

*L'esperienza del corpo e la percezione del rischio delle malattie da amianto nelle narrazioni degli emigrati italiani alla miniera di Wittenoom, Western Australia**

Francesca Cappelletto - Enzo Merler

Francesca Cappelletto: ricercatrice, Dipartimento di psicologia e antropologia culturale, Università degli studi di Verona / Enzo Merler: epidemiologo, Unità di epidemiologia, Centro per lo studio e la prevenzione oncologica, Azienda ospedaliera Careggi, Firenze

1. Introduzione

In questo articolo si analizza qual'è stata la percezione e la comunicazione del rischio delle malattie da amianto fra gli emigrati italiani che hanno lavorato alla miniera di crocidolite di Wittenoom, dopo aver documentato le pratiche sociali di diversi attori (MERLER E. in corso di stampa).

La percezione e la gestione del rischio sono analizzate attraverso le narrazioni di migranti tuttora viventi, che intendiamo analizzare per la loro dimensione sociale, ideologica, etnografica e storica. Il corpus di narrazioni che discutiamo è ricco di riferimenti che collocano l'esperienza individuale in un contesto più ampio. Il tema delle implicazioni antropologiche delle narrazioni sulla malattia ha ricevuto un approfondimento relativamente alle forme della malattia come parte di una costruzione culturale (DOUGLAS M. 1982 [1996], GOOD B. 1994 [1999], GREENHALGH T. - HURWITZ B. 1999). La nostra analisi si situa all'intersezione di due versanti: le narrazioni come racconto ri-vissuto dell'esperienza (l'etnografia della malattia) e le narrazioni come forma di conoscenza storica. Le memorie dell'emigrazione costituiscono testimonianze autobiografiche che vanno comprese in un contesto sociale: hanno un contenuto sia simbolico che storico e, in esse, elementi di coscienza sociale sono fusi con elementi strettamente soggettivi. I ricordi dei migranti sono una forma di narrazione che permette di apprezzare l'esperienza vissuta degli attori sociali,

in quanto costituiscono le reti di rappresentazione di un fenomeno (GOOD B. 1994).

Esistono pochi studi antropologici sulla percezione del rischio in esposti a sostanze cancerogene (KAPROV M.L. 1985) e nella letteratura antropologica è raro imbattersi in studi che mettano a confronto narrazioni e attori sociali.

L'amianto è stato spesso discusso come un *case-study* per le politiche di sanità pubblica (KOTELCHUCK D. 1987, OZONOFF D. 1988), essendo una delle poche sostanze che sono state eliminate dall'utilizzo e dalla commercializzazione per impedire effetti tossici e cancerogeni (MICHAELS D. 1988)⁽¹⁾.

La produzione industriale dell'amianto risale alla fine dell'Ottocento. Gli effetti nocivi diventano noti rapidamente, dall'inizio del Novecento, per quanto riguarda l'asbestosi; a partire dagli anni '30, per quanto riguarda il rischio di mesoteliomi e tumori polmonari.

Quanto è accaduto alla miniera di Wittenoom, attiva tra il 1939 ed il 1966 in Australia, ha avuto negli ultimi decenni una forte eco. Molti anni dopo la chiusura dell'attività estrattiva, gli ex-lavoratori, concentrati nell'area urbana di Perth, hanno notato la crescente frequenza tra i compagni di lavoro di decessi per asbestosi e mesotelioma ed hanno avviato cause civili per il riconoscimento del danno subito. Per sostenere i propri diritti hanno allora creato una associazione volontaria (*Asbestos Diseases Society* di Perth), per la cui nascita e affermazione diversi italiani che avevano lavorato a Wittenoom hanno svolto un ruolo rilevante. Ne è derivato un impulso alla identificazione nominativa dei lavoratori e dei residenti e la richiesta al Dipartimento di Sanità Pubblica di avviare studi sugli effetti a lungo termine dell'esposizione lavorativa ed ambientale: la dimensione del danno – in termini di numero e decessi per asbestosi, decessi per tumori respiratori e mesoteliomi – e quella che è stimata si svilupperà nel futuro, hanno portato a definire Wittenoom un “moderno disastro industriale” (MUSK A.W. *et al.* 1992).

Come è successo per molte altre attività industriali australiane dal secondo dopo guerra, la produttività della miniera si è basata sui migranti. Tra gli addetti di Wittenoom figurano migranti da 52 paesi (MERLER E. *et al.* 1999), ma gli italiani hanno costituito il più numeroso gruppo di emigrati non anglofoni. La loro presenza è aumentata progressivamente. Pochi risultano quelli presenti nei primi anni di attività della miniera, reclutati tra i migranti già presenti in Western Australia. Una cinquantina furono reclutati nel 1951 da *managers* della miniera venuti appositamente in Italia alla ricerca di minatori o di addetti alla perforazione. Il resto degli italiani è

stato reclutato tra gli emigranti giunti in Australia in seguito agli accordi bilaterali tra Australia ed Italia, il primo attivo dall'aprile 1952, che prevedevano un afflusso di 20.000 migranti all'anno.

La miniera e l'impianto di trattamento del minerale sono state gestite dal 1943 dalla *Australian Blue Asbestos Ltd.* (ABA), impresa appositamente creata, con sede a Perth, capitale del Western Australia, il cui capitale di maggioranza apparteneva alla *Colonial Sugar Refinery Company Ltd.* (CSR), con sede a Sydney, una delle più importanti aziende australiane dell'epoca. Si trattava nei fatti di una modesta attività estrattiva, di interesse per gli obiettivi di sviluppo della CSR nel campo dell'edilizia e dell'isolamento termico. La CSR non possedeva una adeguata esperienza mineraria, pur gestendo un'altra miniera di amianto crisotilo in un altro stato. Gli impianti a Wittenoom furono avviati con attrezzature di seconda mano e, per affrontare gli aspetti tecnici, ci fu bisogno della consulenza delle miniere canadesi di amianto, delle imprese di amianto americane e delle miniere di amianto del Sud Africa. Questo sottolinea la rete di rapporti che esisteva tra i produttori di amianto dell'epoca, quando erano già noti gli effetti nocivi dell'amianto.

A Wittenoom la crocidolite era presente in vene nella roccia che formava le colline e veniva estratta penetrando le colline con gallerie. Per avere il meno possibile di materiale di scarto, veniva imposto ai minatori di scavare cunicoli dell'altezza di 90-120 centimetri. Il materiale estratto veniva portato all'impianto di trattamento dove, dopo essere stato selezionato manualmente, entrava in un frantoio e quindi in cicloni che isolavano le fibre. Queste erano impaccate manualmente in sacchi di juta, caricati su camion e trasportati verso i piccoli porti del nord per essere imbarcati e venduti.

I minatori venivano pagati a cottimo, in base alla quantità di minerale estratto. Nelle altre attività, invece, era molto frequente la richiesta di ore straordinarie, fino al raddoppio del turno. I dipendenti vivevano in un villaggio, Wittenoom, sorto dal nulla nel deserto e composto da alcune strutture (un *pub*, una infermeria, un asilo e una scuola elementare, un ufficio postale), da circa 150 case per minatori, e dalle case dei quadri direttivi. Il governo e lo stato hanno finanziato con molto entusiasmo la miniera, abbassando le imposte dell'area, favorendo la costruzione di strade e delle case per i minatori (che la miniera affittava). Gli impianti di produzione inquinavano tutto l'abitato, essendo privi di filtri e per essere situati a breve distanza dal villaggio. Gli scarti di lavorazione, inquinati da fibre, sono stati largamente usati per la costruzione di strade, case, impianti, ad esempio per la pista dell'ippodromo e dell'aeroporto.

La miniera di Wittenoom è stata sottoposta in maniera continuativa ad ispezioni del Corpo delle Miniere (che dipendeva dal Dipartimento delle Miniere), che effettuava sopralluoghi e misure della polverosità. I dipendenti sono stati sottoposti a controlli sanitari da parte di strutture pubbliche. Otenevano il permesso alla emigrazione solo gli italiani che superavano una selezione anche medica, particolarmente attenta ad escludere i soggetti affetti da malattie respiratorie (in primo luogo la tubercolosi) (MCKAY S. R. 1953). Per poter essere assunti per il lavoro a Wittenoom, doveva essere svolta una nuova visita medica comprensiva di radiogrammi del torace, di solito presso la Clinica delle malattie respiratorie di Perth. Circa ogni due anni si recava a Wittenoom un camion attrezzato del Dipartimento delle Miniere, *Commonwealth Health Laboratory*, struttura pubblica incaricata di effettuare la sorveglianza sanitaria dei minatori con sede a Kargoolie, la zona delle miniere d'oro, la cui attività passò nel 1954 sotto lo stato del Western Australia. A tutti i presenti venivano svolti esami radiografici del torace e la ricerca del bacillo di Koch nell'escreato (DARROCH D.A. 1993, OUTHRED K.G. 1953). In teoria i minatori addetti alla perforazione avrebbero dovuto essere sottoposti ad un controllo radiografico annuale, gli altri ad uno biennale, per rispondere alla legislazione sui minatori varata nel 1925 (*Miner's Pthisis Act*). Dal 1958 in avanti risulta che un medico svolgesse una visita e che, a partire da questa data, coloro che presentavano gravi segni e sintomi di patologie respiratorie fossero consigliati o inviati all'Ospedale di Perth. Quello che è certo è che, in base alla legislazione sulla tubercolosi, venivano allontanati dal lavoro ed inviati in sanatorio per accertamenti tutti i soggetti sospettati di essere affetti da tubercolosi.

