, se no non ci sarebbe la convenzione...anche se si lamentano che dicono che diecimila euro l'anno sono troppi hai capito...per gestire tutto sto ambaradan qua no...ma dovrebbero essere loro a seguire questi, e quanto pensi che gli costerebbe gestire tutte queste persone...

A.: [...] molto più...

Na.: Embè ma scherzi? Quanto devi pagare tu i medici [...] li dovrebbe gestire distribuendoli ai medici di base e ogni paziente ti costa al mese un tot ok? Quindi quanto gli verrebbe a costare? E tutte le visite specialistiche che facciamo qua dentro? Quanto verrebbero a costare? All'Usl...chiaro che gli conviene farli gestire dal volontariato, anche se non è giusto non sarebbe un compito suo, perché il cittadino, sia bianco, nero o giallo quello che ti pare, davanti la salute dev'essere uguale, cioè tu lo devi trattare nella stessa maniera dell'italiano per quanto riguarda la salute. (Intervista a dott. Na. in appendice)

In merito a ciò Geraci, in un articolo in cui analizza l'importanza di quello che è stato definito “quarto settore” (mosso da gratuità, spontaneità e condivisione) nell'ambito dell'offerta di servizi atti al superamento delle aree critiche, ci contestualizza questo ruolo *storicamente*:

«Nell'ambito della promozione della salute degli immigrati, il volontariato sanitario ha espresso in Italia un ruolo particolarmente significativo. Possiamo dire che da metà degli anni settanta fino all'emersione piena del diritto con la Legge 40 del 1998, l'attenzione alla salute degli immigrati in termini di assistenza, di politica sanitaria, di ricerca scientifica e di sperimentazione di modelli relazionali è stata scandita da intuizioni, impegno e proposte nate prevalentemente dal mondo variegato del volontariato. Non deve sorprendere quindi che oggi, nel momento in cui è emerso in forma ordinaria il diritto all'assistenza sanitaria per i cittadini immigrati, uno dei partner individuato come strategico per il lavoro di rete e per assicurare efficacia ed efficienza ad alcuni interventi di promozione della salute è

certamente il volontariato.» (Geraci, 2001, pag. 59)⁵

Prosegue Geraci sottolineando che l'inclusione delle persone immigrate che non avevano accesso alla sanità italiana è stata assicurata da strutture di volontariato che in tutta Italia, attraverso varie modalità, hanno provveduto alla creazione di ambulatori assimilabili a quelli di primo livello del S.S.N.: il volontariato sanitario per immigrati clandestini, colmando un vuoto istituzionale ha fatto emergere un diritto, che va dalla risposta pronta e concreta ad un bisogno (fin dagli anni ottanta), all'analisi del bisogno stesso e dei meccanismi che lo producono, macro e micro, da un'attenta azione di promozione della persona, lavorando in rete, coinvolgendo vari protagonisti ed infine traducendo il bisogno in 'vertenza' politica non solo con la denuncia (fine anni ottanta, inizio novanta) ma anche con proposte politicamente percorribili ed accettabili, che hanno portato la sanità pubblica, in realtà solo in tempi estremamente recenti, a darsi un'organizzazione dal punto di vista normativo e programmatico che permettesse l'accesso alle strutture sanitarie da parte degli immigrati anche alla luce del fatto che il loro arrivo in Italia è ormai consolidato da tempo e possiede connotazioni di strutturalità, il che comporta che la loro cura debba essere considerata una questione emergenziale. Per anni essi ne sono stati di fatto esclusi o per legge (i clandestini) o per problemi burocratico-amministrativi (regolari che non si riuscivano ad iscriversi al S.S.N.) (Geraci, 2001, pag. 59-60).

Alla luce di ciò è evidente la tendenza già annunciata che fa del volontariato una risorsa "ordinaria" forse snaturandolo dei suoi principi originali, delegandogli responsabilità che sono prima di tutto dello Stato: quello di tutelare diritti inalienabili di ciascun uomo. Diritti che però, come appare nel seguente estratto dell'intervista alla direttrice sanitaria del Sokos, appaiono spesso difficili da reclamare:

Na.: [...]facendo parte della costituzione che la salute è un diritto di tutti, queste persone qua non dovrebbero essere assistite da noi ma dovrebbero essere i medici di base che se li dividono, o che comunque dovrebbe prenderseli in carico l'Usl, che dovrebbe organizzare qualcosa. Però, c'è un però, io andai ad una riunione di medici a spiegare questa questione e loro dissero che se li prenderebbero anche (perché loro sono molto buoni) però vogliono che ogni paziente sia pagato dall'Usl e allora dato che l'Usl invece dice "no io i soldi per

5 «Il supporto del volontariato» in *Salute e Territorio* num. 126 anno 2001.

queste persone non te li posso dare” allora nessun medico si prende... sai che per ogni italiano il medico di base prende una cifra tot no? Eh c’è il giuramento... però non vale un c**** per certe persone. (Intervista a dott. Na. in appendice)

Inoltre questo mi porta ad una seconda riflessione: la delega da parte del S.S.N. al già citato “quarto settore” della salute di una fetta della popolazione risiedente sul suolo italiano (e che sebbene irregolarmente - col così detto lavoro in nero - partecipa all'economia nazionale) porta di fatto a relegare coloro che ne usufruiscono in una condizione di relativa invisibilità. Un comportamento di questo tipo fa trasparire un non troppo celato atteggiamento che confina queste persone in una condizione di “cittadini di serie B”, decretandone già a priori l'isolamento.

Questo isolamento, nel caso del Sokos, volutamente o no, è implicito anche nello spazio in cui è collocato: l'associazione, che ha sede in via Beroaldo nel quartiere san Donato, grazie alla suddetta convenzione, ha in comodato d'uso un ambulatorio di proprietà della ASL di Bologna, annesso ad una struttura che include anche un poliambulatorio e una guardia medica. Se l'ingresso del poliambulatorio è posizionato sulla via principale, quello del Sokos e della guardia medica si trova sul retro dell'edificio su un cortile, sottratto allo sguardo della maggior parte dei passanti, L'ingresso di Sokos è sul retro, sottratto alla vista, rispetto a quello del poliambulatorio che è di fronte sulla strada: non voglio supporre della malafede da parte di coloro che hanno dato in gestione l'ambulatorio all'associazione, ma al contempo credo che la differenziazione dei servizi non possa che comportare quella che Sayad definisce “segregazione e autosegregazione”: i migranti prendono spontaneamente posto in un preciso spazio che la società d'arrivo crea perché ne ha bisogno o perché scopre di poterne trarre vantaggio, spesso separato dallo spazio degli altri cittadini. Inoltre esso pur di non essere vittima del razzismo che sente spesso, se non sempre, mediare il suo rapporto con gli altri si autoesclude piuttosto che correre il rischio della segregazione (Sayad, 2002, pag.71).

Secondo Palidda:

«l'interiorizzazione della logica e dei comportamenti razzisti da parte dei migranti è sempre stata, ed è ancora oggi, la prima fonte della gerarchizzazione delle migrazioni, che relega sempre gli ultimi arrivati al rango più basso.» (Palidda, 2008, pag. 9)

In poche parole, traendo le somme, l'esito di questa differenziazione dei servizi consiste che relegare la presenza di una parte della popolazione presente sul territorio ai "margini" della società, occultarla.

Un ulteriore spunto di riflessione su questo processo di rimozione istituzionalizzata ci viene dato da Cohen nella sua opera *Stati di negazione*: parla di *diniego* come reazione comune a bloccare, escludere o rimuovere l'informazione della sofferenza altrui e di *ricoscimento* come l'azione contraria, ovvero ciò che dovrebbe accadere naturalmente quando la gente è attivamente sollecitata dall'informazione (pensare, provare sentimenti, agire).

Il diniego collettivo è tipico dei paesi razzisti: i gruppi dominanti sembrano misteriosamente capaci di escludere o ignorare l'ingiustizia e la sofferenza che li circonda. Nelle società democratiche la gente non esclude i risultati per coercizione ma per abitudine culturale chiude gli occhi davanti ai segni visibili dei derelitti senz'altro, delle privazioni, della miseria (Cohen, 2001, pag. 27-28). Oltre questa forma di diniego istituzionale o ufficiale (per esempio quei dinieghi che sono creati, strutturati e sostenuti dalle risorse dello stato moderno, per esempio quando i governi debbono rispondere ad accuse di atrocità), ne esiste anche una forma personale, causato da una sorta di "sovraccarico di informazioni": il fatto che le atrocità e le ingiustizie sono presenti quotidianamente sui media l'essere umano reagisce mettendo in atto "filtri" altamente selettivi. Del bollettino quotidiano della sofferenza sociale non c'è altra scelta che negare le sue implicazioni, ogni argomento non può comportare la stessa travolgente sollecitazione. Secondo la tesi della "stanchezza da compassione", il potenziale di risposta si affievolisce gradualmente il filtro diventa man mano più selettivo (Cohen, 2001, pag.37).

Insomma, ritornando dopo questo breve excursus sulle forme di diniego all'argomento principale che stiamo esponendo, mi pare lampante che delegare la cura dei migranti irregolari ad un'associazione di volontariato, oltre che influenzare la percezione del sé dell'immigrato stesso, corrisponda a rimuovere dalla società un problema, occultandolo, e dimostrando l'incapacità da parte delle istituzioni di gestire un fenomeno in qualche modo emergenziale e, come acutamente evidenzia Geraci, la peculiare capacità delle sole associazioni in questione di leggerne i contenuti,

denunciare le ingiustizie e proporre dei percorsi di reale integrazione, nel nostro caso di tipo sanitario.

Le conseguenze di questa delega quasi totale della salute dei migranti a strutture di volontariato, che si concretizza come visto nelle pagine precedenti nel loro isolamento, rimozione, o (come direbbe Cohen) nel diniego del loro dolore, non sono però tutte negative: al Sokos i pazienti, in quanto individui che vivono in condizioni di marginalità e di violenza strutturale, vengono in realtà trattati in maniera privilegiata, come mi conferma la direttrice sanitaria

Na: [...] li trattiamo meglio che noi italiani siamo trattati dai nostri colleghi è un dato di fatto, li trattiamo bene, che mi sembra anche giusto, almeno che abbiano quello e gratis anche perché non sono in grado poveretti di spendere dei soldi per cui io penso che per la salute se puoi fare qualcosa questo e di più . (Intervista a dott. Na. in appendice)

Appare lampante quanto la cura di questi ben precisi attori sociali, non possa prescindere da una ben precisa denuncia sociale.

Secondo Boltanski la politica della pietà presuppone due classi di individui, diseguali, non sotto l'aspetto del merito ma unicamente sotto quello della *felicità* (Boltanski 2000, pag. 6). Rifacendosi alla tradizione critica marxista individua una *topica della denuncia sociale*, nella quale l'*indignazione illuminata* costituisce l'operazione critica per eccellenza. Essa mantiene la separazione fra lo spazio della destra e quello della sinistra. L'indignazione illuminata dotata di armi della critica decostruisce l'indignazione unanime: il più lampante e grandioso caso storico in tal senso è la difesa della classe operaia (Boltanski, 2000, pag. 98).

Questa “indignazione illuminata dotata delle armi della critica” di cui parla Boltanski è quella di cui, in fondo, deve cercare di dotarsi chiunque si approcci all'analisi del problema delle disuguaglianze e delle varie forme che acquisisce la violenza strutturale.

Assodato quindi che esiste una legislazione che assicura a tutti gli individui presenti sul suolo italiano il diritto di accedere a prestazioni mediche, siano esse urgenti essenziali o preventive, dove può recarsi un migrante senza permesso di soggiorno che abbia bisogno di cure e che non soggiorni in una di quelle città in cui sia presente un'associazione di volontariato finalizzata alla presa in carico della loro cura? Il problema sorge nel momento in cui, pur esistendo a livello nazionale una legge che

tuteli la salute di coloro che sono presenti irregolarmente sul suolo italiano, al contempo l'accesso all'utenza nella realtà dei fatti è osteggiato perché esiste una carenza normativa a livello regionale. Ecco le reali alternative fra cui il migrante irregolare può scegliere in questo caso, per accedere alle cure e ottenere il tesserino S.T.P., dalle parole della direttrice sanitaria:

Na.: Lì si devono affidare a qualche medico che comunque non abbia del pelo sullo stomaco per cui non so... che questo extracomunitario conosca un italiano, che l'italiano dica "vieni dal mio medico", che quel medico non sia troppo burocrate o quant'altro o che comunque lo possa assistere [...] o va presso queste associazioni, non prettamente come la nostra, però delle associazioni comunque che possano venire incontro a questi immigrati prendendosi in cura o indirizzandoli da qualche parte perché io penso che qualche medico insomma con la mano sulla coscienza ci sia, se no... non so come possono essere gestiti, non ho la più pallida idea... o vanno in una città, perché noi vediamo che ci sono anche alcune persone che non abitano proprio a Bologna e che vengono qua, però è tutto un passa parola come dici tu, ed altri sperano di star bene oppure che cosa succede: che poi possono intasare i pronto soccorsi, perché ovviamente se uno sta male che proprio sta male va al pronto soccorso. (Intervista a dott. Na. in appendice)

Geraci in un saggio sull'esperienza della Caritas Diocesana di Roma nell'ambito dell'assistenza socio sanitaria agli immigrati cerca la risposta ad una domanda cara all'ambito degli studi su salute e migrazione in Italia: possono esistere specifiche incidenze di malattie a seconda dell'area di provenienza?

Da un approfondito esame emerge che l'unica specificità è legata al tipo di percorso migratorio che indica più o meno fedelmente una serie di disagi psichici e materiali a cui l'individuo si sottopone: insomma, il migrante si trova in una condizione di strutturale fragilità in quanto il suo percorso migratorio spesso può essere

«marker di "deterioramento di un fisico sano in partenza" forse più del fatto di appartenere a certi paesi dove sono endemici alcuni quadri patologici.» (Geraci, 1995, pag 101)

Chi arriva in Italia è una parte selezionata della popolazione (i più giovani, sani, forti che possono permettersi viaggi lunghi e pericolosi) e se la provenienza da zone ad alto rischio per certe malattie (parassitosi, tbc, malaria...) li ha esposti a queste, la permanenza nella nostra città in condizioni esistenziali difficili fa sì che ad una ipotizzata patologia tropicale (per altro non particolarmente rappresentata) si

sovrapponga e si sostituisca, col passare del tempo trascorso in Italia, una reale patologia da stress psicofisico con aumentata predisposizione ad infiammazioni (delle alte e basse vie aeree, dell'apparato digerente...) ad infezioni nostrane (malattie respiratorie e veneree...), alle recidive anche di malattie banali e con la comparsa di sindromi psicosomatiche. L'abbandono della Sanità ufficiale ha fatto sì che per queste persone l'evento più banale come una patologia infiammatoria è una situazione preoccupante, talvolta con grave pericolo per la vita stessa. Negli assistiti, costantemente, in varie rilevazioni effettuate in tempi diversi, prevalgono le patologie da depauperamento del proprio patrimonio di salute, dovute alle difficili condizioni sociali in cui sono spesso costretti a vivere; le malattie più frequenti sono quelle dell'apparato respiratorio con prevalenti sindromi influenzali, bronchiti ed allergie respiratorie; quelle dell'apparato digerente, di tipo dermatologico ed ortopediche, non solo di natura traumatica.

Come sottolinea la direttrice sanitaria, spesso patologie di scarsa gravità si acutizzano e talvolta cronicizzano perché per varie ragioni che cerchiamo di individuare nelle righe seguenti, i pazienti si presentano in ambulatorio quando le loro condizioni sono già gravi, e i sintomi sono presenti da tempo e non scompaiono:

Na.: [...] perché il discorso è questo: mentre noi italiani siamo abituati (io questo ne ho avuto la prova) a ogni piè sospinto ad andare dal medico. C'hai la tosse vai dal medico, c'hai il raffreddore, non sopporti di avere il raffreddore più di un giorno vai dal medico, ok? [...] l'extracomunitario quando arriva dal medico, quando viene da noi, ha delle patologie che a volte dici come a fatto ad arrivare fin qua, perché trovi le persone che hanno una pressione, che hanno una minima di 130 e una massima di 220 e sono lì, dici: "scusi signora lei sapeva di essere ipertesa?" Però vanno avanti così... quindi persone a rischio. Dei cardiopatici che, non so, non hanno più le medicine, non le prendono quando invece per loro la medicina diventa vitale e capito? Persone che gli vai a fare degli esami gli dici: ma scusi lei sapeva di avere questo o quello...hai capito?

A.: Ma dici che questa è mancanza di tempo... mancanza di fiducia o non conoscere proprio dove andare...

Na.: No è che purtroppo, sai, nei loro paesi la medicina è tutta a pagamento, quindi è chiaro che se un immigrato decide di venire in Italia o in un altro paese, viene perché...perché le sue condizioni economiche sono disastrose e quindi viene perché pensa di trovare un lavoro

e quindi di aiutare la famiglia che lascia nel proprio paese, solitamente è sano però è sano per quello che può saperne lui, perché noi abbiamo riscontrato che ci sono moltissimi con l'epatite e non sapevano di averla perché non hanno mai fatto un esame, va beh che adesso anche fra gli italiani c'è l'epatite però hai capito? Non sapevano di averla perché nel loro paese fare un semplicissimo esame del sangue costa e se non hai i soldi non lo fai, per cui è chiaro che quando vengono qua stanno male, ma stanno veramente male. Vengono perché non so, o hanno una febbre che comunque non recede con le medicine o hanno una tosse che...oppure hanno dei sintomi abbastanza gravi, vengono dal medico che sapevano già di avere una malattia. Inizialmente ci può essere la paura, per cui passa un po' di tempo prima di andare dal medico, poi giustamente col passaparola un po' con la fiducia ecc... vengono in ambulatorio e da lì dopo ecco... nel momento stesso in cui vengono in ambulatorio dopo diventano abbastanza eh... come posso dire, "clienti"? Ecco vengono continuativamente, ti portano gli esami e si fanno curare perché acquisiscono una certa fiducia...però a volte t'arrivano con delle patologie estremamente importanti, ma perché non hanno come noi la cultura un po' di curarci, di volerci bene forse perché c'è il benessere, cioè si fa per dire, loro non hanno questa cultura perché hanno vissuto in maniera un po' diversa, noi avendo avuto una sanità, diciamo sempre gratuita è chiaro che ci preoccupiamo di meno... dal medico ci possiamo andare (Intervista a dott. Na. in appendice)

Come ci dice la dottoressa, esistono casi di malattie "importate" dal paese di provenienza (per esempio di TBC) ma al contempo esse sono malattie che si manifestano e acutizzano in condizioni di vita disagiata. Il "marker di deterioramento fisico" di cui parlava Geraci nella citazione riportata poco fa, può esser individuato quindi non tanto nella migrazione in senso ampio ma nell'*immigrazione* vera e propria: nello stato di marginalità, povertà e sfruttamento in cui questi pazienti spesso versano. Sempre Geraci sottolinea quanto le malattie infettive di importazione siano una piccola parte e certamente non rappresentino un rischio per la popolazione ospite:

«Se volessimo, sinteticamente, dai dati in nostro possesso, ricavare un profilo sanitario dell'immigrato potremo sintetizzarlo così: sostanzialmente sano per una sorta di selezione di chi decide di partire (i più giovani, sani, forti, con maggiore iniziativa- *effetto migrante sano*). Il suo patrimonio di salute viene dissipato più velocemente nei luoghi dove vive in condizioni di estrema precarietà. È così esposto a malattie del degrado (socio-abitativo, alimentare, occupazionale...) e della povertà. Le malattie da importazione sono presenti solo marginalmente nella nostra casistica.» (Geraci, 1995, pag. 106-107)

Quello che Geraci definisce effetto migrante sano (la selezione positiva di cui abbiamo accennato) non vale nel caso dei rifugiati politici, cioè coloro per i quali l'immigrazione non è una scelta ma è una vera e propria fuga dalla guerra, dalla prigione, dalle torture. Ma nella nostra casistica (come in quella di Geraci d'altronde) i rifugiati sono pochissimi.

1.2 Individuazione dell'oggetto di ricerca: l'ambulatorio di terapia del dolore.

Dopo qualche tempo dall'inizio del mio affiancamento in segreteria ho iniziato a ragionare su di quale argomento di ricerca concentrarmi: da subito mi è parsa l'idea migliore quella di individuare la visita specialistica che mi desse maggiori spunti di riflessione.

Il Sokos offre un certo numero di prestazioni di medicina specialistica la maggior parte delle quali su appuntamento, generalmente prescritte dai medici dell'ambulatorio di medicina di base.

L'ambulatorio di terapia del dolore rientra fra le prestazioni di medicina specialistica: è stato attivato a dicembre del 2008 su proposta della dottoressa C., anestesista in pensione dell'ospedale sant'Orsola di Bologna.

Dal punto di vista giuridico e bioetico il trattamento del dolore è inteso come una doverosa terapia sanitaria (chiamata anche algologia) diretta alla soppressione o al controllo del dolore. La terapia è finalizzata alla tutela della dignità dell'autonomia della vita della persona affetta dalla patologia dolorosa. Di recente (15 marzo 2010) il Parlamento italiano ha licenziato una legge in cui si afferma il diritto alla cura del dolore per ogni individuo indipendentemente dalla malattia e dall'età.

Le metodiche terapeutiche per la cura del dolore sono molteplici: vanno dalla prescrizione di farmaci analgesici, alla magnetoterapia, alla laser terapia ecc... il metodo messo in atto al Sokos. è quello della Mesoterapia antalgica e consiste nell'effettuare delle iniezioni intradermiche multiple nel distretto cutaneo corrispondente alla zona o all'organo interessato, introducendo minime quantità di farmaco. Si utilizzano farmaci della Farmacopea Ufficiale opportunamente diluiti nonché preparati omotossicologici. La Mesoterapia è, quindi, una diversa modalità di introdurre un farmaco nell'organismo che presenta numerosi vantaggi, in alcune situazioni, rispetto alla somministrazione del

farmaco per via intramuscolare o per via sottocutanea, anche se non esclude, ove sia necessario, l'associazione con un trattamento farmacologico per via generale. Soventemente infatti per le fasi dolorose più acute la dottoressa associa alle iniezioni dei farmaci per via orale. Attraverso la tecnica della mesoterapia antalgica il farmaco iniettato rimane nel derma senza passare all'ipoderma: il farmaco iniettato nel derma persiste a lungo nel punto di inoculazione, diffondendo lentamente ai tessuti limitrofi. Questo fa della mesoterapia una terapia estremamente efficace per un gran numero di patologie dolorose a livello locale, come quelle di natura muscolare, scheletrica, reumatica, artrosica, traumatica, nevralgica.

Secondo quello che mi è stato detto l'invio alla terapia del dolore viene fatto dai medici di medicina di base come *ultima ratio*: bisogna assicurarsi che la sintomatologia dolorosa non sottintenda patologie di altra natura, come emerge nei seguenti frammenti di interviste a medici che hanno prescritto la terapia in questione a loro pazienti:

A.: Sarei interessata a sapere, come già le dicevo, come vengono fatti gli invii dei pazienti alla terapia del dolore. Come viene presa la decisione ecc..

G.: Guarda secondo me per inviare alla terapia del dolore bisogna fare così. La terapia del dolore è una terapia sintomatica, quindi devi prima di tutto assicurarti che non sottintenda una patologia che invece merita di essere indagata e anche sradicata, che ci sia sotto qualche cosa. Parlo per esempio di una cosa comune: il male alle schiena, che ci sia sotto un'ernia, che toglie le forze alla gamba oppure sia una forma espansiva, tumorale. Insomma ci sono degli accertamenti da fare, la visita fisiatrica, per quel che mi compete, ma anche di medicina generale, o neurologica, serve ad escludere che ci siano delle cause tali da dover essere rimosse, curate diversamente o per lo minimo indagate per accertare che non ci siano cause da rimuovere. Quando questo non è, quindi si vede il persistere dello stato doloroso ma si vede che è dovuto ad una contrattura muscolare per esempio, o alla cronica sofferenza di un nervo magari riacutizzata, allora non c'è niente di meglio di quello che può fare la dott. C. (Intervista a dott. G. in appendice)

E ancora

Na.: [...] coloro che hanno dei forti dolori a livello osteoarticolare o quant'altro e comunque, questi dolori, dopo una terapia antinfiammatoria, o per via iniettiva o per bocca o a livello locale questo dolore non recede è chiaro che arrivi a una terapia più specifica, più localizzata ecco, e un pochino più duratura nel tempo. Cioè non è che uno che mi

rimane che ha un dolore articolare che comunque se ne va con un antinfiammatorio lo mando a fare la terapia del dolore, glielo mando solamente se, nonostante questo, non recede il dolore, allora vuol dire che c'è già una certa cronicità per cui devi provvedere così... (Intervista a dott. Na. in appendice)

Nel momento in cui viene escluso il pericolo di una patologia che metta in rischio la vita del paziente questo viene inviato alla terapia del dolore che consiste in un ciclo di sedute (generalmente dalle 6 alle 10), una a settimana (il giovedì pomeriggio), e nel corso di ognuna il medico pratica al paziente un'iniezione. Quello dell'invio dalla medicina di base è solo uno dei canali di accesso alla terapia del dolore.

Nel corso della mia ricerca ho potuto constatare che una buona percentuale dei pazienti arriva alla terapia del dolore tramite “*passaparola*” fra amici, parenti, conoscenti: in questo caso è attraverso la solidarietà del gruppo sociale che il paziente arriva per la prima volta dalla dottoressa C., che dopo una visita e un'attenta analisi del caso, consiglierà o meno il ciclo di mesoterapia.

Un altro caso in cui i pazienti non sono soliti passare attraverso la medicina di base per accedere alla terapia del dolore è quello della recidiva (la comunemente detta “ricaduta”) o comunque di tutti quegli ex pazienti che al presentarsi di una sintomatologia dolorosa (anche di diversa natura rispetto a quella che li aveva portati la prima volta a sottoporsi ad un ciclo di terapia del dolore) si recano direttamente il giovedì pomeriggio nelle ore di terapia della dottoressa C.

È proprio fra i pazienti che non accedono alla terapia tramite invio dalla medicina di base, bensì attraverso il passaparola o in quanto ex pazienti, che scorgiamo una casistica interessante: molti di questi ho potuto constatare essere regolari. Le ragioni di ciò (che comunque approfondiremo nel corso di questa ricerca) in breve si possono ricondurre a due principali fattori: la fiducia nella struttura, la gratuità del servizio.

D'altronde, come mi spiega la dottoressa C.:

C.: non c'è nulla da fare purtroppo hanno chiuso tutto dieci anni fa.

A.: Hanno chiuso tutti gli ambulatori dove fare terapia del dolore a Bologna?

C.: In tutta Italia non c'è più. Prima la terapia del dolore intesa come trattamento antalgico, laserterapia, magnetoterapia, elettroforesi, tutti i trattamenti avevano un ticket e noi

abbiamo lavorato per quindici anni nel mio ambulatorio al Rizzoli facendo pagare il ticket della meso, di questo... avevamo tutti gli strumenti diversi e di punto in bianco han detto “non è più remunerativo” non so perché, per me lo era e molto. Di punto in bianco non è più mutuabile.

A.: E bisogna pagare la terapia...

C.: Bisogna pagare, ma non viene più nessuno. Nessuno ha più i soldi, cosa fa uno che prende una pensione viene a spendere trecento euro nel laser, 180 se gli va bene... no no, niente. Queste povere persone, mi è dispiaciuto, è una cosa che mi è rimasta sempre molto... l'unica amarezza del mio passato medico è proprio questa. Di aver visto cadere questa possibilità che era molto molto ampia. Venivano tanti pazienti, tantissimi sai... non riuscire più a seguirli, vederli, lasciarli. (Intervista a dott. C. in appendice)

In queste righe la dottoressa mi spiega brevemente, con non celato rammarico, come l'abbassamento dei livelli di assistenza da parte del S.S.N. abbia portato alla chiusura di un gran numero di ambulatori che praticavano terapia del dolore: non essendo più una prestazione elargita attraverso il pagamento del solo ticket (come era in precedenza) ma andando pagata *in toto* è diventato un servizio per pochi privilegiati. Per questa ragione ho potuto constatare l'accesso a questa terapia, elargita gratuitamente dalla dottoressa, anche da parte di pazienti italiani venuti a conoscenza di questa possibilità generalmente attraverso canali personali.

Come mi spiega la dottoressa G., che presso Sokos svolge il ruolo di medico di base ma anche di fisiatra, un'altra terapia volta al contenimento di un certo tipo di problematiche dolorose, è la terapia fisica o ginnastica medica, volta appunto a correggere tutta una serie di problemi posturali che possono essere all'origine di dolori di varia natura. Ma questo tipo di terapia è incorsa nello stesso destino della terapia del dolore: ci si può sottoporre solo privatamente.

G.: [...] perché io ero abituata a curare questo con la terapia fisica e magari anche con la rieducazione. Ma queste sono pratiche enormemente costose, questo anche per gli italiani perché ormai sono uscite dalla convenzione sanitaria nazionale. Queste sono uscite perché, quello che io penso è che siano usciti per interessi privati in atti di ufficio, cioè gli stessi che hanno eliminato dalle prestazioni che devono essere erogate, queste prestazioni poi le fanno fare privatamente in un posto o nell'altro. Insomma c'è stato un interesse privato. Comunque sia non ci sono più. E se uno deve andare a pagare una seduta di rieducazione

50 euro, 60 euro non lo fa più nessuno. O lo possono fare in pochi, sempre quelli. O le cure fisiche, il tanto millantato laser che se fossero a disposizione permetterebbero di rimediare almeno in parte a questi disturbi. Ma sono cure costose e le attese sono lunghissime. Questo perché? Perché i centri convenzionati non hanno alcun controllo. Quindi tu vieni da me e ti posso dire: c'è da aspettare 40 giorni, a meno che lei non voglia privatamente farlo alla porta qui accanto domani l'altro. Poi nessuno controlla la qualità di quei servizi che vengono erogati, quindi noi dicevamo, per modo di dire, che li facevano con la spina della macchina staccata oppure in 5 minuti. L'unico... c'erano pochissimi posti in cui veniva erogata una buona terapia fisica fra cui, almeno un tempo, uno era l'ospedale Malpighi. Almeno secondo me. In ogni modo, detto questo, queste cose non sono più a disposizione, neanche per quel poco che potevano dare sollievo quindi una pratica come quella fatta dalla dott. C., fatta sicuramente da mani esperte, sicurissima, può dare beneficio a poco costo. (Intervista a dott. G. in appendice)

È evidente il paradosso di fronte cui ci troviamo: sebbene la legge 38 del 2010 abbia finalmente sancito il “diritto a non soffrire”, questo diritto (sia per i cittadini italiani, sia per i cittadini stranieri, siano essi irregolari o no), è difficile da praticare a causa di un taglio nel mondo dei servizi che ha provocato un abbassamento del livello di assistenza.

1.3 L'identikit del paziente.

I pazienti che si sono sottoposti negli ultimi due anni alla terapia del dolore a Sokos sono circa un'ottantina. Si rivolgono a Sokos per dolori di varia natura: neurologica, viscerale, muscolo-scheletrica...

A.: Che problemi hanno generalmente i pazienti che vengono qui?

C.: In genere sono praticamente tutti problemi da rachide. Molti moltissimi. Rachide e spalle da stress muscolare soprattutto dovuto a sforzo. È lo sforzo la causa principale. Ma lo sforzo su una situazione già piuttosto problematica cioè sono malati spesso di una certa età o donne che han fatto lavori di fatica per cui si trovano una rachide cervicale, lombosacrale di un'età superiore alla loro, quindi con situazioni di discopatia che possono essere più o meno gravi a seconda diciamo della situazione congenita. Alcuni possono avere delle debolezze legamentose congenite che poi possono dare adito a delle ernie discali. (Intervista a dott. C. in appendice)

Le cause il più delle volte sono riconducibili alla storia personale e clinica di ciascun paziente, ma possiamo notare una preponderanza di dolori rachidei variamente localizzati in persone che sono impiegate in determinate mansioni lavorative: i lavori così detti “di fatica”. La stragrande maggioranza dei pazienti a cui viene prescritto il ciclo di terapia del dolore sono uomini e donne impiegati in lavori umili, ma essenziali: si tratta di muratori, operai, collaboratrici domestiche, donne delle pulizie e badanti.

