STEFANIA FERRARO

I *lazzari*: poveri malati o dannati colpevoli?

La vita somiglia un poco alla malattia come procedere per crisi e lisi
e ha i giornalieri miglioramenti e peggioramenti.
A differenza delle altre malattie la vita è sempre mortale.
Non sopporta cure.
Sarebbe come voler turbare i buchi che abbiamo nel corpo credendoli delle ferite.
Morrete strangolati non appena curati.
Italo Svevo I., *La coscienza di Zeno*

1. Presupposti scientifici. La Napoli dei *troppi malati*

Esistono "spazi di unità che producono fratture"[1]. Più esplicitamente, alcuni soggetti istituzionali – chiamati a erogare servizi di *welfare*, come la scuola, la sanità, l'assistenza sociale – nell'esercizio empirico delle loro funzioni a livello territoriale producono fratture sociale, cioè accentuano la differenziazione sociale[2].

In questo saggio si esamina, rispetto alla produzione di tali fratture, la Sanità – e la sua implicazione concreta attraverso il processo di erogazione delle prestazioni – a Napoli.

Obiettivo del presente lavoro è dimostrare che a Napoli vi è una "produzione di plebe" attraverso l'implementazione di politiche socio–sanitarie. Al contempo, attraverso la narrazione delle plebi vi è un'assicurazione, un'attribuzione alle masse di specifiche funzioni sanitarie[3]. Esistono, dunque, apparati ideologici – legati al "generico tema della salute"– che sono finalizzati alla produzione e alla gestione della plebe[4].

[1] F.X. Merrien, R. Parchet, A. Kernen, *L'État social. Une perspective internationale*, Paris, Armand Colin, 2005.

[2] L. Barca, M. Franzini (a cura di), *La cittadinanza difficile: diritti e welfare*, Firenze, Il Ponte, 2001.

[3] R. Castel, C. Haroche, *Propriété privée, propriété sociale, propriété de soi. Entretiens sur la construction de l'individu moderne*, Paris, Fayard, 2001.

[4] Sul concetto di plebe *cfr.* M. Foucault, *Poteri e strategie. L'assoggettamento dei corpi e l'elemento sfuggente*, Mimesis, Milano 1994.

Alla luce di ciò, l'interrogativo di partenza è relativo al *gap* esistente tra la descrizione "del malato napoletano" e la realtà della sanità a Napoli, analizzata sia attraverso dati qualitativi di secondo livello sia attraverso lo studio delle percezioni e delle opinioni espresse dalla popolazione.

La risposta a tale interrogativo non può prescindere dall'analisi delle logiche attraverso le quali le politiche di *welfare* definiscono e rafforzano i processi di razzizzazione[5] e costruzione sociale delle identità[6] a Napoli – laboratorio privilegiato, luogo ove sempre più spesso l'eccezione tende a confondersi con la norma anche nel rapporto tra ordine giuridico, vita e morte[7].

Il presupposto di partenza è alquanto scontato: la *plebe* napoletana si ammala di più e muore prima. Evidenziarne le cause può essere meno banale poiché – valicando le retoriche dei *lazzari* incivili, dediti all'illegalità, fumatori e bevitori senza fondo, drogati e quindi colpevoli[8] – bisogna dimostrare l'accadere di un fenomeno che nella *new economics of science* è noto come *Matthew effect*[9], dalla frase evangelica secondo cui a chi ha sarà dato e sarà nell'abbondanza, ma a chi non ha sarà tolto anche quello che ha. Il lavoro che qui si presenta – decostruendo le retoriche secondo le quali la povertà genera diseconomie – esamina i meccanismi grazie ai quali i tratti biologici della specie umana diventano oggetto di una strategia generale di potere[10] che genera

[5] S. Paugam, *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*, Paris, Presses Universitaires de France, 1995.

[6] P. Amato (a cura di), *La biopolitica. Il potere sulla vita e la costituzione della soggettività*, Mimesis, Milano, 2004.

[7] Sull'argomento cfr A. Petrillo (a cura di), *Biopolitica di un rifiuto. Le rivolte antidiscarica a Napoli e in Campania*, Ombre Corte, Verona 2009; N. Rose, *La politica della vita*, Einaudi, Torino 2008.

[8] A. Petrillo, *Napoli globale: discorsi, territorio e potere nella "città plebea"*, in S. Palidda (a cura di), *Città Mediterranee e deriva liberista*, Mesogea, Messina 2011.

[9] Sull'argomento *cfr*: G. Castello, *La logica della disuguaglianza*, Cuzzolin Editore, Napoli 2006.

[10] M. Foucault, *Sicurezza, territorio, popolazione. Corso al Collège de France (1977–1978)*, Feltrinelli, Milano 2005.

discriminazione negativa, cioè l'essere in un destino sulla base di una caratteristica che gli altri rimettono sotto forma di *stigma*[11].

Pertanto, in relazione al contesto napoletano, si vogliono analizzare – attraverso un *focus* su un caso specifico che è l'ospedale degli Incurabili nel quartiere San Lorenzo – i processi medico–assistenziali che definiscono norme in funzione delle quali etichettano, inducono conformità e reprimono difformità, tracciano i confini tra normale e patologico[12] su categorie sociali istituzionalmente trattate come gruppi produttori di rischio[13].

Partendo dalle categorie di *habitus*[14] e *campo*[15], è possibile rintracciare le eventuali trasformazioni demografiche della malattia rispetto alle moderne logiche del capitalismo sanitario – riproduttrici del "razzismo aristocratico"[16], che conferisce un'autonomia di tipo biologico a un gruppo sociale.

Per sintetizzare, scopo del lavoro è analizzare i dispositivi sanitari di marginalità a Napoli: come si creano, come si riproducono, che effetti hanno in termini di "produzione di plebe" attraverso il "sanitario".

Punto di partenza è chiarire il concetto di plebe. La plebe a cui ci si riferisce è quella *plèbe*, intesa quale bersaglio costante e costantemente muto dei dispositivi di potere[17]. La si deve pensare «come il fondo costante della storia, l'obiettivo finale di ogni assoggettamento, il focolaio mai del tutto spento di ogni rivolta. Non c'è assolutamente realtà sociologica nella "plebe". Ma c'è comunque sempre qualcosa, nel corpo sociale, nelle classi, nei

[11] R. Castel, *La discriminazione negativa. Cittadini o indigeni?*, Quodlibert, Macerata 2008.

[12] G. Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique,* Paris, PUF, 1966.

[13] A. De Giorgi, *Zero tolleranza. Strategia e pratiche della società di controllo*, DeriveApprodi, Roma 2000.

[14] Sull'argomento *cfr.* P. Bourdieu, *La distinzione. Critica sociale del gusto*, Il Mulino, Bologna 1983.

[15] Sull'argomento *cfr.* P. Bourdieu, *Campo del potere e campo intellettuale*, Manifestolibri, Roma 2002.

[16] R. Gallissot, M. Kilani, A. Rivera, *L'imbroglio etnico in quattordici parole-chiave*, Dedalo, Bari 2006, p. 313.

[17] M. Foucault, *Poteri e strategie*, *op. cit.*

gruppi, negli individui stessi che sfugge in certo modo alle relazioni di potere; qualcosa che non è affatto la materia prima più o meno docile o resistente, ma il movimento centrifugo, l'energia di segno opposto, l'elemento sfuggente»[18]. Secondo Foucault non esiste "la" plebe, c'è "della" plebe. C'è nei corpi e nelle anime, negli individui, nel proletariato e nella borghesia, ma con un'estensione e una forma differente. Questa parte di plebe non è esterna al potere, ne rappresenta il limite; «è ciò che risponde ad ogni avanzata del potere attraverso un movimento per svincolarsene; è quindi ciò che motiva ogni nuovo sviluppo delle reti di potere»[19]. Inoltre, soprattutto rispetto al contesto di analisi qui presentato, va detto che questa plebe non si può «confondere in alcun modo con un neo–populismo che sostanzializzerebbe la plebe o con un neo–liberalismo che ne esalterebbe i diritti primitivi»[20]. Partendo da tali premesse diviene necessario riferirsi anche a quei paradigmi teorici che leggono il "sanitario", il "sociale" e le moderne politiche di *welfare* in chiave foucaultiana. Bisogna, dunque, premettere che «la politica vitale del nostro secolo non si situa tra i corni della malattia e della salute, e neppure è focalizzata sulla eliminazione della patologia per proteggere il destino del paese. Piuttosto, si occupa delle nostre crescenti capacità di controllare, gestire, proteggere, riplasmare e modulare le stesse capacità vitali degli esseri umani in quanto creature viventi. È una politica della "vita stessa"»[21].

Bisogna confrontarsi con le interpretazioni teoriche che descrivono *l'invention du social*[22] e l'esegesi che conduce a *repenser l'état–Providence*[23] per *gouverner la nouvelle misère*[24].

[18] *Ivi*, p. 11.
[19] *Ivi*, p. 53.
[20] *Ivi*, p. 54.
[21] N. Rose, *La politica della vita*, *op. cit*., p. 6.
[22] J. Donzelot, *L'invention du social. Essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, éditions du Seuil, 1993.
[23] P. Rosanvallon, *La nuovelle question sociale. Repenser l'état–Providence*, Paris, éditions du Seuil, 1995.
[24] G. Procacci, *Gouverner la misère*, Paris, éditions du Seuil, 1993.

