



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

**La salute ignorata:
strategie e complessità
in un'area industriale di Jakarta**

**Facoltà di Lettere e Filosofia
Corso di laurea
in Discipline Etnoantropologiche**

**Candidato
Giacomo Tabacco
numero di matricola
1089142**

Anno Accademico 2009/2010

**Relatore
Alessandro Lupo**

**Correlatore
Laura Faranda**

(in copertina) immagini dell'installazione dell'artista indonesiano FX Harsono (*The Voices Controlled by the Powers*, 1994) in mostra al Singapore Art Museum (Marzo 2010).

indice

| | |
|-------------------------------------|----|
| <u>Introduzione</u> | 7 |
| Ringraziamenti | 10 |
| <u>Parte prima</u> | |
| In laboratorio | |
| 1 Dove arriva la complessità | 13 |
| Il sudest asiatico | 18 |
| L'Indonesia in modo particolare | 22 |
| Questioni logistiche | 25 |
| 2 Le letture | 27 |
| 3 Uscire dal laboratorio | 37 |
| 4 Creare un metodo | 45 |
| Abitare sul campo | 46 |
| L'etnografia a diversi livelli | 52 |

Parte seconda**Raccontare, discutere, agire**

| | | |
|----------|---------------------------------------------------------|-----|
| 5 | Lo spazio e il tempo della città | 63 |
| | Dentro e fuori al <i>kampung</i> | 70 |
| 6 | Il “momento zero” | 79 |
| | Nello stato di emergenza | 82 |
| | Il tempo vago dei dolori articolari | 85 |
| | Racconti di incidenti cronicizzati | 88 |
| | Per ricapitolare | 92 |
| 7 | L'offerta terapeutica plurale: realtà o finzione | 95 |
| | Gradi diversi di biomedicina pubblica | 95 |
| | Meccanica dell'auto-cura | 103 |
| | La strada dei guaritori | 108 |

Parte terza**Soggetti dentro e fuori dalla fabbrica**

| | | |
|----------|-----------------------------|-----|
| 8 | Il sogno indonesiano | 115 |
|----------|-----------------------------|-----|

| | | |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------|-----|
| 9 | Le regole e le negoziazioni | 125 |
| | Il meccanismo <i>Jamsostek</i> | 133 |
| | Negoziare la salute | 138 |
| 10 | Il significato dell'acqua | 141 |
| 11 | Altre esperienze di malattia | 157 |
| | Biomedico o “tradizionale”? | 157 |
| | Medicina “tradizionale”; nuove visioni e tecniche | 161 |
| | Tornare al villaggio, terapie di villaggio, tecniche sovranaturali | 164 |
| | Guarire con la “JPK”. Curarsi senza la “JPK” | 169 |
| 12 | Fuori dalla fabbrica e dalla produzione | 175 |
| | Le dita di plastica | 176 |
| | Questioni di pelle | 181 |
| | <u>Parte quarta</u> | |
| | La somma delle parti | |
| 13 | Ignorare la salute. Curare l'emergenza | 189 |
| | Corpi di operai | 193 |
| | Tentativi di socializzazione in un panorama di | |

| | |
|-----------------------------------------------|------------|
| individualismo | 201 |
| L'”ossessione pragmatica” | 206 |
| Il senso, i racconti e la loro polarizzazione | 208 |
| 14 Corpi invisibili, mali collettivi | 213 |
| Incidente individuale, problema collettivo | 215 |
| La soluzione biomedica | 219 |
| Per concludere | 222 |
| <u>Appendice A</u> | |
| Mappe | 233 |
| <u>Appendice B</u> | |
| Immagini | 236 |
| <u>Bibliografia</u> | 247 |
| Filmografia | 254 |

introduzione

Nelle prossime pagine, darò conto della ricerca etnografica che ho svolto nel periodo Dicembre 2009 – Aprile 2010 nell'area industriale che si sviluppa intorno a Jakarta (Indonesia).

L'obiettivo della ricognizione medico-antropologica è stato quello di analizzare i modi in cui 22 soggetti gestiscono la sofferenza individuale e collettiva, posizionandosi sull'offerta sanitaria, narrando l'esperienza di malattia e attribuendo significati ai diversi disturbi.

La suddivisione in capitoli della tesi rispecchia le attività che ho man mano effettuato nei 5 mesi di lavoro sul campo e nel periodo di ricerca ed elaborazione “a tavolino”.

Nella prima parte, infatti, mi occupo di come è nata e di come si è sviluppata l'idea di collocare l'etnografia su un territorio socialmente complesso e di forte contatto culturale tra il “noi” e l’”altro” (capitolo 1). Discuto anche delle ragioni che mi hanno portato a scegliere come ambito di ricerca un'area industrializzata e del perché gli oggetti della ricognizione siano donne e uomini attivamente impegnati nella produzione industriale. Parallelamente, descrivo le modalità che mi hanno permesso di avvicinare i 22 interlocutori che sono impiegati come operai presso industrie tessili e di lavorazione dei metalli a Tangerang e a Cikarang.

Definiti i presupposti metodologici e dopo aver elencato le letture effettuate prima della partenza (capitoli 2, 3 e 4), è il momento di localizzare nello spazio e nella società i 22 lavoratori industriali. Con la parte seconda, inizia, infatti, la

descrizione del sistema di forze presente nelle aree residenziali riservate agli operai e del meccanismo di migrazione “verso la capitale” di cui le persone interpellate fanno spesso parte (capitolo 5). La seconda parte (intitolata “Raccontare, discutere, agire”) è anche il luogo per iniziare a riferire dell'incontro etnografico con gli interlocutori. Nel capitolo 6 trascrivo, infatti, le prime battute delle narrazioni che i soggetti mi forniscono circa le fasi di avvio della malattia propria o di quella di un familiare. In altri termini, il *focus* è concentrato sulla descrizione del passaggio dalla normalità quotidiana alla malattia e sul momento in cui i soggetti iniziano a mobilitarsi alla ricerca di soluzioni. Per fare chiarezza sui modi in cui i lavoratori intervistati possono effettivamente agire per risolvere un'emergenza sanitaria, nel capitolo 7 parlo dei differenti elementi (biomedici e “tradizionali”) dell'offerta terapeutica che gli operai possono o vorrebbero utilizzare.

Con la terza parte, aggiungo nuovi dettagli relativi all'ambito socio-culturale degli interlocutori, proseguendo la trascrizione delle narrazioni e inserendo nuove storie di malattia. Nel capitolo 8, infatti, parlo di “soggetto malato” considerando che egli è, allo stesso tempo, un “*operaio* che soffre”. Secondo la mia interpretazione, gli interpellati sono parte di un meccanismo culturale che ho definito “sogno indonesiano” e che implica la ricerca di arricchimento materiale e sociale grazie al salario garantito dal lavoro in fabbrica.

Nella terza parte, c'è anche lo spazio per descrivere il ruolo che specifici gruppi sociali, di cui gli interlocutori fanno parte (nello specifico, sindacati e ONG specializzate nella tutela legale dei lavoratori), esercitano sulla definizione delle politiche della cura e sul significato attribuito a singoli disturbi. Inoltre, nel

capitolo 9, parlo in dettaglio del sistema di *welfare* e di assicurazione sanitaria di cui beneficiano i lavoratori che ho intervistato.

La trascrizione etnografica prosegue poi nei capitoli 10, 11 e 12 che contengono, tra gli altri, i due casi più emblematici che ho registrato: quello della terapia presso un guaritore tradizionale e la storia di due ex-operai (quindi dei soggetti “fuori dalla fabbrica) che hanno subito un incidente professionale.

Infine, nella parte quarta dell'elaborato (capitoli 13 e 14), ho tentato di “sommare” i dati etnografici e di arrivare a delle conclusioni.

Un'ultima annotazione riguarda il titolo che ho scelto per questa tesi. Con il concetto di “salute ignorata”, mi riferisco alla modalità che – a mio avviso – interlocutori e gruppi sociali, dentro cui essi sono inseriti, adottano per gestire malattia, incidenti professionali e sofferenza. Per gli operai, ignorare la salute è una necessità (legata al *budget* a disposizione) e, insieme, una scelta che rende possibile il raggiungimento del successo sociale e della ricchezza attraverso il lavoro in fabbrica. La pratica culturale di non dare troppo peso ai segnali del corpo è una conseguenza del modo in cui i soggetti gestiscono la loro permanenza attiva nella società industriale. Anche gli altri attori (sindacati e ONG) che occupano l'arena sociale della ricerca, ignorano, almeno in parte, i bisogni sanitari dei lavoratori che rappresentano e si concentrano, al contrario, su questioni legate al benessere materiale.

In questa tesi, mi focalizzerò, quindi, su un contesto culturale complesso, dove dei giovani lavoratori (ancora sani) non si pongono il problema della salute, sopportano per scelta e con determinazione le fatiche del lavoro, e fanno di tutto per

passare sotto silenzio le proprie esperienze di malattia pregresse e in corso.

Ringraziamenti

Sono innanzitutto grato ai 22 *sogetti* che hanno scelto di condividere insieme a me le loro preoccupazioni e i loro “sogni indonesiani”. Grazie poi a tutti i *teman baik* (i buoni amici) che mi hanno arricchito con la loro amicizia. In particolare, grazie a Suratni (per le ore passate in autobus discutendo e ascoltando i musicisti di strada), a Kusnadi (per i *nasi goreng* da 7.000 rupie al Pasar Cikini e per avermi detto che ho degli atteggiamenti da colonialista), a Puti e a Yughe. Prima della partenza e durante il soggiorno a Jakarta, la mia ricerca è stata facilitata da molte persone che lavorano all'interno di un sindacato o di una ONG; senza il loro sostegno, buona parte delle attività sul campo non sarebbero state possibili. Il Professor Alessandro Lupo, la Professoressa Laura Faranda e la Dottoressa Silvia Vignato mi hanno invece aiutato a scrivere, a rileggere e a correggere i capitoli della tesi. Per questo motivo, a loro va tutta la mia riconoscenza. Grazie, infine, ai miei genitori, che per primi si sono entusiasmato per questo progetto e a tutti gli amici *at home* (in particolare a Marco e al gruppo di antropologi “ex-romani”) per avermi spinto a partire e per il calore e l'amicizia con cui mi hanno accolto al mio ritorno.

parte prima

In laboratorio

1

Dove arriva la complessità

Come tutte le scelte importanti, anche quella del terreno su cui fare ricerca ha una lunga serie di moventi.

Per onestà scientifica, devo premettere che non ho mai visitato l'Indonesia prima del mio intervento sul campo. Alla domanda che ho sentito ripetere infinite volte durante il mio lavoro a Java – “perché proprio l'Indonesia?” – rispondo con le stesse motivazioni di allora. Motivazioni che, grosso modo, possono essere condensate in due blocchi; da un lato le ragioni epistemologiche e dall'altro quelle pratiche.

Al momento della scelta, la mia formazione universitaria comprendeva quattro anni accademici in discipline antropologiche con all'attivo una ricerca (confluita poi in una tesi di laurea triennale¹) relativa a pratiche e disturbi alimentari presso un gruppo di adolescenti romani. In base a queste esperienze formative – e in modo particolare alla scelta di corsi

¹ La tesi di laurea citata (*Disturbi alimentari: forza, malattia, guarigione in sede antropologica*) nasce dall'esperienza di tirocinio presso una struttura sanitaria pubblica che si occupa di disturbi del comportamento alimentare. Questo terreno è stato un punto di osservazione privilegiato per analizzare il concetto di “corpo malato” in continua ridefinizione all'interno di tentate socializzazioni e processi di medicalizzazione. Corpo malato scheletrico o obeso che parla con forza ed energia, dimostra contraddizioni nascoste e chiede di essere guardato e compreso.

specialistici in antropologia medica – è nato l'interesse ad approfondire terreni legati alla salute, al benessere e al lavoro-produzione. In estrema sintesi, questo significa focalizzarsi sulle strategie che individuo e gruppo mettono in pratica per fronteggiare e risolvere i malfunzionamenti del corpo, nella convinzione che la *ricerca di salute* (e inversamente il *rifiuto di salute*) siano momenti strutturati dalla cultura e strutturanti la cultura stessa.

La ricerca sui comportamenti alimentari è stata un'occasione preziosa per misurare quanto i vantaggi e i limiti della società industriale possano inscrivere nel corpo e venire rielaborati in malattia. E allo stesso tempo mi ha permesso di capire in che modo il gruppo rinnovi la propria configurazione per gestire un disagio individuale.

Il lavoro di ricerca triennale è stato realizzato in un contesto occidentale e complesso caratterizzato da pluralità di bisogni, sfiducia nelle figure terapeutiche tradizionali e assenza di ideologie forti. Lo spazio culturale della salute entra quindi in contatto diretto con la complessità contemporanea, perché i disturbi alimentari prendono forza dal panorama culturale corrente. Ma la malattia è anche una funzione attiva; come ha dimostrato la ricerca, ammalarsi significa criticare il meccanismo produttivo e sottrarsi alle aspettative sociali che pesano sui consumatori. La sofferenza del corpo è una configurazione alternativa e – secondo alcuni – “resistente” rispetto ad un *mainstream* economico e culturale.

Conclusa questa esperienza *at home* rimaneva un forte interesse per il discorso medico-sanitario nelle società complesse, ma insieme la necessità di capire fino a che punto questa complessità (in senso lato) si sia spinta fuori dall'Occidente.

Il ragionamento prosegue poggiando su un dato economico. Il modello finanziario occidentale – fatto di capitalismo, di *welfare state*, di assicurazioni sanitarie, di consumo e di risparmio – è arrivato praticamente ovunque. Le categorie antropologiche di “noi” e di “altro” si sono, forse, indebolite proprio perché osservatore e osservato vivono all'interno di un panorama economico comune e sono allo stesso modo consumatori di servizi simili. L'alterità geografica e culturale è “banalizzata” dalle regole quantitative e universali del commercio e della finanza; crisi e stagnazione, così come i loro indici numerici, sono le variabili che ci informano dello stato di salute di un mercato o di una società.

A questo proposito, Marco Aime, in una recente monografia², ricorda che neppure i mercati rurali dell'Africa occidentale sono piazze scartate in cui si scambiano solo i beni di sussistenza. L'uso del denaro, la rivoluzione dei mezzi di trasporto e la presenza di nuovi investitori rendono assolutamente “globale” l'economia dei villaggi. La variazione di un indice alla borsa centrale di Parigi, per esempio, provoca la svalutazione monetaria locale e ha un eco quasi immediato sulle piazze commerciali periferiche³. Il “locale” è inserito in

² Marco Aime scrive di mercati rurali e di Mercato in Africa occidentale nella monografia seguente: Aime, M., 2002, *La casa di nessuno: i mercati in Africa occidentale. Introduzione di Serge Latouche*, Torino, Bollati Boringhieri.

³ Introduco di seguito un secondo esempio tratto dalla mia etnografia. Buona parte degli informatori sono operai presso un noto *brand* di scarpe sportive. Nei primi mesi del 2010 questa ed altre industrie del settore aumentano la produzione; devono infatti rispondere alla crescente domanda creata dai campionati di calcio FIFA in programma a Giugno. Una manifestazione internazionale allestita in Sud Africa ha delle ricadute lavorative e sociali nel distretto industriale di Jawa Barat.

una densa rete che collega consumatore africano, produttore cinese, commerciante libanese e operatore finanziario europeo. Un primo interrogativo riguarda le ricadute culturali che questo panorama potrebbe aver provocato. Da un lato, l'omogenizzazione dei bisogni e delle offerte. Dall'altro, usando le parole di Polanyi⁴, un'economia *embedded*, vale a dire incastonata (e in un certo senso incastrata) nella società locale e vincolata ad altri ambiti della cultura come la religione e la parentela. Detto altrimenti, questo significa accogliere il dato di fatto circa il mercato universalistico senza correre il rischio di ridurre ogni elemento culturale a semplice tessera di un mosaico globale.

Sul terreno europeo analizzato, la contemporaneità si esprime in un'arena di forze contrastanti (le principali sono il rifiuto a consumare, la ricerca di benessere alternativo e la gestione terapeutica-ospedaliera della malattia); un ambito culturalmente complesso che sfugge alla — presunta — semplicità del meccanismo economico. I disturbi alimentari mettono in dubbio le regole condivise del gioco sociale e spingono il gruppo ad avviare i propri modi di salvataggio e contenimento delle emergenze (in genere, quelli terapeutici della biomedicina).

È interessante notare che tanto le visioni eziologiche biomediche quanto la maggioranza degli studi antropologici

Per bilanciare l'aumento del carico di lavoro e per consegnare, in tempo le commesse in molti reparti viene eliminato uno dei due giorni di riposo settimanale. Fatto con significative conseguenze sul piano personale e familiare.

⁴ Le posizioni di Polanyi relative al caso africano sono discusse nell'opera citata di Marco Aime.

diano molto credito all'equazione “produrre-consumare” che molto spesso è considerata il punto d'origine del disturbo alimentare. Medicina occidentale e scienze sociali – naturalmente con strumenti ed esiti molto diversi – convergono grosso modo sullo stesso elemento. La complessità, in altre parole il “mondo corrente”, è entrata con violenza dentro al campo della salute e occupa un posto prioritario nelle visioni che si elaborano sulla società. Naturalmente, non è rilevante valutare se i metodi della produzione industriale causino “realmente” i disturbi alimentari. Ciò che conta è il fatto che sia proprio la produzione industriale a dare risposte eziologiche a medici e studiosi e – sull'altro fronte – a formare il progetto “di salvezza individuale” che si prefiggono gli ammalati di anoressia e bulimia. In sintesi, un fatto economico è stato incorporato dentro a diversi (e contrapposti) tessuti culturali⁵.

Il ragionamento deve quindi proseguire dando per appurate le considerazioni economiche e la centralità del meccanismo produttivo dentro ai sistemi culturali di salute e malattia.

Con questi presupposti, mi è sembrato necessario individuare un ambito molto vicino ai sistemi produttivi e mettere questo sistema a reagire con le arene che si creano attorno agli eventi di salute. Mantenere quindi il *focus* sugli elementi economico-culturali che formano la contemporaneità e – allo stesso tempo

⁵ Questi lavori trattano della “creazione” dell'anoressia e della bulimia: Testoni, I., 2001, *Il dio cannibale: Anoressia e culture del corpo in Occidente*, Torino, UTET
Van Dongen, E., 2000, *La forza dell'anoressia. Resistenza, energia e controllo*, in AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica, N. 9-10 – Ottobre 2000, Lecce, Argo

– indagare ciò che è “in gioco” nei processi di malattia e guarigione. È quindi necessario trovare un terreno “geograficamente” abbastanza vicino alla produzione industriale e insieme implicato nelle questioni sanitarie oggetto dello studio antropologico-medico. In breve, avvicinare l'etnografia a quel panorama produttivo che sul terreno europeo veniva trattato solo in modo astratto.

Raggiungere – in senso geografico – questo tipo di complessità richiede un viaggio che ho pensato dovesse essere fuori dall'Occidente. Un viaggio che portasse al centro del sistema economico e al luogo d'origine dei beni che vengono scambiati sulle piazze occidentali.

Il sudest asiatico

Il sudest asiatico è la sponda pacifica verso cui si rivolgono da alcuni decenni gli Stati Uniti interrompendo il tradizionale asse geopolitico che collega nord America e Europa, passando attraverso l'Atlantico. Allo stesso modo, il SEA (*South East Asia*) è la piazza di riferimento per molti mercati europei. Non ho lo spazio e il *background* scientifico per discutere le ragioni economiche di questa situazione. Cito, però, due semplificazioni molto generali che posso essere utili per inquadrare il campo: la forte competitività del costo della manodopera e le politiche di alleggerimento fiscale⁶. Di

⁶ Anche l'Indonesia, come altri stati asiatici, ha avviato politiche di defiscalizzazione di aree economiche “speciali”. Oltre alla tassazione competitiva, queste zone hanno spesso un mercato del lavoro molto vantaggioso rispetto ai valori medi nazionali.

conseguenza, i costi di produzione sono più vantaggiosi nell'Asia del sud-est rispetto ad altrove per circostanze economiche (il “prezzo” del lavoro) e per scelte politiche (la bassa tassazione).

Occorre ora lasciare definitivamente da parte i dati quantitativi dell'economia e parlare degli aspetti qualitativi della cultura. Il meccanismo economico contemporaneo sottintende infatti l'esistenza di una società che produce, consuma e interagisce con il panorama corrente creando nuove modalità esistenziali. Gli esempi sul terreno europeo – utilizzando di nuovo il materiale della mia precedente ricerca – sono l'anoressia, la bulimia e tutte quelle pratiche che inscrivono “sul corpo” le tracce di un malessere, di una resistenza o di una protesta⁷. I componenti del gruppo sono quindi attori attivi, agenti che producono in modo volontario uno specifico precipitato

⁷ In questo ambito il panorama è molto ampio. Numerose pratiche culturali usano il corpo come strumento di comunicazione e di esternazione. L'agonismo e il rischio degli sport estremi, i *pierving* e i tatuaggi, la trasformazione dell'immagine corporea con il *bodybuilding* e appunto l'anoressia e la bulimia sono solo alcuni esempi. La costruzione dell'identità avviene anche con i segni lasciati sul corpo. Allo stesso tempo, il “progetto di salute” è un progetto individuale (fatto di sedute in palestra o di diete fai-da-te) che rappresenta l'alternativa – e in parte “l'eresia” – rispetto alla pratica biomedica. Tutto questo in un contesto culturale in cui le tecniche biomediche permettono a tutti di rischiare la propria pelle senza correre grossi rischi: per esempio, i casi di cronicizzazione dell'anoressia superano nettamente i decessi.

L'antropologa olandese Els Van Dongen riflette sui disturbi alimentari, sulla cultura del rischio e sull'immunità garantita dalla tecnica nel saggio seguente: Van Dongen, E., 2000, *La forza dell'anoressia. Resistenza, energia e controllo*, in AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica, N. 9-10 – Ottobre 2000, Lecce, Argo.

culturale. In base alle letture scientifiche e alle esperienze etnografiche maturate, non mi pare, infatti, percorribile l'interpretazione secondo cui gli individui sono elementi passivi, del tutto subalterni rispetto ad un potere esterno. Lo spazio per la “resistenza” e per l'alternativa è sempre culturalmente percorribile come ha dimostrato il terreno europeo e come dimostreranno gli informatori giavanesi. Questo non significa ignorare o negare l'esistenza dei “poteri forti” (come la biomedicina e la macchina economico-politica) che rimangono variabili sociali fondamentali. Ma la complessità che ho osservato impedisce di classificare il gruppo in base ai tradizionali assi di “egemone-subalterno”⁸; un'operazione metodologica a mio parere limitativa e pericolosa perché la cultura ha dei meccanismi che è difficile inserire in una griglia a due dimensioni. Una serie complessa di moventi è infatti responsabile delle scelte e quindi delle esperienze, perché è improbabile che in una configurazione culturale prevalga solo un dato (di subalternità, di pragmatismo oppure di resistenza). I disturbi alimentari, per esempio, sono insieme alternativa, negazione delle regole sociali, richiesta di aiuto e atto pragmatico di salute individuale. Una configurazione complessa che non permette la lettura meccanica e univoca secondo cui gli anoressici occupano l'asse della subalternità resistente e quindi sono “combattenti” che sfidano il sistema di benessere materiale.

⁸ L'equazione “egemone-subalterno” è molto utilizzata nelle visioni locali create dai sindacati. Un uso spesso meccanico che andrebbe problematizzato.

L'osservazione si può ora spostare in Asia. Per prima cosa è necessario restringere il campo dell'osservazione etnografica, in modo da rendere l'oggetto inquadrato più gestibile. In Europa avevo scelto un gruppo di adolescenti (12 – 18 anni) che all'epoca della ricerca frequentavano le terapie di un centro pubblico di salute mentale (area nord di Roma).

Sul nuovo terreno, in base alle mie esigenze scientifiche, ho scelto l'ambiente del lavoro industriale con un *focus* specifico sui lavoratori salariati del settore tessile. Questi ultimi sono allo stesso tempo responsabili materiali della produzione e consumatori di beni; una condizione sociale molto particolare e sufficientemente vicina alla complessità della produzione e del consumo.

In senso più generale, l'ambito sociale del lavoro salariato è un'arena in cui si condensano molte forze. Quelle politico-amministrative, dato che il lavoro è oggetto di regolamentazioni e di negoziati tra parti contrastanti (governo centrale, governi locali, sindacati e dirigenze aziendali). E alla politica si collega ovviamente l'economia, che a sua volta impone una serie di regole e di comportamenti.

Infine, l'arena è occupata dalle istanze della salute perché lavorando si può cadere ammalati e perché (come vedremo nelle prossime pagine) sono spesso i datori di lavoro che tendono ad avere – nei fatti – la responsabilità delle politiche sanitarie dei propri salariati.

L'Indonesia in modo particolare

Le oltre diciassette mila isole che dal 1945 sono sotto un'unica

amministrazione centrale (la *Republik Indonesia*, appunto) sono *topoi* antropologici per eccellenza. In Indonesia gli scienziati sociali hanno creato numerosi laboratori e fatto etnografia per osservare come funziona una cultura multiforme in cui le principali religioni universalistiche occupano spazi adiacenti e in cui la “modernità” ha riconfigurato di continuo i gruppi.

I “mito dell'isola di Bali” e del “villaggio giavanese” sono però cartoline etnografiche che vanno storicizzate e collocate in una precisa fase della storia dell'etno-antropologia e dell'Indonesia.

Numerosi eventi storici, come la svolta anticomunista e capitalista dell'*Order Baru* (1965 – 1998), gli effetti della crisi finanziaria di fine secolo e di quella più recente (2007 – 2010) si sono iscritti nella società e hanno segnato in modo decisivo le arene del lavoro e della salute. Lo stato storico delle cose ha creato condizioni sociali e di conseguenza precipitati culturali molto distanti da quelle cartoline e anche dalle analisi sociali più recenti. In campo sanitario, per esempio, l'antropologa Sciortino parla oggi della propria monografia presso i centri infermieristici di Giava (1995) come di “preistoria etnografica”. Politiche nazionali e tendenze internazionali hanno infatti spostato di parecchio il baricentro delle configurazioni sanitarie; i centri di salute pubblica di allora esistono ancora oggi, ma all'interno di un'offerta sanitaria e di una percezione locale radicalmente diversa.

La storia indonesiana degli ultimi dieci anni ha rimesso in gioco una serie di configurazioni socio-culturali rimaste congelate durante il trentennio di *Order Baru*. Nella fase storica corrente, politica e società civile hanno vissuto una forte accelerazione verso il cambiamento e verso nuovi equilibri. In modo particolare, l'allontanamento di Suharto e del suo *entourage* dalla

scena economico-politica ha creato vuoti di potere rapidamente occupati da nuove figure. Nelle arene sociali si inseriscono forze inedite che – specie alla fine degli anni Novanta del secolo scorso – hanno la possibilità di venire allo scoperto e di formalizzare il proprio ruolo sociale; sono i sindacati, l'associazionismo e i nuovi movimenti politici. Il flusso di dati storici e lo stato di fluttuazione delle configurazioni sociali dimostrano quanto sia necessario fare continuo riferimento ad una storia molto recente e allo stesso tempo utilizzare con cautela i propri pregiudizi antropologici. Sono però al corrente che l'idea di “presente antropologico” sia più una finzione che un metodo effettivamente percorribile dal ricercatore; l'azione etnografica rimane comunque un fermo immagine che ha un inizio, una parabola ascendente e una fine collocabili nel tempo storico. Parlare di “adesso” dentro ad un resoconto etnografico significa in realtà riferirsi ad “allora” cioè ad un momento (storicamente) preciso con una specifica configurazione delle forze micro e macro-sociali. Un'altra questione deve essere chiarita perché sarebbe ingenuo e sbagliato sostenere che, con la caduta di Suharto, l'Indonesia e gli indonesiani si siano lasciati alle spalle il passato storico e culturale. Le strutture di oggi incorporano – è ovvio – una lunga serie di antecedenti culturali che raramente vengono ignorati dalle visioni locali. Lavorare sulla contemporaneità a Giava e, nello specifico, indagare il campo del lavoro industriale e delle politiche sanitarie presso gli operai, richiede un riferimento continuo alle istanze dell'oggi e a quelle del passato. Il *focus* dello studio sarà su un segmento demograficamente e “culturalmente” molto giovane della società indonesiana; un gruppo di soggetti totalmente inseriti

nelle dinamiche occidentali della produzione-consumo e del risparmio-spesa di denaro. Contemporaneamente, però, le tracce incorporate del passato influenzano le interpretazioni locali che vengono continuamente prodotte circa la contemporaneità.

Scegliere di fare antropologia nell'Indonesia contemporanea significa prendere le distanze dalle cartoline etnografiche del villaggio giavanese e dall'interpretazione dei fatti come residui di cultura separati e sopravvissuti rispetto alla contemporaneità. Il mio lavoro sarà molto distante dalle isole di “cultura tradizionale” (che storicamente esistono ancora nell'arcipelago indonesiano anche se la loro “purezza” è molto discutibile); non quindi angoli remoti e separati, ma aree di forte contatto tra “proprio” e “altro”. In sintesi, andrò ad occupare uno spazio in cui la forza (macrosociale) dell'incorporazione connette i processi storico-sociali (la contemporaneità più recente) con l'esperienza (microsociale) di malattia. E la specificità di questo meccanismo è proprio la compresenza di istanze sociali contrastanti in termini religiosi, economici e ideologici.

Lavorare in questi termini su un terreno con caratteristiche di forte complessità è una prospettiva molto stimolante, ma allo stesso tempo “ad alto rischio” di errori antropologici. La consapevolezza di occupare spazi etnograficamente ricchi e impegnativi ha però garantito che preparazione, campo e scrittura degli esiti della ricerca fossero sempre esperienze avvincenti.

Questioni logistiche

C'è una ragione del tutto pratica che mi ha avvicinato definitivamente all'Indonesia. Una mia conoscente collabora da anni con delle ONG indonesiane e nel 2009 ha partecipato ad una missione-studio nei distretti industriali dell'area di Jakarta⁹. È stata lei a mettermi in contatto con le organizzazioni sindacali e giuslavoriste locali che a loro volta hanno facilitato l'incontro con gli informatori. Un aiuto concreto fatto di consigli pratici, di scambio di indirizzi email e di segnalazioni circa ambiti locali con particolare interesse per le scienze sociali. Il mio progetto ha iniziato ad avere una forma credibile proprio a partire dai primi dialoghi con le ONG locali. È merito loro infatti se ho superato alcuni ostacoli iniziali come la burocrazia – fluida e per questo complessa – dei visti d'ingresso, la ricerca di una stanza in affitto e l'abbozzo di un'agenda delle mie attività sul campo. La rete di contatti dentro a cui sono entrato è stata molto efficace ed ha sempre dato risposte esaurienti alle mie domande. “Come posso avvicinare gli informatori?”, “Quali sono le aree in cui si osservano più facilmente gli eventi di malattia e terapia”, “Ci sono questioni aperte nel campo delle politiche sanitarie e della loro implementazione?” sono solo alcune delle richieste a cui ho sottoposto i miei interlocutori istituzionali.

⁹ Lo studio conoscitivo è focalizzato sulle condizioni lavorative degli operai del settore tessile presso industrie giavanesi che esportano nel nord Europa. I ricercatori hanno condotto una ricognizione per analizzare i meccanismi economici del mercato di abbigliamento e calzature dal produttore alle rete di distribuzione europea. La relazione finale del lavoro è citata in bibliografia (Meilleur marché, 2009).

Com'è prevedibile, i bisogni di uno scienziato sociale sono complessi e l'urgenza di trovare un campo specifico e circoscritto non poteva che complicare le cose. Per questo motivo, buona parte delle questioni pratiche sono state affrontate e risolte solo dopo il mio arrivo sul campo e dopo un primo periodo di acclimatamento al terreno. Rimane però il fatto che l'appoggio logistico iniziale è stato più che sufficiente per incoraggiarmi e convincermi definitivamente a partire. Le possibilità e le situazioni antropologicamente “interessanti” erano infatti molte; si è trattato – una volta sul campo – di decidere cosa mettere a fuoco e cosa tralasciare. In questa fase, infatti, ogni possibilità era ancora aperta.

La scelta del terreno è a questo punto maturata sul piano scientifico ed è sostenibile su quello logistico. Una scelta devo dire sempre *in progress* e sempre ridiscussa prima, durante e dopo il campo; senz'altro non un punto di arrivo ma l'inizio di una ricerca che vuole aprirne molte altre. È il momento di partire.

2

Le letture

Non si parte mai a mente sgombra; formazione e letture hanno il loro peso e creano aspettative e presupposti. Due blocchi di letture sono stati il “grado zero” del lavoro a Giava.

Per primi, i testi che rappresentano la formazione di base in antropologia medica: le monografie esemplari e i manuali della disciplina. Questi ultimi sono testi a largo spettro che facilitano lo studio delle teorie e delle pratiche etnografiche della disciplina perché storicizzano e scompongono ogni approccio (Pizza, 2005 e Quaranta, 2006). Rispetto alla totalità del corpus di scritti – che segnano le tappe del pensiero medico antropologico dal decennio 1970 ad oggi – ci sono passaggi specifici che hanno maggiormente segnato la mia formazione.

L'antropologia medica “critico-interpretativa” del decennio 1980 introduce l'idea di un corpo pienamente consapevole delle configurazioni sociali che lo circondano e quindi produttore attivo di senso. Lock e Scheper-Hughes¹⁰ aggiungono che la malattia è uno strumento che il corpo produce per strutturare coscientemente la società; la malattia stessa è anche meccanismo espressivo per dichiarare il disagio

¹⁰ Lock, M. e N. Scheper-Hughes, 2006, *Un approccio critico-interpretativo in antropologia medica: rituali e pratiche disciplinari e di protesta*, in op. cit. di Quaranta. Il saggio originale (*The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology*) è del 1987.

e per “resistere” all'ordine politico-sociale. In breve, riferendomi anche a Csordas (1990), ogni esperienza umana è contemporaneamente una “creazione sociale” (la società che plasma l'individuo) e un’”attualizzazione personale” delle istanze del gruppo (l'individuo che al contrario interviene sulla società).

È chiaro – considerato il *focus* della mia ricerca in programma e di quella pregressa – che un approccio di questo tipo ha delle notevoli potenzialità, in modo particolare riguardo alla presunta attività “creativa” dell'individuo e del proprio corpo e alla lettura della malattia come pratica culturale.

Gli altri passaggi fondamentali della storia degli studi medico-antropologici completano il *background* scientifico del mio studio a Giava.

Prima di tutto, la collocazione della biomedicina dentro ai confini di un sistema culturale (al pari di qualunque altre etnomedicina) e per questo motivo la sua funzione di concretizzare un’”impresa ermeneutica” (la spiegazione della malattia). In un contesto urbano e industrializzato (quindi culturalmente complesso), è probabile che l'offerta sanitaria a disposizione del malato sia molto variegata. È quindi importante considerare sempre le varie proposte terapeutiche come un insieme di modelli culturali che assegnano un senso al disagio. È allo stesso tempo centrale indagare le aree in cui l'interpretazione clinica della malattia si incontra con l'interpretazione soggettiva (individuale o microsociale) della stessa; la differenza qualitativa di questi modelli ha infatti un ruolo significativo sull'andamento della cura.

L'antropologia medica ha ragionato molto su quanto il potere-sapere della biomedicina abbia la forza di manipolare le visioni

della malattia. Taussig (in Quaranta, 2006) sostiene che la clinica occidentale cancella le dinamiche sociali perché rende la malattia un dato oggettivo. Questo meccanismo di “reificazione” dei dati sociali può attenuare o al contrario amplificare il peso di una malattia perché in gioco – oltre che alle variabili biologiche – ci sono anche una serie di interessi economico-sociali. Un buon esempio di questo meccanismo è il caso della silicosi dei minatori e del suo possibile riconoscimento come sindrome professionale.

Ma la malattia è anche un'esperienza vissuta a livello “microscopico”; un evento individuale e familiare concreto, tangibile e spesso doloroso, che sposta il regolare corso degli eventi quotidiani. I coniugi Kleinman (1992) si concentrano proprio sulla natura esperienziale della malattia cercando di avvicinarsi il più possibile (in senso etnografico) agli aspetti “in gioco” sulle arene della salute. La mano dell'antropologo deve essere leggera e far parlare il più possibile le categorie (emiche) prossime all'esperienza per evitare le stesse mistificazioni che spesso produce la biomedicina.

Vivere la malattia attiva allo stesso tempo un meccanismo intersoggettivo ramificato che parte dal disagio e dal dolore del corpo individuale e raggiunge ogni terminazione del tessuto sociale. Terminata la malattia, l'esperienza del singolo e il suo resoconto narrativo – come avverte Good (1999) – avranno creativamente rinnovato il senso del mondo (e in aggiunta avranno modificato la percezione individuale della sofferenza stessa).

È, infine, Farmer (2004) a suggerire che l'ingiustizia e la sofferenza sociale “biograficamente” vissute vengano incorporate e tradotte (ad anni di distanza) in eventi biologici

di malattia.

Ho ora concluso un elenco molto sintetico (e ovviamente incompleto) di temi antropologico-medici che hanno segnato la mia formazione e quindi anche l'attività etnografica; sulla maggior parte delle questioni scientifiche avrò lo spazio di tornare più avanti associandole e mettendole a reagire man mano con i dati emersi sul campo.

Devo a questo punto parlare di una lettura che ha acceso in modo particolare il mio interesse su un ambito culturale e su un'area geografica specifici. È uno studio etnografico della metà degli anni '80 del secolo scorso riconducibile all'ambiente scientifico dell'antropologia medica critica. Aihwa Ong – l'autrice della ricognizione (1988) – segnala che nelle “asettiche” *free trade zones* malesiane si verificano casi di possessione demoniaca facilmente individuabili perché i malcapitati posseduti cadono a terra urlando durante l'orario di lavoro. A subire questa “sindrome” sono le operaie delle fabbriche multinazionali basate in Malaysia, ma possedute e gestite da gruppi stranieri (per esempio giapponesi). Le proporzioni degli attacchi sono numericamente molto significative; si sviluppa perciò una specie di epidemia che costringe la dirigenza aziendale ad intervenire attraverso degli operatori biomedici.

A questo punto, Ong sviluppa la sua analisi su una doppia linea; per prima cosa il meccanismo di trasformazione delle operaie in pazienti (psichiatriche) medicalizzate. Sullo sfondo, invece, la discussione dello status sociale delle lavoratrici e della condizione di ambiguità dei loro corpi.

Il primo tema ha come nucleo il meccanismo di attribuzione di senso in cui l'eziologia di un comportamento è affidata al

concetto di “follia”. Questo termine è un contenitore molto ampio che – secondo l’analisi di Ong – i responsabili della fabbrica e i biomedici chiamati ad intervenire utilizzano per spiegare l’epidemia di “isteria femminile”. Parallelamente, la “versione ufficiale” parla della malattia come di un’infezione “batterica” contagiosa da curare con l’isolamento e con la somministrazione di farmaci sedativi. Com’è prevedibile, più in fretta la lavoratrice “smetterà di essere posseduta”, più in fretta tornerà alla propria occupazione.

Sull’altro piano il *focus* è invece basato sul fatto che le operaie occupano un posto sociale molto scomodo; sono infatti delle “immigrate” in viaggio verso le aree industrializzate e moderne, originarie dei villaggi interni del paese ma allo stesso tempo fanno parte del nascente proletariato malesiano. Come l’Indonesia, anche la Malaysia ha infatti sperimentato un periodo di forte accelerazione industriale (intorno al 1970) in cui un grande numero di giovani adulti viene spostato in massa dalle aree rurali verso i centri produttivi.

In realtà, la possessione ha molti antecedenti; tuttavia, come avverte Ong,

spirit possession incidents may acquire new meanings and speak to new experiences in changing arenas of social relations and boundary definition. In kampung society¹¹, spirit attacks on married women seem to be associated with their containment in prescribed domestic roles, whereas in modern organizations, spirit

¹¹ Con il termine *kampung*, in malese e in indonesiano, si intende un villaggio rurale (come in questo caso specifico) oppure un quartiere popolare nelle aree urbane.

victims are young, unmarried women engaged in hitberto alien and male activities. (Ong, 1988, pag. 32).

L'evento di possessione veicola una lunga lista di significati che vanno molto oltre quello (più prevedibile) della protesta sociale ai danni del caporeparto e dei dirigenti maschi. Infatti, ciò che viene *negoziato* (la studiosa insiste su questo termine) ha a che fare più in generale con la violazione dei confini morali tradizionali (per esempio la nuova autonomia delle donne nubili); la possessione sarebbe quindi uno strumento per sanzionare lo rottura di quest'ordine morale. Lo spazio della fabbrica e le sue regole sono sotto certi aspetti opposti rispetto all'organizzazione tradizionale del *kampung*; divisione sessuale del lavoro contro circospezione della donna oppure coabitazione di operaie donne e sorveglianti uomini contro un sistema a sessualità bandita sono gli esempi più significativi. In breve, si crea una situazione lavorativa percepita come molto pericolosa per il corpo (del quale in fabbrica si perde il controllo) e per le norme sociali. Nelle conclusioni, Ong parla dell'immaginario spirituale delle possessioni come un mezzo per dare una configurazione simbolica alle “paure delle lavoratrici e alle loro proteste contro le condizioni sociali delle fabbriche”. Di fronte alle operaie ci sono in sostanza due possibilità per sbloccare la situazione di alienazione lavorativa e di sgretolamento culturale: la possessione oppure l'applicazione anche sullo spazio neutro della fabbrica di norme sociali più rigide. Sono infatti le informatrici stesse a rivelare all'antropologa che solo una maggiore disciplina (aziendale, personale o originata dalle istituzioni religiose musulmane) è la garanzia del superamento della malattia biologica e sociale.

La monografia di Ong risente senz'altro del grande peso attribuito ai meccanismi di presunta alienazione e all'idea di antagonismo un po' meccanico tra il potere economico (e il potere della medicalizzazione) e i lavoratori del settore industriale. La lettura di questa etnografia mi ha però messo di fronte una “sfida” antropologica; analizzare cioè se nelle fabbriche asiatiche di oggi siano ancora necessarie e attuali questo tipo di proteste, considerato il panorama mutato in senso storico e sociale. Sono anche andato oltre chiedendomi se – al contrario della resistenza di allora – non ci sia oggi un accomodamento da parte di nuovi lavoratori che si trovano in posizioni sociali meno scomode e più neutre rispetto ai colleghi malesiani. Infine, mi sono interrogato su quale peso si debba dare al pragmatismo, ad una conoscenza mutata del sistema di accumulo di denaro e alla consapevolezza di appartenere ad un flusso di eventi globali dove le migrazioni non sono più su scala regionale ma planetaria.

In sintesi, consideravo l'analisi di Ong utile nella parte in cui tratta del meccanismo di incorporazione della “vecchia possessione” che, combinata con gli elementi sociali correnti, crea la “nuova possessione”. Al contrario percepivo le teorie sull'azione di resistenza e di ricerca di disciplina come molto datate e lontane da un presente culturale che intuitivo essere molto diverso. Questo interesse e bisogno di approfondire antropologicamente e “sul campo” un'idea, che nella mia mente era solo un'intuizione, sono state delle forze aggiuntive che mi hanno stimolato a partire.

Tornando ora al tema delle letture, c'è un secondo blocco di

materiale che è servito a avviare la ricognizione storica del terreno. Ho iniziato con dei manuali storici generali, focalizzandomi in modo particolare sui fatti degli ultimi vent'anni (dalla crisi del sistema di Suharto alla recessione del 2007), utilizzando i testi di Frederick e Worden (1993) e Cribb (2000). Per avere un'immagine più aggiornata e immediata della società, nei mesi prima della mia partenza, ho consultato le versioni online dei due principali quotidiani nazionali pubblicati in lingua inglese¹². Una ricerca molto proficua per individuare le questioni in gioco, le visioni locali e gli sviluppi più recenti dei sistemi terapeutici compresenti. Ho poi utilizzato la stessa pubblicistica per raccogliere informazioni sui casi specifici segnalati dalla mia conoscente e dagli altri miei contatti (nella maggior parte dei casi sono atti di negoziazione tra una società e un gruppo di operai oppure le conseguenze giuridiche e politiche di incidenti sul lavoro). Introduco un primo dato che dimostra il peso sociale del tema della sanità e del lavoro: quasi ogni giorno, i due quotidiani trattano questo tema con articoli di cronaca e – più raramente – analisi retrospettive. Lavoro e sanità occupano quantitativamente uno spazio molto significativo sui media citati.

Parallelamente, ci sono state una serie di letture storiche sull'avvio e sull'iniziale implementazione dei servizi sanitari biomedici in epoca coloniale, nei primi anni dell'indipendenza e durante l'*Order Baru*. I riferimenti bibliografici sono: Boomgaard (1993); Boomgaard e Sciortino (1996) e il documentario sul sistema sanitario nazionale di Al-Jazeera

¹² *The Jakarta Post* e *The Jakarta Globe*. Le versioni online – compresi gli archivi - sono integrali e gratuite.

English (2009). Queste ricognizioni storiche parlano anche dei modi in cui l'Indonesia – e in particolare l'area giavanese – sono state man mano industrializzate e inserite in un sistema produttivo che è già di tipo mercantile-globale in epoca moderna. Storicamente, biomedicina, capitalismo e produzione industriale sono infatti concetti molto noti e del tutto “implementati” in buona parte del paese (in modo senz'altro più netto a Giava).