N.: [...] è chiaro che i lavori, diciamo, che portano più a fare una terapia del dolore sono quelli maschili perché sono, non so, quello di muratore, quello di facchinaggio ecc. per cui ti portano a dei problemi estremamente importanti considerando delle persone che non erano certo abituate a fare questi lavori e le badanti che non avevano nessuna preparazione nel dover gestire un anziano, quindi un peso morto preso su in maniera sbagliata è lavoro abbastanza cruento ecco, quindi questo senz'altro, quindi sono diciamo un po' le categorie, gli uomini in quanto fanno lavori più pesanti e le donne perché non hanno un certo tipo di preparazione nel svolgere il loro lavoro di badanti. (Intervista a dott. N. in appendice)

I migranti in generale, a maggior ragione se irregolari, vengono impiegati nei settori di lavoro non qualificato: secondo il Dossier Caritas-Migrantes del 2010 tra i lavoratori immigrati è più elevata la percentuale dei non qualificati (36%), molto spesso perché sottoinquadri rispetto al loro titolo di studio (il 41,7% rispetto alla media del 18%). Il sottoinquadramento non diminuisce in modo significativo anche quando si risiede da molti anni in Italia. Rilevante anche la quota dei sottoutilizzati (il 10,7% rispetto alla media del 4,1%). Inoltre, 4 stranieri su 10 lavorano in orari disagiati (di sera, di notte, di domenica).

Se il sottoinquadramento rappresenta una normalità nel campo del lavoro dei migranti, ancor più lo è nel caso dei migranti sprovvisti di permesso di soggiorno, disposti a molto nella speranza di ottenere una regolarizzazione o semplicemente un guadagno. Il sottoinquadramento e la segregazione lavorativa (come quella già individuata della differenziazione dei servizi), lungi dall'essere uno strumento della tanto conclamata integrazione, risulta essere un ulteriore espediente efficace per rimuovere il migrante dalla società civile, costringendolo in spazi predisposti al suo contenimento e sfruttamento. D'altro canto, per ammissione generale, i clandestini, impiegati generalmente nei lavori più umili e faticosi, sono indispensabili allo svolgimento di numerose attività utili sia a centinaia di migliaia di italiani anche di

modeste risorse (si pensi alle “badanti” o alle collaboratrici domestiche) sia ai “profittatori del sommerso”:

«come raccontano alcuni agenti delle polizie, il numero degli irregolari non fermati è molto più alto rispetto alle cifre ufficiali, ma “si fa finta di non vederli perché si sa che è gente che lavora e non mancano i datori di lavoro che ci pregano di chiudere un occhio a fin di bene, sia per loro sia per lo stesso immigrato”.» (Palidda, 2008, pag.87)

Le pratiche proibizionistiche messe in atto dallo Stato al fine di arginare le migrazioni ha portato, al contrario, alla riproduzione dell'irregolarità, e quindi dello sfruttamento: la maggioranza di coloro che hanno un permesso temporaneo lo perdono perché non sono più capaci di rinnovarlo, essendo i requisiti da soddisfare (di lavoro e alloggio) spesso irraggiungibili anche dagli stessi nazionali.

È necessario riconoscere come le suddette pratiche proibizioniste che stanno alla base delle politiche migratorie, che nega al migrante ogni possibilità di emancipazione siano la causa principale del rischio di neoschiavizzazione dei migranti (Palidda, 2008, pag.139). Questa vera e propria *produzione di clandestini* denunciata da Palidda, crea manodopera da sfruttare nelle economie sommerse⁶: uomini e donne disposti a svolgere lavori di fatica a bassissimo costo senza alcun beneficio contrattuale e tutele dal punto di vista giuridico. È lampante quanto tutti questi fattori generati dall'irregolarità concorrano a creare soggetti estremamente a rischio di contrarre patologie dolorose soprattutto a livello muscolo-scheletrico. È evidente quanto entrino in gioco a determinare le sorti di questi uomini e di queste donne i “determinanti sociali della salute”: si intende con ciò tutti quei fattori che condizionano gli stati di salute sono, e sono in sostanza le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano. Queste circostanze sono modellate dalla distribuzione di denaro, potere e risorse a livello globale, nazionale e locale, che a loro volta è influenzata da scelte politiche. Lo sviluppo di una società può essere giudicato dalla qualità della salute della sua popolazione, dalla giustizia con cui la salute è distribuita all'interno della società e dal livello di protezione garantito alle fasce di popolazione più vulnerabili e

6 “Economia sommersa” può essere definita come l'insieme di tutte le attività economiche che contribuiscono al prodotto interno lordo ufficialmente osservato ma che non sono registrate e tassate. Rientrano nel calcolo dell'economia sommersa tutta una serie di attività produttive che pur essendo (di norma) legali sfuggono per svariati motivi alla conoscenza da parte della pubblica amministrazione.

svantaggiate⁷. Tenendo conto di ciò, non mi sembra di sbagliare nell'affermare che tutte quelle organizzazioni, associazioni, gruppi, e anche singoli che si impegnano per mettere in luce e combattere con i mezzi in proprio possesso queste gravi disuguaglianze in merito alla salute compiano un atto di sviluppo rivolto alla società nella sua interezza. Insomma, non ci troviamo di fronte alla semplice, paternalistica cura di poverelli emarginati e sfortunati: il lavoro compiuto al Sokos è un vero e proprio gesto di civiltà, che ci dimostra che dove lo Stato non adempie ai propri compiti per fortuna arriva la società civile.

Analizzerò più approfonditamente una specifica tipologia di lavoratori emersa nelle righe precedenti in quanto ho potuto constatare raggruppamenti un'elevata percentuale di pazienti sottoposti alla terapia del dolore in questi due anni: le badanti.

1.4 La cura delle donne che curano.

Le così dette “badanti”, assistenti domiciliari che si occupano della cura di persone anziane, ricoprono una percentuale estesa fra i pazienti della terapia del dolore presso l'ambulatorio Sokos. Quella di badante è una professione unicamente femminile, quindi definibile di “genere”, ed al contempo anche “eticizzata”: sono infatti preferite per ricoprire questo ruolo le filippine, le sudamericane e le donne dell'Est europeo. Queste ultime rappresentano attualmente la casistica più diffusa. È negli anni Novanta che si assiste ad un considerevole aumento dell'immigrazione dall'Est Europeo, che ha portato con sé una prevalenza di donne giovani sole e con un livello d'istruzione medio-alto. Molte di esse hanno figli lasciati nel paese d'origine (Lombardi, 2005, pag. 133).

Secondo Palidda:

«Quasi tutte le descrizioni giornalistiche e sociologiche dell'immigrazione, in Italia, hanno accreditato l'idea che, per la prima volta nella storia, una parte rilevante dei suoi protagonisti sarebbe costituita da donne. Filippine, innanzitutto, ma anche sudamericane, nigeriane, albanesi o originarie dei paesi dell'est, che sarebbero venute qui con la “vocazione” di fare le “colf” (ora divenute “badanti”) o... le prostitute [...] in altri termini, l'idea prevalente rispecchia un'immagine di una migrante come “povera disgraziata” che può solo svolgere uno di questi due “mestieri”, quasi una sorta di sottospecie di umani

7 Questa definizione compare nel documento redatto dall' OMS dal titolo «Equity, social determinants and public health programmes».

proveniente da mondi barbari o comunque incivili e, quindi, incapace di capire la modernità e, tanto meno, la “postmodernità. La variante umanitarista di questo cliché riconosce che le migranti possono rivelarsi generose, affidabili, in grado di imparare molte cose [...] e che malgrado le stranezze dei popoli “un po' primitivi” possono essere buone cattoliche: insomma qualcosa di simile al “buon selvaggio” che si lascia civilizzare[...]. » (Palidda, 2008, pag. 137-138)

Mi sono dilungata in questa citazione per sottolineare quanto la migrazione femminile, pari alle altre, sia esposta a facili pregiudizi e generalizzazioni ma al contempo (come vedremo in seguito) sia la più soggetta a paternalismi.

Le donne rappresentano una delle figure sociali più significative nelle migrazioni contemporanee, ma anche in quelle meno recenti: le migrazioni di donne sole, ben lungi da essere un cambio di rotta dell'ultim'ora, sono sempre esistite, fin dai tempi delle migrazioni di massa dal Sud rurale al Nord industrializzato (Palidda, 2008, pag. 138).

Per quanto riguarda l'attualità, l'immigrazione assume sempre di più una connotazione femminile: è ormai un dato di fatto che le donne con più facilità degli uomini trovano lavoro (come colf, appunto, irregolarmente nella prima fase) (Geraci, 1995, pag.108).

Il dossier Caritas-Migrantes del 2010 ci chiarifica, con l'aiuto di cifre statistiche, quanto gli immigrati siano sempre più indispensabili per rispondere alle esigenze delle famiglie, come emerso in occasione dell'ultima regolarizzazione, chiusa a settembre 2009 con quasi 300mila domande: basti pensare che nella prospera Lombardia, nel 2025, le persone con oltre 65 anni saranno circa tre milioni, un milione in più rispetto al 2010, con un fabbisogno esponenziale di assistenza:

Pur trovando, stando a quello che abbiamo detto poco fa, con maggiore facilità lavoro ed essendo “aiutate” da dei decreti flussi che sempre più favoriscono la regolarizzazione delle badanti (sebbene secondo il Censis nel luglio 2010 due addette su cinque nel settore domestico lavorerebbero ancora in nero), le donne immigrate subiscono quanto le altre “categorie” di migranti l'applicazione di stereotipi che ne restringono severamente le possibilità di impiego e di espressione del sé, delle personali aspirazioni: in Italia, come negli altri paesi mediterranei, gli ambiti occupazionali di fatto accessibili si limitano quasi soltanto al lavoro domestico e assistenziale (Lombardi, 2005, pag.136) a tempo pieno o ad ore, relegando essenzialmente queste donne in una

condizione di servitù.

Se vogliamo ricostruire una sorta di “storia del flusso di badanti dai paesi dell'est”, è soprattutto dagli anni Novanta in poi che si fa strada la nuova “tipologia migratoria” che a noi interessa focalizzare, che comporta una prevalenza di donne provenienti dai paesi dell'Europa Orientale: sono donne il 77 % degli ucraini; il 75,9% dei russi; il 74,9% dei provenienti dalla Repubblica Ceca, il 74,4% dei bielorusi. Sono prevalentemente donne sole, con un progetto migratorio a breve e lungo termine, finalizzato appunto all'inserimento come collaboratrici domestiche o “badanti”: l'orientamento prevalente risulta essere quello dell'assistenza a domicilio nel momento in cui emerge una grande richiesta di queste figure lavorative.

Ma quali sono le cause che hanno portato alla così ampia diffusione della domanda di badanti, non solo impiegate in attività assistenziali (più che domestiche) presso famiglie appartenenti alle più alte classi sociali ma diffusamente anche tra quelle di medio e basso reddito?

Questo fenomeno non è solo attribuibile alla realtà nazionale ma si iscrive in un processo internazionale di globalizzazione dei compiti di cura e rispecchia una tendenza “all'importazione di accudimento e amore dei paesi poveri verso i paesi ricchi” (Lombardi, 2005, pag. 135). Inoltre, è evidente che questa particolarità del lavoro di cura e assistenziale delle donne straniere nel nostro paese è in qualche misura connessa al nostro sistema di *welfare*, soprattutto per ciò che riguarda i servizi alla persona. Da un lato la sostanziale presenza femminile italiana nel mondo del lavoro extra-domestico ha fatto crollare la struttura familiare basata sul suo costante e continuo lavoro di cura, dall'altro i limiti di un modello di *welfare* che, rispetto agli anziani, fornisce un'assistenza domiciliare pubblica e assegni di cura assolutamente insufficienti e il ricovero in strutture protette troppo costose. In questo quadro, il lavoro delle collaboratrici familiari e delle assistenti domiciliari viene visto come una risorsa per puntellare le difficoltà delle famiglie nel reggere carichi domestici e assistenziali sempre più crescenti e complessi.

Un'altra ipotesi, riguardo alla realtà italiana, parla di “cultura della domiciliarità”, cioè a dire che non è solo la carenza delle strutture residenziali e i costi d'assistenza agli anziani che inducono le famiglie a scegliere di assumere un'aiutante domiciliare, ma interviene anche il rifiuto della soluzione istituzionalizzante, il desiderio di mantenere

l'anziano nel proprio ambiente, di non sconvolgere le sue abitudini e i suoi ritmi e di poterlo vedere liberamente, in base ai propri momenti liberi e ai bisogni dell'anziano stesso. Il nodo cruciale sta nel fatto che questo tipo di scelta della famiglia comporta un rapporto di lavoro costringitivo e, per certi versi, servile con la persona che assiste.

È indispensabile ora stringere ulteriormente il cerchio per avvicinarci a comprendere la dimensione personale della migrazione femminile e del lavoro di badante, anche in merito alla salute e alla malattia. Per fare ciò ho deciso di prendere come esempio il caso clinico che vi ripropongo nel capitolo che segue.

1.5 Un caso clinico.

La scelta di riportare in chiusura al capitolo proprio questa storia di migrazione e sofferenza parte da una riflessione: l'intervista a questa specifica paziente, I., è stata quella che mi ha dato maggiori spunti di riflessione. Questo non è avvenuto perché la sua storia fosse particolarmente eccezionale o tragica, anzi per la ragione esattamente contraria, e cioè che la sua esperienza di vita e le sue problematiche erano simili a quelle di molte altre donne interpellate e quindi rappresentativa di una condizione generalizzata. Al contempo, l'apertura di questa donna nei miei confronti, la sua spigliatezza nel raccontarmi molto della sua vita a fronte delle mie domande, senza intimorirsi per la presenza del registratore, e (perché no!) la simpatia che mi ha ispirato per la confidenza che mi ha riservato... il concorrere di tutti questi elementi ha portato al fatto che scegliessi la storia di I., fra tante.

I. è una badante ucraina con diploma da fisioterapista e da tecnico di laboratorio, ha dovuto abbandonare il proprio lavoro in patria, gratificante e “pulito”, intraprendendo l'ennesimo percorso migratorio per ottenere le risorse necessarie per pagare l'università al figlio: da quanto è emerso dall'intervista, I. non è nuova a questo tipo di sacrificio. È già la terza volta che si reca all'estero (due volte in Italia e una in repubblica Ceca) per il bisogno di guadagnare

Ma torniamo alla storia di I.: lo scopo della migrazione, come abbiamo già visto, è il guadagno.

I.: Sì sempre per questioni di guadagno. Perché io penso che da noi il lavoro si può trovare però pagano poco. Non riesci a vivere! Come si può vivere per 100 euro al mese? Io

guadagnavo 200 euro massimo, adesso qua in Ucraina, ma come posso vivere io con anche università di mio figlio?

A.: E lei faceva un lavoro referenziato.

I.: Eh certo, lavoro è stato bello, è pulito è mio lavoro è diplomato... però... ma come posso vivere? Ma fatemi pagare non dico non so quanto, ma cifra che per lo meno ti da possibilità di vivere. Per questo nostre tutte donne, non solo donne ma più spesso perché è più facile per donne trovare questi lavori qui, badante domestica così... per uomini è più difficile. Per questo capita spesso che stiamo qui anni. [...] . (Intervista a I. in appendice)

Come abbiamo già evidenziato nel paragrafo precedente il lavoro è sottoinquadro rispetto a competenze e titolo di studio del migrante: questa “segregazione occupazionale” colpisce in particolar modo i migranti irregolari. È evidente anche semplicemente scorrendo in data base dell'ambulatorio Sokos di questa evidente, ingiusta, discrepanza:

.A.: Io lo vedo quando facciamo gli accertamenti sul computer la prima volta che qualcuno viene qua che soprattutto le persone che vengono dai vostri paesi spessissimo hanno un livello di educazione altissimo... lauree, diplomi... e tutte le signore inevitabilmente si ritrovano a fare un certo tipo di lavoro.

I.: Ma dobbiamo accettare perché noi capiamo anche voi che avete disoccupazione. È giusto che prima deve lavorare italiano in posto più pulito e sicuro. Noi facciamo lavori quelli che non fanno italiani, quelli più pesanti. Quelli persone che stanno qui anni, che fanno già studio, quelli già possono lavorare più lavori... ma noi dobbiamo fare quei lavori. (Intervista a I. in appendice)

C'è una sorta di “comprensione” in questo caso nei confronti delle motivazioni della segregazione che li colpisce. Sostiene Palidda che «l'interiorizzazione della logica e dei comportamenti razzisti da parte dei migranti è sempre stata, ed è ancora oggi, la prima fonte della gerarchizzazione delle migrazioni, che relega sempre gli ultimi arrivati al rango più basso» (Palidda, 2008, pag. 9). Questo atteggiamento di accettazione silenziosa della propria sorte avviene però soprattutto da parte di chi, come I., ha un progetto migratorio a breve termine, finalizzato ad uno scopo preciso: esaurita la ragione della sua permanenza in Italia (guadagnare abbastanza per pagare gli studi al

proprio figlio e assicurarsi una stabilità economica in patria), salvo che qualcosa nel frattempo cambi nella sua condizione lavorativa e personale, tornerà in Ucraina (l'alternativa a questo, mi confessa, è il tentativo di essere assunta come fisioterapista dopo la regolarizzazione come badante, avendo un diploma preso in Lituania e quindi riconosciuto dall'Unione Europea). La “comprensione” nei confronti dell'emarginazione lavorativa di cui parlo ben più difficilmente potrà venire da chi invece progetta di stabilirsi nel paese d’“accoglienza”. Ma nel caso di I., come in molti altri, durante la permanenza in Italia essa intrattiene rapporti quasi unicamente con un gruppo di connazionali, un gruppo basato sulla solidarietà e su esperienze e problemi comuni, comune cultura, religione e anche alimentazione:

A.: Ma lei ha deciso di venire in Italia perché aveva qualcuno qui?

I.: Sì sì c'è mia cugina, l'altra cugina che loro vivevano qui.

A.: A Bologna?

I.: Sì sempre a Bologna. Abbiamo anche la nostra chiesa dove andiamo la domenica.

A.: Ortodossa?

I.: No cattolica, perché noi siamo greco cattolici, e voi rimo cattolici, ortodossi proprio russi, pregano in russo. Noi abbiamo questa chiesa vicino a due torri. Nostro parroco che fa messa in nostra lingua ucraina, ci incontriamo, li parliamo, abbiamo nostre cose, nostra cultura qua. Tante amiche che ci telefoniamo e ci aiutiamo con il lavoro e lo cerchiamo una per l'altra. Ci aiutiamo. Perché c'è tanta gente come ucraini, russi, romeni, polacchi... ogni popolo ha la sua...

A.: Cerchia di solidarietà?

I.: Sì è così! Abbiamo anche nostro negozio, Kalinka, in via Galliera [...] perché da noi si mangia anche pesce affumicato, tanta tanta roba affumicata...

A.: E poi ho visto che vendevano anche giornali, libri, dvd dei film....

I.: Sì tutto tutto! Io conosco anche la proprietaria, Anna S., lei da Russia, Pietroburgo. Quando ogni tanto vogliamo nostra roba da mangiare andiamo lì. Perché ogni tanto

abbiamo voglia anche di nostra roba... è tutto lì! Dai... penso che ho confessato [ride]!
(Intervista a I. in appendice)

Viene riprodotta nel paese di accoglienza una comunità di connazionali, quasi interamente autosufficiente, al di fuori di ciò che riguarda il mondo del lavoro o dei servizi, per esempio quello medico offerto dal Sokos.

«Sono tutti luoghi in cui l'immigrato, lontano dallo sguardo degli estranei, non ha il sentimento di essere di troppo, è circondato da volti familiari, anche se sconosciuti, si sente nel suo paese, in mezzo ad una maggioranza fittizia.» (Memmi, 2006, pag. 82)

Questi ghetti, continua Memmi, sono fisici e culturali: questa tendenza a creare spazi di socializzazione è denunciata dalla maggioranza dei cittadini (soprattutto in Francia) come chiara prova della resistenza dell'immigrato all'integrazione al corpo collettivo della nazione. Viene indicata con il termine *comunitarismo*. Questa verità è chiaramente parziale poiché il ghetto è al contempo difesa e reazione ad un rifiuto altrui, reale o immaginario (Memmi, 2006, pag. 83).

Segregazione e autosegregazione, come avevamo visto nella prima parte di questo stesso capitolo.

Anche la già accennata evoluzione paternalistica delle pratiche migratorie nei confronti delle “badanti” collabora alla segregazione di queste donne, occultando o ignorando i pesanti costi umani e materiali di questa condizione servile (Palidda, 2008, pag. 139-140). Cercando nelle storie di vita delle migranti le loro vere aspirazioni, si comprende come il lato oscuro del liberismo sia proprio quel controllo sociale che nega, in particolare alle donne, la possibilità di emancipazione come reale possibilità di migrare liberamente (Palidda, 2008, pag. 140). I percorsi di queste donne, però, si giocano sempre fra, da una parte, le costrizioni strutturali che vogliono relegarle in posizioni ben precise nella società d'arrivo, e dall'altra alla loro propria agency, costituita dai propri personali progetti, finalità e sogni. Ben lungi dall'essere inermi, fragili e servili creature (come le vorrebbe il paternalismo diffuso), sono donne determinate a perseguire i propri scopi:

I.: Eh sì, sempre quello, e dopo sono tornata in Ucraina e lì ho lavorato come fisioterapista 4 anni e mezzo, e dopo sono tornata in Italia. Perché ho grande figlio di 19 anni che studia a

secondo anno di università.[...] mi dispiace per nostra gente perché è veramente molto amabile, tutti studiati. Ogni famiglia cerca di dare a suoi figli studio più... per quello che facciamo sacrifici, andiamo studio fuori, all'estero, per dare un futuro più giusto. Per questo guadagniamo, portiamo... per avere nostri figli studiati. (Intervista a I. in appendice)

Questi lavori, oltre ad essere spesso frustranti dal punto di vista emotivo, sono altrettanto pesanti dal punto di vista fisico. È questo che giustifica la loro presenza all'ambulatorio di terapia del dolore, L'occuparsi della cura di una persona anziana se viene fatto senza una corretta preparazione porta a compiere movimenti sbagliati e sforzare eccessivamente la schiena facilitando l'insorgenza di problematiche assai dolorose. Le tecniche di cura di un anziano, che spesso è un peso morto, vengono insegnate al personale ospedaliero durante la loro formazione (si pensi ad esempio all'uso di lenzuoli per sollevare agilmente il paziente): ciò chiaramente non avviene per queste donne. Non esiste alcun corso che insegni alle badanti le tecniche del corpo da mettere in atto per preservare la propria salute da sforzi eccessivi durante la cura dell'anziano, come sottolinea nelle linee seguenti, un medico del Sokos:

G.: [...] ecco per prevenire a parte la ginnastica medica ci sarebbe anche una serie adeguata, se uno sta molto seduto, o tutte delle attenzioni sul luogo di lavoro come il pesantissimo lavoro di una badante che sposta grandissimi pesi senza un addestramento a questo, mentre gli infermieri sono stati addestrati a sollevare pesi, e hanno comunque a disposizione dei mezzi, anche molto semplici per ridurre la fatica alla schiena. Quindi poi la gente ci ricasca per forza. (Intervista a dott. G. in appendice)

Questi comportamenti protratti portano, come illustratomi dalla dottoressa nelle righe qui sopra, alla recidiva.

C'è un'altra questione che è emersa nelle battute dell'intervista a I., che riporterò qui per intero:

A.: Le hanno spiegato le cause per cui le è venuto proprio adesso? Anche la dottoressa dice che può essere stato il cambio del clima?

I.: Potrebbe essere, ma io penso che quella cosa geneticamente c'è. può essere perché mia madre soffre osteoporosi, osteocondrosi. Anche mio padre ha malattia delle ossa. Noi siamo persone da zona cernobyl e quella cosa ha fatto modificare nostra salute, nostre ossa, tutto.

E c'è tanta mancanza di calcio di tante cose. Iodio. E tiroide. E quando si sblocca qualche cosa dentro poi comincia tutto corpo a si sbloccare. Io c' ho 40 anni però più o meno da noi donne cominciano già da quella età ad avere menopausa perché noi cominciamo prima. E anche problema delle ossa da noi piano piano quando inizia menopausa le donne perdono calcio.

A.: E quindi la causa principale secondo lei è stata Chernobyl?

I.: Io penso di sì.

La paziente che indico con l'iniziale I. (che come abbiamo già accennato ha una formazione medica alle spalle) nell'operazione di ricerca delle ragioni che hanno scatenato la sua malattia, ne riconduce le cause ad una fragilità intrinseca delle sue ossa dovuta al disastro della centrale nucleare di Chernobyl.

Secondo quanto diffuso dal Chernobyl forum (incontro promosso dall'Onu per valutare i danni dell'esplosione) il disastro ha provocato irreversibili contaminazioni a livello ambientale, e conseguenze sulla salute delle popolazioni delle zone limitrofe. Gran parte dell'Ucraina, della Bielorussia e della Russia furono contaminate in modo irrevocabile dall'esplosione e la nube che ne conseguì: si può constatare in quelle zone un'altissima incidenza di patologie alla tiroide (fra cui tumori), leucemie, malformazioni congenite. Sempre il Chernobyl forum ha messo in luce, inoltre, che la deportazione forzata e quasi immediata di circa 300 mila persone e la rottura di tutte le relazioni sociali precostituite sono state gravemente traumatiche e hanno prodotto elevato stress, ansie, paure circa eventuali effetti sulla salute, depressione, includendo anche quelli che vengono considerati i sintomi fisici della categoria diagnostica delle malattie psicosomatiche e da stress post-traumatico". La categoria diagnostica di post traumatic stress disorder è frutto di quella necessità della biomedicina di catalogare e definire tutte le forme di sofferenza che colpiscono l'essere umano: si può ricondurre alle cosiddette *culture-bound-syndromes*, oggetto di studio della psichiatria transculturale o comparativa sin dagli esordi della disciplina, definizione che descrive particolari quadri patologici presenti esclusivamente in determinate aree geografiche, o contesti socioculturali.

L'opinione corrente in antropologia medica è che se si riconosce che il forzare all'interno di categorie diagnostiche è una *reificazione* (Taussig, 200, pag.76), si

restituisce al soffrire umano la sua dimensione universale, le cui espressioni non possono che essere legate, però, alla contingenza storica, sociale e culturale del luogo in cui le persone si ammalano. L'antropologia medica critica propone di interpretare ogni disagio come l'espressione individuale a valenza collettiva di una forma di *resistenza* incarnata dalle persone in risposta alle sollecitazioni, spesso violente, dell'ambiente umano, sociale e politico in cui vivono.

Tornando al caso di I., essa percepisce il disastro di Chernobyl come una delle cause della sua artrite precoce, in quanto ha comportato croniche carenze di calcio nella popolazione delle zone colpite: quindi il provenire da una zona contaminata è una determinante sociale della sua malattia. Negli ultimi anni le donne provenienti dai paesi dell'Est europeo rappresentano la percentuale più alta di migranti occupate nella cura degli anziani: l'Est Europa (in particolar modo Ucraina, Bielorussia e Russia) è stata l'area geografica maggiormente colpita dalla contaminazione del disastro nucleare e che maggiormente ne paga le conseguenze in salute dei suoi abitanti.

Una persona con un apparato osseo debilitato da una carenza cronica di calcio che è costretta a compiere lavori di fatica come quelli propri del mestiere di badante è evidente che sia un soggetto particolarmente a rischio di incorrere in patologie rachidee dolorose. A queste riflessioni si può applicare la chiave di lettura della *violenza strutturale* per individuare l'origine reale delle condizioni che hanno portato alla sofferenza; ma questo tema offrendoci numerosi spunti, trovo più opportuno approfondirlo in seguito nel corso di questa ricerca.

CAPITOLO 2. IL DOLORE

*«Non fu certo inferiore a nessuna
delle casate più antiche,
eppure privo di tutto nella sua vita
giace abbandonato dagli altri,
in compagnia soltanto di fiere maculate
o irsute, nel dolore insieme
e nella fame soffre in miseria
tormenti cui non c'è rimedio;
e senza posa mai
un'eco lontana risponde
al suo lamento amaro⁸»*

(Sofocle)

2.1 Dolore: un'introduzione ad un'esperienza complessa.

Secondo gli autori che hanno trattato nel corso degli anni il tema della sofferenza fisica, l'irruzione del dolore nella vita dell'individuo segna una frattura con la condizione fisica consuetudinariamente considerata di "normalità". Nello stato di salute avviene una sorta di cancellazione del corpo dall'attenzione dell'individuo. Esso nella realtà quotidiana della persona sana è invisibile, muto, Leriche parla di salute come di "vita silenziosa degli organi": nel momento di rottura in cui emerge il dolore l'uomo sperimenta per la prima volta il suo corpo, la propria impotenza, e l'inevitabile separazione da esso.

Una sequela di pene accompagna il dolore estremo (spossatezza, apatia, insonnia, perdita dell'appetito), il quale intacca tutta l'esperienza del mondo lasciando il soggetto impotente di fronte a questa irruzione che nulla lascia intatto.

A questo punto è facile intuire come l'emergere del dolore risulti essere un'esperienza temibile per il senso stesso d'identità in quanto segna un vero e proprio cambiamento

⁸ Avezzù G., Pucci P. (a cura di), (2003), *Sofocle: Filottete*, traduzione di G. Cerri, Milano, Arnoldo Mondadori

ontologico nel soggetto: il dolore induce una parziale rinuncia a sé e di conseguenza all'atteggiamento che si adotta abitualmente nelle relazioni sociali (Le Breton, 2007, pag. 22-23). Con l'irruzione del dolore nulla resta più come prima nel rapporto con sé stessi e col mondo.

L'individuo allenta il controllo che modula solitamente i suoi rapporti con gli altri, rompe gli schemi delle sue relazioni abituali e nei casi più estremi il sofferente diventa irriconoscibile a sé e agli altri.

Anche se tocca solo un frammento del corpo, il dolore non si limita ad alterare la relazione dell'uomo con questa singola parte, ma contamina la totalità del rapporto col mondo, paralizza l'attività del pensiero e l'esercizio della vita, infine sfugge ai registri comunicativi e all'attribuzione di un senso. Ma ciò non impedisce al sofferente di compiere un lavoro di ricerca incessante di un nome da attribuire al proprio dolore, una ricerca del suo significante e del suo significato.

E nel momento in cui il dolore non può essere più sopportato e non ha più soluzione si sperimenta quello che secondo Buytendijk è la possibilità intrinseca della vita di diventare la propria nemica:

«mentre nella nostra esistenza e nell'intera nostra vita facciamo esperienza delle manifestazioni di un'autonomia dell'auto-conservazione e dell'auto-realizzazione, il dolore ci insegna quanto siamo servi, effimeri e impotenti, quanto la vita rechi in sé le possibilità di diventare la propria nemica.»

Nel caso del migrante sofferente, questa crisi dell'identità si va a sovrapporre a quella preesistente data dalla condizione stessa di immigrato: egli è *atopos*, senza luogo, fuori luogo, inclassificabile. Si situa alla frontiera dell'essere e non essere sociali perché non appartenente più alla società di provenienza né a quella d'arrivo (Bourdieu, 2002, pag 6).