2. *Materiali e metodi*

Dall'analisi della lista nominativa dei 6911 dipendenti ABA (ARMSTRONG B. 1988) sono stati identificati 1102 italiani (il 17% del totale) e, attraverso diverse attività, è stato possibile verificare che 302 di questi soggetti erano rientrati in Italia entro il 1998 (MERLER E. - ERCOLANELLI M. - DE KLERK N. 2000). Negli anni 1995-1999 è stata svolta una ricerca sul campo, effettuando 137 interviste dirette (42%) o telefoniche (58%): 110 interviste dirette e telefoniche a persone viventi ritornate in Italia, 7 interviste dirette a parenti di deceduti dopo essere ritornati in Italia, 20 interviste dirette a italiani rimasti nel Western Australia. Le interviste personali sono state svolte al domicilio degli informatori ed hanno avuto una durata da 2 a 8 ore e diversi informatori sono stati sentiti più volte. Queste interviste sono

state svolte con i soggetti ritornati e residenti in Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli, Emilia-Romagna, Toscana, Abruzzo, Marche, curando in particolare il contatto con alcune aree da cui risultavano emigrazioni a *cluster*. Interviste telefoniche sono state svolte con i residenti in Calabria e Sicilia.

Pur essendo già deceduta circa la metà degli ex-lavoratori di Wittenoom ritornati in Italia, si è cercato di scegliere informatori che presentassero caratteristiche significative per lo studio della percezione del rischio: essere rappresentativi di diverse età all'inizio del lavoro a Wittenoom, aver lavorato per periodi di diversa lunghezza (per pochissimo tempo o molto a lungo) aver lavorato alla miniera in diversi periodi, essere emigrati senza avere parenti in Australia e a Wittenoom o essere partiti su chiamata di parenti già presenti in Australia. La scelta è stata resa possibile dal fatto che si disponeva dell'informazione sulla durata ed il periodo di lavoro a Wittenoom e sull'età al lavoro, mentre le altre caratteristiche sono state progressivamente acquisite procedendo nella rete di contatti e potendo decidere, quindi, a chi rivolgersi.

3. Risultati e discussione

3.1. Un esempio di città-fabbrica

Per la gran parte delle persone con le quali abbiamo parlato, Wittenoom ha rappresentato un momento all'interno di un processo migratorio. Il gruppo degli italiani emigrati in Australia era caratterizzato da instabilità e mobilità lavorativa orizzontale. Per il 31% delle persone intervistate Wittenoom è stata l'ultima tappa di lavoro, prima di lasciare definitivamente l'Australia, e un numero così elevato di abbandoni definitivi è da mettere in relazione con il raggiungimento di un limite di resistenza fisico o psicologico.

Wittenoom era un'enclave mineraria geograficamente isolata, con una temperatura, specie d'estate, elevatissima. Un emigrato, che adesso ha circa sessant'anni, ricorda il momento del suo arrivo:

«...dall'aeroplano vedevo che tutta la gente in aeroporto andava avanti e indietro, continuavano a muoversi... chiesi ad uno in aereo cosa stavano facendo, forse stanno marciando?, "no - mi rispose uno - devono muoversi, altrimenti gli si cuociono le suole delle scarpe". E dovevano muoversi, sempre, anche quando erano all'ombra. Poi ho dovuto fare anch'io così».

L'isolamento fisico e sociale è una delle caratteristiche ricorrenti delle comunità minerarie in tutto il mondo, che influenza le forme di reclutamen-

to del lavoro, l'organizzazione politica e i modelli di dinamica della popolazione (GODOY R. 1985) Le caratteristiche demografiche dei lavoratori di Wittenoom sono sintetizzabili nello stereotipo del 'maschio, giovane e non sposato', con un'età all'immigrazione dai 18 ai 35 anni.

Wittenoom può essere equiparata alle città-fabbrica della letteratura antropologica, ad esempio alle città minerarie per l'estrazione del rame in Sudafrica descritte negli anni Cinquanta da Epstein, dove la miniera era in sé un'unità contenuta, industriale, amministrativa e residenziale. La miniera di Wittenoom possedeva e controllava tutto. La città mineraria e il centro abitato presentavano una dimensione razziale, che si rifletteva nell'organizzazione spaziale. I lavoratori venivano suddivisi in due gruppi, gli sposati con le loro famiglie, e in non sposati, e questi ultimi vivevano nelle condizioni abitative peggiori. Tutti i lavoratori vivevano nel centro abitato, mentre i capi del personale abitavano fuori, in case fra loro separate, vicino all'entrata della miniera, cioè nel punto paesaggisticamente più gradevole. La dimensione razziale si esprimeva poi nella rigida stratificazione sociale secondo la quale l'*élite* includeva i *managers*, i caposquadra (*foremen*) e i capiturno, in genere australiani; il resto era composto da circa 200 minatori e addetti all'impianto, che lavoravano, rispettivamente, a cottimo o a salario.

L'assegnazione ad una mansione risulta correlata all'appartenenza etnica dei lavoratori. Gli italiani, che in Australia erano chiamati "i Cinesi d'Europa", occupavano, insieme agli aborigeni e agli altri operai dequalificati di paesi europei poveri, i gradini più bassi della scala lavorativa. Benché alcuni emigrati siano stati reclutati direttamente dalla compagnia in zone minerarie italiane, la gran parte di loro non possedeva una precedente esperienza di lavoro industriale o di miniera ed è stata poi assunta come manodopera non qualificata. La posizione più bassa veniva attribuita a coloro che lavoravano all'impianto di trattamento (*mill*) del minerale, il lavoro più controllato e meno pagato, più polveroso e più pericoloso (LAYMAN L. 1983). Ai lavoratori del *mill* veniva riconosciuta una indennità economica per la polverosità, una cifra irrisoria, ma che costituiva un riconoscimento del fatto che il lavoro era pericoloso per la salute. Richiesti nelle interviste di descriverci il lavoro al *mill*, i minatori ci hanno riferito che il livello di polverosità era insopportabile, un minatore ha definito il *mill* «un cimitero». Di converso, gli addetti al *mill* consideravano il lavoro dei minatori rischioso, difficile e scomodo. Abbiamo notato che gli addetti al trattamento non erano (e non lo sono neppure oggi) a conoscenza del fatto che i minatori guadagnavano perlomeno il doppio di loro (grazie al sistema del lavoro a cottimo, non presente al *mill*), un indicatore questo della scarsa comunicazione tra i lavoratori e dell'egemonia della compagnia.

I minatori (“scrapisti” e perforatori, cioè addetti al caricamento del materiale rimosso dal fronte e addetti ai martelli pneumatici) lavoravano piegati, a carponi, «come gli indiani», e si ferivano se urtavano contro il soffitto della galleria.

«Lavoravano come gli indiani» «come i conigli, in tre piedi di altezza, come un quadrupede».

Un perforatore ricorda:

«in ginocchio; io ci avevo tutto rovinato la schiena, ci avevo una piega così dietro...perché come toccavi sopra, dopo, quella roccia ci lasciava... come le mammelle delle donne...lasciava... così, la pietra era rotonda sotto, veniva appuntita quasi. E allora tu come lavoravi che andavi in ginocchio, qualche volta andavo con la schiena...C'è ancora i segni, una rosa così... quelle piaghe».

Una dimensione razziale definiva sia i ruoli lavorativi («neanche gli schiavi andavano sottoterra, neanche i carcerati, giusto gli italiani» «i *British* neanche a immaginarselo») sia il sistema di rappresentazione culturale, in cui l'immagine saliente è quella dell'andare sottoterra:

«Non entravano sottoterra i tedeschi, non volevano mai andare sotto. Quindi le razze che erano sottoterra erano italiani, austriaci, polacchi, jugoslavi... greci e tedeschi non andavano mai sotto. Forse avevano paura, non so. Non volevano...».

Gli emigranti riferiscono di una scala razziale, relativa ai gruppi etnici, anche quando parlano di resistenza al lavoro. L'intera esperienza di Wittenoom viene vista, a distanza, come un test di resistenza, specie nelle testimonianze di quegli informatori che sono parenti di minatori a Wittenoom, e cioè persone che non hanno sperimentato in prima persona quegli eventi, ma li hanno sentiti raccontare da altri. In questi casi la storia è già stata narrata, perde la sua qualità di esperienza autobiografica e diventa un racconto, una forma storica di memoria, espressa in una forma schematica e in un tono epico. Per esempio la moglie di un minatore ha detto che alcuni non sono semplicemente riusciti a resistere:

«Lui [il marito] ci ha resistito circa 18 mesi. C'è chi cadeva da una parte, chi cadeva da un'altra, per il caldo. Dice, il lavoro è stato molto, molto duro... come fai a resistere? Perché ci stava un po' di giorni, se ne andavano via le persone... e lui ha detto “io sono stato forte, perché sono resistito”... Ci stavano un po' di giorni e andavano via, le persone... e lui ha detto: “Ho resistito”».

Gli italiani reclutati nel primo periodo hanno percepito Wittenoom come un luogo di segregazione, si sentivano presi in trappola, e questa sensazione è un tratto ricorrente nelle narrazioni dei minatori che appartengono al gruppo reclutato in Italia. Nelle narrazioni delle persone viene elaborata in modo abbastanza formalizzato l'idea del confino. Esiste una sorta di

mito di fondazione di Wittenoom, una storia che sfuma in quella dell'Australia in generale, secondo la quale Wittenoom fu in origine un luogo di detenzione dove i galeotti venivano abbandonati: uno di questi, narra il mito di fondazione locale raccolto tra gli emigrati italiani, lasciò il campo in cerca di oro e invece dell'oro scoprì il deposito di amianto. L'esperienza di segregazione è riflessa nel soprannome, quasi una metafora, di *death row*, che designava la sezione dormitorio dei *singles*. Semplicemente non potevano andarsene, decidere di lasciare Wittenoom e di ritornare in Italia. Un informatore ha raccontato che se ne andò da Wittenoom perché non accettava l'imposizione a lavorare come minatore nel sottosuolo, ma venne identificato dalla polizia a Perth e rispedito forzatamente a Wittenoom. Nel 1952 due minatori, parenti tra loro, inviarono a casa una loro fotografia del paese di Wittenoom, che recava scritta sul retro le parole "campo di concentramento di Wittenoom Gorge". Morirono ambedue in Italia, uno di asbestosi e l'altro di tumore del polmone.

