

Philippe Bourgois

*Sofferenza e vulnerabilità socialmente strutturate.
Tossicodipendenti senzatetto negli Stati Uniti*

Non possiamo semplicemente andare all'ospedale [della contea] e cercare aiuto. Quando mi inizia a gonfiare un ascesso, devo essere ben sicuro che sia di un rosso fottuto, e sufficientemente purulento da dare una febbre bastarda quanto basta per farmi prendere [all'accettazione] e ottenere un po' dell'aiuto di cui ho bisogno (Scotty).

(Un mese dopo).

Certificato di morte – Città e Contea di San Francisco.

Nome: Scott (...).

Età: 36 anni.

Altezza: cinque piedi e sette pollici¹.

Peso: 115 libbre².

CAUSE DEL DECESSO: determinato da ASSUNZIONE DI PIÙ FARMACI (...) il corpo è quello di un giovane maschio bianco di corporatura molto esile.

Diagnosi: 1. CONGESTIONE ED EDEMA POLMONARE MEDIO-GRAVE 2. MARCATA CONGESTIONE EPATICA, RENALE E SPLENICA 3. EPATOMEGALIA (...) 4. SLENOMEGALIA (...) 5. PANCREATITE ACUTA (...) 6. ABUSO (...) ACUTO E CRONICO DI DROGA ASSUNTA PER VIA ENDOVENOSA.

Referto del Pubblico Ufficiale Medico Capo.

La sofferenza sociale è un tema fondamentale dell'antropologia medica da quando i sistemi medici sono emersi imponendosi per il loro attivo ruolo nella società, e ciò in ragione della rilevanza che ha il disagio fisico, emotivo o psichico nella vita di tutti i giorni. L'attenzione etnografica riservata alla sofferenza è essenzialmente politica, fosse anche al livello di un mero umanesimo populista. Essa richiede infatti solidarietà e sollecitudine da parte dell'antropologia, perché orienta l'analisi e l'osservazione verso quelle "categorie vicine all'esperienza (...)" che hanno una prepotente rilevanza pratica" per gli individui che vengono studiati (Kleinman, Kleinman, 1991, p. 277). Ponendo al centro

dell'attenzione necessità centrali e urgenti, scandite da dolore e angoscia, essa mitiga la storica tendenza dell'antropologia a inseguire l'Altro esotico in un romantico vuoto. [L'antropologia della sofferenza] lancia inoltre una sfida agli etnografi affinché si occupino degli aspetti più intollerabili della sofferenza cronica con cui fa i conti la maggior parte degli individui studiati dall'antropologia classica, considerato il lascito coloniale della disciplina e l'arbitraria, storica, suddivisione accademica del lavoro con la sociologia.

Si può d'altronde respingere *tout court* l'espressione "sofferenza sociale" perché vaga, imprecisa o peggio ancora tautologica, dal momento che, per definizione, ogni sofferenza deve essere "sociale", se è vero che gli esseri umani – per parafrasare la definizione di cultura data da Clifford Geertz – comprendono e costruiscono qualsivoglia esperienza o significato attraverso reti di significato tessute allo scopo di attribuire un senso alla vita. Per investigare le potenzialità teoretiche, politiche, pratiche nonché filosofiche dell'espressione "sofferenza sociale", adotterò pertanto una prospettiva politico-economica specificamente marxista, ispirata alle differenti concezioni del potere sviluppate da Pierre Bourdieu e Michel Foucault. Prenderò in esame il dolore e la sofferenza iscritte dalle anonime forze del dominio e della disuguaglianza sociale nei corpi, nelle menti e nello spirito di dipendenti da eroina senza fissa dimora. Questo approccio mette in relazione forze macrostrutturali ed esperienze private, e si pone in contrasto con quei discorsi moralistici che colpevolizzano le vittime e distorcono il significato di comportamenti violenti e autolesionisti, considerandoli separatamente dalle forze sociali che plasmano l'agentività (*agency*) individuale. Esso problematizza i nostri modelli di individuo e la nostra comprensione dei processi psicologici, non radicandoli in un nebuloso (e potenzialmente essenzializzante) concetto antropologico di "cultura", quanto piuttosto mettendo a fuoco le violente e ineguali configurazioni del potere legate a un particolare momento storico.

In una prospettiva che coniuga a uno stesso tempo Marx, Bourdieu e Foucault, esprimo un atteggiamento di rispetto per le esperienze comportamentali e psicodinamiche di individui che patiscono sofferenze socialmente imposte. Per porre la sofferenza come interesse cogente delle analisi etnografiche che si occupano di vulnerabilità e ineguaglianza sociali, dovremo guardarci dall'utilizzare questo termine secondo l'uso che ne fa il senso comune, per il quale la "sofferenza" sarebbe un'autonoma esperienza di dolore psichico, causato da sventure accidentali e da mancanza di carattere. Sarà utile riformulare il termine e sostituirlo con l'espressione "sofferenza *socialmente strutturata*", così da marcare l'esistenza di una vulnerabilità sociale *politicamente* strutturata. Infine, un'attenzione etnografica alla sofferenza socialmente strut-

turata affronterà i limiti del più fondamentale dispositivo euristico di cui l'antropologia contemporanea dispone quando si occupa di questioni di razzismo, discriminazione o pregiudizi classisti e coloniali: le raccomandazioni del relativismo culturale. Le culture non sono né buone né cattive, semplicemente posseggono una logica. Gli antropologi cercano di scoprirla, senza lodarne o disapprovarne le qualità morali. E tuttavia sarà lecito chiedersi se alcune società non organizzino la sofferenza in modi più traumatici di altre.

I circa venti senzatetto adulti, dipendenti da eroina e fumatori di crack, che nell'ultimo decennio ho seguito a San Francisco insieme al fotografo ed etnografo Jeff Schonberg (Bourgeois 1998), trascinano la propria vita in un rapporto di sopraffazione estrema con la società che li circonda. La loro esperienza indica la necessità di sviluppare una "teoria della sopraffazione" che allarghi il campo semantico della parola "sopraffazione" (e della parola "sofferenza"), allontanandole dal senso comune e dall'uso individualizzante della chiacchiera psicologica, o biomedica, e ponendole invece al centro di non riconosciuti rapporti di potere. Accogliendo la sfida lanciata da Bourdieu (2000; 2003) agli scienziati sociali affinché chiariscano quei meccanismi di "violenza simbolica" che legittimano l'ineguaglianza sociale inscrivendo la gerarchia o il valore individuale nei corpi, nelle menti e nelle istituzioni, l'obiettivo principale di una teoria della sopraffazione sarà quello di esaminare la consistenza teorica della nozione di sofferenza socialmente strutturata. Oltre a ciò, poiché ho intenzione di riportare l'attenzione sulla spesso trascurata categoria di classe e sull'importanza delle forze storiche contemporanee, riesumo in modo critico il concetto marxista di sottoproletariato (*lumpen*) per trattare la spietatezza del dolore e del disagio provati, all'inizio del XXI secolo, da un crescente numero di indigenti nella nazione più ricca e militarmente più potente al mondo.

Il termine *lumpen* non trovò in Marx e nei suoi collaboratori alcuna definizione coerente. Gli studiosi di marxismo discettano sull'origine della parola: se essa origini dal termine tedesco "straccio" (*lumpen*), che additerebbe lavoratori disoccupati così poveri da vestirsi di stracci, o piuttosto dalla parola tedesca "canaglia" (*lump*) (Bussard 1987). Spesso Marx ed Engels adoperarono il termine come un insulto indipendente dalla questione delle classi sociali. Servì loro come categoria residuale per render conto in modo definitivo della reazionaria consapevolezza politica diffusa tanto tra i poveri, quanto tra i nobili e gli intellettuali. Un esempio è costituito dalla sarcastica analisi di Marx dell'ascesa al potere di Luigi Bonaparte dopo aver soffocato i moti del 1848 dei lavoratori di Parigi (Marx 1852, par. 1331; 1850). D'altro canto, Marx ed Engels adoperarono il termine anche per descrivere gli

strati più bassi del settore più emarginato della classe lavoratrice e mostrare il crudele sfruttamento del libero mercato capitalistico nell'Ottocento. Mantenendo l'“esercito di riserva” del sottoproletariato – il *lumpenproletariat* – ai margini del sistema produttivo, gli industriali dell'Ottocento esercitavano un efficace controllo dei propri operai ed erano in grado di conservare bassi i salari e insicure le condizioni di lavoro. Si può osservare come la categoria dei *lumpen* rappresenti una ventata d'aria fresca in un'analisi storica e di classe d'impronta marxista che faccia i conti con quei settori sociali indocili e vulnerabili che sfuggono agli schemi, perché non c'è nulla di lineare nel modo in cui la coscienza o la posizione strutturale dei dannati della terra si articolano con le forze economiche e i mezzi di produzione.