Né all'interno della società di partenza né in quella di arrivo i migranti vengono ritenuti titolari di diritti pari a quelli dei cittadini: l'immigrato esiste solo per difetto nella comunità d'origine e per eccesso nella società ricevente, generando periodicamente in entrambe recriminazioni e risentimento (Palidda, 2002, pag. XI). Il trovarsi costantemente fuori posto nei due sistemi (di partenza e d'accoglienza) non può non ripercuotersi su tutti gli aspetti della vita del migrante (tanto da considerare la

migrazione un “fatto sociale totale”), non per ultimo quello sanitario. Questo aspetto verrà approfondito in seguito, in un altro capitolo di questa mia ricerca.

In un'indagine storica sul dolore Jean-Pierre Peter cerca di mettere in luce gli enigmi persistenti nel rapporto che intercorre fra medicina e dolore, indagandoli per delineare una *storia del dolore fisico*. L'autore individua uno scontro, un faccia a faccia onnipresente fra lo spazio culturale dell'occidente (scientifico e biomedico) e il dolore fisico, ed al tempo stesso una collaborazione, antichissima e davvero enigmatica. Il dolore è alleato della medicina nel momento in cui è sintomo e permette di effettuare una diagnosi. Da secoli la nostra medicina ha elaborato un vocabolario che consente di descrivere il dolore, ed una conoscenza dettagliata delle patologie a cui è connesso. Far diminuire il dolore tuttavia è un'altra storia. (Peter, 2005, pag. 292)

Una visione delle cose dura a morire (perché talmente reificata da muoversi in maniera sotterranea all'interno di ospedali e ambulatori) che emerge nel dibattito in ambito medico, e contro cui Peter si scaglia con la sua lucida analisi, è quella che vedrebbe il dolore segno utile alla valutazione diagnostica della malattia: medicina e dolore intratterrebbero un rapporto di consustanzialità culturale intima e indissociabile nella prospettiva della guarigione. Questo in quanto il dolore sembra quasi essere un necessario sintomo che mette in allerta (Peter, 2005, pag.302). Il risultato inevitabile è l'indifferenza verso la sofferenza dell'altro, una “perdurante disattenzione”: da secoli sembra ormai che la medicina si interessi più alla conoscenza e ai suoi progressi che al sollievo del malato. *Alleviare* non viene considerato di pari valore rispetto al *curare*: il problema del sollievo dal dolore è relegato generalmente nell'ambito accessorio delle azioni complementari relative al “comfort dei malati”. Riducendo il dolore ad un mero “segno” lo si snatura dalla sua dimensione esperienziale che sconvolge la vita di chi lo subisce, e quindi si compie una violenza nei confronti di quest'ultimo.

Nell'ottica di restituire all'esperienza del dolore la sua dimensione di vissuto iniziamo con l'affrontare il primo degli aspetti che lo contraddistinguono come esperienza umana: la sua difficoltà di espressione, comunicazione e condivisione.

2.2 Inesprimibilità del dolore: distruzione e ricostruzione del linguaggio.

«Il dolore fisico di un'altra persona assume il carattere remoto di un profondo evento

sotterraneo, un evento appartenente ad una geografia invisibile che, per quanto gravida di conseguenze, non è reale perché non si manifesta sulla superficie visibile della terra.» (Scarry, 1990, pag. 17)

Così Elayne Scarry, nelle prime pagine de “La sofferenza del corpo” (il suo discorso su sofferenza e tortura) denuncia l'incomunicabilità del dolore fisico: l'impossibilità di chi lo prova di esprimerlo in un linguaggio condiviso, e di chi ascolta di comprenderlo in quanto l'esperienza del dolore segna un momento di separazione completa tra il senso della propria realtà e la realtà degli altri. Questa doppia incomunicabilità si tramuta, per il malato di dolore, in un percorso ambivalente: la ricerca di un significante (un nome per sé e per gli altri) e un significato (che ne espliciti origine e natura).

Il dolore crea distanza perché immerge in un universo inaccessibile a chiunque altro (Le Breton, 2007, pag.39), si insinua tra di noi senza che possiamo dividerlo, come ciò che non può essere negato e non può essere provato al tempo stesso (Scarry, 1990, pag. 18-19) da qui il timore del “malato di dolore” di non essere creduto proprio a causa della natura intima e personale del dolore.

Questa incomunicabilità si sviluppa su diversi piani: il dolore acuto resiste al linguaggio, viene comunicato con grida e urla, in un linguaggio presimbolico e prelinguistico, che si oppone all'ingresso del mondo del significato; ma anche nel momento in cui è superata la fase acuta, quella dei gemiti e spasmi del corpo, e si assiste allo sforzo umano di trovare (e trasmettere all'esterno, agli interlocutori) un nome, un significante dell'esperienza, questa rimane un fenomeno difficile da esprimere verbalmente.

Nonostante la sua non facile adattabilità ai fini dell'atto comunicativo, il dolore acuto prima di distruggere il linguaggio lo monopolizza, diventa il suo unico oggetto: il lamento diventa il solo modo di parlare. Alla fine, il dolore si fa così intenso che all'intelligibilità del lamento si sostituiscono i suoni precedenti al linguaggio appreso.

Quando infine viene espresso e comunicato, il dolore costringe il soggetto a inventare nuovi codici comunicativi.

Il primo passo che porterà infine alla comunicazione è individuare l'atto della creazione: riconoscerla coincide con l'individuare la relazione fra dolore fisico e immaginazione. Il dolore fisico occupa una posizione eccezionale nell'intero tessuto

degli stati psichici, somatici e percettivi., poiché è l'unico stato privo di un suo oggetto. Sebbene la capacità di esperire dolore fisico sia per gli esseri umani un fatto altrettanto importante quanto la capacità di udire, toccare desiderare, temere, avere fame, il dolore si distingue da questi eventi e da ogni altro evento somatico e psichico, poiché non ha un proprio oggetto nel mondo esterno. Questa mancanza di oggetto, la totale assenza di un referente, impedisce di solito la sua espressione linguistica: privo di oggetto, non può essere facilmente oggettivato in alcuna forma, materiale o verbale. Ma questa mancanza di oggetto può anche dare origine all'immaginazione, mettendo innanzitutto in moto il processo che alla fine porta alla luce la marea di artefatti e di simboli che produciamo e fra cui ci muoviamo (Scarry, 1990, pag. 278).

L'unico stato che è anomalo quanto il dolore è l'immaginazione. Mentre il dolore è uno stato particolare in quanto è del tutto privo di oggetto, l'immaginazione è degna di nota poiché è l'unico stato interamente costituito dai suoi oggetti. Quindi,

«mentre il dolore è come le altre forme di sensibilità ma privo della estensione del sé che è in genere il complemento della sensibilità, l'immaginazione è come le altre forme della facoltà di estensione del sé, ma priva della sensazione esperibile su cui essa generalmente si fonda» (Scarry, 1990, pag. 278-279).

L'immaginazione è l'ambito dell'ultima risorsa se il mondo non può fornire un oggetto: essa è una riserva di emergenza, un'ultima risorsa per generare oggetti. Se mancano, essi verranno inventati (Scarry, 1990, pag. 284-285).

L'immaginazione “vuole”, “crea” o “favorisce” attivamente l'esistenza di oggetti quando talora essi non siano passivamente disponibili come un dato già esistente (Scarry, 1990, pag. 286).

Scarry mette in luce le strategie utilizzate per ovviare alla difficoltà di comunicazione di questo vissuto interiore e personale: il fatto che sia tipico della persona sofferente passare da una manciata di termini descrittivi a una costruzione del “come se” (la metafora dell'arma ne è un esempio) indica il primato del segno nella fondamentale attività di costruzione delle metafore. Descrivere il proprio dolore con l'immagine di uno strumento separabile dal corpo crea l'idea di un possibile allontanamento di quell'oggetto stesso che porti con sé alcuni attributi del dolore.

Nell'uso di metafore e similitudini, al fine di chiarire la natura di questa esperienza intima all'interlocutore, l'arma (reale o immaginaria) e la ferita (reale o immaginaria) vengono usate per esprimere dolore (Scarry, 1990, pag.34). L'autrice parla di un vero e proprio «linguaggio dello strumento»: se gli attributi interiori del dolore vengono esternati (mediante l'oggettivazione verbale, o qualche altro mezzo) nel mondo visibile, e se si individua un referente di questi attributi oggettivati nel corpo umano, allora la sensazione di sofferenza di una persona potrà essere conosciuta da una seconda persona. La più diffusa di queste oggettivazioni è quella attraverso il segno verbale dell'arma, o dell'utensile. Questa tipologia di linguaggio risulta essere uno strumento verbale a dir poco frammentario, ma allo stesso tempo efficace ad esprimere la ferocia di un dolore persistente, cronico, soprattutto nel caso richiami esperienze di vita traumatiche, violenze, abusi e torture.

Il nipote di un paziente, da me intervistato in qualità di accompagnatore ed interprete, mi descrisse il dolore di cui soffriva lo zio, un uomo Eritreo vittima di torture in carcere 37 anni fa e da allora afflitto da un dolore cronico di grave entità e estremamente invalidante: «il suo male è come continue bastonate sotto i piedi». Questa metafora che probabilmente richiama ad una tortura realmente subita ci permette di comprendere la gravità di un dolore costante, di un'esperienza drammatica e traumatica che si dilata nel tempo dal momento in cui la tortura è stata inflitta e che tutt'ora monopolizza il vissuto del paziente.

Scrive Scarry in merito alla tortura che il dolore fisico che provoca è così incontestabilmente reale che sembra attribuire la sua qualità di “realtà incontestabile” a quel potere che l'ha generato: è proprio se la realtà del potere è contestabile che si ricorre alla tortura (Scarry, 1990, pag. 49).

Una strategia efficace quanto l'uso della metafora dell'oggetto che abbiamo illustrato poco fa è la similitudine: in tal senso una paziente brasiliana di mezz'età, regolare, che si è sottoposta ad un ciclo di mesoterapia antalgica al Sokos, e che ora è tornata ad accompagnare la cugina, anche lei afflitta da diverse patologie dolorose, mi ha descritto in questi termini la prima volta in cui si è presentato il suo dolore:

R.M.: Una volta ero in ginocchio che davo la cera e ho sentito come se il ginocchio si era spaccato.

In realtà il ginocchio non si è affatto spezzato: anzi, in seguito alla visita si scoprirà che la causa del dolore che le lacera le gambe ha ben altra origine e localizzazione: una lastra mette in luce una scoliosi che le si manifesta in un intenso dolore alla gamba.

R.M.: [...] e di lì un male un male, ogni tanto poi sentivo male al ginocchio solo che senza documenti che vuoi fare. Poi io non avrei mai pensato che era il mal di schiena che è una cosa che non ho mai avuto. Allora è saltata fuori questa cosa, perché io non sento niente di qua (indica la schiena), il male è qua [indica la gamba]. (Intervista a R.M. in appendice)

Il momento della lastra, in seguito alla prima visita all'ambulatorio Sokos, segna per R.M. Il momento in cui ha inizio il processo di reinterpretazione del proprio dolore. Attraverso la diagnosi il nemico interno che attanaglia il suo corpo prende forma e si prospetta la possibilità di una terapia e infine di una guarigione.

Ho riscontrato lo stesso meccanismo di riconoscimento nel racconto di un'altra paziente. B., ucraina, in Italia da diversi anni ma sprovvista di documenti (a differenza del caso citato poco più sopra), impiegata fino a poco tempo prima stabilmente come “badante” mentre ora, dopo il decesso della persona che curava, si arrangia con “lavoretti”: «Ho fatto la lastra e poi subito ho iniziato a fare questa terapia» (Intervista a R.M. in appendice). Attraverso la lastra B. può dare un nome al suo dolore, ma è per mezzo di una ricerca personale delle cause che essa del dolore trova l'origine:

A.: Le hanno spiegato le cause per cui si è infiammato il suo nervo sciatico? Mi diceva dei lavori pesanti che fa...

B.: Anche che senza mi hanno spiegato io ho capito perché: ho lavorato con un anziano senza gambe. Ed era abbastanza grasso, pesante, che abbiamo lavorato in due. Un po' pesante è stato perché dall'inizio sentivo dolore alla schiena e poi qua, dalla pancia giù... è stato un po' pesante perché da sola non si poteva fare niente. (Intervista a B. in appendice)

Che si tratti di similitudini o metafore, la proiezione del dolore all'esterno del corpo al fine comunicativo avviene in ogni caso attraverso la *collocazione corporea*: l'essere umano ha una superficie esterna e una interna, il creare può essere espresso come un rovesciamento di questi due “rivestimenti corporei”, e questo avviene trasformando ciò che originariamente è interiore e privato in qualcosa di esteriore e condivisibile e,

inversamente, riassorbire ciò che ora è esteriore e condivisibile negli intimi recessi della coscienza individuale. Trasportando il mondo esterno degli oggetti nell'interiorità sensibile, questa interiorità acquista un po' della beata immunità propria dell'oggetto inerte e inanimato; inversamente, trasponendo il dolore nel mondo esterno, l'ambiente esterno viene privato della sua immunità, noncuranza ed indifferenza rispetto ai problemi della sensibilità (Scarry, pag 462- 463).

Attraverso metafore o similitudini, i malati si richiamano ad un'identità estranea che smantella l'uomo dall'interno, attraverso quello che secondo Byron Good è l'“approccio narrativo” (che approfondiremo in seguito). Attribuendo a questa entità esterna un nome ha inizio per il paziente un processo che potrà portare a espellerla dal proprio corpo.

2.3 Dolore ed essere stranieri: una doppia incomunicabilità.

L'incomunicabilità, che come abbiamo visto è caratteristica intrinseca del dolore, è intrecciata al percorso medico del malato migrante sotto molteplici aspetti.

La distanza linguistica che spesso separa medico e paziente diventa un'ulteriore difficoltà che si presenta sul piano comunicativo e che spesso può interferire nel buon esito della terapia: un paziente può scegliere di portarla o meno a termine, di adottare o meno un comportamento corretto dal punto di vista biomedico, a seconda di quella che è la sua comprensione, linguistica e culturale, delle indicazioni del medico che lo ha in cura.

Dai colloqui avuti con la dottoressa che si occupa della terapia del dolore al Sokos è emersa più volte fra le difficoltà maggiori del suo lavoro la comunicazione verbale con i pazienti: la non conoscenza della lingua (episodio frequente) diventa un ostacolo difficile nel momento in cui si chiede di descrivere i propri sintomi, o si cerca di dare delle indicazioni di tipo terapeutico.

A.: Ma i pazienti che vengono qui, tu riesci a comunicare con loro? a spiegargli chiaramente cosa devono fare, come funziona, i rischi che ci sono...?

C.: Eh, è difficile. Bisogna chiedere “siete allergici, avete preso delle medicine”... lì, sai... si cerca di comunicare ma è difficile a volte. (Intervista a dott. C. in appendice)

Dice Sayad che l'immigrato malato poiché non parla correttamente la “lingua” (culturale e funzionale) dell'istituzione medica, è coinvolto in un dialogo segnato da una mutua incomprensione, che sfocia frequentemente in un rapporto ambivalente, fatto di malintesi. Il verdetto medico spesso è soggetto alla diffidenza dei pazienti immigrati, perché viene percepito come affrettato, superficiale e di conseguenza colpevole non tanto tecnicamente quanto moralmente (Sayad, 2002, pag. 246-247). È su questi piani che talvolta emerge il così detto “*conflitto interpretativo*”: nel processo di reinterpretazione del proprio dolore, per trasmetterlo si attua la ricerca di un idioma comunicativo comune ma spesso capita che i modelli esplicativi relativi agli episodi di malattia di paziente e medico differiscano ed entrino in conflitto. Kleinman a tal proposito individua cinque questioni a cui ciascun modello esplicativo dà una risposta, ed è nel caso che le risposte di medico e paziente differiscano che fallisce la comunicazione ed è in pericolo il buon esito dell'assistenza medica. Queste cinque questioni sono: eziologia, sintomi iniziali, patofisiologia, decorso della malattia, terapia (Kleinman, 2006, pag. 13). Le risposte che ognuno dà a queste questioni sono prodotte politicamente e storicamente e nel momento in cui sono differenti ed entrano in conflitto è a rischio il buon esito dell'assistenza medica.

L'ambito biomedico, basato su una visione cartesiana e meccanicista dell'organismo umano, spesso fa uso di un linguaggio composto da idiomi astratti, altamente tecnico, impersonale: nel caso il paziente non riceva da esso la risposta che si aspetta abbiamo come risultato ultimo la *non compliance*, che può sfociare nell'abbandono del percorso di cura. I medici del Sokos sono consapevoli che la loro funzione va al di là della semplice somministrazione di una cura, ma che il processo di guarigione consiste nel sanare l'esperienza del paziente. Nel caso della terapia del dolore al Sokos la dottoressa fa menzione solo di due casi di abbandono della cura:

C.: [...] ci sono delle persone che sono così tanto sfiduciate che qualsiasi cosa tu gli faccia, se gli fai anche un po' di male se ne vanno. C'è chi non è mai più tornato. Capito?

A.: Ma capita spesso che abbandonino la cura?

C.: No no è molto raro. Ci son stati due casi da quando sono qua.

A.: E da quanto sei qua?

C.: Due anni. (Intervista a dott. C. in appendice)

Nel caso dei pazienti da me intervistati la difficoltà linguistica concorre ad acuire l'incomprensione con le strutture mediche e burocratiche. Ho riscontrato in questi casi un forte senso di frustrazione e spaesamento:

Mo: [...] Fatto operazione e medico mi ha detto che è tutto a posto. Ma non è tutto a posto. È come prima. Quattro anni fa nostro paese Cecoslovacchia, fatto già operazione di ernia e dopo proprio meglio. Ma questa non so come mai. Cosa c'è. Ancora sente male. Molto male [...] Ha detto che devo aspettare ancora un anno. Io sono molto nervoso, mi han detto che epatite ci sono molte cose... sono molto nervoso. Adesso non so si vedrà. [...] Io devo chiedere a te se devo aspettare più di un mese tutte le volte per questi (mi mostra un a pila di impegnative per gli esami, veramente tanti) perché io molto nervoso... molto... e penso che forse io devo morire così, con questo male. (Intervista a Mo. in appendice)

Questo spaesamento emerge soprattutto quando un paziente si trova da solo a dover affrontare il vorticoso sistema burocratico della sanità italiana fuori dal Sokos

R.M.: [...] Io mi sono sempre trovata benissimo qui al Sokos, qui è tutto più facile ma quando vai fuori tutte le cose sono difficili, vedi il caso di lei (la cugina): è assurdo. Va da una parte all'altra, è gravissima la situazione di lei e non trova, i medici fanno così, non si può mandare una donna a casa che sta malissimo, sempre, inizia a lavorare e va male, all'ospedale sai che bello... c'hai un gran male e non riesco a capire com'è la sanità qua, anche in Brasile non è che sia un granché ma è un paese in sviluppo, siamo un pelino, c'è un pochettino più d'attenzione all'essere umano, almeno di quello che sento qua, non solo per noi, questo è il sistema sanitario in generale... non so spiegare bene come vanno le cose qua. (Intervista a R.M. in appendice)

Ma questo secondo aspetto sarà bene approfondirlo in un secondo momento.

2.4 Resoconto orale del paziente: narrare la malattia come esperienza.

Dopo aver sbrogliato la matassa riguardo alla capacità del dolore di distruggere il linguaggio, la questione che emerge è la seguente: come costruire un terreno comune

attraverso le narrazioni, restituendo alla malattia la sue dimensione esperienziale?

Secondo Scarry l'oggettivazione verbale sarebbe

«un punto di partenza notevole per la nostra espansione, un mezzo con cui il dolore potrebbe essere trasferito nel mondo ed eliminato.»

Nell'atto di essere intervistata una persona che soffre lotta per tradurre in parole un'esperienza che resiste al linguaggio

«un'esperienza originaria del corpo che è simultaneamente tanto reale quanto fondamentalmente indescrivibile, una forza che plasma il mondo in modo tale che chi soffre descrive, spesso, sé stesso come abitante di un mondo che gli altri non possono conoscere.»

Abbiamo già potuto indagare in queste pagine l'utilizzo di stratagemmi comunicativi al fine di dare ad un'esperienza talmente personale ed intima come il dolore una forma che gli permetta di essere comunicata, condivisa. Una sorta di oggettivazione finalizzata ad organizzare un'esperienza altrimenti inesprimibile che utilizza in primo luogo, dopo le urla e i gemiti, metafore (alcune divenute “luoghi comuni”, e quindi appartenenti ad un codice comunicativo condiviso, come il già nominato “linguaggio dell'arma o dell'utensile”). Inoltre il dolore, non avendo l'evidenza della ferita o degli arti rotti, esige da parte dell'ascoltatore capacità di osservazione e fiducia nella parola del malato, quando esso si sforza di eludere l'impotenza del linguaggio per trasmettere un'esperienza rinchiusa nell'intimità. La resistenza all'oggettivazione a cui è soggetto lo rende “indiscutibilmente reale per chi soffre ma irreali per gli altri, a meno che non sia accompagnato da un danno corporeo visibile o da un marchio di malattia” (Scarry, 1990, pag.88). In ultima analisi, secondo Le Breton, l'uomo cerca invano di tradurre il dolore per gli altri, in quanto essi non possono che intenderlo per difetto, mediante una traduzione che è più che mai, un tradimento (Le Breton, 2007, pag.39). Ma non lasciamoci ingannare: la trasmissione (e condivisione) seppur parziale dell'esperienza del dolore è indispensabile in primo luogo, da un punto di vista estremamente “pratico”, per trasmettere al medico degli indizi che possano metterlo sulla pista di una possibile diagnosi, in secondo luogo a restituire una dimensione personale, politica e critica ai

casi in questione.

Secondo Scarry:

«L'unico segno esteriore dell'esperienza interiore del dolore è il resoconto orale del paziente: ignorarne la voce significa ignorare l'evento corporeo, ignorare il paziente, la persona che soffre [...] la voce umana non solo merita fiducia ma è capace di rivelare con precisione gli aspetti più refrattari della realtà materiale.» (Scarry, 1990, pag. 22-24)

Al fine di comprendere l'esperienza dei pazienti che si sottopongono alla terapia del dolore al Sokos ho svolto numerose interviste; si è svelata immediatamente ai miei occhi la funzione ambivalente di questi racconti di vita, utili a me al fine della mia ricerca, ma al tempo stesso ai pazienti i quali avevano l'impressione che io, come facente parte della “struttura Sokos”, mi prendessi in qualche modo in carico la loro situazione, semplicemente interessandomi alle loro storie.

Con alcuni di loro mi è parso che addirittura si sia presentata un'incomprensione di fondo: nonostante spiegassi la mia funzione lì e il fine della mia ricerca, visto il mio interesse nei loro confronti mi è parso che alcuni pazienti abbiano creduto che avessi poteri e competenze molto maggiori rispetto alla realtà dei fatti.

Mo.: Sì col male, ma quando c'è il permesso di soggiorno lavoro bene. C'è tanti amici che mi han detto “quando c'è permesso di soggiorno vieni da me che ti do lavoro”. Io sono pizzaiolo. 2-3 anni ho imparato bene. Ho già fatto. Ma non posso se non sono regolare. Forse tu mi puoi aiutare a fare sentire a qualcuno queste cose. Ho fatto domanda permesso il 21. Ma lettera non è arrivata. Io chiesto all'avvocato qual'è il problema e lui mi ha detto che non c'è problema. (Intervista a Mo. in appendice)

Questo tipo di richieste ha messo in luce le diverse necessità del paziente migrante e le sfaccettature della sua esperienza: far ascoltare la propria voce, la propria storia nella quale malattia e irregolarità sono unite a doppio filo, ribadendo come le inestricabili maglie della burocrazia e la sofferenza mettano doppiamente in una condizione di fragilità e precarietà.

L'approccio critico suggerito da Sheper Hughes e Lock ci pone all'attenzione come sia necessario tenere presente l'esperienza dei tre corpi (individuale, sociale, politico) per comprendere il vissuto del paziente e non cadere in un atteggiamento di estremo

relativismo culturale. Il soggetto (sia esso paziente o medico) è un produttore di senso e significati storicamente e politicamente plasmato: vedremo in seguito quanto questi tre corpi interagiscano a tessere la condizione del migrante malato (Sheper Hughes e Lock, 2006, pag. 151-154).

Chiusa questa parentesi, al di là delle incomprensioni sul mio ruolo, senza dubbio la mediazione di Sokos (struttura in cui gli intervistati hanno fiducia e verso cui spesso provano riconoscenza) mi ha facilitato al fine di costruire con queste persone un terreno comune attraverso le narrazioni.

Byron Good ha elaborato l'approccio narrativo, al fine di mettere in luce il ruolo del corpo nei processi culturali: indagare la dimensione vissuta degli stessi, quindi l'esperienza, al fine di lavorare sui processi di ricostruzione del vissuto.

Le narrazioni della malattia ci mostrano un universo ben lungi dall'immagine biomedica di un malfunzionamento localizzato in una singola o più parti del corpo. Dalle interviste antropologiche condotte in contesti clinici emerge la malattia come radicata nella vita, nella storicità umana, nelle famiglie, nelle comunità. (Good, 2006a, pag. 241). Verrà approfondito nel prossimo paragrafo come malattia e dolore intacchino ogni aspetto dell'esperienza umana, non lasciando nulla di intatto.

Quindi è analizzando il racconto dei pazienti che possiamo avere accesso alle loro configurazioni della realtà: al fine di attivare questo processo di produzione di senso ho utilizzato come traccia per le mie interviste il questionario MINI, Mc Gill Illness Narrative Interview, cercando di analizzare quelle che Good ha individuato come le tre fasi di narrazione dell'esperienza del dolore: la narrazione, che traccia la storia (o mito di origine) della malattia (Good, 2006b, pag.237), la fenomenologia, che mette in luce la dissoluzione del mondo in seguito all'esperienza della malattia (Good, 2006b, p.243) e infine la simbolizzazione, che coincide con la "lotta per dare un nome" all'agente esterno che ha provocato la condizione di sofferenza (Good, 2006b, p.252).

È emerso in molte delle interviste svolte quanto le condizioni di irregolarità e marginalità in cui versano i pazienti (e ciò che ne consegue nella vita quotidiana) spesso siano collegate a doppio filo con il mito dell'origine della malattia: lavori pesanti, l'assenza di una tutela giuridica, mettono il migrante spesso nella condizione di non poter autodeterminare il proprio destino.

In questo caso per esempio R.M. Denuncia quanto le sue condizioni di lavoro

abbiano concorso al presentarsi della patologia di cui soffre.

A.: E la dottoressa che causa ha dato alla sua malattia? Per quale motivo le è venuta questa scoliosi improvvisa?

R.M.: Lei proprio non mi ha detto, ma il dottore che passava qua mi ha detto dell'età, la vecchiaia, mi hanno detto così però anche altri dottori qui della Sokos però lei che è una persona così calma così specializzata mi ha detto non solo dell'età ma anche il lavoro che fai tu, perché io faccio lavori molto pesanti con mia cugina.

A.: Che lavoro fate?

R.M.: Pulizie. Donna delle pulizie.

A.: Che chiaramente con il mal di schiena non è il massimo..

R.M. : Eh, sei anni. E anche il fatto della vecchiaia che è una cosa che succede normale, ma anche il fatto del lavoro.

A.: Ma quindi avete cambiato lavoro o avete continuato a fare il lavoro di prima?

R.M.: (Si mette a ridere) E no, non ho potuto cambiare lavoro anzi ho preso un lavoro più pesante ancor, sono andata a lavorare in cucina a fare l'aiuto cuoca. Trasportavo dei vassoi grandi e grossi così con dei quintali di peso e poi lei è molto cosciente. Altri dottori mi dicono “abbandoni il lavoro” ma come faccio io non c'ho mezzi. (Intervista a. R.M. in appendice)

O., camerunese di 19 anni, è giunto in Italia con l'obiettivo di diventare calciatore professionista. Dalla conversazione che abbiamo intrattenuto ho potuto constatare che egli fa coincidere con l'inizio della sua esperienza migratoria la comparsa dei sintomi della malattia: non si riconosce più, il suo corpo è cambiato e non gli permette più di compiere le stesse prestazioni calcistiche di prima

O.: [...] Delle volte anche alla schiena sento male ma quando ero in Camerun non ho mai avuto questi problemi. In Camerun sono andato in ospedale penso una volta, non è che andavo sempre all'ospedale perché io sono forte. Non ero uno sempre malato. Giocavo a

calcio posso dire ogni giorno.

A.: E secondo te è cambiato qualcosa nella tua vita da quando sei qui che ti ha portato a stare male?

O.: Eh sì, eh sì. L'alimentazione è un fattore. Perché da noi la nutrizione è molto forte perché è naturale e qui ho visto che non è come da noi. Qui ci sono molti prodotti dentro il cibo. Da noi ci sono molte verdure naturali che quando mangi hai la forza. Perché è un po' strano per me che ho fatto solo un anno, sono arrivato il 26 di Agosto e un mese dopo ho cominciato ad avere qualche problema. Si ho fatto esami ed esami ma questo non mi era mai successo. (Intervista a O. in appendice)

Per quanto riguarda l'aspetto della fenomenologia, richiama a tutti gli stratagemmi su cui ci siamo lungamente soffermati che hanno lo scopo di compiere un'oggettivazione del vissuto interiore del malato di dolore. Questa è la fase in cui emergono attrezzi, armi, mostri che divorano il sofferente dall'interno delle sue viscere: tutti elementi esterni al corpo, nemici del corpo. Nemici che è possibile sconfiggere ed espellere, perché per propria natura estranei all'uomo.

Concludendo con l'aspetto definito da Good la lotta per un nome, o simbolizzazione (Good, 2006b, pag.252) questo ultimo atto consiste appunto nella tanto agognata separazione del dolore come oggetto dal sé come soggetto: nel momento in cui alla malattia viene dato un nome classificandola all'interno di categorie diagnostiche, il paziente ha di fronte a sé un percorso di guarigione (o per lo meno di contenimento del dolore) possibile. L'orrore vero e proprio è il non sentire di avere possibilità di riscatto e si presenta quando questa speranza di guarigione viene disillusa in quanto la natura del dolore sfugge alla classificazione in categorie accettate e riconosciute dal paziente.

A.: Quindi è da due anni che è stato operato e che sta ancora male?

Mo.: Per due anni solo problema ernia, ora però ha detto che è diverso. Stomaco. Mi ha detto fai quell'esame questo esame questo quello... fatto tanti esami ma ancora non è pronto. Sono stanco, molto stanco.

A.: Praticamente non si riesce a capire da dove viene il male?

Mo.: Mi ha mandato in piazza Maggiore dove c'è Coop da signora che mi spiega tutto bene

ma siccome io non so bene l'italiano mi ha detto chiedi a qualcuno altro. Ma come chiedi a qualcuno altro? Queste cose, altre cose le capiscono il medico. Medico di adesso, signora, mi ha spiegato molto bene. Mi ha detto che c'è epatite c, b, ha detto così. Ancora nervoso io, molto nervoso. Sempre mi sento stanco stanco. (Intervista a Mo. in appendice)

Se c'è sofferenza non può esistere pazienza, ogni attesa è troppo lunga, provoca depressione e nervosismo, perché finché il dolore acuto non sparisce non c'è speranza di ricostruire il proprio mondo.

2.5 Il dolore cronico e la dissoluzione del mondo.

Alla distruzione del linguaggio su cui ci siamo lungamente soffermati si somma la distruzione del vissuto del malato di dolore. Una dissoluzione a cui sembra non esserci rimedio, in quanto uno dei presupposti fondamentali della vita quotidiana è che viviamo nello stesso mondo delle persone che ci stanno attorno, che il mondo che esperiamo e abitiamo è condiviso da altri. Ma per molte persone affette dal dolore cronico, questo presupposto viene messo in dubbio. Il loro mondo viene vissuto come diverso, come un regno che altri non possono pienamente sondare. Il dolore resiste infatti all'oggettivazione dei test medici standard; non ci sono misurazioni per il dolore, non sono possibili analisi biochimiche (Good, 2006b, 249). Esso resiste alla localizzazione e alla comunicazione. Come dicevamo all'inizio del capitolo, il corpo diventa centrale, il dolore totalizzante. Il corpo domina la coscienza e il dolore non diventa più il sintomo, bensì la patologia.