Agli emigrati in Australia reclutati per Wittenoom era invece permesso di licenziarsi, a condizione che avessero saldato tutti i debiti contratti con la miniera. Questo secondo gruppo di emigrati ha percepito il lavoro a Wittenoom come pericoloso o mortale. Circa il 30% di loro si è rifiutato di restare più a lungo di qualche giorno, o comunque più del tempo necessario per accumulare il denaro per un biglietto aereo di ritorno.

Il denominatore comune dei entrambi questi emigranti è rappresentato dal desiderio di lasciare Wittenoom. Molti si spaventavano talmente all'arrivo che cercavano di scappare saltando sui camion che trasportavano i sacchi di amianto. La fuga clandestina non era facile a causa dell'isolamento fisico della miniera e del controllo congiunto esercitato dalla miniera e dalla polizia. La partenza rappresentava una decisione critica, indipendentemente dal fatto che fossero pendenti debiti con la miniera spesso accumulati con il gioco d'azzardo, una caratteristica ricorrente nella vita sociale a Wittenoom. Era una decisione critica anche perché la disoccupazione divenne in un problema acuto in Australia negli anni '60. Nelle interviste si riflette un'oscillazione continua tra il desiderio di scappare («se non scappi subito, muori lì») e le difficoltà che si opponevano alla fuga («dove andavi?»). Lo stato di virtuale impotenza persisteva finché qualcosa, magari un piccolo incidente o l'occasione delle ferie, non faceva sì che venisse presa una decisione. Questa situazione nel suo insieme può essere descritta, nei termini della psicologia della crisi, come un'esperienza traumatica che creava una sorta di area grigia (ERIKSON K. 1995). L'interpretazione è avvalorata dalla quasi completa assenza di comunicazione, che si riferirà relativamente alla comunicazione del rischio. Molti semplicemente scomparivano:

«Sparivano – dice un minatore che si è stabilito in Australia – certi stavano due giorni e andavano via, certi stavano un giorno: arrivavano la mattina, partivano la sera. Certi un bel momento non li vedevi più: Dov'è andato Carlo? Non so, dice che andava via...ma di quelli che sono andati via non ho mai saputo più niente, sono spariti, fine della storia...».

L'esperienza di lavoro a Wittenoom ha funzionato da rinforzo dell'attitudine a cambiare lavoro frequentemente. Il *turn over* elevato, che è un tratto strutturale della presenza dei minatori italiani a Wittenoom, deve essere visto come il risultato delle condizioni di lavoro difficili o estreme, ma si adattava bene alla politica della miniera il cui obiettivo era disporre di un nucleo di lavoratori stabili (i capi e la manodopera qualificata, elettricisti, carpentieri, etc., e i perforatori) e di un'ampia riserva di manodopera non permanente. Il bisogno di rimpiazzare la manodopera che abbandonava Wittenoom era l'aspetto più rilevante del processo di reclutamento nel quartiere generale della miniera a Perth dove venivano organizzati tre voli alla settimana in un ritmo di reclutamento febbrile. L'immagine che ne risulta è quella della città mineraria come un porto di mare, con gente che andava e veniva e improvvisamente spariva. La transitorietà era un elemento che pervadeva a Wittenoom ogni aspetto della vita sociale. È come se ciascun lavoratore si fosse reso disponibile a un breve periodo di intenso sfruttamento. Tutto era più veloce e più intenso possibile: l'apprendistato in miniera era breve; le ore di lavoro prolungate a dismisura, le ferie trasformate in giorni di lavoro; le condizioni abitative caratterizzate da un carattere effimero (le baracche dei *singles* erano di zinco, come le baracche per gli attrezzi da lavoro): non c'era senso di continuità e modesti progetti di miglioramento.

È ragionevole chiedersi se questo aspetto transitorio, improntato alla categoria del 'più veloce possibile', non sia stato consapevolmente pianificato, in base alla conoscenza basata sull'osservazione medica di quegli anni, che «solitamente la polvere non ha conseguenze repentine sulla salute dei minatori, ma i primi effetti si fanno sentire quando egli è già avanti negli anni» (McNULTY J. 1968). L'organizzazione sociale del lavoro in base alla quale molti lavoratori venivano sottoposti per brevi periodi a una intensa esposizione a polvere di amianto ha influenzato la velocità dell'insorgenza dell'asbestosi. La malattia è dipendente dalla dose e dalla durata dell'esposizione. Il fattore tempo (esposizione di breve durata nel tempo, pochi mesi, ma di intensità estrema) emerge come un fattore cruciale nell'organizzazione del lavoro e nelle conseguenze sulla salute delle persone che hanno lavorato a Wittenoom.

Abbiamo raccolto le risposte di 46 persone sui motivi che li hanno portati ad abbandonare il posto di lavoro a Wittenoom (MERLER E. *et al.* 1999). La decisione di partire è il risultato di varie condizioni tra loro interrelate, tra cui la più citata è il livello insostenibile di polverosità: il 48% delle persone intervistate riferisce che la intensità della esposizione ad amianto rappresentava il motivo per cui avevano deciso di abbandonare Wittenoom. Tra i lavoratori assunti nel primo periodo (1948-1958) la percentuale sale al 52%; tra coloro che lasciano Wittenoom tra il 1959 e il 1966 la percentuale scende al 30%. La polverosità viene citata più frequentemente come il motivo dell'abbandono in coloro che sono rimasti per un periodo più breve.

3.2. *La percezione del rischio*

L'idea di molti intervistati è che le fibre di amianto «pungono», «punzecchiano», «se si suda, si smuovono», «bucano il polmone, come una roba di vetro che taglia dentro, rovina dentro. Tu mangi sta polvere e rimane dentro». Un'altra idea espressa è che la polvere d'amianto è un agente che «si conficca come degli spilli nelle borsette dei polmoni» e «riempie i polmoni», «la polvere rimane attaccata»; una volta che è penetrata «mangia» «taglia i polmoni, il fegato». Altri sostengono che la polvere penetrata nei polmoni sia come un pus che si forma nel corpo e può essere rimosso: «se c'aveva la polvere al primo [grado] diceva che facilmente poteva spurgare, poteva guarire; se ce l'aveva al terzo grado dice che non c'era più niente da fare».

Che la polvere possa essere rimossa è in stretto parallelo con la concezione che possa essere «digerita»: «alcuni la digeriscono», cioè le fibre possono essere facilmente rimosse dai polmoni.

Parecchi minatori hanno indicato che l'azione della polvere nel corpo è assimilabile a quella di una malattia trasmissibile: la polvere «si prende». Il contagio derivava dal fatto che la polvere invadeva e penetrava ogni cosa, anche se le modalità del contagio non vengono esplicitate: «è morta pure la moglie, stava lì. Siccome dice che quello è contagioso, insomma... La moglie lavava la biancheria di questi minatori». Questa immagine riflette la possibile sovrapposizione della tubercolosi, l'unica malattia della quale coloro che erano incaricati della sorveglianza sanitaria hanno parlato fino agli anni '60.

Respirare fibre di crocidolite è riferito dagli intervistati non essere causa di asbestosi, ma di tubercolosi o silicosi. Correivano voci sulla tubercolosi: «[i miei amici] erano tutti al sanatorio, tutti pieni di polvere». Per molti, essere

“pieni di polvere” equivale ad essere spediti al sanatorio «L'hanno spedito a Perth perché era ammalato... tubercolosi, penso». Un migrante ricorda un compagno di lavoro della Valtellina:

«un bravissimo minatore, faceva soldoni. Aveva il tacco [la fibrosi] nei polmoni. L'hanno portato via e sulla porta della baracca hanno messo la scritta: “*Danger, keep out*” perché dicevano che era tubercolosi. Sulla porta del *mill* dove lavorava qualcuno aveva scritto “Chi entra non esce, TB”».

Per altro verso, può essere osservata una comprensione ben strutturata della intensità e diffusione del rischio che era presente a Wittenoom: «Insomma la polvere arrivava un po' a tutti. Queste particelle di crocidolite piano piano attaccano un po' tutti: non so cosa sarà».

La polvere viene pensata agire su più livelli: è respirata, mangiata, e penetra nella pelle. Di queste tre azioni la più rilevante è ritenuta quella per inalazione: depositandosi la crocidolite «riempie i polmoni e li chiude» («è pieno» è l'espressione ellittica più comunemente usata per dire “è malato”); «non era più capace di respirare aria... i polmoni non si aprono, quando sono chiusi sono chiusi dalla polvere»; «i bergamaschi avevano tutti i polmoni spaccati, mentre erano là, a Wittenoom Gorge, per quella malattia, quel veleno».

La metafora del corpo che “scoppia” si riferisce all'idea diffusa che i polmoni si riempiano progressivamente e non possano più funzionare perché la polvere che non può venire espulsa. L'accumulo può avvenire anche tra tipi diversi di polvere, ad esempio, un minatore parla di un compagno che «è diventato pazzo perché aveva la polvere del rame e anche quella dell'asbesto». Gli effetti nel tempo si misurano con l'impossibilità di tornare sani come prima e nel passare ad un nuovo fisico nuovo, quello di un malato cronico e con prognosi infausta. Per gli ammalati meno gravi viene indicato che chi è colpito è affetto da “bronchite cronica”, ma in ogni caso gli effetti della polvere sono qualcosa che «non ci si può più levare di dosso».

I tentativi di spiegazione delle malattie derivate dall'amianto sono caratterizzati dall'osservazione attenta delle modificazioni prodotte dalla polvere nel proprio corpo e in quello dei compagni di lavoro, nei quali hanno osservato, giorno dopo giorno, il progredire inarrestabile della malattia. La percezione del rischio si è formata non come esperienza individuale ma come forma di conoscenza condivisa all'interno di una rete interpretativa e quindi come parte di un modello culturale.