Prendere sul serio i *lumpen* (e trattarli con antropologico rispetto) ci salvaguarda dalle tendenze riduzionistiche del determinismo e dell'economia, flagelli che hanno colpito molta analisi marxista degli ultimi centocinquanta anni. Al tempo stesso, un'attenzione etnografica a quel segmento di società americana ridotta a *lumpen*, che all'alba del XXI secolo veste stracci e si ciba di rifiuti, mette in rilievo la persistente importanza di un'analisi di classe che voglia conoscere le forze strutturali di sopraffazione sociale che, in un momento dato della storia, gettano tante persone nell'angoscia. Infine, la categoria di *lumpen* permette di reinterpretare il concetto foucaultiano di biopotere e di sviluppare l'analisi del nesso potere/conoscenza, articolando meglio le modalità con cui, nei secoli XIX e XX, il *locus* del potere statale passò da sovrani che terrorizzavano i sudditi e ottenevano obbedienza al prezzo di repressioni sanguinarie, a un disciplinante sguardo interiore che tutti i cittadini si impongono nel nome della ragione, della salute, della scienza, della civiltà e dell'ordine.

Il comportamento e la coscienza dei *lumpen* svelano l'incompletezza e la contraddittorietà delle dinamiche di capillare diffusione delle dimensioni del potere/sapere sui corpi, le menti e lo spirito dei cittadini dei tempi moderni. I tossicodipendenti senza fissa dimora non sono cittadini docili o produttivi e tuttavia, al livello intimo della concezione che hanno di sé e dei desideri più profondi, subiscono la disciplina delle complesse dinamiche discorsive del potere individuate da Foucault. In ogni caso, le leggi e i servizi di salute pubblica li colpiscono con una brutalità diretta e spietata che ricorda passate forme di potestà, basate sul timore di punizioni fisiche esemplari (Foucault 1975).

Il concetto di sopraffazione si rivela particolarmente utile se si ricorda che la sofferenza dei senz'altro non è funzionale ad alcunché: non serve a rafforzare le strutture del potere sebbene siano queste la sua origine. A differenza della nozione di accumulazione originaria (Marx 1852, p. 435), che aveva un risultato positivo nella creazione di capitale – (“...)

grondante di sangue e lordura dalla testa ai piedi e da ogni poro” –, la sopraffazione a danno dei *lumpen* non ha altro risultato che la pura e semplice sofferenza, oltre a ricorrenti cicli di violenza che non arrecano benefici a nessuno e danneggiano tutti. Per definizione, la sopraffazione consiste in lesioni, attacchi, aggressioni, sofferenza e crudeltà prodotti a caso. La sopraffazione ai danni dei *lumpen*, qui intesi come tossicodipendenti senza fissa dimora, opera sul piano esperienziale attraverso una molteplicità di livelli interconnessi. Le loro sofferenze fisiche ed emotive sono assai visibili.

I tossicodipendenti adulti che Jeff Schonberg e io abbiamo seguito consumano droghe psicoattive a scapito dei bisogni fondamentali per la sopravvivenza, quali cibo, alloggio, famiglia, salario. Sono oggetto di ipersfruttamento in un mercato del lavoro che, sul lungo periodo, non ha da offrire loro un impiego stabile e produttivo. I servizi sociali e le politiche di uno Stato sociale che dovrebbero soccorrerli, rieducarli e dargli una regola non fanno altro che ridurli a quadri patologici. Leggi, la cui applicazione mira a controllare lo spazio pubblico e la proprietà privata, li brutalizzano con severa immediatezza. Intanto, è da quando sono ragazzi che spesso infliggono maltrattamenti ai parenti, e ne subiscono, e nonostante dipendano in modo totale dalla solidarietà di coloro di cui si circondano, nei rapporti umani che hanno sulla strada, non smettono di agire secondo schemi comportamentali improntati all'offesa.

Per illustrare quanto la sofferenza dei tossicodipendenti senza fissa dimora sia socialmente strutturata, e dimostrare che una teoria della sopraffazione ne migliora la comprensione, tratteggerò una serie di schizzi etnografici, tratti dal nostro lavoro sul campo, in cui l'esperienza di dolore e disagio si rivela a più livelli – istituzionale, interpersonale e socio-strutturale – che, pur agendo separatamente sul piano sociologico e psicologico, si aggravano e si definiscono reciprocamente con modalità foucaultiane. Le situazioni prese in esame sono: 1) l'applicazione della legge e la lotta alla droga negli Stati Uniti; 2) lo sfruttamento dei lavoratori a giornata e lo sfacelo cronico del mercato del lavoro nella società post-industriale; 3) gli effetti di breve periodo prodotti dai servizi medici e sociali e dallo smantellamento della rete di ammortizzatori sociali; infine 4) l'esperienza fisica del consumo di alcol e droga nel contesto della dipendenza illegale da tali sostanze.

Nella dipendenza, sopraffazione auto-inflitta

Nella vita dei dipendenti da eroina senza fissa dimora, l'intima dimensione autopunitiva dell'abuso di droga è di una evidenza immediata,

e spesso cancella o maschera la sofferenza socialmente strutturata che li invade. I dipendenti da eroina hanno un rapporto fisico ed emotivo intensissimo con il proprio corpo perché tutta la loro vita è organizzata intorno all'imperativo fisico e psicologico di rifornire di oppiacei il circolo ematico, spesso con l'aggiunta di alcol, crack e benzodiazepine. Le loro giornate sono dedicate in modo completo e senza esitazioni alla ricerca di eroina, da cui l'espressione che usano per descrivere se stessi: "i virtuosi narcomaniaci". Questo imperativo regola i loro rapporti sociali, dà loro la sensazione di avere uno scopo, e offre la possibilità di costruire un'autorità morale che dà un senso alla sofferenza presente a tutti i livelli della loro esistenza.

Ironicamente, i dipendenti da eroina creano un ordine dove, a prima vista, sembra esserci solo una disordinata sofferenza. La mattina, al risveglio, non esistono dubbi sulle priorità da seguire. Tutti i problemi della mancanza di un tetto e di una vita distrutta, compresi – frequentemente – quelli di un'infanzia di abusi domestici, perdono valore. Da affrontare c'è una sofferenza ben più importante e immediata, che irrompe a livello delle cellule ogni sei ore: la necessità immediata di oppiacei. Presentarsi in tribunale, fare richiesta di pubblica assistenza, soddisfare le esigenze della famiglia, procurarsi vitto e alloggio, trovare un lavoro e fissare un appuntamento con un medico sono bagattelle al paragone delle urgenze di una dipendenza fisica. Il disprezzo della società e il loro evidente fallimento individuale diventano la minore delle preoccupazioni. Insicurezze psicologiche, confusione personale, storie di abbandono familiare, amori non corrisposti, e le responsabilità verso il prossimo passano in secondo piano. Ne deriva un nuovo assortimento di rapporti umani imperniati sulla fisicità di una condizione che definisce una comunità di corpi dipendenti.

I sintomi dell'astinenza da eroina fanno piazza pulita del dualismo cartesiano fra mente e corpo o fra il sociale e il somatico: gli organi impazziscono, con ogni singola cellula che urla per reclamare le proteine dell'oppio necessarie per continuare a funzionare. La dipendenza da eroina non è una semplice dipendenza psicologica o una voglia di origine emozionale. Agisce a livello delle sinapsi cerebrali e della membrana cellulare:

Appunti di campo di Philippe Bourgois.

Felix ha un aspetto terribile, gli occhi iniettati di sangue, lamenta mal di capo e sudori, "Non riesco a tirare su le ossa, ho vomitato tutta la notte". Ha anche defecato nei pantaloni.

Felix mi dà dei soldi e m'implora di andare a comprargli una bottiglia di Cisco [vino rinforzato] "per ripulirmi il sistema". Ieri ha litigato con il negoziante e ora gli vietano di entrare.