Inoltre, bisogna tener conto che anche l'interpretazione della sanità napoletana si regge sulla consapevolezza che «la sanità o la salute – oppure il suo contrario, la malattia – è un fenomeno naturale e sociale, interfaccia di strutture profonde, biologiche ed economiche. La medicina è un epifenomeno, o un fenomeno sovrastrutturale, che si modella sul fenomeno sottostante, con il quale interagisce, modificandolo»[25].

Un'ulteriore precisazione teorica è relativa proprio alla medicalizzazione che, nel suo essere presupposto alla nascita del modello europeo di medicina sociale, è stato un fenomeno attuato in maniera autoritaria[26]. L'esempio tedesco, da questo punto di vista, appare il più significativo. In Germania infatti, già nel XVIII secolo, si assiste alla nascita e all'istituzionalizzazione di una *Polizeiwissenschaft*[27], una scienza della polizia, assurta al rango di disciplina universitaria alla quale addestrare i funzionari dello stato. Contemporaneamente nasce la medicina urbana in Francia e quella del lavoro in Inghilterra. La salute diviene uno degli obiettivi essenziali del potere politico, come scriverà Foucault[28]. In Germania "l'imperativo salute" è entrato ben presto nelle prerogative di una *police* medica, destinata a sorvegliare e a imporre le regole d'igiene al corpo sociale. Il fine della polizia è quello di coordinare e integrare la società al funzionamento del sistema economico e quindi «la salute e il benessere fisico delle popolazioni appaiono come un obiettivo politico che la *police* del corpo sociale deve assicurare a fianco alla regolazione economica e alle costrizioni dell'ordine»[29]. Dal XVIII secolo in poi, l'importanza della medicina è strettamente correlata alle relazioni

[25] G. Cosmacini, *Storia della medicina e della sanità in Italia*, Laterza, Bari–Roma 2005, p. VII. Sull'argomento *cfr.* Ph. Ariès, *Storia delle mentalità*, in R. Chartier, J. Le Goff, J. Revel (a cura di), *La nuova storia*, Mondadori, Milano 1980.

[26] Sull'argomento *cfr.* P. Di Vittorio, *Salute pubblica*, in Aa.Vv., *Lessico di biopolitica*, Manifestolibri, Roma 2006.

[27] *Ibidem.*

[28] M. Foucault, *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*, Einaudi, Torino 1998.

tra la nuova economia "analitica" dell'assistenza e l'emergere di una *police* generale della salute[30].

In questo definirsi del costrutto sociale, la medicina "deve" precedere la malattia, esplorare il tessuto sociale prima che il morbo si manifesti e procedere alla costruzione di profili di popolazione a cui destinare un trattamento speciale poiché, intercettando in anticipo delle popolazioni potenzialmente pericolose, si evitano i pericoli e si prevengono i rischi[31].

Sì partirà da tali presupposti scientifici per indagare su Napoli, salute, sanità. Siamo al cospetto di un trinomio difficile, Napoli, salute, sanità appunto, che riproduce incessantemente l'immaginario diffuso e condiviso di un Mezzogiorno d'Italia altamente drammatizzato, in cui è possibile – tuttavia – riconoscere l'esito di un'operazione selettiva e riduttiva, nonché tributaria e al tempo stesso ri–produttrice di immagini stereotipate. La Napoli della malasanità e dell'assenteismo, spesso narrata dai media, tratteggia un realismo dimezzato e parziale, all'insegna della sineddoche: uno caso per il tutto. Si annida un rischio potenziale, che cela verità più remote, e cioè che il "male" della sanità napoletana risulti difficilmente scindibile dal territorio che abita e "infetta". La malasanità è, dunque, Napoli e i napoletani, o meglio la plebe napoletana, rea di non volersi sottoporre alle moderne regole della responsabilizzazione individuale.

Tale costruzione simbolica – riproducendo le logiche del *déplacement* dei gruppi di "indesiderabili", economicamente marginali e cristallizzati negli statuti ordinari della cittadinanza – è funzionale all'attuale processo di smobilitazione del *welfare*[32], accompagnato da un incessantemente dibattito mediatico sulla

[29] M. Foucault, *La politique de la santé au XVIIIème siècle*, Paris, DE, II, p. 17.
[30] *Ibidem*.
[31] R. Castel, *I dilemmi dell'ideologia securitaria: il ritorno delle "classi pericolose"?*, Relazione al Seminario CRIE, Napoli, 14–15 Maggio 2002.
[32] P. Lascoumes, P. Le Galès (a cura di), *Gli strumenti per governare*, Mondadori, Milano 2009.

salute, nel corso del quale si pronunciano parole che sposano la linea comune della biomedicalizzazione dell'emergenza[33] e dell'assunzione individuale di responsabilità[34]. Si odono proclami che, in nome del benessere pubblico, investono e confondono diritti civili e sociali[35]. Si produce *caos* e rumore in appello a un fattore imprescindibile, quale la salute.

La ristrutturazione del *welfare*[36] come ogni ristrutturazione, lascia sbiadire un po' del fascino dell'antichità, un po' del costrutto teorico che negli anni ha portato alla edificazione dell'opera[37]. È inevitabile che il meccanismo di riorganizzazione del "sistema–salute" si inceppi a causa di una fatale diatriba tra visione utopistica e pragmatismo. E, a Napoli, in tale inceppo a farne le spese – ieri come oggi – sono i *lazzari*, poiché – sebbene il potere pubblico sia «la sola istanza capace di costruire ponti tra i due poli dell'individualismo e imporre un minimo di coesione alla società»[38] – va preso atto che «i vincoli spietati dell'economia esercitano una crescente pressione centrifuga»[39].

Eppure su Napoli ogni cosa è stata scritta. La Serao scriveva: «A Napoli si doveva chiedere tutto, e Napoli doveva dare tutto, il governo napoletano si beava dell'ignoranza e della *sozzura* della plebe: ne fomentava *gl'istinti* più bassi, ne incoraggiava le più sozze passioni, ne divideva i più volgari pregiudizi»[40]. Se la Serao lascia timidamente intravedere le trame di un potere che per i più ovvi motivi deve "produrre" plebe, più recentemente il sociologo De Masi rimanda a uno studio insuperabile su Napoli e la questione

[33] N. Rose, *La politica della vita*, *op. cit.*

[34] J. Comaroff, "*Oltre la politica della nuda vita. L'AIDS e l'ordine neoliberista*", in U. Fabietti, *Antropologia – Sofferenza sociale*, anno 6, numero 8, Roma, 2006.

[35] Sull'argomento *cfr.* R. Castel, *Le metamorfosi della questione sociale, op. cit.*

[36] J. Elster, *Giustizia locale. Come le istituzioni assegnano i beni scarsi e gli oneri necessari*, Feltrinelli, Milano 1995.

[37] Sull'argomento *cfr.* J. Donzelot, *L'avenir du social*, Paris, Éditions Esprit, 1996.

[38] R. Castel, *Le metamorfosi della questione sociale, op. cit.*, p. 554.

[39] *Ibidem*.

[40] M. Serao, *Il ventre di Napoli*, Adriano Gallina Editore, Napoli 1988, p. 13.

meridionale e ricorda che «Nitti individua (siamo nel 1903) quattro punti dolenti, che restano tuttora cruciali: la depressione economica, per cui il PIL della città è decisamente inferiore a quello di Roma o di Milano; la debolezza finanziaria per cui le banche e la borsa di Napoli sono ridotte a una funzione gregaria rispetto a quelle di altre piazze; la patologia dei rapporti sociali, per cui la solidarietà e la vivacità descritte da Goethe sono ormai degenerate in diffidenza, malumore ed aggressività; la vita pubblica avvelenata dal disimpegno politico, dalla rissosità amministrativa, dalla carenza di progettualità, da ritardi operativi, dall'asservimento della sfera pubblica da parte dei politici faccendieri, degli speculatori economici, della criminalità associata»[41]. Dunque, De Masi ripristina gli equilibri e traccia le trame di una colpevolezza tutta partenopea. A ciò forse Gramsci avrebbe replicato dicendo che proprio attraverso questo tipo di letteratura si è diffusa nel proletariato settentrionale quell'ideologia borghese antimeridionale per la quale «il Mezzogiorno è la palla di piombo che impedisce più rapidi progressi allo sviluppo civile dell'Italia; i meridionali sono biologicamente degli esseri inferiori, dei semibarbari o dei barbari completi, per destino naturale; se il Mezzogiorno è arretrato, la colpa non è del sistema capitalistico o di qualsivoglia altra causa storica, ma della natura che ha fatto i meridionali poltroni, incapaci, criminali, barbari»[42].

Inoltre, di fronte all'ipotetica – e tanto descritta – rassegnazione dei napoletani, popolari e legati alle tradizioni, è possibile chiedersi: «Quanto cinismo c'è nella rassegnazione? Quanto egoismo nella grazia popolare? Quanta crudeltà in chi non se la prende ridendo con vera allegria?»[43]. Sarebbe altrettanto possibile replicare che «di fronte ad un "potere senza volto" fonte di oppressione e alienazione, il carattere popolare si rivolta con un

[41] D. De Masi, *Prefazione,* in F. Altavilla, *Sotto un cielo che presto diventerà azzurro*, Guida, Napoli 2006, p. 5.
[42] A. Gramsci, *La questione meridionale*, Editori Riuniti, Roma 1991, p. 9.
[43] P. Pasolini, *Trasumanar ed Organizzar*, Garzanti, Milano 1971, p. 67.

sorriso e uno sberleffo proiettando una "felicità" popolare che è al contempo istanza di "libertà"»[44].