Per molti lo sforzo di comprendere era largamente basato sull'osservazione. Le loro visite agli amici negli ospedali a Perth erano parte del tentativo

di comprendere cosa succedesse. L'immagine che ne risulta è, ancora oggi, sfuocata. Come afferma uno di loro:

«I gravi li mandavano a Perth...io andavo a trovarli in ospedale nel '54, '55, fino al '56. Gli tiravano tutti i denti, forse per l'infezione, sia quelli di sopra che di sotto. All'ospedale di Perth ne sono morti parecchi. Erano ingrassati molto. C'era un ospedaletto anche a Wittenoom. Non glielo dicevano direttamente che male avevano. Più di tutto tubercolosi... Appena arrivati [in ospedale] gli tiravano tutti i denti».

Un altro ricorda un amico che era stato ricoverato all'ospedale perché «aveva un'infezione da *bleu asbestos*»:

«Loro [i medici] facevano i raggi ogni sei mesi. Chi risultava che aveva un'infezione ai polmoni lo mandavano in ospedale, chi risultava che aveva la tubercolosi gli tiravano tutti i denti. Tamponavano, così la tubercolosi non passava ad altri». «L'effetto del *bleu asbestos* li fa ingrassare e indebolire, e muoiono...[un mio amico] era un magrolino, quando andavo a trovarlo in ospedale era diventato gonfio come un lottatore di lotta [si tratta della conseguenza della somministrazione di alti dosaggi di corticosteroidi]. E poi scoppiavano all'improvviso. Gli tiravano tutti i denti. Denti meravigliosi!» [la estrazione di tutti i denti veniva eseguita per eliminare ogni possibile foco di infezione].

Non si tratta dell'unico informatore che richiami l'attenzione sulla dentatura. Nel corso delle interviste, infatti, i denti divengono sinonimo di salute. Prima di essere ammessi come emigranti per l'Australia, gli agenti della miniera avevano controllato con rigore i loro denti:

«Mi hanno fatto una visita, le lastre e tutto... fin i denti mi hanno guardato. Bocca a posto, prima cosa, se no ti scartavano».

«C'era un gruppo di dottori [quando fu scelto in Italia, tra i reclutati del 1951] e ti cercavano anche il più piccolo difetto. Ti guardavano in bocca e se ti mancava un dente eri scartato. Se ti mancava un'unghia di un piede, se avevi gli occhiali, non ti prendevano. Volevano solo gente che fosse perfetta».

Con l'estrazione dei denti a coloro che avevano lavorato a Wittenoom il cerchio simbolico si chiude. Come ha detto un sopravvissuto: «Dovevi essere forte come una quercia... sano e forte; quando avevano finito con te, allora potevano estrarri a forza tutti i denti». Possedere una dentatura impeccabile – il simbolo di uno stato di salute perfetta – era il criterio usato al momento della selezione.

Nell'insieme, queste testimonianze sottolineano che fin dagli anni '50 diversi italiani vennero ospedalizzati a Perth e compresero che malattie respiratorie dovute all'azione dell'amianto respirato si sviluppavano anche dopo aver lasciato il lavoro. Coloro che erano responsabili della sorveglianza sanitaria affermarono, invece, di essersi resi conto solo negli anni '60 della presenza di effetti a lungo termine (EDLER J.L. 1967, McNULTY J. 1968).

3.3. La comunicazione del rischio: «Non eri mai sicuro di quello che avevi visto, di ciò che era successo»

Viene riferito dagli informatori che all'assunzione negli uffici della miniera di Perth veniva loro chiesto se fossero fumatori e venivano preferiti i non fumatori o i fumatori di poche sigarette. A nessuna persona tra quelle da noi contattata fu fornita alcuna informazione sui rischi del lavoro che avrebbero iniziato. Due minatori ci hanno riferito che l'impiegato addetto all'ufficio di reclutamento della compagnia, che appariva affetto da asbestosi e che aveva lavorato a Wittenoom, li mise in guardia affermando che il lavoro non era sano. La risposta più frequente alla nostra domanda su quanto era stato riferito a proposito dei rischi di quel lavoro è stata: «non ci è stato detto niente dell'amianto» «non ci è stato detto niente» «non ti dicevano: "guarda è pericoloso"».

Il 63% degli intervistati ha affermato che il proprio reclutamento a Perth aveva incluso una visita medica, comprensiva di una radiografia del torace. Il 64% ha riferito di essere stato sottoposto ad accertamenti radiografici del torace durante il lavoro a Wittenoom, mentre il 15% ha ricordato di essere anche stato sottoposto ad una visita medica. Il 14% non ricorda di aver avuto né visite mediche né accertamenti radiografici. Tra le persone intervistate che sono state al lavoro dopo il 1958 e per più di un anno (22 soggetti) solo uno ha ricordato di aver avuto una visita medica, benché la storiografia ufficiale reciti che dal 1958 «una visita medica è stata aggiunta all'esame radiografico annuale del torace» (McNULTY J. 1968).

Gli accertamenti sanitari ai lavoratori hanno riguardato chi era presente al lavoro a Wittenoom al passaggio del camion attrezzato, in una forza-lavoro che aveva una media di permanenza di circa 7-8 mesi: neppure tutti, poiché sia i dati ufficiali sia quanto raccolto nelle testimonianze indicano che una non trascurabile percentuale di soggetti non veniva sottoposta ad accertamenti.

Né l'azienda, né il medico di fabbrica, né i responsabili della sorveglianza sanitaria risultano dalle interviste aver mai informato i lavoratori che l'asbestosi è una patologia progressiva ed inarrestabile, che può insorgere e progredire anche dopo che l'esposizione è cessata, e questo ha significato per i lavoratori avere l'errata opinione che essere privi di sintomi al momento di lasciare Wittenoom avrebbe significato rimanere sani anche successivamente. Ed è anche risultato che nessuno abbia mai detto loro che la crocidolite è causa di tumori respiratori (polmonari e mesoteliomi), neppure dopo che queste patologie vennero rilevate, da parte degli stessi medici, tra quei lavoratori.

Ci preme sottolineare che la informazione sui rischi per la salute – che poteva derivare dalla comunicazione dei risultati degli esami radiografici – era trasmessa informalmente e passava di bocca in bocca: i lavoratori nel loro insieme non ricevettero nessun avvertimento e neppure una semplice informazione.

La sola informazione che alcuni ex-lavoratori sembra abbiano ricevuto sarebbe consistita nella presentazione di materiale documentario sull'amianto, probabilmente negli anni '60 a Perth. Gli informatori ricordano che venne illustrato che le fibre di amianto penetrate nei polmoni restano inamovibili «L'amianto blu lo facevano vedere al microscopio. È una specie di freccia, andava dentro e non si staccava più dai polmoni». Questa rimane, per molti informatori rientrati in Italia, la nozione più comune e rappresenta la conoscenza più elevata acquisita sull'amianto durante, e persino successivamente, al loro periodo a Wittenoom. Infatti, molti ritornati mostrano un livello di consapevolezza del rischio sulle malattie da amianto che è probabilmente rimasto invariato dal tempo della loro presenza a Wittenoom.

Risulta da molti degli intervistati che l'atteggiamento medico di allora fosse quello di minimizzare i possibili effetti dell'esposizione ad amianto. È oscuro come venissero comunicati ai lavoratori i risultati degli accertamenti radiografici. Alcuni lavoratori conservano ancora i libretti o i moduli sui quali sono trascritti i risultati di questi esami (per altro tutti riportano la frase standard che i polmoni erano risultati "clean", cioè normali). La maggioranza, invece, afferma di non aver mai ricevuto alcuna comunicazione scritta. In alcune occasioni i risultati sarebbero stati comunicati affiggendo una lista all'infermeria. Se risultava una presenza radiografica di "lieve" asbestosi, il lavoratore veniva informato ma non necessariamente gli veniva suggerito di smettere quella attività lavorativa.

«Stava a lui decidere se lasciare. Non era che mandassero via, era a disposizione sua se rimanere o no».

Un altro minatore:

«Quando si passava la visita c'era sempre qualcuno che non era a posto. Ci sono stati malati che potevano lavorare. Però dovevano firmare sotto la propria responsabilità. Doveva decidere lui».

Ad alcuni fu suggerito un "cambiamento d'aria" e il motivo dell'aria sembra interessante sia nelle memorie sull'emigrazione sia per quello che veicola della concettualizzazione medica, secondo la quale l'aria buona, che può essere trovata solo nel paese di origine, può favorire una buona salute. Come ha spiegato un minatore:

«Tanti avevano il terzo grado. Il medico gli ha detto: se volevano vivere un po' di più, di ritornare in Italia nell'aria nativa».

Se invece veniva rilevata la presenza radiografica di una asbestosi "avanzata", è stato scritto che veniva suggerito al lavoratore di abbandonare quel lavoro (McNULTY J. 1968). A questo stadio, tuttavia, la disabilità avrebbe reso molto difficile trovare un altro lavoro, e questo contribuisce a spiegare perché sia anche stato presente un rifiuto ad abbandonare il lavoro di Wittenoom (si consideri che per avere essere ammessi all'indennizzo per una pneumoconiosi professionale era necessario avere un quadro radiografico di pneumoconiosi grave accompagnata da un «esame clinico che indicasse che questa persona è in grado di eseguire solamente un lavoro sedentario leggero»).

Dalle nostre interviste risulta che coloro che non abbandonavano il lavoro erano proprio coloro, e non erano pochi, «che erano malati, molto malati, che avevano già la silicosi».

«Un bergamasco aveva la polvere al quarto grado. È venuto a prenderlo la polizia perché non voleva lasciare Wittenoom. L'hanno portato in città. Non aveva famiglia, era solo. Anche un polacco, stesso caso».

È da notare che questa classificazione in stadi della fibrosi ("terzo" e "quarto" grado) non trova riscontro nella classificazione ufficiale dei radiogrammi polmonari usata a Wittenoom (MERLER E. in corso di stampa).