3

Uscire dal laboratorio

Considero i primissimi giorni passati sul campo come tempo speso in laboratorio. È in questa fase che ho stabilito “a tavolino” un abbozzo dell'agenda delle mie attività e – cosa più importante – ho intravisto l'alterità indonesiana.

Di questo incontro, ad alcuni mesi di distanza, rimangono solo una serie di osservazioni annotate durante i momenti di pausa tra i colloqui organizzativi. È però stato un momento unico e prezioso perché ha permesso di guardare la realtà con la mente sgombra da fatti e da materiale etnografico. In breve, è stato “farsi un'idea” del terreno dalla postazione neutralizzata – e neutralizzante – del laboratorio.

Per prima cosa, ci sono state le visioni della città di Jakarta. Visioni e incursioni man mano più approfondite, a partire dal viaggio aeroporto-città fino alla conoscenza più profonda di un quartiere. Nella maggior parte dei casi sono state osservazioni attraverso il finestrino di un autobus e tragitti a piedi verso i venditori ambulanti di cibo.

Nelle note registrate in quei giorni, a colpirmi è la “non-alterità” più che la distanza e l'incomprensibile differenza culturale. L'ambiente in cui mi trovo è infatti uno spazio urbano, con soluzioni urbanistiche simili a quelle del nord America e con i problemi tipici di una capitale, che è allo stesso tempo il centro di tutte le istanze nazionali (politiche, educative e finanziarie). Sovraffollamento, traffico stradale e disordine

edilizio sono i caratteri e i problemi centrali che mi aspettavo di trovare.

In un secondo tempo, sono iniziati gli incontri con le ONG, utili a conoscere le prospettive reciproche e a capire su quali ambiti specifici potessi lavorare. In sintesi, si è trattato di spiegare il mio *background* e di elencare una serie di interessi scientifici da trasformare in ricerche qualitative logisticamente percorribili. I miei interlocutori sono dei sindacalisti e degli avvocati (specializzati nella tutela giuridica dei diritti del lavoro) che hanno all'attivo molte collaborazioni con ricercatori sociali occidentali e locali. Lavorare insieme, con il metodo dello scambio dialogico di informazioni, è stato quindi molto facile. Era invece più problematica l'individuazione di un terreno di ricerca (cioè trovare delle risposte alla necessità dell'antropologo di circoscrivere il proprio *focus*). Durante gli incontri emergeva che il “problema della salute” è presente sul terreno giavanese ma che è frammentato in pezzi microscopici sparpagliati nell'intero campo sociale. Un altro dato importante, che si evidenzia in questa fase iniziale – ma che percorrerà tutto il lavoro – è la convinzione (locale) che la malattia sia una questione gregaria che viene dopo la copertura e protezione normativa del lavoro. In altri termini, il “problema della salute” è una variabile che viene allontanata da un flusso di eventi considerati più rilevanti, come la definizione del salario e il rispetto delle norme giuslavoriste da parte delle aziende. Le persone con cui condivido le informazioni mi avvertono di quanto sul terreno (con cui soprattutto i sindacalisti sono in diretto contatto) cadere ammalati e curarsi siano esperienze che passano in secondo piano rispetto all'ambizione di costruirsi una vita di maggiore benessere

materiale.

Queste considerazioni, come ho poi avuto modo di osservare etnograficamente, sono in buona parte fondate. Lo stato delle cose in questi termini sarà infatti uno degli elementi di difficoltà che percorreranno tutta la mia ricerca a Giava (e che renderanno frammentato e difficilmente osservabile l'oggetto di studio). In realtà, nonostante la frammentazione e la secondarietà della salute e della malattia, esistono ambiti in cui si concentrano un grande numero di frammenti; una ricerca approfondita e a volte “archeologica” mi ha quindi permesso di trovare comunque dei terreni ricchi e etnograficamente soddisfacenti.

Devo aggiungere un ultimo elemento legato agli incontri dei primi giorni. Avvocati e sindacalisti insistono sul fatto che il prodotto della mia ricerca debba avere una certa utilità nel senso che dovrebbe fornire una visione trasversale e obiettiva della realtà locale. Non ho lo spazio per fare un'antropologia delle istituzioni sindacali e giuslavoriste con cui ho collaborato; è però molto interessante osservare come le scienze sociali siano qui inserite in un meccanismo di produttività di senso concreto, da spendere nell'organizzazione dei lavoratori e nella formazione dei sindacalisti. Il sindacato e la giurisprudenza sono sistemi culturali che ordinano il mondo e che nello specifico danno un versione narrativa molto potente dell'esperienza di malattia. Per questo, oltre a riorganizzare e risignificare gli eventi sociali, hanno anche la capacità di creare “dal nulla” nuove pratiche culturali. Quel che ho potuto osservare è una forte attitudine di queste istituzioni ad incorporare e successivamente mettere in gioco nuove interpretazioni del campo sociale, inglobando e mettendo in

contatto i prodotti locali con quelli occidentali e allo stesso tempo associando ideologie contrastanti. La “versione del sindacato” e “la parola della legge” (come scriverò più avanti) sono strumenti largamente utilizzati dai giocatori nelle arene sanitarie e sono spesso un canale di mediazione tra le visioni di istanze contrapposte (per esempio quelle sindacali e aziendali). È quindi fondamentale prendere in considerazione il peso che specifiche istituzioni (comprese quelle religiose) esercitano sugli eventi di malattia e più in generale di sofferenza.

Lo spazio in cui lavoro ha quindi una familiarità oggettiva con il “noi”. Alcune suggestioni confermano questa vicinanza: sugli scaffali dei supermercati ci sono gli stessi prodotti di consumo commercializzati in Occidente, sui manifesti pubblicitari lo stesso marketing, nelle riunioni con le ONG l'elenco di problemi sociali e politici che assomigliano a quelli propri della recessione in area occidentale. È possibile che scoprire la vicinanza culturale spiazzi l'antropologo “delle prime settimane” quanto entrare in contatto con un mondo totalmente alieno. Per quanto mi riguarda, ero parzialmente “preparato” alle caratteristiche di un'area di forte contatto con il sistema globalizzato. Toccare con mano questo stato della società e soprattutto prendere coscienza della frammentazione culturale è però un'altra cosa. Infatti, accanto agli elementi familiari che ho riconosciuto nella città globalizzata, è presente una specificità locale complessa, in cui le tappe dei processi di incorporazione sono difficili da tracciare. In breve, un contesto in cui forse più di altrove i nessi tra i processi economico-politi e i modi dell'esperienza di malattia sono sparpagliati su un terreno culturale molto esteso.

I primi giorni sul campo sono anche stati il tempo della “meta-antropologia”¹³ e della messa in discussione di finalità e presupposti. Come dicevo, la convinzione “di laboratorio” circa un terreno culturale fortemente incorporato nel capitalismo è stata confermata dalle prime osservazioni. Scrivere etnograficamente di questa complessità – da un lato “familiare”, ma allo stesso tempo “creativamente specifica” – significa scrivere di come i giocatori sociali interpretino attivamente la situazione storica e più precisamente di come la condizione economico-politico intercetti gli eventi di malattia. Una domanda fondamentale è quindi legata a quale dev'essere il metodo etnografico da adottare in una realtà in cui al centro dell'arena si mettono individui attivi con corpi consapevoli. Ammalarsi, soffrire e guarire sono eventi della vita con una serie di conseguenze pratiche a livello intersoggettivo e individuale. Il compito dell'etnografo potrebbe quindi essere quello di fare un'etnografia “realistica” in cui il peso di chi scrive è al grado minimo; in breve, far parlare solo i fatti etnografici. È però abbastanza chiaro che l'obiettivo di neutralità scientifica è più una presunzione che una tecnica percorribile. Anche l'antropologia – come qualunque altra scienza – è socialmente determinata e per questo non garantisce una visione privilegiata (e “ideologicamente” neutra) di quel che osserva. Come qualunque scienziato, anche quello sociale provoca con la propria presenza una perturbazione nelle configurazioni degli oggetti osservati. Sul tavolo dell'antropologo ci sono però dei dati qualitativi che

¹³ Cioè l'analisi “antropologica” che l'antropologia svolge su se stessa.

non possono essere misurati, ma vanno interpretati e organizzati secondo un ordine di priorità soggettivo, storico e “ideologico”. Produrre una finzione descrittiva è quindi una necessità e non per forza un limite dell'antropologia. Quel che conta è contestualizzare i meccanismi che fanno funzionare questa finzione: la formazione di chi scrive, la sua ideologia, il tempo storico in cui lavora per citare solo i principali. In breve, fare della meta-antropologia per fare (e prima di fare) antropologia.

Tornando a Jakarta, nei primi giorni di incontro con quel terreno, percepivo l'urgenza di avviare un'etnografia che il più possibile descrivesse (e quindi interpretasse) la complessità che osservavo. Mi trovavo di fronte ad una realtà che non volevo e che non riuscivo a classificare. Come punto di partenza non mi pareva convincente collocare l'alterità in un mondo meccanicamente definito “post-moderno”, dove la presunta simultaneità degli eventi sociali fa perdere ogni specificità locale. Al contrario non volevo neppure correre il rischio di rendere relativo (ed esclusivamente “locale”) ogni tratto culturale. In altri termini mi pareva sbagliato considerare la specificità culturale come unico movente della situazione storica che osservavo. Crea (2001, p. 138) propone

[...] non un'antropologia di un relativismo nichilista, in quanto la verità anche se non oggettivabile come nella vecchia concezione è sempre contestualizzata ad un processo – questo sì – concretamente storico, culturale ed esistenziale, che si dà in un tempo, in uno spazio ed in una struttura socio-culturale definiti e come tale è sempre interpretabile.

Lo spazio e la possibilità di interpretazione sono quindi possibili nel momento in cui l'etnografia (svelati i propri meccanismi socialmente determinati) si dà il compito di interpretare la complessità. Penso, oltretutto, che si debba aggiungere un *focus* su come i processi socio-economici (storici) limitano e modificano le esperienze potenziali dell'individuo, senza utilizzare la cultura come un pretesto (“succede questo evento esperienziale perché lo determina la loro cultura”).

Allo stesso tempo, c'è il bisogno di rispondere antropologicamente alle arene complesse e urbane in cui “noi” e “altro” sono fortemente adiacenti. Un'etnografia delle aree di contatto che rappresenti in modo efficace il fatto che le categorie tradizionali hanno confini molto sfumati. In ambito giavanese, per esempio, la biomedicina è “altra” (perché occidentale) ma è allo stesso tempo totalmente “propria” (perché incorporata e digerita dal sistema sociale da oltre cinquant'anni). La descrizione antropologica deve quindi essere legata alla storia e attenta ai processi di appropriazione (o incorporazione) di sistemi culturali esterni che provocano uno spostamento creativo verso nuove configurazioni.

Ancora Crea (2001, pag. 147) suggerisce uno

studio dei rapporti di potere economico e culturale tra la macro-rete occidentalizzata ed i macro-nodi subalterni (o locali) che la compongono in parte, la loro flessibilità di adattamento e la loro capacità di rimaniopolare valori e significati – ormai non più imposti dall'esterno, ma penetranti dall'interno stesso del tessuto.

Tutto questo con la convinzione che la finzione sociale della

verità non deve essere proposta dall'antropologo come verità dell'essere.

Ci sono ora sul tavolo una serie di strumenti scientifici; sono fragili rispetto ad un contesto culturalmente molto complesso e senz'altro parziali, perché si modificheranno strada facendo per rispondere meglio alle esigenze del campo. Saranno comunque questi gli strumenti iniziali che utilizzerò per avviare la ricerca sul terreno, per tentare le prime finzioni descrittive e – in breve – per uscire dal laboratorio.

4

Creare un metodo

Prima di parlare dei metodi etnografici seguiti sul terreno, devo fare un passo indietro per dire che cosa non ho intenzionalmente voluto fare durante la mia ricerca.

Oltre che dalle scelte antropologiche e scientifiche, la portata del lavoro è determinata dal tempo effettivamente speso nella preparazione della ricerca e sul terreno. Il tempo a mia disposizione è stato di cinque mesi nell'area di Jakarta e di circa dieci mesi complessivi per preparazione del campo e stesura della tesi. Con questi "limiti" è indispensabile circoscrivere molto il *focus* dell'etnografia concentrandosi principalmente su casi specifici relativi ad gruppo ristretto di lavoratori accomunati da una serie di esperienze analoghe. Ho anche ampliato il panorama con alcune incursioni in altri contesti; questo non è avvenuto per finalità comparative, ma perché i "campi paralleli" rappresentano un completamento del "campo principale", occupando uno spazio adiacente sul piano culturale ed esperienziale.

Ovviamente, anche le mie effettive capacità etnografiche (create dal *background* formativo e dalle esperienze di ricerche qualitative pregresse) hanno limitato e orientato le mie scelte.

Inoltre, la decisione di localizzare molto la ricerca ha come moventi delle convinzioni scientifiche; a mio parere, infatti, in un panorama complesso, l'interpretazione antropologica è più efficace se restituisce un'immagine del "micro" che incorpora il

“macro”, perché ogni pezzo piccolo di società è oggetto degli stessi meccanismi macrosociali (tra cui appunto l'incorporazione).

In sintesi, ho evitato per necessità e per scelta metodologica una ricognizione a “largo spettro” sulla concezione del corpo presso “tutti” gli operai giavanesi, sui processi di incorporazione biologica delle dinamiche socio-economiche e in generale sul sistema terapeutico-sanitario attivo a Giava. È chiaro che questi temi (indispensabili ad un'etnografia sulla salute-malattia) verranno trattati, ma saranno sempre circoscritti ai gruppi specifici esaminati e nettamente “localizzati” nei sistemi esperienziali di questi stessi gruppi.

Abitare sul campo

A questo punto, per completare il discorso sul metodo, occorre adottare una visione retrospettiva della ricerca che includa – oltre alla fase prima della partenza – anche quella della residenza a Giava. La definizione del metodo, infatti, così come le questioni abitative e linguistiche, prendono corpo prima della partenza, ma si sviluppano in pieno solo durante l'attività etnografica sul terreno.

Per prima cosa l'asse geografico dello spazio. Il campo principale di ricerca su cui opero si trova a Tangerang (provincia di Banten), mentre i campi secondari – comprese le sedi degli informatori istituzionali (sindacati e centri legali) – sono sparpagliate nella zona Jabotabek. Con questo termine, ci si riferisce ad una *greater Jakarta* da 26 milioni di abitanti che comprende il territorio di DKI Jakarta (la capitale indonesiana

vera e propria) e parti delle province di Banten e Jawa Barat. Per convenienza logistica, durante i miei cinque mesi sul campo, ho scelto di basarmi (abitativamente) in un quartiere residenziale-studentesco di Jakarta (area di Selemba) che si trova al centro del sistema di trasporti che collegano la capitale con le periferie e le aree industriali di Jabotabek. Questo significa che gli spostamenti da casa ai campi richiedevano circa un'ora di viaggio con autobus extra urbani o treni locali.

Per “partecipare” più da vicino alle esperienze dei miei informatori e per poter organizzare delle interviste etnografiche più prolungate e continuative, ho però scelto di abitare periodicamente nelle case degli operai. In questa condizione di convivenza, ho vissuto i momenti più ricchi sul piano antropologico e relazionale. Il contatto diretto e abitativo prevede infatti la condivisione degli stessi spazi per il pernottamento, la ricerca di cibo presso i venditori ambulanti, il consumo dei pasti in comune e la condivisione dei momenti “liberi” (spesi in chiacchiere o davanti alla televisione). Questi eventi, apparentemente “extra-etnografici”, hanno in realtà svelato una serie di configurazioni culturali che avranno un ruolo decisivo nelle mie considerazioni antropologiche.

La stagione molto piovosa che coincide con il mio lavoro a Giava è stata, inoltre, una preziosa alleata; temporali pomeridiani e frequenti allagamenti delle strade sono infatti forze pragmatiche che facilitano molto le attività in casa. Abbiamo fatto (i miei informatori ed io) la maggior parte dell'etnografia seduti sulla stuoia della “stanza grande”, attorno ad un sacchetto di arachidi o di *gorengan*, con la porta sempre aperta per rinfrescare l'aria e per permettere a qualche collega o a qualche familiare di affacciarsi e di partecipare alla

discussione.

“Abitare sul campo” significa indagare quel sistema intersoggettivo che circonda più da vicino (e nell'immediato della quotidianità vissuta) gli informatori e in cui si consumano le esperienze di malattia; la via dei venditori di cibo, il mercato improvvisato che viene allestito all'uscita della fabbrica, l'ambulatorio del guaritore tradizionale, la “sede” (spesso una specie di casa con residenti fissi) di un sindacato sono le prime arene microsociale in cui i soggetti recitano la propria “versione” dei fatti di salute.

Ho quindi viaggiato *verso* i campi d'indagine e allo stesso tempo ho abitato *nei* campi stessi. In termini di tempo, ho scelto di stabilirmi nella case dei miei informatori per dei periodi di un massimo di cinque giorni per non gravare troppo sulla loro economia domestica.

L'inclusione dentro ad un micro-gruppo di lavoratori è anche un evento di incorporazione di un elemento alieno e perturbatore dentro ad un sistema sociale strutturato. È ovvio che la mia presenza e la necessità di allestire dei colloqui etnografici (secondo un determinato *setting*) non sono eventi neutri. In altri termini, parlare di malattia e trasformare l'esperienza del disagio in discorso sul disagio¹⁴, sono eventi culturali fortemente influenzati dal contesto in cui avvengono. Nel caso della mia etnografia, i colloqui sono sempre avvenuti insieme ad una collaboratrice indonesiana (Suratni) che lavora

¹⁴ Come ho già segnalato, è attivo anche il meccanismo opposto in cui parlare del disagio modifica l'andamento dell'esperienza di malattia e crea una nuovo sistema di significati.

presso uno dei sindacati a cui mi sono appoggiato. Le sue attività di ricerca socio-legale e di organizzazione delle attività sindacali l'hanno resa molto specializzata in questo ambito; sfruttando la sua lista di contatti e la sua conoscenza del territorio, ho potuto concretamente attivare la mia etnografia. Più nello specifico, Suratni riusciva a coniugare il suo lavoro presso il sindacato e il ruolo di mia interprete e collaboratrice. I nostri tempi e spazi, oltretutto, coincidevano perfettamente e questo ci ha permesso di svolgere insieme l'attività sul campo, compresa la residenza periodica presso le case degli operai.

La presenza e la stretta collaborazione con Suratni ha anche sbloccato le difficoltà di tipo linguistico. Sul terreno di ricerca si parla indonesiano. Il *bahasa indonesia* – letteralmente la “lingua dell'Indonesia” – è un sistema linguistico “giovane” creato negli anni Venti del secolo scorso dai nazionalisti di Soekarno come strumento per dare omogeneità linguistica ad un arcipelago culturalmente frammentato. Deriva dal malese classico, non è tonale, utilizza i caratteri latini e ha sintassi e grammatica lineari e semplificate¹⁵. Attualmente, è la lingua nazionale dell'Indonesia ma per gli oltre 200 milioni di indonesiani è spesso una seconda lingua; esistono infatti più di 250 “dialetti” regionali (che nel caso del campo di ricerca sono

¹⁵ Storia, diffusione e caratteristiche del *bahasa indonesia* e delle altre lingue regionali sono trattati nei capitoli introduttivi dei due manuali di lingua che ho utilizzato:

Beck, M. L., 1996, *L'indonésien sans peine (La méthode Assimil)*,

Chennevières-sur-Marne, Assimil

Soravia, G., 2002, *Kursus Bahasa Indonesia: corso di lingua indonesiana per italiani*, Bologna, Università di Bologna - Dipartimento di Studi

Linguistici e Orientali

generalmente il Giavanese e il Sundanese). Il *bahasa indonesia* è però il veicolo più semplice nelle trattative commerciali, sul lavoro e in tutti gli ambienti, in modo particolare quelli urbani, in cui gli interlocutori provengono da regioni diverse dell'arcipelago. Questo significa che per i miei informatori la lingua di riferimento è, appunto, l'indonesiano.

Durante i cinque mesi a Giava, ho studiato l'indonesiano in modo continuativo e intensivo con un maestro madrelingua e da autodidatta. Questo mi ha permesso di raggiungere un livello elementare assolutamente sufficiente per i dialoghi di base e per formulare domande e comprendere buona parte delle risposte durante i colloqui etnografici. Non nascondo che il mio livello linguistico in alcuni casi non era adatto per capire le sfumature di un resoconto esperienziale; per garantire una maggiore precisione e qualità della raccolta dei dati, mi sono quindi rivolto a Suratni che è fluente in inglese e – naturalmente – in indonesiano. I dialoghi con gli interlocutori avvenivano quindi in indonesiano e di tanto in tanto fermavo le risposte per chiedere un chiarimento o la traduzione di uno specifico passaggio.

Nell'ambito delle mie fonti istituzionali, i ricercatori e i legali delle ONG giuslavoriste e dei sindacati hanno un ottimo livello di inglese. Tutti i colloqui (compresi quelli iniziali per la definizione dei lavori) sono quindi avvenuti in questa lingua.

Evidentemente, ci sono delle basi fondate del luogo comune secondo cui molti indonesiani hanno un forte pragmatismo e un grande senso imprenditoriale. In effetti le domande più popolari che mi venivano poste erano di questo tipo: “chi finanzia la tua ricerca?”, oppure “qualcuno pagherà i risultati

del tuo lavoro?». Sotto questo profilo, tutte le mie attività etnografiche (del prima, del durante e del dopo Jakarta) nascono da un progetto “indipendente” e autofinanziato; questo significa che non ho ricevuto sostegni monetari da parte di università o altre istituzioni e che i metodi antropologici adottati e i risultati finali sono completamente liberi da eventuali linee guida prodotte dai sindacati e dalle ONG giuslavoriste. Il mio margine di autonomia (salvo, naturalmente, una serie di limiti logistici e linguistici) è sempre stato molto alto sul piano antropologico-etnografico e non ho mai sentito la pressione o la presenza ingombrante di nessuno (compresa quella della mia collaboratrice). Con i ricercatori e i legali delle ONG e dei sindacati si è al contrario stabilito già nei primi giorni un rapporto di stima e uno scambio di risorse. Ci sono stati infatti una serie di incontri per confrontare i nostri diversi metodi di indagine e per incrociare i dati emersi dalla mia ricerca con le informazioni in loro possesso.

Inversamente, istituzioni, informatori e collaboratori con cui ho lavorato non hanno mai ricevuto compensi di nessun tipo da parte mia. Durante i miei soggiorni presso le case dei lavoratori, mi sono semplicemente limitato a provvedere all'acquisto dei pasti principali e degli *snack* da consumare durante i colloqui. Nel caso specifico di Suratni, invece, erano a mio carico solo le spese per gli spostamenti in autobus verso il campo principale e verso i campi secondari.

Un ultimo dato riguardo alla maturazione del mio progetto è relativo alla guida scientifica da parte del Relatore di questa tesi, a partire dalle primissime fasi fino al periodo della stesura dallo scritto. Del ruolo importante di Suratni, dei ricercatori, dei legali e del Relatore ho scritto più in dettaglio nel paragrafo

dedicato ai ringraziamenti.

L'etnografia a diversi livelli

Sciortino (1995), parlando del metodo utilizzato durante la ricognizione medico-antropologica nell'area centrale di Giava, afferma che

in the course of this study I have given a description of both the normative and the actual role of health center nurses in rural Central Java, from a multi-perspective. Descending from the international and the national levels to the subdistrict and the local level, I have shown how at these various organizational levels, different groups of actors and institutions have different explanations of what nurses ought to do (pag. 281).

Il contesto sociale e storico, così come la portata etnografica del lavoro di Sciortino sono senz'altro molto distanti dalla mia ricerca. Credo però che sul piano del metodo le proposte dell'antropologa siano molto attuali e possano essere integrate all'interno della mia attività etnografica. Devo premettere che ho letto questa monografia prima di iniziare la ricognizione presso i gruppi di lavoratori e presso i miei informatori istituzionali; una lettura utile, che mi ha permesso di ordinare mentalmente delle fonti etnografiche che percepivo come non conciliabili.

In Sciortino, il sistema medico è un'organizzazione formata da una serie di livelli interrelati in senso verticale, in modo che le opinioni e le pratiche (nel caso specifico quelle delle

infermiere) possono essere capiti solo in relazione alle idee e alle pratiche di altri attori o gruppi a diversi livelli. Questo meccanismo spiega inoltre la compresenza di interpretazioni molto diverse all'interno della stessa "burocrazia sanitaria", perché possono sempre verificarsi delle connessioni mancate (o mal funzionanti) tra i diversi livelli oppure la convergenza di interessi da parte di categorie sociali diverse. Sul piano delle connessioni orizzontali (quindi appartenenti allo stesso livello) è possibile analizzare le relazioni tra i settori "concorrenti"; per esempio la bassa qualità dei servizi pubblici spiega il successo del settore privato mentre la presenza di guaritori tradizionali spiega l'enfasi che le infermiere danno alle azioni tecniche della professione e la loro totale adesione alle pratiche biomediche.

In breve, pazienti e operatori sanitari non possono essere studiati separatamente e bisogna sempre considerare che le loro esperienze sono in qualche modo segnate dalle scelte a livello nazionale ed internazionale. Questo modo di vedere le arene della salute è, inoltre, perfettamente compatibile con la presenza delle forze macrosociali dell'incorporazione e della produzione di nuovo senso come conseguenza delle forze stesse.

Sciortino prosegue problematizzando il panorama. L'analisi a livelli multipli utilizzata dal ricercatore rischia infatti di suggerire un'immagine in cui le visioni ai vari livelli sono perfettamente integrate in uno stesso sistema. Sull'altro versante, la politica stessa ha la tendenza di creare la finzione di una totale coerenza della macchina sanitaria nascondendo i conflitti interni. Nel caso specifico, l'antropologa segnala che è invece presente un forte scollamento tra il livello sublocale e i livelli superiori, perché gli attori locali hanno sempre la capacità

di ritagliarsi uno spazio per deviare dalle regole della politica sanitaria.

Un altro rischio dell'antropologia a livelli multipli è creare un sistema fittizio in cui le decisioni della politica e le linee guida formali raggiungono sempre e necessariamente i *setting* locali. Una convinzione di questo tipo parte da assunti “a priori” e a mio parere nega le capacità “attive” degli attori sociali che possono sempre modificare il materiale culturale che arriva da un altro livello. Naturalmente, la produzione delle alternative deve essere analizzata anche alla luce degli interessi conflittuali interni allo stesso livello e tra livelli più lontani; Sciortino parla di “articolazione frammentata dove diverse configurazioni di attori si battono per ottenere i propri obiettivi”.

Tornando al mio contesto specifico, ho scelto di includere nell'etnografia dei dati qualitativi provenienti da diversi livelli organizzativi. Questo per “correggere” i limiti dell'osservazione partecipante, che per natura è circoscritta dentro ai confini del contesto specifico e allo stesso tempo perché sono convinto che non si possa spiegare il “micro” senza parlare del “macro”. Ho quindi intenzionalmente incorporato nella mia ricerca una serie di aspetti tecnico-normativi relativi al sistema sanitario e al mercato del lavoro, ma anche le dinamiche di produzione di senso messe in campo dalle organizzazioni sindacali.

C'è quindi un primo livello “alto”, nazionale e sovranazionale, responsabile delle politiche sanitarie, della loro implementazione e della creazione di regolamenti che disciplinano il lavoro e l'attività economica. Per indagare questo terreno, ho organizzato delle discussioni informali con avvocati e ricercatori di due ONG giuslavoriste che operano nel campo della protezione dei lavoratori. Questo tipo di

attività etnografica mi ha permesso di raccogliere informazioni preziose sulla situazione regolamentare e sulle scelte politiche dei diversi governi nazionali. Nello specifico, ho svolto un'attività di "lettura" delle fonti del diritto e dei conseguenti sviluppi socio-politici insieme a dei ricercatori in scienze giuridiche. Parallelamente, c'è stata una serie di incontri informali con operatori nel campo della tutela legale gratuita e della protezione dei lavoratori dagli incidenti professionali e dalle violenze sessuali subite nei luoghi di lavoro.

Un secondo livello – spostandosi verso il basso – è quello dei sindacati. È un ambito difficile da definire, ma con una portata culturale molto significativa. Il sistema sindacale si trova sopra al livello locale perché è responsabile dell'organizzazione di un gruppo strutturato che condivide una serie di obiettivi comuni. E allo stesso tempo crea un ordine fittizio che polarizza le tensioni e riduce il conflitto tra interpretazioni contrastanti.

La funzione dei sindacati in questa etnografia è doppia; per prima cosa attraverso queste istituzioni ho ottenuto l'accesso diretto ai lavoratori industriali che sono l'oggetto della mia osservazione partecipante. Inoltre, ho utilizzato i sindacati per analizzare in profondità questo livello organizzativo complesso e intermedio tra il locale e il nazionale. Per farlo, ho attivato un'etnografia parallela fatta di incontri informali con gli attivisti sindacali impegnati negli ultimi dieci anni nelle negoziazioni per ottenere la copertura assicurativa sanitaria da parte delle dirigenze aziendali.

Il livello dei lavoratori industriali è il nodo più locale. Rispetto all'esperienza di malattia, è il luogo in cui questa viene vissuta individualmente oppure in cui viene per la prima volta enunciata ad un gruppo ristretto di ascoltatori. In sintesi, su

questo terreno si consuma la quotidianità del lavoro, della famiglia e delle relazioni con amici e colleghi. Lo studio antropologico di questo ambito locale è basato sull'osservazione partecipante (garantita dalla residenza nella casa dei lavoratori) e da una serie di incontri formalizzati con il *setting* di un'intervista etnografica. In totale, sono in contatto con 22 lavoratori che sono stati intervistati almeno una volta; in cinque casi ho invece effettuato dei colloqui aggiuntivi per raccogliere i dati qualitativi più in profondità. L'intervista è strutturata in due parti complementari; la prima con domande strutturate e la seconda con domande aperte che vogliono sollecitare la narrazione dell'esperienza soggettiva di malattia. Lo schema utilizzato è indicativamente di questo tipo (all'ultimo punto ci sono le domande aperte utilizzate per gli informatori appartenenti al livello intermedio dei sindacati).

(a) domande semi-strutturate

- (1) caratteristiche personali
(età, educazione e *training* professionale, esperienze lavorative, carriera e posizione lavorativa, salario)
- (2) caratteristiche del gruppo in cui si risiede
(composizione della famiglia e numero di familiari a carico oppure caratteristiche del gruppo non familiare, entrate monetarie totali)

(b) domande aperte con un *focus* specifico sulle esperienze di malattia

- (1) esperienze personali di malattia
(invito a avviare una narrazione della propria esperienza)
- (2) descrizione dell'offerta sanitaria
(invito a parlare di quali possibilità terapeutiche sono concretamente a disposizione e di quelle che si sono scelte di utilizzare)
- (3) costo dei servizi terapeutici e delle assicurazioni sanitarie
(invito a parlare del costo delle terapie e delle assicurazioni in relazione alle proprie possibilità economiche)

(c) domande aperte riservate ai membri dei sindacati impegnati attivamente nelle negoziazioni per la copertura assicurativa sanitaria

- (1) motivazione personale a prendere parte alle azioni sindacali
- (2) descrizione della situazione lavorativa-sanitaria specifica dell'area su cui operano
(invito a avviare una narrazione sui problemi occupazionali e sanitari, sui bisogni espressi dai lavoratori che rappresentano e sul costo dei

servizi terapeutici e assicurativi)

- (3) descrizione delle negoziazioni pregresse e in atto
 (invito a parlare nello specifico dell'attività sindacale con un *focus* sulle negoziazioni per ottenere *benefit* in termini di copertura sanitaria)

Sul piano della gestione pratica, durante ogni colloquio prendevo appunti su un taccuino e in alcuni casi registravo la traccia audio-video dell'intervista. Ogni sera, o comunque nel più breve tempo possibile, trascrivevo sul computer i dati grezzi o le registrazioni, evitando di aggiungere note e considerazioni personali per non danneggiare il materiale etnografico. A distanza di qualche giorno, rileggendo le trascrizioni, ero invece in grado di annotare alcune considerazioni su quanto ascoltato e di avviare un'analisi antropologica dei dati.

Usare un metodo a livelli multipli, nel caso specifico della mia ricerca, significa individuare tre ambiti diversi e in continuo contatto: quello governativo (nazionale e locale) quello sindacale e quello locale dei lavoratori. In un secondo tempo (e sulla base di questa divisione) ho tentato di individuare i conflitti, le resistenze e le incorporazioni attive su ogni livello. Questo meccanismo può apparire un'operazione del tutto strumentale con il rischio (anche in questo caso) di produrre una finzione lontana dai meccanismi dell'esperienza. È ovvio che la divisione rigida in tre livelli, è nei fatti, molto meno meccanica e percettibile di come l'ho appena descritta; la presenza scomoda del sindacato ha senz'altro il ruolo utile di

dimostrarlo. Penso che il *focus* dovrebbe spostarsi dalle linee di confine tra livelli alle connessioni tra norme (politiche, regolamentari o sindacali) e pratiche dell'esperienza; con questo tipo di attenzione è possibile (nell'interpretazione di Sciortino, che condivido) ottenere la chiave per decodificare la complessità del panorama sociale.

Concludendo, l'antropologia a livello multiplo è uno strumento utile alla pratica etnografica e quindi all'azione descrittiva; trasformare questo modello in configurazione operativa della società è, invece, un'azione molto rischiosa. In altri termini, organizzare il materiale raccolto in base a tre livelli socio-culturali distinti facilita il lavoro di ricerca e di interpretazione. La divisione che ho adottato è però esclusivamente funzione del lavoro etnografico; i fatti dimostrano infatti quanto le forze macrosociali (di resistenza e di incorporazione) prevalgano sulla distinzione tra livelli (per esempio nel caso sindacato-lavoratore e in quello governo-azienda).

Un'ultima nota di metodo riguarda invece l'uso dei nomi e dei termini stranieri in questo scritto. Per rispettare la riservatezza degli informatori con cui ho collaborato, nomi di persone, industrie e istituzioni sono volutamente omessi o sostituiti con nomi fittizi. Al contrario, i riferimenti geografici e le mappe dei luoghi di ricerca rispecchiano la realtà; per i toponimi utilizzo generalmente la forma indonesiana e più raramente quella inglese o italiana (nello specifico Java, inglese, Giava, italiano, e Jawa, indonesiano, com'è prevedibile, sono sinonimi). Infine, per garantire fluidità di lettura, ho ridotto al minimo la trascrizione di termini indonesiani all'interno del testo italiano.

Le questioni di laboratorio che precedono la partenza sono ora concluse ed è davvero il tempo di trasferirsi sul campo. Nelle pagine che seguono, scriverò dell'esperienza etnografica che ho vissuto nel periodo Dicembre 2009 – Aprile 2010 nell'area di Jabotabek.

Credo di dovermi scusare in anticipo per una forma scritta che risentirà delle difficoltà di un terreno accidentato e in cui ci saranno tutti i caratteri di illeggibilità del resoconto etnografico. Rimango dell'idea che fare antropologia sia (faticosamente) interpretare e quindi produrre una finzione descrittiva riferita ad una situazione circoscritta osservata sul terreno. Non ho quindi la presunzione che i miei informatori “si riconoscano” in questa interpretazione. E allo stesso tempo mi sento completamente libero rispetto ad una presunta utilità e spendibilità pratica dell'azione antropologica. La mia speranza (e il mio obiettivo) è di aver intravisto i meccanismi intersoggettivi effettivamente “in gioco” nelle arene complesse grazie ad una mente allenata all'analisi e alla sintesi.

Allo stesso tempo, spero di aver messo a profitto la “diretta” dell'incontro etnografico e la nostra compresenza (mia e degli interlocutori) sullo stesso terreno del contatto. Un terreno di contatto su cui si consuma l'incontro macrosociale tra modi diversi dell'esperienza e allo stesso tempo l'incontro “meta-antropologico” dell'io e dell'altro.

parte seconda

Raccontare, discutere, agire

5

Lo spazio e il tempo della città

Il campo su cui lavoro è un territorio urbano di migrazione d'arrivo fortemente industrializzato. Queste caratteristiche sono chiare appena si esce dal centro di Jakarta e ci si sposta in autobus o in treno verso le aree più periferiche. Se il centro della capitale è lo spazio della finanza, dei *trade centers* a trenta piani e dei palazzi del potere politico, attorno a quest'area (per un raggio di circa cinquanta chilometri) sono le industrie e l'attività industriale ad essere in gioco. Sulla via che attraversa Tangerang – per esempio – è un continuo susseguirsi di passi carrai con le insegne dei principali *brand* nazionali: *noodles* istantanei, birra, bibite, biscotti, ma anche scarpe sportive, pneumatici e oggetti in metallo. Compagnie diverse (ma che occupano territorialmente gli stessi spazi) producono invece per l'esportazione verso l'Europa e il nord America, in modo particolare prodotti tessili, calzature e abbigliamento intimo. Una presenza industriale massiccia che si sente all'olfatto (l'inquinamento dell'aria e delle acque del canale parallelo alla strada è elevatissimo) e che si percepisce invadente e molto disordinata a causa delle scelte urbanistiche spesso non troppo felici. Tangerang è un buon esempio di territorio in cui si combinano gli edifici produttivi veri e propri, le zone residenziali degli operai e una serie di commerci e micro-commerci ad uso degli abitanti. Oltre la linea di fabbriche, attraversando il canale e spostandosi verso l'interno, è infatti

possibile raggiungere i *kampung* (i quartieri popolari) in cui vivono i miei interlocutori. Il *kampung* è un'unità abitativa medio-piccola formata da case unifamiliari in cui abitano 5-10 persone. Rispetto alla *front line* di edifici industriali, le aree residenziali sono in genere molto arretrate in un territorio vagamente rurale e verde. Accanto alle case, o nei lotti di terra ancora non costruiti, si improvvisano spesso piccoli frutteti, pollai, giardini e orti; tutto questo in un quadro complessivo ad altissima pressione demografica.

L'unità territoriale del *kampung* ha anche ottenuto un riconoscimento formale (legge 72 del 2005) che lo definisce come l'aggregato di una comunità locale autorizzato ad amministrare e gestire gli interessi dei cittadini, nel rispetto delle specificità e delle “tradizioni” del gruppo. È chiaro che questa definizione molto ampia segnala che il quartiere non ha solo un ruolo di suddivisione dello spazio, ma interviene attivamente nel gioco politico e amministrativo. L'ordinamento centrale della Repubblica ingloba, infatti, una serie di diritti acquisiti (consuetudinari); un'operazione con buone potenzialità (in termini di rispetto delle indipendenze), ma che nei fatti spesso convalida e in alcuni casi amplifica un sistema di forze clientelari. Durante i mesi della mia ricerca, ho letto sui maggiori quotidiani nazionali di casi in cui singoli cittadini benestanti o gruppi di persone riescono a “comprare” una serie di benefici nell'ambito del governo locale. Questa situazione è particolarmente evidente nel settore della sanità pubblica perché è il funzionario pubblico locale (una specie di “capo *kampung*”) a determinare quali cittadini possono beneficiare di

prestazioni mediche gratuite¹⁶. Parallelamente, per le dirigenze aziendali, è relativamente facile (e “economico”) corrompere le amministrazioni locali per evitare di essere sanzionati nel caso di non osservanza delle regole.

La questione del *kampung* è parte di un discorso più ampio che riguarda la tendenza degli ultimi dieci anni a decentralizzare il potere politico-amministrativo, affidando dei pezzi importanti di responsabilità ai livelli locali dell'amministrazione. Questo processo può essere anche incrociato con l'asse della salute perché, come anticipavo, la decisione finale di concedere o meno l'assistenza sanitaria gratuita (una delle forme di *welfare* indonesiano) spetta a delle figure sociali intermedie che occupano proprio il livello del *kampung*.

I confini del quartiere sono un territorio dentro cui i miei interlocutori risolvono le questioni più quotidiane dell'approvvigionamento di cibo e di beni di base; sono infatti numerosi i venditori di pietanze pronte (in genere delle mogli che vendono il surplus della loro cucina) e i chioschi di bevande liofilizzate, di latte condensato e di *noodles* in busta. Nei negozi ricavati da una stanza inutilizzata di casa o in quelli più formali sono anche in vendita prodotti per la cura della persona e una rosa limitata di “farmaci” di base e di largo consumo (in genere degli antidolorifici biochimici, degli oli essenziali per massaggi e poco altro). Lo spazio geografico del *kampung* può non rispecchiare i criteri con cui il territorio è stato diviso per la collocazione delle strutture sanitarie pubbliche o private. La distanza dalla farmacia, dall'ostetrica o dalla clinica locale più vicina è per questo motivo molto

¹⁶ Riprenderò il discorso sul sistema sanitario nel capitolo 9.

variabile e non è possibile tentare delle generalizzazioni. In breve, tre insiemi di beni sono senz'altro disponibili entro una distanza percorribile a piedi: il cibo, gli “antidolorifici” (bio e non-bio) e i prodotti per la cura della persona. Al contrario, l'offerta più specializzata di beni e servizi (come i farmaci più “specifici” e i centri terapeutici) potrebbe essere sparpagliata sul territorio e comunque al di fuori dei confini del villaggio. Lo spazio locale è in conclusione occupato da numerose proposte commerciali che coprono in modo soddisfacente le necessità di base e una serie di bisogni collaterali ma ugualmente molto richiesti, come i telefoni cellulari (e le carte di credito telefonico), quelli per la casa e per l'infanzia. Per tutti gli altri prodotti, i miei informatori potrebbero aver bisogno di viaggiare verso altre aree.

Un discorso separato è invece quello della distribuzione dell'acqua potabile, dato che il consumo dell'acqua “del rubinetto” è molto sconsigliato. La cronaca e i resoconti delle agenzie di sanità pubblica nazionali e internazionali riportano spesso i casi (specialmente nelle zone più “popolari”) di intossicazioni o più in genere di malattie anche gravi causate da un consumo poco attento di acque non pure. I canali dell'area di Jakarta, a cui in mancanza di alternative si attinge per cucinare e per lavarsi, hanno tassi di inquinamento preoccupanti e le analisi hanno più volte rilevato una forte concentrazione di metalli pesanti. Anche la rete idrica canalizzata utilizza spesso delle fonti poco controllate o in alcuni casi l'acqua dei canali stessi, blandamente depurata.

Attraverso l'osservazione partecipante ho rilevato che nelle case di tutti i miei interlocutori è attivo un servizio di acqua corrente intubata (ma comunque non potabile) e che in nessun

caso si utilizzano, per uso alimentare e per lavarsi, acque provenienti dai canali. Nei quartieri più “popolari”, abitati – utilizzando un'approssimazione sociologica – da classi di lavoratori occasionali non salariati o da inoccupati, il panorama sembra essere molto diverso. La cattiva alimentazione (cibo di scarsa qualità con proprietà nutrizionali inadeguate e acqua non potabile) è infatti considerata da più parti una delle cause portanti dell'emergenza sanitaria degli *slums* di Jakarta. Su questo tipo di terreno non ho però nessuna esperienza etnografica e mi limito quindi ad un rapido accenno che traggo dalla pubblicistica e dalle discussioni informali con i ricercatori delle ONG).

Occorre ora tornare sul campo per concludere il discorso sull'acqua. Presso i soggetti su cui ho fatto ricerca, esistono due modi per “dissetarsi”: il consumo di “acqua bianca” (*air putih*) calda o fredda senza l'aggiunta di infusi, contrapposto a quello di acqua “lavorata” per infusione o utilizzata come base per succhi di frutta. Relativamente al consumo di quest'ultima categoria, il primato spetta senz'altro al caffè (preparato alla maniera giavanese come infuso) e al tè; i più costosi succhi di frutta e frullati sono invece riservati alle occasioni speciali o ai bambini. L'asse della “purezza”¹⁷ delle bevande (e in modo specifico quello del consumo regolare dell'acqua bianca) ha un ruolo molto importante nelle visioni (prodotte dai miei informatori e – come dirò oltre – da un guaritore tradizionale)

¹⁷ In base all'osservazione, l'idea locale di “purezza” è collegata alla buona qualità dell'acqua. L'acqua confezionata in bottiglia o nelle taniche è senz'altro pura. Al contrario, altri tipi di acqua, per esempio quella utilizzata per cucinare oppure quella per produrre i blocchi di ghiaccio, occupano il polo opposto di non-purezza.

di benessere e di “salvezza” individuale rispetto ad un mondo esterno percepito come sporco e inquinato. Bere delle sostanze di buona qualità avrebbe, all'interno di questa concezione, il ruolo di purificare e quindi di curare una serie di mali. L'equazione secondo cui “ci si cura bevendo” non è per niente estranea al panorama culturale locale; non è un caso che il più utilizzato e conosciuto rimedio tradizionale indonesiano (il *jamu*) sia una bevanda (un qualcosa che, appunto, si beve) a base di sostanze vegetali e in alcuni casi di sintesi. È sorseggiando questo liquido denso che le operaie (ma anche molti professionisti del centro di Jakarta) iniziano le loro giornate lavorative convinti che questo tonico per il corpo dia loro le forze e l'equilibrio necessari a sopportare la fatica.