L'ordine discorsivo – rispetto al nostro trinomio Napoli, salute e sanità – narra un disastro le cui colpe non possono che essere individuali, connesse all'incoscienza, all'ignoranza, all'arretratezza e, come direbbe qualcuno, al familismo amorale[45].

Di Napoli, e della sua plebe in particolare, si dice che il 30–40% della popolazione vive in 3–4 distretti socio–sanitari periferici particolarmente degradati; presenta la speranza di vita più bassa di tutte le altre città italiane; detiene uno dei più bassi tassi di occupazione del Paese (Napoli 29%, Italia 43%), soprattutto nella fascia d'età 25–29 anni.

Si dice ancora che a Napoli 1 famiglia su 4 soffre la povertà (in Italia 1 famiglia su 10); il 40% (e il 60% nelle zone più disagiate) della popolazione occupa una casa in affitto (Italia 22%); vi è un tasso di abbandono scolastico (pari al 7,1%) più che doppio rispetto al valore nazionale[46].

Questi dati, non strettamente connessi al profilo sullo stato di salute dei napoletani, fanno da preambolo alle successive disquisizioni sulla difficile situazione sanitaria della metropoli partenopea. Attraverso variabili – quali la disoccupazione, la proprietà, il tasso di scolarizzazione – si traccia il profilo del "napoletano povero", al quale addossare le responsabilità di un cattivo stile di vita e di una conseguente scarsa attenzione per la sua salute e – di rimando – per la salute pubblica. Infatti, se di *habitus* stiamo dissertando, bisogna aggiungere che la narrazione continua a tracciare i perimetri del disastro sanitario napoletano, affermando che gli aspetti sociali e culturali della vita dei bambini e dei ragazzi napoletani sono, per diversi aspetti, più modesti

[44] *Ibidem.*

[45] E.C. Banfield, *Le basi morali di una società arretrata,* Il Mulino, Bologna 1976.

[46] I dati riportati sono tratti da WHO, *Monitoraggio dello stato di salute delle città* – Sezione Italia – anno 2004/2005, link: www.who.int [traduzione mia].

rispetto a quelli dei coetanei di altre regioni d'Italia. Rispetto a questi ultimi, i ragazzi napoletani leggono meno libri, vanno meno a teatro, ai concerti, agli spettacoli sportivi e ai musei; usano meno il personal computer e internet, praticano meno sport e attività fisica e hanno più frequentemente una televisione tutta per loro, per cui la usano più spesso senza controllo. Tanto premesso non ci si aspetta che gli adulti diano il buon esempio. Infatti, rispetto agli adulti di altre città italiane, tra quelli napoletani si registra la più alta percentuale di fumatori e di sovrappeso–obesi; la più bassa percentuale di residenti che praticano regolarmente attività fisica o sportiva, di lettori di libri e di quotidiani, di fruitori di internet e, dopo Catania, il più alto tasso di infrazioni al codice della strada. Tracciato il profilo stereotipato del napoletano *lazzaro* per definizione, ne segue il suo scarso rispetto per i più elementari principi sanitari. Si dice, dunque, che la città partenopea "vanta" la maggior percentuale (65% nel 2005) di tagli cesarei d'Europa, a fronte del dato medio italiano che è pari al 38%. Quando si sostiene ciò si omette di dire che il parto, come tutto il processo di medicalizzazione del corpo della donna, muove gli ingranaggi del mercato della salute[47]. È sufficiente pensare all'indotto di farmaci, esami del sangue, ecografie, biopsia dei villi coriacei, amniocentesi, episiotomie[48] e sempre più spesso il ricorso al cesareo appunto[49]. Si può certamente sposare la teorizzazione del cesareo quale espressione massima di una sorta di "microfisica del potere medico" che penetra nell'intimo degli individui[50]. D'altro

[47] Sull'argomento cfr. S. Ferraro, *La medicalizzazione del corpo femminile. Da "La sala delle agitate" alla sala parto: un'esperienza corporale mediata dalla tecnica*, in A. Simone, *Sessismo democratico. L'uso strumentale delle donne nel neoliberismo*, Mimesis, Milano 2012.

[48] Dati OMS – anno 2006.

[49] Ministero della Salute, *L'eccessivo ricorso al taglio cesareo – analisi dei dati italiani*, anno 2009. La percentuali di cesarei aumenta in modo generalizzato su tutto il territorio e raggiunge livelli particolarmente elevati nell'Italia meridionale (dal 34,8% al 45,4%) e insulare (dal 35,8% al 40,8%).

[50] L. Lombardi, *Società, culture e differenze di genere. Percorsi migratori e stati di salute,* Franco Angeli, Milano 2005.

canto, il cesareo può eliminare quasi del tutto le incertezze connesse ai tempi della nascita, riportandoli e riconnettendoli ai ritmi di vita scanditi da una società liberista[51]. Ma vi è un altro aspetto da considerare e che legittima l'aumento del cesareo a fronte del parto fisiologico: i costi. Il parto naturale richiede un'assistenza *one to one*, dunque la presenza di un'ostetrica per ogni partoriente. Questo significa un aumento del personale e delle turnazioni. Il cesareo e l'epidurale abbattono i costi di gestione[52], a Napoli più che altrove – a fronte di un tasso di natalità mediamente più alto rispetto al dato nazionale.

Si narra anche che a Napoli solo 1 mamma su 6 allatta ancora suo figlio al sesto mese di vita (mentre in altre regioni anche 1 su 3), dimenticando che l'allattamento al seno è strettamente connesso ai diritti di maternità che scaturiscono e vengono riconosciuti nel caso in cui si abbia un lavoro "regolare" e a tempo indeterminato. Tate condizione, a Napoli in particolare, è assolutamente antitetica alla più generale condizione di precariato[53]. I dati statistici sottolineano anche che la copertura vaccinale contro il morbillo potrebbe non essere ancora efficace nei distretti svantaggiati, dove nel 2003 essa era su valori ancora "pericolosi", ossia tra il 60% dei bambini "a rischio" solo 1 su 10 era stato vaccinato contro l'influenza. Anche in questo caso viene del tutto oscurato il fatto che le pratiche di vaccinazione rimandano a scelte individuali, spesso ostacolate dai quotidiani ritmi di vita e dalle difficoltà di accesso al servizio sanitario[54]. Inoltre, si dimentica spesso che Napoli è anche luogo di resistenze[55]. Più precisamente, la città

[51] B. Hooks, *Elogio del margine. Razza, sesso e mercato culturale*, Milano, Feltrinelli, 1998.

[52] D. Minerva, *La fiera delle Sanità*, BUR – Rizzoli, Milano 2009.

[53] E. Amaturo (a cura di), *Profili di povertà e politiche sociali a Napoli*, Liguori, Napoli 2004.

[54] *Ibidem*.

[55] Sull'argomento cfr. S. Ferraro, *Immunoresistenza popolare. L'affaire H1N1: strategie di verità ed effetti di potere in una histoire da panico virale*, in R. Biancheri, M. Niero, M. Tognetti (a cura di), *Ricerca e sociologia della salute tra presente e futuro. Saggi di giovani studiosi italiani*, Salute e Società, FrancoAngeli, Milano 2012.

partenopea è uno "spazio" in cui – più frequentemente di quanto sia riportato dai media – agiscono contro–spinte al potere che operano azioni di disturbo all'equilibrio biopolitico predefinito.

Il rimando è alla questione rifiuti, essendo questa l'ultima grande emergenza napoletana in ordine di tempo e avendo prodotto – attraverso le rivolte – forme di resistenza popolare caratterizzate da grandi risvolti storici in termini di acquisizione, da parte della popolazione, di un sapere tecnico–scientifico relativo ai moderni concetti di vita e salute pubblica[56].

La resistenza alle pratiche di vaccinazione, che si è palesata esplicitamente a Napoli durante l'ultima pandemia detta influenza suina o H1N1 scoppiata nel 2009, per ovvie ragioni, non ha avuto caratteristiche simili a quella dei rifiuti. Intanto perché la pandemia suina non è una questione napoletana in senso stretto. Napoli ha rappresentato solo il luogo più facile e immediato, per le ragioni sin ore descritti, in cui esercitare la retorica pandemica e muovere il teatro del panico. Durante l'ultima ondata pandemica, a Napoli si è prodotta una resistenza al vaccino e al panico stesso; panico che di fatto la città non ha vissuto perché con l'influenza suina nulla è cambiato rispetto ai tassi di ospedalizzazione, di mortalità per influenza, di consumo di farmaci. È sufficiente notare che gli stessi dati ministeriali relativi a tali fattori, per l'anno 2009, mostrano i medesimi andamenti dell'anno 2008[57].