In due occasioni i lavoratori ricevettero un messaggio rassicurante anche se l'asbestosi era evidenziabile o già evidenziata. Un minatore ha riferito che un anno:

«Mi hanno mandato la lettera che ci stava qualcosa, ma loro non mi hanno detto niente... Lui [il medico] ha detto "Non è niente", ma io appena ho visto questo, ho detto "Voglio partire!"».

Il secondo caso è quello di un minatore sottoposto a radiografie da parte del mezzo mobile a Wittenoom nel Novembre 1962:

«Nel giro di due o tre giorni danno anche il risultato e potevo continuare che ero sano. Otto giorni dopo ho smesso e vado in città; cinque o sei giorni dopo mi imbarcavo. Passo giù dove c'è quel dipartimento lì della sanità a Perth, vado dentro, dico: "Sono Z. e vorrei fare una visita perché vado in Italia, ho fatto il minatore". Avevo la mia tessera. "Sì, sì". Mi fanno la visita. Due giorni dopo era già arrivato il risultato che c'erano i primi segni di asbestosi. E loro dieci giorni prima, lassù, avevo niente. Avevo già tutti e due i risultati: uno avevo niente, otto giorni dopo di stare attento, di lasciare quel lavoro e farmi visitare ulteriormente, che ero ai primi segni» [La richiesta di indennizzo per asbestosi fu infatti accolta].

I medici incaricati della sorveglianza sanitaria a Wittenoom hanno affermato di pensare che a quel tempo diagnosticare «malattie polmonari in

uomini giovani dopo brevi esposizioni e persino decessi li avrebbe fortemente influenzati ad abbandonare [Wittenoom]» ma che «questo non accadde» (McNULTY J. 1968).

McNulty, che abbiamo spesso citato, era lo pneumologo dell'Ospedale di Kargoorlie, incaricato di seguire e valutare gli accertamenti sanitari a Wittenoom. La struttura in cui lavorava faceva parte della sanità pubblica dello stato del Western Australia⁽¹⁾.

Da parte nostra non è stato possibile raccogliere l'esperienza di coloro che, allora già gravemente ammalati, avrebbero ricevuto il consiglio di andarsene, perché tutti già deceduti. Tuttavia, quello che ci è stato riferito è un atteggiamento ben differenziato nel rapportarsi, da un lato, ai tubercolotici, veri o presunti, che venivano immediatamente allontanati, dall'altro ai soggetti affetti da malattie respiratorie da lavoro, che venivano, invece, consigliati ad allontanarsi da quel lavoro. È ben vero che il canale principale della comunicazione del rischio consisteva nella osservazione diretta di compagni che si ammalavano e morivano. Rimane il fatto che i singoli lavoratori non potevano, da parte loro, collocare questa osservazione in un insieme di conoscenze che guidassero il loro comportamento. Due ragioni lo impedivano: era loro impedito di trarre conclusioni più generali a partire dalla osservazione di singoli casi; ed era presente un peculiare blocco nel sistema di comunicazione. Una conclusione più generale che partisse dalla osservazione dei singoli casi era impedita perché la conoscenza di cui mancavano era proprio il legame diretto tra esposizione ad amianto blu, asbestosi, tumori del polmone e mesoteliomi. Come ha detto un minatore dell'Italia centrale:

«tanti ci restavano lo stesso... era molto tempo che stavano lì... Gravissimi stavano, certi... Chi si rendeva conto, allora? Chi pensava a tutta questa cosa?».

L'osservazione rappresentava l'unica forma di conoscenza:

«tanta gente quando ritornava in città si sentiva male, non ne potevano più, proprio quelli che erano al massimo... quelli che era poco tempo che erano là, dopo un anno, due, tre, sviluppava...».

I lavoratori di certe aree italiane, in particolare quelli dell'arco alpino e dell'Isola d'Elba, di aree dove era presente attività mineraria o scavi in gallerie, sapevano che i minatori si ammalano di silicosi, e diversi di loro chiamano ancora adesso la asbestosi "silicosi". Ma per quanto riguarda i rischi sulla salute conoscevano soltanto la silicosi e solo i minatori ne sapevano qualcosa.

In tre interviste viene affermato di aver ricevuto "un avvertimento" («davano l'accorgimento»), cioè qualcosa di diverso da una fattiva informazione o da un vera indicazione di pericolo. In un caso l'avvertimento' è riferito

essere il documentario presentato negli anni '60, in un altro caso il suggerimento di bagnare la roccia prima della perforazione, nel terzo caso è specificato e l'informatore riferisce «te lo davano l'accorgimento; è che noi non lo usavamo» nel contesto della affermazione che alcuni insistettero a rimanere anche se si consideravano molto ammalati.

3.4. *La fuga o l'adattamento alla permanenza: ragioni e responsabilità*

L'immagine della comunicazione del rischio (o della sua mancanza) che emerge da questi dati è opposta a quella fornita dallo *staff* medico incaricato della sorveglianza sanitaria. In particolare non emergono dati a sostegno della affermazione di McNulty che i lavoratori, tra cui gli italiani, non temessero le conseguenze sulla salute di quel lavoro, e neppure emerge che lo staff medico li avesse informati delle conseguenze della esposizione lavorativa ad amianto. Questo medico afferma che era comune avere a che fare con il rifiuto di «accettare il suggerimento medico di smettere il lavoro in quell'industria» (McNULTY J. 1968)⁽²⁾. La grande maggioranza delle persone da noi intervistate indica una situazione diversa.

Innanzitutto è difficile comprendere quale sia stato il messaggio che questi lavoratori hanno ricevuto. È come se avessero captato il pericolo e presa la decisione di lasciare il lavoro di Wittenoom sulla base del senso comune, in assenza di suggerimenti da parte dei medici, come un minatore ricorda di aver pensato per se stesso: «Cos'è prima il lavoro o la salute?». Il primo livello di consapevolezza del rischio era associato ad una percezione sensoriale. Nel *mill* «non potevi riconoscere un amico, dagli occhi solo lo riconoscevi» e fuori «era tutto una nebbia... non potevi vedere niente!». Il pericolo lo annusavi nell'aria: «Lo sentivi il pericolo, dal primo giorno che sono arrivato, ho capito che l'asbesto era velenoso» «la testa mi diceva che non poteva andare bene».

Il primo impatto visivo ed emozionale portava alcuni al desiderio di proteggersi e quindi all'abbandono quasi immediato. Invece, per coloro che rimanevano, aveva inizio una sorta di lotta per la sopravvivenza, la percezione vivida del rischio si attenuava e la sensazione di essere di fronte ad un pericolo veniva interiorizzata. Il rischio non entrava a far parte esplicita delle loro conversazioni, rimaneva legato ad un livello di osservazioni personali e non a quello di un'esperienza collettiva. Solo successivamente queste osservazioni personali si sviluppavano, quasi inconsciamente, e potevano dare origine alla decisione di partire.

In una sola intervista emerge un tentativo di generalizzazione. Alla nostra domanda di spiegare la durata della permanenza la miniera, la risposta è

stata «assai per morire», «eh... stavano due, tre [anni] quelli che eran sotto in miniera, poi li buttavan fuori: li mandavano a Perth a fare la visita, no? E poi non li riprendevano... dopo tre anni era difficile che li riprendessero».

Il blocco nel sistema di comunicazione osservato a Wittenoom trova la sua radice nel sistema di reclutamento della forza lavoro: l'elevato *turn-over* rendeva Wittenoom un porto di mare ed il fatto che passasse poco tempo tra l'insorgere delle malattie e l'allontanamento della persona ammalata, auto-imposto o imposto dall'esterno, significava che i canali della comunicazione erano costantemente tagliati. Nell'ipotesi che tu potessi prendere coscienza dell'insorgere di una malattia in un tuo compagno di lavoro, questi si allontanava rapidamente, e non ne venivi a sapere più niente. Il fattore tempo giocava di nuovo un ruolo cruciale. Le persone scomparivano per diverse ragioni e, tra queste, per il fatto di ammalarsi, ma la ragione della partenza non veniva trasmessa a coloro che restavano o ne prendevano il posto. Ne emerge una sorta di immagine sfocata:

«Ci si conosceva, si parlava, si beveva... tra di noi scherzavamo, facevamo tante di quelle fesserie... sai, giovani di venticinque trent'anni... E allora ci si metteva: "Oh, quello, hai visto?" "Che è successo?" "Mah, quello, dice, stava male, è andato via, quell'altro... dice, ha fatto un giorno, due di ospedale e poi non si vedeva più... e chi lo vedeva? Mica te lo dicevano. Sì, si parlava tra di noi però non eri mai sicuro di quello che avevi visto, di ciò che gli era successo, ecco...».

L'intero sistema si basava sull'esistenza di un'area grigia, il cui tratto fondamentale per i lavoratori era che "non eri mai sicuro". Un altro emigrato ha detto:

«I due unici che si sono ammalati, che sapevo che stavano male, erano R. e B., ma non si sapeva cosa avevano. Di quelli che sono andati via, non ho saputo mai niente, sono spariti».

Il fattore tempo giocava un ruolo rilevante nella percezione soggettiva dei rischi. La valutazione del rischio era connessa alla durata della permanenza al lavoro (CHERMIK M. 1986) ed era modellata dalle caratteristiche di istituzione totale della miniera, che produceva una idea compressa del tempo cronologico. Nelle narrazioni degli emigrati sono frequenti i riferimenti alle condizioni di segregazione che non rivestivano una dimensione solo simbolica. Infatti a Wittenoom venivano inviati i condannati ad alcuni reati, che, in alternativa al pagamento di una multa o di un periodo di detenzione, svolgevano un periodo di lavoro solitamente non superiore a sei mesi; a Wittenoom erano presenti non meno di 200 europei (in maggioranza tedeschi e polacchi) provenienti dai campi di raccolta dei rifugiati del secondo dopo guerra, i quali facevano parte di un consistente contingente accolto in Australia nell'ambito delle politiche sui rifugiati. Si tratta-

va di persone che non avevano alcuna possibilità di rientrare nel paese di origine e quindi anche di lasciare Wittenoom. Infine abbiamo già riferito che una cinquantina di italiani furono (illegalmente) obbligati a lavorare almeno due anni alla miniera.