In termini più pragmatici, nelle case in cui ho abitato l'acqua potabile, che si consuma pura (e quindi “bianca”) oppure associata ad altri prodotti, arriva confezionata dentro a delle taniche da oltre 20 litri. Acquistare le taniche è molto semplice perché sono capillarmente distribuite sul territorio; l'acquisto rappresenta però una spesa significativa, che occorre ripetere con una grande frequenza specie in una casa con molti abitanti. Una serie di altri servizi completano l'ambiente del quartiere. In un raggio di poche centinaia di metri dalle case che ho frequentato è sempre presente almeno una “stanza di preghiera” musulmana (una struttura con funzioni simili a quelle di una moschea, ma più piccola e subordinata ad essa) e una scuola “primaria” per bambini fino ai 10-12 anni. I luoghi di culto delle altre religioni praticate (in modo particolare quella protestante) e le scuole di grado più alto sono al contrario disseminati in tutta l'area di Jabotabek e per raggiungerli è necessario muoversi sul territorio. La “piccola moschea”

(oppure quella vera e propria) è un centro di preghiera ed è allo stesso tempo la sede di una serie di attività collaterali come la raccolta di denaro da destinare all'assistenza dei fedeli in difficoltà economica e l'aiuto spirituale rivolto ai malati.

Dare una collocazione spaziale agli interlocutori significa indagare il sistema di scambi che contribuiscono alla creazione del mondo quotidiano materiale. Queste configurazioni non vanno descritte solo per la necessità etnografica di inquadrare il campo su cui insiste la ricognizione; gli eventi e le necessità concrete sono infatti delle forze con un effetto molto significativo sulle scelte dei soggetti. Le stesse forze hanno anche – come ho registrato ascoltando le narrazioni degli interlocutori – la capacità di indirizzare l'esperienza di malattia. La distanza da un centro medico e le concrete capacità di spostamento sul territorio sono infatti dei fattori determinanti, specialmente quando un soggetto deve risolvere rapidamente l'emergenza di una malattia.

Nell'etnografia, ho dato molto peso agli aspetti più pratici della vita dei miei interlocutori. Questa scelta è avvenuta sulla base di due motivi. Per prima cosa, la mia presenza fisica nelle case dei lavoratori mi ha avvicinato molto alla quotidianità del *kampung*. Inoltre ho tentato di individuare quali fossero gli elementi “in gioco” (e quindi più significativi) nelle esperienze degli interlocutori senza partire da considerazioni “a priori”. Tutto questo con il limite (e la consapevolezza) di essere sempre e comunque un elemento esterno al gruppo e quindi di modificare la struttura e le configurazioni in atto.

“Cosa mangiamo stasera?”, “come raggiungiamo la casa di Kosnan?”, “come sistemiamo le stuoie della notte?” sono solo

alcune delle domande che formano una rete molto densa di esperienze. Una rete che (per ora) descrivo in un momento in cui non è ancora modificata dagli eventi di malattia. In altri termini, questo è il grado di “normalità” sul quale prendono forma tutti gli eventi che seguono l'avvio di un disturbo. L'asse più quotidiano dell'esperienza ha quindi il ruolo di contesto (o di sfondo) attivo su cui i giocatori mettono in campo la performance della sofferenza e l'esternazione delle proprie richieste.

Dentro e fuori al *kampung*

Per svolgere alcune attività, gli interlocutori non possono fare a meno di viaggiare oltre al livello del quartiere. Spostarsi sul territorio e tra territori diversi di Jabotabek è però un'azione complicata; anche chi possiede una moto (oppure la usa in condivisione con familiari o amici) ha difficoltà a viaggiare, per due ordini di motivi. Per prima cosa, il traffico è troppo sostenuto rispetto a delle infrastrutture spesso inadeguate; nelle ore di punta, come il momento di apertura e di chiusura di una fabbrica, le (poche) strade che collegano il posto di lavoro e le abitazioni sono completamente intasate. La stagione umida (tra Dicembre e Marzo) complica ulteriormente la situazione perché al traffico si aggiungono le esondazioni dei canali e gli allagamenti da troppa pioggia.

I miei interlocutori hanno a disposizione una moto¹⁸ (su cui

¹⁸ In genere sono dei ciclomotori di media cilindrata che – se acquistati usati – costano tra 5 e 10.000.000 rupie. Il salario medio di un operaio è, invece, di circa 1.000.000 rupie mensili. D'ora in avanti, indicherò le

possono viaggiare fino a due adulti e un bambino) oppure, più frequentemente, utilizzano i mezzi collettivi. A parte i *Mitsubishi Colt* (un furgone convertito in piccolo autobus) l'offerta del trasporto collettivo comprende un altissimo numero di alternative che si specializzano in base alla tratta percorsa, al livello di comfort e al numero di passeggeri (sempre sovrastimato) che riescono a trasportare. Il settore del trasporto è nella consuetudine totalmente liberalizzato e affidato all'intraprendenza dei privati; sono infatti moltissime le compagnie che si fanno concorrenza e apparentemente non ci sono limiti all'utilizzo della strada. Questo significa una qualità del servizio molto alta in termini di frequenza delle corse e di orari di esercizio.

Combinando servizi e mezzi diversi, i passeggeri possono potenzialmente raggiungere qualunque destinazione (comprese le aree centrali di Jakarta e i grandi ospedali); viaggiare è però un'attività costosa non tanto per il prezzo unitario di un singolo spostamento quanto per il peso complessivo di tutti i viaggi sul budget mensile¹⁹. In altri termini, utilizzare quotidianamente un *Colt* o un altro mezzo per raggiungere la fabbrica (o la scuola) sarà una spesa significativa rispetto ad un bilancio individuale-familiare che in genere non permette molti extra. Anche gli spostamenti occasionali a lunga distanza

rupie (la valuta utilizzata in Indonesia) con l'abbreviazione “rp”. A fine 2009, 1 Euro equivale a circa 12.000 rupie.

¹⁹ Più concretamente, a inizio 2010, un viaggio singolo per un tragitto di mezz'ora costa tra 3.000 e 8.000 rp a seconda del tipo di mezzo. Gli spostamenti più brevi, come quelli da casa all'incrocio con la strada principale dove passano i *Colt*, non costano mai meno di 2.000 rp anche se il mezzo di trasporto è una bicicletta o una moto con autista.

necessari a raggiungere un centro terapeutico (come un ospedale specializzato) possono spostare di parecchio l'equilibrio economico. La questione del costo è quindi la seconda ragione che rende gli spostamenti sconvenienti da praticare; per questo motivo, la soluzione abitativa più ricercata è quella che avvicina di più i lavoratori alla propria fabbrica.

Il meccanismo di migrazione di arrivo su un territorio abitato da gruppi residenti sul posto da parecchie generazioni crea un sistema abitativo e organizzativo molto composito. A complicare il quadro c'è anche il dato relativo ad una diversa portata delle immigrazioni interne; ci sono infatti spostamenti regionali dalla parte occidentale di Giava verso la capitale con distanze percorribili in 2-3 ore di strada, mentre un altro gruppo di immigrati proviene da province più distanti oppure da altre isole dell'arcipelago.

I singoli interlocutori sono inoltre inseriti in configurazioni sociali molto diverse; lavoratori *single* che affittano un posto letto in una casa collettiva, uomini e donne sposati con figli a carico, oppure giovani operai che vivono ancora in famiglia.

Tentando una generalizzazione, è molto probabile che gli "immigrati regionali" senza famiglia al seguito siano dei pendolari che si spostano verso Jabotabek durante la settimana lavorativa e tornano (in moto o con i mezzi collettivi) nei loro villaggi d'origine nei giorni di riposo oppure, (più spesso) solo una volta al mese. Negli altri casi, gli informatori risiedono nell'area in modo del tutto o quasi del tutto continuativo.

La presenza di immigrati e di *single* crea una situazione in cui le case presenti sul territorio non coincidono necessariamente con un nucleo familiare. Sono infatti frequenti le soluzioni di

coabitazione di lavoratori in cui un gruppo di uomini o di donne affitta una o più stanze in una casa collettiva, condividendo con gli altri inquilini l'uso del bagno e della cucina. In uno spazio molto popolato, l'unità di misura di cui si tiene maggior conto non è tanto la casa o la stanza, quanto il posto letto; sia che si viva in affitto o in un edificio di proprietà, si tenta sempre di massimizzare l'uso di ogni superficie utile a stendere una stuoia per passare la notte.

In estrema sintesi, il sistema sociale dei quartieri visitati è estremamente fluido, perché associa delle strutture abitative molto variabili (la camera in affitto, la casa di proprietà e, come dirò più avanti, la “casa sindacale”), un uso del quartiere contrastante (residenza fissa o a tempi alterni) e più in generale la compresenza di configurazioni sociali molto diverse.

I dati di fluidità dei modi di aggregazione sociale sotto lo stesso tetto e all'interno dello stesso quartiere confermano la complessità del terreno e – nella pratica – complicano l'attività etnografica. Le fonti primarie del mio lavoro (cioè gli oggetti dell'osservazione) sono individui che quasi sempre mescolano il piano individuale e quello familiare o collettivo. La fluidità tra piani e settori diversi (per esempio tra quello familiare e quello dei colleghi di lavoro) che si osserva sullo spazio si trasferisce molto spesso anche nelle narrazioni di malattia che registro. Tutte le domande aperte con cui voglio stimolare un racconto esperienziale suscitano sempre risposte con un raggio che non si limita al narratore, ma che si estende molto oltre, al livello familiare oppure a quello del gruppo ristretto. Anche di fronte a disturbi biologici che colpiscono il singolo interlocutore, il resoconto circa l'avvio, il decorso e la cura di una patologia includono sempre una lunga serie di attori secondari che

svolgono ruoli attivi e determinanti.

Tra le mie proposte d'indagine prima di raggiungere il campo, c'era quella di dividere in modo netto il blocco delle narrazioni individuali (l'interlocutore che parla della propria malattia) dal blocco di racconti di portata collettiva (l'interlocutore che riferisce dell'esperienza di un familiare o di un conoscente). Alla prova dei fatti, questo meccanismo di suddivisione del materiale etnografico è stato molto poco praticabile; in generale, tutte le risposte partivano dalla sofferenza individuale (una patologia vera e propria o comunque le esperienze pregresse di contatto con figure terapeutiche) per passare molto rapidamente ai “mali del gruppo”. Vale a dire quei che riguardano un familiare o un conoscente, ma che sono perfettamente conosciuti dagli altri componenti del gruppo. A parte la “conoscenza” di una storia di malattia che riguarda qualcun altro, molto spesso i miei interlocutori hanno un ruolo attivo in queste esperienze; per esempio, sono i genitori del malato e quindi hanno la responsabilità di accompagnarlo alle varie terapie.

Tornando a questioni legate allo spazio fisico delle case e dei quartieri, c'è anche il dato del *setting* specifico dei colloqui con gli interlocutori. Nella maggior parte dei casi, l'interlocutore ed io non siamo soli, ma ci troviamo in mezzo ad un gruppo di persone che conoscono i fatti di cui si parla. La convivenza su un territorio poco esteso (oppure la frequentazione degli stessi ambienti, come il sindacato o la fabbrica) rendono infatti gli informatori “membri” di un medesimo gruppo micro-sociale in cui le storie e i fatti circolano a grande velocità e sono noti a tutti i componenti.

Lo stato delle cose in questi termini ha una serie di vantaggi

etnografici e allo stesso tempo ha complicato la raccolta di dati qualitativi. Entrare a far parte di un gruppo che condivide un *background* di esperienze note a ogni membro rende più facile analizzare la portata sociale di malattia e sofferenza. La presenza di un corpus di racconti così metabolizzato e modificato dal gruppo ha, tuttavia, il rischio di allontanare molto la narrazione dell'evento. Il materiale che raccolgo ha lo svantaggio di non essere, in alcuni casi, "di prima mano", ma di essere una versione rimaneggiata di un'esperienza vissuta da un altro soggetto.

Oltretutto, i commenti dei "non-interpellati" che conoscono comunque i fatti sono molto frequenti e per questo motivo, ho scelto in alcuni casi di approfondire un argomento con il *setting* di un colloquio individuale. Attraverso questo metodo, ho tentato di prendere atto della complessità e successivamente di descriverla.

Occorre ora fare una precisazione e elencare i limiti e i rischi di un uso troppo strumentale dell'unità micro-sociale del *kampung*. La dimensione del quartiere esiste sul piano formale della politica, su quello spaziale dell'organizzazione abitativa e su quello sociale dei rapporti intersoggettivi. Sarebbe però un errore sostenere che il *kampung* è una barriera per le esperienze degli informatori. Al contrario, ho da subito rilevato una fortissima permeabilità dei confini di questo spazio e un grande pragmatismo degli attori sociali sempre pronti a spostarsi verso altri territori.

Inoltre, per molti interlocutori, la dimensione sociale del *kampung* non è per niente esclusiva; gli immigrati, per esempio, appartengono contemporaneamente a arene diverse localizzate a Jabotabek e nel villaggio d'origine. Per questi soggetti, la

performance della malattia non implicherà solo narrare ai colleghi e ai vicini di casa la versione dei fatti, perché dovranno anche fare i conti con i propri compaesani.

Per prima cosa, mi allontanerò consapevolmente dal significato formale di *kampung*; con questo termine intenderò infatti non solo la dimensione politico-amministrativa di una porzione di territorio, ma più in generale la configurazione sociale di un aggregato più grande della famiglia ma più piccolo dell'intero corpo di colleghi o di “compagni” sindacali. Il circondario di case non sarà tanto lo spazio fisico delimitato da un confine, ma piuttosto l'arena sociale (per la precisione una delle arene compresenti) in cui i giocatori parleranno e agiranno rispetto alle esperienze di sofferenza.

Definire etnograficamente un'area e un raggio d'azione delle forze sociali è una delle finzioni interpretative molto rischiose. L'osservazione ha infatti dimostrato che è spesso presente un grande scarto tra le visioni o le pratiche dichiarate (da parte degli informatori) e gli eventi che “capitano realmente”. Più nello specifico, attribuire ad ogni pratica un solo “livello sociale” non regge alla prova dei fatti osservabili. Per esempio, la narrazione di malattia è un evento dinamico che si attiva in modalità diverse in almeno tre ambiti distinti e non necessariamente in contatto tra loro: quello della famiglia ristretta, quello dell'entourage del narratore (collegi e vicini di casa) e quello degli incontri con i sindacalisti. L'etnografia delle prossime pagine sarà concentrata sul piano che d'ora in avanti è indicato come *kampung*, perché su questo livello si è sviluppata la ricerca. In base all'osservazione e ad alcune incursioni nelle famiglie degli interlocutori e nei gruppi sindacali, tenterò anche di dare conto di alcuni ambiti paralleli.

Gli interlocutori sono ora collocati dentro ai confini provvisori e facilmente attraversabili di un'arena micro-sociale; insieme allo spazio ho anche dato un'immagine del tempo neutro e quotidiano che delimita le esperienze del “tempo normale”, fatto di lavoro e di riposo. Rispetto a questo *background* spazio-temporale, la malattia e più in generale la sofferenza rappresenteranno elementi di perturbazione.

6

Il “momento zero”

L'inizio di una malattia (propria e di un conoscente) e una visita da uno specialista o da un agopuntore sono eventi che gli informatori collocano con molta sicurezza sull'asse del tempo. Un dato comune alla maggior parte delle annotazioni che ho preso durante i colloqui è quello di una cronologia dei fatti di salute enunciata con grande sicurezza e rigore temporale, ma – come dirò nelle prossime pagine – ci sono delle eccezioni. Nella narrazione (il settore dell'etnografia con “domande aperte”), l'elenco di date abbinate ai fatti è spesso il punto di partenza che apre il discorso. Cambiano i protagonisti, i luoghi e gli eventi, ma la storia di malattia è sempre per prima cosa un dettagliato resoconto che parte dall'inizio dell'esperienza e si chiude con il fatto più recente (che non è necessariamente il ripristino della situazione di normalità).

Un secondo dato riguarda il “come”, il modo, cioè, in cui le narrazioni emergono e vengono enunciate. La presenza di un ricercatore sociale che vuole sapere i fatti di salute provoca in genere un po' di inquietudine nelle persone che verranno sottoposte ad un'intervista. A parte le considerazioni relative all'estraneità dell'etnografo, ci sono questioni legate alla natura molto “intima” e alla difficoltà a parlare di certi argomenti. In altri termini, durante il primissimo approccio tra ricercatore e informatori, ho sempre percepito un forte imbarazzo reciproco. Dalla parte dell'osservato, c'è senz'altro

l'impressione che non sarà possibile comunicare con una persona che non condivide la sua stessa visione delle cose. Allo stesso tempo, è probabile che gli interlocutori percepiscano un'aggressione all'intimità individuale, della coppia e più in generale del gruppo. Com'è prevedibile, parlare di sofferenza fisica è più difficile rispetto a discutere del proprio salario e del contratto di lavoro. Per i miei interlocutori non è la prima volta che discutono con un ricercatore straniero, ma il tema trattato negli incontri è una novità assoluta; mai nessuno ha infatti dimostrato interesse per il livello esperienziale della malattia.

Da parte mia ci sono invece tutte le inquietudini che accompagnano l'incontro con l'“altro” e il timore più specifico di alterare le narrazioni con la mia presenza (molto poco neutra).

Tornando sul livello degli informatori, una delle strategie per sbloccare la situazione di imbarazzo è stata quella di spiegare il mio interesse per il piano esperienziale del discorso sulla salute, con un'attenzione specifica sulle modalità quotidiane di gestione e di esternazione. Scoprire che ci si concentrerà sull'esperienza di sofferenza – cioè sulla parte vissuta in prima persona – è in genere un sollievo per gli informatori. Dopo aver fatto questa precisazione, infatti, si passa da una fase in cui gli interlocutori si “nascondono” pur di non dover intervenire per primi, a una specie di competizione a raccontare la propria storia. Messa sul piano esperienziale, la malattia è più comunicabile e, soprattutto, è un tipo di evento universale sul quale tutti hanno qualcosa da dire. Ho utilizzato il termine della competizione, perché in questo modo si configurano i diversi racconti che occupano la stanza in cui gli interlocutori ed io discutiamo; mi vengono infatti sempre proposte storie

più “gravi” o più drammatiche rispetto a quella che ho appena ascoltato. “La mia esperienza è ancora più significativa della sua”, è la frase con cui vengo spesso allettato e interrotto durante i colloqui.

I diversi racconti che occupano il campo non sono equivalenti nel meccanismo locale di attribuzione di senso; ogni singola esperienza ha un preciso valore in una scala gerarchica, dove i fatti più gravi sono quelli che modificano di più i valori normali della quotidianità. La perdita di un arto a causa di un incidente sul lavoro è per esempio più grave di una forma di diabete cronicizzata o di un dolore articolare ciclico. In effetti, solo il primo caso è responsabile di un radicale cambiamento della posizione lavorativa e più in generale della vita individuale. L'assegnazione di un valore è quindi molto legata al livello pragmatico (la continuità del proprio impiego lavorativo) e a quello esperienziale. Inizio e fine di un disturbo coincideranno, di conseguenza, con il momento di uscita e di reingresso nell'esperienza percepita come “normale”. Per i miei interlocutori, “normalità” significa avere uno stato di salute che permetta di essere dei “buoni operai” oppure significa soffrire di “malattie” che possono essere ignorate perché non pregiudicano l'attività lavorativa.

Riporto di seguito dei casi etnografici, concentrandomi sull'avvio del racconto, cioè su quel momento della cronologia della malattia che segna il passaggio dalla “vita di prima” alla convivenza con il disturbo.

Nello stato di emergenza

Jono (34 anni) è operaio a Tangerang presso un'industria di lavorazione dei metalli; a suo carico ha due figli e la moglie, che è inoccupata. La famiglia abita nelle vicinanze del luogo di lavoro dell'interlocutore. Il racconto che Jono mi riferisce riguarda uno dei due figli, che improvvisamente si ammala e “cade in uno stato di salute preoccupante e drammatico”. I genitori capiscono immediatamente la gravità della situazione (i sintomi visibili sono febbre altissima e in generale uno stato di forte sofferenza del bambino che non smette di piangere) e non hanno dubbi sulla necessità di portare al più presto il bambino da un medico. Il tempo della scelta terapeutica è in questo caso molto breve e – come dichiara l'informatore stesso – molto influenzato dalla fortissima preoccupazione. La decisione ricade quindi su un medico locale privato (e quindi a pagamento) che, appena visitato il bambino, conferma lo stato di salute precaria, formula una diagnosi di TBC e suggerisce il ricovero immediato in ospedale. I genitori seguono il suggerimento e trasferiscono d'urgenza il paziente in un ospedale provinciale, anche se sanno che non otterranno nessun rimborso per le spese sostenute. Per ora, interrompo la trascrizione del racconto per focalizzarmi sulla natura dello stato di emergenza che irrompe sulla scena familiare. Anticipo comunque che, dopo 3 notti di ricovero e 9 mesi di trattamento farmacologico, il bambino guarirà del tutto. Poco dopo, anche la mamma si ammala di TBC e segue un percorso terapeutico molto diverso (e più economico) rispetto a quello del figlio. Sull'asse dei costi, dallo scoppio dello stato di

emergenza alla completa guarigione, ricoveri e cure per il figlio di Jono costano in totale 8.000.000 rp²⁰.

L'arco temporale in cui si sviluppa la malattia del bambino inizia quindi con la notte della forte febbre e finisce con il ritorno allo spazio, al tempo e al ruolo sociale che egli occupava prima di cadere malato. In questo caso, la guarigione decretata dai medici dell'ospedale e quella percepita dal paziente (e dai suoi genitori) coincidono perfettamente. Jono non ha dubbi sul fatto che dopo quasi un anno di (costosa) terapia suo figlio non ha più la TBC e che lo stato di emergenza e di alterazione è perfettamente e definitivamente archiviato. Lo sviluppo della malattia della moglie è al contrario molto diverso. Il suo ammalarsi si colloca per prima cosa dentro un contesto già alterato dai problemi di salute del figlio e quindi la sua TBC irrompe con meno violenza sul quadro familiare. La malattia della mamma è – nelle parole di Jono – quasi un'appendice della malattia del figlio, un aggravamento che acuisce lo stato di emergenza e che però ha un ritmo temporale molto meno sostenuto. Più nello specifico, i tempi della TBC della moglie sono vaghi sia per quanto riguarda l'avvio, sia per quanto riguarda la guarigione. In questo caso, la terapia non sarà completamente biomedica; si sceglie di scartare il ricovero in ospedale e di abbinare al contrario prestazioni ambulatoriali (presso centri sanitari pubblici), assunzione di farmaci di sintesi e consumo di tonici tradizionali (tra cui le “palline energetiche di riso e piante” e il *jamu*²¹). Jono

²⁰ I miei interlocutori guadagnano mensilmente tra 8.000 e 1.200.000 rp, a seconda dell'industria presso cui lavorano e della posizione lavorativa occupata.

²¹ Il *jamu* è un medicinale “tradizionale” a base di sostanze vegetali e, in alcuni

ammette che la moglie non è ancora guarita e che quindi l'arco temporale dello stato di emergenza-malattia (a differenza di quel che è avvenuto con il figlio) non è ancora perfettamente chiuso.

Nella stessa narrazione sono quindi compresenti due diversi modelli di classificazione e trattamento della malattia. Il primo caso è più subitaneo, non lascia molto margine di dubbio sulla necessità di intervenire in tempi brevi e provoca delle scelte molto impegnative sul piano economico. Rispetto a quest'ultimo punto, Jono decide di avviare una terapia biomedica che sa di non potersi permettere (nei fatti, i costi totali saranno otto volte superiori rispetto al suo salario) e fa questa scelta in un momento in cui il suo datore di lavoro non ha ancora implementato una copertura assicurativa sanitaria per i lavoratori.

Questo significa che Jono decide consapevolmente di pagare molto per le prestazioni sanitarie del figlio e sa perfettamente che non otterrà mai nessun rimborso per le spese sostenute²².

Un ultimo punto riguarda invece l'equazione “emergenza-

casi, con l'aggiunta di prodotti di sintesi.

²² Ho introdotto dei dati rispetto ai quali non ho ancora parlato in dettaglio. Con “copertura assicurativa sanitaria” intendo una forma di gestione delle spese mediche che affianca il sistema di *welfare* gestito dal governo. In estrema sintesi, questo tipo di assicurazione privata permette al beneficiario di ottenere dei trattamenti presso una struttura sanitaria privata e di ricevere in un secondo tempo un rimborso totale o parziale delle spese sostenute. I datori di lavoro – in base ad una serie di norme – sono obbligati ad acquistare una polizza che copra i dipendenti e i loro familiari; l'effettiva implementazione dell'obbligo è però molto spesso ostacolata da una serie di fattori esterni. I dettagli sul meccanismo e sul panorama regolamentare complesso del “mercato” sanitario saranno comunque precisati oltre (capitolo 9).

biomedicina”. Nella vicenda che sto analizzando, i genitori del malato non hanno infatti dubbi che, in una situazione di pericolo di vita, soltanto la biomedicina (ospedaliera) sia capace di intervenire in modo rapido e risolutivo. È Jono stesso a dichiarare che anche per il figlio erano potenzialmente disponibili le risorse biomediche extra-ospedaliere e tradizionali cui verrà sottoposta la moglie. Ma la paura e la pressione del tempo – in una parola l'emergenza – orientano i genitori in modo univoco verso scelte molto radicali e costose.

Il tempo vago dei dolori articolari

Non sempre la sofferenza deriva da un evento subitaneo facile da segnare sul proprio calendario mentale. Ci sono infatti delle esperienze che fanno eccezione, perché non hanno come punto d'origine il tempo circoscritto dell'emergenza.

Encum (34 anni) soffre ma ci tiene a precisare che la sua sofferenza non le ha mai impedito di lavorare (presso una fabbrica tessile di Tangerang) e di fare la mamma di 3 ragazzi. Il suo disturbo consiste in forti dolori agli arti e alla schiena che iniziano in un punto molto impreciso della sua biografia. L'informatrice soffre “da sempre” di questo male o più precisamente da quando è impiegata come operaia. In effetti, l'ambito della malattia è molto confuso per quanto riguarda i dati temporali, ma Encum non ha dubbi sul tipo di cause che hanno portato alla sua condizione. In questo racconto specifico, il *focus* dell'interlocutrice si sposta molto dal piano cronologico ai fattori (materiali) che scatenerebbero i dolori alle braccia e il mal di schiena. La narrazione non si apre quindi

con un evento del calendario perché il “momento zero” di Encum è in modo più generico il suo primo giorno di lavoro come lavoratrice tessile. L'arco temporale è molto dilatato e ha una portata che comprende quasi tutta la sua biografia.

Tornando alla narrazione, le prime frasi pronunciate sono quelle relative ai dettagli sulla postazione di lavoro (il tavolo, la sedia, la macchina per cucire) e, più in generale, sui locali della fabbrica. Encum insiste quindi su un ordine di cause (l'edificio lavorativo troppo umido e la sua postura sbagliata al tavolo) che conducono lentamente ad una malattia inserita in un tempo molto vago.

Anche Kokon (35 anni) dichiara di soffrire di “generici” dolori. Nel suo racconto manca del tutto la dimensione temporale che segna l'avvio del disturbo. Kokon al contrario fornisce una descrizione molto dettagliata dei diversi momenti della sua terapia presso un ospedale prima e poi sotto la guida di un agopuntore.

L'informatrice (madre di 2 figli e operaia alla Sepatu da 15 anni) prosegue il racconto modificando l'oggetto e passando alle vicende che riguardano il secondo figlio. Il cambio di prospettiva – da quella individuale del dolore articolare a quella familiare – sarà una costante in molti colloqui. L'esperienza di malattia (in modo particolare se ad essere malato è un bambino) è un evento vissuto anche al livello del gruppo e di conseguenza, nel momento narrativo, c'è una forte sovrapposizione tra i diversi piani.

Il discorso formulato da Kokon è un esempio di come all'interno della stessa narrazione sia possibile gestire in modo separato i racconti di due malattie specifiche. Nel caso dei

“dolori propri”, Kokon non parla di “momento zero” del disturbo e si sposta in modo molto rapido verso i gradi successivi delle diverse terapie. Nel caso della malattia del figlio, la descrizione sarà invece radicalmente diversa; per prima cosa c'è un dato temporale molto preciso (due settimane dalla nascita) che indica il momento in cui al bambino sale la febbre e in cui si scatena il meccanismo di alterazione della normalità. Di nuovo la narrazione mette l'accento sulla condizione di emergenza e sulla necessità di sbloccare la situazione nel più breve tempo possibile. I genitori del malato fanno tre tentativi in breve successione: un primo (lungo) viaggio verso l'ospedale, dove viene somministrato un trattamento farmacologico, un secondo viaggio verso la stessa struttura, e infine la visita presso un agopuntore. Per ora, non è importante capire quale soluzione sia stata più risolutiva; quel che conta è invece il contesto dentro cui capitano gli eventi. Kokon prosegue dicendo che

dopo le due terapie nell'ospedale non c'è nessun miglioramento. Al contrario la febbre continua a salire e la situazione peggiora. L'ospedale è molto difficile da raggiungere e c'è una situazione di forte urgenza. Per questo motivo scegliamo di portare il bambino da un guaritore tradizionale, che abbina l'agopuntura e la terapia con delle foglie schiacciate. Il suo ambulatorio è molto vicino a casa.

La narrazione di Kokon dimostra che sia a livello operativo che a livello narrativo, le politiche della cura (e la narrazione degli eventi di malattia) sono differenziali a seconda del grado di emergenza. La donna sopporta, infatti, i propri dolori

articolari ricorrendo solo saltuariamente a dei terapeuti e dilatando molto i tempi della cura. Al contrario, la donna reagisce all'improvvisa febbre del figlio con grande determinazione e, in tempi rapidi, è in grado di selezionare quale sia la terapia più adatta considerando efficacia e concreta facilità di accesso.

Dal racconto dell'interlocutrice emergono, inoltre, due dati. Il primo è la precisione narrativa con cui Kokon descrive le varie fasi della sofferenza del figlio, dall'escalation della febbre fino alle visite all'ospedale e dall'agopuntore. Un secondo dato è invece quello della scelta – in uno stato di emergenza – di una terapia tradizionale e non (come è avvenuto con il figlio di Jono) di una cura presso una struttura ospedaliera.

Racconti di incidenti cronicizzati

Durante l'osservazione partecipante, ho registrato due narrazioni di incidenti sul lavoro; il primo (meno “grave”) è la conseguenza di una serie di esposizioni a dei liquidi tossici, mentre il secondo provoca la perdita di quattro dita ad una giovane lavoratrice.

Il momento in cui ascolto il racconto di questi fatti è molto lontano rispetto all'evento-incidente; sia Sugeng che Tora (i due interessati) hanno avuto il tempo di uscire dalla situazione di emergenza e il loro disturbo si è in parte cronicizzato. Sul piano strettamente narrativo, la vicenda dell'incidente in fabbrica e del successivo decorso sono temi su cui i miei interlocutori hanno discusso a più livelli. In breve, la gravità dell'evento di salute (e la sua forte visibilità) ha reso totalmente

pubblica l'esperienza e la pratica di narrazione della sofferenza. Per Sugeng e Tora, oltre al livello della famiglia e a quello del gruppo ristretto di colleghi e amici, la discussione dell'incidente è attiva anche in ambito aziendale, sindacale e – in modo più specifico – giudiziario.

I fatti che hanno fatto ammalare Sugeng sono avvenuti nel 2003. Nello stesso anno, il ragazzo perde il lavoro e successivamente avvia una causa contro la piccola industria tessile dove era impiegato. Attualmente Sugeng è ancora disoccupato e continua ad avere dei disturbi dermatologici causati da un periodo di lavoro in cui era a contatto con sostanze tossiche.

L'informatore parte dal proprio corpo senza il bisogno di commentare a parole (ha infatti i segni della sofferenza visibili sulla pelle); solo in un secondo momento inizia a parlare e a descrivere il tempo “dell'esposizione alle sostanze chimiche” e quello “della scoperta dei danni alla pelle di gambe e braccia”. Sugeng non vive un singolo incidente che causa uno specifico disturbo; al contrario, l'esposizione continuativa (che occupa cronologicamente uno spazio di qualche mese) alle tinture tossiche costruisce – giorno dopo giorno – la malattia dermatologica.

Per Tora il discorso è molto diverso. La sua biografia (e i suoi resoconti) sono segnati in modo violento nel momento in cui la sua mano viene gravemente ustionata da una macchina saldatrice. Il fatto capita in un'industria elettronica di Cikarang (sempre nell'area di Jakarta) che produce componenti per noti marche giapponesi. Poco dopo l'incidente, a Tora vengono amputate quattro dita della mano destra.

Nel momento del nostro incontro, l'intervistata indossa una protesi che le permette una serie di movimenti di base, ma non di reggere con forza gli oggetti; per questo non è più in grado di occupare posizioni come operaia industriale. A quasi un anno dall'incidente, Tora ha risolto le questioni dell'asse biologico; non prova infatti più dolore, le ferite si sono completamente cicatrizzate e le dita sono state sostituite da una protesi di plastica. Intervento e terapia biomedica (che sono sponsorizzati dall'industria elettronica), così come gli strumenti meccanici che permettono il recupero, sono riusciti a chiudere lo stato di emergenza e ad avviare una nuova fase, in cui la paziente convive con il disturbo nel modo più "conveniente" possibile. Nel caso di un'amputazione, è ovvio che la guarigione completa è un obiettivo impossibile da ottenere. In questo senso la protesi limita i danni e cronicizza il disturbo.

La storia di Tora non finisce però nel momento in cui le viene consegnata la protesi. Ci sono infatti almeno due altri ambiti che rimangono perturbati dall'incidente. Per primo quello relazionale e sociale, dato che l'intervistata dichiara di provare un profondissimo disagio ogni volta che esce di casa; le quattro dita artificiali (e il sistema per fissarle all'avambraccio) sono difficili da nascondere alla vista. Inoltre, rimane il fatto che la carriera professionale della ragazza è molto compromessa, perché difficilmente verrà di nuovo assunta come operaia (e con buona probabilità rimarrà disoccupata).

In breve, Tora soffre ancora. E la sua sofferenza quotidiana si conferma ogni volta che si scontra con gli ostacoli causati dalla protesi. L'aspetto più significativo è – per ora – quello legato ai dati più "pubblici" e narrativi di questo dolore. A partire dalla fase immediatamente successiva all'incidente, quella del "male

di Tora” è una storia ad altissima circolazione a causa della sua eccezionalità e perché ci sono in gioco una serie di compensazioni che la lavoratrice chiede alla dirigenza aziendale. Il racconto dei fatti, la cronologia dell'amputazione e della successiva terapia, i dettagli della vicenda giudiziaria sono elementi che l'intervistata ha da tempo organizzato in un discorso estremamente strutturato e tecnico²³. In altri termini, la narrazione è segnata in modo decisivo (oltre che dalla sofferenza che prova il narratore) anche da degli obiettivi molto precisi che rappresentano fattori non biologici inseriti nel percorso della guarigione. Devo ora precisare che la ragazza non è completamente sola nell'arena di forze in cui si trova; il ruolo di suo fratello e di una ONG di tutela legale gratuita hanno infatti un ruolo molto attivo nella produzione di significati e più pragmaticamente nell'organizzazione delle strategie. Tora (insieme al suo *entourage*) è molto sicura sul da farsi, perché ha ottenuto informazioni e saperi che le hanno permesso di dare sensi nuovi alla base biologica della sua sofferenza. Allo stesso tempo, la precisione e il “rigore giuridico” del suo racconto (che diventa in questo caso

²³ Prima di intervistare l'interlocutrice, ho assistito ad un suo incontro con i legali per preparare il processo. A Tora viene richiesto un resoconto dettagliato della sua vicenda: cronologia precisa dei fatti, natura e tempi delle terapie, compensi ricevuti dal datore di lavoro e così via. L'interlocutrice narra (in indonesiano che mi viene tradotto da uno dei volontari della ONG di aiuto legale presenti all'incontro) con sicurezza e con precisione la propria storia, rispettando un ordine perfettamente cronologico e fornendo tutti i dettagli, come tempi e costi delle varie cure. La donna ha anche con sé un fascicolo (che poi mi dice di aver scritto con l'aiuto della ONG) che contiene la descrizione dei fatti e una serie di fotografie della mano subito dopo l'incidente.

specifico una testimonianza e una rivendicazione) non sarebbero possibili senza l'influenza di una serie di fattori sociali esterni. Il resoconto dei fatti di salute entra dentro ad un contesto giuridico; la base biologica della sofferenza viene sottoposta a una forza macro-sociale che polarizza in modo nuovo i significati. Non è casuale che Tora focalizzi il racconto sul suo stato di disoccupazione e di esclusione forzata dal gruppo sociale; la narrazione (nella specifica fase in cui l'ho ascoltata) insiste cioè sull'unico ambito per il quale la ragazza non ha (ancora) ricevuto delle compensazioni monetarie da parte dell'industria.

Per ricapitolare

Fin'ora, mi sono concentrato sulle prime battute che costituiscono le narrazioni di malattia che ho raccolto. Come ho già detto, in queste produzioni culturali l'asse del tempo (cioè la collocazione degli eventi sul calendario) ha un ruolo importante e rappresenta una strategia largamente usata per ordinare i fatti. In altri termini, le esperienze vissute attraverso il corpo proprio o il corpo di una persona che occupa lo stesso gruppo sono organizzate in base ad una gerarchia cronologica molto precisa che inizia sempre da un “momento zero” e che prosegue con gli eventi collegati.

Il passaggio tra la “configurazione zero” e la configurazione “zero + 1” è il momento in cui nella biografia individuale e nella storia del gruppo ristretto viene inglobato il nuovo dato della malattia. Descrivere questa fase è uno strumento narrativo funzionale al dialogo a livello micro-sociale che rende

la “storia sulla malattia” più facile da narrare (o da ascoltare) e allo stesso tempo più credibile.

Per ora mi sono concentrato sulle prime righe delle trascrizioni etnografiche. Come dirò più avanti, il meccanismo della narrazione copre – con gradi di approfondimento diversi – tutto l'arco dell'esperienza di malattia e rimane attivo anche quando la situazione di salute iniziale è completamente ripristinata. La pratica del dialogo sulla sofferenza è inoltre una forza autonoma e extra-biologica in grado di variare i significati attribuiti alla malattia in corso e più nello specifico di polarizzare la percezione individuale della malattia stessa.

Narrare la malattia è solo l'inizio di un processo più ampio che ha l'obiettivo di ripristinare la situazione originaria²⁴. Per gli interlocutori è ora il momento di agire e, in altri termini, di compiere delle scelte, posizionandosi sul panorama terapeutico frammentato.

²⁴ Nell'area che ho osservato, la narrazione (e lo scambio di saperi) avviene tra membri dello stesso micro-gruppo, per esempio tra familiari o tra colleghi.

7

L'offerta terapeutica plurale: realtà o finzione

Devo ammettere di essere partito per Giava basandomi su un presupposto un po' schematico: “il panorama culturale complesso sottintende un'offerta sanitaria multiforme, in cui ogni terapia è potenzialmente accessibile a chiunque”. In altri termini, il paziente – per fronteggiare la propria sofferenza biologica – si trova davanti ad una rosa di possibilità e non ha che da scegliere quella più vantaggiosa ed efficace.

Il campo mi ha però dimostrato che eventi storici pregressi, situazioni pragmatiche e il (complesso) meccanismo culturale che indirizza le scelte terapeutiche complicano molto le configurazioni.

Avvio l'analisi partendo proprio dal terreno, indirizzando l'attenzione sull'offerta sanitaria così come si presenta agli occhi di un paziente e, nello specifico dell'etnografia, agli occhi di un lavoratore industriale dell'area di Jabotabek. Recupererò man mano i dati storici (dell'avvio della biomedicina nella regione) e quelli dei regolamenti che regolano le politiche sanitarie governative.

Gradi diversi di biomedicina pubblica

Un primissimo dato che attraversa l'intera etnografia riguarda il peso attribuito dai soggetti intervistati alla biomedicina. Saperi

e tecnica occidentali possono essere inseriti dentro percorsi terapeutici alternanti (cioè in cui si alternano tecniche di cura appartenenti a sistemi diversi), occupare da soli il campo della salute oppure rappresentare la cura a cui si ambisce ma che non ci si può permettere. In ogni caso, “biomedicina” è sempre sinonimo di efficacia presso tutti gli interlocutori e (aspetto non secondario) nelle visioni prodotte dai leader sindacali. La metafora del sinonimo non è casuale, perché anche nella lingua parlata la biomedicina occupa un polo molto potente a cui vengono attribuiti dei significati simbolici di efficacia e di fiducia. In indonesiano, per riferirsi all'ospedale, si dice *rumah sakit* (letteralmente la casa o l'edificio del dolore e della malattia); la parola *sakit* serve anche per esprimere una serie di eventi biologici del corpo che possono essere riassunti nella categoria molto ampia di “sofferenza”. *Saya sakit* significa infatti che “io soffro” in modo generico, che qualcosa “mi fa male”; poco importa se la causa del male sono dei dolori articolari, il mal di denti, l'influenza o un disagio a cui non riesco a dare un nome.

Non voglio in questo lavoro analizzare il piano linguistico collegato all'esperienza di malattia. Però mi è sempre parso che il vocabolario che si utilizza in Indonesia per parlare della “medicina di importazione” sia un indizio prezioso per capire una serie di configurazioni culturali. Se l'ospedale (in tutte le sue varianti locali, provinciali, private o altamente specializzate) è la “casa del dolore”, significa che a questa struttura si attribuisce il potere “eccezionale” di risolvere tutti i mali del corpo e anche quelli che la biomedicina colloca nella mente.

La diffusione capillare sul territorio della medicina occidentale si avvia in epoca coloniale (Boomgaard, 1993) e ha una forte

accelerazione nella seconda metà del '900. Con l'*Order Baru* di Suharto – oltre alle più prevedibili scelte sul piano economico e geopolitico – il governo indonesiano sceglie anche di implementare la biomedicina e di far convergere su questa tecnica tutti gli investimenti di *welfare*. Nell'arcipelago, non si attivano infatti politiche di finanziamento della medicina tradizionale o di istituzionalizzazione della figura dell'erbalista e della levatrice locale (così come è avvenuto negli anni '70 del secolo scorso in base alle linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità). In realtà, il governo indonesiano dell'epoca sottoscrive formalmente il piano sanitario suggerito dall'organismo sovranazionale, ma gli sforzi concreti di includere le pratiche alternative dentro al sistema sanitario nazionale sono nei fatti molto limitati. Ci sono solo due eccezioni: le pratiche delle levatrici tradizionali (*dukun bayi*) e la coltivazione di rimedi fitoterapici (*apotik hidup*); due ambiti a cui viene però riservata una potenza d'azione molto limitata. Nelle visioni governative e ministeriali, l'unico sistema in grado di risolvere una vasta serie di problemi sanitari è quello biomedico. Di qui, la scelta di diffondere capillarmente la tecnica e i saperi biomedici attraverso la creazione di micro-unità territoriali che nelle intenzioni devono avvicinarsi il più possibile ai cittadini.

Interrompo la descrizione del sistema sanitario pubblico per tornare ai dati etnografici. Sembra che ci sia una certa specularità tra le politiche governative e la visione locale relativa alla biomedicina; i due livelli sembrano infatti convergere sull'idea di efficacia e sulla conseguente necessità di rendere la biomedicina il più possibile accessibile a tutti i cittadini. In questi termini, si compone un quadro

apparentemente molto armonico e di totale *compliance* tra le varie parti in gioco.

I servizi biomedici implementati dal governo hanno una prima divisione tra il livello alto (che ha compiti più curativi e riabilitativi) e quello locale e “di distretto” (che invece si occupa della prevenzione e della promozione della salute). I centri sub-distrettuali svolgono nello specifico delle attività preventive, mentre le terapie sono limitate agli interventi ambulatoriali; i pazienti che soffrono di patologie più severe vengono di norma trasferiti verso strutture più specializzate (a livello regionale o provinciale).