Del resto, andando oltre la dichiarata intenzione di preservare l'equilibrio sociale, va riconosciuto che le retoriche pubbliche – che ruotano attorno alla tutela dell'ambiente e alla parossistica cura del corpo – possono svolgere la funzione di generatori di paure sociali. Queste ultime sono assolutamente funzionali ai processi di individuazione ed emarginazione del "nemico", che in

[56] Sull'argomento cfr. A. Petrillo (a cura di), *Biopolitica di un rifiuto*, *op. cit.*

[57] I dati citati sono tratti dal sito web del Ministero della Salute, Sezione documenti, *Dati annui sulla salute della popolazione*, Sezione Napoli, anno 2009, link: www.ministersalute.it

questo caso si palesa con la plebe non vaccinata dei quartieri più svantaggiati[58].

La narrazione ufficiale della Napoli "malata" continua con la messa in evidenza dei dati ufficiali attestanti che su 1.000 residenti tra i 0–14 anni si sono effettuati ben 177 ricoveri nel 2004 (dato nazionale: 103/1.000). Tale attestazione, oltre a non tener conto del fatto che lo scarto tra il dato locale e quello nazionale è minimo (pari a sole 74 unità) in relazione all'elevata densità abitativa di Napoli, pare voler ulteriormente sottolineare l'aggravio che l'inefficiente stile di vita napoletano produce sul sistema sanitario nazionale. Tale aggravio sarebbe ancora una volta il risultato del cattivo stile di vita della plebe napoletana, visto che gli stessi dati sottolineano anche che nelle aree disagiate i ricoveri aumentano enormemente, soprattutto per patologie di scarso rilievo, le quali sarebbero – il più delle volte – facilmente affrontabili con una soddisfacente assistenza domiciliare[59].

A ciò si può replicare solo ricordando che a Napoli il più noto familismo amorale è completamente soppiantato da un più reale e comprovato familismo forzato[60], cioè una situazione di sovraccarico familiare determinata dalla necessità di provvedere alla sopravvivenza materiale e di fronteggiare i carichi di lavoro domestico con risorse cronicamente scarse e in una situazione di sovraffollamento aggravata dalla coabitazione forzata.

A riprova di ciò si tenga conto che molte aree di Napoli – tra cui il rione Sanità e ancor di più i Miracoli nel quartiere San Carlo all'Arena e il quartiere San Lorenzo – presentano una fortissima emergenza abitativa dovuta a migliaia di sfratti pendenti o in fase esecutiva per morosità incolpevole perché «la gente non ce la fa

[58] S. Ferraro, *Immunoresistenza popolare, op. cit.*

[59] *Profilo di Comunità Municipalità 3. Distretto 29. Stella/SanCarlo all'Arena – 2010–2012*, Coordinamento Centro Studi Interistituzionale Per l'integrazione Sociosanitaria – Comune di Napoli/ASL Napoli 1.

[60] D. Gambardella, E. Morlicchio (a cura di), *Familismo forzato. Scambi di risorse e coabitazione nelle famiglie povere a Napoli*, Roma, Carocci, 2005.

più a pagare un fitto che supera i 700 euro al mese»[61]. In più, presso il Servizio Assegnazione Immobili del Comune di Napoli ci sono graduatorie definitive pendenti per sfrattati, con migliaia di nuclei familiari aventi diritto in attesa di un alloggio di edilizia residenziale pubblica da decenni, a cui si aggiungono scantinatisti, giovani coppie, coabitanti, chi vive negli alberghi a seguito di procedura di sgombero per pericoli di incolumità pubblica[62]. Come si fa, dunque, ad assistere in tali condizioni un bimbo ammalato, seppur con una patologia non grave?

E, inoltre, cosa dire quando la miseria palesemente mette al bando le retoriche del *welfar*e? Un caso per tutti: può accadere che «i padroni uccidono»[63] anche un bimbo di sei anni. A rione Sanità un bimbo può morire intossicato dal fumo di un piccolo braciere che la madre aveva acceso per vincere il freddo, perché l'Enel aveva staccato la luce da due settimane per mancato pagamento. L'hanno trovato steso accanto alla madre agonizzante, anche lei intossicata dall'ossido di carbonio che si è alzato dalla carbonella bruciata dentro un barbecue[64]. Nel 2012, come nelle più remote miserie ottocentesche, la morte di un bimbo a causa della povertà mette in discussione gli ordini discorsivi che, in nome dei processi di riorganizzazione del *welfare*, inneggiano alle assunzioni individuali di responsabilità e a stili di vita "civili".

Ancora, si può attribuire alla plebe il fatto che Napoli sia la città italiana con il più alto tasso di inquinamento dell'aria da di NO2?[65]. Naturalmente le conseguenze sulla salute dei cittadini sembrano essere maggiori nelle fasce "vulnerabili", ovvero sotto i

[61] Intervista a T., 39 anni, quartiere San Lorenzo, Napoli, 6 marzo 2010. Questa intervista e tutte le altre qui riportate sono state realizzate per la ricerca Prin Anno 2008 dal titolo Le "due città". La questione delle "plebi urbane" e lo sviluppo territoriale a Napoli. Tale ricerca è stata condotta da URiT (Unità di Ricerca sulle Topografie Sociali), coordinata dal prof. Antonello Petrillo.

[62] D. Gambardella, E. Morlicchio (a cura di), *Familismo forzato, op. cit.*

[63] Redazione, *I padroni uccidono*, in «Operai Contro», 20 ottobre 2009.

[64] *Ibidem*

[65] NO2 sta x diossido di azoto. Per i dati *cfr*. WHO, *Monitoraggio dello stato di salute delle città* – Sezione Italia – anno 2004/2005, link: www.who.int

24 mesi di vita e negli anziani e i decessi (a tutte le età) attribuibili alla più alta concentrazione nell'aria di NO2 sono, a Napoli, i più alti d'Italia. Ovviamente la sola spiegazione che l'ordine discorsivo sa dare rispetto a tale tasso di inquinamento risiede nell'eccessivo traffico automobilistico.

Si aggiunga, inoltre, che dai dati dei quaderni di Demografia del Comune di Napoli – in relazione al rapporto tra salute e stili di vita – è comprovato un andamento inversamente proporzionale, calcolato per singolo distretto sanitario, tra il reddito minimo di inserimento e il tasso di ricoveri ordinari. Ad esempio, nel distretto 33[66] il numero massimo di ricoveri ordinari (400 persone ogni 1000 abitanti) si definisce in funzione di un reddito minimo che oscilli tra i 15 e i 20 euro. In tali valori non sono compresi i ricoveri d'urgenza e in *day hospital*, rispetto ai quali, invece, cresce considerevolmente il numero di persone con un reddito minimo di inserimento molto basso.

Altro dato interessante è quello relativo al consumo di farmaci, generalmente molto alto a Napoli rispetto ai dati nazionali. Tra gli assidui consumatori di farmaci una percentuale abbastanza alta (33%) dichiara di praticarne un consumo autogestito. Di questi, la maggior parte, rientra in fasce economicamente deboli e il 22% appartiene alla IV Municipalità[67].

Poggiando su tale quadro descrittivo, l'ordine discorsivo può facilmente demonizzare Napoli ed ergerla, ciclicamente, a teatro emergenziale – presupponendo colpe storicamente costruite e consolidate.

A supporto di ciò c'è anche una letteratura scientifica che rintraccia le inefficienze napoletano nella passata realtà contadina descritte come «brutale, spietata, bigotta, onnivora. Schiava della tradizione, della scarsità dell'emotività, dell'ignoranza»[68]. Si dice,

[66] Il distretto sanitario 33 è relativo alla IV Municipalità di Napoli, che comprende i quartieri di San Lorenzo, Vicaria, Poggioreale e Zona Industriale.

[67] Dati del SSN –2005.

[68] D. De Masi, *Prefazione, op. cit.*, p. 7.

poi, che quella realtà contadina brutale si sia tramutata, oggi, in una massa di individui dediti alla «scioglievolezza», che significa «mancanza di legami, di leggi, di *nomos* tra cittadini»[69]. In contrapposizione a ciò si tenga conto del fatto che, se ciò fosse vero, sarebbe come dire che finalmente questi "individui" sono divenuti moderni, non sono più arretrati, poiché presentano le stesse caratteristiche di allentamento del legame sociale che buona parte della letteratura attribuisce alla globalizzazione[70].

E quando, poi, la narrazione ufficiale si accinge a descrivere la sporcizia dei vicoli, tale narrazione viene decostruita dagli stessi abitanti, i quali spiegano che, per esempio, «nella Sanità lo spazzamento avviene due, tre volte la settimana. Lo svuotamento dei cassonetti non corrisponde all'igienizzazione dei siti dove ci sono gli stessi contenitori con il risultato che c'è sempre cattivo odore»[71]. Qualcuno conserva ancora le foto di un manifesto scritto a mano su cui si legge: «Attenzione, tumore pronto per l'uso: amianto»[72]. Quel manifesto, per diversi mesi del 2010, è stato affisso alla parete della Basilica di Santa Maria, lì dove si era creato un vero e proprio sversatoio di veleni. «Per settimane si sono accumulati sacchetti, appoggiati al muro della Basilica di Santa Maria alla Sanità, contenenti eternit, amianto, molto ben visibile e soprattutto riconoscibile. Ci sono state segnalazioni, richieste di intervento, sollecitazioni ma nessuno si è preso la briga di togliere quei veleni da una zona molto frequentata»[73]. Anche in questo caso c'è "della plebe" in grado di capire che «il vicolo non deve più essere un luogo vissuto, dove a fine giornata, si invitavano i figli a "uscire dentro". Bisogna andare agli *outlet* fuori città, puliti e ordinati. Pure il vicolo sporco aiuta il consumo globalizzato»[74].