Se la certezza di un sollievo prossimo alimenta la resistenza o almeno attenua il lamento, il dolore aumenta fino al terrore quando è associato all'irrimediabile, quando minaccia di entrare nella carne in via definitiva. Il dolore cronico è un lungo e penoso ostacolo all'esistenza. Conosce intensità variabili che vanno dall'intermittenza, in cui gli effetti dolorosi sono distillati e hanno l'effetto di impedire il pieno svolgimento della vita quotidiana, alla continuità di un dolore che paralizza la maggior parte delle attività senza il conforto di un cambiamento prossimo.

S.: È qui per chiedere un appuntamento perché io ho una cervicale, tre ernie, artrosi e anche una lombare. Sto veramente male male male, faccio questo lavoro delle pulizie faccio due

orette poi bisogna andare proprio a letto. (Intervista a S in appendice)

Il dolore cronico va a colpire la possibilità di agire dell'individuo, di lavorare e quindi di autodeterminarsi, di sopperire alle proprie necessità, di essere autosufficiente. Ne impedisce le azioni e ne monopolizza i pensieri. Crea distanza perché immerge in un universo inaccessibile a chiunque altro (Le Breton, 2007, pag.39).

Secondo Schutz nella vita quotidiana il sé è esperito nelle vesti di “autore” delle proprie attività, come “artefice” delle nostre continue azioni, e quindi come un “sé indiviso e totale”. Agiamo nel mondo attraverso i nostri corpi; essi sono soggetto delle nostre azioni, ciò attraverso cui facciamo esperienza, comprendiamo e agiamo sul mondo. Il corpo del malato, e in maggior ragione il corpo del malato cronico, del “malato di dolore”, diventa un mero oggetto, incapace di avere un ruolo agente sul piano esperienziale. È un corpo che perde iniziativa sul sé, un sé che diventa deficitario, perde la sua integrità (Good, 2006b, pag. 247-248).

Contemporaneamente alla possibilità di agire, vengono annullati anche i contenuti della coscienza. Il dolore annulla non soltanto gli oggetti dei pensieri e dei sentimenti complessi ma anche gli oggetti degli atti più elementari della percezione. “Può cominciare distruggendo qualche credenza complessa e impegnativa, ma può anche (come è implicito nell'espressione “dolore accecante”) annullare la semplice capacità di vedere”. (Scarry, 1990, pag.87)

Il dolore è totale e totalizzante, elimina tutto ciò che non è dolore. Inizialmente si manifesta come un fatto interiore, terrificante ma limitato, alla fine occupa l'intero corpo e invade la sfera oltre il corpo stesso, assorbe interamente l'interno e l'esterno, li rende oscenamente indistinguibili, e distrugge sistematicamente qualunque cosa, come il linguaggio o il mondo, sia estranea o costituisca una minaccia alle sue pretese. Benché possa essere terribilmente limitato, esso consuma e sostituisce tutto il resto finché sembra diventare il solo fatto evidente e onnipresente dell'esistenza. Da qualunque prospettiva lo si consideri, la sua totalità si ripresenta ogni momento. Anche le descrizioni neurologiche e fisiologiche riconoscono costantemente la portata della sua presenza. Il suo dominio del corpo, per esempio, è dimostrato dal fallimento dei numerosi tentativi di eliminare chirurgicamente le vie del dolore, perché il corpo ne genera rapidamente, spontaneamente ed incessantemente delle altre (Scarry, 1990, pag.

87-88).

Il dolore distrugge il mondo perché invalida la nostra capacità agente: nel caso dei pazienti da me intervistati, parte integrante del loro essere nel mondo coincide con il loro stesso progetto migratorio. Il dolore che impedisce loro di lavorare, o che ne limita le prestazioni, distrugge il loro stesso status di lavoratori migranti.

Il giovane paziente camerunese da me intervistato ha intrapreso il proprio progetto migratorio col sogno di poter diventare calciatore professionista in Italia. Ma una volta giunto qui le speranze sono state disilluse in seguito al presentarsi di un dolore cronico che riesce a sopportare non troppo a lungo, e quindi gli impedisce di svolgere una normale attività agonistica..

A.: Tu vuoi fare il calciatore di mestiere?

O.: Eh sì. Ho trovato una squadra ma siccome mi fa male non posso giocare perché per giocare devi essere in forma. Sto facendo la preghiera che questo dolore se ne va. L'anno scorso ho anche fatto riposo, alla fine del campionato quando era praticamente tutto finito ho fatto 2 mesi riposo. (Intervista a O. in appendice)

Il sopraggiungere del dolore si contrappone fra il soggetto e il buon esito del suo progetto migratorio. Al dolore si accompagna la disillusione.

Anche per questa ragione nel caso del paziente migrante depressione e dolore cronico si implicano a vicenda: emerge tanto nelle interviste fatte ai pazienti quanto in quella fatta alla dottoressa.

A.: Ma pensi che la condizione di irregolarità dei tuoi pazienti, le loro condizioni di vita possono...

C.: Sì e soprattutto per il dolore secondo me c'è una componente di disagio importante. Cioè tu senti di più il dolore quando ti trovi in una situazione di debolezza psicofisica. Fisica perché sei costretto a fare un lavoro che sai che ti fa male, psicologica perché hai delle fragilità, ti trovi in una condizione di insicurezza. Quindi per me sicuramente il dolore è più presente, ecco. Lo vedi perché pian piano che si sistemano trovano lavoro stanno meglio da tutti i punti di vista. Hai capito è per quello che io tendo molto a mandarli dallo psicologo quando posso anche se trovo un po' di resistenza. È molto importante.

A.: Quindi molti dei tuoi pazienti poi vanno dallo psicologo?

C.: Quando posso io li mando. Quasi tutti. Non tutti perché ci sono delle cause meccaniche organiche come ti ho detto, discopatie eccetera però a queste si sovrappongono delle situazioni di disagio psicologico che anche aggravano la somatizzazione del dolore, lo sentono di più. Per poter aiutare la cura e il paziente in modo quello che io faccio abbia risultato e loro stessi ne abbiano beneficio, perché ci sono delle persone che sono così tanto sfiduciate che qualsiasi cosa tu gli faccia, se gli fai anche un po' di male se ne vanno. C'è chi non è mai più tornato. Capito? (Intervista a dott. C. in appendice)

Dolore, depressione, irregolarità: tre condizioni inscindibili che si aggravano vicendevolmente. Attraverso l'utilizzo di categorie diagnostiche proprie dell'ambito biomedico (primo fra tutti il concetto di *somatizzazione*), emerge l'evidenza di uno sguardo e di una sensibilità che porta a considerare il paziente come un *unicum*, portatore e creatore di esperienze che incidono fortemente nella percezione stessa del dolore e di conseguenza nella guarigione.

C.: [...] Sì la componente psicologica ci tengo a dire che è importante. Quando si comincia a fare una terapia, si son fatti degli studi, sui placebo. Per esempio c'è un esempio sulla magnetoterapia che fino a 10 anni fa anche 15 quando era possibile farlo con la mutua era una terapia frequentissima. E con la macchina spenta, c'era non dico ...

A.: C'era poca differenza?

C.: Non poca ma non tantissima... dipende da come il paziente crede che tu lo curi. Se crede che lo curi è già proiettato verso la guarigione hai capito? Se ha un buon impatto con il medico è già... hai capito? Noi siamo una macchina unica, siamo un'unicità, quindi tanto più riusciamo ad avere un rapporto positivo fra psiche e corpo tanto più riusciamo a rendere valido qualsiasi trattamento che facciamo, è molto più importante salutare una persona, chiederle come sta piuttosto che farle la cura. (Intervista a dot. C. in appendice)

La dottoressa che pratica la terapia del dolore sui pazienti del Sokos consiglia a tutti loro di rivolgersi allo psicologo. Ma non sempre il paziente accetta di buon grado:

O.: [...] sono arrivato il 26 di Agosto e un mese dopo ho cominciato ad avere qualche problema. Sì ho fatto esami ed esami ma questo non mi era mai successo. È anche ad un

livello psicologico.

A.: Ma hai pensato di andare a parlare con lo psicologo qua?

O.: No no io non sono abituato, è adesso che vado all'ospedale spesso, non sono abituato ad andare dallo psicologo, parlare dei problemi...

A.: Non credi che ti possa aiutare...

O.: Ecco, perché non è un problema di questo livello per me. Per me parlare con lo psicologo è come parlare con qualcuno, è come parlare con te, con un amico. Ma non mi sembra che quando parlo con lo psicologo lui ha la bacchetta magica che mi può fare passare il male. Non è che ho un problema mentale, è che è psicologico perché voglio che questo dolore se ne va. (Intervista a O. in appendice)

In questo caso siamo di fronte ad un evidente conflitto fra i modelli esplicativi di paziente e medico. La dottoressa propone di recarsi dallo psicologo, mossa da quella sensibilità per il paziente che le fa comprendere che il disagio che le si presenta di fronte non riguarda solo un piano meramente fisico. Ma quest'ultimo rifiuta con asprezza, perché per lui è il dolore che causa il “problema a livello psicologico” e non viceversa. Se il dolore passerà, scomparirà ogni segnale di depressione. È un calciatore, il suo corpo è uno strumento per raggiungere un obiettivo, una macchina formata da muscoli e ossa, allenata per avere un buon rendimento sul campo. Il suo progetto migratorio è finalizzato alla riuscita della sua carriera sportiva e finché il corpo non sarà in grado di dare le prestazioni di un tempo (quelle di solo un anno fa, in Camerun) non ci sarà speranza di riscatto. A che serve uno psicologo?

Le Breton sottolinea come viga sempre il timore di una diagnosi di “dolore psicologico” nei pazienti per cui sia difficile individuare le cause della sofferenza di cui sono affetti: “psicologico” suona inevitabilmente come “immaginario” come un giudizio morale dato dal medico al paziente, una mancanza di fiducia (Le Breton, 2007, pag.146).

Nell'articolo 4 dello statuto che regola l'associazione Sokos viene espressamente decretato, fra i principi fondatori, che la salute non consta solamente nel funzionamento del corpo biomedicalmente inteso, e la guarigione non consiste unicamente

nell'aggiustamento dell'organismo macchina, ma nel sanare l'esperienza umana nella sua totalità. Salute e benessere sociale si implicano vicendevolmente:

«La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattia o di infermità. Il possesso del migliore stato di salute conseguibile costituisce uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano, qualunque siano la razza, la religione, le opinioni politiche e le condizioni economiche e sociali: la salute dei popoli è una condizione fondamentale per la pace e la sicurezza del mondo e dipende dalla collaborazione più stretta degli individui e degli Stati».

CAPITOLO 3. MIGRAZIONE E DOLORE CRONICO.

In questo capitolo stringiamo il cerchio e inquadrriamo il nostro soggetto di ricerca: il paziente migrante che si sottopone alle sedute di terapia del dolore al Sokos, clandestino (ma non solo), spesso lavoratore irregolare. Infine cercherò di mettere in luce come la condizione di migrante (e il suo impatto su vita e lavoro) influenzi e determini l'origine della malattia, del dolore, la sua cronicizzazione e anche la sua stessa percezione.

3.1 Migrazione: fatto sociale totale e *doppia assenza*.

Le migrazioni fanno parte delle mobilità umane e in quanto tali sono presenti in tutte le società, come fatti collettivi o individuali indotti da cause molteplici: esse sono spesso inconsapevolmente atti di libertà, di aspirazione e di emancipazione, atti intrinsecamente sovversivi (Palidda, 2008, p. 45).

I pazienti che si sottopongono alla terapia del dolore a Sokos, sebbene provenienti da diversi paesi, con storie molto differenti l'una dall'altra, patologie differenti con origini diverse, lavoratori e non, regolari e non, possiedono tutti una lampante caratteristica comune: essi hanno intrapreso, nelle modalità più disparate, un progetto migratorio al fine di migliorare le proprie condizioni di esistenza. Palidda, nell'introduzione italiana a *“La doppia assenza”* di Sayad (importantissimo contributo alla scienza delle migrazioni, come vedremo in seguito), sottolinea che il carattere più profondo della migrazione è quello politico: essa è, appunto, l'aspirazione a migliorare la propria vita, la cui maturazione

«nasce quando un essere umano non è più soddisfatto della propria condizione, di sé stesso, di ciò che il mondo in cui vive gli offre o di ciò a cui può aspirare o conquistare in esso. È un atto che appare necessario o imperiosamente urgente sia quando non farlo può produrre rischi più gravi di quelli in cui si incorre migrando, sia perché la frustrazione generata dal non farlo può essere percepita, consapevolmente o inconsapevolmente, come negazione dell'essere stesso.» (Palidda, 2002, p. XIII)

Le migrazioni vanno considerate come *fatto sociale totale*⁹ in quanto coinvolgono ogni aspetto concreto, ogni sfera, ogni elemento, ogni rappresentazione della vita del migrante, siano esse appartenenti alla sfera economica, sociale, politica, religiosa.

Sayad compì un'attenta analisi dei processi migratori, proponendo una prospettiva nuova: lo studio della migrazione risultò essere, per il sociologo della scuola di Pierre Bourdieu, un lavoro epistemologico critico sulle scienze sociali dominanti, sul pensiero di stato, impegnato a trovare una “scienza delle migrazioni” che non fosse una produzione di saperi utili al miglior sfruttamento delle migrazioni o una scienza che riduce la migrazione a un fenomeno unicamente economico-demografico. Finì così per elaborare una teoria delle migrazioni unica per la sua coerenza anticonformista, nella quale emergeva la “funzione di specchio” che le migrazioni risultano avere, rivelando le più profonde contraddizioni di una società, della sua organizzazione politica e delle sue relazioni con le altre società.

L'immigrato, dice Bourdieu nella prefazione al libro di Sayad, è *atopos*, senza luogo, fuori luogo, inclassificabile: esso si situa alla frontiera dell'essere e non essere sociali (Sayad, 2002, pag. 6).

Né all'interno della società di partenza né in quella di arrivo i migranti vengono ritenuti titolari di diritti pari a quelli dei cittadini: l'immigrato esiste solo per difetto nella comunità d'origine e per eccesso nella società ricevente, generando periodicamente in entrambe recriminazioni e risentimento e vivendo (e incorporando) quella che Sayad chiama la “doppia assenza”. È qui che prende corpo, come la definisce Ben Jelloun, l'estrema, doppia solitudine del migrante, orfano della propria cultura e spesso incapace di costruire rapporti sociali ed affettivi efficaci nella società d'arrivo: .

«Nostalgia, solitudine, incertezza, miseria sessuale e affettiva disegnano un *continuum* di emozioni e di esperienze dominato dall'ambivalenza, un continuum nel quale non è difficile riconoscere sfumature e profili tutt'altro che sovrapponibili.» (Beneduce, 2007, pag.249)

La nostalgia, di cui parla Beneduce, ha avuto molto successo nella storia dell'analisi delle migrazioni, poiché viene interpretata come emozione che traduce determinati rapporti sociali, storici, ed economici (oltre che simbolici): i problemi della precarietà,

9 Mauss utilizza per la prima volta il concetto di “fatto sociale totale” nella sua teoria del dono, utilizzandolo per indicare ogni aspetto specifico della cultura che è in relazione con tutti gli altri.

la frustrazione dei progetti originari e la necessità di mentire a se stessi e alla propria famiglia costituiscono i materiali di un *manque à être* che sarebbe caratteristico, secondo Bastide di ogni immigrato. Questo sentimento spesso si traduce, nel corso dei dialoghi da me intrattenuti con i pazienti, nel rimpianto verso le condizioni di esistenza vissute nel paese di provenienza, il nucleo familiare, il clima, la cucina: questo porta spesso a ricondurre la loro stessa malattia, il loro dolore, alla nuova condizione (per il lavoro, il clima, la nuova alimentazione).

Fuori posto nei due sistemi sociali che definiscono la sua non esistenza il migrante si misura quotidianamente con quell'insopprimibile dose di incertezza che de Martino definì nel 1948 *crisi della presenza*¹⁰. Ben distante dall'essere una caratteristica circoscritta nell'universo locale narrato da de Martino e ormai superata, è facile rendersi conto di come il presente a dispetto di ogni previsione abbia visto moltiplicarsi i rischi e le incertezze per gli individui, soprattutto nel caso in cui si tratti di uomini e donne provenienti da mondi simbolici e morali differenti che si ritrovano a negoziare ruoli e significati (Beneduce, 2006, pag.15) , o più “banalmente” diritti, doveri, condizioni di vita, dignità.

Le categorie di autoctono e straniero operano su interazioni quotidiane e processi sociali quando si tratta dell'accesso a beni materiali o simbolici (Beneduce, 2006, pag. 22) perché esse sono a priori categorie stigmatizzanti.

Esiste negli Stati una necessità di inserire lo straniero in arbitrarie categorizzazioni culturali, che suddividono i migranti in razze, etnie, comunità, entità culturali o religiose nelle quali essi “spontaneamente” si collocano, essendo privati della possibilità di trovare altri spazi. La società di inserimento finisce per trarre giovamento da tale operazione di “autocollocazione”: essa risponde al bisogno di classificare, sorvegliare, selezionare, disciplinare e punire. L'etichettamento dei migranti che ne consegue, in base alle loro origini o al giudizio superficiale sui loro comportamenti, viene definito da Palidda un tipico atto di “nominazione autoritaria” e

10 De Martino sostiene che l'esperienza emozionale intensa, come nel caso del dolore e della sofferenza, è uno dei momenti in cui si produce quella che egli chiama “crisi della presenza”, intesa come smarrimento della propria capacità di agire, come crisi del proprio modo di stare al mondo. In queste circostanze la sofferenza e il dolore non sono sensazioni “metafisiche” ma costituiscono il momento drammatico nel quale la dimensione soggettiva e quella culturale, sociale e politica si intrecciano in un'unica storia (Pizza, 2006, p.105).

« [...] si traduce nelle imposture sulle identità, cioè nel negare loro la possibilità di esprimersi liberamente, costringendoli a collocarsi nelle categorie che la società d'immigrazione impone.» (Palidda, 2008, pag.2-3)

Dal Lago a tal proposito pone l'accento sull'inquietudine che gli immigrati generano, cioè la presunta minaccia che creerebbero tra chi li “ospita”: essa nascerebbe dal fatto che i migranti sono soggetti de-territorializzati e parzialmente de-culturati, che con la loro esistenza dimostrerebbero che territorio e cultura non sono indispensabili all'esistenza:

«Interpretando gli stranieri come “culture” la nostra società pensa di conoscerli e si sente rassicurata perché ha paura della loro fluidità e della loro mobilità, non della loro estraneità culturale, soprattutto se minoritaria e recintata. In realtà, il migrante minaccia la pretesa che una cultura coincida con un territorio, non è rappresentativo della sua presunta cultura originaria, ma è un individuo che ha messo in atto un assemblaggio di culture diverse, insomma un ibrido, un “meticciamiento”. Il migrante suscita sospetto, paura e ostilità, perché, che lo voglia o no, è un veicolo di ibridazione.» (Dal Lago, 2006, pag. 45)

A proposito di “categorizzare il migrante” Etienne Balibar, ha avuto modo di osservare che quella di immigrato è una *categoria totalizzante* che coniuga in uno stesso concetto criteri culturali e criteri di classe. Sayad ci ricorda che è consuetudine individuare con il termine *immigrato* una specifica categoria di straniero: quello di bassa condizione sociale (Sayad, 2002, pag. 271). Questo aspetto non va messo da parte quando cerchiamo di indagare le origini della sofferenza (sia essa fisica o psichica) in quanto concorre a determinare la condizione di particolare vulnerabilità in cui essi versano.

Per quanto riguarda invece il rapporto che il migrante intrattiene con la società di provenienza (secondo termine della “doppia assenza”) diverse sono le analisi che si sono succedute per inquadrarne le caratteristiche principali. Nonostante la peculiare unicità di ogni esperienza migratoria, fattori contingenti (crisi sociali ed economiche, conflitti bellici e violenze strutturali, persecuzioni, torture) concorrono ovunque a mettere in crisi l'idea “romantica” della migrazione come scelta razionale ed autonoma (Beneduce, 2007, pag. 259). Per spiegare il disagio psicologico che spesso accompagna la vita dei migranti, Beneduce individua nelle aspettative che la comunità di origine e/o

famiglia ripongono sul di lui progetto migratorio la causa di un gran numero di sofferenze. Soprattutto per quanto riguarda migranti provenienti da piccoli centri e da zone rurali solo un buon esito giustificerebbe agli occhi della comunità di origine l'amputazione subita, altrimenti “quell'amputazione sarà sentita sempre come un tradimento, perdita, e farà soffrire il corpo sociale alla stregua di un arto fantasma (Beneduce, 2007, pag. 254)”. L'emigrazione, anche se può essere considerata giustificata, risulta sempre sospetta, contiene sempre al suo interno, segretamente, il timore di un “tradimento”, di una “fuga” e al limite di un rinnegamento. Se accade un “incidente di percorso”, e il progetto migratorio compie una leggera “deviazione”, emerge il senso di colpa, perché l'atto di emigrare incarna in sé un *peccato originario consustanziale* (Beneduce, 2007, pag. 255): il timore dei sospetti di tradimento quando non si è in grado di inviare rimesse e di mantenere un contatto costante con i propri familiari è sempre in agguato.

Il fallimento (a differenza della buona riuscita economica, di cui spesso beneficia il nucleo familiare di provenienza) in questo senso è sempre personale e decontestualizzato, non è possibile collocarlo in un discorso ed in una rappresentazione collettivi; risulta quindi davvero molto difficile per l'immigrato giustificarlo e rappresentarlo in modo accettabile ai propri familiari e, più in generale, al contesto sociale di appartenenza.

Nel rapporto dell'emigrante con la propria comunità di origine si gioca quindi una dinamica per molti aspetti paradossale che si articola tra il legame e lo svincolo; le rimesse stesse trascendono, da questo punto di vista, il loro valore esclusivamente economico ed assumono il significato di una intenzione ad esserci, sono un veicolo di conferma dell'appartenenza, che il legame non è spezzato. Ciò che caratterizza la dimensione centrale di questa ambivalenza è appunto il desiderio di non separarsi completamente dal soggetto che migra, ma al contrario di mantenerlo in qualche modo inscritto nel contenitore di appartenenza comune.

Se il gruppo di provenienza vivrà sempre l'allontanamento di un elemento come una violenta amputazione, più ambiguo invece è l'atteggiamento degli Stati di provenienza: Albert Memmi, sociologo tunisino, definisce la migrazione il “risultato di un accordo, più o meno esplicito, tra il desiderio degli individui, la compiacenza dei loro governi e le esitazioni del paese di destinazione” (Memmi, 2006, pag. 73). La “compiacenza dei

governi” (riferendosi in particolar modo a quelli degli Stati nati dalla decolonizzazione) di cui parla il sociologo nascerebbe nel momento in cui le risorse locali, nonostante i progressi, sono sempre meno in grado di venire incontro alla crescente domanda di lavoro e denaro per soddisfare i fabbisogni minimi e quindi, impotenti di fronte a ciò, i suddetti governi finirebbero inevitabilmente per incoraggiare tale forma di sfolgimento della popolazione.

Concludendo, il migrante è sempre in tensione fra la sua identità di *emigrato* e di *immigrato*, e l'antropologia medica critica applicata lo analizza come corpo senziente soggetto a tutte quelle forze sociali che ne influenzano e determinano le azioni e il destino.

3.2 Il migrante e il suo corpo come strumento di lavoro.

Uno degli spazi di cui abbiamo parlato in precedenza, quelli che il migrante va ad occupare spontaneamente nella società d'arrivo perché ne ha bisogno o perché scopre di poterne trarre vantaggio, coincide generalmente con un determinato spazio collocato nel mondo del lavoro (regolare e non).

In merito a ciò Balibar e Wallerstein nei loro studi hanno analizzato le migrazioni in rapporto a dinamiche della globalizzazione e mercato internazionale del lavoro, ma anche in relazione alle nuove forme attraverso le quali le comunità e le nazioni si sono trovate interpellate sulle questioni dell'etnicità, dell'identità, delle appartenenze. *L'etnicizzazione del lavoro* rappresenta un fenomeno rilevante delle recenti migrazioni, caratterizzato da contraddizioni laceranti e problemi specifici (le questioni di genere, per esempio, quali quelle che hanno trovato espressione fra le donne peruviane e filippine, solitamente occupate come colf, o quelle nigeriane spesso vittime della tratta) (Taliani, Vacchiano, 2006, pag. 48). I pazienti del Sokos che si sottopongono alla terapia del dolore non si sottraggono a questa categorizzazione: per la maggior parte si tratta di persone che si occupano di assistere persone anziane, o che svolgono lavori pesanti (come quello delle pulizie).

Sayad considera il lavoratore immigrato un “*lavoratore coloniale*”, un colonizzato, incitato a vivere nel paese dominante, ma anche un “autocolonizzato”, in quanto l'esercizio del potere viene assorbito dai corpi e dalle menti, attraverso la sua

interiorizzazione da parte dei dominati: esso andrà automaticamente ad occupare quei posti che gli sono riservati nel mondo del lavoro senza particolari aspettative e con rassegnazione, indipendentemente spesso dalle proprie competenze e dal personale livello di istruzione.

Quindi il lavoratore immigrato, continua Sayad in un altro punto del suo saggio, non è altro che corpo: esso è prima di tutto il suo corpo, la sua forza corporea e la sua presenza attraverso il suo corpo biologico, diverso dagli altri corpi. L'importanza organica del corpo in fondo non è altro che l'importanza di esso in quanto organo, cioè essenzialmente come forza lavoro.

Il corpo “è il primo e più naturale strumento dell'uomo¹¹”: esso è oggetto di rappresentazione e presentazione di sé, sede dell'affetto e dell'intelletto, strumento di lavoro e, infine, luogo di espressione della malattia, come vedremo in seguito (Sayad, 2002, pag. 242).

Nell'intervista fatta alle due cugine brasiliane di cui ho già parlato nel capitolo secondo, emerge chiaramente l'identificazione che esse fanno del proprio corpo come proprio primo strumento di lavoro, come *utensile*, il quale deve essere a tutti i costi funzionale. Esse raccontano con fierezza della quantità di ore lavorate quando erano in salute (prima che, secondo la loro stessa ricerca delle cause, il lavoro stesso causasse le problematiche alla rachide a cui sono soggette) definendosi delle “*extracomunitarie esagerate*” :

R.M.: No non ce l'ho artrosi, (si mette a ridere) ancora no eh! Io penso piuttosto che il nostro sia lo stress, il lavoro pesante.

A.: Chiaramente dare la cera, fare lavori dove sollevi pesi ...

R.M.: Io e lei siamo extracomunitarie esagerate, perché lei spostava i mobili, faceva tutte quella cose...

A.: Quante ore al giorno?

R.M.: Eh ne abbiamo fatte di ore nella nostra vita...

11 Marcel Mauss, 1936.

S.: Eh dipende, perché quando arrivata lavoravo anche dieci ore. Oggi no, pian piano le cose si stanno sistemando e oggi lavoro otto ore, quattro ore al mattino che è anche meglio...

R.M.: Però quando facevamo alla settimana anche cinquanta ore, per quattro anni lavoravamo anche dieci- quattordici ore al giorno.

S.: Ci siamo trascurate un po' in questi anni.

Quello che le due pazienti si aspettano (ed ottengono) dalla medicina è che risolva nell'imminente la loro problematica dolorosa, che il farmaco sortisca il compito per cui viene preso: rendere di nuovo i loro corpi silenziosi e docili strumenti di lavoro. Fino al ripresentarsi del sintomo doloroso, che attraverso il farmaco verrà di nuovo contenuto: non è pensabile cambiare stile di vita, facendo lavori meno pesanti, reclamare diritti e le giuste ore di lavoro. Un comportamento del genere porterà inevitabilmente ad una cronicizzazione del dolore.

R.M.: [...] È più facile essere schiavo, così fai niente, fai finta di niente quando cerchi lavoro e quando l'altra parte si rende conto che ti sei svegliato un po', che capisci un po' allora le porte si chiudono, non è facile urlare, quando si urla tante volte si perde. Anche se ci sono i diritti non so neanche se vale la pena lottare. (Intervista a R.M. e S. in appendice)

Le iniezioni della dottoressa di Sokos risultano essere, oltre la risorsa più accessibile economicamente (in quanto gratuita), anche quella con il risultato più immediato: la maggior parte dei pazienti ha giovamento dopo solo qualche seduta, se non già dopo la prima. Altre terapie che sul lungo periodo sortirebbero risultati migliori per le patologie alla rachide di cui le due cugine soffrono, come ad esempio la fisioterapia, vengono messe da parte perché costose o efficaci se praticate con costanza.

R.M.: [il medico] mi ha detto sempre di fare la fisioterapia, mi ha mandato al centro fisiatrico dove fare ginnastica posturale e insegnano gli esercizi da fare anche da sola insomma perché la fisioterapia costa troppo mentre quella è una visita che costa solo il ticket 36 euro. E devo vedere se riesco a farla la prossima settimana perché poi rinizio a lavorare e non c'ho tempo di farla. Uno si trascura un po' ... come si fa. (Intervista a R.M. in appendice)

Nell'atto migratorio avviene una vera e propria modificazione del rapporto col corpo in base ai cambiamenti verificatisi nell'ambiente fisico e sociale in cui il corpo è immerso. L'abbandono della vecchia routine, l'inattività, impossibilità di lavorare, impotenza o al contrario lavori eccessivamente pesanti: tutti gli schemi corporei (l'incorporazione del mondo naturale e sociale) sono alterati, nello stesso modo in cui è alterato il mondo incorporato.

L'immigrato fa esperienza di un inedito modo di vivere il proprio corpo (passa da società spesso basate sull'identificarsi col gruppo, nelle quali il gruppo è presente in ognuno degli individui ad una società intesa come insieme di individui, ognuno percepito come entità distinta), scopre il proprio corpo diverso da quello degli altri e allo stesso tempo diverso da quella rappresentazione che si era fatto fino a quel momento e che gli veniva rimandata dal gruppo in cui si identificava. L'individualismo generalizzato nel nostro universo economico e sociale, diventa una vera e propria morale che viene inculcata attraverso la regolazione dei comportamenti (Sayad, p.270).

L'immigrato ha ragion d'essere, la sua presenza è legale, autorizzata e legittima solo se subordinata al lavoro *regolare*. L'immigrato fa esperienza del proprio corpo come unità biologicamente individualizzata, non solamente nel lavoro ma anche nelle azioni che compie per soddisfare i suoi bisogni organici (per esempio alimentarsi, viene spogliato di tutte le sue funzioni dell'atto collettivo e condiviso del pasto per essere solo l'appagamento della necessità fisiologica di nutrirsi) (Sayad, 2002, pag. 272).

Palidda ha messo in luce come nel nostro paese si possa parlare di una quasi totale impossibilità di migrazione regolare; è ben noto, infatti, che le politiche legislative degli ultimi anni hanno messo in crisi il modello migratorio tradizionale, che prevedeva la possibilità di accedere allo statuto di regolarità attraverso il lavoro. Il sistema di gestione delle politiche migratorie, sempre più orientato ad ostacolare la migrazione clandestina invece che a governare il fenomeno favorendo gli ingressi regolari, sembra essere imperniato sulla percezione dell'immigrato come pericolo per la nostra società. Tutto ciò pare fortemente in contraddizione non solamente con il ruolo dei migranti nel nostro mercato del lavoro, ma anche con ciò che molti analisti da tempo sottolineano, ossia la centralità della presenza di immigrati per il mantenimento stesso del sistema del *welfare* italiano.