Come illustra la letteratura sulle istituzioni totali, inclusa quella concentrazionaria, una volta che il trauma iniziale viene interiorizzato, essendo le vie di fuga inibite, si sviluppa una sorta di adattamento ed escono rafforzati i legami trasversali.

Secondo diversi antropologi il tempo riveste una dimensione simbolica, come dimostrato dal "tempo senza-tempo" del rito (TURNER V. - BRUNER L. M. *curr.* 1988) o dal tempo-routine che viene vissuto nel chiuso dell'ospedale dai pazienti (FRANKENBERG R. 1988). Il potere sul corpo in relazione al tempo presenta due aspetti interrelati. Il tempo va visto come socialmente manipolato nella forma della disciplina del corpo confinato nella fabbrica (FOUCAULT M. 1963 [1969]). Nello stesso tempo il corpo viene sottoposto ad esami medici periodici che assumono lo scopo di monitorare il passaggio dal corpo sano ad un corpo malato. È precisamente questa trasformazione mediata dal tempo che i lavoratori non potevano controllare.

Questo non controllo ha avuto un suo termine temporale, quando si è sviluppata la comprensione da parte dei compagni, che avevano comunque abbandonato il lavoro a Wittenoom e che si ritrovavano per altre esperienze di lavoro nell'area di Perth, che uomini giovani, qualche decennio prima perfettamente sani e capaci di sostenere lavori di grande impegno fisico, si ammalavano e rapidamente morivano, tutti nella stessa maniera, e che, non ostante non fosse stato comunicato alcunché, esisteva un comune denominatore: aver lavorato anche se per poco tempo esposti ad amianto: «Nessuno sapeva niente di questa roba qua... Noi ci siamo accorti che questa roba è nociva quando la gente ha cominciato a morire. Allora lo sapevamo perché morivano... Morivano perché c'avevano la polvere nei polmoni».

Mary Douglas (DOUGLAS M. 1982 [1996]) ha sostenuto che il contesto sociale condiziona il modo in cui il corpo viene vissuto. La percezione del rischio tra i lavoratori di Wittenoom deve essere vista nel contesto di un'esperienza migratoria in cui si accetta che il corpo venga esposto a maggiori pericoli. Nelle memorie di emigrazione sono frequenti riferimenti simbolici al tema dell'aggressione fisica e della morte violenta (KRANT A. 1995). Abbiamo raccolti tra gli intervistati residenti a Perth la storia di come un compagno di lavoro, malato gravemente, fu ucciso in ospedale con una doccia fredda il giorno precedente l'audizione al primo processo che avrebbe dovuto stabilire se esisteva una responsabilità dell'azienda nel mesotelioma di cui era af-

fetto. Un altro italiano ha raccontato che un compagno di lavoro avrebbe dovuto essere operato gratuitamente a Perth, ma decise di tornare in Italia per l'intervento perché temeva che i medici l'avrebbero ucciso. Medici e personale sanitario in genere potevano essere visti con un certo sospetto.

Indipendentemente dal fatto se questi episodi siano reali o fossero temuti o siano parte di un immaginario condiviso all'interno del gruppo, ciò che anche interessa è il loro contenuto ideologico, il modo in cui queste storie sulla vita degli emigranti si focalizzano sul corpo come soggetto al potere di altri. Considerando un'altra prospettiva si può sostenere che il fattore economico attenuava la percezione del rischio, facendo sì che esso venisse sottovalutato. La vivida percezione del rischio era in conflitto con l'obiettivo dell'ottimizzazione economica, che la miniera di Wittenoom permetteva per la presenza del cottimo o di ore straordinarie. Lì si poteva fare «*good money*», cioè guadagnare bene, più che in altri lavori, e perciò alcuni non se ne volevano andare. Douglas (DOUGLAS M. 1982 [1996]) ha mostrato che le influenze culturali enfatizzano certi rischi e ne fanno ignorare altri. Ogni cultura seleziona dei rischi, e concentra su quelli le proprie paure oscurando altri potenziali pericoli. La scelta dei rischi dipende dalla struttura sociale. L'obiettivo degli italiani, mettere da parte dei soldi, deve essere considerato nel contesto del modello migratorio per cui gli italiani erano "uccelli di passaggio" e questa è una delle ragioni per cui essi resistevano a condizioni che altri potevano considerare come insostenibili.

Emerge dalla rilettura del materiale documentario su Wittenoom una storia di "ordinari" limiti, incapacità, trascuratezze. Gli accertamenti sanitari prima dell'emigrazione e prima dell'assunzione a Wittenoom avevano lo scopo di selezionare i soggetti fisicamente migliori e capaci di sostenere le pesanti condizioni di lavoro e di vita a Wittenoom.

Gli ispettori minerari si sono interessati agli aspetti infortunistici (per altro ci furono due importanti crolli in miniera e in quello del 1962, in cui si verificarono anche decessi, non meno di 100 minatori abbandonarono da un giorno all'altro il lavoro), non alla prevenzione delle malattie da lavoro. Solo nell'anno di chiusura definitiva della miniera fu effettuata l'unico conteggio delle fibre di amianto: tutte le precedenti misure sono state svolte contando genericamente la polverosità (cioè misurando il numero di particelle per centimetro cubico di aria prelevata) un metodo proseguito nonostante fosse stato criticato fin dal 1948 per la sua inadeguatezza da parte del Dipartimento di sanità pubblica di Perth. Fino al 1958, poi, le radiografie svolte ai lavoratori venivano lette per valutare la presenza di silicosi, non di asbestosi, patologia che si presenta con aspetti radiologici differenziati. Si trattava di accertamenti svolti secondo la routine del laboratorio,

abituata ad esaminare minatori esposti a silice. In ogni caso non venivano svolti accertamenti sanitari integrati (ricerca dei sintomi, caratteristici della asbestosi, o esecuzione di esami spirometrici). Per questi motivi le prime diagnosi "ufficiali" di asbestosi furono formulate nel 1958 non dai medici che effettuavano gli accertamenti eseguiti sui minatori, ma da altri medici che ebbero in cura soggetti (compreso un italiano) ricoverati in sanatorio per "tubercolosi". Si comprende allora perché gli informatori da noi intervistati affermino che quello che veniva loro riferita la presenza di casi di tubercolosi, perché questo è stato per un lungo periodo quanto hanno diagnosticato (erroneamente) le strutture addette alla sorveglianza sanitaria. L'aspetto grave è anche che i lavoratori siano stati indirizzati a credere che la malattia che insorgeva nei loro compagni di lavoro fosse la tubercolosi, mentre invece si trattava di asbestosi o di asbestosi e silicosi insieme.

Solamente durante gli ultimi anni di attività della miniera la struttura che effettuava i controlli sanitari ha dovuto confrontarsi con quanto avveniva negli ospedali di Perth, dove ebbero bisogno di essere ospedalizzati oltre 100 soggetti, che risultarono affetti da asbestosi e silicosi così gravi da portare molti al decesso (EDLER J.L. 1967).

4. Conclusioni

In questo contributo abbiamo analizzato da un punto di vista antropologico l'esperienza vissuta dei migranti italiani esposti ad asbesto cercando di considerare il contenuto ideologico e sociale della loro percezione del rischio di malattie.

Si è dimostrata una certa consapevolezza dei rischi e una certa capacità di difesa e di azione da parte degli italiani che hanno lavorato a Wittenoom, espresse nelle tendenze ad abbandonare il lavoro, nei tentativi di individuare le cause delle malattie che insorgevano nei compagni di lavoro, e in una acquisita convinzione che nei compagni che avevano lavorato a Wittenoom si instauravano, a pochi anni dalla fine del lavoro, gravi malattie respiratorie.

Ma i migranti italiani a Wittenoom erano in gran parte privi di una esperienza di lavoro industriale, di qualifiche lavorative, di istruzione e di sindacalizzazione e questo aiuta a spiegare perché, nello specifico contesto di Wittenoom, non si sia pervenuti ad un'opposizione organizzata.

Migranti che per la prima volta venivano a contatto con l'amianto non potevano peraltro sapere che la esposizione avrebbe causato loro tumori respiratori. Risulta in effetti che nessuno li abbia mai informati dei rischi

che correvano, nonostante tra gli operai di Wittenoom fosse già stato identificato nel 1961 un primo caso di mesotelioma (McNULTY J. 1962).

La raccolta delle testimonianze indica che fin dai primi anni '50 tra gli italiani era diffusa la opinione che aver lavorato a Wittenoom comportava l'insorgenza di gravi disturbi respiratori: i quali producevano inabilità, impedivano la vita di lavoro, obbligavano a ricoveri ospedalieri ed erano causa di decessi. Nei medici australiani che in varia forma avevano compiti di sanità pubblica, la medesima percezione risulta presente solo a partire dalla metà degli anni '60: prima di quella data, la comunicazione che i lavoratori ricevevano intorno ai rischi cui essi potevano incorrere riferiva alla sola tubercolosi la patologia che colpiva tanti loro compagni di lavoro.

La consapevolezza e la capacità di difesa dei migranti sono state quindi deliberatamente ostacolate: innanzitutto da un *management* che non aveva alcuna intenzione di proteggere la salute dei lavoratori e che ha intenzionalmente creato le condizioni perché essi non potessero conoscere la situazione, difendersi dai fattori di rischio, abbandonare il lavoro. La presenza effettiva e continuativa di una eterogenea tipologia di attori di sanità pubblica fa emergere a Wittenoom due tipi diversi di figure. Da un lato alcuni chiedevano interventi ed azioni di contrasto per modificare livelli di esposizione e proponevano che i lavoratori potessero fruire di controlli sanitari. Dall'altro chi aveva il compito di far attuare la legislazione esistente accettava continui ritardi nell'assunzione di decisioni, e chi aveva il compito di organizzare la sorveglianza sanitaria si ritrovava incardinato in un modello che gli assegnava un ruolo fondamentale nella acquisizione di dati (ambientali e medici), ma al contempo un ruolo marginale nel *management* e nella assunzione di decisioni: decisioni che, in quelle concrete condizioni, avrebbero dovuto evidentemente includere anche l'opportunità di far cessare la produzione.