Si è svegliato all'una di notte, non riusciva a urinare nella bottiglia a causa "dei tremiti". Ha provato ad alzarsi ma è ruzzolato giù dalla salita perché i muscoli delle gambe non rispondevano. Ha dovuto tornare su strisciando, per trascorrere quanto restava della notte fra vampate di calore e crisi di tachicardia.

"Pensavo che il mio cuore stesse per smettere di battere. Le ginocchia mi fanno male. Le gambe sono ingessate. Cammino a malapena. Parlo a malapena. Non riesco a respirare. Nemmeno riesco a pensare. Sento tutti i nervi dalla punta delle dita in giù, nessuno escluso, specialmente alle ginocchia.

Non riesco a stare in piedi. Non riesco a mettermi sdraiato. Mi sento di merda. In questa vita non c'è nessun piacere". Per fortuna passa Hank e gli dà un "batuffolo umido", vale a dire il residuo di eroina rimasto sul filtro usato per una precedente iniezione.

Un'azione molto semplice risolve all'istante tutti i problemi di Felix: una iniezione di eroina. È raro che i senzateo che abbiamo seguito sperimentino i sintomi di totale astinenza che, con tanta drammaticità, svegliarono Felix all'una di notte. Se li minaccia una crisi imminente, riescono di solito a trovare nel loro giro un amico o un conoscente che gli dà una piccola quantità di eroina per un'iniezione di emergenza, anche se si tratta soltanto di ciò che è rimasto su un piccolo batuffolo di cotone, come quello che Hank passò a Felix.

Gli abusi dei servizi medici in un contesto neoliberista

Da un punto di vista biomedico, iniettarsi i resti di eroina rimasti su pezzetti di cotone usati come filtri in luoghi dove non c'è acqua corrente, tipo le sudice baracche dei senzateo, è ricetta di cattiva salute. Gli imperativi pratici (e anche morali) che costringono i tossicodipendenti che vivono in strada a pericolose iniezioni antigieniche favoriscono la diffusione di malattie infettive. I tossicodipendenti appaiono allora, per la salute pubblica, come degli ignoranti dediti a comportamenti autodistruttivi e persino patologici. Alla ricerca di una sostanza illegale che dia loro lo sballo, infliggono a se stessi epatiti, HIV, endocarditi e ascessi; i tossicodipendenti senza fissa dimora sono pazienti frustranti perché, ricevute le cure mediche d'urgenza, non si attengono poi a un po' di temperanza, e ricompaiono qualche settimana o qualche mese più tardi con la richiesta di assistenza per un corpo ancora più martoriato. I reparti di terapia intensiva e i pronto soccorsi dei nosocomi di contea sono sempre più pieni di persone che dipendono da sostanze, versano in condizioni d'indigenza e sono affette da malattie infettive. I corpi della generazione del *baby boom*, che conobbe la dipendenza da eroina all'inizio degli anni Settanta, sono andati incontro a una vecchiaia prematura.

All'inizio del nuovo millennio, il venir meno dello Stato sociale negli Stati Uniti inasprisce la situazione di crisi. I Dipartimenti per le Cure di Emergenza degli ospedali pubblici sono diventati uno dei pochi luoghi rimasti, finanziati da denaro pubblico, dove senz'altro, tossicodipendenti e malati mentali si ritrovano nell'evenienza di un episodio di crisi acuta (Dohan 2002; Farmer 1999; Malone 1998).

I nosocomi di contea non sono preparati a fronteggiare gli effetti della diminuzione dei finanziamenti federali, statali e municipali previsti per i servizi da erogare ai poveri privi di copertura assicurativa, che costituiscono il grosso dei loro pazienti. L'attuale crisi della medicina per gli indigenti dipende da forze strutturali, tecnologiche e sociali, che le risposte della gestione assistenziale e il vero e proprio imbroglio dei prezzi praticato da compagnie assicurative e farmaceutiche rende ancora più drammatiche. La medicina, intesa come sistema culturale (Kleinman et al. 1978), è particolarmente inadatta ad affrontare il montante problema della marginalità sociale in cui versano i poveri delle città. Paradossalmente, la posizione etica ufficiale della medicina che pensa di fornire altissimi livelli di assistenza senza discriminazioni di classe, etniche o di razza, di condotta morale o sessuale, contribuisce a escludere dai protocolli di trattamento qualsiasi considerazione sui fattori sociali, culturali, politici ed economici che favoriscono le malattie e il disagio dei poveri. Una posizione del genere rende i medici ciechi alla molteplicità dei livelli di sopraffazione che generano forme elevate di sofferenza sociale.

I trattamenti di alta tecnologia e le degenze in reparti di costosi ospedali sono razionati con cura. Vi si ricorre solo nel caso in cui il paziente tossicodipendente sia sul punto di morire, di solito in un quadro di complicazioni *acute* che sono *croniche* e hanno avuto tutto il tempo di aggravarsi. E dire che il mandato per i nosocomi di contea di praticare le costose cure rese possibili dagli avanzamenti tecnologici della medicina attuale – dal trapianto degli organi, ai macchinari per il mantenimento in vita, a una varietà di regimi di tripla terapia antibiotica combinata – riguarda i corpi sofferenti di *tutti* i pazienti! Il fatto è che la sanità pubblica è costretta a operare entro i limiti di un'analisi costi/benefici, che suona come un anatema per quell'etica medica che vorrebbe fornire in modo indifferenziato i migliori livelli di assistenza. Neanche a inventarla apposta si sarebbe potuta immaginare una situazione più fisicamente dolorosa. Le intenzioni del nosocomio della contea sono buone, ma i tentativi adottati per curare i dipendenti da eroina senza fissa dimora sono una tortura. Quando i pazienti sono sul punto di morire, l'ospedale li riporta in vita ricorrendo a tecnologie e risorse umane estremamente costose, ma non appena riescono a reggersi sulle gambe, pur malfermi e con un bastone, vengono dimessi con un biglietto dell'autobus in mano o, al più,

con una confezione di antibiotici e un buono per sette giorni di residenza individuale in un albergo. Si tratta fondamentalmente di un ritorno a quelle condizioni che li hanno fatti ammalare, fino al momento in cui le infezioni croniche non si saranno di nuovo aggravate a livelli che condurrebbero al decesso, tali da giustificare l'intervento dell'assistenza medica di emergenza.

“Frequent flyers”: Hank e Petey

Quasi tutti i senzatetto che abbiamo seguito negli ultimi dieci anni sono stati ospedalizzati più di una volta. Di solito si trattava di ascessi, ma talvolta era per infezioni estese a tutto il corpo, per insufficienza epatica o per un cancro. Lo staff medico del pronto soccorso del nosocomio della contea li chiama con disprezzo *frequent flyers*³. È il caso, per esempio, di Hank e Petey che soffrono delle infezioni più gravi di quasi tutti gli altri senzatetto del gruppo. I due “corrono in tandem”: coordinano tutte le attività che portano denaro e quasi per intero il loro consumo di droga. Condividono tutto quello che hanno: soldi, droga, aghi, compagnia e miseria, e si passano così l'un l'altro molte malattie contagiose. Soffrono entrambi di epatite C e, oltre al consumo di eroina, bevono parecchio. Ecco la causa dell'insufficienza epatica di Petey. Fu ricoverato in coma per sei settimane nel reparto di terapia intensiva dell'ospedale. Hank nel frattempo fu colpito da una dolorosissima infezione a un disco della colonna vertebrale, nella regione bassa della schiena. Al pronto soccorso dove si rivolse più volte in cerca di aiuto, il suo disturbo – un mal di schiena lamentato da un oppioman – fu guardato con sospetto dal momento che il trattamento standard è una prescrizione di oppiacei. Gli rifiutarono il ricovero al pronto soccorso per tre volte finché la quarta, la sua rara infezione vertebrale si propagò al liquido cerebro-spinale. L'autista di un'ambulanza lo depositò all'ospedale in stato comatoso.