[69] *Ibidem*.
[70] Z. Bauman, *La società dell'incertezza*, Il Mulino, Bologna 1999.
[71] Intervista a P., 44 anni, abitante del rione Sanità, 6 marzo 2010.
[72] *Ibidem*.
[73] *Ibidem*.
[74] *Ibidem*.

È pur evidente che, nonostante la consapevolezza politica di questa gente e i costanti tagli alla sanità e ai servizi sociali, le narrazioni ufficiali dei dati statistici riescono a riportare le responsabilità, non già all'incuranza del potere, «ma alla forte deprivazione economica e culturale degli abitanti»[75].

Non a caso, la statistica – come la demografia – contribuisce a tratteggiare le linee della normalità e fornisce al potere gli strumenti concettuali per la gestione delle attività biologiche[76]. Lo fa attraverso varie tattiche e vari calcoli, tra cui «minimizzare il rischio nelle popolazioni considerate come insieme; individuare e prendere come bersaglio di intervento le zone ad alto rischio; cercare di identificare gli individui presintomatici a rischio attraverso l'analisi delle combinazioni di fattori statisticamente e clinicamente connessi al comportamento problematico. Successivamente, il rischio va ricondotto ponderando i soggetti problematici con valutazioni del rischio, inserendoli in registri del rischio, decidendo sulla loro terapia in relazione ai livelli di rischio, sottoponendoli a monitoraggio del rischio, recuperandoli mediante programmi di intervento finalizzati a creare in essi stessi le capacità necessarie a valutare e controllare il proprio rischio»[77].

2. *Il caso. Gli Incurabili a San Lorenzo e la gran pietà dei* Napolitani

A partire dal quadro teorico sopra illustrato e dalla decostruzione degli ordini discorsivi sulla Napoli dei troppi malati sin qui descritta, la ricerca ha indagato – con metodologia etnografica[78] – un caso specifico: l'ospedale degli Incurabili, nel

[75] *Profilo di comunità*, *op. cit.*, p. 17.

[76] Sull'argomento *cfr.* M. Foucault, *Nascita della biopolitica. Corso al Collège de France (1978-1979)*, Feltrinelli, Milano 2005.

[77] N. Rose, *La politica della vita*, *op. cit.*, p. 386.

[78] L'indagine etnografica si è svolta prevalentemente con interviste, raccolta di biografie e osservazione diretta negli spazi indagati. Si è anche effettuato un

quartiere San Lorenzo. La ricerca guarda a San Lorenzo nel suo essere una combinazione di luoghi e processi particolari, per descrivere le forme di relazioni locali che qui si stanno disegnando i nuovi modi di abitare, di spostarsi e di convivere che lo investono.

In questo «paradiso abitato da diavoli»[79] – San Lorenzo appunto – il processo di produzione e gestione della plebe attraverso il "sanitario" appare ben evidente, poiché gran parte degli ordini discorsivi sulla plebe napoletana che si ammala e muore prima si concentra sulla popolazione che vive in questa zona. San Lorenzo nasce come *agorà* e conserva per anni la caratteristica di un luogo nevralgico dal punto di vista delle relazioni socio-politiche della città[80]. Successivamente, in seguito ai processi di cambiamento del tessuto urbano, diviene uno fra i maggiori spazi di riproduzione e consolidamento degli stereotipi su Napoli: luogo sporco, pericolo, abitato da barbari. Col tempo, tale logica, ponendosi anche a garanzia di una sfrenata speculazione edilizia, ha prodotto una fortissima differenziazione sociale dello spazio urbano. Si tenga conto che «non esiste una tendenza alla divisione funzionale delle zone, poiché la città è lo strumento di una logica economica unidirezionale, di un processo univoco e molto semplice di rapina di risorse e di spreco della forza-lavoro»[81].

Fermandosi alla sola apparenza estetica di San Lorenzo, diviene facile dipingerlo quale «intrico di istinti e di sentimenti»[82]. Più remotamente, anche al Caravaggio delle *Sette opere di misericordia*, che nascono proprio da «un'immersione entro una realtà quotidiana violenta e mimica, disperatamente popolare»[83] –

monitoraggio della stampa locale. La parte empirica della ricerca si è svolta da gennaio 2009 a gennaio 2011.

[79] B. Croce, *Un paradiso abitato da diavoli*, Adelphi, Milano 2006.

[80] Sull'argomento *cfr.* P. Coppola (a cura di), *La forma e i desideri. Saggi geografici su Napoli e la sua area metropolitana*, Esi, Napoli 1997.

[81] N. Ginatempo, *La città del sud. Territorio e classi sociali*, Mazzotta, Milano 1976, p. 65.

[82] D. Rea, *Le due Napoli*, in Id., *Gesù, fate luce*, Einaudi, Milano 1990, p. 203.

come quella di San Lorenzo – l'ispirazione potrebbe esser venuta «non appena giunto, in qualche crocicchio famoso, rimescolato tra ricchi e poveri, tra miseria e nobiltà»[84].

Lo scenario, dei luoghi come dei personaggi, diventa immediatamente il riflesso dell'anima di Napoli, tracciata «sotto il volo degli angeli–lazzari che fanno la 'voltatella' all'altezza dei primi piani, nello sgocciolio delle lenzuola lavate alla peggio e sventolanti a festone sotto la finestra cui ora si affaccia una "nostra donna col bambino", belli entrambi come un Raffaello [...] perché ripresi dalla verità nuda di Forcella o di Pizzofalcone»[85].

La storia di questo quartiere, che "accoglie" anche Forcella, può ergersi a termometro di un tessuto cittadino certamente non semplice ma neanche sintetizzabile in «quel vicolo puzzolente e spaventoso»[86], troppo spesso considerato una semplicistica «sintetica storia del nostro mondo»[87].

Cos'è oggi San Lorenzo? Un vecchio "quartiere pubblico" che invecchia ma resiste?[88]

I dati analizzati raccontano di un luogo di esclusione sociale, che di certo risponde ai più complessi movimenti urbani e ai poteri locali. È un quartiere con un'elevatissima densità abitativa e contemporaneamente con uno dei maggiori indici di decremento; con un'elevata percentuale di famiglie numerose e un basso tasso di scolarizzazione. Il rapporto percentuale tra la popolazione con 65 anni e quello meno di 15 anni (indice di vecchiaia) a San Lorenzo è del 95.58% superiore a quello di Napoli (91.13%). Superiore al dato cittadino risulta essere anche il tasso di

[83] R. Longhi, *Da Cimabue a Morandi*, a cura di G. Contini, Mondadori, Milano 1973, p. 868.
[84] *Ibidem*.
[85] *Ibidem*.
[86] G. Boccaccio, *Opere*, Mondadori, Milano 2005, p. 1400.
[87] *Ibidem*.
[88] M. Cremaschi (a cura di), *Tracce di quartieri. Il legame sociale nella città che cambia*, FrancoAngeli, Milano 2008.

disoccupazione, così come la percentuale di lavoratori a progetto e interinali[89].

Interessante, a San Lorenzo, è l'elevata eterogeneità della popolazione. Cittadini immigrati, senza fissa dimora e comunità nomadi sono presenti in gran parte sul territorio. Più in generale, nella IV Municipalità, al 2007, si registra il 17,7% di migranti presenti a Napoli, con uno scarto poco significativo rispetto alla II Municipalità, (Mercato, Pendino, Avvocata, Montecalvario, Porto, S.Giuseppe) che arriva al 18,6% degli stranieri, seguita dalla I Municipalità, (Chiaia, S.Ferdinando, Posillipo), con il 18,5%. Il dato va comunque letto tenendo conto che nelle I e II Municipalità si concentra il maggior numero di migranti in regola che presta servizio presso le singole famiglie. Detto in altri termini, di certo il dato della IV Municipalità crescerebbe se si tenesse conto dei migranti non in regola[90].

Molte aree pubbliche di san Lorenzo sono dedicate al commercio, soprattutto ai mercati. Naturalmente, in tale zona è più ingente (e anche più evidente) il fenomeno dei mercati "neri" e delle economie nascoste; ne consegue che è anche uno dei laboratori privilegiati di politiche sicuritarie e legalitarie. Un esempio fra i più recenti è la rimozione del leggendario mercato della Duchesca a piazza Mancini, alle spalle della statua di Garibaldi: il Comune di Napoli cancella un pezzo di storia per combattere l'abusivismo dei venditori ambulanti e costruire un parcheggio[91].

Va anche detto che il territorio della IV Municipalità, e San Lorenzo in particolare, non è provvisto di rilevanti strutture con lo scopo di offrire assistenza ai cittadini nella gestione della vita quotidiana. Non sono molti i luoghi adibiti allo svago, alla cultura o all'aggregazione sociale e ci sono poche aree verdi[92].

[89] Dati Istat 2001, *Struttura della popolazione e territorio ai Censimenti*, in www.comune.napoli.it

[90] Dati Statistici SISTAN, in "Quaderni di Demografia – Anno 2007".

[91] R. Pipolo, *Giù le mani dalla Duchesca*, in «wordpress.com», 9 dicembre 2009.

[92] M. Cremaschi (a cura di), *Tracce di quartieri*, op. cit.