3.3 L'irruzione della malattia nel vissuto del migrante.

Alla luce dell'identificazione immigrato-corpo-forza lavoro, come visto nel caso delle due cugine brasiliane da me intervistate, è chiaro quanto sia proprio in occasione della malattia e delle sue conseguenze che diventano più evidenti le contraddizioni costitutive della condizione stessa dell'immigrato.

L'analisi medico-antropologica (che negli ultimi anni ha trovato un fertilissimo campo di ricerca nelle migrazioni) ha visto i natali negli anni Quaranta, occupandosi in tempi diversi della struttura, degli attori, e della logica dei sistemi medici locali; dei molti profili dell'efficacia terapeutica e dell'efficacia simbolica; della percezione, della costruzione culturale e della produzione sociale della malattia: della decostruzione del concetto di culture-bound syndromes; della narrazione della sofferenza; delle nozioni di corpo e incorporazione; dell'esperienza del dolore cronico. Gli anni Settanta hanno assistito ad una svolta particolarmente impegnata e critica, al cui interno si sono intrecciati i riferimenti alle opere di Gramsci, Foucault, Bourdieu, sviluppando approcci originali alle dimensioni politiche della sofferenza e della cura, alle ineguaglianze nell'accesso alle risorse sanitarie, alla povertà e alla violenza, ai rapporti di potere o alla genealogia delle categorie diagnostiche (Beneduce, 2006, pag. 25-26). Da ciò ha tratto origine l'antropologia medica critica e applicata teorizzata da Nancy Scheper Hughes e basata sul *paradigma dei tre corpi*: l'analisi dell'interazione fra corpo individuale (inteso nel senso fenomenologico del sé cosciente), corpo sociale (cioè le costruzioni culturali del e sul corpo) e corpo politico (tutto ciò che riguarda il potere e il controllo sul corpo) risulta indispensabile per comprendere l'esperienza dell'affacciarsi della malattia e del dolore nella vita del migrante. Concludendo con queste premesse teoriche, incominciamo a descrivere la malattia nella forma peculiare con cui io sono venuta in contatto durante lo svolgimento della mia ricerca: il dolore cronico o di lunga durata.

Il dolore cronico, come già abbiamo avuto modo di approfondire nel capitolo precedente, rappresenta la sofferenza meno socializzabile, meno comunicabile, e di conseguenza più soggetta a biasimo in quanto talvolta interpretata come debolezza o mancanza di coraggio (Pizza, 2006, p. 112). La presa in carico di esso da parte di una struttura medica fornisce al dolore lo statuto di malattia, indispensabile per il malato al

fine di attribuire un senso alla propria condizione.

Alla mia domanda per individuare la patologia del paziente esso può quindi rispondermi “dolore”:

A.: Per quale problema viene il signore?

J.: Per dolore. (Intervista a J. in appendice)

Il riconoscimento della legittimità del dolore come malattia attribuisce al sofferente uno “statuto di malato” (concetto che però approfondiremo nel capitolo successivo).

Iniziando questa ricerca sulla terapia del dolore a Sokos pensavo che sarei venuta in contatto unicamente con pazienti irregolari, senza permesso di soggiorno, senza lavoro o lavoratori “in nero”; in realtà mano mano che proseguivo con la mia esperienza di segreteria e con le mie interviste ho potuto constatare che la terapia del dolore, a differenza di tutte le altre attività ambulatoriali svolte a Sokos, vede l'accesso di un gran numero di migranti regolarizzati: questo mi ha portato a compiere un'ulteriore riflessione.

Per la maggior parte dei pazienti muniti di permesso di soggiorno il lavoro risulta essere indispensabile al fine di mantenere il proprio status di “regolare”: di conseguenza la guarigione dal, o il contenimento del dolore è essenziale, perché è ciò che permette di continuare a svolgere le proprie mansioni lavorative che sono principalmente (per non dire sempre) fisicamente faticose.

Nel caso invece dei pazienti irregolari, le prospettive lavorative (e quindi di un'eventuale regolarizzazione) sono essenzialmente rimandate a dopo l'avvenuta guarigione:

Mo.: Problema è che io prima portavo pubblicità. Ma ora non posso camminare molto, per più di mezzora. Dieci-quindici minuti va bene, ma per più di mezzora non posso camminare. (Intervista a Mo. in appendice)

Con la malattia, insomma, crolla tutto l'equilibrio precedente, precario e costruito pezzo per pezzo: essa priva del proprio status sociale, e di conseguenza dalla medicina e

dalla guarigione il malato si aspetta la restituzione della propria identità di immigrato.

Il carattere sociopolitico della sofferenza risiede nella dimensione politica dell'esperienza del dolore. Nonostante esso sia incomunicabile, difficilmente socializzabile, spesso confinato nella dimensione individuale, il dolore permanente ha un carattere pratico, poiché produce una trasformazione concreta dell'esistenza quotidiana (Pizza, 2006, pag. 115). L'immigrato non riesce a venire a patti con questa trasformazione, con la deficienza che lo colpisce e soprattutto con le ripercussioni che essa provoca sulla propria condizione. E non ci riesce nemmeno con le sanzioni imposte da un apparato medico che ha l'unica intenzione oggettiva di attuare una terapia per correggere i disturbi organici e psichici debitamente constatati e iscritti in una nosologia che prende in considerazione solo l'individuo portatore dell'affezione. All'immigrato, incerto sul proprio status, non resta che rifugiarsi nella malattia come nuova condizione ontologica (Sayad, 2002, pag.244).

Ciò che chiede l'immigrato alla medicina è di restituirgli il precedente equilibrio: permettergli di lavorare e portare a buon esito il progetto migratorio stesso.

3.4 Dolore come incorporazione dell'ineguaglianza.

Secondo Brooke G Schoepf il compito dell'antropologo non si ferma all'analisi di significati e simboli ma esso deve considerare la malattia un'incorporazione della disuguaglianza e dell'ingiustizia sociale e indagarla in quanto tale (Pizza, 2006, p. 98).

A Sokos sono venuta in contatto con pazienti nei cui racconti di vita ho riscontrato, nonostante la peculiarità di ogni storia, una comune fragilità e impossibilità di agire di fronte all'origine della loro sofferenza e alle condizioni che ne causano il perpetuarsi: la loro malattia in questo senso emerge come incorporazione biologica delle disuguaglianze sociali (Quaranta, 2006, pag.263). Come abbiamo già avuto l'occasione di sottolineare, la maggior parte di queste persone mi ha raccontato di svolgere lavori estremamente pesanti (come quello delle pulizie o della cura degli anziani) e in seguito di aver riscontrato il presentarsi di sintomi di patologie essenzialmente di natura muscolo-scheletrica: scoliosi, ernie, cervicali, artriti.

In questi casi il percorso migratorio stesso ha segnato l'inizio della malattia e del dolore: le condizioni di vita in costante precarietà, il duro lavoro senza la minima tutela

giuridica, il bisogno di risorse costringe spesso a mettersi in condizioni che generano inevitabilmente patologie dolorose e le perpetuano. La storia di R.M. (simile per altro a quella di sua cugina, anch'essa paziente della terapia del dolore al Sokos) che denunciava quanto il lavoro di donna delle pulizie avesse concorso anche secondo il parere medico al presentarsi della patologia di cui soffre, ne è un chiaro esempio: impossibilitata sia a cambiar lavoro sia a permettersi costose e lunghe riabilitazioni dal fisioterapista, per il suo problema alla schiena è costretta a metodi più "sbrigativi": le iniezioni della dottoressa le hanno "risolto" in fretta il problema, permettendole di continuare il suo lavoro come donna delle pulizie. Il dolore in questo caso è stato rimosso, anche se è stato impossibile rimuoverne le cause, d'altro canto "gli oppressi accettano la loro situazione come naturale e inevitabile, anche quando le relazioni sociali e umane sono gravemente distorte e ingiuste"(Scheper Hughes e Lock, 2006, pag.186).

Diverso è il caso invece dello zio di J., salvo per un aspetto comune: l'impossibilità di autodeterminare le proprie esistenze li ha costretti entrambi ad "ammalarsi di dolore". Incontro J. e lo zio per la prima volta in occasione della seconda seduta di iniezioni (quindi la seconda settimana, essendo l'appuntamento con la dottoressa a scadenza settimanale): J. accompagna lo zio, anziano signore eritreo giunto appena un paio di mesi prima in Italia. Il progetto migratorio è stato intrapreso proprio a fini medici: non essendo riuscito in alcun modo a curare, attenuare, contenere il proprio dolore cronico in patria è giunto qui, irregolarmente, dal nipote.

"Sta male sempre mica a volte. Sempre è un dolore continuo." mi dice il nipote a proposito della sofferenza dello zio.

A.: E da quanto tempo suo zio ha questo dolore?

J.: 37 anni.

A.: Sono 37 anni che sta male?

J.: Sì perché 35... 37 anni fa va in galera sette mesi poi è cominciato questo dolore.

(Intervista a J. in appendice)

J. dello zio è interprete: ma di fatto alla mia intervista risponde lui, nulla di quello

che chiedo viene tradotto, e questo lo percepisco come un grosso limite, non potendo indagare direttamente la percezione che ha il paziente sulla propria esperienza. Questo primo incontro si conclude con un po' di delusione da parte mia: è la mia prima intervista, e la tragicità della storia con cui sono venuta in contatto mi spaventa e non indago oltre anche se vorrei. È poi in un secondo momento, in una conversazione informale che abbiamo la settimana dopo di fronte all'ambulatorio ancora chiuso, che J. va più in profondità nel racconto della serie di eventi che hanno portato lo zio da Asmara fin di fronte alla porta di Sokos: 37 anni prima, per una durata di 7 mesi, egli è stato imprigionato in carcere e sottoposto ad atroci torture. Bastonate sotto i piedi (che gli provocano ancora un dolore costante a tutte le gambe fino alla schiena, rendendogli difficile camminare), scosse elettriche di cui sulla schiena porta ancora il segno degli elettrodi che gli hanno causato danni irreparabili al sistema nervoso: questo trauma profondo l'ha portato a una vita segnata dal dolore cronico, e a riconfigurare la propria esistenza su quel dolore che non lo abbandona mai.

Trentasette anni fa l'Eritrea attraversava il tragico periodo di annessione e sottomissione all'Impero etiopico: dichiarata nel '52 dalle Nazioni Unite federata con l'Impero etiopico, fu ridotta in breve tempo al rango di provincia dell'Impero stesso. L'Imperatore Hailè Sellassiè, non rispettando le autonomie eritree, fin dal 1952 fece occupare dall'esercito etiopico i punti strategici del Paese, nel '53 è soppressa la libertà di stampa, nel '55 destituisce il capo di governo legittimo sostituendolo con due ras etiopici, nel 1961 abolisce la bandiera eritrea e nel novembre del 1962 considerò decaduti gli accordi federali. Subito dopo iniziò un periodo di "pulizia etnica" e di terrorismo di stato che durò fino al 1974 anno in cui fu depresso Hailè Sellassiè.

Per gli eritrei non cambiò nulla, la guerra di liberazione, iniziata il 1 settembre 1961, continuò contro il "Derg" di Menghistù fino al 1991, infatti, il 24 maggio di quell'anno, dopo trent'anni di lotta, l'Eritrea conobbe l'indipendenza. Senza dilungarmi troppo a lungo su questioni di carattere storico, o sulle attuali condizioni in cui versa la popolazione eritrea, per me è stato immediato ricondurre le problematiche mediche del paziente agli eventi tragici del periodo di sottomissione all'Impero etiopico.

Il dolore dello zio di J. richiama ad un'esperienza fortemente traumatica vissuta: il dramma della tortura.

Nel suo saggio sul dolore Elaine Scarry riserva una sezione per parlare della tortura,

quel dolore fisico indotto così incontestabilmente reale che sembra attribuire la sua qualità di “realtà incontestabile” a quel potere che l'ha generato: è proprio nel momento in cui la realtà del potere che l'ha generato è discutibile che si ricorre alla tortura per legittimarla. In quest'ottica la tortura non è altro che un grottesco dramma compensativo (Scarry, 1990, pag. 50).

Scarry individua anche quelle che sono le caratteristiche peculiari che differenziano la tortura dalle altre forme di dolore. In primo luogo individua la *durata*: il dolore della tortura è un dolore finito, ha un periodo, un inizio ed una fine (ma posso affermare ciò di fronte ad un dolore cronico, presentatosi in seguito alla tortura e che a mio avviso ne determina una perpetuazione? Un dolore che persiste da 37 anni e costringe chi lo subisce a compiere un pericoloso percorso migratorio nella speranza di trovarne una risoluzione, allontanandosi dalla patria che è stata anche la causa stessa delle sofferenze che si subiscono?).

Seconda caratteristica, individuata dalla Scarry, è il *controllo*: la persona torturata non ha controllo sul suo dolore. In questo caso si differenzia da un'altra tipologia di dolore volutamente indotto: il dolore religioso autoprovocato. Da esso si distingue anche per l'assenza di un *fine* per il torturato: nella tortura non esiste consolazione o fine posteriore positivo come consolazione per il dolore subito nell'immanente (Scarry, 1990, pag.59).

Come sottolinea Farmer la sofferenza è un dato di fatto. Razzismo istituzionalizzato e disuguaglianze di genere sono cause fra le più insidiose di immense e ingiustificate sofferenze. La difficoltà per questi pazienti di usufruire del nostro sistema sanitario nazionale ne è un esempio . Gli antropologi e coloro che si occupano di tali problematiche, indagano tanto l'esperienza individuale quanto la più ampia matrice sociale in cui essa si iscrive, allo scopo di vedere come molteplici processi ed eventi sociali arrivano ad essere tradotti in disagio e malattia personali, o più precisamente, attraverso quali meccanismi forze sociali che vanno dalla povertà al razzismo vengono ad essere *incorporate*¹² come esperienza individuale (Farmer, 2006, pag. 265-266).

12 Secondo Csordas, il termine incorporazione -in inglese embodiment- si riferisce a quell'insieme di abitudini apprese e di tecniche somatiche culturalmente forgiate, grazie alle quali gli esseri umani sono nel corpo e nel mondo. Diversamente da “corpo”, “incorporazione” è un termine processuale che fa riferimento sia alla somatizzazione della cultura, sia all'impegno del corpo nella produzione di forme culturali e storiche. Dal punto di vista dell'incorporazione, il corpo non è un'entità soltanto biologica, ma è anche un fenomeno storico e culturale. Reciprocamente, la cultura e la storia non sono

Incontro per la prima volta Mo. a Settembre 2010. Signore di mezz'età, proveniente dal Pakistan, senza permesso di soggiorno, Mo. è paziente della dottoressa da diversi anni. La prima volta è stato mandato a fare terapia del dolore dai medici di base del Sokos per un'ernia di cui è stato operato. L'intervista è difficoltosa, non parla bene italiano. Inoltre è dolorante, confuso e frustrato: ultimamente è comparso un nuovo disturbo.

Mo.: Per due anni solo problema ernia, ora però ha detto che è diverso. Stomaco. Mi ha detto fai quell'esame questo esame questo quello... fatto tanti esami ma ancora non è pronto. Sono stanco, molto stanco. (Intervista a Mo. in appendice)

Mi mostra una montagna di impegnative per esami e analisi. «Per tutti questi esami dovrà spendere centinaia e centinaia di euro di ticket!» mi dice un'altra ragazza, infermiera, che al Sokos è volontaria in segreteria. È la seconda volta che incontro Mo.. Disgraziatamente all'interno di Sokos non ci sono gli strumenti per fare quegli esami, e non ha le risorse economiche per farli all'esterno, pagando il ticket. La condizione di irregolarità e di povertà in cui versa gli impediscono di accedere alle strutture di cui dovrebbe servirsi. Si sente scaricato da una struttura all'altra, ha l'impressione che nessuno si prenda in carico del suo malessere e gli spieghi cos'ha.

Mo.: Mi ha mandato in piazza Maggiore dove c'è Coop da signora che mi spiega tutto bene ma siccome io non so bene l'italiano mi ha detto chiedi a qualcuno altro. Ma come chiedi a qualcuno altro? Queste cose, altre cose le capiscono il medico [...] Quando c'è un problema io sempre venuto qui e chiesto di lei. Ma non sempre mi ha dato medicina. Altre volte mi ha scritto e mi ha detto “vai a Montebello prendi appuntamento e poi vai in ospedale” così. (Intervista a Mo. in appendice)

La terapia del dolore deve essere periodicamente interrotta. La dottoressa mi spiega che le iniezioni che lei pratica vanno somministrate in cicli più o meno di dieci sedute. Ma spesso i pazienti ritornano, e lei si deve rifiutare, a malincuore, di praticar loro le

soltanto i prodotti di idee, rappresentazioni e condizioni materiali, ma sono anche fenomeni corporei. La riflessione di Csordas rientra nell'approccio filosofico della fenomenologia, facendo esplicito riferimento alla tradizione fenomenologica heideggeriana e agli studi di Merleau- Ponty sulla percezione.

iniezioni.

Caso per molti versi differente, ma che condivide con quello di Mo. il fatto che la sofferenza di entrambi i protagonisti è inasprita dall'incorporazione dell'ineguaglianza, è quello di N.: brasiliana di mezz'età, regolare e in Italia da 6 anni con il figlio tredicenne, è sposata ad un italiano. Dopo aver fatto per alcuni anni la parrucchiera ora è casalinga.

Viene al Sokos per la prima volta a Novembre 2010 su consiglio di un'amica, anch'essa paziente della dottoressa (intervista a C., in appendice), per una forte cervicale. Io la incontro il giorno della sua seconda seduta; ma ha un appuntamento per cambiare il proprio medico di base subito dopo la terapia del dolore, quindi non abbiamo tempo per un'intervista. Si rende disponibile ad essere intervistata la settimana seguente.

N. vive sicuramente una situazione di relativo “privilegio”: regolare, casalinga, sposata ad un italiano, integrata nell'ambiente di lui e nel suo nucleo familiare, possiede i diritti di cittadina italiana e il privilegio di essere aiutata da persone che possono muoversi più agilmente nelle maglie della burocrazia italiana. Questo non l'ha preservata però dall'essere vittima di razzismo. Mi parla dell'esperienza presso il suo precedente medico di base, dell'impressione di essere stata trattata con poca attenzione, di non essere stata curata a dovere a causa del suo status di straniera (cosa che tra l'altro è confermata dal decorso della sua malattia)

N.: [...] Questo tre mesi fa. La prima volta non è venuto come adesso era al collo qua, (indica la testa), e sono andata da lei (parla della sua dottoressa) e lei mi ha detto devi fare così, così, metterti in piedi alza il braccio, e lei era distante quanto te adesso e io le ho detto “ma io non ce la faccio” “ma devi” e quando io sono riuscita un pochino ma se poi cascavo con la testa per terra? E lei mi ha detto “chiudi gli occhi”, e quando sono riuscito a fare un pochino ho pianto davanti a lei, perché ho pensato “questa dottoressa non è normale, se poi io cado lei non riesce a prendermi perché sta lontano e batto la testa per terra?”. Lei mi ha guardato così e mi ha detto “tu hai la depressione” e mi ha detto di prendere questa medicina e vedrai che stai meglio.

Questa “impressione” di poca professionalità da parte della dottoressa, di essere trattata con noncuranza, diviene certezza in una frase ripetuta con insistenza “tu devi tornare nel tuo paese”.

N.: Non mi ha curato, dopo che sono andata lì con la febbre io stavo troppo male che non riuscivo neanche a muovere e l'unica cosa che ha fatto a me è stato misurarmi la pressione e poi mi ha detto “tu devi andare nel tuo paese”. Mi ha mandato nel mio paese. Mi ha detto “tu non devi stare in Italia”. E io gli ho detto “ma io sono sposata qui” e lei mi ha detto “mi dispiace ma lei deve andare nel suo paese”.

Frase che la lascia spiazzata, e che unita allo stato di confusione dato dal dolore persistente, e dall'inefficacia dei farmaci a lei prescritti le fanno pensare il peggio:

N.: sì poi non è che lo diceva ridendo, non è una dottoressa amica a me. E non è la prima volta che mi tratta così. E allora io ho pensato che io stavo male, avevo la febbre e lei non mi ha misurato neanche la febbre, forse che ho una malattia incurabile allora è meglio che vado nel mio paese così sto con mia madre e se vado a morire sono nel mio paese. Quello è passato nella mia testa. Io sono uscita di là con un antidolorifico e un rilasciante muscolare per una cervicale. E poi lei spinto qua e mi ha fatto un male perché mi faceva troppo male perché infiammato, e sono tornata a casa che mi faceva ancora più male perché lei mi aveva spinta e penso che le sue parole mi avevano anche lasciato così e ho pianto e poi mi è venuto da vomitare.

Per fortuna N. può contare su un marito italiano che prima fa in modo che sia portata al pronto soccorso al peggioramento della sintomatologia, dove finalmente le viene diagnosticata la cervicale, e poi decide di cambiare insieme medico, scegliendo attraverso conoscenze familiari una persona che a detta di N. è professionale e “lavora con amore”: dalla prima visita la tratta con gentilezza e attenzione.

N.: Allora a lui non piace e mi ha portato da una nuova dottoressa che mi ha trattato subito col sorriso. Ed è proprio preoccupata per il mio problema.[...] Allora sono andata lì e abbiamo cambiato io e mio marito. E quando sono andata sembrava proprio che la conoscevo da tanto tempo così sai. E quando è venuta qua (si indica il punto che le fa male) non è venuta con il dito ma con le mani. Poi mi ha fatto male comunque e mi ha detto adesso facciamo qualcosa, una lastra.[...]

N. ha in testa chiaramente cos'è per lei la deontologia professionale in campo medico:

N.:[...] Per fortuna che ci sono questi angeli qua che da questa mano a noi. Gli ha dato

questo dono. Perché c'è chi fa il dottore per soldi e chi lo fa per amore. Nella famiglia di mio padre quasi tutti, miei cugini e mio zio lui è chirurgo, quasi tutti dottori e loro lo fanno proprio con amore. C'è un mio cugino che lui ha il suo ambulatorio privato e prima era socio all'ospedale e c'era proprio la fila perché lui lavorava anche senza prender niente. E anche nel suo ambulatorio privato.»

Oltre al suo nuovo nucleo familiare, lei può contare anche su un altro “nucleo familiare”: non quello di provenienza, che è in Brasile, ma si tratta della rete di solidarietà e di affetti formati fra connazionali qui in Italia. È in fatti un'altra paziente brasiliana che viene a sottoporsi alla terapia del dolore (a sua volta portata dalla cugina) che le ha consigliato di venire qui:

N.: Sì la mia amica, noi siamo come parenti, una famiglia. Io dico che è mia cugina.

Ora, aiutata dal marito e dalla famiglia di lui N. ha una nuova dottoressa di base dalla quale percepisce di essere seguita con attenzione, e su consiglio delle amiche connazionali viene anche a sottoporsi alla terapia del dolore al Sokos. La disperazione in cui era piombata all'inizio della sua malattia è del tutto svanita.

Farmer svolge una ricerca ad Haiti, descrivendo le biografie impietose di vite segnate dalla sofferenza più estrema e feroce: giunge alla conclusione che i protagonisti erano “a rischio” di tale destino già molto prima di incorrere negli eventi che cambiarono la loro sorte. Essi erano fin dall'inizio vittime di *violenza strutturale*. Ciò significa che la sofferenza è “strutturata” da forze e processi storicamente dati (spesso economicamente pilotati) che cospirano nel limitare la capacità d'azione: le scelte di questi soggetti, di qualunque portata, grandi o piccole, sono limitate dal razzismo, dal sessismo, dalla violenza politica e dalla povertà opprimente. Essa sfugge sovente a chi potrebbe descriverla, per almeno tre ragioni differenti.

La prima di queste ragioni è il processo di *esoticizzazione* della sofferenza: il dolore di persone geograficamente e/o culturalmente distanti da noi ci colpisce in misura minore di quella che infligge chi ci “assomiglia”.

In secondo luogo, fatti e numeri non sono in grado di restituire il giusto peso alle cronache del dolore delle persone: è solo attraverso le singole storie di vita che ci si

avvicina a comunicare i drammi umani nascosti dietro alle statistiche e ai numeri.

La terza ragione è quella che per comprendere a fondo la sofferenza e spiegare perché la sua forza estrema colpisce certi soggetti piuttosto che altri bisogna incastonare la biografia individuale nella più ampia matrice della cultura, della storia, dell'economia politica (Farmer, 2006, pag. 280-281). In merito a ciò, Farmer confessa un debito nei confronti di Pierre Bourdieu, che ha spiegato il rapporto fra strutture sovra-individuali e azione individuale, centrale nella teoria sociale contemporanea, in termini di un' "assurda opposizione fra individuo e società".

Insomma, nel campo della sofferenza sociale, per analizzare il rischio quotidiano a partire dall'esperienza delle persone che la vivono direttamente, le cause vanno indagate a livello microlocale, mediolocale e macrolocale.

Farmer, medico e antropologo, individua anche quelli che definisce i tre assi della sofferenza per capire le caratteristiche ricorrenti, universali, della sofferenza umana: sono l'asse del genere, l'asse della razza o etnia e l'asse che combina violenza strutturale e differenza culturale (cioè l'approccio eccessivamente relativista dell'antropologo che "culturalizza" la sofferenza).

I meccanismi che creano le disuguaglianze mostrano la loro facoltà di costringere e ingabbiare le capacità di azione dei soggetti nelle loro scelte di vita, e pertanto sono cruciali per comprendere aspetti di quelle che Farmer chiama "patologie del potere".

Nei racconti di vita vengono alla luce i modi attraverso cui le "forze sociali di larga scala" si cristallizzano nella sofferenza degli individui. Un' analisi di questo tipo presuppone una maggiore consapevolezza del rapporto fra la storia, il potere e i processi di incorporazione (Pizza, 2006, p. 102) attraverso cui la malattia assume una connotazione diversa dal semplice accidente organico, come intesa dal punto di vista biomedico; essa diventa invece l'espressione del vissuto sociale, politico ed economico degli individui.

Per l'immigrato, anche se regolare, l'integrazione non è mai definitiva: la malattia la può mettere in discussione.

L'integrazione dell'immigrato viene definita "integrazione marginalistica" in quanto rapporto fra individuo e stato in base all'utilità del primo sul secondo (dal punto di vista dello Stato l'individuo esiste nella misura in cui ciò che fa può produrre un seppur minimo mutamento, positivo o negativo nella forza dello Stato). Beneduce parla

dell'utilità di questa formula pensando agli immigrati, e ai flussi che ne decretano l'ingresso sulla base dei possibili inserimenti lavorativi, al posto assegnato loro nelle nostre società: ciò che nell'insieme sembra essere regolato unicamente proprio dal criterio di *utilità* che le nostre economie e le esigenze produttive degli Stati ospiti definiscono di volta in volta. Al di fuori da quel *regime di utilità* essi diventano immediatamente pericolosi, ambigui o eccedenti (Beneduce, 2006, p. 36): la malattia fa parte di quelle eccezioni.

«La malattia non è un semplice evento isolato, o uno scontro sfortunato con la natura. Essa è piuttosto una forma di comunicazione -il linguaggio degli organi- attraverso cui la natura, la società, e la cultura parlano simultaneamente. Il corpo individuale dovrebbe essere visto come il terreno, più immediato e prossimo, in cui vengono messe in scena la verità e le contraddizioni sociali, come anche luogo di resistenza, creatività e lotta personale e sociale.» (Scheper Hughes e Lock, pag. 186)

3.5 Il dolore è *democratico*?

Per concludere, cercherò di riassumere le riflessioni principali di questo capitolo attraverso una suggestione che traggono dal contributo che Beneduce ha dato ad una raccolta di saggi del 2006 sul tema della democrazia: si può considerare il dolore *democratico*?

«Quanto è legittimo intrecciare una prospettiva politica, o se si preferisce una differenza di ordine politico o economico, quale quella immediatamente evocata nel termine "democratico", come un'esperienza che sappiamo universale, che non conosce distinzioni di ceto, classe, cultura, età, genere? Non avevo imparato, medico e psichiatra prima che antropologo, che il dolore di un infarto o un cancro, il dolore di un ago che penetra in una vena, la sofferenza di essere abbandonati, o il dolore di una perdita è lo stesso dappertutto?» (Beneduce, 2006b, pag.38)

Oggettivo per sua natura, continua l'antropologo-psichiatra direttore del centro Fanon di Torino, il dolore sembra resistere alla variazione intersoggettiva o culturale, e ancor più ad un confronto con il luogo politico nel caso in cui si vogliano distinguere condizioni economiche e rapporti di forza.

Alla luce di quanto è emerso sull'intrinseca vulnerabilità dei soggetti da me

analizzati, portatori di diritti limitati, costretti a condizioni di vita dure e ad accettare lavori pesanti che sul lungo periodo diventano causa stessa delle loro sofferenze (quindi nell'ottica di una ricerca volta ad indagare la *violenza strutturale*) si palesa un primo aspetto *non democratico* del dolore.

Ma attraverso il contributo di Beneduce, Sayad e Fanon emerge un'ulteriore elemento di discriminazione: i corpi dei migranti sono ritenuto indocili, in quanto spesso attraverso la malattia cercano una collocazione nello spazio sociale. Per questo il loro dolore, non tangibile, viene talvolta guardato con diffidenza e sospetto. Questo insidioso sospetto di malafede si esemplifica per esempio, secondo Sayad, nell'invenzione della categoria diagnostica di *sindrome da sinistro*, ora riservata quasi esclusivamente ai lavoratori migranti.

Con *sindrome da sinistro* viene indicato quando un malato rifiuta di riconoscere la propria avvenuta guarigione perché in buona fede non crede di poter ottenere un giusto risarcimento per il danno subito (incidenti ecc).

«Rivendicatore, nevrotico, frustrato, simulatore, paranoico, imbroglione: quante volte queste espressioni risuonano contro i migranti che vogliono far riconoscere il loro dolore, contro comportamenti che sono descritti ed interpretati senza alcuna dettagliata considerazione per il contesto sociale in cui si sono sviluppati. » (Beneduce, 2006b, p. 41)

Fa scandalo, al punto di farlo rientrare nell'anormalità e quindi nella patologia, che l'immigrato usi la malattia per regolare una controversia non di ordine medico ma sociale (perché confonde la ripartizione razionale delle competenze fra autorità medica e sociale) (Sayad, 2002, pag. 247). In questo, secondo Foucault, si inserisce l'azione di *resistenza* al potere: rivendicare la *vita*, piena, non alienata, la soddisfazione dei bisogni e dei desideri, la salute e la felicità.

Al Sokos la dottoressa che pratica la terapia del dolore è consapevole della natura non solo biomedica del suo compito: alla poliedrica valenza della terapia del dolore al Sokos è dedicato per intero il capitolo che segue.

CAPITOLO 4. EFFICACIA SIMBOLICA DELLA TERAPIA DEL DOLORE A SOKOS.

4.1 Dolore esperienza intima ma anche sociopolitica.

La sofferenza è un'esperienza totalizzante per chi la vive in quanto, come abbiamo già avuto modo di approfondire nel capitolo secondo, va a intaccare e distruggere tutti gli ambiti dell'esistenza. In maggior misura per chi è afflitto dal dolore cronico, il dolore agisce direttamente sui processi di incorporazione del mondo, e per comprenderlo appieno l'approccio antropologico deve superare le barriere del culturalismo mentre l'approccio biomedico quelle puramente organicistiche (Pizza, 2006, pag. 112). Le discipline debbono cooperare al fine di restituire al dolore una dimensione che non lo snaturi, tenendo conto di tutti i suoi aspetti: organico, sociale, politico.