Il reparto di terapia intensiva riportò in vita sia Hank sia Petey. In ospedale, sottoposti a cure di sostegno, si ripresero entrambi, ma la logica della gestione assistenziale istituita per ridurre le spese dei nosocomi di contea in tutto il paese abbreviò la durata della loro drammatica tregua – con la conseguenza di aumentare sofferenze e costi. La legge per il riequilibrio di bilancio (*Balanced Budget Act*) varata dal governo federale nel 1997 ha ridotto di centoquindici miliardi di dollari i finanziamenti al programma di assistenza medica (*Medicare*) nel quinquennio successivo (*Connecticut Association for Home Care 2002*), e ha innescato una spirale al ribasso nei rimborsi concessi agli ospedali locali per l'assistenza agli indigenti. Nel 1999 il deficit di bilancio del General Hospital di San

Francisco era salito a trenta milioni di dollari (Brady 1999): medici e infermieri, sollecitati dagli amministratori della struttura, avviarono un aggressivo programma per dimettere al più presto i pazienti privi di copertura assicurativa:

Appunti di campo di Jeff Schonberg.

Petey e Hank sono tornati entrambi a vivere sotto il ponte dell'autostrada e Petey salta tutti gli appuntamenti in clinica e quelli per il salario di previdenza integrativa.

Ho trovato Petey che faceva l'elemosina al solito posto sulla rampa di uscita del passaggio veicolare del Jack-in-the-Box. Le escare che ha in volto si sono fatte più grosse, presumibilmente perché i fattori di coagulazione [prodotti da] un fegato di nuovo a pezzi stanno diminuendo. Le cicatrici in gola, risultato delle sei settimane di intubazione nel reparto di terapia intensiva, non gli permettono di emettere più di un bisbiglio rauco.

È bagnato fino al midollo: la giacca di pelle marrone, unta e lucida per la pioggia, è irrigidita sulla sua figura ossuta e striminzita. Gli indovino il profilo di una bottiglia di birra nella tasca laterale.

Sventola un cartoncino: "Offro lavoro in cambio di cibo (...) che Dio vi benedica". Il cartoncino è inzuppato d'acqua e si affloscia. Lui non si lamenta della pioggia o del freddo anche se gli battono i denti.

"Jeff, non so che cazzo fare. Non mi hanno nemmeno detto di ritornare per un appuntamento. E sento che il mio fegato se ne sta andando. Il mio fegato se ne va, Jeff! Mi hanno sbattuto fuori dall'ospedale dopo due mesi di coma. Il dottore aveva detto all'infermiera che gli serviva il mio letto: 'Quando riesce a camminare può andarsene'. Mi hanno dato una ricetta e mi hanno detto di circolare".

Gli chiedo se è tornato a bere. "Soltanto birra", è la risposta, "dal Cisco mi tengo alla larga".

Questi appunti risalgono a quel periodo di massima congiuntura della *new economy* che fece di San Francisco una delle più ricche città degli Stati Uniti. Il sindaco di San Francisco celebrava per la città un extra-gettito di centodieci milioni di dollari, sebbene il nosocomio della contea avesse deciso tagli draconiani (Brady 1999). Sedici addetti alla manutenzione furono licenziati e una farmacia chiuse i battenti. Ciò permise all'ospedale di arruolare quattro guardie di sicurezza che tenessero a bada le folle di pazienti poveri che aspettavano in fila da due a quattro ore per ottenere l'esenzione parziale sulle ricette. Per la prima volta in trentacinque anni fu introdotto un programma di spesa partecipata, che forzava i pazienti ambulatoriali, indigenti e senza copertura assicurativa, a pagare parte del prezzo delle medicine. Gli stipendi dei medici non furono toccati. Una coincidenza volle che all'epoca fossi direttore di un dipartimento della San Francisco Medical School, afferente alla University of California, che fornisce personale al nosocomio della contea:

Appunti di Philippe Bourgois.

Il direttore e il funzionario in capo alla gestione dei servizi del nosocomio della contea fanno un quadro apocalittico della crisi in cui versano le finanze della struttura. Hanno difficoltà a trattenere medici e infermieri a causa del burnout e hanno dovuto dirottare il 41 per cento delle uscite di emergenza delle ambulanze per carenza di personale medico. Non vanno più a raccogliere l'immondizia in zone dove non ci sono pazienti. Al reparto di terapia intensiva c'è stata un'infezione da streptococco resistente agli antibiotici e hanno dovuto interrompere le pulizie nel resto dell'ospedale per assegnare al primo il poco personale esistente per le pulizie. Hanno chiuso uno dei locali di terapia intensiva e ora sono obbligati a seguire i pazienti in una stanza di assistenza post-operatoria. Una indagine interna ha rivelato che il 22 per cento dei malati idonei al ricovero ha aspettato una media di otto ore al pronto soccorso prima di vedersi assegnare un letto.

Appena prima del discorso sulle “disumane condizioni del General Hospital di San Francisco dovute ai tagli federali all'assistenza medica”, il direttore annuncia che l'università alzerà a novecentomila dollari il tetto delle sovvenzioni per i mutui del personale neoassunto della clinica e della facoltà, sulla base della considerazione che “è arduo imporre a qualcuno di trasferirsi a San Francisco e forzarlo ad acquistare una casa di tre stanze per un milione e mezzo di dollari”.

Dopo la dimissione dall'ospedale, la salute di Hank peggiorò ancora più velocemente di quella di Petey. Il mio collaboratore etnografo tentò di mediare con i servizi per i pazienti ambulatoriali, e invitò Hank a continuare a prendere gli antibiotici necessari a tenere sotto controllo l'infezione alla colonna vertebrale, affinché non si propagasse di nuovo al liquido cerebro-spinale. Provò inoltre a orientarlo nei labirinti della burocrazia per richiedere una polizza d'invalidità alla previdenza sociale (*Social Security Disability Insurance*), ma invano:

Appunti di Jeff Schonberg.

Ho combinato un appuntamento con Hank alla farmacia del nosocomio della contea. Petey è d'accordo a venire con me. Ad aspettare le ricette in file a serpentina vi è un centinaio di persone, perché l'ultima serie di tagli di bilancio ha chiuso la metà degli sportelli della farmacia.

Dimesso dall'ospedale solo una settimana fa, Hank sembra già di nuovo un relitto. È di nuovo già sovraccarico: è tornato a farsi di eroina tutti i giorni e oggi è talmente ubriaco che articola male le parole. Il suo odore di marcio mi investe.

Finché era ricoverato, con cibo e bagni regolari, medicato con metadone, morfina e Fentanyl [un analgesico sintetico a base d'oppio, N.d.A.], Hank era riuscito a tenere puliti corpo e vestiti. E, fatto notevolissimo, non aveva assolutamente toccato l'alcol.

Dopo circa tre quarti d'ora di attesa raggiungiamo lo sportello in plexiglas della farmacia. A Hank mettono in mano un pezzo di carta che puntualizza i suoi "diritti ai medicinali". Non ha i cinquanta dollari di partecipazione ai costi della ricetta (una nuova richiesta), e non li ho neanche io.

Hank sale al quarto piano dal suo medico, quello che gli piace tanto. Ritorna con il medicinale che il medico in qualche modo è riuscito a ottenere gratis. Il medico è stato anche così sollecito da scrivergli un certificato d'invalidità fisica al lavoro di modo che l'assegno sociale possa ripartire. L'assistenza glielo aveva revocato perché non si era presentato dai funzionari dei lavori socialmente utili.

Poi andiamo dall'assistente sociale dell'ospedale e la aspettiamo davanti alla scrivania finché non può parlare con noi. Salta fuori che a Hank manca ancora un'altra serie di moduli che si possono prendere solo in centro città all'Ufficio della Previdenza Sociale. Scopriamo che l'"udienza supplementare" per non essersi presentato all'ultimo appuntamento e per l'incompletezza del suo dossier è fissata da lì a due giorni.

Hank non si presentò all'appuntamento successivo e il suo "dossier incompleto" fu respinto. Per la domanda d'invalidità alla previdenza sociale avrebbe dovuto ricominciare tutto da capo.

Appunti di Jeff Schonberg e Philippe Bourgois.

Hank piange in un angolo perché Petey ha ripreso a bere vino rinforzato. Dice che Petey vomita di nuovo e si ostina a pensare che la colpa sia della salsiccia piccante del Taco Bell. Ha rubato per lui un paio di Maalox al Walgreen. Petey non ha rimesso su neanche un chilo. Lui e Hank sopravvivono solo grazie ai panini che ricevono nelle visite ambulatoriali all'ospedale – che saltano in gran numero – e al vino rinforzato.