Al livello locale, il governo colloca le *Pusat Kesehatan Masyarakat* (letteralmente, centro per la salute della comunità) ogni 30.000 abitanti in media. Queste strutture (comunemente chiamate *Puskemas*) dipendono per organizzazione e finanziamento dal Ministero della Salute e dal governo distrettuale; le prestazioni sanitarie – nonostante la struttura sia pubblica – prevedono il pagamento di una tariffa. Le *Puskemas* sono inserite in un sistema ramificato che collega i diversi livelli del sistema sanitario nazionale. Sempre nel sub-distretto sono presenti i *Pos Pelayanan Terpadu* (nuclei di servizi integrati, spesso indicati con l'abbreviazione *Posyandu*) specializzati nelle questioni di *family planning*, di salute riproduttiva per le madri e delle vaccinazioni dei neonati²⁵. Ogni settore del sistema ha quindi

²⁵ Questi centri hanno anche il compito di implementare “sul terreno” le politiche demografiche come il noto programma *dua anak cukup* (due figli sono sufficienti) che hanno portato ad una serie di risultati quantitativi molto convincenti. Le *Posyandu* dipendono (nell'organizzazione) da una *Puskemas* e sono gestite da delle ostetriche (*kader*) che hanno dei compiti da para-medico.

un diverso grado di specializzazione e una diversa portata terapeutica (come schematizzato di seguito).

| | |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ospedale specializzato | |
| Ospedale centrale | Massimi specialisti Tutte le specializzazioni mediche Para-medici specializzati Offerta di strumenti diagnostici completa |
| Ospedale provinciale | Tutte le specializzazioni mediche Numero limitato di para-medici specializzati Numero limitato di strumenti diagnostici |
| Ospedale di distretto (regency) | Numero limitato di specialisti Numero limitato di strumenti diagnostici Para-medici con buone abilità |
| Puskesmas | Medico generalista e dentista Para-medici con buone abilità Para-medici abili o con capacità limitate Strumenti diagnostici semplici (di base) |
| Puskesmas Pembantu | Para-medici abili o con capacità limitate |
| Posyandu | Para-medici abili o con capacità limitate Personale sanitario “di villaggio” (<i>kader kesehatan</i>) |
| Comunità | |

Lo schema dei “livelli biomedici” è tratto da uno studio degli anni '80²⁶ e potrebbe quindi fornire un panorama normativo e

²⁶ Adattamento e traduzione da Sciortino (1995) relativo alle diverse strutture di salute pubblica finanziate e gestite dal Ministero della Salute e dai

operativo molto lontano dalla situazione attuale. Confrontando questi dati con i dati forniti dagli interlocutori istituzionali della mia ricerca, emerge in realtà che ad essere cambiato è soltanto il quadro storico e sociale dell'offerta sanitaria, mentre il sistema formale e normativo descritto nello schema è ancora valido. Un altro elemento di rottura è anche l'avvio delle politiche di decentralizzazione che hanno portato ad una maggiore responsabilità fiscale e organizzativa dei governi locali.

Formalmente, esiste anche un sistema per disciplinare l'ingresso e l'uscita da ogni struttura del sistema sanitario. Ogni cittadino (comunità) può accedere direttamente alle *Posyandu* e alle *Puskesmas*. Per accedere agli ospedali di distretto, provinciali e centrali, occorre invece attraversare ogni livello dal basso verso l'alto a partire dalla *Puskesmas*, perché per queste strutture non è previsto l'accesso diretto. I tre tipi di ospedali posso invece indirizzare i propri pazienti all'ospedale specializzato. Infine, ogni ospedale – compreso quello specializzato – ha facoltà di rinviare un malato verso l'ospedale di livello più basso o verso la *Puskesmas*.

I dati etnografici in mio possesso non permettono di tracciare un bilancio complessivo sui modi di accesso a specifici livelli. I miei informatori hanno però spesso segnalato che è impossibile ottenere una visita specialistica (che si potrebbe quindi collocare ad uno dei livelli degli ospedali) se il professionista che definiscono “il mio medico” non fornisce una lettera di raccomandazione scritta. In un altro caso, è invece la clinica aziendale che avrebbe la responsabilità di

sponsorizzare una lavoratrice con dolori articolari (per sponsorizzazione non si intende il pagamento di una visita, ma l'autorizzazione ad accedere ad una specifica struttura sanitaria).

La portata e i limiti della mia etnografia mi hanno impedito di analizzare “in profondità” le ragioni attive sui piani individuali e intersoggettivi che sono alla base delle scelte sanitarie. Naturalmente, durante l'ascolto dei racconti di malattia ho potuto osservare da vicino il tema della scelta in ambito terapeutico e per questo tenterò alcune considerazioni antropologiche. Per onestà scientifica, voglio però precisare che queste considerazioni sono sempre molto circoscritte al luogo della mia osservazione e privilegiano nella maggioranza dei casi il lato pragmatico-economico che determina la scelta. Gli informatori, com'è prevedibile, sono in genere più orientati verso un racconto che dia conto delle variabili “pratiche” e più immediatamente percettibili: il costo della cura, la distanza dal centro medico, la fiducia in una figura terapeutica, i casi di successo di una specifica tecnica sono gli esempi più comuni. Non credo però che questi aspetti siano secondari rispetto ad un'altra serie di motivazioni. Il fatto stesso che abbiano un ruolo così centrale nelle visioni prodotte dagli attori sociali (gli operai) mi obbliga oltretutto a trattarli con particolare attenzione. Dichiarare che una prestazione oculistica “è cara e inefficace” non è solo un'affermazione economica che riguarda il portafoglio. Con questa esternazione, un lavoratore può infatti lasciare intendere che sarebbe il datore di lavoro a dover provvedere alle cure, perché l'abbassamento della vista è in qualche modo associato ad un lavoro usurante. E allo stesso

tempo, questo significa che il soggetto esclude per una serie di motivi che la riflessologia o la fitoterapia tradizionale siano efficaci per una patologia agli occhi. Inoltre, se il lavoratore in questione è associato al sindacato, molto probabilmente darà alla sua sofferenza un significato nuovo e incorporerà una serie di obiettivi che può ottenere attraverso il proprio corpo.

Questo esempio dimostra come una “semplice” affermazione del livello pragmatico dell'esperienza (il costo di una cura) sveli una serie di meccanismi più sottili come quello di una forza socio-culturale (il sindacato) che trasforma il significato di un disturbo biologico.

Meccanica dell'auto-cura

Per “auto-cura” si intende una serie di pratiche terapeutiche che i soggetti possono attivare in totale o parziale autonomia, cioè senza la necessità di ricorrere ad uno specialista. Inoltre, queste pratiche non sono solo un'autodidattica medica, ma anche tecniche e saperi, simboli e rappresentazioni “messi in opera nella dimensione individuale, familiare o comunitaria per fronteggiare, prima ancora del ricorso a professionisti della salute, l'insorgenza di minacce” (Pizza, 2005). Nel caso della mia area di ricerca, l'utilizzo dei farmaci è un buon esempio di questo meccanismo, perché può avvenire al di fuori di una prescrizione e dal consiglio di un biomedico o di un guaritore tradizionale. Parallelamente, i farmaci di sintesi e quelli della farmacopea “tradizionale” (di cui mi occupo in questo paragrafo) vengono utilizzati dagli informatori in combinazioni alternanti creative prodotte autonomamente; una “meccanica”

molto pragmatica che ha l'obiettivo di massimizzare il ritorno allo stato di salute-normalità in tempi e costi sostenibili.

Per prima cosa il piano dell'offerta. Il settore dei farmaci (in senso lato) è quasi completamente liberalizzato nelle aree in cui ho svolto l'osservazione partecipante. I consumatori alla ricerca di soluzioni terapeutiche hanno virtualmente accesso ad un'offerta molto composita. Come sempre, una serie di limiti vincolano le scelte degli attori sociali; questioni di costo dei prodotti e di reperibilità effettiva sul territorio rendono alcuni farmaci impossibili da acquistare. In altri termini, determinati prodotti non si comprano per pochi soldi e non si trovano ad ogni incrocio; per un antibiotico specifico occorrerà rivolgersi, per esempio, ad un ospedale provinciale, mentre la bottiglia di *jamu* speciale per un disturbo peculiare è prodotta solo da un numero limitato di guaritori²⁷.

La meccanica dell'auto-cura che ho osservato si attiva però ad un livello di terapia molto localizzato. Esiste infatti una serie di disturbi che i miei informatori si sentono capaci di gestire autonomamente e senza la necessità di passare per i canali biomedici ufficiali oppure in quelli alternativi delle medicine altre. È impossibile tracciare una linea di confine tra i mali curabili “in casa” e quelli per i quali ci si affida allo specialista; i casi osservati e ascoltati permettono però di tentare una

²⁷ Il *jamu* è una bevanda molto diffusa nelle aree della mia ricerca. Appartiene all'ambito della medicina “tradizionale” e viene prodotto da specialisti (in genere delle donne anziane che lo consegnano a domicilio) oppure direttamente in casa. Gli interlocutori con cui sono in contatto affermano di assumerlo per avere più energia durante la giornata, per purificarsi e per “stare meglio”. La bevanda è a base di sostanze vegetali (come lo zucchero rosso di canna in panetti o il *ginger*) ma non è raro che i clienti chiedano l'aggiunta di “sostanze di sintesi”, come la taurina.

generalizzazione. I dolori articolari, le sensazioni di affaticamento fisico, l'influenza e la tosse, la febbre, i problemi intestinali e il mal di testa sono problemi “poco gravi” nelle visioni dei miei interlocutori e per questo gestiti con i mezzi dell'auto-cura. Rispetto a questo settore di sofferenze, l'offerta di strumenti di salute risponde in modo soddisfacente, garantendo antinfiammatori e antipiretici di sintesi (commercializzati come generici da banco e venduti in confezioni da 4-6 compresse), oli essenziali da massaggio (in genere a base di eucalipto) e bevande o tonici che rientrano nella categoria più ampia di *jamu*.

Nello specifico, i rimedi terapeutici citati sono facilmente reperibili presso qualunque negozio (e spesso anche chiosco) di quartiere. Per quelli “da banco” non occorre infatti entrare in una farmacia, ma è sufficiente selezionare uno dei prodotti del “reparto salute” presente nella maggior parte delle rivendite di quartiere. Quella del *jamu* è invece una distribuzione ambulante e porta-a-porta; produttori specializzati (in genere delle donne anziane) si spostano a piedi o in bicicletta con tutto l'occorrente per preparare la bevanda. Altri tonici e bevande energetiche vengono invece commercializzati in spazi peculiari come l'ingresso della fabbrica o l'ambulatorio del terapeuta.

Il panorama dell'offerta di rimedi per l'auto-cura incorpora quindi rimedi appartenenti a etnomedicine diverse che vengono proposti (e “immessi sul mercato”) con specifiche strategie di marketing²⁸. Da parte del paziente, ho invece

²⁸ Come dirò in seguito, non solo i farmaci biochimici delle società farmaceutiche vengono pubblicizzati e commercializzati con tecniche di mercato. Molti prodotti fitoterapici (come il propoli) sono stati inseriti in operazioni di marketing che hanno l'obiettivo di raggiungere anche i gruppi

annotato due dati principali. Per prima cosa, la grande facilità a reperire tonici vegetali e prodotti biochimici “di base” (in modo particolare Paracetamolo e FANS) ad un prezzo molto contenuto²⁹. In secondo luogo i consumatori di terapie farmacologiche si trovano di fronte ad un'offerta molto composita e difficile da gestire; la libertà di scelta implica infatti anche il peso di dover stabilire da soli la soluzione che garantisca una guarigione rapida a costi sostenibili. Auto-curarsi (o curare in modo indipendente i propri familiari) è un processo difficile, perché gli interlocutori hanno un accesso molto limitato a informazioni obiettive (e non commerciali) sui farmaci. Sia il prodotto biochimico che quello “tradizionale” sono infatti inseriti dentro a meccanismi commerciali che riversano sui pazienti molta pubblicità e poca informazione; è per questo motivo che la scelta definitiva circa la terapia è determinata in modo decisivo dallo scambio micro-sociale di notizie su efficacia o inutilità di un determinato prodotto. Rispetto al *corpus* dell'offerta, gruppo e individuo scelgono infatti calcolando il peso di diverse variabili (non solo economiche). Grazie al passaparola, gli attori sociali sanno, per esempio, che le compresse A sono più economiche ma meno efficaci delle compresse B. Oppure che il prodotto antidolorifico commercializzato all'uscita della fabbrica

sociali di operai industriali.

²⁹ Il discorso del costo è ovviamente collegato alla forte suddivisione delle unità di vendita per rispondere ad una domanda con un potere d'acquisto limitato. Il *blister* da 4 o 6 compresse di antidolorifico ha un prezzo relativo molto accessibile, ma fornisce una cura per un tempo di due giorni al massimo. Allo stesso modo, un bicchiere di *jamu* ha un prezzo unitario poco alto, ma la spesa dovrà essere ripetuta tutti i giorni e eventualmente moltiplicata per il numero di familiari.

(presentato come miracoloso) è in realtà perfettamente inefficace.

Come sempre, il meccanismo della terapia è alternante (e quindi non esclusivo); l'assunzione fai-da-te di Paracetamolo non esclude infatti l'assunzione quotidiana di *jamu* e neppure la visita dall'agopuntore o alla clinica *Puskesmas*. I farmaci sono quindi solo una delle parti che compongono l'itinerario terapeutico di un malato. La peculiarità dei farmaci è però quella di un paziente-consumatore che si trova attivamente implicato nella gestione e nella soluzione della propria sofferenza. Attraverso la combinazione di strumenti diversi e la scelta delle posologie, gli informatori organizzano un percorso terapeutico totalmente personale che deve garantire una rapida guarigione quando si cade malati e – più in generale – uno stato di salute accettabile per tutti i giorni dell'anno.

La “meccanica” delle terapie è molto più evidente nell'ambito delle compresse e delle bevande che si assumono per stare bene o per stare meglio. La realtà etnografica è però più composita e occorre ora inserire nuovi elementi rispetto a quelli della biomedicina ufficiale e dell'auto-consumo di farmaci.

La strada dei guaritori

L'immagine migliore della situazione sanitaria complessa (in termini di offerta e di utilizzo) è osservabile su una strada di media importanza, una di quelle che per esempio collegano tra loro diversi *kampung*. Qui infatti l'alternanza dei terapeuti nello spazio conferma l'alternanza terapeutica messa in azione dagli

interlocutori.

Rispetto agli strumenti terapeutici di cui ho già parlato, ci sono infatti altre opzioni a disposizione dei pazienti. Nell'ambito biomedico, per esempio, a fianco della gerarchia di strutture pubbliche distribuite ai livelli diversi, esistono numerose strutture gestite privatamente. La rete di centri privati non si limita ai grandi ospedali altamente specializzati, ma comprende anche piccole cliniche distribuite sul territorio. La dirigenza della Sepatu (l'industria che impiega la maggior parte dei miei informatori) ha, per esempio, stretto accordi con diverse società di fornitura di servizi ospedalieri per rispondere al proprio obbligo ad implementare la copertura sanitaria dei lavoratori. Un primo dato riguarda la percezione dei miei interlocutori del sistema sanitario privato considerato di bassa qualità perché non sottoposto agli stessi controlli ministeriali delle istituzioni pubbliche. Nel caso specifico di Sepatu, la scelta di affidarsi ai servizi privati rientra in un più ampio meccanismo di esternalizzazione che permette di risparmiare rispetto alla gestione delle cliniche *in-house*. È quindi verosimile che Sepatu abbia intenzionalmente “comprato” un pacchetto di prestazioni molto limitato e di base e che da questo derivi il giudizio negativo degli interlocutori. Per completare il quadro e per chiarirlo, nella parte successiva parlerò dei sistemi di *welfare*, di assicurazione e quindi di accesso ai servizi sanitari privati e pubblici.

Allontanandosi a questo punto dalla biomedicina, il campo terapeutico è occupato in modo ingombrante dall'agopuntura e dalla riflessologia. Sulla stessa strada, i guaritori di questo tipo sono spesso più d'uno. Le loro insegne inconfondibili con il disegno colorato della pianta dei piedi o del sistema muscolo-

scheletrico sono infatti tra gli elementi più caratteristici del panorama urbano.

Gli specialisti in queste due tecniche rappresentano (nelle visioni dei miei interlocutori) un polo molto diverso rispetto a quello degli operatori biomedici. Kokon, per esempio, distingue in modo netto il suo percorso terapeutico: un “prima” in cui si fa visitare presso una clinica biomedica convenzionata con Sepatu e un “dopo” fatto di un singolo intervento (risolutivo secondo la donna) dall'agopuntore. Sempre nel racconto di Kokon, lo specialista di agopuntura è più in generale un operatore di tutto ciò che non è biomedicina e occupa quindi in modo più esteso il polo della medicina considerata “tradizionale”. Kokon spiega infatti che il guaritore abbina alla tecnica di cui è specialista anche una serie di pratiche collaterali come la preparazione e la successiva somministrazione di rimedi fitoterapici (foglie sminuzzate e schiacciate). L'interlocutrice fornisce poi una serie di motivi che rendono i due poli della terapia molto distanti tra loro; sono ragioni che generalizzano in modo convincente la situazione annotata durante gli incontri con gli altri interlocutori. Il terapeuta tradizionale è per prima cosa “vicino a casa” e quindi semplice da raggiungere. Oltretutto, l'accesso al suo ambulatorio è molto economico e molto semplice nel senso che (a differenza delle strutture biomediche) qui non occorre presentare o compilare documenti e moduli.

È una tendenza diffusa nella maggior parte dei racconti quella di stabilire delle equazioni del tipo “*medicina tradizionale – semplicità – efficacia*” e “*biomedicina – difficoltà – maggiore/ totale efficacia*” (dove il grado di difficoltà è determinato dall'iter burocratico, dalla possibilità di accesso ad una determinata

struttura e dai costi effettivi delle prestazioni).

Le modalità in cui i miei interlocutori agiscono per fronteggiare la malattia si basano anche su un meccanismo di incorporazione di saperi che è avvenuto prima dell'inizio della sofferenza. Allo stesso tempo, per reagire allo stato di emergenza, le persone che ho intervistato devono gestire l'evento "in diretta" e correggere i modi di agire in funzione delle peculiarità della malattia. Questo particolare momento dell'esperienza si collegherà attivamente alle caratteristiche specifiche della malattia (come e quando si verifica) e ai successivi sviluppi. L'andamento è quindi quello dell'incorporazione continua di configurazioni diverse tratte dal panorama socio-culturale e da quello biologico.

Non è assolutamente una regola che l'iter dei pazienti inizi con la medicina "tradizionale" e – se non ci sono miglioramenti tangibili – prosegua con soluzioni biomediche. La diffusione capillare delle *Puskemas* e la presenza di cliniche interne alle industrie rendono infatti relativamente facile il passaggio (anche rapido) dentro alla rete locale della biomedicina (come dimostra l'esempio qui di seguito).

Jati (che soffre di dolori alle articolazioni) si fa ripetutamente visitare da un biomedico che esercita presso la clinica (gratuita e facilmente accessibile) convenzionata con Sepatu; però non guarisce. Sono ugualmente inutili le sedute presso un terapeuta tradizionale (riflessologia) nell'area di Tangerang. Jati è un lavoratore pendolare originario dell'area centrale di Giava; questo significa che lavora a Jabotabek e quando è possibile rientra nella sua zona d'origine. È proprio durante uno di questi viaggi che riesce finalmente a trovare un trattamento risolutivo per la sua sofferenza: si sottopone infatti ad una

terapia “tradizionale” che consiste in cospargere il corpo con dell'olio che viene in un secondo tempo grattato via energeticamente con un raschietto (una tecnica molto diffusa in tutta Giava e praticata anche in ambulatori improvvisati ai bordi della strada). In breve, non è la biomedicina (in questo caso gratuita e di facile accesso) e neppure la prima terapia del polo “tradizionale” a sbloccare lo stato di malattia; occorrerà invece un trattamento “scomodo” (perché difficile da raggiungere) e molto peculiare per quanto riguarda il *setting* (il villaggio d'origine) e il tempo (il ritorno verso casa).

Un ultimissimo dato riguarda il consumo di farmaci “prescritti” in ambito biomedico così come in ambito “tradizionale”. In questi casi, il meccanismo dell'auto-cura è attenuato perché la presenza e l'influenza dello specialista che produce consigli è molto forte. L'osservanza rigorosa di una terapia prescritta (per esempio, le foglie schiacciate una volta al giorno) non esclude il ricorso contemporaneo e autonomo ad altre soluzioni. Tegu (a cui è stato diagnosticato il diabete) segue con convinzione e con precisione la terapia di farmaci biomedici che gli sono stati prescritti nonostante siano molto costosi rispetto al suo budget. Allo stesso tempo (con i meccanismi dell'auto-cura), il lavoratore seleziona autonomamente dei preparati a base di piante che secondo lui amplificano l'effetto dei farmaci di sintesi.

La pluralità innegabile dell'offerta sanitaria (la “strada piena di guaritori”) non deve ingannare. Il gioco non è semplicemente quello dell'incontro tra consumatore (libero di scegliere e di massimizzare i propri obiettivi) e offerta molto ampia. Nell'arena della malattia, le azioni e i pezzi di offerta sono

culturalmente costituiti e per questo non sono mai neutri e equivalenti.

Occorre a questo punto scendere nel dettaglio per sviluppare due blocchi tematici. Per primo l'andamento delle narrazioni (dal "grado zero" in avanti) e la loro trasformazione in dialoghi o testimonianze polarizzate. Parallelamente, il grado dell'agire (per fronteggiare lo stato di malattia) e delle scelte messe in gioco dagli interlocutori sulla base di meccanismi pragmatici e strutturati dalla cultura.

parte terza

Soggetti dentro e fuori dalla fabbrica

8

Il sogno indonesiano

Nella prossime pagine, esaminerò il discorso sulle narrazioni e sulle azioni per fronteggiare lo stato di malattia. Farò riferimento ai dati etnografici già descritti (continuando la trascrizione delle storie di sofferenza) e introdurrò vicende nuove. A questo punto del lavoro, occorre anche scendere più nel dettaglio rispetto alle informazioni sul terreno d'indagine; questo significa tentare di dare un'immagine più specifica dei lavoratori e descrivere il sistema (prodotto dalla politica) che regola le arene della salute.

Ho già parlato della migrazione di arrivo nell'area di Jakarta; un fenomeno che ha dei moventi legati al lavoro e più in generale alla ricerca di una migliore condizione di vita personale e familiare. Spostarsi verso una delle zone più industrializzate del paese è – nelle visioni dei migranti – una buona garanzia di “successo personale” e di conquista di indipendenza economica. In breve, un “sogno” che poggia, per prima cosa, sull'ottenimento di una posizione lavorativa stabile e duratura nel tempo.

L'immagine che trasmette l'area di Jakarta ai futuri lavoratori è quella di uno spazio molto industrializzato con un mercato del lavoro fluido, dove ogni giovane cittadino può potenzialmente costruire un futuro di successo materiale per se stesso ed eventualmente per la propria famiglia. Una visione molto allettante per i giovani adulti indonesiani, che si basa su una

serie di aspetti come il salario mensile (circa 1 milione di rupie), una casa nuova in un *kampung* operaio in cui vivere con la famiglia, un ciclomotore e così via. Il meccanismo che ho osservato (e che di fatto ha “attirato” buona parte dei miei interlocutori verso Jakarta) insiste sempre e con forza su elementi materiali o comunque legati ad un miglioramento delle proprie condizioni di vita. Non sono in questo senso secondari aspetti come il possesso di un ciclomotore o semplicemente di un telefono cellulare, beni per i quali capita che alcuni lavoratori spendano la quasi totalità delle prime buste paga. Rispetto al *corpus* di narrazioni ascoltate, l'aspetto più significativo e rappresentativo di ogni storia è comunque il forte pragmatismo che spinge i singoli interlocutori. In altri termini, le migrazioni verso Jabotabek o il tentativo di farsi assumere in una determinata industria non sono mai casuali, ma rispondono ad un preciso progetto e ad un'immagine di biografia che i miei interlocutori desiderano vivere. Parlare di pragmatismo non esclude che nei movimenti migratori e nelle scelte lavorative ci siano anche delle componenti culturali. Essere operaie tessili, per esempio, permette ad alcune delle mie interlocutrici di associare al “tradizionale” ruolo di moglie-madre anche quello di lavoratrice industriale con una vita fuori casa e con una disponibilità economica personale e da condividere con gli altri membri della famiglia. In alcuni casi, sono proprio le mogli (che occupano la posizione di operaie specializzate e quindi meglio pagate dei loro mariti non qualificati) a contribuire nel modo più significativo al budget familiare.

Diverso è il caso di Citra (una dipendente trentenne di Sepatu) perché ha scelto di rimanere *single* – rinunciando

definitivamente al matrimonio – e (citando la sua narrazione) di concentrare le proprie energie sul lavoro; in effetti, ha fatto una buona carriera passando da operaia semplice a responsabile dei rapporti aziendali con i sindacati.

Le biografie di tutti i miei interlocutori sono segnate in modo significativo dalla loro condizione lavorativa corrente e dalle fasi pregresse che hanno portato alla posizione di operaio. In altri termini, il lavoro è per questi soggetti uno dei momenti più significativi dell'esperienza biografica; attorno ad esso, si organizzano infatti progetti individuali e familiari. Anche gli eventi di sofferenza, per una serie di ragioni pratiche (di cui parlo nel prossimo capitolo), sono fortemente influenzati e indirizzati dal fatto che il paziente è al tempo stesso un lavoratore industriale. Più nello specifico, nell'analisi di una vicenda di malattia non potrò mai ignorare il peso (culturale e “pragmatico”) provocato dall'appartenenza ad uno specifico contesto professionale.

Far parte a pieno titolo del “sogno indonesiano” significa anche vivere tutti i limiti che questa condizione comporta; per esempio, il fatto che il salario è appena sufficiente a coprire le spese e che il lavoro che si deve svolgere è oggettivamente molto duro in termini di fatica fisica e di ore da impegnare in fabbrica. Inoltre, accedere ad una posizione lavorativa è un'operazione non facile: la grandissima quantità di domande che insiste su un numero limitato di posizioni lavorative esclude migliaia di operai potenziali che rimangono disoccupati oppure svolgono lavori informali (autisti, venditori ambulanti, musicisti di strada e mendicanti).

La mia etnografia si concentra su giovani adulti che hanno concretizzato *con successo* il proprio percorso migratorio di

ricerca di un maggiore benessere e, in questo, rappresentano un'eccezione piuttosto che una regola³⁰. Tutti gli interlocutori con cui ho parlato si definiscono infatti “molto fortunati” per il fatto di far parte dei dipendenti di Sepatu, di Kaleng, di Garpu&Sendok o di una delle altre industrie³¹. Ho annotato alcuni elementi (forse delle semplici suggestioni antropologiche, ma che a mio parere hanno il loro peso) che precisano la situazione e la portata culturale dell'appartenenza al settore industriale. Nelle ore libere e nei giorni di riposo, è molto probabile che i miei interlocutori (e altri operai del *kampung*) indossino la divisa della fabbrica con il nome e il logo della società per cui lavorano. Parallelamente, quando mi vengono presentati, gli operai quasi tralasciano le informazioni riguardo alla loro età e provenienza e privilegiano invece i dettagli sulla loro posizione lavorativa.

³⁰ Quasi tutti gli interlocutori non sono originari dell'area industrializzata di Jakarta e per questo li considero lavoratori immigrati. I percorsi migratori seguono modalità e portate molto diverse. Alcuni lavoratori hanno la propria famiglia in un villaggio della regione e “fanno i pendolari” tra un'area e l'altra. Altri, invece, si trasferiscono definitivamente a Jabotabek con partner e figli. Ci sono anche dei casi di immigrati di seconda generazione (gli informatori ventenni) oppure residenti nell'area da parecchi anni. Per esempio Kokon, Herman e Kirman (che oggi hanno 30-35 anni) lavorano nelle rispettive fabbriche da più di 15 anni.

³¹ Come avrò modo di precisare nelle prossime pagine, i tre nomi citati, appartengono alle tre industrie presso cui lavorano la maggior parte dei miei interlocutori. Sepatu produce scarpe tecniche da calcio a Tangerang. Kaleng è specializzata nella realizzazione di confezioni in metallo (in modo particolare lattine per bibite) e si trova nelle immediate vicinanze di Sepatu. Garpu&Sendok è un'industria di posate in metallo localizzata nell'area di Bekasi. Infine, le industrie tessili minori si trovano a Tangerang e producono capi di abbigliamento per diversi marchi europei e nord americani.

Tornando ai limiti del “sogno indonesiano”, occorre ora fare alcune precisazioni. Lavorare alla Sepatu (un'industria che da alcuni anni garantisce, tra le altre cose, una buona copertura assicurativa sanitaria) o in una delle altre fabbriche è percepito dagli informatori stessi come una condizione molto privilegiata. C'è però un forte scarto tra le aspettative vissute prima della partenza (in altri termini, l'immagine auto-prodotta di una nuova e positiva biografia) e le concrete condizioni di vita di un operaio industriale. Come ha dimostrato la ricerca, uno (e spesso anche due) salari sono appena sufficienti a coprire le spese mensili di una famiglia con figli. Le ragioni economiche di questa situazione riguardano il fatto che il valore astratto del “salario medio” (che i datori di lavoro utilizzano per determinare gli stipendi) non è stato aggiornato negli ultimi 10 anni e quindi non segue l'inflazione e la svalutazione del denaro. In termini più concreti, un milione di rupie non è sufficiente (nel 2010) a pagare un affitto e a mantenere i propri familiari a carico. La conseguenza più immediata è la coabitazione di più nuclei familiari dentro alla stessa casa oppure il lavoro contemporaneo di entrambi i partner per duplicare le entrate mensili. A lungo termine, invece, il limite di budget obbliga molti dei miei informatori ad eliminare alcune spese cui ritengono di poter rinunciare. È proprio la specifica situazione economica a rendere molto evidente una scala gerarchica, nella quale il budget per l'educazione dei figli occupa la posizione più alta, mentre quello per le spese mediche si trova nella parte bassa. Come dirò oltre, la salute è un aspetto che i miei informatori preferiscono ignorare, per necessità e per una serie di componenti culturali.

È chiaro, a questo punto, come il “sogno indonesiano” sia una situazione di successo “parziale” e comunque non definitiva. In effetti, il sistema del lavoro indonesiano è molto fluido, in modo particolare per gli operai poco specializzati; licenziamenti, assunzioni stagionali e riduzioni drastiche dell'orario settimanale (e quindi del salario) sono infatti situazioni molto comuni.

In questa parte dell'elaborato, mi focalizzerò sugli interlocutori che – nei mesi della mia ricerca – erano attivamente inseriti nel meccanismo produttivo presso Sepatu (un'industria di calzature sportive), Kaleng (che si occupa della produzione di lattine per bibite), Garpu&Sendok (una fabbrica di posate in metallo) e presso altre industrie tessili della zona³². Questo primo gruppo di soggetti lavoratori ha un regolare contratto di lavoro, percepisce un salario mensile relativamente stabile nel tempo e beneficia di un qualche tipo di assicurazione sanitaria o di sistema di *welfare*.

È quindi necessario – a questo punto – capire quali siano le conseguenze di questa condizione di privilegio (o di semi-privilegio). Ho già elencato una serie di aspetti materiali (il possesso di una casa e di altri beni) che la posizione di operaio garantisce e allo stesso tempo tutti i limiti di budget che la situazione peculiare impone. Occorre ora capire quali siano le ricadute culturali (in modo particolare nell'ambito

³² Nello specifico: alla Sepatu lavorano Kokon, Citra, Didin, Herman, Atut, Mimin, Shahid, Supri, Ningsih, Eko e Kartini.

Yanto, Jono, Kirman, Yayat e Kartono sono impiegati presso Kaleng.

Irfan, Farel e Bimo occupano la posizione di operai da Garpu&Sendok.

Mumum, Encum e Eutik appartengono infine ad altre industrie tessili più piccole nell'area di Tangerang.

dell'esperienza di salute-malattia) provocate dallo stato di successo materiale. L'aspetto centrale è quello di una "salute ignorata" nel senso che le eventuali situazioni di malattia vengono esclusivamente percepite (e gestite) come emergenze che interrompono il regolare flusso degli eventi. In altri termini, lo stato di malattia viene ignorato fino a quando non impedisce di lavorare o di svolgere le attività abituali (nel caso dei bambini, per esempio, andare a scuola). Far parte di un meccanismo migratorio e di accumulo materiale di beni significa – in questo caso – concentrare le proprie energie sulla ricerca-mantenimento della posizione lavorativa e sulla buona gestione economica della propria famiglia.

Schematicamente, ci sono due ordini di motivi che rendono la "questione della salute" molto critica nelle gerarchie di valori prodotte dai miei interlocutori. Per prima cosa, ci sono gli aspetti economici che rappresentano un limite concreto e obbligano a certi comportamenti. Molto spesso, i miei interlocutori "non possono permettersi" una visita specialistica o un parto in ospedale. In breve, il loro budget non autorizza una grande libertà di movimento dentro all'offerta sanitaria delle varie risorse etnomediche.

Ci sono poi delle ragioni culturali che sono legate all'attribuzione di uno specifico senso al discorso sulla salute. È prevedibile che in un contesto migratorio sia più importante "star bene" o "star meglio" in senso materiale (basato quindi sulla ricchezza) che in senso medico e sanitario (cioè legato alla prevenzione e alla cura delle malattie). Il salario è in questo senso il valore che condensa quasi tutte le speranze e le preoccupazioni dei miei interlocutori. È sempre il salario, per esempio, a mobilitare i lavoratori iscritti a un sindacato e molto

raramente si organizzano delle azioni sindacali per chiedere un miglioramento del *welfare*. I rischi di malattia e di sofferenza (vissuti in passato e potenziali) scendono invece verso il basso della scala delle priorità e diventano qualcosa che, secondo i miei interlocutori, “non ci si può permettere”. In tutte le narrazioni che ho registrato, la salute è sempre definita “importante” ma non prioritaria in una vita di operaio, di madre o di capo-famiglia. Gli operai con cui sono in contatto si concentrano, invece, sulla ricerca di una casa o di una stanza in cui vivere, sulla gestione delle spese domestiche (alimentazione, istruzione dei figli, mezzi di trasporto e così via) e, più in generale, sul mantenimento di un “posto” in fabbrica stabile e duraturo³³.

La presenza stessa dei sindacati (che hanno intensificato la loro azione dopo la caduta del governo Suharto) contribuisce di fatto alla creazione di un modello culturale molto solido fatto di operai pragmatici che desiderano un futuro materiale migliore. A questo proposito, devo precisare che i miei interlocutori sono individui molto “informati” e consapevoli del meccanismo (migratorio e lavorativo) dentro cui operano. In altri termini, nel caso della mia ricerca, non può valere il ragionamento in base al quale dei lavoratori provenienti dalle aree periferiche del paese “subiscono” lo spostamento verso un'area industrializzata e lo spaesamento culturale. Ho sempre registrato, al contrario, una partecipazione cosciente e informata al sistema industriale; per queste ragioni, non avrebbe senso parlare di “resistenza” da parte degli operai

³³ Nella quarta parte, riprenderò il discorso su come la salute venga “ignorata” dai lavoratori e su come, al contrario, siano prioritari altri aspetti.

(situazione che infatti non mi è capitato di rilevare). In breve, gli interlocutori scelgono di far parte del sistema (desiderano vivere il “sogno indonesiano”) spesso con una forte consapevolezza delle potenzialità e dei grandi limiti cui vanno incontro. È necessario precisare, che, molto spesso, i benefici della vita da operaio sono sovrastimati da chi decide di migrare e di farsi assumere in fabbrica. È anche vero che la mia ricerca è avvenuta tra dei lavoratori “esperti”, che da 5, 7 e a volte anche 15 anni fanno parte del personale di una grande fabbrica. La loro visione, di conseguenza, incorpora le speranze e allo stesso tempo le sofferenze effettivamente vissute.

“Felici di essere giocatori produttivi” potrebbe essere, a questo punto, un'espressione che condensa le componenti più pragmatiche della vita da operaio (il salario e il budget a disposizione) e i sistemi di attribuzione di senso utilizzati dai miei interlocutori (come, appunto, quello della “salute ignorata”).

9

Le regole e le negoziazioni

Ho già descritto l'insieme di possibilità terapeutiche che i miei interlocutori si trovano di fronte nel momento in cui il loro stato di salute è messo in crisi. Ricapitolando brevemente, un paziente può scegliere il settore biomedico (composto da diverse configurazioni organizzative, dalla *Puskemas* all'ospedale specializzato), rivolgersi ad uno degli specialisti che si affacciano sulla “strada dei guaritori” o ancora acquistare un farmaco di sintesi oppure naturale. Un primo dato segna la fondamentale differenza tra i vari elementi che compongono l'offerta sanitaria. Il polo “tradizionale” della medicina e quello del commercio di preparati fitoterapici (in particolare il *jamu*) sono ambiti liberalizzati, in cui la presenza di uno Stato-regolatore è quasi del tutto assente³⁴. Gli antecedenti storico-culturali di questa realtà (come ho già ricordato) sono connessi alla scelta del governo Suharto (negli anni '70) di concentrare

³⁴ Occorre precisare che la facilità di accesso e l'assenza di una regolamentazione rispetto alle pratiche terapeutiche “tradizionali” non escludono che ci siano delle norme culturali che limitino o impediscano specifici comportamenti. Irfan, per esempio, è al corrente che per i fedeli musulmani (comunità di cui fa parte) è proibito prendere parte a pratiche mistiche finalizzate alla guarigione dei malati. Egli disubbidisce però alla regola e accompagna la moglie (che soffre di fortissimi dolori agli arti) da un terapeuta specializzato nella neutralizzazione della “magia nera”. Della terapia cui partecipa Irfan e di un altro episodio di “magia nera” parlerò nel capitolo 11.

tutti gli investimenti governativi (e di conseguenza l'azione normativa) sulla diffusione capillare della biomedicina. Nei fatti, tutte le alternative non biomediche occupano un terreno senza vincoli normativi, dove ad essere in gioco sono piuttosto le regole commerciali del mercato e la “fama-notorietà” che un determinato guaritore o rimedio fitoterapico può acquisire.

Massaggiatori, agopuntori e produttori di *jamu* sono inseriti in un sistema molto fluido, in cui i malati hanno piena libertà di accesso e di movimento; ed è proprio la (quasi) totale assenza di un iter burocratico da attraversare a rendere “semplice” l'utilizzo di certe risorse etnomediche. In breve, per entrare nell'ambulatorio “tradizionale” non occorre dichiarare la propria situazione assicurativa e fornire o compilare dei documenti. La somma di denaro per ricompensare lo specialista è inoltre alla portata di un operaio salariato “medio” perché molto spesso (in base alle narrazioni registrate) è presente un meccanismo di offerta volontaria. Altro aspetto non secondario riguarda, infine, il grande numero di informazioni che a livello del *kampung* si conoscono riguardo ad uno specifico guaritore, ai suoi successi terapeutici e al rapporto qualità-prezzo delle sue prestazioni. I miei interlocutori, di fronte ad un'emergenza sanitaria (propria o di un familiare) attingono sempre al sapere condiviso delle persone più prossime; in tante narrazioni, il consiglio dei vicini di casa è la motivazione principale (e spesso esclusiva) rispetto alla scelta di un determinato operatore.

L'ingresso e il transito dentro ai vari livelli della biomedicina (pubblica o privata) sono invece strettamente collegati allo “status” peculiare di ogni cittadino (e nel caso della ricerca, di

ogni lavoratore). Con il termine *status*, non intendo un segmento sociale di appartenenza, ma l'insieme dei benefit assicurativi (composti dal *welfare* governativo oppure da un'eventuale copertura privata) che vengono riconosciuti ad ogni singolo paziente. Determinare la propria posizione di "assistito" è un momento centrale che precede le consultazioni negli ambulatori e i ricoveri in ospedale. In un certo senso, il "triage" per capire come e "quanto" un malato è assicurato precede il *triage* vero e proprio, che si basa sulla situazione clinica. Allo stesso tempo, molte narrazioni parlano di pazienti fermi nell'atrio di una clinica (per una difficoltà burocratica) oppure di visite specialistiche rimandate per anni a causa di un documento mancante. Ogni esperienza di malattia vissuta e ogni narrazione attraversano ad un certo punto il problema burocratico dell'accesso ad una struttura biomedica. Il campo di forze su cui si muovono gli utilizzatori della biomedicina è infatti fortemente influenzato (a differenza di quello delle altre etnomedicine) dal *corpus* di leggi prodotto dalla politica per regolamentare il settore della sanità e – parallelamente – del lavoro.

Un primo dato riguarda la compresenza di un'offerta sanitaria pubblica (descritta nel capitolo 7) e di un'offerta privata. Sono due sistemi non antagonisti che lavorano in parallelo; infatti, qualunque struttura (pubblica o privata, grande o piccola) è di fatto "a pagamento". Quel che rende possibile l'accesso (o che al contrario lo impedisce) sono piuttosto i mezzi economici effettivamente spendibili dei singoli pazienti oppure (come dirò oltre) il grado di copertura assicurativa a disposizione.

I lavoratori indonesiani salariati del settore privato (quelli cioè su cui insiste la ricerca) sono di norma tutelati da un sistema di

welfare (gestito da una società governativa) oppure da un'assicurazione privata sulla vita e sulla salute. I *benefit* di queste forme assicurative hanno l'obiettivo di fornire dei rimborsi (totali o parziali) sulle spese sostenute nel corso di una terapia biomedica.

La premessa riguarda il fatto che, in Indonesia, il finanziamento del *welfare* pubblico non è basato sul pagamento di tasse, ma sulla contribuzione condivisa da parte dei lavoratori e dei datori di lavoro. L'avvio della previdenza sociale è avvenuto negli anni '60, con uno schema governativo di assicurazione per le forze armate. Nel 1977, il *welfare* (all'epoca chiamato Astek) venne esteso anche al settore privato. Con la legge numero 3 del 1992, è stato invece creato *Jamsostek* che aveva l'obiettivo di ampliare il raggio d'azione del sistema ai settori privati (e in modo particolare alla piccola e media industria). *Jamsostek* è oggi un termine ambiguo, che indica un programma di *welfare* governativo e allo stesso tempo la “ragione sociale” della compagnia pubblica che gestisce il servizio (PT *Jamsostek*). In altri termini, una società a partecipazione governativa ha il compito pratico di gestire la sicurezza sociale di una parte specifica di cittadini.

Attualmente, numerose società di diritto privato offrono servizi assicurativi sulla vita e sulla salute, rappresentando di fatto dei sistemi alternativi (e in alcuni casi molto diversi) rispetto al programma *Jamsostek*. La compresenza di diverse istituzioni pubbliche e private che si occupano della gestione della sicurezza sociale rendono inoltre molto variabili i *benefit* per gli assicurati e i costi condivisi (per lavoratore e datore di lavoro).

Le imprese indonesiane hanno l'obbligo di attivare per i propri

dipendenti una qualche forma di previdenza sociale. Ci sono tuttavia delle incongruenze normative che rendono questo meccanismo molto complesso³⁵. Per prima cosa, i regolamenti in materia di *welfare* sono estremamente ambigui. La legge 3 del 1992 (specifica sulla previdenza sociale) considera infatti un crimine la mancata adesione al programma *Jamsostek* o simile; in totale controtendenza, la successiva legge 40 del 2004 (un insieme di norme sul mercato del lavoro) “depenalizza” il datore di lavoro che non risponde ai propri obblighi. A questo, si aggiunge il potere d'azione molto limitato del Ministero del Lavoro, che formalmente dovrebbe avere un ruolo ispettivo; anche in seguito a segnalazioni da parte di gruppi di lavoratori spontanei o organizzati in un sindacato, le ispezioni sono, tuttavia, molto difficili da ottenere. Infine, in caso di condanna, le società vengono giudicate secondo il codice civile e rischiano di incorrere esclusivamente in sanzioni amministrative.

Per ricapitolare, esistono tre alternative (ammesse dallo Stato indonesiano) per inserire i lavoratori dentro ad un sistema di *welfare*. La prima è *Jamsostek*, gestito dalla società pubblica che

³⁵ Ho approfondito gli aspetti giuridici del *welfare* con studenti in legge e ricercatori che svolgono attività di consulenza o di volontariato presso una ONG di Jakarta. Nello specifico, questa organizzazione si occupa di tutela legale gratuita e nella maggior parte dei casi gestisce controversie nate in ambiti lavorativi. È molto interessante notare che sul totale di cause (e interventi legali) che la ONG ha avuto in carico, quelli che riguardano anche in modo indiretto situazioni di malattia sono numericamente insignificanti. Ancora una volta, il peso culturale (e in questo caso giuridico) della salute è inferiore rispetto a quello di altre questioni. L'unica eccezione è rappresentata da Sugeng (la ragazza che ha perso quattro dita della mano), che conosco proprio nella sede della ONG mentre si incontra con i suoi avvocati.

porta lo stesso nome; ci sono poi i programmi offerti dalle assicurazioni private e infine il sistema a “compensazioni alternative”. Quest'ultimo caso prevede la creazione di cliniche *in-house* (con personale sanitario pagato direttamente dalla industria) oppure l'attivazione di accordi strategici con specifiche cliniche o ospedali. In linea generale, per i datori di lavoro con “pochi” dipendenti è più conveniente aderire a *Jamsostek*, mentre nelle grandi industrie è più economico comprare grandi pacchetti di servizi sanitari e quindi attivare un meccanismo di “compensazioni alternative” (Sepatu, per esempio, ha scelto una linea previdenziale alternativa fino al 2003).

Lo scarso peso delle autorità che vigilano sul funzionamento del *welfare* crea una situazione in cui molto spesso le società riducono al minimo (o sospendono del tutto) la spesa previdenziale, proponendo ai dipendenti l'alternativa di un aumento del salario. Nella mia ricerca, non ho conosciuto interlocutori che potessero testimoniare questo tipo di comportamento. Ho invece registrato la situazione “opposta” di lavoratori che non chiedono un miglioramento della copertura sanitaria (e non appoggiano i sindacati che portano avanti queste richieste) per paura di vedere ridotto il proprio salario. È senz'altro un esempio molto pratico di come il “sogno indonesiano” – e coloro che almeno in parte lo vivono – ignorino consapevolmente il problema della salute e diano, al contrario, un maggiore peso gerarchico agli aspetti materiali (in particolare al salario mensile e alle questioni abitative).