Naturalmente è ben difficile pensare che lo sviluppo industriale australiano, basato allora sui migranti e sullo sfruttamento intensivo di mano d'opera marginale, potesse nei fatti ammettere opzioni radicali. Ne è risultato un modello di sanità pubblica, incapace di progettare e attuare strategie di ricerca, che poteva funzionare, e nel caso concreto ha funzionato, come dispositivo efficace ai fini di selezionare per il lavoro i soggetti sani e di individuare le malattie, una volta insorte, allo scopo di monitorarne l'evoluzione e di eliminare così dal lavoro i soggetti divenuti inservibili.

Per i lavoratori e, solo successivamente, per coloro che avevano il compito di prevenire le malattie da lavoro, il "conteggio dei morti" è diventato così lo strumento di valutazione dei danni (MICHAEL D. 1988), ma questa convergenza non si è sviluppata in parallelo.

A Wittenoom la presa di coscienza dei lavoratori è stata largamente frustrata, con il risultato di ritardare gravemente la valutazione degli effetti a lungo termine della crocidolite e le conseguenti decisioni di sanità pubblica.

Più in generale, non si può non pensare che se le informazioni sui danni da crocidolite fossero state raccolte e rese pubbliche, in parallelo alla crescente consapevolezza che ne ebbero i lavoratori, sarebbero maturate in anticipo, in Australia e nel mondo, decisioni di sanità pubblica rivolte a contrastare il rischio da asbestosi e la stessa cancerogenicità della crocidolite.

Note

(*) Ringraziamenti: lo studio è stato in parte finanziato dal Ministero della Università e della ricerca scientifica e dalla Università degli studi di Verona. Si ringrazia Pier Paolo Viazzo, Università degli studi di Torino, per gli utili suggerimenti.

⁽¹⁾ L'amianto (*amiantus* o *asbestos* in inglese) è un minerale composto di fibre di pochi *micron* di diametro e lunghezza. Sulla pelle le fibre causano una irritazione e noduli sclerotici. È facilmente in grado di autodisperdersi, ed è quindi respirabile e capace di penetrare e depositarsi nei polmoni, dove le fibre vengono solo lentissimamente digerite, tendendo piuttosto ad accumularsi e a provocare reazioni cellulari a catena. L'inalazione di fibre di amianto può provocare diversi effetti: una inarrestabile e progressiva fibrosi dei polmoni – nota come asbestosi – la cui rapidità nell'insorgenza, frequenza e gravità è legata alla quantità di amianto respirata, dalla quale deriva un'insufficienza respiratoria che si manifesta come una ingravescente incapacità di sostenere sforzi fisici e che si aggrava se sopravvengono infezioni polmonari come broncopolmoniti o tubercolosi; un tumore maligno della pleura e peritoneo (il mesotelioma), la cui insorgenza nell'uomo è determinata dalla sola esposizione ad amianto, ed è dunque poco dose-dipendente, la quale insorge a forte distanza dall'inizio dell'esposizione, in genere dopo 20-25 anni; tumori maligni polmonari, la cui frequenza è fortemente aumentata nei fumatori, come risultato di un rischio moltiplicativo tra amianto e fumo. La crocidolite (amianto blu, per il suo colore) mostra di avere nell'uomo un effetto cancerogeno più potente degli altri tipi commerciali di amianto, probabilmente perché queste fibre, una volta respirate, sono molto difficilmente "digerite" dal tessuto polmonare, dove persistono per anni.

⁽²⁾ McNulty, che abbiamo citato spesso, era lo pneumologo dell'Ospedale di Kargoorlie, incaricato di eseguire e valutare gli accertamenti sanitari dei lavoratori di Wittenoom.

Riferimenti bibliografici

ARMSTRONG Bruce K. - DE KLERK Nicholas H. - MUSK A. Williams - HOBBS Michael S.T. (1988), *Mortality in miners and millers of crocidolite in Western Australia*, "British Journal of Industrial Medicine", n. 45, 1988, pp. 5-13.

CHEMICK Martin (1986), *The Hawk's Nest incident American worst industrial disaster*, Yale University Press, New Haven.

DARROCH D.A. (1993), *Commonwealth Health Laboratory Kargoorlie W.A. The origin and a history of the mobile x-ray unit for the mining industry in Western Australia*, EM Printer, Perth, Western Australia.

- DOUGLAS Mary (1982 [1996]), *Risk and blame*, Routledge, London [ediz. italiana: *Rischio e colpa*, Il Mulino, Bologna, 1996].
- ERIKSON Kai (1995), *Notes on trauma and community*, pp. 183-199, in CARRUTH Cathy (curatore), *Trauma. Explorations in memory*, Johns Hopkins University Press, Baltimore,.
- EDLER Janet L., (1967), *Asbestosis in Western Australia*, "The Medical Journal of Australia", vol. 2, 1967, pp 579-583.
- FOUCAULT Michel (1963 [1969]), *Naissance de la clinique. Une archeologie du regard médical*, Presses Universitaires France, Paris [ediz. italiana: *La nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1969].
- FRANKENBERG Ronald (1988), "Your time or mine?" *An anthropological view of the tragic temporal contradictions of biomedical practice*, "International Journal of Health Services", vol. 18, 1988, pp. 11-34.
- GODOY R. Mining (1985), *Anthropological perspectives*, "American Review of Anthropology", 1985, pp 199-217.
- GOOD BYRON (1994 [1999]), *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*, Cambridge University Press, Cambridge [ediz. italiana: *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*, Edizioni di Comunità, Torino, 1999].
- GREENHALGH Trisha - HURWITZ Brian (1999), *Who study narratives?*, "British Medical Journal", n. 318, 1999, pp. 48-58.
- KAPROV Miriam Lee (1985), *Manufacturing danger: fear and pollution in industrial society*, "American Anthropologist", n. 87, 1985, pp. 342-356.
- KOTELCHUCK DAVIS (1987), *Asbestos: "the funeral dress of King" – and others*, pp 192-207, in ROSNER David - MARKOWITZ Gerald (curatori), *Dying from work: worker's safety and health in twentieth-century America*, Indiana University Press, Bloomington.
- KRANT Alan (1995), *Silent Travellers: germs, genes and the "immigrant presence"*, Johns Hopkins University, Baltimore.
- LAYMAN Lenore (1983), *Work and workers responses at Wittenoom, 1943-1966*, "Community Health Studies", n. 7, 1983, pp. 1-18.
- LICHTHENSTEIN S. - SLOVIC P. - FISCHOFF B. - LAYMAN M. - COMBS B. (1978), *Judged frequency of lethal events*, "Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory", n. 4, 1978, pp. 551-578.
- MACKAY J. R. (1953), *Medical selection of migrants from the displayed persons population of post-war Europe*, "The Medical Journal of Australia", 14 marzo 1953, pp. 370-371.
- MCNULTY James C. (1962), *Malignant pleural mesothelioma in an asbestos worker*, "The Medical Journal of Australia", n. 2, 1962, pp. 953-954.
- MCNULTY James C. (1968), *Asbestos mining - Wittenoom, Western Australia*, pp. 447-466, in *Proceedings of the First Australian Pneumoconiosis Conference, Sydney 12-14 February 1968*, Sydney, s.e.
- MERLER ENZO - ERCOLANELLI Massimo. - DE KLERK Nicholas.- LUND H.G.- MUSK A.Williams. - CAPPELLETTO Francesca (1999), *On the Italian migrants to Australia who worked at the crocidolite mine at Wittenoom Gorge, Western Australia*, pp. 277-304, in GRIECO A. - IAVICOLI S. - BERLINGUER G. (Curatori). *Contributions to the history of occupational and environmental prevention*, Elsevier Science, Amsterdam.
- MERLER ENZO - ERCOLANELLI Massimo - DE KLERK Nicholas (2000), *Identificazione e mortalità dei migranti italiani, ritornati in Italia, che hanno lavorato alla miniera di crocidolite di Wittenoom Gorge, Western Australia*, "Epidemiologia e Prevenzione", n. 6, 2000, pp. 255-261.
- MERLER ENZO (in corso di stampa), *Doctors (and miners) at the crocidolite mine of Wittenoom: Risk management*, "American Journal of Industrial Medicine".
- MICHAELS David (1988), *Waiting the body count: corporate decision making and bladder cancer in the U.S. Dye industry*, "Medical Anthropology Quarterly", n. 2-3, 1988, pp. 215-229.
- MUSK A. Williams - DEKLERK Nicholas H. - ECCLES Jan L. - HOBBS Michael S.T. - ARMSTRONG Bruce K. - LAYMAN Lenore - MCNULTY James C. (1992), *Wittenoom, Western Australia: A modern industrial disaster*, "American Journal of Industrial Medicine" vol. 21, n. 5, 1992, pp. 735-747.
- OUTHRED K.G. (1953), *La pneumoconiose chez les mineurs d'or de l'Australie Occidentale*, in *Organisation*

International du Travail. Troisième Conférence Internationale d'experts en pneumocoïoses. Sydney Fevrier-Mars, 1950, Geneva, Bureau International du Travail.

OZONOFF David (1988). *Failed warnings: Asbestos-related disease and industrial medicine*, pp. 139-217, in BAYER R. (curatore), *The health and safety of workers*, Oxford University Press, New York.

TURNER VICTOR - BRUNER Edward (curatori) (1986), *The anthropology of experience*, University of Illinois Press, Urbana - Chicago.