Oggi Hank ha mancato di nuovo l'appuntamento perché voleva infilare sei ore di lavoro con Eddie, il proprietario di un furgone per traslochi che alla bisogna fa lavorare i senzatetto a dieci dollari l'ora. Eddie è di gran lunga il datore di lavoro più generoso con i lavoratori a giornata, e nel giro dei senzatetto tutti ambiscono a lavorare per lui. Hank soffre: "Ho dovuto lasciare il lavoro, il dolore alla schiena è insopportabile. Non riesco più a lavorare per Eddie".

La loro nuova baracca, che hanno soprannominato "Il nido", si trova sull'arteria stradale più importante del quartiere, sotto il ponte dell'autostrada. Costruita all'ombra fredda del cemento, si mimetizza in modo inquietante con cumuli di immondizia e sozzume. Hank ha raccolto rami, frasche e aghi di pino secchi, li ha impastati con fango e sabbia e li ha modellati in una struttura circolare concava dove chinare il capo. Di sotto al ponte, le ruote veloci di auto e camion rimbombano attraverso l'asfalto della strada a meno di due piedi sopra le nostre teste⁴.

Jeff tira fuori una pila di documenti dalla nuova infornata di domande di Hank per il salario di previdenza integrativa (*Supplemental Security Income*, SSI). Smettiamo perché sono troppo difficili da compilare a lume di candela.

Jeff mostra alcune foto di Petey scattate meno di un mese fa al reparto di terapia intensiva, mentre era in coma, con i tubi del respiratore conficcati in gola. Hank scoppia in lacrime.

Nel garbato gergo della medicina, Petey e Hank sono “pazienti non collaborativi”. I modi con i quali i tossicodipendenti poveri aggravano costantemente i loro già gravi problemi di salute frustrerebbero anche il più premuroso dei medici. Come se non bastasse, è frequente che approfittino della fiducia delle persone che provano ad aiutarli. Non appena inservienti e infermieri si girano, rubano le scorte ospedaliere ed esagerano le richieste di analgesici a base di oppiacei. Detto altrimenti, sono invischiati fino al collo in una reciproca spirale di contrapposizioni con le istituzioni mediche.

Non tutte le dinamiche di sopraffazione del rapporto fra senzatetto e servizi medici sono così complesse o ambigue. Per esempio, nei primi cinque anni della nostra ricerca, le operazioni mediche sui tossicodipendenti senza fissa dimora erano routine, al nosocomio della contea. Quando questi si presentavano con un ascesso infetto, i chirurghi lo tagliavano con un procedimento d’incisione profonda e di raschiatura che comportava una notte di degenza. La pratica fu bruscamente interrotta verso la fine del 2001, quando i chirurghi si resero conto che si poteva curare più efficacemente la quasi totalità degli ascessi con un semplice procedimento ambulatoriale d’incisione e risucchio, indolore se praticato sotto anestesia locale. Negli Stati Uniti non esiste uno standard a livello nazionale per la cura degli ascessi – una condizione di cui soffrono principalmente i dipendenti da eroina senza fissa dimora, perché se li auto-procurano. Di conseguenza, la loro cura non riscuote prestigio medico e la maggior parte dei ricercatori clinici vi si sottrae. Oltre a ciò, è fatto risaputo tra i medici che i chirurghi, anche nel migliore dei casi, respingono dati di tipo quantitativo sull’efficacia delle procedure adottate (Bosk 1979).

Sebbene sia basso il prestigio di cui gode la cura degli ascessi agli occhi della medicina, essi rappresentano una vera e propria piaga, epidemica tra i senza tetto. La povertà, combinata con l’applicazione della legge e il disprezzo sociale, con l’urgenza delle dipendenze fisiche e psicologiche, spinge a iniettarsi droga in condizioni di normale sozzura (Bourgeois, Lettiere, Quesada 1997). Nell’anno 2000, per esempio, gli ascessi (quattrocento casi) costituivano la più frequente categoria di accettazione al nosocomio della contea (Ciccarone et al. 2001). Il vecchio metodo chirurgico, oltre a essere doloroso e a deturpare il paziente, era estremamente costoso perché prevedeva l’anestesia totale e una notte di degenza.

La spinta decisiva a eliminare un procedimento chirurgico che nel corso degli anni Novanta era diventato routine, venne non da considera-

zioni filantropiche sull'ideoneità della cura, quanto dai drastici tagli al bilancio e alle spese eccessive dell'ospedale. Fra lo stupore dei chirurghi, il nuovo procedimento ambulatoriale d'incisione e risucchio si dimostrò migliore: garantiva una guarigione più rapida, era meno doloroso e riduceva al minimo le cicatrici.

Tutti i tossicodipendenti che seguiamo riconoscono il valore delle cure che ricevono al nosocomio della contea; molti però ci hanno anche riferito storie orrende di chirurghi che tagliano senza anestesia e/o si rifiutano di prescrivere gli analgesici più adatti per la convalescenza. Infermiere amiche ci hanno spiegato che nei casi di questi chirurghi eccezionalmente indifferenti si tratta quasi sempre di studenti di medicina che passano in clinica per il loro turno – impreparati a trovarsi di fronte a pazienti ubriachi, e disgustati da patologie che essi stessi si provocano. La reazione di Hank all'eventualità di violenze da parte dei chirurghi fu che s'incise da solo gli ascessi.

Appunti di Jeff Schonberg.

Abbassatisi i boxer alle ginocchia, Hank sporge il fianco e si attorciglia in una posizione contorta per raggiungere l'ascesso che gli infesta la parte posteriore. Spiega che "all'inizio senti una sacca e se è davvero molle come questa allora sai che è maturo. Ieri avevo paura che fosse un ascesso capovolto con il pus che usciva dentro di me. Così l'ho tagliato un pochino e gli ho fatto fare la notte. Adesso è maturo".

Lentamente inserisce un paio di forbicine per le unghie al centro dell'ascesso e le spinge dentro fino alle brache dove ha l'indice infilato. Le tiene premute contro il tessuto per alcuni minuti, le fa girare lentamente per allentare la carne mentre il pus scola fuori dal taglio come un occhio che sgocciola. Poi, con studiata decisione, le tira fuori e sprema il taglio aperto tra i pollici. Dopo alcuni secondi di smorfie e di spremitura, afferra un tagliaunghie e lo piazza appena sotto la superficie dell'ascesso come per prendere qualcosa.

Mi tranquillizza: "Non fa poi così male e in fondo ti basta un'operazione del cazzo come questa per farla finita con l'ascesso. Devi tirar via il veleno dall'organismo altrimenti non guarisce".

Dopo avere spalmato l'ascesso con un unguento e averlo ricoperto con le garze sterili avute da un volontario della riduzione del danno, innalza una siringa piena di eroina e la conficca fin quasi all'impugnatura a lato dell'ascesso appena bendato. Subito dopo la vampata di eroina, si siede e rilassa tutto il corpo.

Non c'è nessuno nel giro degli accampati che veda qualcosa di strano in questa operazione. L'unico che è sconvolto sono io – soltanto un altro giorno alla baracca.

L'orrenda operazione di Hank ha tutto l'aspetto di un'automutilazione ma segue una logica presumibilmente valida perché, all'epoca, al nosocomio della contea applicavano il procedimento d'incisione pro-

fonda e raschiatura anche su ascessi relativamente piccoli. Molti di quelli che si iniettavano droga, come Hank, rimandavano la richiesta di cure ospedaliere – fatto che a volte provocò setticemia generalizzata e la diffusione nel corpo di varie patologie. Nel caso di Hank, fu probabilmente questa la causa dell'infezione vertebrale che si propagò poi al liquido cerebro-spinale.