Com'è chiaro dallo sviluppo delle parti di questa tesi, ho diviso in due blocchi il materiale etnografico. Nei capitoli 10 e 11, il

focus è sugli interlocutori impiegati presso una delle tre industrie “maggiori” o in una di quelle più piccole; nel dodicesimo capitolo, l'attenzione sarà invece rivolta su due casi etnografici (Tora e Suseng) di lavoratori che a causa di una malattia, hanno perso il proprio posto di lavoro. Durante la mia ricerca, non ho potuto approfondire il discorso del *welfare* presso gruppi di indonesiani che sono totalmente o in parte esterni al mondo del lavoro. Mi riferisco ai disoccupati e ai numerosi lavoratori informali o temporanei nel settore del commercio, dei trasporti e dell'edilizia. Per loro, l'offerta sanitaria biomedica è esattamente identica a quella a disposizione di un operaio; frequenteranno infatti le stesse strutture ospedaliere e le stesse *Puskesmas*. La differenza fondamentale è il fatto che un operaio della Sepatu (in base alle specifiche condizioni della sua “polizza assicurativa” e in relazione alla natura della terapia) verrà rimborsato per le spese sanitarie personali e dei propri familiari. Al contrario, è molto probabile che un lavoratore informale debba pagare di tasca propria il conto finale di una terapia. Esistono però delle formule governative che hanno l'obiettivo di correggere i limiti di un sistema di *welfare* che – com'è ovvio – favorisce i lavoratori dipendenti e esclude milioni di cittadini. Per prima cosa, l'esistenza stessa dei “livelli bassi” di sanità pubblica (per esempio le *Puskesmas*) garantiscono dei servizi ambulatoriali di base a prezzi contenuti (se confrontati con l'offerta privata). Inoltre, il governo indonesiano (per risolvere gli effetti sociali della crisi asiatica del 1999) ha sviluppato un programma di *welfare* totalmente gratuito (quindi non basato sul finanziamento congiunto di

lavoratore e datore di lavoro) che si appoggia alla struttura biomedica pubblica³⁶. In questo caso, per accedere ai vari livelli (partendo dal basso delle *Puskesmas* e salendo verso l'altro) non è necessario pagare, anche se la gratuità è limitata ad un “pacchetto” di terapie. Esiste un criterio per determinare chi ha effettivamente diritto al sostegno statale. In estrema sintesi, un'autorità locale (per esempio il referente-capo del *kampung*) sponsorizza la candidatura di un individuo o di un nucleo familiare; sulla base di questa “lettera di segnalazione”, l'amministrazione locale decide se avviare la copertura sanitaria gratuita. Questa pratica è però oggetto di molte critiche; in effetti, sulle pagine di cronaca dei maggiori quotidiani, vengono spesso descritti i casi in cui si sono smascherati uomini politici locali che – in cambio di una tangente – assicuravano l'ottenimento dei benefici previdenziali. Infine, segnalo il problema dei molti cittadini che non sono “abbastanza poveri” per ottenere i benefici governativi, ma che non hanno comunque i mezzi per pagare di tasca propria le spese sanitarie. Le agenzie governative³⁷ stimano che attualmente il 35% della popolazione totale sia coperto da una qualche forma di *welfare*; la cosiddetta “assicurazione per i non abbienti” è in questo senso uno degli strumenti che il Ministero della Salute ha messo in azione per rendere universale il sistema di previdenza

³⁶ Il nome di questo programma è *Social Safety Net* (gestito dalle agenzie JPKM) ma viene comunemente chiamato “carta sanitaria”.

³⁷ Mi baso, in questo caso, sul resoconto di un ricercatore presso il National Institute of Health Research & Development (NIHRD) del Ministero della Salute a Jakarta. L'interlocutore, per formulare la propria analisi, utilizza le statistiche ufficiali dell'istituto di cui fa parte (materiale che ha salvato sul suo computer, ma che si rifiuta di farmi copiare).

sociale. Thabrany (2005, su dati Susenas del 2001) sostiene invece che dei 212 milioni di indonesiani, solo il 20,6% è coperto da una forma di assicurazione sanitaria. Nello specifico, l'1,5% appartiene al programma *Jamsostek*, il 7,12% al programma *Askes* (riservato ai dipendenti pubblici e alle forze armate), il 6,5% beneficia dell'assistenza governativa gratuita, il 5,40% è inserito in “altri programmi assicurativi” e il 79,4% dei cittadini non fa parte di sistemi previdenziali. Questi riferimenti statistici concretizzano (tra le altre cose) il peso rappresentato dai lavoratori salariati nel settore privato (l'ambito, cioè, in cui ho svolto la mia ricerca) rispetto al numero totale di cittadini indonesiani. Parallelamente, il dato statisticamente poco significativo circa il numero di assistiti da *Jamsostek* (l'1,5% del totale) è una nuova dimostrazione di come i miei interlocutori occupino – nei fatti – una posizione molto “privilegiata” rispetto a tanti concittadini. I miei interlocutori istituzionali (sindacalisti e volontari delle ONG) mi hanno spesso avvertito di quanto la situazione sanitaria sia diversa in altri contesti, tra cui, per esempio, quello agricolo delle piantagioni a Sumatra e Kalimantan.

Il meccanismo *Jamsostek*

Dal 2003, Sepatu ha inserito tutti i propri dipendenti nel programma *Jamsostek*. Per questo motivo, già durante la ricerca sul campo, è stato indispensabile capire cosa significassero frasi come “ho la JPK, quindi non ho pagato la visita medica” oppure “Sepatu ha aderito a *Jamsostek* e le spese mediche di mio figlio mi vengono rimborsate”. Anche presso l'industria di

lattine Kaleng e da Garpu&Sendok, i lavoratori hanno a disposizione una “carta JKP” da mostrare prima di accedere ad un ambulatorio o ad un ospedale. Rispetto a quanto emerso nell'etnografia, il meccanismo *Jamsostek* ha quindi un peso molto significativo. Nelle pagine successive, darò comunque conto dei sistemi previdenziali paralleli; in modo particolare quello attivo presso l'industria Sepatu (durante la fase che precede il 2003) e più in generale l'offerta di servizi assicurativi aggiuntivi che vengono proposti ai dipendenti da compagnie private.

In base alla legge sulla sicurezza sociale del 1992³⁸, tutti i datori di lavoro che hanno più di 10 dipendenti sono obbligati ad attivare il piano *Jamsostek*. Come ho già anticipato, il finanziamento del *welfare* avviene con un versamento congiunto da parte di aziende e lavoratori (più elevato per le prime e inferiore per i secondi). Le dirigenze aziendali considerano quindi i versamenti a *Jamsostek* come un costo da aggiungere a quello del lavoro (nel senso che il costo mensile di un lavoratore è uguale al salario sommato alla percentuale da destinare alla previdenza sociale). Essi, per esempio, sono tenuti a versare il 3% (in caso di lavoratori *single*) o il 6% del salario (per i lavoratori sposati) per coprire i rischi sanitari. I lavoratori, invece, verseranno a PT *Jamsostek* il 2% del loro stipendio mensile.

Occorre ora precisare che il programma di previdenza sociale è suddiviso in sotto-categorie che corrispondono a peculiari

³⁸ Le informazioni e i dati sul sistema *Jamsostek* sono ricavati da Purwoko (1997) e da Thabrany (2005). La società PT *Jamsostek* ha un sito internet (<http://www.jamsostek.co.id/>) su cui sono pubblicati alcuni dati e aggiornamenti.

ambiti di rischio. Una prima categoria (la JHT) è una forma di “pensione” riservata ai lavoratori che hanno più di 55 anni, oppure che (ancora in piena attività lavorativa) sono soggetti a parziale o totale disabilità. JHT è l'unico schema che i datori di lavoro non sono obbligati (per legge) ad attivare.

JPK è invece la sotto-categoria che tra i *benefit* garantisce il rimborso per le spese ambulatoriali, ospedaliere e relative ai parti. A questo proposito, devo precisare che la copertura offerta da *Jamsostek* comprende (oltre al lavoratore) anche il partner e eventuali figli (fino al terzo figlio). Più nello specifico, chi possiede una “kartu JPK” (l'attestazione su carta di appartenenza al programma) ottiene rimborsi per l'assistenza ambulatoriale (nelle cliniche locali, presso i “medici di base” e gli specialisti), per i ricoveri ospedalieri (pubblici e privati), per la gestione di maternità e parto, per l'ottenimento di medicinali e esami clinici, per cure dentali e oculistiche e infine per tutti i servizi di pronto soccorso. Com'è chiaro, il meccanismo *Jamsostek* permette di gestire contemporaneamente (e di far convergere nello stesso sistema di rimborsi) le strutture biomediche governative e quelle gestite da privati. Anche per i miei interlocutori, una *Puskesmas* e un ospedale privato appartengono di fatto ad un terreno comune che (cosa più importante) funziona con le medesime regole burocratiche.

Con JKK si intende invece uno schema focalizzato sugli incidenti professionali. L'obiettivo è, in questo caso, di fornire un rimborso delle spese mediche e di quelle di trasporto verso il centro sanitario. Infine, JK fornisce un pagamento in contanti agli eredi di un lavoratore che muore prima di aver

compiuto 55 anni³⁹.

Ricapitolando: *Jamsostek* è formato da quattro programmi specifici; nelle narrazioni dei miei interlocutori, l'attenzione sarà quasi sempre rivolta al programma JPK e al suo utilizzo da parte dell'interlocutore stesso o di uno dei suoi familiari.

Ci sono, a questo punto, delle ragioni economiche e formali da chiarire che rendono *Jamsostek* un programma non “definitivo” e molto spesso non sufficiente per coprire completamente i bisogni sanitari dei contribuenti. Il tetto del salario medio indonesiano (per un operaio industriale) è rimasto praticamente immutato dal 1993 e non ha seguito l'andamento dell'inflazione. Dato che PT *Jamsostek* incassa i propri contributi sulla base di un valore percentuale di quel salario, è chiaro che la compagnia non ha le risorse necessarie per “comprare” (cioè rimborsare) i servizi sanitari. In altri termini, con un sistema di questo tipo – afferma Thabrany (2005) – “è il tetto del salario a determinare il premio dell'assicurazione”. Il fatto che il salario medio non sia stato corretto al rialzo (nonostante la svalutazione e l'aumento del costo dei servizi, in modo particolare quelli sanitari) rende i contributi che PT *Jamsostek* riceve totalmente inadeguati. Con un potere di spesa così limitato, la compagnia non è in grado di negoziare dei servizi biomedici di alta qualità e per questo motivo ha perso di credibilità tra lavoratori e dirigenze aziendali. La mancanza di

³⁹ Le dominazioni dei singoli programmi sono: JHT – *Program Jaminan Hari Tua* (programma di assicurazione per gli anziani), JPK – *Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan* (programma di assicurazione sanitaria), JKK – *Program Jaminan Kecelakaan Kerja* (programma di assicurazione in caso di incidenti sul lavoro) e JK – *Program Jaminan Kematian* (programma di assicurazione in caso di decesso).

risorse ha infatti costretto la compagnia governativa a ridurre il “pacchetto di benefit”: per esempio, il ricovero è limitato a 60 giorni (solo 20 in terapia intensiva), mentre la dialisi renale, le cure per il cancro, la chirurgia cardiovascolare, i trattamenti per le malattie genetiche e i trapianti di organi sono completamente esclusi dalla copertura assicurativa.

Le narrazioni che ho registrato includono spesso lunghi elenchi dei limiti della “kartu JPK”. Le ragioni sono in genere riconducibili a due fattori; per primo, il caso di malattie che non sono incluse nella serie di *benefit* garantiti da *Jamsostek*. Un'altra situazione comune è invece quella della difficoltà burocratica ad ottenere effettivamente un rimborso (successivo al ricovero o al trattamento), oppure alla difficoltà di accesso in una determinata struttura (che dichiara di “non riconoscere” la “kartu JPK”). L'esperienza etnografica ha dimostrato che lo schema *Jamsostek* non è tanto un'assicurazione sanitaria, quanto più precisamente uno schema di rimborso per i servizi biomedici di base.

L'esistenza di molti meccanismi alternativi a *Jamsostek* parte proprio da questa serie di limiti del sistema. Oltretutto, grandi industrie come Sepatu (ma anche Kaleng e Garpu&Sendok) hanno una forte convenienza economica ad avviare programmi previdenziali alternativi, gestendo cliniche interne (con personale sanitario che fa parte del loro libro paga) oppure esternalizzando il servizio a società specializzate. Mimin e Shahid due lavoratori di Sepatu (che attualmente hanno un ruolo attivo all'interno del sindacato) mi hanno descritto dettagliatamente la negoziazione degli ultimi 10 anni per l'assicurazione sanitaria presso la loro industria.

Negoziare la salute

Attualmente, presso Sepatu (l'industria di calzature sportive di Tangerang), gli operai sono in possesso di una “kartu JPK” appartenente allo schema *Jamsostek*. L'effettivo avvio della copertura sanitaria è avvenuto nel 2003 dopo una lunga negoziazione che ha impegnato i vertici aziendali e numerosi sindacati. Mimin e Shahid hanno vissuto in prima persona le vicende dato che sono, allo stesso tempo, operai dell'industria e sindacalisti di una delle organizzazioni impegnate nelle negoziazioni.

Durante la prima fase (quella che precede il 2003), Sepatu risponde al proprio obbligo legislativo di attivare una forma previdenziale stringendo una partnership con delle cliniche private. In altri termini, l'industria non fornisce le carte di *Jamsostek* ma “raccomanda” ai propri dipendenti una serie di strutture biomediche private che – grazie all'accordo di collaborazione – non faranno pagare agli operai i servizi erogati. Inoltre, in caso di prestazioni sanitarie più specifiche (cioè quelle non possibili nelle cliniche) è attivo un servizio di rimborso “a posteriori”. Questo meccanismo serve anche a facilitare i malati che – nella situazione di emergenza – non riescono a raggiungere una delle cliniche convenzionate, ma si fanno visitare nel centro medico più vicino alla loro abitazione. Mimin mi avverte però che il sistema dei rimborsi è estremamente lento e spesso le richieste vengono rifiutate; inoltre, la qualità del servizio offerto dalle cliniche convenzionate è molto basso e limitato. Non è un caso che molto spesso il personale delle cliniche suggerisca ai pazienti il

trasferimento presso un'altra struttura specializzata.

Sepatu modifica successivamente la propria politica e stringe un accordo strategico con un operatore privato specializzato nella gestione di centri medici distribuiti sul territorio di Jakarta (e quindi anche nell'area di Tangerang). I termini dell'accordo prevedono che Sepatu paghi 30.000 rp per ogni consulto che l'operatore fornisce ad un lavoratore, indipendentemente dal tipo di prestazione. Sepatu tuttavia ritarda di parecchi mesi i pagamenti e questo comportamento provoca un notevole impoverimento del servizio presso le cliniche convenzionate. Mimin ricorda (anche sulla base delle lamentele che ha raccolto tra i suoi colleghi) che l'operatore privato fornisce delle visite e delle terapie di qualità molto inferiore rispetto a quelle erogate dalle *Puskesmas* pubbliche. L'anno è il 2003 e tutti i sindacati presenti a Sepatu ricevono continue denunce; la dirigenza aziendale stessa è costretta ad un'indagine conoscitiva che provoca la sospensione di ogni collaborazione con l'operatore sanitario privato. Sepatu istituisce quindi un “dipartimento interno” che ha il compito di verificare la reale qualità del servizio offerto dalle varie cliniche. Da parte sindacale vengono organizzati due scioperi e successivamente è richiesta un'ispezione da parte del Ministero del Lavoro (che ribadisce l'obbligo ad attivare la previdenza sociale). A questo punto, l'azienda decide di avviare concretamente la copertura assicurativa aderendo a *Jamsostek*.

Shahid introduce a questo punto una serie di elementi che problematizzano l'esito più che positivo della negoziazione. I lavoratori (e gli associati al sindacato) hanno infatti dimostrato uno scarsissimo interesse alle azioni per richiedere un miglioramento del sistema di *welfare*. È allo stesso tempo molto

frequente che gruppi informali di operai si oppongano alle negoziazioni per timore che l'introduzione della "kartu JKP" provochi un abbassamento del salario. Non è un caso che i sindacati che partecipano alla vicenda siano costretti ad organizzare dei seminari in cui si spiega il reale funzionamento dello schema *Jamsostek*, la gratuità delle prestazioni sanitarie per i possessori della carta e l'obbligo da parte di Sepatu ad aderire alla previdenza sociale.

Nei prossimi capitoli, ci sarà di nuovo lo spazio per la trascrizione delle narrazioni di malattia. Mi avvicinerò quindi al tema della salute inteso come esperienza soggettiva e collettiva alla luce delle informazioni sull'offerta sanitaria e sul sistema di *welfare*.

10

Il significato dell'acqua

In questo capitolo, l'attenzione è rivolta al significato simbolico che alcuni interlocutori assegnano all'acqua. La raccolta dei dati etnografici è avvenuta durante il consulto (terapeutico) presso un guaritore “tradizionale” di Tangerang. Atut, la donna che si sottopone alle cure dello specialista, è una delle lavoratrici di Sepatu. Il giorno in cui è fissato il nostro incontro, Atut mi informa che ha in programma una visita da un terapeuta che opera poco lontano dal luogo in cui ci troviamo e mi invita a partecipare. Ho quindi la possibilità di accedere allo spazio terapeutico dell'“erbalista” e di ascoltare tutte le fasi del consulto. Parallelamente, osservo anche i momenti di preparazione della visita (che comprendono la definizione dell'offerta in denaro da versare) e quelli immediatamente successivi al passaggio nel sistema medico “tradizionale”.

Sul tema dell'acqua, ho già avanzato (nel capitolo 5) alcune osservazioni. In modo particolare, è importante ora prendere in considerazione l'esistenza di due poli contrapposti (quello dell'acqua bianca-pura e quello dell'acqua con l'aggiunta di infusi) e le relative difficoltà di approvvigionamento di acqua potabile. In altre parole, il discorso sull'acqua è strettamente collegato ad un specifico modello culturale (che ho etnograficamente osservato in più di un contesto) e ad una condizione materiale-economica (relativa a prezzo e all'accesso del prodotto).

Nell'intervento medico cui ho partecipato, è determinante la presenza attiva di una leader sindacale. La narrazione che Atut espone allo specialista e parte del significato che ella attribuisce alla propria sofferenza devono necessariamente essere analizzati in base all'azione "culturale" del sindacato dentro l'esperienza di malattia. Come spiegherò oltre, l'ingresso del sindacato nell'arena della salute di Atut avviene molto prima rispetto alla visita dal terapeuta; in effetti la donna soffre da oltre 12 anni e quella a cui assisto è solo la parte conclusiva di un percorso terapeutico molto lungo.

La storia di Atut (un'operaia trentenne impiegata nella fabbrica di scarpe Sepatu) è segnata da una prolungata sofferenza. L'interlocutrice mi informa infatti di accusare da anni fortissimi dolori localizzati agli arti, alla schiena e allo stomaco. Il suo primo tentativo di risolvere il disturbo avviene presso una clinica convenzionata con l'industria presso cui lavora, dove può quindi ricevere delle prestazioni sanitarie gratuite. Il personale responsabile della struttura informa però la paziente del fatto che la patologia non fa parte del "pacchetto" per il quale i lavoratori sono assicurati e, di conseguenza, ogni ulteriore prestazione (esami clinici e terapie) sarà a carico della paziente. La donna cita anche un importo che corrisponderebbe al preventivo che le viene fatto per l'intero iter terapeutico (3 milioni di rupie). Atut – che non ha disponibilità economica e non ha intenzione di chiedere un prestito a parenti o amici – scarta l'opzione biomedica e decide di rivolgersi alle altre risorse etnomediche.

Queste sono le premesse che la donna mi narra durante il tragitto in *Colt* (un mezzo di trasporto collettivo) verso l'ambulatorio del guaritore. Una prima osservazione riguarda

l'assenza di “dettagli clinici” che Atut fornisce nella narrazione. La sua sofferenza non ha infatti un nome, neppure dopo il passaggio nella clinica e il contatto con i medici. Più nello specifico, è verosimile che il personale sanitario abbia fornito alla paziente una serie di informazioni anche minime (tra cui la diagnosi e il nome della patologia), ma che tutti questi dati vengano omessi nel momento in cui Atut narra la sua vicenda. I saperi di un sistema medico, che per ragioni di budget si è portati a scartare, sono di fatto ignorati. Di tutta l'esperienza nella clinica, Atut non dice nulla salvo precisare il valore in rupie dell'intervento medico e la mancanza di una copertura assicurativa adeguata.

Terminato il viaggio in *Colt*, raggiungiamo l'ingresso del *kampung* dove ha sede l'ambulatorio. La narrazione dell'esperienza di sofferenza di Atut è per ora sospesa ed è il momento di risolvere un aspetto pratico. Occorre infatti definire il valore dell'offerta da corrispondere al guaritore “tradizionale”. La donna, la rappresentante sindacale e Suratni (la mia traduttrice-accompagnatrice) si siedono accanto ad un chiosco di bibite e cibo per concordare i termini del pagamento. Atut ci tiene a precisare che non è obbligata a versare del denaro in cambio dell'intervento medico e che non è vincolata da un tariffario precostituito; è però consuetudine “monetizzare” la propria riconoscenza. Le tre donne discutono per alcuni minuti e, al termine della negoziazione, stabiliscono che – in base alla professione del paziente e quindi alle sue possibilità economiche – la giusta cifra è di 50.000 rp. Per rendere meno astratto questo valore, preciso che un pasto (composto da una porzione di riso bianco condito con carne o

pesce e accompagnato da verdure) costa tra 8 e 10.000 rp⁴⁰. Acquistiamo a questo punto una busta in cui inserire la banconota da 50.000 rp e ci addentriamo nella rete di vicoli del *kampung* che portano all'ambulatorio. Citra (la responsabile sindacale⁴¹) racconta di aver già accompagnato altri lavoratori (degli iscritti al sindacato che rappresenta) dallo stesso terapeuta. In effetti, intuisco abbastanza facilmente che le operazioni che stiamo compiendo sono per lei una specie di routine. La sindacalista mi spiega che a suo parere la medicina tradizionale “di qualità” (cito la sua espressione) è l'unica alternativa valida ed efficace alla biomedicina, troppo spesso negata ai lavoratori salariati. Citra porta l'esempio di un lavoratore che soffre di gravi problemi al fegato; dovrebbe sottoporsi ad un'operazione chirurgica non coperta dall'assicurazione JPK, che costa 10-13 milioni di rupie. È la sindacalista stessa a suggerire al malato il ricorso alla medicina

⁴⁰ È complicato determinare il costo di un “pasto medio” anche perché i singoli venditori applicano prezzi diversi in base allo “status sociale” dei clienti. Ho potuto osservare personalmente questa pratica. Acquistando il pasto da solo, venivo individuato come un “lavoratore bianco” temporaneamente residente; il conto finale era in questo caso di 10-12.000 rp. Al contrario, se consumavo un pasto in compagnia di coetanei indonesiani, vedevo applicare una tariffa “da studenti” di 5-7.000 rp. Naturalmente, è anche il tipo di pasto a determinare il costo. I venditori (ambulanti o stanziali) propongono infatti una gamma di pietanze che il cliente abbina a propria scelta. Le combinazioni a base di riso e uova oppure di riso e soia fermentata fritta sono in assoluto le più economiche mentre carne e pesce sono più costosi. L'alimentazione esclusivamente a base di soia fritta (e riso) è molto diffusa tra i miei interpellati ed ha delle ricadute (come dirò oltre) anche sul piano sanitario.

⁴¹ Citra fa anche parte dei soggetti che ho intervistato; utilizzerò il materiale dell'intervista in questo e nel prossimo capitolo.

“tradizionale” e lo accompagna dallo stesso terapeuta utilizzato da Atut. La terapia (risolutiva secondo Citra) consiste in questo caso in *jamu* appositamente preparato (che mira quindi a risolvere il male al fegato) e ha un costo complessivo di 300.000 rp.

Per ora, il dato importante è la conferma di una presenza attiva del sindacato come istituzione che (attraverso i propri delegati) partecipa alle esperienze di malattia di alcuni dei miei interlocutori.

L'ambulatorio del terapeuta coincide anche con la sua abitazione. Si trova in una zona appartata e lontana dalla strada principale (e quindi dai rumori); una porzione di *kampung* poco abitata, attraversata da vicoli particolarmente stretti (ad uso pedonale e di difficile accesso per le moto) e caratterizzata da giardini, orti e frutteti. Il silenzio e la sensazione di fresco (garantito dagli alberi ad alto fusto) sono le prime caratteristiche (piacevoli) che gli attori sociali presenti ed io percepiamo. In breve, l'area in cui il terapeuta opera è molto diversa dal panorama abituale di Tangerang (densamente urbanizzato e caotico); quello in cui ci troviamo è infatti uno spazio separato e in parte “protetto” rispetto alla quotidianità vissuta da un operaio al lavoro o nel *kampung*.

Per accedere alla casa, attraversiamo il giardino privato coltivato ad alberi e piante officinali. Incontriamo il terapeuta sulla porta della sua abitazione; ci fa quindi accomodare nella “stanza grande” invitandoci a sedere ad un tavolo. Segue a questo punto il momento delle presentazioni, in cui la dirigente sindacale spiega il motivo della visita e giustifica la mia presenza. Nella stanza è anche presente un'altra donna; il terapeuta ci spiega che è una sua paziente che è venuta a

ritirare dei preparati fitoterapici e a discutere i dettagli della terapia. La situazione è molto informale; lo specialista è infatti entusiasta della mia presenza e dichiara di non avere nulla in contrario a farmi assistere alle sue pratiche. Mi informa anche del fatto che la sua tecnica non consiste nell'applicazione di aghi, nell'imposizione delle mani o nel massaggio; al contrario ascolta ciò che i pazienti “hanno da raccontare” (trascrivo le sue parole) e in base a questo “produce” un preparato a base di erbe oppure fornisce dei consigli alimentari e su un migliore stile di vita da osservare. Questo ambito terapeutico è quindi molto diverso da quello dell'agopuntura e del massaggio, pratiche molto utilizzate e diffuse nell'area. Per farmi un esempio concreto, il guaritore prende due bottiglie di vetro che contengono un liquido scuro e mi spiega che si tratta di una bevanda a base di parassiti dell'arbusto del tè. Aggiunge che questa è la cura che prescrive all'altra sua paziente presente nella stanza, una donna cinquantenne, visibilmente benestante e senz'altro non impiegata come operaia.

Il consulto terapeutico è di fatto già iniziato. A segnalare questo inizio non è tanto l'ingresso in un tempo-spazio alterato rispetto alla quotidianità (il *setting* è infatti molto “domestico”), oppure l'utilizzo di tecniche e strumenti specifici. Il guaritore – in questa prima fase – opera esclusivamente attraverso l'ascolto e la partecipazione attiva al discorso sulla salute che si è appena avviato⁴².

⁴² Chiaramente, il guaritore “tradizionale”, per completare le fasi successive del suo intervento in cui somministra dei farmaci, ha bisogno di un laboratorio e di una serie di attrezzi per preparare materialmente i vari rimedi che propone ai pazienti. Non mi è stato possibile visitare il laboratorio che verosimilmente si trova in una delle stanze adiacenti a

È la donna cinquantenne – che ha priorità su Atut perché è arrivata prima – ad aprire la discussione. Occorre precisare che le due pazienti, la leader sindacale, Suratni ed io siamo contemporaneamente seduti allo stesso tavolo e in un certo senso contribuiamo a questa fase delle terapie. In altri termini, si apre un discorso informale “mediato” dal terapeuta in cui tutti (compresi i “sani”) possono partecipare.

Bevendo il caffè che ci viene offerto, la donna anziana benestante inizia a spiegare le ragioni della sua sofferenza; da alcuni mesi, infatti, ha una cisti al fegato che gli interventi di un medico ospedaliero specializzato non sono riusciti a guarire. Quella a cui assisto è la sua seconda visita dal terapeuta, in cui ritira le due bottiglie di *jamu* e in cui ripercorre narrativamente la propria vicenda di malattia. Sul piano del processo terapeutico, la donna è quindi stata visitata una prima volta (momento in cui il guaritore ha ascoltato la sua narrazione e le ha “prescritto” dei farmaci specifici) e ritorna ora al laboratorio per ritirare la prescrizione e per aggiornare il suo medico sull'avanzamento del disturbo.

La vicenda di questa “non-operaia” (cioè un soggetto perfettamente esterno al mio specifico ambito di ricerca per ragioni di età e di appartenenza sociale) permette di rilevare due dati significativi. Per prima cosa, la clientela che fruisce dei servizi del terapeuta (come egli stesso mi confermerà) non è limitata agli abitanti dei *kampung* prevalentemente operai dell'area adiacente all'ambulatorio. Allo stesso modo, anche l'età non è un parametro che determina l'accesso alla terapia⁴³.

quella in cui veniamo ricevuti.

⁴³ Più in generale, la scelta di rivolgersi alla medicina tradizionale “taglia” in modo trasversale la società indonesiana (o per l'esattezza la porzione di

Un secondo dato riguarda invece la centralità di una fase terapeutica di ascolto (o di discorso informale), descritta dalla paziente anziana e osservabile etnograficamente già nei primissimi minuti di partecipazione al consulto. Quella dell'ascolto è una dimensione inedita che non è emersa nelle narrazioni relative ad altri sistemi terapeutici. In altri termini, cliniche e ospedali (ma anche centri di riflessologia e agopuntura) assegnano un valore meno determinante (secondo i miei interlocutori) alla descrizione da parte del paziente dello stato di malattia. Questo potrebbe dipendere dal fatto che biomedicina e riflessologia-agopuntura basano la ricerca delle eziologie e la diagnosi su delle componenti quasi esclusivamente biologiche. Come dirò nelle prossime pagine, il discorso informale a cui partecipo è invece molto più esteso, perché copre aspetti legati all'alimentazione, allo stress provocato dall'attività lavorativa e più in generale ai comportamenti “sbagliati” che possono causare malattie. In termini di saperi e di tecnica, questo tipo di etnomedicina è molto distante dalle altre offerte terapeutiche. A questo proposito, Atut stessa si dichiara profondamente scontenta dell'esperienza vissuta nella clinica; il personale sanitario è infatti “sempre di corsa” (come afferma la donna) e produce una diagnosi che lei stessa ha dimenticato rapidamente.

Occorre ora tornare nella stanza del guaritore dove si è avviato il discorso informale tra i partecipanti. Come anticipavo, il

società che osservo). Il caso del consumo di *jamu* è molto illuminante. Questo tonico energetico (che viene collocato dagli indonesiani interpellati nel polo “tradizionale” della medicina) viene consumato dalla quasi totalità dei miei intervistati (lavoratori salariati), ma anche dagli avvocati professionisti e dai neo-laureati in giurisprudenza con cui sono in contatto.

ruolo del terapeuta (trentenne, nato e cresciuto a Jakarta) è quello di “mediare” la discussione e di porre delle domande per inquadrare meglio la vicenda delle pazienti (a differenza della signora anziana, Atut è alla sua prima visita e, quindi, il guaritore non conosce la sua situazione).

Si inizia a parlare di cibo, una discussione molto “quotidiana” che coinvolge pazienti e accompagnatori⁴⁴. Il terapeuta pone domande (per esempio, “Quali sono le vostre abitudini alimentari?”) e fornisce alcuni consigli. Elenca in modo dettagliato una serie di cibi che andrebbero evitati perché ritenuti responsabili di malattie, nell'immediato e a lungo termine. *Gorengan* (impasti di soia o verdure successivamente fritti), *noodles* istantanei in busta e i *duku* (dei frutti) sarebbero da eliminare da qualunque dieta e – nella visione dello specialista di medicina alternativa – occupano il polo dei “cibi non sani”.

I fritti e i *noodles* sono pietanze molto comuni e facilissime da reperire in qualunque angolo di strada; oltretutto sono una delle alternative alimentari più economiche e per questo largamente diffuse tra i miei interpellati. Il guaritore dice di essere perfettamente al corrente del fatto che la maggior parte dei suoi clienti (soprattutto gli studenti e gli operai) hanno una dieta basata su riso, *noodles* e soia fritta. Insiste poi sulla scarsa qualità dell'olio in cui i venditori ambulanti friggono i vari impasti e sul consumo di acque non pure da parte dei pazienti (argomento su cui avrò la possibilità di tornare).

Il discorso “generico” inizia a spostarsi verso argomenti più

⁴⁴ Per quanto mi riguarda, durante il discorso informale (e anche nel successivo consulto riservato ad Atut), mi sono limitato ad annotare le varie posizioni e in alcuni casi a chiedere chiarimenti.

specifici. Il terapeuta chiede ai partecipanti di raccontare le loro esperienze di malattia e di spiegare se hanno, in precedenza, utilizzato la medicina “tradizionale”. Anche Suratni (la mia accompagnatrice) racconta quel che ha sperimentato personalmente. Nel passato le sono state diagnosticate delle cisti alle ovaie e al seno (diagnosi avvenuta nel contesto biomedico di una clinica) che sono scomparse dopo 3 mesi di cure “tradizionali” a base di un estratto di frutti del *makota deva*⁴⁵.

A questo punto, la donna anziana esce di scena; le vengono consegnate le due bottiglie di *jamu* e di conseguenza la sua visita è terminata. È il momento di Atut. In questa fase sarà infatti libera di narrare (per la prima volta in questo ambito) la sua esperienza specifica.

La lavoratrice trentenne racconta nuovamente la sua vicenda di sofferenza (12 anni di forti dolori localizzati allo stomaco, alla schiena, ai glutei, alle gambe e agli avambracci). Aggiunge anche che il dolore è così persistente da aver perso ogni speranza di guarigione (ricorda anche in questo ambito il suo “passaggio” inefficace nella clinica convenzionata con Sepatu). Rispetto alla narrazione ascoltata pochi minuti prima sul *Colt*, Atut inserisce però un elemento nuovo. Dichiarava, infatti, di avere l'impressione di adottare (nello specifico, di essere costretta ad adottare) uno stile di vita “poco sano” perché – durante l'orario di lavoro – beve poca acqua. La ragione di questo comportamento è molto concreta:

⁴⁵ È un albero di media grandezza molto diffuso nei cortili e lungo i vicoli. I suoi frutti sono delle bacche rosse, grandi quando una noce.

non voglio bere troppo in fabbrica per non essere costretta ad andare spesso al bagno.

Se mi assentassi per troppi minuti dalla mia postazione, il caporeparto potrebbe sanzionarmi.

Con questa affermazione, Atut termina la propria narrazione e si prepara ad ascoltare le risposte terapeutiche che il guaritore le proporrà.

Prima di proseguire, riporto (schematicamente) quattro considerazioni sul tema dell'acqua nell'ambito della malattia di Atut e degli altri interlocutori.

Da parte del guaritore, la possibilità che un consumo non sufficiente o sbagliato di acqua sia la causa della sofferenza è largamente accettata. In effetti, egli parla di “acqua pura” e di “acqua contaminata” *prima* che Atut intervenga e espliciti i suoi sospetti sulla causa del male. Intervistando Citra, ho anche la conferma che l'eziologia legata all'acqua è stata utilizzata in altre situazioni. Il malato che la leader sindacale accompagna dallo stesso guaritore tradizionale ha dei problemi di fegato che vengono attribuiti (di nuovo) allo scarso consumo di acqua nel corso della giornata.

All'interno dei saperi del terapeuta, l'acqua occupa lo stesso campo degli alimenti che possono causare delle malattie. Come il consumo eccessivo di pietanze fritte (e di bassa qualità) anche “bere poco oppure bere male” provoca i problemi al fegato del lavoratore e i dolori localizzati di Atut. L’”antidoto” per questa aggressione di agenti esterni è una bevanda (il *jamu*) che dovrebbe ristabilire la purezza al corpo. L'immagine della pulizia (il corpo puro) è molto utilizzata dal terapeuta, che di fatto polarizza alimenti e comportamenti; acqua-bianca e *jamu*

contro acqua-contaminata, alimenti fritti contro alimenti sani, disordine alimentare contro dieta equilibrata e così via. Anche la sua terapia non è solo “farmacologica”, perché insiste molto sulla necessità di ristabilire la purezza con comportamenti (compreso lo stile di vita) considerati più appropriati.

Una seconda osservazione è invece legata al concreto “problema dell'acqua” presente nelle aree della mia ricerca. Troppo costosa, spesso insufficiente per tutti i componenti familiari o “difficile” da bere durante l'orario di lavoro, l'acqua-pura e il suo consumo sono aspetti logistici non semplici da risolvere.

Sul piano del sindacato, stabilire una categoria di “rischio” (lo scarso consumo di liquidi durante il lavoro) causata dalle condizioni lavorative è un'azione con uno specifico peso “sindacale”. Anche se la questione dell'acqua non è inserita in specifiche campagne, è chiaro che “criticare” lo stato del lavoro in fabbrica è allo stesso tempo una rivendicazione con precise finalità. Citra mi informa, per esempio, che il suo sindacato è impegnato in una campagna per la riduzione dei contratti “a cottimo” molto frequenti nelle industrie tessili più piccole. In queste fabbriche, il salario dipende dal numero di pezzi che ogni operaio è in grado di completare al termine del proprio turno, situazione che (nell'analisi di Citra) rende le condizioni di lavoro molto critiche e (tra le altre cose) riduce le pause per mangiare e per bere.

Da un punto di vista generale, le organizzazioni sindacali (all'interno dell'ambito della mia etnografia) sono responsabili della produzione culturale di significati relativi alla realtà sociale. I miei interlocutori creano il loro sistema di significati attingendo anche ai saperi che i gruppi sindacali cui

appartengono producono continuamente. La malattia di Atut non è semplicemente un generico “dolore”, ma è allo stesso tempo vista come la conseguenza diretta di una specifica condizione lavorativa.

Tutti i miei interpellati (compresa Atut) sono iscritti ad un sindacato. Partecipano settimanalmente alle attività collettive del loro gruppo, tra cui piccole feste nei giorni di riposo e seminari sul tema del lavoro e della sicurezza sociale. Gli iscritti allo stesso sindacato sono anche legati da stretti rapporti di amicizia e di solidarietà (che mettono sullo stesso piano operai e leader). La circolazione di saperi è di conseguenza molto facilitata dagli incontri e dai continui scambi di idee. In questo senso, non mi sembra corretto parlare di “produzione di significati” da parte di un’istituzione autoreferenziale; ho al contrario osservato una produzione collettiva di un senso sempre messo in discussione e rinnovato. Il senso prodotto dal sindacato (per esempio i dolori articolari letti come malattia professionale) viene sempre incorporato (e riorganizzato) a livello individuale e a livello del micro-gruppo. La base biologica della sofferenza di Atut, per esempio, viene associata, nel corso dei 12 anni, al problema delle condizioni lavorative in fabbrica. Questo meccanismo non è “imposto” da una logica sindacale, ma prende forma progressivamente in base agli incontri che Atut ha fatto con altri lavoratori che vivono una situazione analoga.

Non credo invece che gli stessi sindacati abbiano un ruolo determinante nella formazione dei saperi e delle eziologie del guaritore “tradizionale” che visita Atut. La sua autonomia è confermata anche dal fatto che lavora con una gamma di clienti molto variegata: non solo opererai ma anche studenti,

neonati, bambini e pazienti benestanti⁴⁶.

Infine, il tema dell'acqua può essere inserito in un discorso culturale più ampio che ho registrato durante la ricerca. L'acqua-pura (come ho già detto nel capitolo 5) non è semplicemente una bevanda che disseta; nella visione dei miei interlocutori è infatti anche uno strumento che garantisce maggiore salute. In modo del tutto simile ai saperi del terapeuta di Atut, molti interlocutori intendono l'acqua di qualità come un “farmaco” capace di neutralizzare gli alimenti impuri che vengono ingeriti. Tutti i soggetti intervistati, quando si parla della loro salute, dichiarano infatti di mangiare e di bere “male” e, in alcuni casi, di dover assumere *jamu* per correggere questo comportamento.

Atut è stata ascoltata e – al termine della sua narrazione – ottiene due tipi di risposte. La prima è quella “farmacologica”: il terapeuta esce infatti nel suo giardino e raccoglie da un albero un mazzetto di foglie che la paziente dovrà applicare alla parti del corpo indolenzite per mezzo di un impacco. Consegna anche ad Atut due bottiglie di *jamu* precedentemente prodotte nel laboratorio di casa.

Parallelamente, il terapeuta consiglia alla donna di mangiare e bere meglio (osservando i consigli alimentari di cui si è discusso nella prima parte del consulto) e di essere fiduciosa che farmacopea e dieta garantiranno la sua completa guarigione. In altri termini, il suggerimento è quello di passare

⁴⁶ Durante l'intervista con il terapeuta, emerge che la sua formazione è molto distante dall'ambiente operaio e sindacale. Dichiarò infatti di aver imparato tecnica e saperi dal padre (un dipendente “non medico” di un ospedale militare di Jakarta), che come secondo lavoro faceva il guaritore.

dalla “rassegnazione” alla convinzione (o certezza) di poter guarire.

La visita si conclude con la consegna della busta (l'offerta di 50.000 rp) e con una serie di convenevoli. Sulla via del ritorno verso casa, Atut afferma di essere molto soddisfatta del consulto; ha ottenuto l'ascolto da parte del terapeuta e, soprattutto, si sente più fiduciosa di poter guarire definitivamente.

In conclusione, l'acqua occupa trasversalmente la visione di Atut, quella del gruppo-sindacato e quella di un guaritore tradizionale. I tre soggetti concordano, infatti, sul fatto che la causa del male dell'interlocutrice sia un consumo non adeguato di liquidi durante i turni di lavoro in fabbrica. In altri termini, terapeuta, paziente e sindacato utilizzano lo stesso modello per spiegare lo stato di sofferenza della lavoratrice. Inoltre, “parlare di acqua” permette ad Atut di narrare la propria sofferenza ad un guaritore tradizionale e di denunciare la propria specifica condizione lavorativa alla leader del sindacato cui è iscritta.

11

Altre esperienze di malattia

Nelle prossime pagine, completerò la trascrizione dei dati etnografici relativi agli interlocutori che a fine 2009 lavorano da Sepatu, Kaleng, Karpu&Sendok e in altre industrie tessili minori⁴⁷. Ho diviso il materiale sulla base di quattro blocchi tematici. Al contrario, l'asse dei costi delle terapie, dell'accesso alle strutture sanitarie e al budget familiare/individuale sono trattati contestualmente ad ogni esperienza di malattia che descrivo. Di alcuni interlocutori, ho già parlato nel capitolo 6 (in cui il *focus* è sugli incipit delle narrazioni); altre vicende sono invece trascritte per la prima volta.

Biomedico o “tradizionale”?

Ho già scritto della vicenda di Kokon⁴⁸. Per ricapitolare, la donna (30 anni di cui 15 come operaia da Sepatu) ha narrato dei propri dolori articolari e della febbre alta che colpisce suo

⁴⁷ Tora e Sugeng, per motivi diversi, hanno perso il lavoro. Parlerò della loro esperienza nel capitolo 12.

⁴⁸ Più nello specifico, mi sono concentrato sulla diversa “tecnica di narrazione” utilizzata da Kokon per parlare della propria sofferenza e di quella del figlio. Nel primo caso, il tempo di avvio della malattia è molto vago mentre la febbre del figlio viene collocata in un punto preciso del calendario.

figlio. Nei due casi, il percorso terapeutico è segnato da un rapido passaggio (non risolutivo) nel sistema ospedaliero seguito dal ricorso alla medicina “tradizionale”.

Kokon soffre di dolori a gambe e braccia e sulla sua sofferenza non aggiunge altre informazioni; infatti salta direttamente alla descrizione della fase terapeutica. La donna si fa visitare in una clinica convenzionata e gratuita dove (cito le sue parole) i medici “danno risposte inadeguate”. A questo punto, ci sono due possibilità; il trattamento nell'ospedale principale dell'area oppure l'agopuntura. Kokon percepisce un salario di 1.500.000 rp, vive con il marito (operaio in un'industria alimentare di Tangerang) e i due figli. La soluzione biomedica ha un costo per sessione di 2 milioni di rupie e la donna giavanese è al corrente del fatto che le potrebbe essere prescritta una serie di 3-4 sessioni. L'agopuntore, invece, garantisce l'efficacia in una sola seduta che costa 50.000 rp.

Come ho già detto, il figlio di Kokon, ad una settimana dalla nascita, cade malato. I genitori lo portano alla clinica convenzionata dove vengono somministrati dei farmaci. Dopo due consultazioni, il bambino continua a peggiorare (la madre se ne accorge perché ha la febbre sempre più alta). A causa dell'urgenza, non c'è il tempo di trasportare il malato all'ospedale principale e Kokon e il marito decidono di rivolgersi ad uno specialista che abbina agopuntura e fitoterapia⁴⁹. La terapia del figlio della mia interlocutrice prosegue a questo punto in ambito “tradizionale”. A parte le sedute di agopuntura, al bambino vengono anche

⁴⁹ Kokon precisa che l'ospedale principale è molto lontano da casa sua e occorrerebbero alcune ore di viaggio per raggiungerlo. Al contrario, il guaritore “tradizionale” opera nello stesso quartiere.

somministrate delle “foglie schiacciate”.