In tal senso è utile ricordare il contributo dato da Allan Young e Frankenberg, i quali a proposito dell'approccio così detto della illness¹³ (che ha privilegiato l'esperienza individuale dei pazienti) sostengono che esso non mette in discussione i processi di costruzione storica delle categorie biomediche di malattia (dando al disease statuto di realtà). Bisogna reintrodurre nell'analisi i modi in cui relazioni sociali e rapporti di potere si iscrivono nei corpi dei sofferenti modellando le forme stesse della malattia e attivando le strategie della narrazione. Essi suggeriscono di rivolgere una maggiore attenzione ai processi di costruzione della disease (cioè alle motivazioni storico-culturali e sociopolitiche che conducono alla costruzione delle categorie biomediche della malattia), e alla sickness intesa come processo di socializzazione sia della illness che della disease. L'attenzione viene focalizzata, dunque, su tutte le forze sociali che hanno il potere di considerare come sintomi di malattia i segni comportamentali o biologici ritenuti preoccupanti (come indaga l'epidemiologia socioculturale¹⁴).

13 L'approccio della illness (introdotto da Kleinman) problematizzava il concetto di malattia scomponendola in illness e disease, dove il primo è l'esperienza soggettiva del malessere, mentre il secondo la "condizione patologica", oggettivata, e reificata, come alterazione dell'organismo. La sickness invece è il significato sociale dello star male, o come la definisce Mariella Pandolfi «il ruolo sociale del malato formalizzato nell'atto della diagnosi» (Pizza, 2006, pag. 84).

14 Approccio che vuole comprendere come mai certi gruppi, popolazioni, individui sono più o meno esposti rispetto ad altri a fattori di rischio per certune malattie. Un esempio fra tanti in tal senso è il maggior rischio di tumori in paesi con un alto livello di industrializzazione, come è stato analizzato nei lavori di Alice Desclaux..

Approcci della illness rischiano di ignorare la dimensione sociopolitica: per esempio nel caso in cui la socializzazione del malessere diventi un oggetto di conflitto sociale e politico, come accade nelle malattie derivanti dalle condizioni di lavoro.

In tal senso Barbara Smith scrisse un saggio nel 1981 nel quale metteva in luce quella che lei definisce la *produzione sociale della malattia*. Il suo tema di ricerca è la silicosi¹⁵, categoria diagnostica riconosciuta in seguito alle lotte per la ricerca di uno statuto da parte dei minatori afflitti da questa malattia polmonare: uno dei principali punti sviluppati nella ricerca della Smith a proposito era che la silicosi in sé risultava essere una maniera in cui le relazioni sociali si materializzavano nel corpo, una forma di incorporazione dell'ineguaglianza, in quanto era il frutto dell'esposizione degli operai a sostanze tossiche durante le ore di lavoro.

Il suo lavoro mostrò innanzitutto che la malattia non colpiva chiunque: affliggendo gli operai, e non i proprietari delle compagnie minerarie, si configurava in tal senso come appunto una forma di materializzazione corporea delle relazioni sociali, dei rapporti di potere. La silicosi si qualifica dunque come un'incorporazione dell'ineguaglianza, che tuttavia non riguarda allo stesso modo tutti gli operai nelle miniere di carbone, in quanto la malattia si distribuisce in rapporto alle specifiche condizioni materiali di lavoro di ciascuno: la prevalenza delle polveri, la presenza o l'assenza della giusta ventilazione, insomma le diverse possibilità di respirare concesse dalle compagnie minerarie ai minatori.

Le relazioni sociali, come risulta evidente in questo caso, producono la *illness* (la malattia del minatore) ma anche il *disease*, cioè la *categoria biomedica* che non può essere considerata oggettiva bensì riflette i rapporti di forza del potere entro il quale sono prese le diagnosi. Questi rapporti di forza emergono nelle discussioni sulle condizioni di salute e sui danni subiti, che l'autorità medica pretendeva di quantificare attraverso delle specifiche analisi per calcolare poi il giusto indennizzo che le compagnie minerarie dovevano retribuire ai minatori malati. Scegliendo

15 La malattia è causata dall'esposizione prolungata a biossido di silicio in forma cristallina, che si trova in natura prevalentemente come quarzo, calcedonio e opale. Sono esposti i lavoratori che inalano polveri che ne contengono percentuali superiori all'1%. Le lesioni silicotiche sono tipicamente nodulari, localizzate prevalentemente nelle zone peribronchiali e periarteriolari, e tendono a formare conglomerati che possono raggiungere con l'evoluzione della malattia dimensioni di alcuni centimetri. Le manifestazioni iniziali compaiono generalmente dopo un lungo periodo dall'inizio dell'esposizione, e sono caratterizzate da dispnea, inizialmente da sforzo e poi anche a riposo, e da tosse e sono dovute all'enfisema presente nelle zone di polmone non interessato dalla formazione di noduli e conglomerati.

arbitrariamente l'estensione dei noduli (mostrata dalle radiografie) come metro di misurazione per trovare una "legittima e visibile" estensione del danno, ripagabile con gli indennizzi, biomedicina e compagnie minerarie si alleano: i medici assunti dalle compagnie stesse scelgono illegittimamente un dato oggettivo per evitare discussioni conflittuali ed escludere ogni parametro soggettivo.

Qui subentrano però le rivendicazioni dei minatori malati: la ricerca di un riconoscimento sociopolitico della malattia messa in atto da quest'ultimi verteva in primo luogo sulla negoziazione conflittuale della "realtà" della malattia: il "dato oggettivo" che emergeva dalle analisi (le macchie nei polmoni che appaiono sulle radiografie) viene rifiutato, e rifiutata è anche questa equivalenza fra danno e malattia. Le macchie non possono riflettere coerentemente la sofferenza individuale, la trasformazione delle loro vite in seguito ad essa, l'impossibilità di respirare e quindi di muoversi, salire le scale, svolgere le loro attività quotidiane. I minatori esigono di essere risarciti in base a ciò che la malattia ha significato a livello esperienziale (Pizza, 2006, pag. 89-90).

Nel caso dei pazienti di Sokos ho potuto riscontrare che la richiesta di un riconoscimento della propria malattia non si interrompe nel momento in cui dalle analisi non risulta nessuna disfunzione di natura organica: il malato reclama la necessità di curare un malessere che sfugge alla individuazione, quantificazione e localizzazione dell'occhio biomedico. Un malessere che si riflette nell'esperienza quotidiana.

Il paziente eritreo di cui avevamo avuto modo di parlare nel capitolo precedente può essere preso come esempio per descriverci questa sorta di *non compliance*¹⁶ "al contrario": mi piace azzardare considerandola così in quanto ad essa non consegue il *drop out*¹⁷, bensì una richiesta di cure continue e considerate superflue dal medico. Il paziente ritorna nonostante la terapia sia finita e, come la dottoressa mi spiega, essa non può essere reiterata dopo breve tempo dalla conclusione di un ciclo. Ma non solo: esso fa un uso dell'ambulatorio della terapia del dolore considerato "personalistico" dalla dottoressa stessa, la quale mi dice talvolta di sentirsi persino "sfruttata"; nonostante il paziente abbia il permesso di soggiorno per ricongiungimento familiare egli torna quasi

16 Per *non compliance* si intende la mancata adesione da parte dei pazienti alle terapie prescritte dai medici (Quaranta, 2006, pag. XI).

17 Il *drop out* viene inteso come una interruzione improvvisa ed inattesa della terapia da parte del paziente, prima della conclusione del trattamento.

tutte le settimane da ormai 5 mesi portando altri componenti della famiglia e facendo richieste che travalicano la terapia del dolore, e mentendo sulla sua regolarizzazione per paura di perdere il privilegio di accedere in maniera così diretta e semplice alle cure. Egli richiede in continuazione medicinali per i problemi di salute che via via gli si presentano, impegnative per esami urgenti dei quali la dottoressa non ritiene ci sia la necessità, con un'insistenza che genera nella dottoressa stessa un senso di grande insofferenza.

Come possiamo interpretare questa sorta di “abuso” dei servizi medici?

4.2 Richiesta di riconoscimento all'interno delle biopolitiche della salute.

Vinh-Kim Nguyen in un interessante saggio sulle modalità di accesso dei malati di AIDS ai farmaci retrovirali in alcuni paesi dell'Africa, parla di fruizione dei servizi medici simbolica nella misura in cui permette di accedere ad una forma di “cittadinanza terapeutica” e di “modernità derivata”.

Come abbiamo avuto modo più volte di sottolineare in questa ricerca, il corpo è una realtà storica, non solo nei termini delle modalità in cui esso è soggetto alle forze sociali che influenzano la salute, ma anche rispetto alle modalità in cui gli individui intervengono localmente e in modi sempre nuovi sulla propria biologia. Tanto più i rapidi gradienti dell'ineguaglianza sociale fanno registrare il loro impatto nei corpi degli svantaggiati, tanto più il loro destino è legato alla biologia e alle politiche di intervento su di essa; in altre parole sto parlando di una biopolitica plasmata dall'attivismo terapeutico e dalle forme di cittadinanza che essa pone in essere così come dalle forme mobili di sovranità che ne risultano (Nguyen, 2007, pag. 73).

L'accelerazione e l'intensificazione della circolazione di agenti biologicamente attivi - quali i farmaci - e le culture che li accompagnano richiede che l'antropologia si interroghi sulla crescente permeabilità sociale del corpo anche nella sua esistenza biologica. Nguyen introduce la nozione di *cittadinanza biologica* al fine di rendere conto di come la diffusione delle culture terapeutiche, degli agenti biologicamente attivi e dei processi di assoggettamento producono mutamenti storici. Questa nozione si fonda sull'idea che il corpo sia un oggetto interamente storico la cui esistenza non può essere indipendente dalle circostanze socioculturali in cui esso diviene un oggetto,

simultaneamente, di sapere e di intervento.

Come abbiamo già avuto modo di accennare nei capitoli precedenti, dobbiamo all'analisi brillante di Foucault sull'età moderna l'individuazione del corpo come comune denominatore, sia bersaglio che prodotto, dei processi biopolitici. Il prefisso *bio* nel termine biopotere si riferisce all'emergere della vita intesa sia come oggetto (corpi e popolazioni) sia come soggetto (l'anima incorporata) dell'esercizio del potere, che come suo ultimo obiettivo; in questo senso la biomedicina cristallizza in modo esemplare tutte le dimensioni cruciali del potere moderno. Le istituzioni disciplinari creano regolarità nel campo complesso della vita sociale, individui che possono essere contati in aggregati e popolazioni che obbediscono a leggi statistiche, da un lato, e soggetti capaci di interiorizzare forme di controllo e disciplina, dall'altro. Ma il corpo come paradigma antropologico risponde a Foucault in merito ad una sorta di ribellione che di tanto in tanto opera il corpo sui poteri istituzionali che lo costringono, lo guidano, lo indirizzano (Pandolfi, 1991, pag.33).

Man mano che la vita è sempre più intesa in termini biomedici (ovvero come qualcosa che può essere gestito attraverso interventi volti a ridurre il rischio di malattia e a trattare le malattie che possono capitare) essa diventa “nuda”, isolata dalle sfere del valore e dell'etica¹⁸.

Nguyen parla di una vera e propria “biologizzazione della sorte”: un esempio fra tutti è l'uso dell'esame del DNA nel campo dei ricongiungimenti familiari degli immigrati, che ci dimostra come la sorte sia sempre più legata alla propria biologia e come l'uso delle tecnologie biomediche è andato oltre la sfera della malattia per entrare nell'amministrazione della vita, anche quando questa è in salute, a definire le possibilità, le speranze, i progetti di vita degli individui.

La biologizzazione della sorte rinvia ad un processo intimamente biopolitico attraverso cui le tecnologie che descrivono, classificano e intervengono sulla vita sono legate all'esercizio del potere e contribuiscono alla definizione di aree di sovranità. Tale discussione del biopotere suggerisce che l'antropologia medica non deve limitarsi esclusivamente all'esame dell'economia politica della sofferenza, o al solo significato

18 Secondo Agamben, la *nuda vita* è la modalità con cui il corpo entra in gioco in età moderna, in un'inedita simbiosi con la politica: “il concetto di *nuda vita* o *vita sacra* è il fuoco attraverso cui cercheremo di far convergere il loro punti di vista (n.d.r. Foucault e Arendt). In esso l'intreccio di politica e vita è diventato così intimo, che non si lascia analizzare agevolmente” (Agamben, 1995, pag. 132).

dell'afflizione.

L'individuo però non risulta essere totalmente passivo all'interno delle logiche biopolitiche di costrizione e controllo sul suo corpo: esso (come nel caso del paziente del Sokos) utilizza, spesso inconsapevolmente, strategie per sfruttare a suo vantaggio quelle stesse strutture. Le forme di cittadinanza che ne risultano, è un ambito strategico per comprendere come gli individui cercano di agire sulla propria sorte biologica e, per estensione, sull'ambiente politico.

Al Sokos i pazienti, individui che il più delle volte hanno a disposizione diritti e possibilità limitati, vengono a contatto e possono usufruire di quelle istituzioni moderne che i cittadini dei paesi istituzionalizzati danno per scontate ma che per loro non lo sono affatto, come avveniva per i malati sieropositivi nell'analisi di Nguyen attraverso il programma di distribuzione dei farmaci ARV, i quali sperimentavano la partecipazione ad un ambiente in cui altrimenti sarebbero esclusi dalle caratteristiche cardinali della modernità globale.

Si tratta quindi di un accesso ad una forma elementare e parziale di cittadinanza, la cittadinanza terapeutica, appunto. Questa forma di cittadinanza “inferiore” (in quanto dotata di diritti solo in un determinato, limitato spazio) e “umanitaria” costruisce soggetti detentori di diritti e di responsabilità intorno ad una specifica condizione biopolitica, sono forme derivate di quella cittadinanza piena che è disponibile per coloro che vivono nelle ricche democrazie industrializzate del Nord del mondo.

Il così detto “abuso della biomedicina” al Sokos si concretizza in diverse richieste alla dottoressa della terapia del dolore: da parte di alcuni (di molti) nella richiesta di prolungare la mesoterapia antalgica anche dopo le sedute “consentite” (che vanno dalle 10 alle 15 a seconda della gravità dei casi), da parte di altri ho assistito a una continua richiesta alla dottoressa (sempre nelle ore riservate alla terapia del dolore) di prestazioni che vanno al di là del suo compito, richiedendole visite di medicina di base, impegnative per analisi e via dicendo. Molti sono i pazienti che, nonostante regolarizzati, continuano a tornare, come emerge in questa intervista alla dottoressa:

C.: Il rapporto con la struttura secondo me è molto molto positivo. Il paziente si sente molto ben seguito, a parte l'ambiente in sé, proprio il fatto di andare in una medicina di base, avere una segreteria, poter aver accesso alla terapia del dolore come anche al ginecologo eccetera. Vedo che qui i pazienti vengono molto molto volentieri. Anche perché ho visto

che mi sono venuti dei pazienti che non dovrebbero più venire. Hai capito.

A.: Ma che non dovrebbero più venire perché regolari?

C.: Perché regolari, infatti molti non lo dicono neanche.

A.: Infatti anche la signora che ho intervistato prima mi ha detto che tornerebbe volentieri qui...

C.: Dipende tutto da come è strutturato il nostro ambulatorio, da come lavorano le dottoresse della medicina di base secondo me è fondamentale, molto di più del nostro lavoro di specialiste. (Intervista a dott. C. in appendice)

Chiaramente una delle ragioni di questo ritorno è la situazione di indigenza in cui queste persone continuano a versare nonostante le avvenute regolarizzazioni:

N.: [...] anche se sono regolarizzate è sempre una questione economica, per cui è ovvio che quello che si è regolarizzato ben per lui però non può andarsi a pagare una terapia esternamente che sappiamo quali sono i costi che ormai anche gli italiani non ci vanno quanto costano e è ovvio che se passato da noi continuiamo a seguirlo finché possiamo [...]. (Intervista a dott. N. in appendice)

Ma esiste una seconda ragione: rifacendoci all'analisi svolta da Nguyen tale comportamento è comprensibile anche nell'ottica in cui i migranti, ai quali molti spazi della vita civile sono negati, interpretano lo sperimentare il settore biomedico come mezzo per saggiare il terreno della partecipazione nel paese di accoglienza.

C'è un ulteriore modo in cui si struttura questo “abuso”: per aver il privilegio di usufruire delle prestazioni della dottoressa (perché gratuite, perché di facile accesso, perché efficaci) vengono messe in campo anche strategie di “inganno”. O., il giovanissimo calciatore camerunese di cui avevamo parlato nel secondo capitolo, mi ha spiegato la difficile trafila per ottenere un'assicurazione sanitaria col suo permesso da studente, e la scelta di usufruire dei servizi del Sokos sia per sottrarsi alle confuse maglie della burocrazia sia per risparmiare i soldi (non pochi) che gli venivano chiesti.

A.: Tu come hai conosciuto Sokos?

O.: Eh.. è un po' difficile. Io normalmente son venuto qui da studente. Perché sono all'università. Quando sei straniero devi fare il permesso di soggiorno...

A.: Tu ce l'hai da studente?

O.: Normalmente, sai che abbiamo fatto un po' di... per venire qua. Normalmente son studente. Per permesso di soggiorno dobbiamo fare l'assicurazione malattia. Noi abbiamo fatta quella di (mi dice il nome di un'assicurazione), di 99... 98 euro. Ma quello si occupa solo del pronto soccorso ma per avere un dottore di base devi pagare 149 euro. Ma va di gennaio in gennaio. Ma noi siamo arrivati ad agosto e ci siamo messi a fare tutti i documenti a ottobre. E a ottobre non possiamo fare quella di gennaio che scade a dicembre. E se fai l'assicurazione di 149 euro ti fanno un permesso di soggiorno che dura 4 mesi. Perché noi abbiamo il permesso di soggiorno di un anno ma dipende da l'assicurazione malattia che hai fatto. Quindi se fai tutto con l'assicurazione del medico di base vai a pagare 200-300 euro e a dicembre è scaduto e siccome io non c'ho i soldi, non abbiamo lavoro, non facciamo niente è un po' difficile. Quindi facciamo quello che scade al giorno dell'anno scorso, vuol dire che se faccio oggi scade a un anno. Così poi quando vai a fare il permesso di soggiorno loro ti danno un anno. Noi abbiamo fatto quello. E quando ero malato normalmente sono andato all'ospedale e loro mi han detto di scegliere un medico. Io gliel'ho detto che non ce l'ho ma che mi sento male, e loro mi han detto di pagare 150 euro per averne uno. Ma come faccio, non ce li ho io [...]. (Intervista a O., in appendice)

In questa parte dell'intervista emerge chiaramente come le fitte maglie della burocrazia italiana mettano in difficoltà O., egli mi dice che i soldi per assicurarsi una copertura medica adeguata sono troppi rispetto a quelli che si può permettere: nel momento in cui gli si presenta la possibilità di risolvere il problema aggirandolo (cioè usufruendo dei servizi gratuiti del Sokos), coglie l'occasione al volo.

O.: [...] Allora un amico mi ha spiegato “vai da Sokos che lì ci vanno anche quelli senza documenti” e quindi noi abbiamo fatto anche il furbo, ma come fai, è la sola opzione venire qua e fare la tesserina gialla. Così sappiamo che possiamo andare alla Cup, prenotare gli esami. Normalmente non si fa... normalmente non è giusto ma diventa giusto per noi.

A.: Non è neanche giusto che dobbiate pagare tutti questi soldi per avere l'assistenza medica che vi è necessaria... quindi se vi serve fate anche bene a fare i furbi. Quest'associazione esiste per questo.

O.: Facciamo così perché non era più possibile fare niente. Ero malato, ho fatto l'esame ma quando sono andato all'ospedale e loro mi han detto di prendere un dottore. Io allora gli ho detto che ho fatto l'assicurazione di 98 euro ma a cosa serve questa assicurazione se poi quando vado all'ospedale loro non possono fare niente per me? Allora ho chiamato l'assicurazione e gli ho detto “ora sono malato e loro non possono fare niente per me” e loro mi han detto che il pronto soccorso solo quando ti danno il codice rosso ti possono prendere... mi hanno detto che normalmente questa assicurazione non serve a niente... lo facciamo solo per il permesso di soggiorno, perché senza questa non ti danno il permesso di soggiorno. È un regalo che noi andiamo a dare a questa assicurazione perché non serve a niente. (Intervista a O. in appendice)

O. racconta un percorso fatto di stratagemmi, in cui l'assicurazione medica (quella più economica) serve ad ottenere il permesso di soggiorno, ma paradossalmente non basta per usufruire delle cure mediche. Come mi confessa, ha dovuto “fare il furbo” in diverse situazioni per ottenere i diritti civili di quella che Nguyen chiama “modernità derivata”, cioè l'accesso alla modernità che il migrante sperimenta nel paese d'accoglienza.

Insomma, come avevo già accennato, abbiamo a che fare con una *non compliance* che è tutt'altro che dovuta allo scontro di sistemi medici, credenze, simbologie del corpo in conflitto, bensì ad una richiesta di medicalizzazione da parte del paziente che è percepita come eccessiva dal medico, al fine di, come sostiene Nguyen, «riplasmare il sé come cittadinanza biopolitica».

La suddetta riplasmazione significa in conclusione che, nel caso in cui lo strumento “corporeo” del migrante (che avevamo visto nel Terzo capitolo essere indispensabile ai fini del buon esito del progetto migratorio, in quanto primo e talvolta unico capitale in suo possesso col quale ritagliarsi una posizione nella società d'arrivo), sia “disfunzionale”, venga meno, si utilizzano altri canali per partecipare alla vita della comunità d'accoglienza, utilizzandone, anche attraverso stratagemmi, le strutture.

Sempre in merito alla legittimazione del corpo sofferente e alle logiche umanitarie che forniscono al malato una sorta di “cittadinanza incompleta”, Fassin compie un'analisi sulle *biopolitiche della migrazione* in atto in Francia dagli anni Novanta (anni che vedono l'irruzione sulla scena politica del movimento dei *sans papier*) in poi. Questo periodo storico ha messo in luce l'emergere, pian piano che i diritti civili venivano progressivamente erosi da ripetute modifiche di legge sempre più restrittive,

in modo crescente il ruolo delle domande di cura, bisogni sanitari o richieste di asilo come le sole condizioni per ottenere o sperare di ottenere un riconoscimento, il diritto di restare.

Il *corpo sofferente* ha imposto la propria legittimità laddove altre basi per il riconoscimento venivano progressivamente messe in questione (Fassin, 2006, pag. 305).

Questa dinamica comporta gravi distorsioni, come è facile immaginare, sia dell'esperienza dell'immigrazione, sia del corpo stesso: legittimo solo quando produttivo, ma senza per questo essere sempre oggetto di riconoscimento giuridico, (come mostra la pleora di casi di lavoro nero) ora questo corpo sembra poter essere riconosciuto solo in quanto sofferente (e quindi improduttivo). Lo stanno a dimostrare i numerosi permessi per motivi umanitari o sanitari, mentre quelli connessi al lavoro o alle richieste di asilo politico sono oggetto di crescenti limitazioni (lasciando intendere nelle logiche umanitarie una maggiore attenzione per il corpo sofferente piuttosto che per il corpo minacciato). Le distorsioni alle quali si accennava finiscono col creare in qualche caso un effetto paradossale, in virtù del quale l'immigrato si trova a poter rimanere nel Paese raggiunto con gravi rischi, pagando un caro prezzo, ma a condizione di essere ammalato dunque improduttivo, e negando di fatto lo statuto che lo elegge, agli occhi della sua famiglia e della sua comunità, come emigrante legittimo, che lavora e può inviare denaro al paese di origine (Fassin, 2006, p.305).

Dove il *corpo razzializzato* viene escluso (in quanto concepito come pericoloso, distruttivo perché totalmente estraneo e non assimilabile) viene incluso il *corpo sofferente*: il corpo produttivo, quello attivo e integrabile nel mercato economico del lavoro viene osteggiato, mentre quello malato e improduttivo no in quanto resterà sempre ai margini della società, curato secondo logiche paternalistiche e umanitarie.

Per comprendere appieno questa sorta di “doppia morale” che caratterizza le politiche francesi (e non solo) studiate da Fassin in merito al rilascio di permessi di soggiorno, un'attenzione particolare è data dall'autore a una significativa inversione di marcia avvenuta negli anni Novanta: se è avvenuto un significativo calo del numero di permessi dati ai rifugiati politici (applicando in maniera sempre più restrittiva la convenzione di Ginevra¹⁹), ad un'altra categoria veniva garantito un numero sempre più

19 Convenzione di Ginevra del 1951 riconosce lo status giuridico di "rifugiato" a chiunque si trovi al di fuori del proprio paese e non possa ritornarvi a causa del fondato timore di subire violenze o persecuzioni. Il riconoscimento di tale status giuridico è attuato dai governi che hanno firmato

elevato di permessi legali; esse sono le persone con malattie o, per essere più precisi, con patologie potenzialmente letali, per le quali non vi erano adeguate cure mediche nel paese di provenienza. Si tratta di permessi altamente precari, perché temporanei e rinnovabili per breve periodo, fino al risolversi della patologia, e accompagnati dal divieto di lavorare. Questo genere di politica, che predilige il corpo sofferente rispetto a quello minacciato, mette in luce «la verità biologica incisa nel corpo come fonte capitale di legittimità» (Fassin, 2006, pag. 310).

Traendo le somme, questo tipo di biopolitiche condanna molti stranieri irregolari che ne usufruiscono a esistere ufficialmente solo in quanto malati, influenzando inevitabilmente la coscienza che gli immigrati hanno della propria identità: il corpo sofferente viene presentato ai medici che devono decidere se garantire o meno lo status legale, quindi il migrante sarà sempre portato, per ottenere quello status, a dare una *visione patetica di sé*, e di conseguenza finirà per averla. Lo straniero irregolare percepisce sé stesso come una vittima ridotta a suscitare compassione (Fassin, 2006, pag.311).

Insomma, abbiamo assistito ad un progressivo scollamento dell'assistenza sanitaria dalla condizione lavorativa, per divenire sempre più tutela del diritto all'esistenza biologica, un diritto di tipo umanitario: da corpo da lavoro a corpo malato (Sayad, 2002) tanto da istituire la possibilità di un soggiorno regolare per cure mediche. La progressiva inclusività della legislazione in materia sanitaria è sicuramente legata al carattere più incisivo della presenza immigrata, in cui anche l'aumento dei progetti di permanenza definitiva degli stranieri ha reso necessario una regolamentazione più attenta che definisse bene i limiti e le possibilità d'azione (Geraci, 2004) e ciò ha rappresentato una vittoria degli auspicati processi di integrazione e di difesa dei diritti umani fondamentali, quale, appunto, il diritto alla salute. Tuttavia un dubbio si insinua nell'elargizione di tale diritto: che lo straniero debba essere controllato, che la sua estraneità possa nascondere insidie anche e soprattutto dal punto di vista sanitario, perché egli può farsi portatore di morbi ed epidemie, può alterare la composizione e la salute della popolazione per la quale lo Stato è chiamato ad intervenire (Foucault, 2005). Sayad ci pone in attenzione quanto sospetto e diffidenza seguono ovunque il migrante, il quale viene sorvegliato come si sorveglia un corpo estraneo. Viene ritenuto

specifici accordi con le Nazioni Unite o dall'UNHCR secondo la definizione contenuta nel proprio statuto.

colpevole di minacciare l'ordine estetico, politico, sociale e soprattutto sanitario, ed è continuamente alla mercé di generiche stigmatizzazioni: è luogo comune che gli immigrati costino cari alla previdenza sociale, occupino gli ospedali, portino malattie (Sayad, 2002, pag.274). Nel corso della storia si sono riprodotte categorie diagnostiche inventate di sana pianta (*category fallacies* secondo Kleinman) per camuffare razzismo, pregiudizi etnocentrici e ignoranza antropologica. Una fra tutte sarebbe quella, diffusa nel luogo comune, della “selezione negativa” secondo il quale ad emigrare sarebbero in prevalenza soggetti deboli fisicamente e psicologicamente, poco integrati nella società e nelle famiglie di origine, in cui i disturbi latenti si rivelerebbero nel paese d'accoglienza (Beneduce, 2007, pag. 259) che reintrodurrebbero nei nostri stati civilizzati malattie qui debellate da tempo ma ancora presenti nei paesi sottosviluppati da cui queste persone provengono. Beneduce, in un breve excursus sulla psicoanalisi della migrazione, mette in luce come negli scorsi due secoli il migrante (come del resto anche il nomade) incarnasse nel pensiero comune una figura strutturalmente instabile sotto il profilo psichico, afflitta da un “disturbo disadattivo” perché si sottraevano a una geografia fatta di nazioni e confini che fra Otto e Novecento andava ad irrigidirsi. Nacquero nell'Ottocento le nozioni di *aliéné voyageur* o *migrateur* e quella di *emigrante folle*.

Dice Beneduce che la scelta di emigrare assume il valore di critica implicita dello stato delle cose (e quindi viene vista con sospetto):

«gli emigranti sono, a uno stesso tempo, segno ed effetto di una crisi, segnalano la frattura, mettono allo scoperto contraddizioni sociali e rivelano i capitoli nascosti del romanzo della nazione [...]» (Beneduce, 2007, pag. 258)

Il migrante appare ontologicamente fragile, sia psicologicamente che fisicamente, e quindi pericoloso, perché incarna la minaccia dell'epidemia. Voci che fomentano la diffidenza e il pregiudizio, e che non hanno d'altronde alcun fondamento scientifico, ci giungono quasi quotidianamente dal mondo politico:

«Io gli immigrati li schederei a uno a uno. Purtroppo la legge non lo consente. Errore: portano ogni tipo di malattia: tbc, aids, scabbia, epatite...». (Giancarlo Gentilini, politico della Lega Nord)²⁰

20 Gian Antonio Stella. « Il sindaco Gentilini, lo Sceriffo di Treviso che divenne Capitan Trinchetto»

Ma anche nei casi in cui il corpo del migrante non venga colpevolizzato, l'immaginario collettivo rispetto alla salute del migrante si muove spesso nella direzione del pregiudizio che ne vuole bonificare i corpi da ipotetiche patologie esotiche e pericolose che potrebbero diffondere, e non nell'ottica di una loro protezione preventiva rispetto a patologie da degrado legate alla povertà e al disagio che spesso vivono in Italia (Geraci, 1995, pag.111).

Riguardo gli stereotipi che accompagnano il migrante è chiara la posizione dei medici di Sokos nelle righe che seguono:

N.: [...] se tu curi queste persone fai anche una certa prevenzione nei confronti dell'italiano, perché è chiaro che se tu una persona non la curi e non fai prevenzione o quant'altro, se ha una malattia infettiva te la distribuisce tranquillamente...anche se sono persone che comunque non è che abbiano poi tutte queste malattie infettive...

A.: Perché c'è un po' lo stereotipo diffuso...

N.: Sì ma sai, noi pur di parlare raccontiamo delle c*****. Si dice che abbiano portato la TBC... ma che ca*** stai dicendo, non è che la portano loro la TBC, è chiaro che laddove c'è stato un focus nel passato, vivendo in condizioni disagiate, vivendo al freddo c'è una riacutizzazione, ma può venire anche a un italiano... beh quanti casi di TBC ci sono stati subito dopo la guerra...perché erano le condizioni di vita [...]. (Intervista a dott. N. in appendice)

Dopo questo breve excursus sulle biopolitiche che regolano il corpo sofferente, ci appare lampante come il dolore funga da richiesta di riconoscimento per ottenere uno “statuto di malato”, che permetta appunto di ritagliarsi uno spazio in cui la propria presenza sia legittima.

Analizziamo ora i dispositivi attraverso cui avviene la cura di questi corpi sofferenti.