Applicazione della legge medica

È facile criticare l'inadeguatezza dell'assistenza medica e dei servizi sociali per i poveri in una società neoliberista. Ancora più facile è prendersela con i senzatetto per i comportamenti autolesionisti e per la violenza che infliggono ai propri corpi. Queste critiche, tuttavia, distolgono l'attenzione da un altro rapporto strutturale di potere a cui qualsiasi trattazione della povertà e dell'abuso di sostanze deve dare risalto: l'applicazione delle leggi. Fra i senzatetto la paura di essere arrestati o sgomberati è cronica. La presenza della polizia e le leggi che essa intende far rispettare scambussolano la vita quotidiana di tutti quelli che abbiamo seguito e hanno immediate ripercussioni negative sul loro stato di salute, anche quando non viene effettuato nessun arresto. Il fatto che siringhe e droghe siano fuorilegge spinge chi le usa a iniettarsele in angoli luridi e nascosti alla vista degli altri. La povertà, e l'urgenza fisica ed emotiva del desiderio di eroina, intensificano pericolose pratiche di condivisione. Proprio la polizia, specialmente le squadre della *California Highway Patrol* (CHP), ha sistematicamente distrutto i ripari delle persone che studiavamo e ha intenzionalmente confiscato gli effetti personali più essenziali alla sopravvivenza quotidiana: vestiti asciutti, coperte, cerate, tende, cibo, arnesi da cucina, ricette mediche, siringhe pulite. Le conseguenze dell'applicazione della legge sono in aperta contraddizione con gli sforzi della sanità pubblica di contenere le malattie infettive, anche quando la sanità pubblica ha in modo evidente dimostrato di non essere istituzionalmente all'altezza nei suoi stessi buoni propositi tecnici.

Appunti di Jeff Schonberg.

C'è stato un altro repulisti della polizia e Hank ha un aspetto da inferno totale. Gli occhi sono così gonfi che gli chiedo se ha fatto a botte.

“La scorsa settimana mi hanno di nuovo ripulito. Ero andato all'angolo per bere qualcosa e quando sono tornato c'era la CHP. Avrei voglia di prendere la pistola e tirare alla prima auto della polizia che mi passa davanti”.

Dice che quando ha reclamato i vestiti, il poliziotto ha minacciato di arrestarlo. Indietro non glieli avrebbero dati. Ancora peggio, gli hanno preso

l'oppiaceo che un medico del nosocomio della contea gli aveva prescritto per lenire il dolore alla parte bassa della schiena causato dal deterioramento ormai irreversibile del disco osseo infetto.

“Li ho visti che gettavano il mio Fentanyl (un antidolorifico oppiaceo) nella parte posteriore della camionetta. Giuro su mia madre che se avessi avuto una pistola a quegli sbirri sparavo dritto in testa, maledetti, e non ci sarebbe nessuna prova per arrestarmi. Hanno detto che mi davano una lezione. Sei su una proprietà dello Stato!”.

Ha brividi così violenti che per stare in piedi si stringe le braccia intorno al petto. Non saprei se sono i sintomi dell'astinenza da oppiacei, dovuti all'analgesico perduto, o una riacutizzazione dell'infezione ossea. Lo sprono a tornare in ospedale e mi offro di accompagnarcelo.

“Perché? Così che mi possano spedire fuori un'altra volta?”.

Gli suggerisco di chiamare un'ambulanza per evitare le tre cinque ore di attesa al triage del pronto soccorso, ma mi risponde con una richiesta di denaro per comprare una bottiglia di vino rinforzato.

Arriva Max, che ha tirato su una baracca vicino a quella di Hank e Petey. Non appena vede Hank capisce che sono i sintomi dell'astinenza. Gli mette un braccio intorno alle spalle e gli offre un pizzico di eroina. Ritorniamo a un passaggio secondario che conduce all'autostrada: se la iniettano lì. Hank deve usare in prestito le siringhe adoperate da Max perché la polizia gli ha confiscato tutte quelle che aveva di riserva. La botta di eroina lo rianima. Gli propongo di portarlo all'ospedale. Conviene che ha bisogno di vedere un medico ma si vergogna. “In un mese non ho fatto una doccia”.

Max annuisce. Non è andato in clinica alle visite di controllo per l'ascesso sulle terga che era così profondo ed esteso da richiedere un trapianto di pelle. Si vergogna anche lui: “Ho un culo troppo ossuto”.

In momenti critici come quello descritto, quando la polizia intensifica il ritmo degli sgomberi e delle perquisizioni a fini di confisca, i senzatetto iniziano a tenere con sé non più di due aghi per paura di essere arrestati. Smettono di recarsi al servizio di scambio aghi perché hanno avviato una politica dell'uno ricevuto uno fornito. Per un senzatetto semplicemente non vale la pena spendere tempo e denaro per raggiungere in autobus o a piedi il centro di scambio più vicino e riceverne solo qualche ago pulito. Di conseguenza, riutilizzano gli aghi e se li scambiano tra di loro con maggiore frequenza, ciò che induce un aumento del numero di accessi.

In California e in molti altri Stati che hanno dichiarato illegali le siringhe senza ricetta medica, la polizia ha il potere discrezionale di arrestare un tossicodipendente per il reato di “commercio di aghi” o per l'illegalità del loro possesso, quando lo prendono che ne ha più di tre o quattro. A San Francisco i giudici ignorano poi quasi sempre accuse di questo genere. Tuttavia, il tempo che il tossicodipendente passa sotto processo prima del rilascio è sufficiente per la comparsa di sintomi di

completa astinenza. La punizione, allora, consiste nei sintomi acuti dell'astinenza da eroina che il tossicodipendente patisce in cella, mentre aspetta di vedere il giudice per essere processato da una burocrazia che applica la legge di un arresto per un reato fasullo:

Il peggio è quando sei in cella. Perché non gliene frega un cazzo se crepi. Sei là, raggomitolato in un angolo, giusto? Vomiti e caghi insieme. Il momento peggiore è quello della fifa (...) sembra un attacco d'ansia. Un milione di formiche che ti zampettano sulla pelle e tu che vorresti solo scuoiartela via. È come se qualcuno ti raschiasse le ossa (...), cerchi di startene seduto, afferrì le ginocchia e tremi. Poi in prigione, nella stessa cella, ci sono quelli giovani che dicono cose del cazzo. "Ehi, tu, drogato".

La violenza del mercato del lavoro nel corso di cambiamenti strutturali

È abbastanza facile individuare i nessi – istituiti, negli Stati Uniti, dalla lotta alla droga – fra una sopraffazione esercitata a vari livelli e la sofferenza incorporata a livello personale e istituzionale. Più sottili, complesse e meno lineari sono le relazioni fra la sofferenza patita dai tossicodipendenti che fanno vita di strada e le meno visibili forze macrostoriche dell'economia, in particolare quelle della ristrutturazione del mercato del lavoro. Nel decennio fra 1962 e 1972, quando la maggior parte dei senzatetto della scienza che sto descrivendo frequentavano le scuole elementari o medie, la città di San Francisco perdette dodicimila posti di lavoro nell'industria manifatturiera (Little Inc. 1975). Fu un colpo particolarmente duro per l'area dei capannoni di fronte all'autostrada, che confinava con il quartiere dove vennero su quasi tutti i senzatetto che abbiamo seguito. Era lì che si aveva la maggiore concentrazione di posti di lavoro stabili nell'industria manifatturiera cittadina ed era lì che i genitori immigrati dei senzatetto di oggi si erano trasferiti in cerca di un impiego dai centri agricoli degli Stati Uniti.

Uno studio commissionato dalla città di San Francisco rilevava che nel 1975, quando quasi tutti i senzatetto del nostro giro avevano una ventina d'anni o poco più, un'età fondamentale per l'ingresso nel mondo del lavoro manuale, il quartiere oggetto della nostra ricerca versava in uno "stato di abbandono", e prevedeva la perdita di altri tremila posti di lavoro entro il 2000 (ivi). In altre parole, i senzatetto e le loro famiglie costituivano la vecchia forza lavoro di industrie e attività scomparse o in via di sparizione: scarico delle merci nel porto, costruzioni navali, acciaierie e fonderie.

Un'economia che passi attraverso aggiustamenti strutturali di grande portata non perdona lavoratori indisciplinati e scarsamente istruiti, spe-

cialmente se bevono e si drogano. Con una dipendenza da sostanze e senza istruzione superiore, i dipendenti da eroina occupano l'ultimo gradino della scala sociale di San Francisco. Non sono l'esercito di riservisti dei *lumpen*, inteso nell'accezione funzionale marxista, perché essi sono irrilevanti dal punto di vista dell'economia produttiva. Nella nuova economia dell'alta tecnologia non esiste più alcuna classe lavoratrice di un qualche peso, e i posti a basso salario nei servizi dell'economia post-industriale si alimentano di una schiera ormai già enorme di lavoratori disoccupati, estremamente disciplinati e impazienti d'impiegarsi in California anche per paghe basse. Si tratta di immigrati dal Messico e dal Centro America in fuga dalla povertà, dalla fame e dalla violenza dei rispettivi paesi di origine.