Kokon dichiara che sia la propria terapia (agopuntura) sia la terapia del figlio (agopuntura e fitoterapia) sono state totalmente efficaci e risolutive. Precisa poi che considera la medicina “tradizionale” molto efficace per una vasta gamma di malattie (anche quelle più “gravi”). La biomedicina ha, invece, molti svantaggi, tra cui la difficoltà a raggiungere l'ospedale (in termini di distanza), il problema della burocrazia per accedere ai servizi e il prezzo troppo elevato delle prestazioni non coperte dall'assicurazione. Un ultimo dato riguarda, infine, l'utilizzo di “farmaci” da parte di Kokon e dei suoi familiari. Solo i figli utilizzano farmaci di sintesi (l'interlocutrice cita una serie di marche a base di Paracetamolo). Tutta la famiglia, invece, beve quotidianamente del *jamu* (acquistato dai venditori oppure prodotto in casa); Kokon definisce questa bevanda “molto efficace e naturale, a differenza degli altri farmaci che sono troppo chimici”. Al figlio più piccolo, ella prepara anche delle “polpettine” energetiche a base di erbe medicinali e riso. In conclusione, Kokon dichiara che tenta sempre di assicurare cibo di qualità (“sano ed energetico”) per sé e per la sua famiglia.

Didin (33 anni, lavoratore presso l'industria di scarpe sportive Sepatu al reparto di taglio dei materiali) è invece un utilizzatore “non soddisfatto” della medicina “tradizionale”. In passato, ha infatti sofferto di dolori allo stomaco e per questo è stato ricoverato in ospedale. Non vede miglioramenti e sceglie di farsi dimettere e successivamente visitare da un medico della *Puskesmas*. Didin continua però a soffrire. Il fratello gli suggerisce quindi un esperto di riflessologia dei piedi. La nuova

terapia (che egli decide di avviare) non si limita ai massaggi, ma comprende anche interventi di agopuntura e somministrazione di preparati vegetali. Didin è alla sua terza terapia, ma i dolori allo stomaco continuano. A questo punto egli cambia completamente tecnica, recuperando dei saperi che ha imparato da giovane durante un corso di Karate; in pratica Didin si cura attraverso la meditazione e ottiene degli ottimi risultati. Alla fine dell'intervista, mi spiega di avere grande fiducia nell'efficacia della meditazione e nei “poteri della mente sul corpo”; aggiunge poi che sta insegnando le stesse tecniche anche alla moglie e ai figli.

La vicenda di Jono (decritta nel capitolo 6) riguarda invece due casi di TBC che colpiscono il figlio e la moglie dell'interlocutore. Il processo terapeutico è molto diverso da un caso all'altro. Il figlio, infatti, si ammala all'improvviso, provocando una fortissima preoccupazione nei genitori; viene quindi ricoverato per 3 notti in un grande ospedale e curato con mezzi farmacologici per 9 mesi. Urgenza e preoccupazione hanno spinto Jono e la moglie ad utilizzare il sistema biomedico anche se non possono permetterselo e non otterranno un rimborso per i costi della cura (in totale 7 milioni di rupie). Al contrario, la moglie – che si ammala della stessa malattia – viene curata presso una *Puskesmas* dove le prestazioni sanitarie sono gratuite e associa, ai farmaci di sintesi, *jamu* e “polpettine” energetiche di riso. Jono mi avverte poi che il figlio è completamente guarito mentre la moglie (che si è ammala a qualche mese di distanza dal bambino) alterna momenti in cui si sente bene a periodi in cui ha la febbre e non riesce ad uscire di casa.

Medicina “tradizionale”; nuove visioni e tecniche

Citra (la leader sindacale presente al consulto dal guaritore tradizionale) è una interlocutrice “sana”, nel senso che dichiara di non aver mai sofferto di nessun disturbo. Le propongo quindi di parlarmi dell'idea che si è fatta sulle diverse offerte sanitarie (la donna giavanese ha 33 anni, è responsabile sindacale presso Sepatu ed è single).

L'interpellata mi propone un'analisi del panorama sanitario presente sul terreno della mia ricerca. Nella sua visione, la sanità – gestita da diversi operatori pubblici o privati – avviene su base commerciale ed è quasi sempre finalizzata all'ottenimento di un profitto. Sul piano dell'offerta sanitaria operata da società private (come quella con cui Sepatu stringe accordi prima del 2003), è evidente che la medicina sia più un'attività commerciale che un servizio. È invece meno chiaro cosa intenda Citra per “medicina tradizionale commerciale”. Ella spiega che esiste una etnomedicina molto pubblicizzata in televisione, con delle dimostrazioni porta-a-porta e nei maggiori luoghi di ritrovo (per esempio all'uscita delle fabbriche). Ad essere commercializzati sono rimedi naturali, farmaci alternativi rispetto a quelli disponibili nelle farmacie e varie pratiche di massaggio. Citra è al corrente, però, di vere e proprie truffe in questo ambito; i commercianti venderebbero dei prodotti (o servizi) totalmente inefficaci facendo di fatto “sprecare” denaro ai loro clienti. Le proposte dei presunti truffatori sono oltretutto molto allettanti; utilizzano infatti le tecniche pubblicitarie e mettono in vendita dei prodotti di cui

c'è una grande domanda⁵⁰. In effetti, è probabile che il “miracoloso farmaco antidolorifico” attiri molti potenziali clienti⁵¹. A parte le vere e proprie truffe, Citra mi segnala anche che in alcuni casi la medicina “tradizionale” (in questo caso si riferisce alla riflessologia, all'agopuntura, alla fitoterapia e così via) ha un costo troppo elevato. Mi racconta che un suo collega della Sepatu ha avuto in passato dei problemi ad una gamba ed è stato curato per diversi mesi da un massaggiatore. Il prezzo di un massaggio è stato di 600.000 rp, lo stesso prezzo di una prestazione in un ospedale altamente specializzato. L'interlocutrice insiste sul fatto che non esiste una medicina in assoluto più efficace; al contrario, è necessario valutare costo ed efficacia e non cadere nella “trappola” della “medicina tradizionale commerciale”. Aggiunge poi che la biomedicina è il sistema migliore (in termini di costo/efficacia) perché è in grado di risolvere tutte le malattie, comprese quelle più gravi. La medicina “tradizionale” è, invece, l'offerta a cui molti lavoratori si rivolgono perché non possono permettersi le cure biomediche oppure perché non riescono ad accederci (per i limiti dei singoli programmi assicurativi). Citra conclude che solo la medicina “tradizionale” operata da specialisti seri e onesti può rappresentare un'alternativa valida ed efficace rispetto alla biomedicina.

⁵⁰ Tra le tecniche utilizzate, che ho osservato, ci sono le dimostrazioni in strada (per esempio ai cancelli delle fabbriche). In questo caso, un venditore allestisce una postazione con tavolo (su cui sistema i farmaci che propone) e altoparlanti per attirare i clienti.

⁵¹ Ho personalmente osservato le tantissime proposte commerciali, in modo particolare di farmaci naturali. Nella maggior parte dei viaggi in pullman, ho infatti assistito alla dimostrazione di uno di questi “farmaci miracolosi” o di qualche altra proposta “medica”.

Yayat e Kartono hanno un ruolo attivo nel “commercio” di medicina “tradizionale” perché, come secondo lavoro, vendono servizi terapeutici e farmaci.

Yayat, per esempio, è un giovane lavoratore venticinquenne dell'industria di lattine per bibite (Kaleng). È single e vive insieme ad altri colleghi nella sede locale del sindacato di cui è membro. A parte l'attività di operaio, ha anche un secondo lavoro che gli permette di arrotondare il suo salario di lavoratore non qualificato. Yayat si definisce un esperto di *reflexi* (la riflessologia alla pianta del piede) che pratica con dei magneti. Proseguendo l'intervista, capisco però che c'è dell'altro. L'interlocutore – per imparare la tecnica – ha infatti seguito un corso a pagamento organizzato da una società indonesiana che distribuisce e commercializza dei farmaci cinesi⁵². I massaggi di Yayat sono inseriti in una strategia commerciale che lui stesso chiama con il termine inglese “*multi-level marketing*”. In breve, la società per cui lavora organizza delle dimostrazioni di prodotti e “regala” ai partecipanti una seduta di riflessologia. La vendita avviene porta-a-porta nelle case dell'area di Tangerang; i potenziali clienti sono quindi lavoratori industriali.

Anche Kartono (che ha 27 anni e vive a casa con i genitori) ha un secondo lavoro. A parte l'attività di operaio presso Kaleng, è infatti un “rivenditore di Propoli”. Mi mostra le bottigliette

⁵² Yayat mi mostra una confezione di compresse e un catalogo con la lista di farmaci in vendita. Sono in genere integratori alimentari di sintesi oppure naturali. Egli stesso utilizza uno di questi farmaci; è un integratore energetico a base di “ormoni maschili” che Yayat sostiene di assumere da alcuni mesi per preparare il suo corpo al matrimonio imminente.

del prodotto e un volantino che elenca tutti i disturbi che il Propoli può curare. Kartono afferma che è molto difficile vendere il Propoli perché non è un farmaco conosciuto e i clienti non credono che possa essere efficace per così tante malattie. In breve, la sua strategia è di mostrare il volantino⁵³ e di citare i casi di efficacia che ha vissuto sulla sua pelle (anche lui è infatti un consumatore di Propoli).

Tornare al villaggio, terapie di villaggio, tecniche sovranaturali

Quando un lavoratore immigrato rientra al villaggio d'origine, lo fa – in alcuni casi – per delle ragioni terapeutiche.

Il percorso terapeutico di Herman comprende, per esempio, un viaggio verso l'area in cui è nato (Jawa Tengah). L'operaio giavanese ha 32 anni e da 15 lavora presso Sepatu; la moglie (con cui ha avuto figlio) lavora nel settore tessile (il loro reddito complessivo è di 3 milioni di rupie al mese). Herman in passato ha sofferto di dolori alle articolazioni (è molto vago sulla localizzazione) e per questo si rivolge prima ad una clinica convenzionata e poi ad un guaritore “tradizionale” nella zona di Tangerang. Le due terapie sono completamente inutili ed egli organizza un viaggio al villaggio d'origine per farsi visitare da uno specialista. La terapia comprende quattro sessioni (il costo totale è di 200.000 rp); Herman viene cosparso d'olio,

⁵³ Il volantino è un “catalogo” con le fotografie dettagliate delle patologie che il Propoli è in grado di risolvere (dermatiti e gengiviti in modo particolare). C'è poi un testo scritto che spiega le proprietà di “antibiotico naturale” del prodotto.

sostanza poi rimossa energicamente con un raschietto. Il dolore sparisce del tutto.

Anche Farel sceglie una “terapia al villaggio” per curare sua figlia. L'informatore (trentenne) appartiene al gruppo di lavoratori di Garpu&Sendok. Quando ha due anni, la figlia “ha dei problemi di salute” (riporto le parole di Farel). Per prima cosa i genitori le danno dei farmaci antidolorifici, poi la portano in ospedale. La bambina viene visitata da un medico “di base” e poi da uno specialista che prescrive una cura farmacologica che dura nove mesi. Egli afferma:

le medicine prescritte durante i nove mesi sono sempre le stesse e non ci sono miglioramenti visibili. Interrompiamo la terapia (prima del termine) e decidiamo di portare la bambina dalla nonna al villaggio d'origine.

La suocera di Farel prepara un *jamu* speciale (gli ingredienti principali sono dei panetti di zucchero scuro) e lo somministra alla malata per qualche giorno. La bambina rientra a Jakarta “guarita” secondo i genitori e secondo il medico specialista (che la visita per la seconda volta).

Irfan e Bimo hanno da raccontare una terapia di villaggio che riguarda la “magia nera”.

Irfan ha 38 anni ed è operaio da Garpu&Sendok. Mi racconta della sua epatite (diagnosticata durante un controllo in una clinica). I medici gli hanno suggerito una cura farmacologica (a base di integratori e vitamine) che egli segue per pochissimi giorni, perché la considera troppo costosa. In alternativa, assume un rimedio fitoterapico a base di zenzero preparato dalla moglie (è stato un vicino di casa a insegnare la ricetta). La

narrazione prosegue quindi con un'altra esperienza di malattia che Irfan ha vissuto “indirettamente”. Un mattino (8 anni prima dell'intervista), la moglie si sveglia in uno stato confusionale; è intorpidita e non riesce a camminare. Dichiarò poi di aver fatto, un sogno in cui dei ragazzi la toccavano. Irfan la porta dal dottore, che diagnostica il tifo e le consegna una cura specifica. Dopo una settimana, la moglie peggiora visibilmente e sono i vicini di casa, vedendola, a suggerire che il problema è legato alla “magia nera”. A partire da questo momento e per quattro anni, la moglie di Irfan è in cura da diversi guaritori “tradizionali” (sia a Jakarta che nel villaggio d'origine della coppia), che provano a scacciare la malattia. Per esempio, un terapeuta tenta di trasferire la magia nera dal corpo della malata a delle uova. La tecnica prevede che il “nero” della malattia venga assorbito dal “bianco” delle uova (a contatto con la pelle), che poi verranno rotte e mescolate con semi, funghi e capelli. In generale, tutti i guaritori che operano sulla moglie di Irfan dichiarano che la malattia in atto è “molto complicata” perché è in gioco la “magia nera”.

Partecipare a delle terapie che individuano e curano una malattia d'origine sovrannaturale è formalmente vietato ai membri della comunità musulmana (e quindi anche alla famiglia del mio interlocutore). Irfan mi dice però che è molto preoccupato per la moglie e di conseguenza il non rispetto della regola passa in secondo piano. Egli aggiunge di aver avuto una brutta esperienza con un terapeuta collegato al suo gruppo religioso; un guaritore mistico, che opera presso la moschea, ha infatti preteso il pagamento di una cifra in denaro molto elevata. Oltretutto, Irfan giudica totalmente inutile l'intervento del mistico, perché ha semplicemente suggerito alla

malata di pregare e di esporre in casa degli standardi con scritte religiose.

La donna, comunque, si sente decisamente meglio dopo la terapia con le uova. Irfan (e anche la malata) è però convinto che la persona che produce la magia ai danni della donna stia ancora operando.

Anche Bimo (31 anni, operaio da Garpu&Sendok) è sposato con una donna che è vittima di “magia nera”. L'iter terapeutico comprende una visita dal medico di base (poi in un ospedale convenzionato) e un trattamento farmacologico per tre anni. La coppia è però convinta che le medicine sono efficaci solo in parte e si rivolge quindi ad un *guru* che frequenta la loro stessa *masjid*⁵⁴. Lo specialista “scopre” che la donna è oggetto di “magia nera” da almeno 3 anni e per curarla effettua un salasso. In un secondo tempo, Bimo accompagna la moglie nella città d'origine (Cirebon) dove un guaritore mistico riesce a scacciare la malattia che abita la donna.

Le pratiche terapeutiche di cui mi parla Kirman (35 anni, operaio da Kaleng) non avvengono in un contesto di villaggio d'origine. Hanno, però, in comune con i casi di Farel e Bimo la concezione sovranaturale della malattia⁵⁵.

Kirman ha delle doti da “terapeuta mistico”, un'attività che

⁵⁴ Il *guru* è un maestro, in questo caso in senso religioso, mentre *masjid* è la moschea “piccola” o la stanza di preghiera. Una delle interpellate (Kokon) mi ha parlato di un altro sistema di assistenza “sanitaria” organizzato dalla moschea che frequenta. Ogni famiglia che fa parte della comunità versa infatti settimanalmente una piccola somma (per esempio 1.000 rp); con questo denaro si crea un fondo di assistenza riservato ai “più poveri” che viene utilizzato per finanziare eventuali spese mediche straordinarie.

⁵⁵ Sono Kirman, Farel e Bimo stessi a definire *gaib* (divine, sovranaturali) le malattie di cui mi parlano.

svolge in modo informale solo per amici e parenti (precisa infatti che non ha una clinica e non chiede compensi per le sue prestazioni). Anche la moglie è stata sua paziente perché, quando era in gravidanza, le furono diagnosticate (in una clinica) delle “pietre al fegato”. Kirman decide di gestire la malattia “in casa” (scartando l'alternativa biomedica e quella del guaritore tradizionale⁵⁶). Egli sostiene che “non è lui a guarire, ma Dio⁵⁷”; la sua tecnica prevede, infatti, la lettura ad alta voce del Corano e la preghiera (in presenza del malato). La terapia funziona (secondo l'interlocutore) perché i suoi “pazienti” hanno fede e sono convinti che Dio abbia le capacità di guarirli. Kirman non ha mai avuto problemi con le istituzioni religiose: la sua attività è infatti una forma di preghiera e non è svolta per ottenere un profitto economico. C'è un ultimo aspetto da annotare. Il mio interlocutore è convinto che la scelta della terapia “più adatta” debba essere bilanciata e oscillare tra il biomedico, il “tradizionale” e il “mistico-religioso”. Kirman sostiene che ogni malattia non può essere risolta da una singola pratica terapeutica:

in caso di malattia grave, ci si fa visitare da un medico, se è inefficace, si prova la terapia mistica. Nel caso in cui il malessere continui, si torna in ospedale. Le diverse alternative si bilanciano e vanno praticate in successione.

⁵⁶ Anche nella narrazione di Kirman c'è un riferimento all'acqua. La moglie, infatti, dopo la diagnosi nella clinica, si fa visitare da un guaritore tradizionale che le consiglia di bere molto per far scomparire le pietre dal fegato.

⁵⁷ Il contesto culturale e religioso è musulmano.

Guarire con la “JPK”. Curarsi senza la “JKP”

Supri e Ningsih sono fratello e sorella e lavorano entrambi alla Sepatu dove, dal 2003, tutti gli operai sono inseriti nel programma assicurativo JPK.

Supri, durante i suoi 7 anni nella fabbrica di scarpe, ha sofferto di tifo (nel 2005) e si è fatto operare all'intestino (nel 2007). Tutti i costi dei trattamenti sono stati rimborsati, perché egli è in possesso di una “kartu-JPK” (è bastato mostrare la carta all'accettazione dell'ospedale convenzionato per accedere ai servizi). In un altro caso, invece, la copertura assicurativa non è stata sufficiente. Il figlio dell'interlocutore viene operato agli occhi in un ospedale specializzato del centro di Jakarta; è una struttura (l'unica con l'attrezzatura per l'operazione) esterna al programma di previdenza sociale adottato da Sepatu (anche l'intervento oftalmico non fa parte del pacchetto di cure di JKP). Supri, in realtà, ha tentato di utilizzare un ospedale “convenzionato”. I medici si sono però limitati a somministrare farmaci per rallentare la patologia agli occhi e di fatto per posticipare l'operazione. Egli deve quindi pagare di tasca propria il conto finale dell'ospedale specializzato.

La narrazione di Supri dimostra una serie di grossi limiti del programma JPK. Il primo ospedale dove egli porta suo figlio è una struttura “specializzata”, ma di fatto l'intervento agli occhi è impossibile (e i medici fanno di tutto per evitarlo suggerendo, come alternativa, il trasferimento in un altro centro). C'è poi un secondo dato relativo alle diverse “classi di servizio” all'interno della stessa struttura sanitaria (per esempio l'ospedale di cui ho appena parlato). Supri spiega che un operaio assistito dal

programma JPK ottiene un trattamento di “terza classe”, mentre dirigenti e impiegati (sempre della Sepatu) hanno servizi di qualità superiore. La differenza tra “classi” influisce sul tipo di stanza (singola o comune) e sul tipo di assistenza da parte di infermieri e medici (per esempio, nelle stanze di “terza classe” i medici passano meno frequentemente).

Ningsih è totalmente critica rispetto al programma JPK. In effetti soffre da anni di dolori al petto e prova senza successo ad ottenere una visita specialistica. Definisce JKP un sistema per “evitare le malattie”, ma non per “risolverle” nel momento in cui capitano. Ningsih si è fatta visitare per 4 volte in una clinica raccomandata da Sepatu e si lamenta del fatto che il sistema è stato completamente inefficace. Nello specifico, i medici le hanno prescritto delle medicine e lei ha l'impressione che non vogliono farle degli esami approfonditi. Per questo motivo, ha chiesto una “sponsorizzazione” per accedere al livello più alto e specializzato del sistema sanitario, ma non ha ancora ottenuto risposte.

Mumum (38 anni, sposata con due figli) è una delle operaie che lavorano nella fabbriche tessili “minori” (circa 600 lavoratori) dell'area di Tangerang; è impiegata nel reparto di sartoria e lavora con un contratto “a obiettivo” (700 pezzi al giorno). Nella sua fabbrica, solo 100 dipendenti hanno un contratto a lungo termine; questo significa che tutti gli altri operai non hanno la previdenza sociale (per esempio, il programma JPK). La donna parla dei suoi due parti. Sono avvenuti nel 1994 e nel 1996, prima che ella iniziasse a lavorare. L'assicurazione del marito (che lavora come operaio) copre, però, il 50% dei costi sostenuti. La prima esperienza di parto è, a suo dire, negativa: avviene in un grande ospedale pubblico dove il medico è

irreperibile o “sempre di corsa”. Per il secondo parto, sceglie di rivolgersi ad un'ostetrica che conosce molto bene (sono amiche e vicine di casa); l'esperienza è molto positiva e Mumum si è sentita “a suo agio”. Occorre precisare che, in base al funzionamento del programma *Jamsostek*, i lavoratori vengono rimborsati per le terapie in ospedale e presso tutti gli altri specialisti sanitari (in questo caso l'ostetrica)⁵⁸.

Ci sono altri interlocutori che hanno descritto nei dettagli i limiti del sistema assistenziale.

Encum, per esempio (34 anni, operaia nella stessa fabbrica di Mumum), ha a che fare con una clinica interna alla fabbrica, perché ha dei forti dolori alla schiena e agli arti (come ho già anticipato nel capitolo 6). Il medico responsabile della struttura molto spesso non si presenta agli appuntamenti oppure arriva in ritardo. Le consultazioni sono quindi in mano a delle infermiere, che si limitano a somministrare o prescrivere delle medicine (nel caso di Encum degli antidolorifici). C'è dell'altro, perché la donna si lamenta del fatto che i farmaci che le vengono consegnati non sono sufficienti per farla star meglio. Encum è infatti convinta che soffrirebbe di meno se le consegnassero più medicine.

Eko è il “coinquilino” di uno dei miei intervistati. Mi racconta

⁵⁸ Naturalmente, c'è sempre il limite del “pacchetto” di prestazioni sanitarie comprese nell'assicurazione. In altre parole, i parti sono rimborsati mentre altre terapie (più specializzate) potrebbero non esserlo. Mumum è anche al corrente di un caso “limite” in cui la società dove lavora ha rimborsato le spese mediche presso un guaritore tradizionale. La vicenda riguarda una sua collega che si infortuna una gamba cadendo nel bagno della fabbrica. Il medico della clinica le consiglia di passare alla medicina “tradizionale” (fitoterapia); il datore di lavoro, in via eccezionale e fuori dal programma JPK, decide quindi di rimborsare la cura fitoterapica.

della vicenda del padre, operaio alla Sepatu che si ammala prima del 2003 (nel periodo, cioè, in cui la società “appalta” l’assistenza sanitaria ad una società privata). Eko tenta di far ricoverare il padre in un grande ospedale privato (dove è convinto che avrà più probabilità di guarire), ma la società privata lo impedisce, obbligandolo a utilizzare una delle cliniche raccomandate. Il livello qualitativo della struttura è molto basso (“peggio che in una *Puskemas*”); oltretutto, ai dirigenti di Sepatu (nello stesso periodo) viene concesso il ricovero in qualunque ospedale specializzato, mentre gli operai devono utilizzare le cliniche.

Un ultimo dato (trasversale) riguarda la possibilità di comprare un’assicurazione sanitaria aggiuntiva che copra le spese che *Jamsostek* non rimborsa. A tutti gli interlocutori ho posto la stessa domanda; se non avessero, cioè, preso in considerazione di stipulare una di queste assicurazioni. Le risposte si assomigliano molto, perché i costi delle previdenza sociale “integrativa e privata” (almeno 400.000 rp al mese per ogni assistito) sono troppo alti per dei lavoratori che guadagnano circa un milione di rupie al mese. Il limite di budget e quindi l’“obbligo” ad utilizzare una determinata medicina sono la caratteristica comune alla maggior parte delle narrazioni che ho registrato. In altre parole, gli interpellati *vorrebbero* utilizzare la biomedicina, ma non possono andare oltre la copertura assicurativa (limitata) garantita dal programma JPK. Nel momento in cui la malattia è “esterna” a questa copertura, si aprono le alternative “più economiche” delle medicine “alternative”. Ci sono però degli elementi che problematizzano questo schema generale, tra cui l’esistenza di pratiche

terapeutiche inefficaci (sia biomediche che “tradizionali”) descritte dagli interlocutori stessi, la possibilità di tornare al villaggio per farsi curare e la presenza di patologie considerate di origine sovranaturale. Le esperienze dei vari lavoratori (insieme a quelle di due ex operai di cui parlerò nelle prossime pagine) verranno riprese nella parte conclusiva del testo.

12

Fuori dalla fabbrica e dalla produzione

Durante il periodo della ricerca, Tora e Suseng hanno perso il lavoro perché una malattia non permette alla donna di essere operaia e perché il giovane lavoratore è stato licenziato per ragioni connesse alla salute.

Le due vicende hanno in comune il fatto che i soggetti sono completamente esterni al meccanismo del lavoro e della produzione industriale. Sul piano più pratico, questo significa che non hanno (più) i benefici della previdenza sociale e, naturalmente, che non possono contare sull'entrata mensile del salario.

La loro narrazione oscilla tra il “prima” (il tempo, cioè, in cui erano impiegati come operai) e il “dopo” la perdita del lavoro. Il racconto è anche focalizzato sull'evento di malattia (l'incidente in fabbrica) che i due protagonisti considerano il momento iniziale della loro sofferenza fisica, psicologica e sociale.

Tora e Suseng hanno sofferto di malattie dolorose per i loro corpi; nello specifico, l'amputazione di quattro dita e un serio problema dermatologico. Nel periodo della mia ricerca, le loro patologie erano di fatto cronicizzate sul piano medico; Tora ha ottenuto una protesi che sostituisce le dita amputate e Suseng è considerato un caso chiuso per la dirigenza aziendale e per i medici della clinica aziendale. La loro idea di guarigione, però, non coincide con quella prodotta nelle cliniche e negli ospedali. I due soggetti dichiarano, infatti, di soffrire di un male al quale i loro terapeuti non danno più un nome (dato che li hanno

dichiarati “guariti”), ma che ha delle conseguenze pratiche molto percepibili⁵⁹.

Essere disoccupati significa, anche, cadere fuori dal “sogno indonesiano” ed essere costretti ad occupare uno spazio nuovo e molto incerto. In altre parole, finisce la speranza di potersi costruire un futuro attraverso un contratto e un salario. I soggetti che vengono licenziati non fanno più parte di quel gruppo di “privilegiati” che con il lavoro possono migliorare la propria vita materiale.

La disoccupazione è un “male” a livello sociale anche perché chi perde il lavoro torna a carico del proprio gruppo di riferimento (nel caso di Tora dei genitori, in quello di Suseng degli amici del sindacato) e diventa un membro passivo che non contribuisce alle entrate mensili.

Infine, i due intervistati hanno inserito la loro sofferenza dentro un meccanismo di “rivendicazioni sindacali” e di richiesta di compensazioni per le ingiustizie che pensano di aver subito. Il piano della salute si incrocia quindi con due istituzioni (un sindacato e una ONG di tutela legale) che aggiungeranno significati alla malattia, modificando le visioni dei due interlocutori.

Le dita di plastica

La prima vicenda riguarda la sofferenza di Tora, la giovane lavoratrice che perde quattro dita della mano destra in un

⁵⁹ Il loro incidente sul lavoro (il male iniziale) ha un nome preciso. È invece più vago definire la sofferenza dopo che gli specialisti biomedici e le dirigenze aziendali hanno chiuso il loro caso (definendoli , appunto, “guariti”).

incidente sul lavoro⁶⁰.

Ho conosciuto Tora nei locali di una ONG che offre assistenza legale gratuita a persone (e in modo particolare a operai) che non possono permettersi un avvocato. La vicenda di Tora è significativa, perché è uno dei rari casi in cui l'oggetto del contendere è un incidente professionale e di conseguenza un fatto connesso alla salute del lavoratore. I volontari e i ricercatori in giurisprudenza che collaborano con l'ONG mi hanno informato che la maggioranza dei casi trattati sono dispute legate al salario, ai termini del contratto di lavoro e ai licenziamenti. Di nuovo, la salute e la malattia sono subordinate ad altre questioni; anche i dibattiti giuridici (e le cause contro un datore di lavoro che non osserva i regolamenti) danno, infatti, priorità a problemi di denaro e di salario.

Tora non è un'operaia tessile, occupa però la stessa area culturale e geografica degli altri miei interlocutori. Nello specifico, lavorava in un'industria elettronica (a Cikarang, nell'area Jabotabek) che produce componenti per televisori. Non è iscritta ad un sindacato e viene a conoscenza della ONG grazie alla segnalazione di un'amica. Tora è anche in contatto con i volontari di un'altra organizzazione che si focalizza sulla protezione dei diritti delle operaie salariate. Quest'ultimo gruppo è molto giovane (è operativo da appena 2 anni) ed è gestito da membri di *background* sindacale, giuridico e da semplici attiviste impegnate nella lotta per i diritti civili. Il gruppo (composto da sole donne) è stato creato per rilevare e denunciare i casi di violenze sessuali sul luogo di lavoro e di malattie professionali. Le attiviste con cui parlo mi spiegano che (per quanto riguarda la salute) troppo spesso i problemi

⁶⁰ Ho parlato della narrazione e del modo di narrare di Tora nel capitolo 6.

vengono ignorati dai sindacati, che preferiscono concentrarsi su questioni di salario e battersi per un aumento della busta paga. C'è poi un secondo dato significativo: anche gli operai tengono a dare poco peso ai propri bisogni sanitari e si limitano a gestire le situazioni di emergenza. Infatti, i “casi di malattia”, di cui il gruppo di donne si occupa, sono davvero esigui. Le attiviste precisano che questo dato non significa che ci siano poche malattie professionali; capita però che gli operai ignorino il problema se la malattia non impedisce loro di lavorare. La situazione è, invece, diversa sull'altro terreno di azione del gruppo (le violenze sessuali). Con molte difficoltà, le attiviste riescono comunque a convincere le vittime a venire allo scoperto e a denunciare i colpevoli. Nello spazio della mia ricerca non ho voluto approfondire il tema delle violenze sessuali sul posto di lavoro da parte di capireparto o superiori. In ogni caso, nessuno dei miei interlocutori ha denunciato situazioni di questo tipo, neppure relative a colleghi o conoscenti⁶¹.

Tornando a Tora, la sua presenza nella ONG che fornisce aiuto legale – e la sua partecipazione al gruppo di donne – sono delle eccezioni e non hanno molti precedenti. Tora rappresenta, infatti, un problema (di salute) che lei stessa non può ignorare e che ha modificato radicalmente la sua biografia. Circa un anno prima del nostro incontro, a Tora capita un

⁶¹ Le attiviste mi spiegano che le violenze sessuali sul posto di lavoro sono relativamente diffuse, ma che vengono (come è prevedibile) taciute dalle vittime e dagli autori. Raccogliendo le interviste con gli interlocutori e durante i colloqui informali, non sono mai emersi casi concreti di violenze presso Sepatu, Kaleng, Garpu&Sendok o nelle altre industrie “minori”. Stupri e violenze sono sempre descritti come qualcosa che riguarda gli “altri” (per esempio, l'altra fabbrica, l'industria più piccola oppure i lavoratori di un'altra area industriale).

incidente sul lavoro. L'operaia è seduta alla postazione nella linea produttiva di televisori e il suo compito è saldare una parte del circuito elettronico. Durante la fase di saldatura, qualcosa va storto; l'attrezzo con cui Tora sta lavorando scoppia e lei rimane gravemente ustionata alla mano destra. Viene rapidamente portata in ospedale dove la operano d'urgenza; i medici riescono a “salvare” la mano ma dovranno amputare quattro dita che sono troppo danneggiate dall'esplosione. Dopo pochi mesi, la dirigenza della società le paga una serie di visite specialistiche e una protesi da applicare all'avambraccio. La vicenda di Tora termina (da un punto di vista medico) nel momento in cui le viene consegnata questa protesi che permette un nuovo e limitato uso della mano. La donna è considerata “guarita” dai medici e il suo fascicolo viene chiuso anche dal datore di lavoro. In altri termini, la mano “funziona di nuovo” e la vittima dell'incidente ha ottenuto un rimborso completo per prestazioni mediche e articoli ortopedici. Medici e datori di lavoro hanno fatto il possibile per risolvere il problema dell'incidente⁶².

Com'è prevedibile, la sofferenza di Tora non finisce nel momento in cui le ferite si rimarginano. Ci sono due ambiti fondamentali che rendono dolorosa la nuova vita della giovane donna. La perdita del lavoro e la disoccupazione sono gli aspetti più centrali; Tora non è più in grado di lavorare come operaia elettronica specializzata e per questo la società per cui era impiegata è costretta a licenziarla. Oltretutto, sarà molto difficile trovare un nuovo lavoro perché la sua manualità è molto compromessa. In breve, la donna, insieme all'uso della mano, ha perso anche il salario e la possibilità di avere dei salari

⁶² Occorre precisare che a Tora non viene pagata una pensione d'invalidità da parte del *welfare* governativo e che la donna non è stata inserita in programmi previdenziali privati.

in futuro.

C'è poi un aspetto connesso ai rapporti che Tora stabilisce con il gruppo. La giovane donna dichiara di sentirsi “diversa” rispetto ad amici e familiari per motivi estetici e perché l'amputazione limita molto la sua vita pratica. In effetti, tenta sempre di nascondere la sua “diversità” coprendo la protesi con magliette a maniche lunghe e cercando di utilizzare il più possibile la mano sinistra. È chiaro, però, che il mondo di Tora è cambiato radicalmente dopo l'amputazione.

La donna si è rivolta alla ONG di sostegno legale, perché vuole ottenere delle compensazioni dall'azienda dove lavorava. Infatti, è stata avviata una causa legale che è ancora in corso a fine 2009. Intervisto Tora proprio in occasione di un suo incontro con i legali della ONG che seguono la causa e con il gruppo di donne di cui fa parte. Tutta la vicenda (dall'incidente agli sviluppi successivi) è interpretata in termini giuridici e finalizzata ad un preciso obiettivo da raggiungere in tribunale. La sofferenza è “attestata” su carta: Tora mi mostra, infatti, il fascicolo che illustra il suo caso. Vengono descritte in dettaglio tutte le fasi dell'incidente, dell'operazione in ospedale e del decorso. Sono anche allegate delle foto dell'arto ustionato (poche ore dopo l'esplosione) e della mano dopo l'amputazione.

C'è poi l'aspetto legato alla protesi, che l'interlocutrice indossa e “nasconde” sotto le maniche della sua maglietta. Durante il colloquio, le viene chiesto di toglierla, anche per farmi capire meglio la natura dell'incidente. Faccio subito presente che – per la mia ricerca – non è indispensabile “vedere” i segni della malattia. Ma Tora mi spiega di essere abituata e di non vergognarsi.

L'incidente e, soprattutto, la sofferenza che Tora sta ancora vivendo, diventano oggetto di una contesa giuridica. Le

narrazioni (prodotte dalla donna giavanese) e la sua visione della vicenda sono molto influenzate dal nuovo contesto in cui la sofferenza è inserita. L'interlocutrice si “muove” con il fratello che ha un ruolo molto attivo e che la aiuta nelle questioni pratiche. Insieme, trasformano una sofferenza che – dopo la consegna della protesi – non ha più un nome in una sofferenza molto specifica. In altri termini, Tora e il fratello sono in grado di elencare tutte le conseguenze dell'incidente. Allo stesso tempo, polarizzano la sofferenza e la indirizzano verso un preciso obiettivo di recupero (economico) del benessere. Tora è perfettamente consapevole di non poter guarire sul piano fisiologico, perché il suo disagio non può cessare. Quello per cui si batte è un obiettivo che – necessariamente - “ignora” la salute del corpo e tenta di ristabilire il benessere materiale.

Questioni di pelle

Suseng è un ex lavoratore di una delle fabbriche tessili “minori” di Tangerang. Fino al 2003, è stato impiegato in un reparto di tintura; il suo compito era di gestire il sistema di “vasche” in cui il tessuto viene immerso per essere colorato.

L'industria è di piccole dimensioni e poco meccanizzata; egli mi spiega che i lavoratori responsabili della tintura devono riempire e lavare le “vasche” manualmente. Inoltre, ai locali del reparto e alle apparecchiature (per esempio le taniche utilizzate per diluire e trasportare le sostanze chimiche) non viene fatta manutenzione da anni. Suseng parla di un ambiente di lavoro malsano, con il pavimento scivoloso perché impregnato di tintura e con sistemi antinfortunistici inesistenti o troppo vecchi.

Suseng prosegue la narrazione precisando le condizioni di lavoro.

Anche se le varie mansioni al reparto di tintura sono molto “pericolose”, l'industria tessile non fornisce abbigliamento e scarpe speciali ai “tintori”, che indossano la stessa divisa aziendale degli altri lavoratori (maglietta e pantaloni leggeri). Ai piedi, Suseng e colleghi portano, invece, un semplice paio di sandali.

Le diverse fasi in cui egli e i suoi colleghi diluiscono i prodotti chimici e immergono il tessuto sono rischiose perché, molto spesso, la tintura si rovescia sul pavimento andando a contatto con piedi, gambe e braccia. In altre parole, oltre all'ambiente di lavoro poco ventilato (nonostante si utilizzino tinture tossiche), ci sono anche dei concreti rischi di contatto diretto con le sostanze.

Dopo pochi mesi al reparto di tintura, Suseng scopre di avere delle “pustole” (su spalle, braccia e gambe) e vede che la pianta dei piedi è completamente irritata. Nonostante abbia molto male (soprattutto ai piedi), decide di non andare da un medico specialista perché ha paura di non potersi permettere la spesa. Occorre ora precisare che, all'epoca dei fatti, egli non faceva parte di un sindacato e presso la sua industria non era attivo un programma di previdenza sociale del tipo *Jamsostek*. A disposizione dei lavoratori, c'è soltanto una clinica interna alla fabbrica dove il personale sanitario è direttamente stipendiato dalla dirigenza aziendale.

Suseng mi spiega poi il motivo per cui – dopo aver scoperto i problemi di pelle – sceglie di non farsi visitare nella clinica interna:

in quella struttura (la clinica), danno sempre le stesse medicine indipendentemente dalla malattia. I medici non sono in grado di

capire e ascoltare i problemi degli operai.

I casi di dermatiti si estendono in brevissimo tempo anche ai colleghi del mio intervistato, che lamentano problemi simili alla pianta dei piedi e agli arti.

Per ricapitolare, Suseng e 9 altri operai “scoprono” che il contatto con le tinture provoca dei danni tangibili al loro corpo. Egli precisa anche che, nel momento in cui viene assunto al reparto di tintura, è in parte consapevole (così come lo sono i suoi colleghi) di sottoporsi ad un rischio per la salute. È però prioritario trovare e mantenere un lavoro. Oltretutto, Suseng – al momento dell'assunzione – non si aspettava che i rischi fossero così elevati e che la patologia connessa al contatto si manifestassero così in fretta. In altre parole, il momento della malattia causata da un lavoro rischioso era visto come qualcosa di molto lontano nel tempo, spostato verso la fine della carriera lavorativa (intorno ai 50 anni). Vedere sul proprio corpo le tracce di quel danno dopo pochi mesi di lavoro è qualcosa a cui egli non era preparato.

La forte preoccupazione, il dolore e i segni sulla pelle che peggiorano spingono Suseng e i colleghi a fare qualcosa. Decidono di creare un gruppo di “vittime delle tinture”, perché sono convinti che singolarmente non sarebbero in grado di far valere le loro richieste nei confronti della dirigenza aziendale. Di fatto, questo gruppo è formato da soggetti che condividono la stessa esperienza di malattia e hanno l'obiettivo comune di chiedere una compensazione per il danno (fisico) subito. A questo si aggiunge anche la richiesta di un miglioramento generale delle condizioni di lavoro nel reparto di tintura.

I 10 lavoratori formalizzano il proprio gruppo e creano un piccolissimo sindacato “specializzato” nella situazione che

stanno subendo⁶³. Tuttavia, poco prima che il nuovo sindacato trasmetta le proprie richieste, la dirigenza aziendale reagisce licenziando i 10 operai. Il gruppo-sindacato si scioglie e i lavoratori che ne facevano parte “escono dalla fabbrica”.

Dal 2003 al momento del nostro incontro, Suseng non è stato in grado di trovare una nuova occupazione. Mi spiega che è un operaio non specializzato e che per questo è molto difficile farsi assumere. Nel frattempo, si è iscritto ad un sindacato più grande (quello con cui collabora Suratni, la mia accompagnatrice), che lo ha aiutato ad aprire una causa contro l'ex datore di lavoro per “licenziamento ingiusto”. Da disoccupato, vive negli uffici del sindacato di cui fa parte (insieme ad altri giovani membri che non hanno ancora una famiglia) e svolge qualche lavoro saltuario.

Egli ha ancora sulla pelle i segni del contatto con le tinture; mi mostra le “pustole” sulle spalle e i piedi con delle cicatrici molto visibili. Suseng dichiara anche di non sentirsi guarito e di sentirsi vittima di una grande ingiustizia. È convinto che con l'aiuto di un sindacato più grande, la sua vicenda sarà più ascoltata e la sua posizione più protetta.

La trascrizione dei dati etnografici registrati sul terreno è terminata. Nei capitoli 13 e 14 della tesi, tenterò di “sommare” le varie parti e di arrivare a delle conclusioni.

⁶³ Negli ultimi 10 anni, è molto semplice fondare un sindacato. È infatti sufficiente raccogliere il consenso (e la firma) di pochi membri. Questa situazione ha portato alla creazione di decine di sindacati che si specializzano in bisogni molto settoriali, come nel caso di Suseng. I leader sindacali con cui sono stato in contatto si lamentano spesso del fatto che la frammentazione in piccoli sindacati rende queste istituzioni molto deboli e scollegate tra di loro. Oltretutto, i vari gruppi si concentrano su dei bisogni e su delle rivendicazioni molto specifiche; rendendo difficile portare avanti delle campagne comuni a diversi gruppi.

parte quarta

La somma delle parti

13

Ignorare la salute. Curare l'emergenza

Il materiale raccolto durante i colloqui con i 22 interlocutori dimostra che gli eventi di malattia implicano sempre delle strategie per gestire – e possibilmente risolvere – uno stato di emergenza creato da un incidente sul lavoro o da un “malfunzionamento” del corpo. In altri termini, tutte le energie che gli interpellati mettono in campo per curarsi e per curare un familiare sono la conseguenza di un evento improvviso e inaspettato che mette in crisi la condizione di salute⁶⁴. Sull'ambito preventivo e molto spesso anche sulle pratiche mediche “post-operatorie”, i miei interlocutori non vogliono (e non possono) investire molte risorse.

Le uniche eccezioni significative che ho registrato sono quelle del consumo di *jamu* e delle pratiche di vaccinazione dei neonati. La

⁶⁴ La condizione “di salute” è ciò che i miei interlocutori intendono come “condizione normale” in cui il corpo viene utilizzato per lavorare e di conseguenza per ottenere un salario mensile. Come ho già scritto (e come preciserò oltre) le visioni locali di salute e di malattia derivano spesso dalla capacità o dalla impossibilità a lavorare come operai. In breve, si è davvero malati solo quando non si può più andare in fabbrica e occorre rimanere a casa. Devo precisare che non tutte le narrazioni di malattia che ho ascoltato sono riferite a degli operai; molto spesso, a soffrire sono anche i figli dei miei interlocutori. Per loro, la definizione della normalità non è, naturalmente, basata sullo status occupazionale. Al contrario, i genitori che ho ascoltato considerano “guariti” i propri bambini nel momento in cui questi sono in grado di tornare a scuola.

bevanda energetica naturale è infatti considerata una “profilassi” contro la fatica da lavoro, i mali stagionali e molte malattie infettive sia per gli adulti che per i bambini. Nelle concezioni dei miei interlocutori, acquistare quotidianamente il *jamu* per sé e per i propri figli (oppure prepararlo in casa) è una strategia efficace per ridurre il rischio di cadere malati.

Per quanto riguarda i vaccini, i padri e le madri che ho ascoltato dichiarano di aver aderito a dei programmi sanitari che assicurano le principali vaccinazioni per i neonati; in genere, gli interlocutori utilizzano le *Posyandu* pubbliche, disponibili in ogni quartiere e con un tariffario più accessibile rispetto a quello del settore privato.

In modo meno formale e programmatico rispetto al consumo di *jamu*, anche la dieta quotidiana – cibo e bevande – rappresenta uno dei (pochi) strumenti preventivi a disposizione dei lavoratori che ho intervistato. Evitare i *gorengan* (gli alimenti fritti) e scegliere di bere il più possibile dell'acqua pura in bottiglia sono considerati dei modi per agire “oggi” contro le malattie di “domani”. Il discorso sulla “buona” alimentazione è condiviso dalla maggior parte degli interlocutori, nel senso che in molti sono convinti che “mangiare e bere male” facciano parte degli elementi che, potenzialmente, causano sofferenza. Allo stesso tempo, però, c'è un forte limite economico che grava su qualunque scelta che gli attori sociali possono fare nell'ambito della dieta. Spesso, le persone con cui sono in contatto sono perfettamente consapevoli di avere dei comportamenti alimentari sbagliati (come non mangiare abbastanza carne e verdura), ma non sono in grado di affrontare la spesa per pasti migliori. Ho anche annotato una certa differenziazione di trattamento tra i diversi membri di una famiglia rispetto alla scelta alimentare; ai

bambini e agli adolescenti viene, infatti, assicurata una dieta più “sana” (che comprende carne, succhi di frutta e alcuni “integratori” come il *jamu*), mentre i pasti degli adulti sono spesso limitati a riso, accompagnato dai *gorengan* o dalla soia fermentata (*tempe*)⁶⁵.