4.3 L'efficacia simbolica della terapia del dolore.

I “dispositivi di efficacia” sono le strategie messe in atto per produrre la guarigione, per ristabilire lo stato di salute. I dispositivi di efficacia terapeutica sono quelli messi in campo dalla biomedicina per guarire le disfunzioni che colpiscono l'uomo da un punto di vista strettamente organico. Nella biomedicina la nozione di “efficacia” riguarda quasi esclusivamente il grado di raggiungimento degli obiettivi terapeutici fissati da parte, ad esempio, di un farmaco o più in generale la capacità della pratica medica di ottenere risultati prefissati in termini di obiettivi di prevenzione o di quelli stabiliti nei passaggi dalla diagnosi alla terapia.

L' “efficacia terapeutica” è l'andamento a buon fine di una terapia, il ripristino di una condizione di salute: ma spesso nel caso del dolore cronico bisogna fare i conti con come spesso non esista una vera e propria definitiva guarigione, ma che le cure messe in atto abbiano più che altro lo scopo di alleviare per quanto possibile le sofferenze del paziente che ne è affetto.

Dal punto di vista dell'antropologia l'efficacia supera di gran lunga la dimensione specificatamente terapeutica e, pur integrando nella propria interpretazione la consapevolezza degli aspetti biologici dell'essere umano, si colloca su piani più estesi e complessi che riguardano l'esperienza culturale, sociale ed esistenziale di ogni singolo individuo. Pertanto l'antropologia mette in atto una critica al concetto biomedico di efficacia definendolo riduzionista. Il riduzionismo consiste appunto nel tagliare via dalla definizione gli aspetti sociali, culturali, esistenziali, emozionali e simbolici che qualificano la complessità della vita umana (Pizza, 2006, pag.203). Nel momento quindi in cui si decida di “sanare l'esperienza” del paziente, i dispositivi che entrano in gioco sono quelli dell'*efficacia simbolica*.

Questa definizione venne coniata da Lévi-Strauss in merito alla funzione che avevano i canti rituali degli sciamani presso i Cuna di Panama, per alleviare le sofferenze di parti difficili: questi parti difficili si spiegavano con il fatto che Muu, potenza responsabile della formazione del feto, è andata oltre le sue funzioni appropriandosi dell'anima della partoriente (*purba*). Il compito dello sciamano, attraverso il suo canto, era appunto la ricerca di questo *purba* combattendo contro Muu, che una volta vinto nello scontro restituisce l'anima (tornando a ricoprire i suoi doveri di tutelare la procreazione e

proteggere il feto) e il parto si conclude senza ostacoli (Le Breton, 2007, pag. 59).

Con un'attenta analisi l'antropologo arrivava a dimostrare quanto l'efficacia della cura consistesse nel costruire una rete simbolica che rendeva "pensabile" una situazione che si presentava all'inizio nei termini del dolore fisico e dell'afflizione. Finiva così per decretare che l'efficacia simbolica mira a

«rendere accettabile alla mente dolori che il corpo si rifiuta di tollerare. Che la mitologia dello sciamano non corrisponda a una realtà oggettiva è un fatto privo di importanza. La malata ci crede ed è un membro di una società che ci crede. Gli spiriti protettori e gli spiriti maligni, i mostri soprannaturali e gli animali magici, fanno parte di un sistema coerente che fonda la condizione indigena dell'universo, l'ammalata li accetta, o più precisamente, non li ha mai messi in dubbio. Quel che non accetta sono i dolori incoerenti e arbitrari, che, invece, costituiscono un elemento estraneo al suo sistema, ma che, grazie al ricorso al mito, vengono sostituiti dallo sciamano in un insieme in cui tutto ha una ragion d'essere.» (Lévi-Strauss, 2009, pag. 222)

L'azione efficace sta nel fatto che lo sciamano fornisce all'ammalata un linguaggio, un modo, una simbologia, in cui esprimere certi stati non formulati favorendo la riorganizzazione dell'esperienza del vissuto di dolore: questa dimensione di efficacia del rito trattata da Lévi-Strauss è paragonata dallo stesso all'effetto terapeutico della cura psicoanalitica, ponendo un problema molto importante che riguarda in particolare la funzione della produzione simbolica nel rapporto di cura e la possibilità di funzionamento di un trattamento terapeutico in un contesto specifico.

La riorganizzazione dell'esperienza avviene, in ambito biomedico, per esempio nel momento della diagnosi, quando finalmente viene attribuito un nome alla malattia (che ne implica un'origine e una causa) e di conseguenza una terapia. Nel momento in cui viene sancito l'inizio della terapia del dolore al Sokos, la dottoressa prende in carico il dolore del paziente, sottintendendo una promessa: la promessa della cura, del prendersi personalmente cura del paziente per un lasso di tempo più o meno lungo, e se è possibile di guarirlo. Con la diagnosi si attribuisce il senso all'esperienza vissuta e si innesca l'inizio del rapporto terapeutico, che si protrarrà per almeno 6-10 sedute (vale a dire per altrettante settimane), in cui sono implicati paziente e terapeuta.

È Carlo Severi a svolgere una riflessione in merito al canto cuna che permette di perfezionare la teoria straussiana, attribuendo come fondamento all'efficacia simbolica

non semplicemente la relazione verbale e la comprensione del significato del canto cuna da parte della partoriente, ma anche un ruolo attivo della persona sofferente, diversamente da quanto appare nella scena descritta da Lévi-Strauss.

Egli suggerisce di riflettere da una parte sul significato che assume la *credenza* per paziente e terapeuta, da cui scaturisce il processo di guarigione, dall'altro su un nuovo tipo di comunicazione terapeutica che tenga conto non solo del contenuto del linguaggio ma anche del suo effetto sonoro.

Il problema della credenza, considerata a lungo dagli antropologi un modo di aderire ad una specifica concezione del mondo stabilita dalla cultura a cui si riteneva di appartenere, oggi viene posto in maniera diversa: essa non è più adesione a una specifica concezione del mondo ma viene considerata come un «particolare processo proiettivo, che conduce allo stabilirsi di un tipo particolarmente complesso di legame. Si è portati a credere in qualcosa non perché si condivide un patrimonio comune (“la cultura”) ma al contrario, perché gran parte del contenuto della credenza è frutto di una proiezione privata dell'osservatore, di colui o colei che crede».

Questa nuova prospettiva restituisce al singolo credente un carattere più attivo, la credenza fa parte cioè della capacità di agire del soggetto: ciascuno di noi proietta le credenze, piuttosto che assorbirle in maniera passiva. La credenza ha una sua particolare funzione nel momento in cui nel corpo del soggetto si manifesta il dolore e per questo assume un particolare ruolo nell'atto terapeutico (Pizza, 2006, pag. 208-209). Insomma un simile approccio, concede al soggetto rispetto alla credenza una sorta di *agency*²¹.

All'interno del rituale sciamanico si attiva un processo proiettivo (anche per merito della semi incomprensibilità del significato delle parole del canto), per opera della paziente che è la vera autrice dell'efficacia simbolica del canto.

Le modalità rituali della performance sciamanica sono meno lontane di quanto possiamo pensare dalle dinamiche del rapporto medico-paziente nel contesto ospedaliero. Diversi studi dimostrano come le azioni all'interno degli ospedali seguano modalità rituali: la ripetitività dei gesti di cura, quella che consuetudinariamente

21 Con il termine “agency” non ci riferiamo unicamente al ruolo attivo dei soggetti, perché questo può anche configurarsi nei termini di una riproduzione degli imperativi sociali: siamo attivi comunque. Esso rinvia, a tutte quelle forme di azione che si configurano criticamente nei processi della propria costruzione/costrizione. Prendendo ad esempio i lavori di Nancy Scheper-Hughes, essi hanno messo in luce come particolari stati d'essere somatici possano essere letti nei termini di prodotto di ideologie dominanti, ma anche di forma di critica incarnata a quelle stesse ideologie. Si tratta, quindi, di una modalità squisitamente incorporata di relazionarsi criticamente ai processi della costruzione culturale

possiamo definire “abitudinarietà” possono essere interpretate come interazioni fra due corpi intenti a creare una relazione che sia efficace, terapeuticamente e simbolicamente, ma che è anche intrinsecamente politica.

L'esito terapeutico si definisce secondo il punto di vista di tutti coloro che sono in questa relazione e che manifestano una soddisfazione o insoddisfazione derivanti dalla trasformazione ottenuta nei sintomi e nella patologia. Lo studio dell'esito terapeutico è molto difficile perché si tratta di valutare lo stato di soddisfazione dei pazienti, la scomparsa dei sintomi, e spesso le due cose non sono coerenti. Ciò vale sia per i contesti sciamanici che per quelli biomedici.

L'efficacia simbolica è anche una ricerca consapevole di significati, di simboli, manipolati e legittimati proprio nel contesto in cui le concrete azioni rituali si verificano (Pizza, 2006, pag. 211): è frutto della relazione fra i soggetti che compongono le parti del rapporto terapeutico, relazione dialettica e quindi politica. In tal verso alcune correnti di antropologia medica contemporanea segnalano l'esigenza di ricollocare l'istanza terapeutica in un percorso di studio e di ricerca più ampio, che consideri i comportamenti e le pratiche legate al corpo, alla salute e alla malattia come chiavi di comprensione delle dinamiche sociopolitiche nelle quali i soggetti sofferenti e i loro “guaritori” sono presi. È secondo Csordas e Kleinmann che l'efficacia simbolica non va considerata solo in relazione all'esito terapeutico, inteso non solo come successione di azioni dominate dalla comunicazione verbale e dall'interazione fra due soggetti (il terapeuta e il suo paziente) ma come un più ampio processo sociopolitico: vale a dire che l'azione terapeutica va osservata nel quadro dei rapporti sociali e di potere poiché le terapie sono esse stesse atti sociali e come tali esposti alle ambivalenze, ai conflitti e ai compromessi che caratterizzano ogni genere di relazione sociale.

Dalla ricerca compiuta al Sokos emerge chiaramente quanto la biomedicina, ben lungi dall'essere scevra da implicazioni di carattere simbolico, debba molto della sua efficacia al fatto che i medici nel rapporto con i pazienti forniscano ad essi un quadro di significati entro il quale configurare la propria esperienza di malattia (Pizza, pag. 215): l'autorità biomedica possiede un suo ruolo di mediazione teso al rafforzamento di un'egemonia rituale, simbolica e tecnica sui processi corporei di vita o di morte.

4.4 Dispositivi di efficacia: farmaci e parole.

Gli stessi farmaci, al di là della loro funzione per regolare i processi organici (nel nostro caso abbiamo soprattutto a che fare con analgesici, sia somministrati tramite iniezione direttamente nella zona interessata durante la terapia in ambulatorio, sia prescritti da prendere per via orale nelle fasi di dolore più acuto dal paziente stesso) sono il tema di numerose ricerche di carattere antropologico: esiste una corrente definita “antropologia dei farmaci” che li indaga come oggetti dotati di una vita sociale, in quanto merci incastrati nei meccanismi economici dettati dalle case farmaceutiche, spesso manipolati fin dalla produzione in modo di creare il loro stesso campo di destinazione, la loro stessa domanda, come accade in altri ambiti commerciali (Pizza, 2006, pag. 222).

Ci suggerisce Pizza che

«Il farmaco ben lungi dall'essere solo un “operatore tecnico” che agisce chimicamente è anche un “mediatore simbolico”, lo strumento che consente di rispondere a un malessere radicato sul terreno della malattia e che viene usato simbolicamente anche nel momento in cui il male è altrove. » (2006, pag. 224)

Nel momento in cui il male è collocato nel corpo (e non al di fuori, come nell'attacco di stregoneria o nel malocchio) il farmaco è lo strumento che possiede di diritto la maggiore carica simbolica per curare un male le cui cause si giocano all'interno del corpo stesso. Esso diventa di conseguenza portatore di un potere che dal proprio interno, dalle condizioni della sua preparazione e dei rituali che l'accompagnano, si trasmette al mondo attraverso l'individuo, cioè attraverso le attese e le richieste del suo corpo. Portatore di sacralità in quanto frutto di conoscenze per certi versi “esoteriche” di cui sono in possesso pochi, il farmaco è a tutti gli effetti un feticcio, la cui efficacia simbolica è processuale, cioè data dalla complessità dei percorsi e dei contesti attraversati nella sua vita sociale. Tale efficacia è inoltre connessa alle azioni sociali che il farmaco attiva (in questo specifico caso con la dottoressa che lo somministra e lo prescrive) e dalla promessa del benessere fisico. Per tutti questi motivi l'efficacia del farmaco non è riducibile alla sua natura biochimica: le trasformazioni che esso determina non sono separabili dai contesti, dai significati e dalle pratiche di cura che le

rendono possibili (Pizza, 2006, pag. 227).

Se la somministrazione del farmaco ha una funzione essenziale nel decretare l'efficacia simbolica della terapia del dolore al Sokos, altrettanto fondamentale è che la dottoressa non limiti il suo ruolo semplicemente a questo, ma che le ore di ambulatorio stesso diventino momento di ascolto dei pazienti.

Fassin compie una ricerca sui luoghi d'ascolto nelle banlieues francesi e sulla funzione terapeutica del "parlare": ascolto (professionalizzato, ma non solo) emerge come rimedio alla sofferenza psichica causata da situazioni di degrado e marginalità.

La sua analisi parte sottolineando la difficoltà di categorizzare la sofferenza delle persone affette da problemi sociali perché generalmente non rientra all'interno di categorie nosografiche: i loro malesseri non sono né totalmente sociali né realmente psichiatrici, non è possibile iscriverli in alcuna delle classificazioni abituali né in alcuna politica ordinaria (Fassin, 2004, pag.30).

Quest'analisi che egli fa a mio avviso può facilmente travalicare il confine della riflessione sul malessere psichico e sociale in senso stretto: fra i pazienti da me intervistati la sofferenza travalica i piani della dicotomia mente-corpo, pervadendo ogni dimensione del vissuto, e non permettendo di chiarire da quale piano dell'essere essa prenda piede. Sofferenza fisica, emarginazione sociale, disagio psichico come abbiamo avuto più volte modo di sottolineare sono più facce di una stessa medaglia. Per questo l'ascolto, risulta essere una componente essenziale della terapia stessa: i pazienti hanno la necessità di esprimere la sofferenza, parlarne, mostrarla, esattamente come i fruitori del servizio d'ascolto analizzato da Fassin.

I racconti dei pazienti spesso travalicano la descrizione dell'esperienza della malattia: i piani si confondono, e oltre l'esperienza di vita in rapporto alla malattia inevitabilmente nelle mie interviste finiscono spontaneamente per emergere storie di vita, di aspettative e speranze, delusioni, scelte difficili che hanno segnato le esistenze delle persone che man mano mi son ritrovata di fronte nel corso della mia ricerca.

I., quarantenne ucraina, è giunta in Italia per fare il lavoro di badante, nonostante un diploma da fisioterapista preso in Lituania (quindi riconosciuto in Italia), per pagare l'università al figlio diciannovenne. Nella nostra conversazione emerge sicuramente un velo di tristezza per la condizione in cui si trova, ma al tempo stesso l'orgoglio e la dignità per le scelte fatte.

A.: Quindi succede spesso che i vostri mariti, i vostri uomini rimangano in Ucraina con i figli?

I.: Sì sì sì... spesso si separano, le famiglie si rompono perché donna quella che viene qua non può per un anno guadagnare una certa somma e sta lavora... dopo che c'è lavoro, ci tiene a lavoro buono, e poi anche documenti, anche quello ti porta ad aspettare e dopo marito dice “oh cara buonanotte...” perché sai com'è mariti, trovano lì donne e... è tutto lì.

A.: Sono scelte forti...

I.: Sono scelte che tu devi fare sacrifici. Io ho capito una cosa da questa vita: che tutto bisogna pagare. Non solo con soldi, con rapporti, con sentimenti, con tante cose... e tu devi scegliere. Vuoi quello, devi pagare, o pensare che può succedere, tu devi essere pronta. Perché comunque sacrificio farai. Non può essere tutto liscio, come vostra canzone. Non può essere sì deve pagare. Tutto lì. (Intervista a dott. I. in appendice)

Le migrazioni femminili rappresentano una delle figure sociali più rappresentative delle migrazioni contemporanee (ma anche in quelle meno recenti): i corpi femminili sembrano apparire come i corpi più docili da “ammaestrare” e “controllare”, luogo comune è che esse arrivino con la naturale aspirazione di fare le colf o le badanti (ma basta banalmente informarsi sul loro livello di istruzione e sulle occupazioni svolte in patria per rendersi conto quanto non siano le aspirazioni ma la necessità e l'inevitabilità a spingerle a ricoprire certe mansioni lavorative). Le migrazioni di donne sole mostrano in modo ancora più emblematico il loro carattere di “fatto sociale totale”: maturando, consapevolmente o no, l'insoddisfazione, l'insofferenza o la rivolta rispetto a tutto ciò che costituisce la condizione sociale e umana (anche privata) nella società d'origine, la migrante inizia un processo di emancipazione che investe ogni sfera della sua esistenza (Palidda, 2006, pag. 139). Ma il prezzo per raggiungere il fine del progetto migratorio (nel caso di I. ottenere le risorse necessarie per pagare l'università al figlio), si paga sia nel ricoprire mansioni umili con la speranza di poca (se non nulla) mobilità sociale, sia in affetti. Come ci spiega infatti I., l'allontanamento porta spesso alla distruzione del nucleo familiare, all'abbandono, alla solitudine: la sofferenza ci dimostra l'ennesima volta di colpire tutti i piani dell'esperienza migratoria.

Nell'analisi di Fassin, attraverso categorie come sofferenza e traumatismo si

reinterpretano le realtà di un mondo sociale ben specifico, quello della precarietà, della povertà, della devianza, della violenza, dei drammi personali e delle tragedie collettive, e sfuggono però alla delimitazione patologica necessaria esprimendo la necessità di un approccio meno stigmatizzante e meno “medicalizzante”. La necessità per le politiche di categorizzare tutto ha portato alla creazione, in Francia, della “sindrome da esclusione” per indicare quella sofferenza psichica senza patologie, legata alla situazione sociale degli individui. (Fassin, 2004, pag.35-36).

L'ambulatorio della terapia del dolore non ha prettamente una funzione di luogo d'ascolto: al Sokos viene anche fornito un servizio propriamente di supporto psicologico, da alcuni psicologi volontari, su appuntamento.

Ma ciascun volontario che presti servizio al Sokos sa che in qualsiasi posizione si trovi, sia essa l'ambulatorio di medicina di base o la segreteria, si troverà di fronte persone in condizione di emarginazione e precarietà, e che inevitabilmente questo emergerà dall'incontro con loro. La richiesta che proviene dai pazienti non è quasi mai solamente di medicalizzazione, ma anche di ascolto: l'ascolto pare essere un principio di intervento, ai margini della funzione strutturale dell'ambulatorio, ma altrettanto importante (Fassin, 2004, pag.59).

L'ascolto è una pratica che si potrebbe pensare semplicemente frutto di un'attitudine, e che chiunque potrebbe mettere in pratica: Fassin sostiene che l' *écouter*, l'ascolto, consta di diversi tipi e maniere, l'ascolto istituito (quello frutto di una vera e propria formazione a proposito, come quella dello psicologo e dello psicanalista), l'ascolto improvvisato (cioè introdurre dell' “umanità” nella relazione professionale), e l'ascolto generalizzato (si tratta di una sorta di attenzione psicologica diffusa, come quella ad esempio degli educatori che si preoccupano di occupare con attività ludiche ed educative gruppi di giovani, rivendicando queste attività come diagnostiche e terapeutiche). Attingendo a questa classificazione, salta subito all'occhio come il tipo di ascolto messo in atto in questo frangente rientri con disinvoltura nella seconda categoria. Favorito dalla carica simbolica del luogo “Sokos” (che “incarna” per i pazienti i valori positivi del volontariato e della sapienza biomedica) quest'ascolto risulta, nelle parole della dottoressa, essere efficace quanto la cura stessa:

A.: Prima mi dicevi che la condizione psicologica dei pazienti acuisce la percezione del dolore. Quindi mi vuoi dire che una struttura come questa, sicuramente come dicevi più

accogliente...

C.: Si è importantissimo. Era quello che poi volevo dire, l'hai capito. Cioè il come accogliere la persona non comunitaria che ha già dei problemi suoi di dove andare a dormire. Per esempio avevo un paziente che dormiva al dormitorio e quando veniva qua si vedeva che non sarebbe più andato via, era una cosa implicita, lo capivo che veniva volentieri. Anche se poi alla fine se ne sarà pure andato. (Intervista a dott. C. in appendice)

4.5 *Terapia del dolore o cura del dolore?*

L'ascolto, come dispositivo di efficacia simbolica, ci introduce un'ulteriore spunto di riflessione: il tema della cura.

L'antropologia medica può essere anche considerata un'antropologia della cura. Nel tema della cura si intrecciano tutti gli argomenti di cui abbiamo trattato: corpo, salute, malattia, processi di istituzionalizzazione e la questione dell'efficacia. La differenza fra cura e terapia appare evidente già nel parlare quotidiano: se terapia rimanda all'ambito del trattamento della malattia, il concetto di "cura" (in greco *iatreia*, intesa non come competenza esclusiva del medico ma propria di qualsiasi professione di aiuto) può anche non avere nulla a che fare con le questioni mediche, poiché rientra nell'esperienza complessiva dei rapporti umani e dello scambio sociale. La cura richiama all'accezione del verbo inglese *to care*, meno riduttiva di quella di *to cure*, ma la concezione antropologica è ben più vasta: essa si definisce come

«una tecnica dell'attenzione, dell'ascolto e del dialogo, basata sulla dialettica fra la prossimità e la distanza, fra la parola e il silenzio, sulla consapevolezza dell'impossibilità di separare nel gesto l'aspetto tecnico da quello simbolico ed emozionale, su una comunicazione corporea e sulla dimensione emozionale e politica che questa relazione comporta. In questo senso le pratiche di cura hanno a che fare con la definizione di spazi di intimità, si strutturano in un *corpo a corpo* che si fonda su una vera e propria arte di comunicare, che è anche, e forse soprattutto, *arte di toccare*.» (Pizza, 2006, pag.229)

La cura non è quindi un processo di guarigione, finalizzato all'efficacia terapeutica, bensì si tratta un processo di relazione, il cui scopo primario è l'attribuzione di un significato di "umanità" alla persona sofferente: è necessario tenere conto dei poteri efficaci che la manipolazione curativa ha sulla stessa costruzione del corpo, della

persona, del sé , sulla sottrazione o sull'attribuzione di una “capacità di agire”, sulla definizione e il riconoscimento dell'essere umano. L'umanità non è un dato naturale, ma il prodotto culturale di un processo di *naturalizzazione*. Le pratiche di cura, a seconda di come siano messe in atto, possono “umanizzare” o “disumanizzare” il paziente.

Richiamiamo l'attenzione su quanto detto nel paragrafo precedente in merito al valore non strettamente terapeutico ma anche simbolico della terapia del dolore svolta al Sokos, intervenendo sulla ricostruzione dell'*habitus* del paziente messo in crisi dal malessere, ovvero dalla trasformazione delle coordinate spazio-temporali che si determinano nell'esperienza della malattia e del dolore. Come nel caso del *nursing* (l'insieme di tecniche del corpo messe in atto dalle infermiere) che lungi dall'essere azioni di tipo sostanzialmente tecnico incarnano una dimensione emozionale, quella appunto del “prendersi cura di”, anche le visite e le iniezioni della dottoressa sono da intendersi come relazione fra due corpi attivi all'interno di un approccio volto alla *cura* e all'*assistenza*, concetti molto più estesi di quelli di *terapia* e *trattamento*. La vicinanza concreta che si crea nella consapevolezza di una comunicazione corporea che si sviluppa con il protrarsi della terapia e il reiterarsi delle visite e delle iniezioni.

L'importanza del “prendersi cura” emerge da un'intervista fatta ad una dottoressa della medicina di base in merito al suo giudizio sulla terapia del dolore:

G.: [...] Il prendersi cura, è certo! Sapere che il medico è a disposizione e tale giorno alla tale ora lei è lì che aspetta me, gli altri, è fondamentale. Infatti io non vengo molto ma loro dicono “è stata lei che mi ha dato tale farmaco”... loro sanno chi li ha visti di noi. (Intervista a G. in appendice)

Tirando le somme, quella che generalmente è chiamata “terapia del dolore” potrebbe essere a tutti gli effetti definita una “cura del dolore” per le seguenti ragioni: la prima, di cui abbiamo largamente parlato, è che essa non si limita alla semplice somministrazione del farmaco, mettendo in atto tutta una serie di “dispositivi” (uno fra tanti l'ascolto) volti a sanare diversi aspetti dell'esperienza del paziente. La seconda è che il dolore se cronico o recidivo, non può essere guarito, ma solo alleviato.

Nel seguente estratto da un'intervista alla direttrice sanitaria di Sokos appare lampante che il più delle volte l'obiettivo della cura non è *curare* ma *alleviare*:

N.: [...] però vedo che sono contenti insomma, che risolvono il problema in maniera, è chiaro che non è che guarisci, una terapia è sempre una terapia che comunque ti lenisce in quel momento se c'è diciamo una cronicità è chiaro che te la risolveva, se invece diciamo è una terapia fatta su un dolore nuovo ecc. è probabile che poi non ti torni più ecco...sulla cronicità te lo può sollevare un attimo te l'alleggerisce però non è che fanno i miracoli, però adesso se ne discute tantissimo sulla terapia del dolore quindi è una nuova metodica che prima si pensava non valesse poi più di tanto; però localizzata penso che eviti anche tutte quelle che sono le controindicazioni di un antinfiammatorio preso per ossa ecco, mandato in circolo così [...]. (Intervista a dott. N. in appendice)

Il paziente non è mai “incurabile”, ma più semplicemente talvolta è “lasciato solo” e ciò non è segno di incurabilità ma di incuria (Pizza, pag. 236): l'atteggiamento che ha assunto la biomedicina nei confronti del dolore è storicamente ambiguo in quanto si è diviso fra due scelte opposte, quella di alleviarlo e quella di arrendersi alla sua inevitabile presenza.

Ritenuto lungamente utile alla valutazione diagnostica della malattia, medicina e dolore hanno intrattenuto un rapporto di consustanzialità culturale intima e indissociabile nella prospettiva della guarigione. Quindi per secoli la medicina si è interessata più alla conoscenza e ai suoi progressi che al sollievo del malato, considerando l'*alleviare* di valore inferiore rispetto al *guarire*. Il problema del sollievo dal dolore è stato così relegato generalmente nell'ambito accessorio delle azioni complementari relative al “comfort dei malati ” (Peter, 2005, pag .294-295).

Il dolore nel momento in cui viene trattato in un determinato ambulatorio preposto alla sua specifica cura, assume di per sé lo statuto di malattia (liberando il sofferente dalla paura di non essere creduto) e riconoscendo di conseguenza all'*alleviare* di rientrare nell'ambito della *cura*, e quindi dignità in ambito medico.

Alleviare in questo caso coincide con il ristabilire la continuità delle relazioni dell'individuo con l'ambiente, la capacità dell'attore di agire autonomamente (Le Breton, 2002, pag. 58).

L'efficacia simbolica ricorda il carattere molteplice di un dolore che investe l'uomo, non la sua sola organicità. Mobilita il legame sociale e in questo caso, la percezione di una sorta di inclusione nel tessuto sociale d'arrivo. L'azione terapeutica messa in atto agisce sul piano organico ma non meno sull'aspetto sociale, culturale, individuale o

situazionale che avvolge la percezione del dolore. In primo luogo dare un nome, nominare una causa per il dolore consente di scartare tutte le ipotesi negative, di allontanare tutti i fantasmi che causano ansia e aumentano l'intensità del dolore.

Come nel caso di N. (che abbiamo già trattato nei capitoli precedenti) che a causa dell'incuria della dottoressa dalla quale era stata visitata precedentemente fuori da Sokos, era convinta di avere una malattia incurabile e mortale: non c'è angoscia più grande di quella di fronte al nonsenso, a ciò che non è stato ancora afferrato dalla coscienza.

La lotta contro il dolore esige il superamento iniziale della paura, assillo del paziente che non comprende la violenza che lo mina. Dopo lo smantellamento dell'esistenza, il dolore deve essere iscritto di nuovo nell'ordine del senso e così reintrodotta all'interno di un progetto che lasci immaginare un percorso verso la sua risoluzione (Le Breton, 2002, pag. 64-65) o per lo meno verso il suo contenimento. Il significato dato al dolore non ha solamente un valore d'informazione: precede l'azione, fa immaginare che, identificata la sua natura, sia già dato anche il mezzo di combatterlo.

Tirando le somme di quanto detto fino ad ora la *cura del dolore* messa in atto al Sokos è prima di tutto una *cura del paziente*, poiché si sviluppa nella consapevolezza di rivolgersi a una persona con il suo bagaglio di esperienze, il suo passato, il suo presente e le sue aspettative per il futuro.

Il racconto del *passato* è sempre la narrazione di trascorsi segnati da scelte difficili e spesso forzate dalla povertà e dalla speranza di una condizione migliore.

Il *presente* fatto per lo più di indigenza e marginalità, lavori di fatica, lontananza dagli affetti e legami spezzati, assenza più o meno totale di diritti e tutele, e lo spettro del razzismo sempre in agguato, legittimato dalla *colpa consustanziale* attribuita all'immigrazione clandestina... e l'irruzione della patologia dolorosa, e la sua influenza sulla vita e nei progetti, l'assenza di risorse per curarlo, l'incontro col Sokos, il ripresentarsi della speranza, per il *futuro*.

L'aspettativa dei pazienti in merito all'esito della terapia è che permetta loro di ripristinare questo *continuum*, fra il proprio progetto e vita vera:

A.: Si può dire che i pazienti del Sokos possono essere in qualche modo soggetti un po' più a rischio soprattutto quelli che fanno lavori di un certo tipo...?

N.: Ma certo, certo, anche perché queste persone non hanno la possibilità di andare, non so, in infortunio oppure di rimanere a casa perché, non so, sono rimasti bloccati con la schiena o quant'altro, sono persone che comunque devono per forza, fra virgolette, star bene perché altrimenti se non lavorano non percepiscono lo stipendio oppure hanno paura di essere mandati a casa, hai capito? Per cui sono persone che nonostante il dolore loro continuano ad andare a lavorare, ragion per cui, cerchi di aiutarli nel migliore dei modi per far sì che un dolore se ne vada il prima possibile insomma. (Intervista a dott. N. in appendice)

Per curare l'altro, insomma, bisogna agire nella *spirale della sofferenza*: la sofferenza incorporata, ci suggerisce Mariella Pandolfi, spesso non procede linearmente, come spesso le istituzioni biomediche dimenticano. Il malessere spesso precede la malattia, la malattia percorre ritmi molto più complessi e più ampi di quelli biologici; il tempo esperienziale segna tracce discontinue nel corpo, che cancellano l'ambiguo limite fra interno e esterno, diventando a volte malattia, a volte memoria, a volte attitudine psicosomatica (Pandolfi, 1991, pag. 155). Questa spirale si snoda attraverso tre piani: il primo è il campo semantico della malattia (cause ed effetti secondo il sistema medico a cui il malato aderisce), il secondo la causalità com'è percepita dal malato (ma può non esserlo per tutti gli attori sociali), il terzo è quello delle emozioni.

La Pandolfi nel suo percorso di ricerca sul linguaggio emozionale condiviso dalle donne del Sannio Campano attribuisce alle *emozioni* (a lungo lasciate in disparte nella riflessione antropologica) una dimensione occultata e trasgressiva in grado di agire sociopoliticamente, e meritevole di un'indagine per opera di una vera e propria "teoria delle emozioni".

Essendo che il dolore semanticamente richiama tanto a una condizione corporea quanto ad una emozionale, appare lampante quanto una cura atta a risollevare dal dolore richieda di occuparsi dei diversi piani dell'esistenza, nell'individuo nella sua completezza.

Per sanare l'esperienza tutta del paziente è necessario politicizzare la natura della malattia, riproblematizzando il tema dell'intervento in due modi.