Se poi si procede all'analisi dei dati relativi alle condizioni di salute e agli stili di vita dei *lazzari* di San Lorenzo, si scopre il profilo di una popolazione che, in termini di nascite, morti (e relative cause di decesso), tassi di ospedalizzazione non presenta alcuna peculiarità o picco. Ad esempio, in tale zona come a Napoli e in Campania, la causa più frequente di ricovero è rappresentata da leucemie e linfomi (23%) seguita dalle neoplasie, che sono anche la principale causa di decesso; segue, poi, l'infarto[93]. Naturalmente non manca lo stigma e, pertanto, le statistiche ricordano che – per esempio – l'epatite A è una delle poche malattie infettive che ancora caratterizza Napoli e in particolare le aree più disagiate come San Lorenzo, verosimilmente «per l'allevamento di molluschi, principali vettori del virus»[94]. Altro dato caratterizzante San Lorenzo è l'elevata incidenza di soggetti in sovrappeso e obesi, una delle cause primarie – insieme all'alto consumo di sigarette – della malattia cardiovascolare precoce[95].

Dunque, anche in questo caso una colpa connessa ai cattivi stili di vita può sempre essere individuale, nonostante ci sia chi sostiene che «sempre è più *pericolosa* alla società la classe de' *medici* che quella de' *mendici*»[96].

La stessa Serao, tracciando il profilo del "Ventre di Napoli", scriverà pagine a difesa della dignità della plebe napoletana, niceforianamente accusata di essere una razza inferiore. Riferendosi ai quattro quartieri popolari di Napoli, tra cui San Lorenzo, tenterà di smentire i falsi, epocali pregiudizi riguardanti, la poltroneria e l'inciviltà – che può divenire patologia sociale – dei napoletani, sostenendo che «la gente che abita in questi quattro quartieri popolari, senz'aria, senza luce, senza igiene, disguazzando nei ruscelli neri, scavalcando monti d'immondizie, respirando miasmi

[93] Sull'argomento cfr. *L'efficienza delle ASL*, in www.statistica.regione.campania.it /tematiche/03sanita/ann05cap03.pdf

[94] *Ibidem.*

[95] *Ibidem.*

[96] F. Mastriani, *I Vermi. Le classi pericolose in Napoli*, Luca Torre, Napoli 1994, p. 305.

e bevendo un'acqua corrotta, non è una gente bestiale, selvaggia, oziosa; non è tetra nella fede, non è cupa nel vizio, non è collerica nella sventura. [...] Non è dunque una razza di animali, che si compiace del suo fango; non è dunque una razza inferiore che presceglie l'orrido fra il brutto e cerca volenterosa il sudiciume; non si merita la sorte che le cose gl'impongono; saprebbe apprezzare la civiltà, visto che quella pochina elargitagli, se l'ha subito assimilata, meriterebbe di essere felice»[97]. Come predetto, il campo d'indagine etnografica è l'ospedale degli Incurabili, scelto in quanto è «duogo degno di essere osservato per meditarvi le opere di Dio e la gran pietà dei *Napolitani*, nella magnificenza dell'edificio, e nel mantenimento di tanti poveri»[98].

Dunque, l'ospedale oggetto d'indagine, scelto anche per la sua importanza topografica, sorge a Napoli in funzione della carità quale virtù cristiana per eccellenza, rispetto alla quale la povertà è effettivamente valorizzata in riferimento al Cristo e ai modelli della vita apostolica[99]. L'ospedale degli Incurabili, edificato nel 1518 a opera della venerabile Maria Longo, al suo nascere presentava le caratteristiche delle istituzioni d'*Ancien Regime*, prendendosi cura dell'uomo dalla sua nascita in ostetricia, alla formazione (attraverso gli educandati e il maritaggio) e alla salute (attraverso cure specifiche) sino alla sua morte (con i cimiteri della congrega).

Qui trovavano accoglienza anche i matti, curati insieme a «*infirmi* delle altre due *qualitate*, cioè *vechieza* o *de ulcerazione*, esclusi i *lazarosi*»[100]. Povertà oggettiva e povertà soggettiva[101] erano categorie già note e infatti l'ospedale era gestito con «regole ferree emanate dal Vescovo che facevano divieto assoluto di

[97] M. Serao, *Il ventre di Napoli*, *op. cit.*, pp.3–4.

[98] R. Mazzola, *Medici a lavoro. L'ospedale degli Incurabili di Napoli nella seconda metà del XVIII secolo,* Napoli, Istituto per la storia del pensiero filosofico e scientifico moderno, 2002, p. 56.

[99] Sull'argomento *cfr.* V.C. Catapano, *Matti agli "Incurabili" di Napoli*, Liguori, Napoli 1995.

[100] *Ivi*, p. 15.

alloggiare "zingari o altra gente di sorte alcuna, benché fosse gente di Corte, o gente civile, quando non siano veramente Pellegrini, o Poveri viandanti, o infermi per i quali sono stati eretti gli Ospedali. Come il divieto di ricevere donne o "permettere che le donne nello *Spedale* stiano insieme cogli Uomini a dormire nonostante che asseriscano di essere Marito e Moglie" o far perdere ogni immunità per coloro che ne abusavano o che ne facevano "involare" (rubare) le suppellettili»[102].

L'analisi delle fonti storiche dell'ospedale in questione consente di ricostruire anche alcuni tratti antropologici del "medico napoletano", per esempio, si sa che «la scuola per allievi di medicina era estremamente severa per gli obblighi che imponeva. [...] Altra caratteristica, che distingueva l'ospedale dagli altri era la mancanza di gerarchia. Medici e chirurghi non erano tenuti ad alcuna subordinazione verso i primari, ma erano completamente autonomi nelle loro scelte professionali e si limitavano, in caso di necessità, a chiamare a consulto i primari»[103]. A ciò si aggiunga pure che «le concezioni dei medici napoletani sono molto attente all'influenza delle condizioni ambientali. Ne sono un esempio gli studi di De Renzi dai quali emerge un ampio quadro della situazione igienico–sanitaria di Napoli»[104].

Ritornando, invece, all'ospedale, ci sono tracce di una diversa percezione dello stesso – da parte della plebe e da parte delle classi agiate – già intorno al 1848, infatti si legge che «mentre nelle classi popolari permane l'immagine dell'ospedale come rifugio, al quale ricorrere solo in casi estremi, cresce la credibilità dell'ospedale quale luogo terapeutico nei ceti agiati»[105]. Pertanto – muovendo dalla consapevolezza che le questioni della

[101] R. Castel, *La metamorfosi della questione sociale*, *op. cit.*

[102] G. Da Molin, *I Figli della Madonna. Gli esposti all'Annunziata di Napoli*, Cacucci Editore, Bari 2004, p.65.

[103] R. Mazzola, *Medici a lavoro*, *op. cit.*, p. 43.

[104] A. Massafra, *Il Mezzogiorno preunitario: economia, società, istituzioni*, Dedalo, Bari 1998, p. 779.

[105] *Ivi*, p. 778.

specializzazione, della professionalizzazione, dell'istituzionalizzazione, della discriminazione delle popolazioni da prendere in carico, definiscono ancora oggi l'organizzazione del campo socio-sanitario[106] e concorrono a tracciare il profilo dell'*handicappologia*[107] e la categoria dell'*indigente validoo*[108] – questo luogo può essere indagato attraverso le antiche e moderne *querelles* che identificano quello spazio in maniera diametralmente opposta: zona filantropiche da un lato, luogo del rifiuti dall'altro.

Dall'analisi dei dati statistici si evince che l'utenza di pronto soccorso di tale ospedale è prevalentemente territoriale, della IV Municipalità, di cui la maggior parte del quartiere (San Lorenzo). Si tratta prevalentemente di accessi per patologie e malesseri e non per incidenti o fattori accidentali. La maggior parte dell'utenza di pronto soccorso apparteneva a fasce deboli[109]. Le fasce medio-alte si rivolgono alla struttura soprattutto per visite specialistiche. Il tasso di ospedalizzazione è medio – in proporzione agli altri ospedali e rispetto alle disponibilità strutturali dell'edificio[110].

Indubbiamente il contesto si presta a verificare come si riproduce oggi, nel fare la carità, la perpetua spirale del potere e del piacere, in quanto «il potere di esporre una popolazione a una morte generale è l'altra faccia del potere di garantire ad un'altra il suo mantenimento nell'esistenza»[111].