A partire dal momento in cui si conclude il ciclo dei vaccini (e salvo le poche eccezioni relative al consumo di tonici come il *jamu* e la scelta di una determinata “dieta di qualità”), gli interlocutori *ignorano* di fatto la salute. In altri termini, specialmente fino ai 35 anni, la possibilità di cadere malati non viene mai presa in considerazione. A raccontare di sofferenza e di malattia, sono perciò unicamente quegli interlocutori che sono stati costretti a gestire l'emergenza di un incidente sul lavoro, di un'infezione improvvisa o più in generale di un disturbo inaspettato.

Sul piano narrativo, se non c'è un'“emergenza” in corso (oppure se non l'hanno vissuta in passato) i miei interlocutori hanno poco (o nulla) da dire sull'argomento della salute e della malattia. Molti lavoratori hanno infatti dichiarato (con un certo orgoglio) di essere giovani e per questo di non aver mai avuto dei problemi di salute. Gli operai “sani” che ho intervistato, conoscono, in realtà, molte storie di sofferenza acquisite attraverso le narrazioni di quei parenti, vicini di casa e colleghi che hanno vissuto in prima persona la malattia. Tuttavia, al di là del resoconto di una vicenda che ha colpito un conoscente, gli intervistati sono, molto spesso,

⁶⁵ La maggior parte delle madri con cui ho parlato dichiara di preparare dei succhi di frutta ai propri figli (per esempio a base di mango o di avocado). Gli ingredienti di queste bevande sono “costosi” (in genere i miei interlocutori non possono acquistarli quotidianamente), ma sono lo stesso considerati particolarmente indicati per la dieta dei bambini.

disinformati riguardo al sistema sanitario e previdenziale in cui sono inseriti. In altri termini, i soggetti che non sono stati costretti a utilizzare cliniche e ospedali hanno una conoscenza limitata del meccanismo burocratico che permette l'accesso in una struttura biomedica locale o provinciale. Per questo motivo, molte “interviste” si sono concluse con pochissimi dati relativi alle esperienze di malattia vissute; al contrario, il *focus* è stato sulla presenza o meno di un'assicurazione sanitaria da utilizzare in caso di necessità. Ho anche annotato una conoscenza molto poco approfondita del reale funzionamento della previdenza e degli effettivi *benefit* che essa garantisce, da parte di quanti non l'hanno mai utilizzata in prima persona. Spesso, far parte del programma JPK è infatti considerato, a priori, una fortuna, perché permette l'accesso ad una serie di terapie biomediche. Come ho avuto modo di documentare, il sistema assicurativo e quello di cliniche e ospedali hanno, però, molti limiti, che di fatto diventano evidenti solo nel momento in cui un ricovero o una visita specialistica vengono negati dal personale sanitario.

I soggetti “malati” (e quelli che hanno vissuto da vicino la malattia di un familiare) raccontano sempre di come la loro biografia procedesse con regolarità (e secondo un preciso progetto di migrazione o, più in generale, di carriera), fino al momento in cui il “tempo normale” è stato interrotto da un malfunzionamento del corpo. Alla malattia, i miei interlocutori (nonostante siano tutti coperti dal programma previdenziale JPK) non sono mai preparati; hanno, infatti, pochi mezzi di trasporto per raggiungere i luoghi della terapia, non possono pagare di tasca propria ciò che l'assicurazione non copre e – soprattutto – non sono mai contenti di dover stare “fuori dalla fabbrica” per un certo periodo.

Corpi di operai

Occorre ora precisare che i soggetti dell'etnografia, prima di essere dei “malati”, sono dei lavoratori salariati oppure (come Tora e Suseng) degli ex operai⁶⁶. Questa caratteristica ha delle conseguenze molto significative sul piano identitario e anche su quello della vita pratica.

Per prima cosa, la creazione di un'identità autoprodotta è strettamente collegata al progetto di carriera come lavoratore industriale. L'identità che gli interlocutori si sono costruiti e che emerge (in modo indiretto e di difficile lettura) nelle loro narrazioni è sotto molti aspetti “distante” dai presupposti identitari delle loro comunità di origine. I lavoratori con cui ho interagito, si descrivono spesso come cittadini “nuovi”, con bisogni e desideri diversi rispetto a quelli della generazione dei loro padri. Tuttavia, l'identità basata sulla nuova professione (e sul “sogno indonesiano” di successo materiale) non è mai esclusiva e, soprattutto, non è definitiva. Incidenti sul lavoro, licenziamenti, malattie e l'invecchiamento del corpo possono infatti ridefinire le configurazioni e costringere i soggetti a costruire nuove configurazioni identitarie. Sotto certi aspetti, è proprio il corpo (infortunato, malato o troppo stanco per lavorare) a orientare le scelte e a ridefinire le visioni (e, appunto, i “sogni”) dei miei interlocutori. L'identità autoprodotta di lavoratore “nuovo”, autonomo e potenzialmente in grado di raggiungere ogni obiettivo, è in realtà molto meno solida di come viene presentata (dagli interlocutori) e subisce un continuo processo di rinegoziazione basato anche su quegli eventi

⁶⁶ Parlerò dei “corpi” di Tora e Suseng nell'ultimo capitolo.

biografici che non hanno direttamente a che fare con salario e carriera. In altri termini, le esperienze di malattia che mi sono state narrate ridefiniscono i termini del “sogno indonesiano” e, in un certo senso, lo collegano in modo più diretto ai limiti fisici del corpo.

Più in generale, il corpo di un operaio è uno strumento funzionale allo svolgimento del lavoro in fabbrica e, di conseguenza, è responsabile della buona riuscita del percorso di carriera e, in alcuni casi, di migrazione. Anche per i miei interlocutori, senza il proprio corpo non sarebbe possibile ambire al “sogno indonesiano” e sperare in un futuro migliore per sé e per i propri familiari. C'è quindi una seconda conseguenza (con ricadute più immediate e facili da rintracciare nelle narrazioni) del fatto che i soggetti della ricerca siano allo stesso tempo degli operai nelle fabbriche di Jakarta. Il corpo è una risorsa individuale (quella di maggior valore) che deve essere sfruttata al massimo e allo stesso tempo ascoltata il meno possibile. È, perciò, prevedibile che gli interlocutori tentino di ottenere dal proprio corpo il più possibile, in termini di ore di lavoro (compresi gli straordinari e i turni aggiuntivi), oppure di unità prodotte (in quelle industrie in cui il salario è basato sui pezzi effettivamente completati da ogni operaio). Ho anche descritto i casi “estremi” di certi lavoratori che bevono poco sul posto di lavoro per non perdere tempo e incorrere in sanzioni da parte dei capi reparto; di fatto si pospone un bisogno fisiologico fondamentale in nome di una disciplina e di una “coscienza” di fabbrica.

L'ascolto del corpo è invece qualcosa che ha più a che fare con il discorso medico e con il fatto che la salute viene il più possibile ignorata dai miei interlocutori. Fino al momento in cui braccia e schiena, ma anche le articolazioni, gli occhi e tutti gli altri organi

interni, sono “silenti”, allora è possibile lavorare. Gli interpellati vanno oltre: non solo si considerano “sani” quando c'è il silenzio di organi e articolazioni, ma fanno di tutto per non ascoltare il corpo. Encum, per esempio, soffre da anni di dolori articolari, ma questo non le ha mai impedito di fare l'operaia tessile, la madre e la moglie.

In breve, gli operai che ho intervistato investono molte risorse per “disciplinare” il più possibile il loro corpo alle esigenze della produzione industriale. Come ho già trascritto, Suseng accetta per settimane di camminare praticamente scalzo in un reparto che impiega tinture tossiche; saranno solo i segni lasciati sulla pelle da una grave intossicazione a convincerlo a intervenire e a rifiutarsi di svolgere la sua mansione.

In questo tentativo (a volte ossessivo) di adeguarsi nel migliore dei modi alle richieste produttive che vengono fatte dal capireparto, ho visto una grande distanza rispetto alle conclusioni che Aihwa Ong (1987) pubblicò dopo la sua ricerca in una fabbrica di componenti elettronici in Malaysia. Nel mio ambito di indagine, non c'è nessuna traccia di quella “possessione-resistenza” delle lavoratrici (una pratica culturale inutile sul piano pratico, perché sfocia in una medicalizzazione forzata delle operaie o nel loro licenziamento) descritta dall'antropologa. C'è dell'altro, perché l'isteria che colpisce le operaie malesi sarebbe (secondo Ong) una risposta – e quindi una forte critica – al sistema “tradizionale” patriarcale e maschilista, adottato dai padri e dai capireparto maschi. Di nuovo, non ho registrato situazioni in cui i “miei” soggetti fossero “incastrati” tra i valori culturali (o normativi) “tradizionali” e il “nuovo” meccanismo industriale di

cui gli interlocutori fanno parte⁶⁷. Al contrario, c'è consapevolezza di appartenere ad un ambiente (per esempio il villaggio d'origine) culturalmente e geograficamente molto distante dalle industrie di Jakarta, ma allo stesso tempo il fortissimo desiderio di appartenere al “nuovo mondo” e di conseguenza il totale rispetto delle regole del gioco⁶⁸. L'antropologa Silvia Vignato (2010, p. 153-154), descrive l'ideologia del lavoro e i rapporti di potere nella Malaysia contemporanea e sostiene che “a dispetto di quanto descritto da Ong, il lavoro industriale delle donne non è vissuto solo come sfruttamento patriarcale”. Aggiunge poi che il percorso lavorativo dei suoi interlocutori viene da loro descritto attraverso “prove tangibili di successo” che “reificano il mondo rurale come brutto e arretrato”. I corpi stanchi (che lavorano anche 12 ore al giorno) e, a volte malati, non impediscono ai lavoratori malesi di sentirsi socialmente più forti perché economicamente più ricchi (Vignato, 2010, p. 153). Anche nel mio ambito di ricerca, il lavoro (e il “super lavoro” con ritmi produttivi molto pesanti) viene riformulato e – agli occhi dei miei interlocutori – ciò che

⁶⁷ Anche l'ambito delle cure mediche mette in luce una certa complementarità (piuttosto che una forma di antagonismo) tra saperi-pratiche “del villaggio” (quindi il patrimonio “tradizionale” della fitoterapia, ma anche le terapie sovranaturali) e quelli della medicina “d'importazione”. Come ho già descritto, la scelta terapeutica si basa – tra l'altro – su considerazioni pragmatiche, tra cui la ricerca del trattamento più efficiente in relazione al costo e alla facilità di accesso.

⁶⁸ Non tutti gli interlocutori sono degli immigrati. Alcuni sono infatti nati nell'area di Jakarta e sono figli di operai o di lavoratori informali (come autisti o piccoli artigiani). Per loro, non ha senso parlare di percorso migratorio che poggia sul lavoro industriale. La loro ambizione è comunque quella di mantenere posto in fabbrica e salario.

potrebbe sembrare uno sfruttamento diventa una fortuna e una fonte sicura di arricchimento sociale e materiale⁶⁹.

Ho descritto un primo ambito in cui la malattia viene ignorata (e in cui, come effetto, la terapia si trasforma in “cura dell'emergenza”). È l'ambito dei lavoratori industriali che mettono il proprio corpo “al servizio” di un peculiare progetto di vita. Il fatto che il corpo non venga ascoltato e che si faccia di tutto perché rimanga silente riflette, allo stesso tempo, delle scelte consapevoli e dei caratteri non modificabili.

Nello specifico, i miei interlocutori *scelgono* di diventare operai e, facendolo, iniziano un percorso molto difficile, perché trovare e mantenere nel tempo un lavoro sono operazioni oggettivamente complicate. Il progetto che inizia con lo sforzo per farsi assumere in un'industria e si conclude con l'arricchimento materiale e sociale, sottintende che per avere successo occorre “essere volenterosi e lavorare duramente”. Espressioni di questo tipo sono molto comuni nei racconti in cui i miei interlocutori descrivono la propria storia di operai. In altri termini, c'è una chiara consapevolezza delle difficoltà a cui si va incontro (e a cui si sottopone il corpo), ma l'immagine di benessere potenziale permette di dimenticare la stanchezza e la sofferenza. L'esempio è di nuovo fornito da Suseng, che accetta la pericolosità del luogo di lavoro e il fatto che non gli vengano dati in dotazione degli indumenti antinfortunistici. Entro poche settimane, però, egli è

⁶⁹ In Vignato (2010, p. 156) ad essere nuovamente formulato è lo sfruttamento di matrice coloniale trasformato, appunto, in “fortuna” da parte dei lavoratori. Per imprenditori e governanti, invece, il lavoro ha a che fare con la sfera della moralità individuale (dei salariati) e, di conseguenza (aggiungo io), amplifica e convalida istituzionalmente il progetto “privato” di successo che gli operai si prefiggono.

costretto ad “ascoltare” il suo corpo, perché le ferite che ha sui piedi non possono essere ignorate. Casi come quello di Suseng (o incidenti gravi come quello di Tora) sono tuttavia un'eccezione rispetto alla totalità di storie che ho registrato. I corpi dei ventenni e dei trentenni (cioè della quasi totalità degli intervistati), sono – ancora – in perfetta salute e per questo sono spesso in grado di sopportare il carico di lavoro a cui vengono sottoposti. Anche la realtà demografica (cioè quella di una generazione numericamente molto significativa di “giovani adulti”) ha un ruolo importante nel meccanismo di negazione dei problemi di salute. I soggetti “sani” si sentono infatti in grado di svolgere praticamente qualunque lavoro con il proprio corpo; non hanno, infatti, avuto prove tangibili di malattia e, per questo, sovrastimano spesso le proprie capacità fisiche, accettando turni extra e rinunciando ai giorni di riposo settimanale. Anche per coloro che hanno subito in passato una forma “lieve” di malattia, oppure che soffrono di qualche patologia (come i dolori articolari) che permette comunque di lavorare, c'è la tendenza a ignorare il più possibile il problema. Chi ha dei dolori alla schiena, per esempio, assume degli antidolorifici in quei momenti in cui il dolore è troppo acuto e impedirebbe di andare in fabbrica.

In sintesi, nel sistema di classificazione adottato dai miei interlocutori, si è “sani” fino al momento in cui il corpo, portato al limite delle sue capacità, diventa inutile dal punto di vista lavorativo. È chiaro, quindi, che il “punto di rottura” della salute coincide in genere con uno stadio clinicamente molto avanzato della patologia e che di conseguenza si verifica spesso una condizione di urgenza e di emergenza. Schematicamente, il comportamento che ho osservato presso i miei interlocutori

segue, quindi, tre fasi fondamentali: sfruttamento della resistenza fisica fino al limite, scarsissima attenzione ai segni di malattia e, infine, (in caso di dolori o vere e proprie patologie) tendenza a posticipare l'intervento medico il più possibile, in modo da non doversi assentare dal posto di lavoro.

Infine, ci sono dei moventi ineluttabili che “costringono” gli interlocutori ad ignorare i sintomi di certe malattie. Nonostante i benefici dei programmi assistenziali, molte cure mediche sono infatti totalmente a carico degli assistiti. La situazione economica indonesiana in cui il salario medio (e anche quello realmente percepito) non viene ritoccato da oltre 10 anni, mentre i costi di beni e servizi – compresa la sanità – hanno seguito l'andamento dell'inflazione, rende i lavoratori salariati più poveri e con un potere d'acquisto sempre più limitato. Oltretutto, la più recente crisi finanziaria globale (2007-2010) ha spostato di parecchio l'asse del commercio. Le industrie indonesiane, per essere competitive rispetto alla molto più allettante Cina (ma anche al Vietnam e alla Cambogia), sono, infatti, costrette a ridurre i costi di gestione e per farlo riducono al minimo i salari⁷⁰. Di conseguenza, il fatto che molti attori sociali non indaghino

⁷⁰ Parallelamente, come conseguenza della crisi finanziaria e della modificazione del commercio internazionale, molte fabbriche indonesiane hanno ridotto drasticamente la produzione (e quindi licenziato molti lavoratori) oppure dichiarato il fallimento. I miei interlocutori sono, inoltre, molto informati del fatto che il loro posto di lavoro è “a rischio”, perché altri paesi offrono delle migliori condizioni economiche per gli imprenditori. In effetti, i maggiori gruppi di abbigliamento e di calzature hanno – negli ultimi 10 anni – trasferito buona parte della produzione “non specializzata” in Cina, in Vietnam e in Cambogia lasciando in Indonesia solo le linee produttive “più tecniche” (come Sepatu che produce scarpe da calcio professionali per un gruppo europeo).

meglio sulla natura di un determinato dolore è anche una scelta obbligata dato che non possono permettersi una visita specialistica a pagamento.

Inoltre, i miei interlocutori tracciano in modo molto chiaro una scala di priorità nella quale le questioni di salute occupano una posizione secondaria e subordinata rispetto ad altri aspetti materiali (come l'affitto di una casa o di una stanza, il cibo, la retta scolastica per i figli e così via). I lavoratori in questione hanno ottenuto un contratto che garantisce loro un salario mensile sicuro e, normalmente, stabile nel tempo. Da questa somma mensile a loro disposizione, gli interlocutori sottraggono le varie voci di spesa in base ad un preciso ordine di priorità: per prima cosa, si pensa all'affitto di un luogo in cui vivere, poi al cibo e, nelle famiglie con bambini, all'educazione⁷¹. Per i lavoratori immigrati, oltretutto, non è raro che ci sia una spesa ulteriore, perché parte del salario potrebbe essere trasferita ai familiari che abitano ancora al villaggio d'origine.

In base alle reali entrate mensili di un operaio e ai costi di beni e servizi, i miei interlocutori hanno poche possibilità di mettere da parte del denaro da utilizzare in caso di spese impreviste (tra cui anche quelle sanitarie). In conclusione, il salario (o i due salari nel caso di una famiglia in cui entrambi i coniugi lavorano) è, in genere, appena sufficiente a coprire le spese abitative, alimentari,

⁷¹ La scuola, anche se pubblica, è di norma a pagamento. I gradi più bassi (fino ai 12 anni) sono considerati dai miei interlocutori come “molto economici”, mentre la scuola secondaria è decisamente più costosa. Encum, per esempio, è madre di tre figli (di 2, 11 e 17 anni). Il figlio più grande frequenta la “scuola superiore” e costa alla famiglia 110.000 rp al mese, mentre quello di 11 anni è iscritto ad una “scuola primaria” pubblica che non prevede il pagamento di una retta (di fatto è gratuita salvo le spese per il materiale didattico che sono a carico dei genitori). Il figlio più piccolo, invece, non va ancora a scuola.

educative (per i figli) e legate al trasporto da casa al posto di lavoro.

Tentativi di socializzazione in un panorama di individualismo

Le modalità della cura che i soggetti mi hanno descritto dimostrano che in un'arena sociale occupata da individui che agiscono esclusivamente per fini individuali, ci sono anche numerose forze che tentano di aggregare i soggetti e di socializzare i bisogni⁷². In breve, nonostante la caratteristica di individualismo propria delle aree di recente industrializzazione, i miei interlocutori non sono completamente “soli”.

Sul piano delle decisioni (cioè, sulla scelta di quale terapia specifica sia più opportuno avviare) e anche sulla gestione pratica del periodo delle cure (per esempio, il trasporto dei malati in ospedale) il “gruppo” ha, infatti, un ruolo decisivo. Ho individuato due tipi di aggregati dentro cui i miei interlocutori sono (e scelgono di essere) inseriti.

Per prima cosa, le organizzazioni sindacali di cui tutte le persone

⁷² Mi riferisco all’“individualismo” dei giovani lavoratori che – in nome del successo personale – accettano condizioni di lavoro molto pesanti. L'immagine dell'operaio indonesiano nell'area di Jakarta è infatti quella di un soggetto “solo”, privo di legami sociali e totalmente impegnato a perseguire un obiettivo individuale. L'avvio di una ricerca nella dimensione del *kampung* e – soprattutto – dei micro-gruppi sindacali, mi ha, però, permesso di trovare degli elementi in contraddizione rispetto all'idea di operaio “individualista”. Oltretutto, molti dei miei interlocutori sono padri (o madri) e nelle loro narrazioni emerge un preciso progetto “di coppia” e “di famiglia” che include quindi il partner e i figli.

che ho intervistato (ad eccezione di Tora) fanno parte. Rispetto all'immagine di un “malato”, che allo stesso tempo è anche un operaio totalmente inserito nel meccanismo produttivo industriale, occorre, a questo punto, aggiungere il nuovo dato relativo all'affiliazione ad un sindacato. Le motivazioni che spingono gli attori sociali ad entrare a far parte di un gruppo di questo tipo sono in genere molto “pratiche” e finalizzate all'ottenimento di un qualche vantaggio personale. In realtà, appartenere ad un sindacato ha anche una serie di ricadute secondarie sul piano intersoggettivo e, di conseguenza, non può essere interpretato solo come un evento che coinvolge il soggetto singolo.

Naturalmente, i lavoratori si iscrivono ad un sindacato per amplificare la propria tutela nell'ambiente di lavoro e perché sono convinti che, nelle negoziazioni tra dipendenti e datori di lavoro, la forza di un gruppo strutturato sia maggiore rispetto a quella di un singolo. Gli intervistati, alle mie richieste di spiegazioni sui motivi che li hanno spinti ad associarsi, forniscono motivazioni molto simili a quella che ho appena citato, aggiungendo un elenco di “successi” ottenuti dal sindacato (presso Sepatu, per esempio, l'avvio definitivo del programma *Jamsostek*)⁷³. In questo senso, i sindacati attivi nella mia area di ricerca svolgono un ruolo “istituzionale”: negoziano delle migliori condizioni salariali, organizzano scioperi per chiedere l'ampliamento dei programmi previdenziali, tutelano legalmente i lavoratori ingiustamente licenziati e via dicendo.

Tuttavia, le “sigle sindacali” con cui sono in contatto sono

⁷³ I sindacati “indipendenti” (quelli, cioè a cui sono iscritti i miei interlocutori) non prevedono il pagamento di una quota associativa, oppure, in altri casi, richiedono agli iscritti una quota simbolica (inferiore alle 5.000 rp al mese).

responsabili della creazione di un gruppo di solidarietà tra colleghi che, più o meno direttamente, ha un ruolo significativo nella definizione delle politiche della cura. Per prima cosa, il gruppo di iscritti è anche un insieme di persone che condividono le stesse preoccupazioni e gli stessi bisogni. Le sedi dei sindacati sono luoghi di incontro in cui – dopo aver discusso di una specifica azione sindacale o di una grave inadempienza di un datore di lavoro – si parla in modo informale della vita quotidiana e quindi anche della salute e della malattia. Nelle tre “case”⁷⁴ del sindacato dove ho fatto ricerca, a partire dal venerdì sera e fino alla domenica pomeriggio, gli iscritti e le loro famiglie si raggruppano per “stare insieme”: alternano, infatti, discussioni “sindacali”, pettegolezzi, commenti sul costo della vita, pasti interminabili e sedute prolungate davanti alla televisione. È in queste occasioni che si condivide il sapere sulle diverse offerte mediche (per esempio, su quali massaggiatori siano più efficaci) e in cui si prendono delle decisioni condivise sui percorsi terapeutici da intraprendere. Il caso di Atut è, in questo senso, significativo perché l'ipotesi di farsi visitare dall'erbalista di Tangerang è senz'altro maturata durante uno degli incontri informali con i colleghi e con Citra (la leader sindacale che accompagnerà la paziente dal suo guaritore).

Il secondo ambito collettivo di cui gli interlocutori fanno parte è

⁷⁴ Le sedi dei sindacati che ho visitato si trovano in *kampung* operai. Di conseguenza sono delle case (di fatto, strutture identiche a quelle dove abitano i lavoratori) affittate dal sindacato e in cui c'è lo spazio per un ufficio, per un stanza riservata agli incontri tra iscritti e un certo numero di altre stanze in cui essi possono dormire. In effetti, è molto comune che nella sede sindacale “abitino” anche alcuni lavoratori che, momentaneamente, non hanno una casa.

quello della famiglia ristretta (o allargata) e quello dei vicini di casa. La famiglia ristretta, in un contesto migratorio di arrivo, è formata dai due coniugi e dai figli; la generazione dei padri (ma anche i fratelli e le sorelle) è, infatti, residente in un'altra area e non è possibile una frequentazione assidua su base settimanale. I padri e le madri che ho ascoltato partecipano in modo molto attivo alla vita familiare e le decisioni sono spesso prese su base collettiva. In parziale contraddizione con il presunto individualismo dei lavoratori, ho annotato la tendenza a includere nei progetti a lungo termine di arricchimento socio-economico anche il partner e i figli. Inoltre, uno degli elementi più significativi del “sogno indonesiano” è proprio quello di avere successo anche come moglie (o come marito) e come genitore. Yayat e Kartono (i due interlocutori single) hanno, per esempio, la priorità di mantenere il posto da operai, ma allo stesso tempo di sposarsi per formare una famiglia. In breve, sulla base del mio materiale etnografico, la “nuova” identità di operaio (con tutte le conseguenze esperienziali che comporta) non ha impedito a molti soggetti di sentirsi allo stesso tempo madri o capi-famiglia.

La famiglia ristretta è anche uno dei primi spazi in cui si discutono le modalità delle terapie, essendo un ambiente intimo e protetto dagli sguardi (spesso indiscreti) di amici e colleghi. Jono, per esempio, quando il figlio si ammala di TBC, decide *insieme* alla moglie di avviare la terapia ospedaliera.

I miei interlocutori fanno poi parte di gruppi più ampi di soggetti con i quali sono legati da rapporti di parentela oppure di vicinato. Sul piano delle terapie, questi due ambiti hanno il ruolo di garantire lo scambio di una serie di saperi che orientano (come nel caso dei sindacati) le scelte mediche; i miei interlocutori dichiarano spesso di essere venuti a conoscenza di un

determinato guaritore perché ne hanno sentito parlare da un vicino di casa. Parallelamente, la famiglia allargata ha anche un “ruolo sanitario” più attivo. Nelle terapie “di villaggio”, sono spesso le mamme dei miei interlocutori o le suocere a diventare operatrici terapeutiche di una cura collettiva e olistica. In effetti, per i pazienti trasferiti dalla capitale ai villaggi periferici, la terapia è fitoterapica (a base, per esempio, di *jamu* “specifico”), ma prevede anche che il malato venga inserito in una comunità “protetta” (perché separata dallo spazio industrializzato di Jakarta) che interviene (sono le parole di Farel) “sul corpo e sullo spirito”.

I diversi gruppi che includono gli interpellati forniscono, quindi, dei consigli operativi in caso di necessità e nelle situazioni di emergenza sanitaria, ma hanno anche il ruolo di segnalare i limiti fisici oltre i quali è pericoloso spingersi. Infatti, sono spesso i colleghi o gli altri iscritti del sindacato a determinare il momento in cui un lavoratore che soffre “deve” fare qualcosa per la propria salute e quindi farsi visitare, per esempio, da uno specialista in riflessologia. In altre parole, il gruppo ha un ruolo di “consulenza” relativamente alla scelta terapeutica e al tempo in cui avviare la cura. Il fatto che sindacato, famiglia e vicinato segnalino i limiti del corpo che lavora, non significa che le varie comunità vengano vissute dagli interlocutori come un ostacolo al raggiungimento del benessere economico e sociale. Oltretutto, la scelta di associarsi ad un gruppo è sempre volontaria: non è, infatti, obbligatorio iscriversi ad un sindacato, così come non è necessario sposarsi e avere dei figli e mantenere dei rapporti sociali con il villaggio d'origine, spesso lontano parecchie ore di viaggio dal posto di lavoro.

C'è, infine, un dato che riguarda una gerarchizzazione delle

diverse patologie e l'accesso differenziale alle terapie. Le crisi sanitarie che i miei interlocutori giudicano più gravi sono di norma quelle che colpiscono i bambini. La febbre alta di un neonato, o la TBC di un bambino, sono fatti difficili da ignorare che – come ho già detto – provocano una fortissima preoccupazione nei genitori. Al contrario, per gli eventi di malattia di un adulto lavoratore, la tendenza è sempre quella di posticipare il più possibile il ricorso alla medicina “tradizionale” e biomedica. La vicenda di Jono (e anche quella di Kokon) dimostrano, inoltre, che all'interno dello stesso nucleo familiare sono compresenti politiche della cura molto diverse. Jono, per esempio, porta il figlio malato di TBC in un grande ospedale specializzato e spende 8.000.000 di rupie per farlo curare. Quando a sua moglie viene diagnosticata la stessa malattia, i modi della cura sono molto diversi e si limitano a rare visite alla *Puskesmas* e al consumo di *jamu*. Anche Kokon narra di come il trattamento terapeutico all'interno della sua famiglia sia molto “differenziale”. Solo ai figli, infatti, vengono dati dei farmaci di sintesi (in modo particolare quelli a base di Paracetamolo), mentre i genitori – anche se soffrono di gravi dolori articolari – ricorrono esclusivamente ai rimedi fitoterapici e all'agopuntura.

“L'ossessione pragmatica”

Gli interlocutori che mi hanno narrato le proprie esperienze attribuiscono al denaro e alla gestione pragmatica degli eventi biografici un peso fondamentale. Sotto certi aspetti, il loro progetto di vita da “nuovi” e “giovani” operai non sarebbe possibile senza un peculiare utilizzo del corpo (come ho già

ricordato) e senza un'attenta gestione del proprio *budget*. In altri termini, “farcela” e avere successo come lavoratore è qualcosa di molto impegnativo, perché il salario è appena sufficiente a coprire i costi e non permette molte spese extra. Di conseguenza, il comportamento economico “prudente” è un'oggettiva necessità per i miei interlocutori. Tuttavia, il pragmatismo si spinge molto oltre sia sul livello individuale che su quello dei gruppi strutturati. È infatti interessante notare come anche la malattia, che nell'area della mia ricerca è un evento “eccezionale” e particolarmente difficile da prevedere, venga inserita in una logica pragmatica e piegata ad una speculazione monetaria. Sul piano narrativo, i fatti di salute sono, per prima cosa, delle voci di spesa che andranno a sottrarsi alle entrate mensili. Le mie trascrizioni etnografiche sono colme di cifre a più zeri, di discussioni sui prezzi per determinate prestazioni sanitarie e di considerazioni sui rimborsi (ottenuti, attesi o negati) da parte delle assicurazioni. Più in generale, la patologia propria o di un familiare viene prima collocata nel tempo e subito dopo “concretizzata” in termini monetari e di copertura assicurativa. “Ottterrò il rimborso?” e “Questa malattia non è coperta dalla JPK” sono le considerazioni che ho sentito ripetere in ogni narrazione.

In breve, quando la sofferenza non può più passare inosservata, il corpo si trasforma da strumento di guadagno a voce di spesa.

Non sono solo i singoli individui e le famiglie ad essere “ossessionati” dal pragmatismo e dal “valore monetario” degli eventi. I sindacati stessi incorporano tra i propri valori e amplificano questa specifica concezione. Non è un caso che la “lotta” sindacale sia, nella quasi totalità dei casi, focalizzata sul miglioramento delle condizioni lavorative in termini di benefici monetari per i lavoratori. L'etica del lavoro alla base del “sogno

indonesiano” è quindi presente in modo trasversale tra gli operai e nei gruppi sindacali dove ho svolto la mia ricerca.

Il senso, i racconti e la loro polarizzazione

Come nelle politiche della cura appena descritte, anche nel meccanismo di “produzione di senso” i miei interlocutori non sono “soli” di fronte agli eventi, perché utilizzano, oltre ai significati creati autonomamente, anche del materiale preso in prestito (e incorporato) da fonti “esterne”.

Più nello specifico, per spiegare le cause di un male e per assegnare un significato alla malattia, i lavoratori che ho intervistato si basano sulla propria concezione di corpo (inteso come strumento di lavoro), ma integrano anche le eziologie biomediche, della medicina “tradizionale”, dell’“etica aziendale” (propria dei capireparto o degli imprenditori) e, infine, quelle dei gruppi sindacali in cui sono iscritti. I modelli attraverso i quali essi “si spiegano” la sofferenza sono quindi molto articolati perché affiancano “pezzi” di spiegazioni a volte discordanti. Allo stesso tempo, in gioco ci sono molti attori e gruppi istituzionali (come i sindacati) che propongono interpretazioni antagoniste per il medesimo evento che mette sotto scacco i soggetti.

Atut, per esempio, vorrebbe incorporare l'eziologia che la biomedicina (attraverso i dottori della clinica) le propone, riguardo ai suoi dolori agli arti. Ben presto però, nel momento in cui si rende conto che la terapia ospedaliera non è coperta dall'assicurazione e che quindi dovrebbe pagarla di tasca propria, cambia idea e “si convince” che la causa della sua sofferenza deriva da un comportamento alimentare scorretto durante le ore

di lavoro. La storia di Atut è interessante perché in questo caso sia il suo sindacato (rappresentato da Citra che partecipa alle terapie) sia il suo guaritore tradizionale concordano sullo stesso modello per spiegare la malattia, vale a dire il fatto che la lavoratrice non ha il tempo di bere durante il suo turno in fabbrica.

In altri casi, invece, ho annotato un forte antagonismo tra le spiegazioni dei terapeuti e quelle dei pazienti; sono, per esempio, i casi delle cliniche aziendali descritte dagli interlocutori come luoghi gestiti da incompetenti che non hanno voglia di ascoltare e non riescono a capire i bisogni dei malati. C'è poi il caso ancora più “estremo” di Suseng, che non accetta di farsi visitare nella clinica interna alla sua industria (perché è convinto che i medici gli daranno delle spiegazioni mystificate) e, di conseguenza, assegna alla sua intossicazione dei significati “alternativi” rispetto a quelli proposti dalla biomedicina.

Tora, invece, utilizza contemporaneamente due registri per spiegare l'amputazione alla mano destra che ha subito. Per prima cosa, si batte per ottenere l'intervento chirurgico e la protesi ortopedica che (formalmente) le restituiscano l'uso della mano; l'incidente sul lavoro, inizialmente, è solo un fatto biologico cui ella attribuisce lo stesso significato assegnato dai medici. Allo stesso tempo, però, Tora produce una serie di significati strettamente collegati al suo individuale desiderio di carriera (compromesso per sempre dall'amputazione) e al fatto che le compensazioni ottenute in seguito all'incidente siano oggettivamente insufficienti a coprire i danni “a lungo termine”. In sostanza, la produzione di senso ha origine a partire da quattro diverse fonti: la protagonista, che insiste sul fatto che non potrà mai più lavorare, la medicina, che interviene chirurgicamente e fa

“guarire” la ragazza, la ONG, che insiste sulla pochezza dei compensi monetari e, infine, la dirigenza aziendale, che chiude il caso subito dopo aver rimborsato intervento e protesi.

Il meccanismo con cui Tora, Suseng, Atut e tutti gli altri interpellati assegnano “senso” alla propria sofferenza dimostra che la malattia del corpo è, allo stesso tempo, una “malattia” del ruolo sociale del soggetto (in questi casi, il ruolo è quello del lavoratore). Aver mal di schiena, per esempio, è un fatto biologico che, nel tempo, potrebbe impedire il lavoro in fabbrica e modificare lo status sociale (e anche l'identità).

Se “spiegare la malattia” è la prima (e indispensabile) fase della guarigione, allora l'attribuzione di senso messa in atto dagli attori sociali non ha solo a che fare con il male biologico del corpo, ma tenta anche di ripristinare la “salute sociale” che era vissuta prima dell'incidente.

Di conseguenza, le spiegazioni, e anche le narrazioni, si “polarizzano” perché vengono utilizzate dai malati in modo “strumentale” per ripristinare quella che – in base alle proprie concezioni – considerano una “condizione di salute”. In un ambito culturale impregnato di “etica individualista del lavoro”, star bene equivale ad essere in grado di svolgere le mansioni da operaio e, quindi, a poter guadagnare. Non a caso, molti “modelli esplicativi” e molte narrazioni sono finalizzati ad una “guarigione” che comprende anche il ripristino della situazione lavorativa (ed economica) che è alla base di ciò che ho definito “sogno indonesiano”.

Rispetto alla tendenza degli operai di interpretare, narrare e agire “in base al lavoro”, ci sono due elementi esterni che, più degli altri, esercitano forti pressioni sui miei interlocutori.

Innanzitutto, ci sono i gruppi sindacali (e le ONG) che hanno

come finalità dichiarata quella di potenziare la tutela del lavoratore e quindi di garantire il buon andamento della carriera. Come ho anticipato, le organizzazioni sindacali hanno fatto propri i presupposti di molti lavoratori e per questo concentrano le proprie azioni sulle questioni di salario. In altri termini, anche il sindacato (inteso qui come istituzione che produce significati) rende il corpo uno strumento “illimitato” di lavoro e, molto spesso, mette in secondo piano la salute e i concreti rischi “professionali” a cui i lavoratori sono sottoposti. Con questo, non voglio introdurre l'idea che i sindacati con cui sono in contatto scartino del tutto i problemi legati alle malattie sul posto di lavoro e più in generale alla condizioni di salute dei loro associati. L'impressione è però quella che questi gruppi (esattamente come fanno gli operai che rappresentano) utilizzino due pesi diversi per gestire il discorso sul lavoro; da un lato “lottano” con molta energia per migliorare il salario, dall'altro passano spesso sotto silenzio la questione sanitaria.⁷⁵ In secondo luogo, ci sono i diversi livelli di biomedicina (aziendale, locale o provinciale). Occorre segnalare che molti

⁷⁵ Rispetto a questo ultimo punto, c'è anche un retroscena interessante che traggio dai colloqui informali con gli interlocutori istituzionali. In un ambito in cui i lavoratori “pensano solo a raggiungere il benessere” è infatti prevedibile che le uniche tematiche a cui gli operai sono sensibili siano, appunto, quelle monetarie legate al salario e all'assicurazione sanitaria. Di conseguenza, i sindacati sono “costretti” a concentrarsi e a organizzare azioni legate a questi temi. Sono anche stato informato che, nel 2003, i lavoratori di Sepatu sono stati coinvolti in uno sciopero che voleva attirare l'attenzione sul fatto che i lavoratori non erano coperti dal sistema *Jamsostek*. A questo sciopero hanno però partecipato poche decine di operai, perché si è diffusa la voce che la richiesta di una migliore condizione previdenziale avrebbe potuto causare un deterioramento delle condizioni salariali.

soggetti tendono a classificare come “mistificazioni” i sistemi di significati che vengono forniti dalle cliniche aziendali o da quelle in convenzione con le industrie. Il timore è, infatti, che i medici e il personale sanitario siano vincolati e limitati dalla natura delle diverse coperture assicurative e per questo ignorino o sottovalutino le patologie. In generale, l'opinione di uno specialista o di un esponente di un livello superiore della medicina è, infatti, ritenuto più valido.

A questo punto, è chiaro che il meccanismo culturale che rende la salute un aspetto di fatto ignorato non è solo attivo presso i singoli interlocutori. C'è, infatti, un secondo ambito – quello del gruppo sindacale, familiare e comunitario – in cui l'”ossessione” pragmatica e la gestione della malattia come voce di spesa è largamente presente.

14

Corpi invisibili, mali collettivi

Subito dopo il loro incidente, Tora e Suseng, insieme al posto di lavoro, perdono anche – in modo più o meno definitivo – l'identità di operai. In breve, smettono di esistere come lavoratori industriali e diventano soggetti disoccupati in attesa che un tribunale riconosca loro i torti subiti. La loro identità, ma anche la loro vita in senso pratico, non possono più basarsi sul lavoro industriale, ma dipenderanno dalla condizione di malati (o meglio, di handicappati). Tora spera, infatti, di ottenere un rimborso monetario da parte della dirigenza aziendale considerata responsabile dell'incidente. Nel periodo del nostro incontro, il suo “lavoro” è quello di preparare nel migliore dei modi l'intervento al processo; se sarà convincente, forse i giudici condanneranno l'azienda e lei risolverà i suoi problemi economici. Insieme al fratello, Tora si incontra con gli avvocati della ONG di aiuto legale gratuito per definire i termini esatti del suo intervento in tribunale ed è convinta che l'unica possibilità di “guarigione” consista nel battere il suo “avversario”⁷⁶.

Suseng ha una storia leggermente diversa. A differenza di Tora, egli, da un punto di vista fisico, non ha nulla che gli impedisca di

⁷⁶ La condizione di Tora (dopo l'amputazione) non è di fatto più curabile. Nonostante i successi biomedici e la consegna della protesi, la lavoratrice subisce, infatti, un grave handicap che limita molto le sue esperienze. Vincere al processo (e quindi “guadagnare” una determinata somma di denaro) potrebbe rappresentare una possibile soluzione alla condizione incurabile.

lavorare. Le cicatrici dovute al contatto prolungato con sostanze tossiche sono ancora visibili e dolorose, ma gli permetterebbero comunque di essere un buon operaio. In questo caso, il problema potrebbe consistere nel fatto che, per un lavoratore non qualificato come Suseng, sia difficile trovare una nuova occupazione, perché posti come il suo sono molto ambiti. A parte la presunta difficoltà a farsi nuovamente assumere, rimane il fatto che il giovane indonesiano è in attesa che si concluda la causa intentata contro l'azienda ed è convinto che riuscirà ad ottenere un rimborso monetario che compensi il licenziamento ingiusto. Di conseguenza, l'attesa per l'esito del processo è “alternativa” rispetto alla ricerca di un nuovo lavoro. Paradossalmente, Suseng utilizza comunque il proprio corpo (parzialmente malato) come strumento di guadagno.

Mi sono chiesto se anche Tora e Suseng, nel momento del loro licenziamento, diventino “invisibili” come gli immigrati magrebini nell'analisi di Abdelmalek Sayad (2002). Questi sostiene che l'immigrato esiste ai propri occhi e a quelli del suo *entourage* solo attraverso il lavoro; di conseguenza, la malattia (che impedisce di lavorare) rappresenta la negazione dell'immigrato stesso. Il fatto che anche i miei interlocutori siano degli immigrati, che basano la loro “nuova vita” sul ruolo di operai e che siano visti da familiari, amici e istituzioni come lavoratori industriali, li renderebbe oltretutto molto vicini al panorama migratorio europeo analizzato nella monografia di Sayad; ho, però, individuato due aspetti di parziale rottura rispetto alle conclusioni del sociologo algerino.

Incidente individuale, problema collettivo

Per prima cosa, Tora e Suseng non sono del tutto soli. Suseng è un immigrato e a Jakarta non conosce praticamente nessuno, ma ha comunque una fitta rete di contatti che lui stesso definisce “la mia nuova famiglia”. Tora, invece, ha l'appoggio del fratello – immigrato da anni nella capitale – e della cognata. Fin qui, non ci sarebbe, tutto sommato, nulla di molto diverso rispetto alla situazione in cui vivono molti soggetti che migrano in Europa. In breve, essi possono contare su un gruppetto di colleghi con cui solidarizzare (Suseng) oppure su alcuni compaesani o familiari che hanno effettuato il medesimo percorso migratorio (Tora). L'elemento peculiare del mio ambito di ricerca si gioca, però, ad un livello istituzionale e più nello specifico nel terreno di incontro tra lavoratori e istituzioni; il ruolo dei sindacati e delle ONG giuslavoriste è infatti determinante⁷⁷. Ho già parlato di come questi “gruppi” siano in grado di indirizzare le politiche della cura e di produrre senso da attribuire ad uno specifico disturbo. In questo capitolo, mi focalizzo, invece, su come le istituzioni siano

⁷⁷ La mia ricerca è avvenuta in un contesto in cui tutti i soggetti sono – in modi diversi – collegati ad un'organizzazione sindacale o ad una ONG che fornisce tutela giuridica. Questo deriva dal fatto che ho avvicinato gli informatori proprio a partire da queste istituzioni (con le quali ero già in contatto prima della mia partenza per Jakarta). È chiaro che il dato relativo a sindacati e ONG con un ruolo così determinante nella gestione della malattia (e più in generale nella rielaborazione delle identità in seguito ad un incidente) è strettamente localizzato nell'area della mia ricerca. Come ho già precisato nei primi capitoli, non ho voluto e non ho potuto estendere la ricognizione a *tutti* i lavoratori salariati di Jabotabek; di conseguenza, le conclusioni della mia ricognizione vanno lette considerando sempre la portata “molto locale” della ricerca.

in grado di risolvere la situazione di scacco causata da un incidente sul lavoro. Secondo le regole del meccanismo di migrazione verso Jakarta e di arricchimento materiale (e sociale), i corpi e le biografie di Tora e Suseng sarebbero di fatto condannati all'invisibilità a partire dal momento in cui l'incidente ha interrotto la loro carriera. Come sostiene Sayad (2002, pag. 242 e seguenti), senza lavoro, un immigrato non esiste⁷⁸. Non ci sono dubbi che i miei due interlocutori siano costretti ad abbandonare il loro progetto iniziale (migratorio e di miglioramento delle proprie condizioni economiche) e che in questo senso diventino socialmente invisibili. L'incidente che Tora ha subito modifica il suo corpo nella forma e nelle funzioni (vale a dire nelle concrete capacità di lavorare); ella si sente per questo esclusa da quel mondo produttivo di cui desiderava far parte. Suseng, invece, ha un corpo che è ancora “buono per lavorare”, ma allo stesso tempo egli è diventato “invisibile” in un mercato del lavoro che, senz'altro, favorirà altri operai non sindacalizzati e senza cause in corso con precedenti datori di lavoro.