Il primo consiste nel permettere a corpi costretti nella marginalità di aver accesso a un trattamento farmacologico: ed è questo che avviene nell'ambulatorio della terapia del dolore nel quale i pazienti possono avere un accesso facilitato a determinati servizi (quelli appunto atti alla cura e al contenimento del dolore) che ultimamente sono

divenuti di difficile accesso anche attraverso il servizio sanitario nazionale.

Come mi spiega la direttrice sanitaria di Sokos, nelle righe che seguono

N.: Mah ormai ti fanno pagare anche l'aria figurati te se non ti fanno pagare una terapia del dolore e se tu vai, ad esempio hai bisogno di una laser- terapia di un...te le fanno pagare, non è, una volta, cioè pagavi solamente il ticket ecc adesso paghi quasi tutto specialmente per queste cose, la terapia del dolore[...] cerchiamo di fare il possibile perché sono soprattutto persone che direi che nella loro vita ne hanno già passate abbastanza no?! per cui nel nostro piccolo cerchiamo di trattarli e di tenerli un po' nella bambagia, almeno noi, perché fuori sono trattati a pesci in faccia per cui se hanno dei datori di lavoro che li sfruttano al massimo al meno, tra virgolette, se si ammalano che trovino qualcuno che, per lo meno, se ne prende cura, che poi cioè, li trattiamo meglio che noi italiani siamo trattati dai nostri colleghi è un dato di fatto, li trattiamo bene, che mi sembra anche giusto, almeno che abbiano quello e gratis anche perché non sono in grado poveretti di spendere dei soldi per cui io penso che per la salute se puoi fare qualcosa questo e di più [...]. (Intervista dott. N. in appendice)

La salute insomma come diritto universale e inalienabile, come avevamo approfondito in merito all'analisi di Fassin.

Il secondo intervento auspicabile verterebbe, una volta riconosciuta la malattia come oggetto sincretico, storicamente e socialmente determinato, nel riproblematizzare il tema dell'intervento lavorando nel senso di aumentare la capacità di negoziazione e di azione dei singoli (il loro *empowerment*) attraverso la promozione dei loro diritti, non solo civili ma sociali ed economici. Questo permetterebbe di sbrogliare una volta per tutte le matasse che formano la spirale di dolore. Chiaramente questo è un percorso molto complesso ed articolato, di cui non si può fare solamente carico una struttura di volontariato come il Sokos.

L'attività svolta nell'ambulatorio senza dubbio concorre a mettere in luce un *deficit* presente in seno alle strutture che regolano la nostra società, che per varie ragioni (come abbiamo visto nel primo capitolo di questa ricerca) delegano compiti che gli competono ad una struttura di volontariato. Il lavoro che i volontari del Sokos compiono al di fuori delle mura dell'ambulatorio, attraverso l'uscita di articoli e comunicati, o spalla a spalla con altre associazioni nel campo della promozione dei diritti, è senza dubbio un contributo a far emergere le condizioni che provocano la sofferenza sociale.

Chiaramente questi sono piccoli passi verso un obiettivo molto difficile da ottenere. Questo obiettivo l'ho individuato in una frase che mi è capitato di sentire da una componente del personale volontario e che mi ha colpito molto:

«Il fine di Sokos è non esistere più. È che non ci sia più bisogno della sua esistenza».

CONCLUSIONE

Portando a termine l'esposizione di questa ricerca svolta al Sokos sulla terapia del dolore rivolta a uomini e donne considerati "irregolari", credo doveroso un breve excursus sulla situazione che essi vivono attualmente nel nostro paese, soprattutto alla luce dei fatti più recenti.

Dagli anni Novanta in poi le condizioni di arrivo e di permanenza di queste persone sono state "disciplinate" da una sempre crescente manovra di "razionalizzazione repressiva": questa definizione si riferisce ad un insieme di pratiche (che constano in una crescita dell'apparato repressivo, polizia, carcere, pratiche di controllo sociale, a scapito delle politiche sociali) introdotte dai partiti di destra di tutta Europa, ben presto seguiti a ruota anche da quelli di sinistra, per disciplinare e contenere tutti quei comportamenti considerati "attacchi esterni" alla sicurezza della popolazione "per bene". In Italia, le campagne sulla sicurezza hanno avuto come oggetto, volta per volta, la pedofilia, l'immigrazione clandestina (sicuramente il tema più sfruttato), la prostituzione di strada, l'emergere di nuove forme di criminalità organizzata e così via, di pari passo col diffondersi di forme di protesta da parte della cittadinanza, legate al "degrado dei quartieri" e al "diffondersi della microcriminalità".

Il concetto stesso di "degrado", sempre più di frequente associato a quello di sicurezza, ha assunto un significato più generale di disordine sociale, prodotto dalla presenza di categorie di persone poco gradite (immigrati, tossicodipendenti, prostitute, *homeless*): è pregiudizio diffuso all'interno dell'opinione pubblica l'equivalenza concettualmente pericolosa clandestino=delinquente. Ciò ha comportato un atteggiamento di chiusura e di stigmatizzazione della nostra società verso gli stranieri e alla reificazione delle pratiche sociali con cui i migranti sono esclusi e trasformati in nemici della società

Nonostante l'andamento degli ultimi decenni abbia dimostrato che non c'è nessuna prova dell'effettiva utilità di queste politiche repressive allo scopo di far diminuire la criminalità, si è continuato in questa direzione, e l'unico esito lampante di queste politiche è stato che, per contro, la tolleranza zero ha evidenti effetti collaterali molto dannosi, in particolare dovuti alla necessità di sottrarre risorse alle politiche di integrazione sociale e di *welfare*, che hanno un ruolo decisivo nel prevenire forme acute

di esclusione, marginalizzazione e disgregazione sociale, che a loro volta alimentano il senso di insicurezza²².

Secondo un modello ormai comune a tutta l'Europa i migranti sono un pericolo da contrastare con ogni mezzo (dalla militarizzazione dei confini alla moltiplicazione di veri e propri campi di internamento, i CIE), dall'espulsione generalizzata (e alla diminuzione drastica della concessione di permessi di soggiorno ai rifugiati politici), all'assistenza economica prestata ai regimi cui migranti cercano di sottrarsi (alimentata dalla logica paternalista dell' "aiutiamoli a casa loro") (Dal Lago, 2004, pag. 6): recenti eventi che hanno colpito il nord Africa sono però l'esempio lampante che questa complicità silenziosa potrebbe avere vita breve .

Come è risaputo l'Italia intrattiene un rapporto di "partnership" in particolar modo con la Libia, e su diversi fronti: il primo fra tutti, insieme all'esportazione di petrolio e gas naturale, è proprio quello di lotta allo spettro dell'immigrazione clandestina, e degli accordi a riguardo tutti conosciamo i tragici e vergognosi esiti. Ma è proprio da quelle terre in fiamme che nelle ultime settimane sono fuggiti migliaia di uomini e donne, riversandosi nelle coste al di là del Mediterraneo: le coste italiane per l'appunto. Quest'emergenza umanitaria obbliga l'Europa tutta a dover fare i conti con le proprie contraddizioni: decenni di ambiguità e collaborazione con violenti ma al tempo stesso lucrosi regimi militari da un lato, un lacunoso sistema di *welfare* dall'altro.

Ci ritroviamo più che mai nella condizione di dover fare i conti, come Stati e come esseri umani, con il fatto di dover restituire dignità e diritti negati ai migranti, non solo quelli che qui arrivano per fuggire da luoghi in cui le loro esistenze sono in pericolo, ma anche chi viene qui per perseguire i più disparati, e assolutamente legittimi, progetti di vita.

Il corpo si svela luogo di pratiche in cui si rivelano più che mai forme di resistenza: dove l'essere umano resta per lo più muto accettando la costrizione della propria invisibilità e privazione di diritti, è il corpo a parlare attraverso patologie e sintomi che denunciano un più che mai problematico rapporto fra corpo e società

«l'oggettività illusoria della patologia e della sua cura nella nostra società [...] in quanto nel negare le relazioni umane incorporate nei sintomi nei segni e nella terapia non solo

22 *La sindrome securitaria*, Enzo Mingione, Fabio Quassoli, Luglio- Agosto 2002, *La rivista del manifesto* n°30.

mistifichiamo, ma riproduciamo anche un'ideologia politica mascherata nei panni di una scienza delle "cose (apparentemente) reali", di oggettività biologiche e fisiche». (Taussig, 2006, pag. 76)

Il dolore localizzato principalmente nell'apparato muscolo scheletrico, cronico o di media-lunga durata, che affligge i pazienti che si rivolgono all'ambulatorio di terapia del dolore presso il Sokos (associazione di volontariato sanitario per immigrati e emarginati, che si occupa appunto di colmare il *deficit* dello Stato in termini di assistenza) ha assunto ai miei occhi più che mai la forma di una "rivolta silenziosa del corpo" nei confronti di una violenza strutturale che li costringe ad uno perpetuare uno "stile di vita" potenzialmente pericoloso per la propria salute e per la propria esistenza stessa. Il dolore fisico diventa l'incorporazione della sofferenza sociale.

Quando l'antropologia si occupa della sofferenza sociale, il ruolo dell'antropologo diventa quello di testimoniare, come ci è suggerito dalla prospettiva umanistica radicalizzata di Nancy Scheper-Hughes, e sollecitare una partecipazione quanto meno empatica del lettore alle condizioni di vita descritte (Nguyen, 1996, pag. 38).

È questo il genere di coinvolgimento che spero di essere riuscita con la mia ricerca a provocare nel lettore, tentando di svelare in maniera esauriente nel corso del lavoro le maglie della violenza strutturale, le stigmatizzazioni, le costrizioni sociali, che portano questi uomini e queste donne a non poter essere in grado di determinare il proprio destino e al contempo di non poter usufruire di quei diritti inalienabili che sono propri della persona umana. Questo avviene ovunque, in ogni parte del mondo.

A conti fatti bisogna lavorare nel senso di aumentare la possibilità di negoziazione dell'azione dei singoli, diminuendone invece le costrizioni (Quaranta, 2006, pag. 284): aumentarne l'*agency*.

Questa è la sola strada perseguibile per far sì che posizione sociale, Stato di nascita, sesso, età e ogni altra caratteristica ontologica dell'individuo non diventi fattore di rischio per la sua vita e, nel caso trattato nella mia ricerca, per il suo stato di salute.

È il volontariato, come abbiamo avuto modo di constatare nel corso di questa ricerca, che si prende in carico il compito di colmare il *deficit* dello Stato in termini di salute degli individui "scomodi", emarginati e irregolari, a cui i diritti di cittadinanza vengono negati.

La politicizzazione di questi luoghi di presa in carico dei legittimi bisogni dei

migranti come l'associazione di volontariato Sokos per l'assistenza medica ad emarginati ed immigrati “irregolarmente presenti” può contribuire ad aumentare la possibilità dei singoli di negoziare le proprie condizioni di esistenza? Io credo di sì, e in diversi modi.

Il primo è legato alla presa in carico di queste persone e della loro sofferenza. Ciò ha una ricaduta simbolica ma anche estremamente pratica nelle loro vite: una cura mesoterapica come quella che viene messa in atto al Sokos, che agisce nel senso di far cessare o attenuare il dolore, permette ai pazienti di riprendere una posizione attiva nella società, soprattutto per quanto concerne il mondo del lavoro. Questo significa al contempo permettere a queste persone di perseguire i propri obiettivi, anche se spesso questi coincidono (proprio a causa dell'intrinseca vulnerabilità della condizione di migrante irregolare) con impieghi nel mondo dell'economia sommersa, del lavoro nero che li riduce a vittime di uno sfruttamento occupazionale che diventa spesso causa stessa del presentarsi e del cronicizzarsi delle loro patologie dolorose, insieme alle condizioni generali di vita disagiata in cui versano. La ricerca compiuta da queste persone di spazi di mobilità ed emancipazione avviene chiaramente attraverso le maglie sociali e strutturali che li costringono. Forze sociali che vanno dalla povertà al razzismo vengono ad essere *incorporate* come esperienza individuale (Farmer, 2006, p. 265-266) e si concretizzano nelle patologie dolorose che li affliggono.

I corpi di queste donne e di questi uomini, unico strumento in loro possesso per perseguire il proprio progetto migratorio, diventano un vero e proprio capitale da investire sul mercato del lavoro, la cui conservazione in buono stato (come quello di una macchina di cui è indispensabile il funzionamento) è fondamentale (Wacquant, 2002, pag. 115). Il dolore cronico va a colpire la possibilità di agire dell'individuo, di lavorare e quindi di autodeterminarsi, di sopperire alle proprie necessità, di essere autosufficiente. Ne impedisce le azioni e ne monopolizza i pensieri. Crea distanza perché immerge in un universo inaccessibile a chiunque altro (Le Breton, 2007, pag.39).

Per quanto riguarda la cura dei dolori localizzati cronici o di media-lunga durata, essi diventano un handicap per le persone che compiono lavori di fatica: questi dolori sono alleviabili solo attraverso una terapia costante, con una presa in carico del paziente per un ciclo di una certa durata (generalmente un paio di mesi): ed è questo che avviene all'ambulatorio di terapia del dolore a Sokos.

Nel corso della mia ricerca ho potuto constatare l'utilizzo dell'ambulatorio di terapia del dolore anche da parte di migranti regolarizzati: nel loro caso l'irruzione del dolore nelle loro vite, rischiando di comportare la perdita del lavoro, potrebbe comportare di perdere insieme ad esso il permesso di soggiorno, relegandoli in quella condizione che Dal Lago definisce di *non-persone*: i migranti non “regolarmente presenti” (privi quindi di documenti di soggiorno) sono così definibili in quanto non hanno futuro stabile nella nostra società. Essi potrebbero essere fermati dalla forza pubblica in qualsiasi momento, e questo segnerebbe la fine della loro esistenza e l'inizio di un'altra, che comunque non dipenderà da una scelta personale. Il migrante irregolare risulta essere un uomo a cui i diritti di cittadinanza vengono negati, e quindi privo di libero arbitrio e che non può autodeterminare il proprio destino, corpo puramente biologico che smette di essere persona, la cui umanità è revocata o annullata (Dal Lago, 2004, pag. 207-208).

Inoltre, se per un certo verso la delega della salute di questi migranti al volontariato associativo da parte del S.S.N. che non se ne occupa concorre nel relegare queste persone in una condizione di invisibilità (il diniego collettivo è tipico dei paesi razzisti, dove i gruppi dominanti sembrano misteriosamente capaci di escludere o ignorare l'ingiustizia e la sofferenza che li circonda (Cohen, 2001, pag. 27)) al tempo stesso però la struttura assume una valenza più che positiva perché si prende in carico il loro dolore, i pazienti si sentono più a loro agio, accolti in una struttura predisposta ai loro bisogni, esclusiva, e più accessibile, dove non devono fare i conti con il razzismo quotidiano. Percepita come una sorta di “isola felice”, Sokos diventa luogo di accesso ad una “integrazione differenziata”. A Sokos i pazienti, individui che il più delle volte hanno a disposizione diritti e possibilità limitati, vengono a contatto e possono usufruire di quelle istituzioni moderne che i cittadini dei paesi istituzionalizzati danno per scontate ma che per questi pazienti non lo sono affatto: essi attraverso Sokos hanno accesso ad una forma elementare e parziale di cittadinanza, quella che Nguyen definisce la *cittadinanza terapeutica*. Questa forma di cittadinanza “inferiore” (in quanto dotata di diritti solo in un determinato, limitato spazio) e “umanitaria” costituisce soggetti detentori di diritti e di responsabilità intorno ad una specifica condizione biopolitica, è forma derivata di quella cittadinanza piena che è disponibile per coloro che vivono nelle ricche democrazie industrializzate del Nord del mondo.

Un altro modo in cui questi luoghi agiscono politicamente è che la loro stessa

esistenza denuncia un deficit assistenziale da parte del SSN, facendo emergere le contraddizioni fra teoria e prassi (fra legislazione e realtà dei fatti) nel campo dell'accesso alle strutture sanitarie da parte dei migranti irregolari.

Infatti, secondo i decreti che regolano le erogazioni delle prestazioni ai pazienti temporaneamente presenti non iscritti al S.S.N., le ASL debbono attivarsi per garantire a questi pazienti il primo accesso. Pur lasciando la legislazione una certa scelta di ambulatori di prima accoglienza che possono essere preposti a tal fine (ambulatori di medicina generale presso i poliambulatori distrettuali ed ospedalieri gestiti da personale dipendente, l'utilizzo di alcune ore "riservate" della medicina interna, ad accesso diretto presso i poliambulatori distrettuali ed ospedalieri, ambulatori per la profilassi delle malattie infettive, ed infine le strutture di volontariato, che abbiano maturato esperienze nell'ambito dell'immigrazione, convenzionate con la ASL) appare chiaro come il volontariato spesso risulti essere la "prima scelta", se non l'unica. Fra le ragioni che mi sono parse lampanti, per spiegare il perché siano le associazioni formate da volontari a colmare i vuoti esistenti nonostante la legislazione vigente, spicca il mero calcolo economico: il loro utilizzo nonostante la convenzione con la ASL per i fondi necessari, sarà sempre infinitamente meno costoso per il S.S.N. rispetto alle alternative sopra citate. Inoltre l'esito di questa differenziazione dei servizi permette in fondo di relegare la presenza di una parte della popolazione scomoda e sgradita presente sul territorio ai "margini" della società (stigmatizzata inoltre come portatrice di esotiche e pericolose malattie, debellate nelle "società civili"), e con essa occultare i suoi bisogni e le questioni urgenti a cui ci mette di fronte.

La società globalizzata è una formidabile macchina, che produce la circolazione di cose e persone e al tempo stesso di estraneità, in quanto le esperienze e le persone che entrano in contatto, non si attraggono e non costituiscono alcun legame sociale. È proprio nel ristabilire un legame sociale, una interazione che gli attori sociali debbono agire per sanare le esperienze di vissuti di sofferenza.

L'esperienza del volontariato in campo sanitario possiede inoltre un ulteriore valore aggiunto in termini di qualità del servizio: spesso gli ambiti medici agiscono involontariamente nel senso nell'infliggere una «sottile e subdola violenza» (Nguyen, 1996, pag. 64), ammutolendo la voce del malato fino a sostituirla con una perfetta formalizzazione del caso clinico, riducendo l'esperienza del vissuto del paziente in un

racconto medicalizzato ed indistinto: il medico occidentale rischia di essere d'altronde come il medico colonizzatore dipinto da Fanon, il quale adotta l'atteggiamento del suo gruppo d'appartenenza, quindi l'ideologia dominante (Fanon, 2007, pag.114). Nel caso dell'ambulatorio Sokos gli operatori invece (come emerso dalle interviste) sono consapevoli della natura non solo biomedica del proprio compito e dell'importanza simbolica che acquisisce l'ascolto delle storie di vita di questi pazienti. Lo spazio di negoziazione tra operatori e pazienti permette la messa in campo di una medicina orientata verso il paziente, umanizzata, intesa come tensione all'incontro e alla comprensione dell'altro. Essa al tempo stesso è medicina socializzata, in quanto attenta ai determinanti sociali che entrano in gioco nella manifestazione dei disturbi.

Per questa ragione ho ritenuto importante sottolineare che la presa in carico del dolore com'è svolta al Sokos debba essere considerata piuttosto che una *terapia del dolore*, in un'accezione più ampia di *cura del dolore*. La differenza fra cura e terapia è la seguente: se terapia rimanda all'ambito del trattamento prettamente biomedico della malattia (la rimozione organica delle sue cause), il concetto di “cura” rientra nell'esperienza complessiva dei rapporti umani e dello scambio sociale, concretizzandosi in una tecnica dell'attenzione, dell'ascolto e del dialogo, governata dalla consapevolezza dell'impossibilità di separare nel gesto l'aspetto tecnico da quello simbolico ed emozionale, e anche la valenza politica, che questa relazione comporta (Pizza, 2006, pag.229).

Il dolore è *totalmente distruttivo*, intacca tutta l'esperienza del mondo lasciando il soggetto impotente di fronte a questa irruzione che nulla lascia intatto. L'emergere del dolore risulta essere un'esperienza temibile per il senso stesso d'identità in quanto segna un vero e proprio cambiamento ontologico nel soggetto: il sofferente non è più lo stesso di prima. Il dolore è risultato un argomento di straordinario interesse anche per il suo occupare una posizione eccezionale nell'intero tessuto degli stati psichici, somatici e percettivi: è l'unico stato privo di un suo oggetto, e incomunicabile (Scarry, 1990, pag. 34).

È emerso con evidenza nel corso della mia ricerca come proprio la natura totalizzante dell'esperienza del dolore implica che la cura debba comprendere ben di più della mera terapia volta al ripristino di un'ottimale condizione organica: essa ha inizio con un processo *simbolico*, cioè permettendo una reinterpretazione del dolore del sofferente

attraverso la *diagnosi*, dando forma al nemico interno che attanaglia il suo corpo e prospettando così la possibilità di una terapia e infine di una guarigione. Il dolore preso in carico in un ambulatorio finalizzato alla sua esclusiva cura assume uno statuto di realtà anche nei casi in cui le sue origini rimangono oscure: esso è riconosciuto come “patologia” di per sé e come tale viene curato, e ciò fa passare in secondo piano il timore del sofferente di non essere creduto, proprio per la natura personale e incomunicabile del dolore stesso.

Questo è l'ennesimo aspetto in cui emerge che la cura è efficace nel sanare la trama dell'esperienza del malato di dolore nella misura in cui la malattia è socializzata e politicizzata.

Indagare la malattia come processo sociale significa attribuire alla *cura* una dimensione politica, spostando la problematizzazione su termini del tutto nuovi: quelli dell'estensione del diritto di accesso al trattamento farmacologico, e dell'*empowerment* degli attori sociali in questione, cioè l'aumento della capacità di negoziazione e di azione dei singoli attraverso la promozione dei diritti non solo civili ma anche sociali ed economici. È in questo senso che l'analisi antropologica si va a configurare nell'accezione inaugurata da Nancy Scheper-Hughes come una forma di critica tesa a politicizzare la natura della malattia, ovvero a

«mettere in luce e a riportare nella sfera del discorso ciò che altrimenti viene costruito e vissuto come fatto di natura, occultando il ruolo determinante dell'azione umana nel produrlo.» (Quaranta, 2006, pag. 286)

Vorrei concludere ricordando che l'insegnamento di Fanon è stato prezioso nella formazione di una disciplina che si occupi in maniera intellettualmente corretta di sofferenza sociale: quando ormai cinquant'anni or sono nella sua opera “*I dannati della terra*” ha analizzato il ruolo di classe, “razza” e violenza nell'ambito delle lotte di liberazione nazionale, auspicando l'avvento di un nuovo modello mondiale, totalmente svincolato dai modelli politico-sociali precedenti dominati dall'etnocentrismo europeo ci ha rivolto un monito, raccolto dal discorso dell'antropologia medica critica; quello di mettere da parte ogni paternalismo o sentimento di pietà o carità, in quanto l'obiettivo finale è tracciare un percorso che permetta agli attori sociali stessi di acquisire la possibilità di essere sempre artefici del proprio destino, ovunque, in ogni parte del

mondo, mettendo in luce i meccanismi che li costringono, meccanismi spesso reificati.

«Il Terzo mondo non intende organizzare un'immensa crociata della fame contro tutta l'Europa. Ciò che esso si attende da quelli che l'han mantenuto in schiavitù per secoli, è che lo aiutino a riabilitare l'uomo, a far trionfar l'uomo dovunque, una volta per tutte. Ma è chiaro che noi non spingiamo l'ingenuità fino a credere che ciò avverrà con la cooperazione e la buona volontà dei governi europei. Questo lavoro colossale che è quello di reintrodurre l'uomo nel mondo, l'uomo totale, si farà con l'aiuto decisivo delle masse europee che, devono riconoscerlo, si sono spesso allineate sulle posizioni dei nostri comuni padroni. Per questo, bisognerebbe anzitutto che le masse europee decidessero di svegliarsi, si scuotessero il cervello e cessassero di giocare al gioco irresponsabile della bella addormentata nel bosco.» (Fanon, 1966, pag. 60)

BIBLIOGRAFIA.

Annuario di antropologia: Corpi, vol. 3,(2003) Roma, Meltemi.

Annuario di antropologia : Sofferenza sociale, vol. 8,(2006), Roma, Meltemi

Agamben G. (1995), *Homo Sacer*, Torino, Einaudi.

Asad T., (2007), “*Tortura e trattamenti crudeli inumani e degradanti*”, in F. Dei (a cura di) *Antropologia della violenza*, Roma, Meltemi.

Beneduce R. (2004), *Frontiere dell'identità e della memoria. Etnopsichiatria in un mondo creolo*, Milano, Franco Angeli.

Beneduce R., Roudinesco E. (a cura di) (2005), *Antropologia della cura*, Torino, Bollati Boringhieri

Beneduce R. (2006a), *Dolore, per un'etnografia del confine*, in *Democrazia*, collana *In-Oltre*, Jaca Book.

Beneduce (2006b), “*Introduzione*” in Taliani S., Vacchiano F. (a cura di) *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Milano, Unicopoli..

Beneduce R.(2007) , *Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura*, Roma, Carrocci.

Benvenuti P. (a cura di), (2008), *Flussi migratori e fruizione dei diritti fondamentali*, L'Aquila, il Sirente.

Benvenuti P., (2008), “*Introduzione*” in Benvenuti P. (a cura di) *Flussi migratori e fruizione dei diritti fondamentali*, L'Aquila, il Sirente, p. 3-6.

Boltanski L. (2000), *Lo spettacolo del dolore: morale umanitaria, media e politica*, Milano, Raffaello Cortina (ed. or. 1993).

Bourdieu P., (2002), “*Prefazione*”, in A. Sayad, *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano, p. 3-8

CARITAS/MIGRANTES, *Dossier Statistico Immigrazione, 2010, Roma, IDOS*.

Cohen S. (2002), *Stati di negazione. La rimozione del dolore nella società contemporanea*, Roma, Carocci (ed. or. 2001).

Csordas T. J. (2003), “*Incorporazione e fenomenologia culturale*”, in *Annuario di Antropologia: Corpi*, vol. 3, Roma, Meltemi (ed. or. 1999).

Dei F. (a cura di), (2007), *Antropologia della violenza*, Roma, Meltemi.

De Martino E. (1959), *Sud e Magia*, Milano, Feltrinelli.

Dal Lago A., (2005), *Non-persone: l'esclusione dei migranti in una società globale*, Milano Feltrinelli.

Fabietti U., (2001), *Antropologia culturale: l'esperienza e l'interpretazione*, Roma Laterza.

Fanon F. (2007), *Scritti politici - volume II. L'anno V della rivoluzione algerina*, Roma, Derive Approdi (ed. or. 1959).

Fanon F. (1962), *I dannati della terra*, Torino, Einaudi (ed. or. 1961).

Farmer P. (2006), “*Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale*”, in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina, pp. 265-302 (ed. or. 2003).

Fassin D. (2004), *De maux indicibles*, Parigi, La Dècouverte.

Fassin D. (2006a), “*La biopolitica dell'alterità*”, in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina, pp. 303-322 (ed. or. 2001).

Fassin D. (2006b), “*Un ethos compassionevole. La sofferenza come linguaggio, l'ascolto come politica*”, in *Annuario di Antropologia: Sofferenza sociale*, vol. 8, Roma, Meltemi, pp. 93-111.

Foucault M. (2005), *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al Collège de France 1977-1978*, Milano, Feltrinelli (ed. or. 2004).

Geraci S. (1995), “*L'esperienza della Caritas Diocesana di Roma nell'ambito dell'assistenza socio-sanitaria agli immigrati*”, in G. Longo, A. Morrone, *Cultura salute immigrazione: una analisi interculturale*, Roma, Edizioni Armando, pp. 97-118.

Geraci S. (2001) *Il supporto del volontariato* in «Salute e Territorio», n° 126, p. 139-142.

Good B. (2006a), “*Il cuore del problema. La semantica della malattia in Iran*”, in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Raffaello Cortina (ed. or. 1977).

Good B. (2006b), *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Einaudi.

Héritier F. (a cura di) , (2005), *Sulla violenza*, Roma, Meltemi.

Kleinman A., Das V., Lock M. (a cura di) (1997), *Social suffering*, Berkeley, University of California Press.

Kleinmain A., (2006), “*Alcuni concetti e un modello per la comparazione dei sistemi*

medici intesi come sistemi culturali”, in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina (ed. or. 1978).

Kleinman A, Kleinman J. (2006), “*La sofferenza e la sua trasformazione professionale. Verso una etnografia dell'esperienza interpersonale*”, in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina, pp. 199-234 (ed. or. 1991).

Le Breton D. (2007), *Antropologia del dolore*, Roma, Meltemi.

Lévi-Strauss C., (2009) *Antropologia strutturale*, Milano, il Saggiatore (ed. or. 1964).

Lock M., Scheper-Hughes N. (2006), “*Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica. Rituali e pratiche disciplinari e di protesta*”, in I. Quaranta (a cura di), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina, pp. 149-194 (ed. or. 1990).

Lombardi L., (2005), *Società, culture e differenze di genere: percorsi migratori e stati di salute*, Milano, FrancoAngeli.

Mantovan C, (2007), *Immigrazione e cittadinanza: auto-organizzazione e partecipazione dei migranti in Italia*, Milano, FrancoAngeli

Memmi A., (2006), *Ritratto del decolonizzato: immagini di una condizione*, Raffaello Cortina, Milano.

Nguyen V. (2006), “*Attivismo, farmaci antiretrovirali e riplasmazione del sé come forme di cittadinanza biopolitica*”, in *Annuario di Antropologia: Sofferenza sociale*, vol. 8, Roma, Meltemi, p. 71-92.

Nguyen V. (1996), “*Il corpo critico e la critica della razionalità: l'Aids e la produzione di esperienza in un ospedale universitario nordamericano*”, in M. Pandolfi (a cura di)

Perché il corpo, utopia sofferenza , desiderio, Roma, Meltemi, p. 57-74.

Palidda S.(2002), “*Introduzione all'edizione italiana*”, in A. Sayad *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Raffaello Cortina, Milano, p. VII-XVI.

Palidda S.(2008), *Mobilità umane. Introduzione alla sociologia delle migrazioni*, Milano, Raffaello Cortina.

Pandolfi M., (1991), *Itinerario delle emozioni. Corpo e identità femminile nel Sannio Campano*, Milano, Franco Angeli.

Pandolfi M.,(1996), *Perché il corpo, utopia sofferenza , desiderio*, Roma, Meltemi

Peter J.P., (2005), “*Conoscenza e rimozione del dolore nella storia della medicina*” in F. Héritier (a cura di) *Sulla violenza*, Roma, Meltemi, p. 290-310.

Pizza G. (2005), *Antropologia medica. Saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma, Carocci.

Quaranta I. (a cura di) (2006a), *Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina.

Quaranta I. (2006b), *Corpo, potere e malattia. Antropologia e AIDS nei Grassfields del Camerun*, Roma, Meltemi.

Sayad A.. (2002), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Raffaello Cortina (ed. or. 1999).

Scarry E., (1990), *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, Bologna, Il Mulino.

Scheper-Hughes N., Lock M. (1987), “*The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*”, in *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1, n.1, pp. 6-41.

Taliani S., Vacchiano F. (2006), *Altri corpi. Antropologia ed etnopsicologia della migrazione*, Milano, Unicopoli..

Taussig M. T. (2006), “*Reificazione e coscienza del paziente*”, in *I. Quaranta (a cura di), Antropologia medica. I testi fondamentali*, Milano, Raffaello Cortina, pp. 75-106 (ed. or. 1980).

Tognetti Bordogna M. (a cura di), (2004), *I colori del welfare: servizi alla persona di fronte all'utenza che cambia*, Milano, FrancoAngeli.