Tutto quello che l'ordine discorsivo pone in rilievo per descrivere le colpe dei napoletani che si ammalano – nonostante l'azione caritatevole di opere storiche come l'ospedale Incurabili – pare non tener conto delle tre dimensioni donzeliane di crisi che, ormai da anni, mettono in discussione il *welfare*. Parliamo di crisi

[106] R. Castel, *La metamorfosi della questione sociale, op. cit.*
[107] *Ibidem*
[108] *Ibidem*
[109] Come si dirà di seguito (vedi nota 137) l'ospedale non ha più il servizio di pronto soccorso.
[110] *L'efficienza delle ASL, op. cit.*
[111] M. Foucault, *La volontà di sapere. Storia della sessualità 1*, Feltrinelli, Milano 2001, p. 124.

del finanziamento sociale, crisi di governabilità, crisi filosofica del concetto di solidarietà[112]. Ciò che invece appare evidente è la costante esigenza di ridefinire, modernizzando matrici narrative consolidate, il profilo dei *normaux inutiles*[113]. Lo si fa dando spazio alla ricerca incessante di responsabilità individuali e legittimando l'impietoso e iniquo processo di gestione delle pratiche assistenziali, poiché rispetto «alla meccanicità e alla fredda oggettività della "manutenzione del corpo" nulla può l'umanità dei medici»[114]. La ricerca dimostra che anche a San Lorenzo, con la sua caritatevole presenza degli Incurabili, trova concretezza il paradigma teorico in base al quale la protezione sociale "costruisce" gli individui come aventi diritto a partire dalla loro iscrizione specifica nella divisione sociale del lavoro. Essa li pone in una posizione in cui la dimostrazione di forza consiste nel mostrare spiacevole la "cosa" di cui soffrono[115]. Nelle narrazioni ufficiali persistono le medesime variabili di costruzione sociale degli "indesiderati" di qualche tempo fa. Più esplicitamente, si evince che la medicina sociale opera ancora tracciando profili di patologie definiti dalla moralità degli abitanti di un determinato ambiente, indagando – per esempio – il numero dei bambini illegittimi, degli attentati contro le persone e le proprietà, dei suicidi; valutando l'estensione della prostituzione, il numero delle morti naturali e accidentali, le cause più frequenti di eccitabilità intellettuale e di emozioni morali. Essa esplora il temperamento degli individui, ne valuta le condizioni di nutrizione e di igiene, il livello di istruzione primaria. Spingendosi più esplicitamente sugli stili di vita, elabora statistiche relative al consumano di bevande alcoliche e di sostanze stupefacenti, riconnettendole alle cause primarie della sterilità delle donne o della precocità criminale[116].

[112] J. Donzelot, *L'avenir du social*, *op. cit.*
[113] R. Castel, *La metamorfosi della questione sociale, op. cit.*
[114] *Testimonianza*, in F. Wiseman, *Hospital*, USA, 1969.
[115] J. Donzelot, *L'avenir du social*, *op. cit.*
[116] *Lettera dello psichiatra francese, Morel, indirizzata al Prefetto della Senna Inferiore*, in R. Castel, *I dilemmi dell'ideologia securitaria: il ritorno delle "classi pericolose"?*, *op. cit.*, p. 4.

Tutto ciò ha trovato riscontro nei risultati delle interviste rivolte prevalentemente ai medici, agli operati sanitari e all'utenza dell'ospedale degli Incurabili. Le variabili suddette ancora oggi definiscono il processo di «medicalizzazione degli effetti della confessione»[117], prerequisito delle fasi di anamnesi, diagnosi e prognosi.

Indubbiamente trova riscontro il fatto che «il corso generale della storia non va certo nella direzione del livellamento delle distinzioni sociali, ma si orienta sempre più decisamente verso una società bipolare in cui pochi privilegiati monopolizzano i vantaggi della ricchezza, dell'educazione e del potere. La meritocrazia resta una parodia della democrazia»[118].

3. Appunti di ricerca. «*Che cosa si sono fidati di fare!*»

Quando si scrive delle "due Napoli" si fa riferimento alla presenza, all'interno di una medesima, di due distinte città: una ricca e una povera che si ignorano a vicenda[119]. Tuttavia il benessere degli uni esige di necessità la sofferenza degli altri, come nei Granili della Ortese[120], divenuti paradigma di una condizione universale di diseguaglianza, di disparità, di differenti opportunità, di discriminazioni sociali ed economiche che fondano le grandi ingiustizie di un mondo diviso tra ricchi e poveri, facoltosi e diseredati.

Del resto, come più volte sottinteso, la biopolitica non ha mai direttamente a che fare con il biologico ma con forme di rappresentazione di esso e ha necessità di rievocare l'esistenza di «tremila corpi di uomini, donne e bambini che parlano una lingua

[117] M. Foucault, *La volontà di sapere, op. cit.*, p. 62.
[118] C. Lasch, *La ribellione delle élite. Il tradimento della democrazia*, Feltrinelli, Milano 2001, p. 41.
[119] D. Rea, *Le due Napoli*, Prismi, Napoli 1996.
[120] A.M. Ortese, *Il mare non bagna Napoli*, Einaudi, Torino 1953.

dai suoni indecifrabili e ignoti forse anche a se stessi, si muovono con gesti lenti o troppo rapidi, "strisciano o si arrampicano"»[121]. Non a caso lo scritto ortesiano si pone all'attenzione del lettore non come semplice cronaca, ma in quanto analisi sociologica e clinica, che genera nella scrittrice un senso di nausea come se stesse di fronte a un'operazione chirurgica, perché soltanto una società profondamente malata può tollerare senza turbarsi «la putrefazione di un suo membro»[122]. I Granili sono l'emblema della Napoli patologica, fatta di uomini stereotipati che non necessitano di identità. Il loro contesto è la «"casa dei morti", "luogo di afflitti", e la gente che vi abita, si aggira silenziosa e trasparente "uomini e donne senza volto", ombre dalle fisionomie indefinite,che sfuggono alla luce come animali notturni, e degli animali hanno i tratti e la fisionomia»[123].

Muovendosi dentro tali quadri narrativi, diviene facile "usare" Napoli come laboratorio privilegiato di politiche emergenziali, che sono quasi sempre il prerequisito a interventi di ridefinizione della Napoli fatta di due entità da rimarcare.

Un esempio storico tra i più noti è il progetto di Risanamento della città varato sotto l'urto dell'ultima epidemia di colera[124]. Tale progetto si rivelò fallimentare in quanto non portò a un reale miglioramento urbanistico della città, ma si limitò a dare una facciata di pulizia, con il lungo Corso Umberto e con i suoi palazzi eleganti, mentre dietro rimasero tal quali i vicoli e i bassi, solo ben nascosti. Ciò che invece apparve lampante furono tutte le collusioni e gli appetiti che il Risanamento accese, per mettere le mani sui fondi speciali piovuti su Napoli, tanto che Villari dichiarò: «Meglio il colera che il Risanamento»[125].

[121] *Ivi*, p. 77.
[122] *Ivi*, p. 79.
[123] *Ivi*, p. 78.
[124] Sull'argomento cfr. P. Mieli (a cura di), *1973. Napoli ai tempi del colera*, Libri di DESK, N. 16, UCSI UNISOB CDG, Roma 2009.
[125] Cit. in D. De Masi, *Napoli e la questione meridionale (1903–2005)*, Guida, Napoli 2004, p. 65.

Analizzando, poi, il *gap* esistente tra la rappresentazione mediatica degli Incurabili e la percezione dello stesso da parte della gente che abita e vive il quartiere in cui si erge l'ospedale, si può legittimare l'idea che «nella difesa dell'"attenzione responsabile" si possono cogliere parecchie sfumature di "compassione", parola d'ordine della democrazia sociale ed è sempre stata usata per giustificare i programmi assistenziali, l'espansione delle funzioni tutelari e di custodia dello stato e la protezione per via burocratica di donne, bambini e altre vittime di maltrattamenti»[126].

Del resto, questi luoghi sono abitati da gente in grado di comprendere le logiche di potere sottostanti alla "produzione" della plebe e di mettere in discussione le retoriche del *welfare* e delle presunte responsabilità individuali, poiché «il populismo ha sempre respinto la politica della deferenza e la politica della pietà. Non si lascia impressionare dalle pretese di superiorità morale avanzate a nome degli oppressi. Rifiuta "un'opzione preferenziale a favore dei poveri", se essa significa trattare i poveri come vittime senza speranza delle circostanze»[127]. Non a caso Castel ci ricorda che rifiutare il mito di una sicurezza totale conduce a difendere il fatto che la propensione a essere protetti esprima una necessità inscritta nel cuore della condizione dell'uomo moderno[128].

Ed è per questo che, in relazione ai servizi sanitari, si generano situazioni di rivendicazione diametralmente opposte. Per esempio, da un lato vi è l'ordine discorsivo che si preoccupa di cambiare il nome dell'ospedale della venerabile Longo, perché *Incurabili* è così poco benaugurante[129] e le autorità cittadine si contendono questo luogo per le loro uscite ufficiali – rievocandone il prestigio storico e ricordando congiuntamente che Napoli ha tre grandi

[126] C. Lasch, *La ribellione delle élites, op. cit.,* p. 89.
[127] *Ivi*, p. 90.
[128] R. Castel, *L'insicurezza sociale. Che significa essere protetti?*, Einaudi, Torino 2003.
[129] M. D'Orta, *Incurabili: l'ospedale innominabile*, in «Quotidiano.net», 7 gennaio 2009.

emergenze: lavoro, casa, acqua[130]. Dall'altro vi è la sanità napoletana in rivolta e gli operatori e i pazienti in corteo vengono caricati dalla polizia[131]. E poi, più genericamente vi è il popolo, fatto di gente come il signor A., che guardando al cuore della sua città, allarga le braccia e dice: «Questo è niente. Andate a vedere agli Incurabili, tra ospedali e monumenti, che cosa si sono fidati di fare! Ed è così ogni giorno. L'Asia, il numero verde del prelievo gratuito dei rifiuti scomodi, è al corrente. La nostra "piccola Ikea–discarica" stradale è davanti al pronto soccorso ostetrico dell'ospedale Incurabili, ma a chi importa tanto poi il pronto soccorso sarà pure chiuso!»[132].