Schede sugli Autori

Francesca Cappelletto, nata a Verona il 3 novembre 1958, è ricercatrice in antropologia culturale presso l'Università degli studi di Verona. Si interessa del rito dal punto di vista dell'organizzazione sociale, in particolare dei ruoli e delle funzioni della parentela nella festa (*Il Carnevale. Organizzazione sociale e pratiche cerimoniali a Bagolino*, Grafo, Brescia, 1995; *Kinship festivals*, "Social Anthropology", 1998, vol. 6, n. 3, pp. 365-379). Un altro suo filone d'interesse riguarda la formazione della memoria, il modellamento sociale e la qualità emozionale dei ricordi di gruppo, temi che ha approfondito analizzando la memoria dei massacri nazisti in Italia centrale e, nel campo dell'antropologia medica, la percezione del rischio in lavoratori esposti a tossici industriali (*Memories of Nazi-Fascist massacres*, "Sociologia Ruralis", vol. 1, 1998, pp. 37-54).

Enzo Merler, nato a Verona il 4 aprile 1950, è medico epidemiologo. Si è specializzato in medicina del lavoro e igiene e sanità pubblica in Italia; in epidemiologia negli Stati Uniti d'America. Ha lavorato in Italia in strutture del Servizio sanitario nazionale nel campo della sanità pubblica, in particolare presso il Centro per lo studio e la prevenzione oncologica di Firenze, e presso l'Agenzia internazionale per la ricerca sul cancro dell'Organizzazione mondiale della sanità a Lione, Francia.

Si interessa del rischio cancerogeno di sostanze che possono essere presenti nei luoghi di lavoro. Ha svolto studi di vario disegno (di epidemiologia descrittiva, analisi dell'andamento temporale, studi di coorte e caso-controllo) su diverse patologie ed esposizioni. Ha valutato, attraverso studi svolti in Italia o in collaborazione tra ricercatori di più paesi, il rischio cancerogeno delle polveri di legno e cuoio nella genesi dei tumori delle fossa nasali; ha esaminato gli effetti dell'esposizione lavorativa ed ambientale da amianto; ha sviluppato registri di popolazione sui mesoteliomi (prima in Regione Toscana, ora in Regione Veneto) e ha collaborato allo sviluppo di un registro nazionale di questa patologia; ha valutato, attraverso studi collaborativi internazionali, gli effetti a lungo termine della esposizione lavorativa a mercurio inorganico; ha lavorato inoltre sui fattori di rischio di una serie di tumori "rari". Nel campo degli studi descrittivi ha valutato l'andamento in Italia ed Europa di patologie cronico-degenerative legate ad esposizioni lavorative (asbestosi, silicosi, mesoteliomi) e ha condotto, in Italia, studi di *linkage* tra

censimenti anagrafici e mortalità per valutare in coorti prospettiche i differenziali di mortalità associati a disuguaglianze socio-economiche.

Riassunto

L'esperienza del corpo e la percezione del rischio delle malattie da amianto nelle narrazioni degli emigrati italiani alla miniera di Wittenoom, Western Australia

Lo studio è stato svolto intervistando 137 italiani – soprattutto viventi e ritornati in Italia, ma anche parenti di deceduti e italiani rimasti in Australia – che hanno lavorato tra il 1949 e il 1966 alla miniera di crocidolite di Wittenoom, Western Australia. La ricerca ha affiancato alla valutazione critica della documentazione disponibile quella del diretto vissuto dei lavoratori, con l'obiettivo di fornire una valutazione etnografica e storica di una miniera che ha causato “un moderno disastro industriale”. I risultati indicano che la miniera aveva una strategia: disporre di un gruppo stabile di perforatori pagati a cottimo – la maggioranza italiani – ed accettare un fortissimo turn-over tra gli addetti all'impianto di trattamento, dove la polverosità era elevatissima. L'unica maniera di difendere la propria salute era abbandonare il lavoro. Allo stabilimento era possibile fare ore straordinarie, lavorare di sabato, convertire le ferie in giorni di lavoro, condizioni che attraevano i migranti italiani, conosciuti per essere resistenti alla fatica. Nelle memorie di emigrazione vengono rievocate le condizioni estreme di lavoro, e la polverosità, correlandole agli effetti che avevano sul corpo. Agli intervistati non venne data nessuna informazione sui rischi per la salute, benché fosse ormai noto che l'amianto causa una irreversibile fibrosi dei polmoni ed è cancerogeno. L'osservazione diretta di compagni che si ammalavano e morivano per malattie respiratorie è stata per i migranti italiani la fonte principale di conoscenza e oggi, nei racconti, occupa un posto centrale la visione, in restrospettiva, della trasformazione del corpo da sano a malato.

Résumé

L'expérience du corps et la perception du risque des maladies causées par l'amianté dans les récits des émigrants italiens à la mine de Wittenoom, Western Australia

Cette étude développe les résultats d'une enquête menée auprès de 137 italiens qui ont travaillé à la mine de crocidolite de Wittenoom, Western Australia, entre 1949 et 1966. Il s'agit, pour la plupart, d'italiens toujours en vie et désormais rentrés dans leur pays d'origine, mais aussi de parents de personnes décédées, voire d'italiens encore résidant en Australie. La recherche comporte à la fois l'évaluation critique de la documentation disponible et l'analyse du vécu des travailleurs, exploré au cours de nombreuses

interviews. L'auteur se propose de fournir une reconstruction, ethnographique et historique, des vicissitudes d'une mine qui a causé «un moderne désastre industriel». Les résultats de la recherche montrent que l'entreprise responsable de son exploitation avait une stratégie: disposer d'un groupe stable de perforateurs payés à forfait – italiens en majorité – et accepter un très fort turn-over parmi les préposés à l'installation de traitements, où les niveaux de poussière étaient très élevés. Pour sauvegarder leur santé, les mineurs n'avaient d'autre moyen que celui de quitter le travail. Il était possible de faire des heures supplémentaires, de travailler le samedi, de convertir les congés en jours de travail, conditions qui attiraient les émigrants italiens, connus pour être résistants à la fatigue. Dans les mémoires d'émigration sont rappelés les conditions extrêmes de travail, les niveaux de poussière, et leurs effets sur le corps. Aux interviewés aucune information n'avait été donnée sur les risques encourus, bien qu'il fut connu que l'amiant cause une irréversible fibrose des poumons et qu'il est cancérigène. Pour les émigrants italiens, l'observation directe des camarades atteints par des maladies respiratoires, ou qui en mouraient, a été la principale source de connaissance, d'où le rôle capital joué, dans leurs récits rétrospectifs, par cette expérience et par la description des transformations pathologiques du corps.

Resumen

La experiencia del cuerpo y la percepción del riesgo de las enfermedades causadas por el asbesto en las narraciones de los emigrantes italianos en la mina de Wittenoom, Australia Occidental

El estudio ha sido realizado entrevistando 137 italianos – sobre todo en vida y regresados a Italia, así como con parientes de fallecidos e italianos que se han quedado en Australia – que han trabajado entre 1949 y 1966 en las minas de crocidolite de Wittenoom, Australia Occidental. La investigación ha juntado la evaluación crítica de los documentos disponibles con la experiencia de trabajo de las personas, con la finalidad de proporcionar una evaluación etnográfica e histórica de una mina que ha causado un “moderno desastre industrial”. Los resultados indican que la mina tenía una estrategia: disponer de un número elevado de perforadores – la mayor parte italianos – pagados por destajo y obligados a aceptar turnos muy cerrados entre los encargados del plantel de tratamiento, adónde la concentración de polvo era elevadísima. La única manera de defender la propia salud era abandonar el trabajo. En el establecimiento era posible hacer horas extraordinarias, trabajar los sábados, convertir las vacaciones en días de trabajo, condiciones que atraían a los migrantes italianos, conocidos por ser infatigables trabajadores. En las memorias de emigración se vuelven a evocar esas condiciones extremas de trabajo así como la elevada concentración de polvo, relacionadas con los efectos que tenían sobre el cuerpo. A los entrevistados no se les proporcionó ninguna

información acerca de los riesgos para la salud, a pesar de que fuese noto como el asbesto cause fibrosis pulmonar irreversible y sea además cancerígeno. La directa observación de los compañeros que se enfermaban y morían por enfermedades respiratorias, ha sido para los migrantes italianos la fuente principal de conocimiento y hoy, en sus relatos, ocupa un lugar central en la visión retrospectiva de la transformación del cuerpo de sano a enfermo.

Abstract

The body experience and the perception of amiantus illness risk in the Italian emigrants narratives into the Wittenoom mine, Western Australia

We carried out a field work interviewing 137 Italians who worked at the crocidolite mine of Wittenoom, Western Australia, between 1949 and 1966 (mainly alive and returned to Italy, but also relatives of workers already dead, and alive Italians settled in Australia). The health consequences of the exposure to crocidolite (a commercial type of asbestos) are dramatic and Wittenoom is considered “a modern industrial disaster”. Our aim was to investigate how asbestos hazards were perceived as reflected in the narratives considered as a re-lived, enacted experience (the ethnography of illness) and as a form of historical knowledge, autobiographical testimonies to be understood in a social context. The results suggest that the strategy of the mine’s management was straightforward: they wanted a core of stable mine’s drillers – mostly Italians- paid by the amount of material extracted, and a large pool of short term labour at the mill, where there was an unbearable level of dustiness and thus an extremely high turnover. In fact, workers protected themselves by quitting their job as soon as possible. Overtime (working a double shift or working on Saturday) and paid holidays were central features of the organization of labour at the mill, capable of attracting Italian migrants, who wanted to accumulate enough money to better themselves and known for their resistance. In the memories of migrants the extreme conditions at work and the intensity of exposure to asbestos dust have been associated with the lung illnesses occurring among work-mates. Risks were unmentioned and workers lived in a situation of uncertainty, a lack of understanding and control. However, the knowledge that asbestos causes a progressive lung fibrosis and is carcinogenic was available at that time. The “body count” was the core source of worker’s awareness and, retrospectively, the body’s transformation from healthy to diseased is the central vision of the Italian migrants remembrance.