La storia lavorativa dei senzatetto che abbiamo studiato mostra sia quanto essi siano vittime strutturali dei cambiamenti dell'economia, sia che abbiano una dipendenza autolesionista da sostanze. In effetti, i più vecchi del nostro giro avevano posti sindacalizzati nella vecchia economia industriale, fondamentalmente cantieri navali e acciaierie. Adesso si arrabbatano per lavori alla giornata nella zona in sfacelo dei capannoni di fabbriche soggette a riconversione. Caricano e scaricano camion, immagazzinano merci, o spazzano davanti al negozio di vini e liquori che sta all'angolo. Si sforzano di costruire un rapporto cliente/datore di lavoro con i pochi negozianti rimasti, così da sbarcare il lunario con qualche ora di lavoro al giorno. Spesso i negozianti del posto diventano protettori di un particolare senzatetto, al quale offrono occasionalmente prestiti di denaro e regalano cibo. In cambio, il senzatetto si presenta tutte le mattine per verificare se c'è lavoro – e costituisce così quella fornitura di manodopera “istantanea” celebrata dall'economia neoliberista. I datori di lavoro dispongono così di manodopera a basso costo, flessibile, e in disperate condizioni di dipendenza, pronta a obbedire su due piedi. Chiaramente, il rovescio della medaglia è che devono adattarsi alle traversie dei tossicodipendenti. Per esempio, Scotty, l'uomo che compare nel profilo a epigrafe del saggio con citazione e referto medico, piantò in asso il datore di lavoro, gestore di un deposito di materiale edile, senza avere spostato i sacchetti di sabbia per cui era stato pagato in anticipo. Hank dovette lasciare un lavoro di trasloco quando il problema al disco osseo cominciò a procurargli un dolore insopportabile. I datori di lavoro più accorti conoscono con precisione la misura delle abitudini di dipendenza dei loro tossicodipendenti e fanno attenzione a pagare, o imprestare, soltanto l'esatta somma di denaro necessaria per placare i sintomi dell'astinenza da eroina, ma non per bagordi a base di crack o di alcol. Ken, proprietario di un capannone di mobili in liquidazione, paga la giornata di Al il mattino del giorno dopo. In questo modo si garantisce che Al, spinto dall'astinenza, si presenti tutti i giorni sempre in orario, desideroso di ricevere

i dieci dollari di cui ha bisogno per sedare l'agitazione mattutina. Ha poi solo da pagargli altri dieci dollari a mezzogiorno, con un pacchetto di sigarette e una bottiglia di vino rinforzato.

L'avvilente dipendenza economica si accompagna a violenza verbale:

Appunti di Jeff Schonberg.

Al ha parlato molto della volontà di “ripulirsi”. Vado dunque a trovarlo sul posto di lavoro appena prima del tramonto, al capannone dei mobili in liquidazione, e gli offro un passaggio fino al centro trattamenti. Sta riportando dentro alcuni mobili esposti sul marciapiedi nel bel mezzo del traffico pedonale.

È nervoso perché il Dipartimento dello Stato sociale si è messo in contatto con il datore di lavoro, Ken, affinché compilasse un modulo (con l'attestazione che Al lavora per lui “a tempo parziale”), ciò che gli permetterebbe di ricevere l'assegno senza obbligo d'isciversi al programma di lavoro socialmente utile. Ken, che lo fa lavorare in nero, si è rifiutato di firmare per paura delle tasse e forse anche perché la paga che offre ad Al è molto più bassa del salario minimo.

Al maledice il capo sottovoce e si lamenta di ricevere solo venti dollari al giorno. “Sono come un cane alla catena, sa che mi sento male prima che faccia giorno”.

Il capo è un tipo sulla cinquantina, tarchiato e con un pesante accento di Brooklyn. Di punto in bianco, senza nemmeno salutare, chiede: “Sei tu quello che scrive storie sugli eroinomani, eh?”.

Quello che viene dopo, gli urla: “Perché si sono fatti di eroina così a lungo? A cinquant'anni di età è responsabilità loro tirarsi fuori da questa merda. Perché la società dovrebbe soccorrerli? Sono cazzi loro. Nessuno gli ha messo un cazzo di pistola alla tempia obbligandoli a farsi! Chi ce li ha portati, dentro la droga? L'unica cosa che devono fare è guardarsi in un fottuto specchio. Questi tipi sono criminali incalliti e, cazzo, non smettono un attimo. Sangui-sughe, vampiri e serpi (...) non cambieranno mai. Tutto quello che gli dai, se lo fanno subito in vena. Stato sociale, salario integrativo, pere, bevute, che altro vogliono gratis? Cazzo, levati dai piedi! Anche tu sei dentro questo problema di merda”.

Per tutta la durata dello sproloquio Al rimane indifferente. Continua a spostare gli ultimi mobili all'interno del capannone. Poi si siede sul marciapiedi aspettando che noi finiamo, come se la litigata non lo riguardasse affatto.

Più tardi, quella sera, di ritorno alla baracca, sente il dovere di scusarsi per l'invettiva del capo. “Non capisco perché si comporti a quel modo. Davvero non lo capisco. Mi dispiace. Stava solo scherzando”.

Spiegazioni in chiave morale della sofferenza e della sopraffazione

Kleinman ha sottoposto a vaglio critico le modalità con cui la psichiatria, con il sostegno delle multinazionali farmaceutiche, ha medica-

lizzato la sofferenza, considerandola un'infermità biologica, al fine d'incantare la prescrizione di lucrosi antidepressivi. Per esempio, il *Manuale diagnostico e statistico dei disordini mentali* ha ridotto da un certo numero indefinito di giorni a sessanta la durata normale del lutto che una persona dovrebbe sperimentare per il decesso di un proprio caro. Trascorsi i sessanta giorni, le sarà diagnosticato un "episodio depressivo grave" che giustificherà una prescrizione farmacologica (Kleinman 2003; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1994, pp. 326-327). L'osservazione fa parte di una sua più ampia critica della mercificazione e della medicalizzazione dell'esperienza umana e della professionalizzazione del dolore e dell'angoscia, esperienze universali ma culturalmente forgiate nel corso della storia all'interno di particolari tradizioni religiose e artistiche.

È probabile che i senzateo con dipendenza da sostanze soffrano più degli altri dell'angoscia comune a tutti gli esseri umani. Potrebbe essere questo il primo motivo per cui sono vulnerabili alla dipendenza. Gli antropologi e gli storici hanno documentato l'uso di sostanze psicotrope – di solito mediato da contesti religiosi e formalmente ritualizzati – quasi in tutte le culture del mondo e in tutte le epoche. Essi distinguono questo uso da quelle modalità distruttive di abuso di sostanze che si sono intensificate con l'urbanizzazione, l'industrializzazione e l'inserimento nell'economia del mercato globale (Goodman, Lovejoy, Sherratt 1995). Negli Stati Uniti, all'alba del XXI secolo, l'assunzione di droghe fra persone prive di contratto e di opportunità di lavoro è diventata una pratica particolarmente distruttiva: le strade si sono riempite di tossicodipendenti senza tetto che hanno devastato i propri corpi e sono diventati dei paria per la società. Le dimensioni sociali di un fenomeno che a livello individuale sembra essere quello di una violenza autoinflitta ci segnalano l'importanza di comprendere i modi attraverso cui la sofferenza è socialmente strutturata. Per fare un esempio, sul finire del XIX secolo Émile Durkheim fondò la sociologia come disciplina, sulla base dell'intuizione che un'interpretazione individualistica del suicidio limitata alla biografia metteva in ombra i ben più importanti fattori di modellamento sociale: "Ogni società ha uno specifico atteggiamento verso il suicidio (...), caratteristico di ogni fase della sua storia" (Durkheim 1897, p. 48).

Negli Stati Uniti, terra d'immigrazione, di opportunità e benessere economico, il senso comune popolare non coincide con quello sociologico. Ricchi e poveri agiscono entrambi all'interno di una tradizione puritana di schietto individualismo, che caratterizza la povertà come fallimento morale della persona (Bellah et al. 1985) – affermazione che si può estendere alla totalità della popolazione di poveri senza copertura assicurativa negli Stati Uniti, che nel 2004 superava i quaranta milioni di per-

sone (Becker 2004). Un'ideologia tutta americana che il datore di lavoro di Al, il venditore di mobili in liquidazione, rivendicava con veemenza.