Ricapitolando, se da un lato abbiamo una costruzione di traiettorie di vita nel rapporto tra normale e patologico[133], dall'altro vi è la sanità come dispositivo di produzione delle diversità.

Rispetto agli Incurabili è possibile dimostrare ciò sottolineando che in altorilievo c'è soprattutto l'immagine di uno spazio di grande prestigio storico e architettonico, simbolo della funzione moralizzatrice ed educativa delle classi alte rispetto alla massa, ma tale topografia è soprattutto luogo di esposizione del potere, che oscura le problematiche connesse alla logistica e alla fruizione dei servizi e si limita a raccontare che agli Incurabili vi è il museo delle antiche arti sanitarie, dove si organizzano giornate di eventi e riflessioni sulle origini della medicina napoletana[134]. Si fa presente, inoltre, che l'ospedale degli Incurabili è uno dei più importanti siti monumentali di Napoli di epoca rinascimentale, il

[130] Albatrosnews, *Il cardinale Sepe visita gli Incurabili*, in www.albatrosnews.com, 24 marzo 2009.

[131] A. Costagliela, F. Musi, *Sanità in rivolta, a Napoli rabbia e scontri*, in «Corriere del Mezzogiorno», 22 settembre 2009.

[132] Intervista ad A., Quartiere San Lorenzo, 3 agosto 2009. Sull'argomento *cfr.* S. Cervasio, *Rifiuti ingombranti, ecco la città–discarica*, in «la Repubblica», 20 agosto 2009.

[133] G. Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique, op. cit.*

[134] Redazione, *Grande programma del centro storico. Gli Incurabili*, in «Il giornale di Napoli», 24 marzo 2010.

cui recupero è previsto all'interno del "Grande Programma del Centro storico di Napoli – patrimonio Unesco"[135].

La ricerca si è mossa in un contesto in cui agiscono due macro soggetti. Uno è rappresentato dai «detentori della competenza legittima, sempre pronti a mobilitarsi contro tutto ciò che può favorire l'auto–consumo popolare, definendo popolare negativo, o volgare, l'insieme dei prodotti e servizi culturali che rappresentano un ostacolo all'imposizione di legittimità attraverso la quale i professionisti producono il mercato»[136]. L'altro è il popolo, tra cui vi è la signora P., che denuncia le contraddizioni di un discorso pubblico che disegna criminali, incivili, inefficienti, untori, irresponsabili e racconta della prima manifestazione popolare del 4 ottobre 2010 contro la chiusura del pronto soccorso[137]. «I residenti di Porta San Giovanni e dell'Anticaglia sono scesi in piazza contro la chiusura di una delle cose più importanti per noi e per la nostra salute. A Napoli non possiamo correre tutti all'Ospedale Cardarelli che ogni 30 secondi accoglie un intervento d'urgenza, nel caos generale, rischiando anche di sbagliare diagnosi!»[138].

C'è, dunque, una massa di cosiddetti "lazzari" che si ribella alle retoriche di reingegnerizzazione del *welfare state*.

Del resto, per dirla con Gramsci, la selezione o "educazione" dell'uomo adatto alle nuove forme di produzione «è avvenuta con l'impiego di brutalità inaudite, gettando nell'inferno delle sottoclassi i deboli e i refrattari o eliminandoli del tutto»[139]. Nulla

[135] *Ibidem*.

[136] P. Bourdieu, *Los usos del "pueblo"*, in id., *Cosas dichas*, Barcellona, Gesida Editorial, 2007, p. 153.

[137] La chiusura del pronto soccorso medico–chirurgico è stata disposta dalla Legge regionale n.16/2008 e dai successivi decreti del Commissario *ad Acta* che hanno previsto, tra l'altro, la ristrutturazione della rete ospedaliera mediante azioni di riconversione, riallocazione e/o dismissione, relative anche ad attività di emergenza e di pronto soccorso. Sull'Argomento *cfr*: *ASL Informa*, in www.aslna1.napoli.it

[138] Intervista a P., 45 anni, Napoli, 9 gennaio 2011. Sull'argomento *cfr*: F. Pilla, *L'ospedale popolare non va chiuso*, in «Il Manifesto», 29 novembre 2011.

[139] A. Gramsci, *Quaderno 22. Americanismo e fordismo*, Einaudi, Torino 1978, p. 67.

di moderno si sta attuando oggi: «il nuovo modo di vivere» è sempre stato «il risultato di una compressione meccanica»[140]. Riportando ciò al "governo della salute" vanno riprese anche le gramsciane considerazioni relative all'attenzione crescente dell'impresa alla vita biologica del lavoratore: il salutismo, la cura del corpo, i moniti contro il consumo di tabacco. Per sintetizzare, lo star bene rende più efficienti nel lavoro, quindi pienamente funzionali alla produzione. Non a caso la signora T. ci spiega che «i politici sono sempre pronti a dire che noi fumiamo, beviamo, siamo criminali, che costiamo troppo allo stato perché ci ammaliamo sempre e poi se ci vogliamo curare non lo possiamo fare perché loro devono fare l'efficienza!»[141].

Questa "plebe" ha cominciato già nel 2008 la sua battaglia contro la chiusura di alcuni storici ospedali di Napoli (per esser destinati a sedi aggiuntive universitarie) e contro i tagli del numero di posti letto presso altri[142]. Non è, come si potrebbe immaginare, una protesta rozza e violenta; al contrario è il risultato di un sapere popolare e di una strategia organizzativa capace di mettere in discussione l'ordine politico precostituito. La signora R., infatti, ci spiega che «la protesta è stata concordata e organizzata con tutti gli abitanti e i comitati cittadini residenti nei quartieri in cui si trovano gli altri presidi che subiranno sorte simili. Senza preferire un reparto all'atro, ma lottando per tutti i reparti di tutti gli ospedali. È una lotta unita, di tutti, dove l'interesse singolo, anche se fa riferimento alla salute, deve essere posto in secondo piano rispetto alla collettività. Bisogna far sentire tante voci e tante necessità»[143].

È una protesta capace di mettere in discussione i moderni principi di efficienza ed efficacia organizzativa, spiegando che la

[140] *Ibidem*.

[141] Intervista a T., 39 anni, Napoli, 9 gennaio 2011.

[142] Sull'argomento *cfr.* Redazione, *I conti in rosso della Sanità. Deficit Asl: 50 giorni per risanare Ospedali. Entro fine novembre dovrà essere attuata la riconversione*, in «il Denaro»,14 ottobre 2008.

[143] Intervista a R., 41 anni, Napoli, 8aprile 2009.

chiusura dell'ospedale «costringe i pazienti che avevano trovato in questo ambulatorio esperienza, professionalità, umanità e competenza, a rivolgersi altrove. Ma dove? Gli Incurabili è in pieno centro storico di Napoli, in un punto nevralgico della città che serve una zona vastissima. I pazienti dei reparto che verranno dismessi non potranno fare altro che rivolgersi ai mega ambulatori pubblici del Cardarelli o dei due Policlinici universitari dove i tempi di attesa sono già a dir poco lunghi. Vi sembra efficienza questa?»[144].

È la protesta di una plebe capace di spiegare cosa possa realmente intendersi per efficienza, prendendo le distanze dal dato meramente economico perché «ci sono cose che, come la salute e quindi la vita, non hanno un prezzo e un costo. L'efficienza non è chiudere gli Incurabili ma fare in modo che uno degli ospedali di Napoli con il miglior reparto di ginecologia e ostetricia abbia una sua terapia intensiva neonatale perché non è possibile che un bimbo nasca e muoia nello stesso giorno poiché, a causa di problemi respiratori, deve essere trasportato d'urgenza al Monaldi e però poi si blocca l'ascensore degli Incurabili per il trasporto dell'incubatrice e il bimbo non ce la fa. L'efficienza della politica, i loro tagli, hanno ucciso il bimbo anche se poi un tribunale troverà un altro uomo da accusare»[145].

Si evince che l'efficienza imposta dalle moderne logiche di gestione della sanità produce fratture sociali, rispetto alle quali il popolo protesta e ogni protesta è, per definizione, plebea. Congiuntamente si evince che questa plebe non è né rozza, né violenta, né selvaggia. È una plebe capace di comprendere che la gestione della salute, attraverso la sanità, è una disciplina, «cioè un meccanismo di potere con cui riusciamo a controllare gli elementi più sottili del corpo sociale, a raggiungere gli stessi atomi sociali,

[144] *Ibidem*.

[145] Intervista a G., 59 anni, Napoli, 13 giugno 2010. Sull'argomento *cfr*: I. De Arcangelis, *Si blocca l'ascensore dei soccorsi muore un neonato: 5 inchieste*, in «la Repubblica», 8 maggio 2010.

cioè gli individui. Tecniche di individualizzazione del potere. Come sorvegliare qualcuno, come controllarne la condotta, il comportamento, le attitudini, come intensificare la sua prestazione, moltiplicare le sue capacità, come collocarlo nel posto in cui sarà più utile»[146].

Al cospetto di ciò, l'inefficienza di un potere capace solo di produrre ordini discorsivi che narrano della Napoli "dei troppi malati" e declinare questi "troppi malati" – a seconda delle esigenze politiche – come "poveri infermi" o "dannati colpevoli", ma pur sempre *lazzari*.

[146] M. Foucault, *Scritti letterari*, Feltrinelli, Milano 1996, p. 88.