L'“assenza” dalla fabbrica (come conseguenza di una condizione di malattia) provoca, quindi, l'assenza sociale dal sistema di raggiungimento del benessere attraverso il lavoro. E in questo senso, non appena i miei interlocutori smettono di essere operai, perdono il loro status di cittadini privilegiati (in quanto

⁷⁸ Più nello specifico, l'autore (2002, pag. 253) aggiunge che per l'immigrato, il (proprio) corpo è vissuto come un modo di essere presente nel mondo. Inoltre, i soggetti “scoprono” l'uso del corpo come “utensile” nel momento in cui raggiungono l'Europa. Sayad precisa poi che anche le istituzioni (nel caso della monografia, la previdenza sociale francese e la biomedicina) “vedono” il corpo unicamente come strumento di lavoro.

lavoratori), tornano ad essere a carico della propria famiglia e, per sopravvivere, devono svolgere lavori informali o tentare di ottenere delle compensazioni⁷⁹. Naturalmente, perdere il contratto di lavoro significa, per Tora, Suseng e per chiunque altro, dover rimettere in discussione i propri progetti e molto spesso dover rinunciare ai propri “sogni” di benessere.

Tuttavia, licenziamenti e malattie non chiudono in modo definitivo l'esperienza (pratica e identitaria) di operaio, ma – nei casi che ho documentato – hanno il potere di rinnovarla. Per prima cosa, Tora e Suseng si aggrappano alla malattia per continuare a esistere come “lavoratori industriali” e per prolungare il loro status sociale di operai (da cui, formalmente, sono usciti da parecchi mesi). In altri termini, i soggetti che vengono licenziati fanno di tutto per rimanere visibili agli occhi dei loro datori di lavoro (dai quali pretendono delle compensazioni) e a quelli di familiari e amici. Tora e Suseng non si definiscono mai disoccupati, ma “ex lavoratori” che, per colpa della malattia, non possono più lavorare e sono in attesa di un giudizio del tribunale che convalidi ufficialmente la loro interpretazione dei fatti. Le dita amputate e le cicatrici sono, inoltre, l'unico strumento che essi possono utilizzare per tentare di ricollocarsi socialmente e per risolvere il problema della disoccupazione. In estrema sintesi, Tora e Suseng sono ai loro occhi e agli occhi di chi li circonda dei “malati ex-lavoratori”⁸⁰.

⁷⁹ Sul terreno di ricerca analizzato, non è presente un sistema di previdenza sociale che compensi l'impossibilità di lavorare attraverso il pagamento di una pensione di invalidità. Nel caso di Suseng, è in realtà il sindacato ad attivare una forma di solidarietà per il lavoratore disoccupato fornendogli, oltre ai consulti legali, un posto in cui vivere gratuitamente.

⁸⁰ Sayad, (2002, pag. 245) aggiunge che gli immigrati che perdono il proprio

I modi in cui i soggetti licenziati hanno avviato il loro passaggio da operai a malati inoccupati sono fortemente influenzati dai sindacati e (nel caso della giovane lavoratrice) dalla ONG che le fornisce assistenza legale. Sono proprio queste istituzioni che amplificano il *focus* (già da loro stessi avviato) su un corpo ammalato che non sarà più in grado di lavorare come prima oppure che ha sofferto a causa di un'inadempienza del datore di lavoro. I leader del sindacato e della ONG offrono ai miei interlocutori gli strumenti tecnici per concretizzare la forma di protesta e per renderla produttiva dal punto di vista economico. Essi hanno quindi il ruolo di fortificare la nuova identità di “ex-operai” e di rendere più collettiva una sofferenza che, nelle prime fasi, era unicamente individuale. L'incidente all'industria elettronica e quello al reparto di tintura sono, infatti, eventi drammatici che, nell'immediato, riguardano esclusivamente i singoli operai; è soltanto la biografia di Suseng o quella di Tora ad essere perturbata dalla perdita di lavoro. Le istituzioni con cui i miei interlocutori interagiscono sono però responsabili di un esito più collettivo della vicenda di malattia. La sofferenza di Suseng diventa molto nota a tutti i membri del piccolo sindacato indipendente a cui è iscritto da alcuni anni e i suoi “compagni” gli offrono solidarietà permettendogli di vivere nella sede dell'organizzazione senza pagare l'affitto. La storia di Tora è inserita in un contesto più formale, ma rimane il fatto che la causa che la giovane lavoratrice ha intentato contro l'industria è una delle sfide più stimolanti e avvincenti che avvocati e membri delle ONG hanno gestito negli ultimi tempi. Attorno ai due

status di lavoratori rivendicano di continuo la propria malattia come se fosse l'unico modo per “essere al mondo”.

soggetti malati, si raggruppano quindi leader sindacali e avvocati, che forniscono soluzioni tecniche, e allo stesso tempo i colleghi che mettono a disposizione ascolto e comprensione della sofferenza.

Infine, è interessante osservare come sindacati e istituzioni giuslavoriste condividano con i propri membri una visione del corpo sempre molto dipendente dalla logica produttiva. Anche nel caso di un licenziamento, ci si “batte” per restituire produttività (e quindi lavoro) ai soggetti disoccupati, come nel caso di Suseng. La gestione della sofferenza di Tora è basata sulla stessa logica: se le sue braccia non saranno più in grado di farle portare a casa uno stipendio, allora è legittimo chiedere che i responsabili paghino per questa mancato guadagno, oggi e in futuro. Di fatto, le istituzioni con cui sono in contatto condividono l'idea che un lavoratore “fuori dalla fabbrica” (e senza lavoro) smetta di esistere. In conclusione, i modi in cui sindacati e ONG spiegano la malattia e interpretano il corpo sono molto simili ai modi utilizzati dai miei interlocutori. Sul piano delle politiche della cura, infatti, le varie istituzioni sottostimano spesso i rischi e le malattie concentrandosi, al contrario, su questioni legate al salario e al numero di ore di lavoro settimanali. Parallelamente, sul piano identitario, assegnano al corpo il valore di mezzo per il lavoro e di conseguenza per il raggiungimento o il mantenimento di un determinato status sociale.

La soluzione biomedica

In Sayad (2002, pag. 245), la biomedicina ha il potere di restituire

l'identità di lavoratore ai soggetti che l'hanno persa. Di conseguenza, gli immigrati stessi si rifugiano nella malattia e tendono ad “esagerare” il proprio attaccamento alla medicina, ritenuta la sola strategia adatta a risolvere una situazione di disoccupazione o di licenziamento.

Sul mio terreno d'indagine, le soluzioni che la biomedicina fornisce agli operai sono molto diverse. I casi di Tora e Suseng hanno, infatti, dimostrato che l'intervento ospedaliero e presso alcune cliniche non ha risolto lo stato di generale sofferenza dei due pazienti.

Tora ha avuto accesso a cure mediche di alto livello (in termini di specializzazione e di qualità dei servizi), ma è evidente che, nel momento in cui la incontro, ella non si senta ancora perfettamente guarita. Suseng, al contrario, rifiuta a priori la visita che gli è stata proposta nella clinica interna alla fabbrica dove lavorava. In breve, la biomedicina è insufficiente oppure viene scartata perché c'è la consapevolezza che non sarà efficace⁸¹.

L'azione di supporto pratico e quella di socializzazione della malattia messa in atto da sindacato e ONG iniziano proprio nel momento in cui la biomedicina termina il proprio intervento

⁸¹ Suseng è certo dell'inefficacia di un consulto presso la clinica interna alla fabbrica per due ragioni. Per prima cosa, è consapevole del fatto che la struttura fornisce servizi limitati (in termini di esami clinici e di prescrizione di farmaci). È quindi molto probabile che la clinica “non sia in grado” di curare il problema dermatologico e suggerisca al paziente un trasferimento presso un centro più specializzato (esterno al sistema di *welfare*). Parallelamente, Suseng è perfettamente consapevole di non essere visto di buon occhio dalla dirigenza aziendale che stipendia il personale sanitario della clinica. Egli è, infatti, un lavoratore sindacalizzato che si è esposto pubblicamente per denunciare le cattive condizioni di sicurezza del suo posto di lavoro.

terapeutico e dichiara risolto un caso clinico⁸².

Queste istituzioni si fanno, quindi, carico di tutto ciò che la medicina (anche quella privata e di alto livello che utilizza Tora) non è in grado di “restituire” ai pazienti. In questo senso, i due pazienti in questione possono contare su due tipi di supporto da parte delle ONG e del sindacato. Per prima cosa, viene garantito un aiuto tecnico-giuridico che renderà possibile un determinato iter giuridico. Parallelamente, e a livello più informale, essere aiutati da un'istituzione significa anche diventarne membri e stabilire dei rapporti con altre persone che, spesso, vivono vicende di sofferenza simili.

I vari gruppi istituzionali si battono, quindi, per aumentare la copertura sanitaria dei propri iscritti, ma allo stesso tempo si fanno carico di ciò che la biomedicina è stata in grado di risolvere solo in parte. Chiaramente, i leader sindacali sono consapevoli che i programmi di assicurazione sanitaria (come quello JPK) non sono sufficienti nel caso di malattie gravi o di incidenti sul lavoro e di conseguenza “si specializzano” nella risoluzione dei problemi come quello di Tora e Suseng.

Alla sofferenza dei due soggetti, la biomedicina non può più fornire delle soluzioni; Tora vive una condizione di handicap mentre Suseng è, di fatto guarito. Nel momento in cui i medici diventano “inutili”, sindacalisti e avvocati propongono ai due malati che ho intervistato delle strade alternative che – in caso di vittoria al processo – permetteranno comunque di guadagnare attraverso il corpo⁸³.

⁸² Nel caso specifico di Suseng, la cura medica non viene, di fatto, mai avviata. Suseng salta, quindi, un passaggio (quello del ricorso alla biomedicina) e – non appena viene licenziato – si iscrive ad un sindacato indipendente.

⁸³ Il riferimento è a Vignato (2010, pag. 155). L'antropologa riporta le parole di

Per concludere

La divisione in capitoli di questa tesi ha seguito, grossomodo, l'ordine con cui ho svolto le varie attività di studio delle fonti, di preparazione del campo e di ricerca etnografica.

Sono partito per l'Indonesia con un'idea di complessità culturale prodotta “a tavolino” e con l'obiettivo di individuare i modi in cui degli operai industriali reagissero ad un evento di malattia⁸⁴. Più nello specifico, avevo in mente di localizzare la ricerca in una porzione di società in cui i soggetti fossero allo stesso tempo “consumatori” del sistema capitalistico e, in quanto operai, agenti attivi del meccanismo industriale.

Sul piano metodologico, invece, prevedevo di *ascoltare* le diverse narrazioni che gli uomini e le donne intervistate erano in grado di fornirmi circa la loro esperienza di malattia. Più nel dettaglio di un'analisi medico-antropologica, avevo intenzione, infatti, di capire se si verificasse un meccanismo di “resistenza al capitalismo” (come quello osservato da Ong, 1988) all'interno di un panorama socio-economico così mutato a causa dell'accelerazione del sistema finanziario degli anni Novanta e della successiva stagnazione provocata dalle crisi finanziarie del 1999 e del 2007.

L'arrivo sul campo (a Dicembre 2009) e l'ingresso nell’“inferno” caotico di Tangerang e di Cikarang hanno senz'altro confermato la complessità del terreno. Le difficoltà sono state quelle di uno

un suo interlocutore malese che afferma: “ dopo l'incidente, però sono stato fortunato. Mi hanno riconosciuto l'invalidità! Adesso è come se lavorassi. Il mio corpo mi permette ancora di guadagnare”.

⁸⁴ Mi riferisco alla complessità di un territorio di forte contatto tra le prerogative locali e quelle proprie della globalizzazione socio-economica.

spazio “accidentato” dove inquinamento, sovraffollamento delle case e cattive condizioni igieniche degli edifici rendono oggettivamente complicata la permanenza di un ricercatore (e anche di un operaio indonesiano).

Da un punto di vista più pratico, è stato difficile avvicinare i potenziali intervistati (che, essendo operai, avevano poco tempo libero) e comunicare con loro, in alcuni casi, attraverso un'interprete. Abitando nelle stesse case degli intervistati per alcune settimane, ho comunque tentato di percorrere le stesse “strade” sulle quali si muovono quei giovani indonesiani ambiziosi che lasciano il proprio villaggio per lavorare in città come operai.

A questo punto, occorre rispondere alla domanda sui dati qualitativi che ho effettivamente ricavato dai 5 mesi di ricerca.

Per prima cosa, buona parte degli interpellati sono giovani indonesiani “sani”, nel senso che non hanno ancora vissuto in prima persona una condizione di malattia. In altri termini, essi sono in grado di narrare la sofferenza di un conoscente, ma non possono parlarmi della malattia “sulla propria pelle”. Per loro, è essenziale considerare il fatto che appartengono a pieno titolo al meccanismo che ho definito “sogno indonesiano”; essi hanno, infatti, l'obiettivo di accrescere il proprio benessere materiale e sociale (per esempio, acquistando un cellulare, una moto o una casa). Sentirsi “più ricchi” sul piano sociale significa passare da agricoltori dei villaggi (o da lavoratori informali) a “proletari” urbani con un salario mensile e un contratto di lavoro su cui poter contare. Per questi giovani lavoratori, proiettati verso l'immagine di successo che hanno auto-prodotto, la malattia e l'invecchiamento del corpo non sono una grande

preoccupazione; essi si limitano, infatti, a dichiarare di “essere sempre stati bene”.

Ci sono però soggetti che hanno molte parole da spendere circa la loro personale storia di sofferenza. Tora e Suseng, per esempio, soffrono di una malattia professionale che si trasforma ben presto in “malattia sociale”. La necessità di lavorare “per forza”, nonostante la pericolosità della mansione svolta, è un oggettivo fattore di rischio che provoca un danno fisiologico e uno stato di sofferenza. I due giavanesi devono lavorare e accettare le regole del gioco socio-economico, perché sono convinti che così facendo “saliranno la scala sociale” e otterranno un maggior benessere. Il fatto che si sottopongano ad un rischio e che alla fine subiscano un danno li rende vittime di ciò che Paul Farmer (2004 e 2007) definisce “violenza strutturale”; in effetti, delle forze socio-economiche e delle decisioni prodotte dalla politica “strutturano” (in questo caso attraverso la pratica del lavoro) una condizione che limita le capacità d'azione e di scelta dei soggetti. Tora e Suseng iniziano ad essere “vittime” nel momento in cui nascono come abitanti di un villaggio periferico e “sono costretti” a scegliere, vent'anni più tardi, di migrare verso una zona più industrializzata.

Mesi dopo l'incidente e conclusa l'emergenza sanitaria, Tora è handicappata e Suseng è troppo sindacalizzato per poter trovare un nuovo lavoro. Dato che entrambi non hanno possibilità di guadagno attraverso una pensione di invalidità, la loro “malattia” diventa l'unica soluzione allo stato di salute incurabile e a quello non risolvibile di disoccupazione. Il loro “corpo sofferente” diventa la sola possibilità per vedere riconosciuto un torto subito

altrimenti invisibile al *welfare* e alle dirigenze aziendali⁸⁵.

C'è poi il “caso dell'acqua” (nel capitolo 10) che mi ha permesso di assistere ad una terapia “tradizionale” a cui partecipano la paziente stessa e la sua rappresentante sindacale (come ho avuto modo di precisare, tutti gli interpellati sono iscritti ad un sindacato). In questa vicenda di malattia (la donna giavanesa accusa, infatti, forti dolori localizzati), il modello per spiegare il disturbo è perfettamente condiviso dal terapeuta, dalla paziente e dal terzo attore sociale presente, rappresentato dalla sindacalista⁸⁶. Il guaritore tradizionale, conferma i “sospetti” della responsabile sindacale, convinta che molti suoi iscritti bevano troppo poco durante l'orario di lavoro e che questo provochi una serie di patologie. Alla lavoratrice indonesiana (molto soddisfatta della seduta e della comprensione che ha ottenuto dallo specialista) viene, infatti, prescritta una cura fitoterapica e consigliato di modificare le proprie abitudini alimentari. Il perfetto accordo tra “modelli esplicativi” che si verifica in questo caso è in realtà un'eccezione; molti interpellati lamentano, infatti, di “non venir ascoltati” e di “non venir capiti” dai propri terapeuti⁸⁷.

⁸⁵ Questo avviene in modo molto simile a quanto analizzato da Didier Fassin (1996 e in Quaranta, 2006) relativamente agli stranieri irregolari in Francia che possono accedere ad uno status legale solo attraverso i loro corpi malati.

⁸⁶ Mi riferisco ai “modelli esplicativi” che secondo Arthur Kleinman (in Quaranta, 2006) subiscono una “transazione” durante l'incontro tra medico, paziente e gruppo di cui il paziente fa parte (per esempio, la famiglia o, nel mio caso, il sindacato).

⁸⁷ Nel caso della biomedicina “di base” convenzionata con il sistema previdenziale, è frequente che i pazienti intervistati descrivano i medici come troppo sbrigativi nelle diagnosi e riluttanti a svolgere esami clinici

La “vicenda dell'acqua” permette anche di riflettere sulle politiche della cura e sul modo in cui i soggetti utilizzano l'offerta sanitaria. Oltre ad essere sindacalizzati, tutti gli interpellati (salvo i due che sono stati licenziati) lavorano in un'industria che garantisce al proprio personale una forma di previdenza sociale. Questa condizione è considerata dai beneficiari come un grande privilegio, perché permette (formalmente) di accedere alla biomedicina, pratica che le persone intervistate giudicano il metodo migliore per risolvere uno stato di malattia. Non ci sono dubbi che l'inserimento in un piano di “assicurazione sanitaria” sia una grande conquista, raggiunta, molto spesso, con lunghe trattative tra sindacato e azienda. Tuttavia, la mia tesi contiene molti casi in cui il sistema “fallisce”, non tanto per l'incapacità clinica di medici e infermieri, quanto per il fatto che i *benefit* assicurativi sono molto limitati. Inoltre, come ricorda Kokon, le strutture biomediche sono spesso fuori mano e difficili da raggiungere nel momento in cui si verifica uno stato di emergenza (per esempio, quando suo figlio ha la febbre) e c'è sempre il rischio che la prestazione necessaria non sia coperta dalla previdenza sociale. Anche la donna che non beve abbastanza al lavoro si è fatta visitare in una clinica locale, ma le è stato detto che per il suo male occorre un trattamento specialistico che avrebbe dovuto pagare di tasca propria. Altre vicende che ho ascoltato (accennate in modo schematico nell'ultimo paragrafo del capitolo 11) confermano che ad essere garantito dalla previdenza sociale è soltanto l'accesso a servizi medici “di base” (Encum lamenta, per esempio, che nella clinica

interna alla fabbrica dove si è recata, vengono consegnati farmaci in un quantitativo insufficiente che non le permette di guarire). Inoltre, molto spesso, prima di “entrare in ospedale” è necessario superare un lungo iter burocratico, durante il quale la struttura sanitaria verifica che l'assicurazione del paziente sia in grado di coprire i costi della cura. Un altro limite del sistema è il fatto che per accedere ad un centro medico specializzato, è necessario ottenere una lettera di raccomandazione da parte di un medico “di base”, tipo di documento che Ningsih, per esempio, aspetta invano da anni.

La medicina tradizionale (riflessologia, massaggi e fitoterapia) non è sempre descritta come un’“alternativa efficace, economica e semplice perché non richiede complicazioni burocratiche”. Didin, per esempio, passa nell'ambulatorio di un grande esperto di riflessologia, ma ben presto capisce che il suo mal di stomaco non sta migliorando (dovrà quindi attivare una personalissima “terapia” basata sulla meditazione). Una leader sindacale che intervisto (Citra) mi spiega, inoltre, che molte proposte della medicina “tradizionale” sono delle vere e proprie truffe ai danni dei potenziali clienti, perché vengono proposte tecniche e farmaci costosi, ma inefficaci o addirittura pericolosi. Più in generale, l'offerta sanitaria di fronte a cui si trovano i 22 soggetti interpellati, è molto variegata⁸⁸. A parte la biomedicina “di base”

⁸⁸ Esiste, come ho precisato, un sistema biomedico pubblico (gestito dal Ministero della Salute) e uno privato. Sempre nell'ambito della medicina occidentale, i farmaci di sintesi sono capillarmente distribuiti attraverso una rete di farmacie e, per quanto riguarda quelli di maggior consumo, anche negli spacci di quartiere. Sulle strade dei *kampung* operai si riversano, inoltre, molte cliniche specializzate nei massaggi, nella fitoterapia, nella riflessologia e

compresa tra i *benefit* dell'assicurazione, ci sono molte “soluzioni alternative” che i malati possono decidere di utilizzare in totale autonomia. Il meccanismo per trovare soluzioni ad una malattia grave (per esempio la TBC, nel caso della famiglia di Jono) o di un dolore articolare ricorrente (come nel caso di Kokon) è sempre “alternante” nel senso che si alternano tecniche appartenenti a tradizioni mediche diverse oppure si ricorre contemporaneamente a varie soluzioni. La moglie di Jono, per esempio, a cui è stata diagnosticata la TBC, è in cura presso una clinica biomedica (*Puskesmas*) e contemporaneamente assume *jamu*.

Ho poi annotato una certa differenziazione “generazionale” delle politiche della cura. Jono, per esempio, ha dovuto gestire la TBC del figlio e quella della moglie. Nel primo caso, egli ha pagato di tasca propria una lunga e costosa terapia ospedaliera, mentre la moglie si cura presso una *Puskesmas* (praticamente gratuita) e non è mai stata in un ospedale più grande. Anche a casa di Kokon, i modi della cura sono differenziati; i figli assumono farmaci di sintesi (per combattere mali stagionali, come l'influenza), mentre i genitori (secondo la testimonianza della donna) evitano sempre le medicine biomediche, perché le giudicano costose e non sempre efficaci (preferiscono invece assumere quotidianamente e “preventivamente” il *jamu*). In linea generale, i bambini malati sono un motivo di grande preoccupazione per famiglia e gruppo

nell'agopuntura. Infine, fuori dalle cliniche “tradizionali” vengono distribuiti farmaci alternativi tra cui il *jamu*, ma anche farmaci d'importazione o appartenenti ad altri sistemi medici (come quello cinese). Yayat e Kartono, due giovanissimi operai, fanno, come secondo lavoro, i venditori rispettivamente di farmaci cinesi e di Propoli.

e, per loro, viene sempre preferita la soluzione terapeutica (quella biomedica) che gli interpellati ritengono più risolutiva e efficace in tempi rapidi.

Tornando ora alla domanda circa gli esiti della ricerca, occorre precisare che, rispetto al *corpus* di interviste ai 22 soggetti, in 3 casi (Atut, Tora e Suseng) ho avuto la possibilità (grazie a interviste più lunghe e specifiche) di contestualizzare in modo più approfondito la vicenda e di capire meglio la cronologia degli eventi di malattia. Gli altri casi di cui parlo in questa tesi mi hanno comunque aiutato a chiarire le modalità di utilizzo del sistema previdenziale (la carta JPK) e, più in generale, di fare il punto sull'offerta sanitaria a disposizione degli attori sociali.

L'idea (finale in questa ricerca, ma non definitiva) che ricavo dal lavoro sul campo è quella di un gruppo di individui che accettano le condizioni di lavoro e la “violenza strutturale” cui spesso sono sottoposti in nome della buona riuscita di un processo migratorio (oppure, più in generale, di un progetto di benessere). Anzi, gli uomini e le donne giavanesi che ho ascoltato sono felici di lavorare duramente per 8-10 ore al giorno e si sentono privilegiati di occupare questa posizione professionale. Nella loro visione, infatti, il “super-lavoro” è un modo per “riscattarsi” dalle origini contadine e il fatto stesso di essere *oggi* un operaio salariato, significa essere più “ricchi” socialmente.

Per avere *sukses* (successo, in indonesiano) i soggetti devono attivare una peculiare gestione del proprio corpo e rispettare una rigida disciplina in fabbrica. In altre parole, occorre adattarsi ai ritmi e alle fatiche del lavoro industriale (per un'operaia tessile, per esempio, stare china sul tavolo di lavoro per l'intero turno).

Inoltre, per garantire il flusso continuo di lavoro e quindi di salario, gli attori sociali interpellati fanno di tutto per rendere il proprio corpo uno strumento di guadagno potenzialmente “infinito” e, soprattutto, che non si ferma a causa di una malattia. Un “buon lavoratore” non si deve e non vuole ammalarsi; convinti di questo, i soggetti si sforzano di non ascoltare il proprio corpo e, nel momento in cui soffrono di qualche patologia, rimandano il più possibile la terapia⁸⁹.

Rispetto a questo meccanismo di “lavoro-salario-successo”, considerato “perfetto” nelle visioni degli interpellati, ci sono due fattori di perturbazione.

Il primo è, naturalmente, la malattia che si verifica con le caratteristiche dell'emergenza e sposta l'asse del progetto individuale o familiare⁹⁰. Essa rappresenta, infatti, un costo aggiuntivo da sostenere e, in alcuni casi, la causa dell'uscita definitiva dalla fabbrica. Il tentativo delle persone interpellate sarà quello di gestire pragmaticamente la situazione, selezionando la cura più economica e allo stesso tempo più efficace. Tutto questo per archiviare l'emergenza e per tornare, nel più breve tempo possibile, in fabbrica e alla “normalità”. La malattia ha anche il potere di precisare che gli “uomini nuovi” hanno un territorio e

⁸⁹ Naturalmente, gli interpellati rimandano le terapie (o ignorano le malattie) anche perché, molto spesso, non possono permettersi di assentarsi dal lavoro o di pagare medici e terapeuti.

⁹⁰ Scoperta e successiva gestione della malattia costituiscono sempre un'emergenza subitanea a cui non si è preparati. Nel capitolo 6, ho trascritto i modi in cui alcuni intervistati narrano il passaggio dalla normalità quotidiana (fatta di lavoro e di gestione pragmatica della vita familiare) allo stato di emergenza provocato, per esempio, dalla febbre improvvisa del proprio figlio (ancora una volta, l'esempio è riferito a Jono).

una cultura d'origine che il “sogno indonesiano” non ha neutralizzato. Il ritorno al villaggio⁹¹ per farsi curare in un contesto “protetto” (un'azione “molto costosa” e che fa perdere giorni di lavoro agli operai) dimostra che l’“ossessione pragmatica” non rappresenta l'unica modalità di agire.

C'è poi un secondo fattore di perturbazione, rappresentato dai sindacati e dalle ONG con cui sono entrato in contatto. Queste istituzioni hanno la capacità di socializzare dei disturbi altrimenti individuali e di creare lo spazio presso cui i soggetti possono scambiare saperi (nel mio caso, saperi relativi alle diverse terapie). Nello specifico, la sede di un sindacato o di una ONG diventa il luogo per determinare collettivamente quale soluzione medica sia più efficace o per venire informati del fatto che un determinato terapeuta è, in realtà, un truffatore. Il “caso dell'acqua” e la vicenda di Tora e Suseng dimostrano, inoltre, che le istituzioni hanno un ruolo attivo nelle fasi terapeutiche (e nella determinazione del “miglior guaritore”) e anche nella cause legali che tentano di risolvere un male o una situazione “incurabile” (sul piano biomedico e su quello previdenziale).

Infine, (mi riferisco ora esclusivamente ai sindacati) essi hanno “negoziato” con le aziende, in modo particolare negli ultimi anni, l'avvio di una copertura assicurativa sanitaria e introdotto presso i propri iscritti l'idea che l'uso illimitato del corpo in fabbrica è una scelta rischiosa. In altre parole, presso i sindacati con cui ho

⁹¹ Mi riferisco, per esempio, a Herman, che torna a Jawa Tengah per sottoporsi ad una sessione di terapie in cui lo cospargono d'olio e poi lo ripuliscono con un raschietto metallico. Precedentemente, il lavoratore indonesiano si era fatto curare senza successo nell'area di Jakarta da un medico di base e da un guaritore tradizionale.

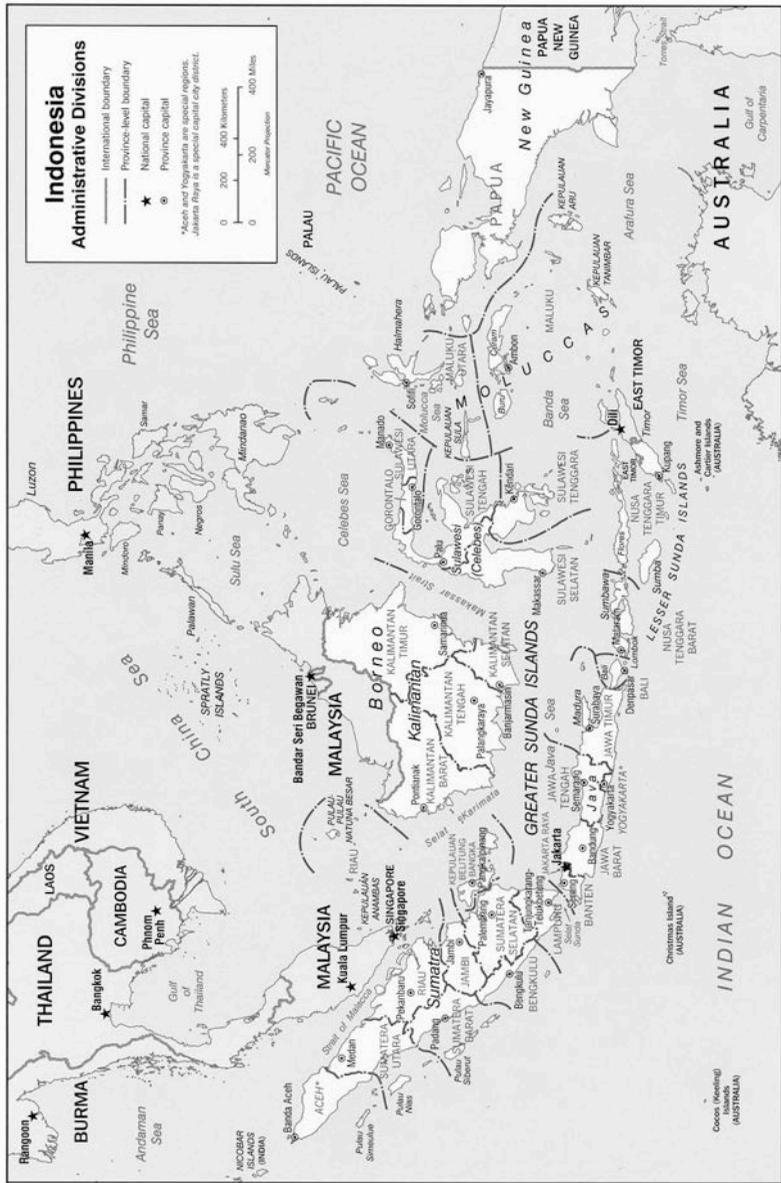
avuto contatti, ho registrato una nuova (rispetto al sistema culturale del “sogno indonesiano”) idea di salute; una proposta, cioè, che mette in dubbio il modello culturale dei lavoratori intervistati, perché suggerisce che per avere *sukses* non sia solo sufficiente attenersi e mantenere un buon salario.

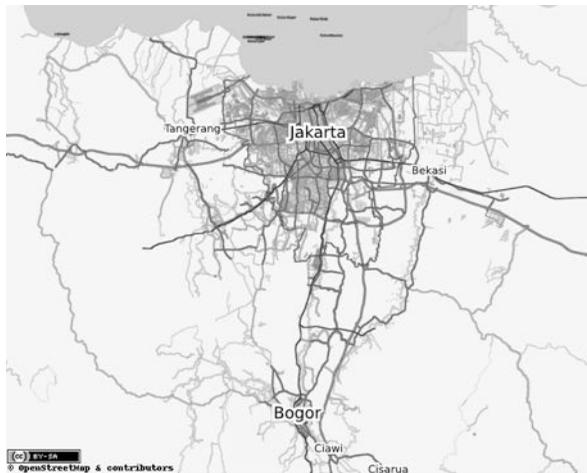
Un'ultimissima nota (che forse spiega l'andamento a volte più “sociale” che “medico” della tesi) riguarda il “paradosso” di aver tentato di svolgere una ricerca medico-antropologica in un ambiente sociale in cui, salvo i casi impossibili da ignorare, la sofferenza è culturalmente taciuta perché considerata un ostacolo scomodo all'idea di successo⁹². In altri termini, molto spesso ho avuto modo di osservare come i soggetti “evitino” (culturalmente e praticamente) di ammalarsi e di parlare di sofferenza e non tanto di come, al contrario, subiscano e risolvano la malattia. Tuttavia, l'identità di operaio è sempre e comunque messa in dubbio dalla sofferenza, sia nel caso in cui essa è effettivamente presente, sia nel caso in cui rappresenta un'emergenza potenziale che, da un momento all'altro, può mettere in forse l'andamento del “sogno indonesiano”.

⁹² La difficoltà ad avvicinarmi alle “storie di malattia” mi ha costretto a rivedere i presupposti metodologici iniziali. Ho dovuto, infatti, ampliare l'oggetto delle interviste dai singoli intervistati al loro gruppo familiare.

appendice A

Mappe





(nella pagina precedente) divisione amministrativa dell'Indonesia. (in questa pagina, sopra) particolare della divisione in province a Giava (2002, U.S. Central Intelligence Agency). (in questa pagina, sotto) area Jabotabek (2010, © OpenStreetMap contributors, CC-BY-SA).

appendice B

Immagini

Nonna con i nipoti (Cikarang, area di Bekasi).

Due fratelli in un vicolo; quartiere operaio (Jakarta).

Insegna di una clinica di riflessologia e massaggi a Depok (Jakarta).

Chiosco di bibite liofilizzate, *noodles* istantanei, dolciumi e articoli per la casa (Tangerang).

Piccolo ristorante (*rumah makan*) a Tangerang.

Giovani iscritti ad un sindacato a Tangerang, presso una delle case in cui ho soggiornato.

Giardino del guaritore tradizionale presso cui Atut è in cura. Le tre donne

discutono della terapia a base di erbe che è appena stata prescritta alla giovane paziente (v. capitolo 10).

Dimostrazione, da parte di Yayat (capitolo 11), di una seduta di riflessologia alla pianta dei piedi.

Lavoratrici delle industrie tessili "minori" dell'area di Tangerang.

Uno dei momenti di socializzazione del fine settimana in una sede sindacale.

(in alto) festa organizzata dal sindacato e rivolta agli iscritti e ai loro familiari.

(in basso) presso la sede di un sindacato, alcuni lavoratori giavanesi preparano la cena.

bibliografia

- Asih, Eka Putri, 2005, *Development of a Social Health Insurance System in Decentralized Indonesia*, Jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Vol. 3, No. 2, Mei-Agust 2005, pp. 103-106.
- Augé, M., 1986, *L'anthropologie de la maladie*, L'Homme, n. 97-98, pp. 81-90.
- Augé, M., 1986, *Ordine biologico, ordine sociale: la malattia, forma elementare dell'avvenimento*, in Augé, M. e C. Herzlich (a cura di), 1986, *Il senso del male: antropologia, storia e sociologia della malattia*, Milano, il Saggiatore.
- Bertrand, R., 2000, *Indonésie: le Désordre Nouveau*, Critique internationale, n° 8, été 2000, pp. 28-35.
- Boomgaard, P. and R. Sciortino, 1996, *Health care in Java: past and present*, Amsterdam, KITLV Press.
- Boomgaard, P., 1993, *The development of colonial health care in Java: an exploratory introduction*, Bijdragen tot de Taal-, Land- en Volkenkunde 149 (1993), no: 1, pp. 77-93.
- Brodwin, P. E., 1992, *Symptomd and social performances: the case of Diane Reden*, in Del Vecchio Good, M., P. E. Brodwin, B. J. Good e A. Kleinman (a cura di), 1992, *Pain as human experience: an anthropological perspective*, Berkeley, University of California Press.

Cathébras, P., 1996, *Le recours aux médecines parallèles observé depuis l'hôpital: banalisation et pragmatisme*, in Benoist, J. (a cura di), 1996, *Soigner ou pluriel: essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.

Chrisman, N. J., 1977, *The health seeking progress: an approach to the natural history of illness*, *Culture, Medicine and Psychiatry*, n. 1:1977, pp. 351-377.

Comaroff, J., 1993, *The diseased hearth of Africa: medicine, colonialism and the black body*, in Lindenbaum S. e M. Lock (a cura di), 1993, *Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life*, Berkeley, University of California Press.

Connor, T. e K. Dent (a cura di), 2006, *Offside: labour rights and sportswear production in Asia*, Oxford, Oxfam International – managed by Oxfam Australia.

Crea, A., 2001, *Lo sguardo e le società complesse*, in Sobrero, A. M. (a cura di), 2001, *Culture della complessità: l'antropologia nel mondo contemporaneo*, Roma, CISU.

Cribb, R., 2000, *Historical atlas of Indonesia*, Richmond, Curzon Press

Csordas, T. J., 1990, *Embodiment as a paradigm for anthropology*, *Ethos*, 18:1, March 1990, pp. 5-47.

Csordas, T. J. e A. Kleinman, 1998, *Il processo terapeutico*, in Lanternari V. e M. L. Ciminelli (a cura di), 1998, *Medicina, magia, religione, valori. Volume secondo. Dall'antropologia all'etnopsichiatria*, Napoli, Liguori Editore.

- Csordas, T. J., 2003, *Incorporazione e fenomenologia culturale*, Antropologia – Annuario diretto da Ugo Fabietti, anno 2003, *Corpi*, Roma, Meltemi.
- Dei, F. (a cura di), 2005, *Antropologia della violenza*, Roma, Meltemi.
- Dei, F., 1996, *Medicine alternative: il senso del male nella postmodernità*, I Fogli di Oriss, n. 5, pp. 29-55.
- Del Vecchio Good, M., 1992, *Work as a Haven from Pain*, in Del Vecchio Good, M., P. E. Brodwin, B. J. Good e A. Kleinman (a cura di), 1992, *Pain as human experience: an anthropological perspective*, Berkeley, University of California Press.
- Farmer P., 2004, *An Anthropology of Structural Violence*, Current Anthropology, vol. 45, n. 3, June 2004.
- Farmer P., 2007, *Un'antropologia della violenza strutturale*, Antropologia – Annuario diretto Ugo Fabietti, anno 2006, *Sofferenza sociale*, Roma, Meltemi.
- Fassin, D. e J. P. Dozon (a cura di), 2001, *Critique de la santé publique: une approche anthropologique*, Paris, Balland.
- Fassin, D., 1996, *L'espace politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Fassin, D., 2000 *Les enjeux politiques de la santé: Études sénégalaises, équatoriennes et francaises*, Paris, Karthala.

Ferzacca, S., 2002, *A Javanese Metropolis and Mental Life*, *Ethnos* 30:1/2, pp. 95-112.

Frederick W. H. e R. L. Worden (a cura di), 1993, *Indonesia: A Country Study*, Washington, GPO - Library of Congress.

Good, B. J., 1999, *Narrare la malattia: lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Torino, Edizioni di Comunità.

Headley, S. C., 1996, *Notes sur les types de soignants à Java*, in Benoist, J. (a cura di), 1996, *Soigner ou pluriel: essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.

Joordan, R. E., 1982, *Tombowan in the "dermatology" of madurese folk-medicine*, *Bijdragen tot de Taal-, Land- en Volkenkunde* 138 (1982), no. 1, pp. 9-28.

Kleinman A. e J. L. Gale, 1982, *Patients treated by physicians and folk healers: A comparative outcome study in Taiwan*, *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 6:4, December 1982.

Kleinman, A., 1992, *Pain and resistance: the delegitimation and relegitimation of local worlds*, in Del Vecchio Good, M., P. E. Brodwin, B. J. Good e A. Kleinman (a cura di), 1992, *Pain as human experience: an anthropological perspective*, Berkeley, University of California Press.

Leslie C. e A. Young, 1992, *Paths to Asian medical knowledge*, Berkeley, University of California Press.

Lloyd, G. and S. Smith (a cura di), 2001, *Indonesia today*, Singapore, Institute of Southeast Asian Studies.

Lupo, A., 1999, *Capire è un po' guarire: il rapporto paziente-terapeuta tra dialogo e azione*, AM – Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica, n. 7-8, pp. 53-92.

Mahkamah Konstitusi RI, 2009, *Undang-undang dasar negara RI tahun 1945 / Undang-undang RI nomor 24 tahun 2003 tentang mahkamah konstitusi*, Jakarta, Sekretariat Jenderal dan Kepaniteraan Mahkamah Konstitusi RI.

Martinez Hernàez, A., 1998, *L'antropologia del sintomo. Fra ermenutica e teoria critica*, AM – Rivista della Società italiana di antropologia medica, vol. 5-6, pp. 7-37.

Mather, C., 1983, *Industrialization in the Tangerang Regency of West Java: women workers and the Islamic patriarchy*, Bulletin of Concerned Asian Scholars, 15:2.

Meilleur marché, 2009, *Mission Indonésie – Février 2009*.

Nas, P. J. M. e Pratiwo, 2002, *The streets of Jakarta: Fear, trust and amnesia in urban development*, Leiden, Leiden University Repository.

Nas, P. J. M. e Welmoet Boender, 2002, *The Indonesian city in urban theory* in Nas, P. J. M. (a cura di), 2002, *The Indonesian town revisited*, Singapore, Institute of Southeast Asian Studies.

- Nguyen V. K., e K. Peschard, 2003, *Anthropology, inequality and disease: a review*, Annual Review of Anthropology, n. 32, pp. 447-474.
- Norman, G. O. (a cura di), 2005, *The emergence of modern southeast Asia*, Honolulu, University of Hawai'i Press.
- Ong, A., 1988, *The production of possession: spirits and the multinational corporation in Malaysia*, American Ethnologist, n. 15, pp. 28-42.
- Pizza, G., 2005, *Antropologia medica*, Roma, Carocci.
- Presiden RI, 1992, *Undang-undang RI nomor 3 tahun 1992*, Jakarta.
- Purdey, J., 2004, *Describing kekerasan: some observations on writing about violence in Indonesia after New Order*, Bijdragen tot de Taal-, Land- en Volkenkunde 160 (2004), no: 2/3, pp.189-225.
- Purwoko, B., 1997, *The Indonesia social security system*, Jakarta, Jamsostek – Indonesia Bureau of R & D.
- Quaranta, I. (a cura di), 2006, *Antropologia medica*, Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Saptari, R., 1999, *Rural women to the factories: continuity and change in East Java's kretek cigarette industry*, PhD Thesis, Amsterdam, Universiteit Van Amsterdam.
- Sayad, A., 2002, *La doppia assenza: dalle illusioni dell'immigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Milano, Raffaello Cortina Editore.

Scheper-Hughes, N., 1990, *Three propositions for a critically applied medical anthropology*, *Society Science Medicine*, vol, 30:2, pp. 189-197.

Scheper-Hughes, N., 2000, *Il sapere incorporato: pensare il corpo attraverso un'antropologia medica critica*, in Borofsky, R. (a cura di), 2000, *L'antropologia culturale oggi*, Roma, Meltemi.

Schirripa P. e C. Zuniga Valle, 2000, *Sistema medico*, AM – Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica, n. 9-10, pp. 209-222.

Schirripa P. e P. Vulpiani (a cura di), 2000, *L'ambulatorio del guaritore: forme e pratiche del confronto tra biomedicina e medicine tradizionali in Africa e nelle Americhe*, Lecce, Argo.

Sciortino, R., 1995, *Care-takers of Cure: an anthropological study of health center nurses in rural Central Java*, Yogyakarta, Gadjah Mada University Press.

Seppilli, T., 1996, *Antropologia medica: fondamenti per una strategia*, AM – Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica, n. 1-2, pp. 7-22.

Spiro, M. E., 1993, *Is the western conception of the self "peculiar" within the complex of the world cultures?*, *Ethos*, vol. 21, n. 2, pp. 107-153.

Thabrany, H., 2005, *Indonesia: country case study*, in WHO, 2005, *Social Health Insurance: selected case studies from Asia and the Pacific*, New Delhi, World Health Organisation.

The Jakarta Post, 2009a, *Illegal fees hamper low-cost healthcare*, Mon 12/14/2009.

The Jakarta Post, 2009b, *Poverty tag eases patients' hefty bills*, Mon 12/14/2009.

Vignato, S. (a cura di), 2010, *Soggetti al lavoro: un'etnografia della vita attiva nel mondo globalizzato*, Torino, UTET

Waldram, J. B., 2000, *The efficacy of traditional medicine: current theoretical and methodological issues*, *Medical Anthropology Quarterly*, 14:4, pp. 603-625.

Werner, J., 1996, *D'un itinéraire à l'autre ou les incertitudes du savoir ethnographique* in Benoist, J. (a cura di), 1996, *Soigner ou pluriel: essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala.

Filmografia

Al-Jazeera English, 2009, *101 East – Indonesia's Health*, 05 Feb. 2009, 35⁹³.

Hilton, C., 2002, *Shadow play: Indonesia's Year of Living Dangerously*,

⁹³ Il documentario è disponibile online sul sito internet di Al-Jazeera English.