Ciò nonostante, la cocciuta autodistruzione dei dipendenti da eroina senza fissa dimora sconcerta anche il più indulgente dei loro difensori. Una teoria della sopraffazione ci permette di ravvisare i fallimenti e le perplessità individuali senza perdere di vista il quadro generale. La vita dei tossicodipendenti senza fissa dimora è il prodotto di una situazione sociale complessiva dove intervengono istituzioni, politiche e forze macrostrutturali che coinvolgono la società nella sua interezza e sfuggono al controllo individuale. Un punto di vista antropologico sarà in grado di far vedere le ingiuste modalità di distribuzione della sofferenza “da parte dello stesso ordine sociale (...) e come essa sia inflitta agli individui nel nome di grandiosi progetti sociali” (Das 1997, p. 564). Per dirla in parole povere, la sofferenza socialmente strutturata dei senzatetto del gruppo che abbiamo descritto è dolore “inutile” (Lévinas 1988). Ammetterlo è particolarmente importante in un momento storico che vede la *lumpenizzazione* di settori sempre più ampi della popolazione mondiale, con l'integrazione in una versione globale del capitalismo che predica lo smantellamento dello Stato sociale e celebra il potere delle multinazionali in nome dell'efficienza del libero mercato.

Ringraziamenti

Il progetto è stato finanziato dal NIDA (R01-DA10164) e dalla Russel Sage Foundation (87-03-04). Dati di tipo comparativo derivano anche da NIDA (R01-DA12803), NINR (R01-NR08324), NIMH (R01-54907), e dal National Endowment for the Humanities (RA 20229) attraverso l'Institute for Advanced Study di Princeton. Ringraziamenti vanno al collega etnologo Jeff Schonberg e al collega clinico Dan Ciccarone, così come alle assistenti Lisa Lisanti e Xarene Eskandar. A Laurie Hart si devono spunti critici particolarmente utili e la revisione di tutte le versioni provvisorie di questo lavoro.

(Traduzione di Luigi Urru)

Note

¹ Circa centosettantatré centimetri. 2,59 centimetri fanno un pollice, dodici pollici un piede (N.d.T.).

² Circa cinquantuno chili. Una libbra equivale a 453 grammi (N.d.T.).

³ È l'espressione utilizzata dalle compagnie aeree per coloro che utilizzano frequentemente i loro voli (N.d.A.).

⁴ Circa sessanta centimetri (N.d.T.).

Bibliografia

- Balanced Budget Act*, 2002, Hartford (Conn.), Connecticut Association for Home Care.
- Becker, G., 2004, *Deadly Inequality in the Health Care "Safety Net": Uninsured Ethnic Minorities' Struggle to Live with Life-Threatening Illnesses*, «Medical Anthropology Quarterly», vol. XVIII, n. 2, pp. 258-272.
- Bellah, R., Madsen, R., Sullivan, W. M., Swidler, A., Tipton, S. M., 1985, *Habits of the Heart: Individualism and Commitment in American Life*, Berkeley, University of California Press.
- Bosk, C. L., 1979, *Forgive and Remember: Managing Medical Failure*, Chicago, University of Chicago Press; nuova ed. 2003.
- Bourdieu, P., 2000, *Pascalian Meditations*, Stanford, Stanford University Press; trad. it. 1998, *Meditazioni pascaliane*, Milano, Feltrinelli.
- Bourdieu, P., 2003, *Firing Back: Against the Tyranny of the Market*, New York, New Press; trad. it. 1999, *Controfuochi. Argomenti per resistere all'invasione neoliberista*, Milano, Reset.
- Bourgois, P., 1998, *The Moral Economies of Homeless Heroin Addicts: Confronting Ethnography, HIV Risk, and Everyday Violence in San Francisco Shooting Encampments*, «Substance Use & Misuse», vol. XXXIII, n. 11, pp. 2323-2351.
- Bourgois, P., Lettiere, M., Quesada, J., 1997, *Socially Misery and the Sanctions of Substance Abuse: Confronting HIV Risk Among Homeless Heroin Addicts in San Francisco*, «Social Problems», vol. XLIV, n. 2, pp. 155-173.
- Brady, W. C., 1999, *Less Care for the Sick Poor*, «The San Francisco Chronicle», 5 maggio, p. 21.
- Bussard, R., 1987, *The "Dangerous Class" of Marx and Engels: The Rise of the Idea of the Lumpenproletaria*, «History of European Ideas», vol. VIII, n. 6, pp. 675-692.
- Ciccarone, D., et al., 2001, *Soft Tissue Infections among Injection Drug Users – San Francisco, California, 1996-2000*, «Morb. Mortal Weekly Report», vol. L, n. 19, pp. 381-384.
- Das, V., 1994, "Moral Orientations of Suffering: Legitimation, Power, and Healing", in L. Chen, A. Kleinman, N. Ware, a cura di, 1994, *Health and Social Change in International Perspective*, Boston, Harvard University Press, pp. 139-167.
- Das, V., 1997, *Sufferings, Theodicies, Disciplinary Practices, Appropriations*, «International Social Science Journal», vol. CLIV, n. 451, pp. 563-572.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1994, Washington, American Psychiatric Association.
- Dohan, D., 2002, *Managing Indigent Care: A Case Study of a Safety-Net Emergency Department*, «Health Services Research», vol. XXXVII, n. 2, pp. 361-376.
- Durkheim, É., 1897, *Le suicide*, Paris, Alcan; trad. it. 1987, *Il suicidio. Studio di sociologia*, Milano, Rizzoli.
- Farmer, P., 1999, *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*, Berkeley, University of California Press.
- Foucault, M., 1975, *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard; trad. ingl. 1995, *Discipline and punish: the birth of the prison*, New York, Vin-

- tage Books; trad. it. 1976, *Sorvegliare e punire. La nascita della prigione*, Torino, Einaudi.
- Goodman, J., Lovejoy, P., Sherratt, A., a cura, 1995, *Consuming Habits: Drugs in History and Anthropology*, London, Routledge.
- Kleinman, A., 1988, *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, New York, Basic Books.
- Kleinman, A., 1995, *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*, Berkeley, University of California Press.
- Kleinman, A., 2003, *Social Suffering*, seminario, Princeton, Department of Anthropology of Princeton University.
- Kleinman, A., Das, V., Lock, M. M., a cura, 1997, *Social Suffering*, Berkeley, University of California Press.
- Kleinman, A., Eisenberg, L., Good, B., 1978, *Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research*, «Annals of Internal Medicine», vol. LXXXVIII, n. 2, pp. 251-258.
- Kleinman, A., Kleinman, J., 1991, *Suffering and Its Professional Transformation: Towards an Ethnography of Interpersonal Experience*, «Culture, Medicine, and Psychiatry», vol. xv, n. 3, pp. 275-301.
- Lévinas, E., 1988, "Useless Suffering", in R. Bernasconi, D. Wood, a cura di, 1988, *The Provocation of Lévinas*, London, Routledge and Kegan Paul, pp. 156-167.
- Little Inc., A. D., 1975, *Commercial and Industrial Activity in San Francisco: Present Characteristics and Future Trends*, San Francisco, Department of City Planning, Report to San Francisco Department of City Planning.
- Malone, R. E., 1998, *Whither the Almsbouse: Overutilization and the Role of the Emergency Department*, «Journal of Health Politics, Policy, and Law», vol. XXIII, n. 5, pp. 795-832.
- Marx, K., 1852, *Der Achtzehnte Brumaire des Louis Bonaparte*; trad. ingl. di C. P. Dutt, 1972, *The Eighteenth Brumaire of Louis Bonaparte*, New York, International Publishers; trad. it. 2006, *Il 18 Brumaio di Luigi Bonaparte*, Roma, Editori Riuniti.
- Marx, K., 1850, *Die Klassen-kämpfe in Frankreich 1848-50*; trad. ingl. 1964, *Class Struggle in France, 1848-1850*, New York, International Publishers; trad. it. 1992, *La lotta di classe in Francia dal 1848 al 1859*, Roma, Editori Riuniti.