

# AM



61 / giugno 2026

RIVISTA DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANTROPOLOGIA MEDICA  
FONDATA DA TULLIO SEPPILLI



*In copertina:* Paul Sescou, *Jane Avril*, ca. 1890, The Nelson-Atkins Museum of Art, Kansas City (<https://nelson-atkins.org/>).



Il logo della Società italiana di antropologia medica, qui riprodotto, costituisce la elaborazione grafica di un ideogramma cinese molto antico che ha via via assunto il significato di “longevità”, risultato di una vita consapevolmente condotta lungo una ininterrotta via di armonia e di equilibrio.



---

Rivista della Società italiana di antropologia medica  
Journal of the Italian Society for Medical Anthropology

Fondata da / Founded by  
Tullio Seppilli

*Biannual open access peer-reviewed online Journal*

61

giugno 2026  
June 2026



Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute) – Perugia

**Direttore**

Giovanni Pizza, Università di Perugia

**Comitato di redazione**

Roberto Beneduce, Università di Torino / Sara Cassandra, scrittrice, Napoli / Donatella Cozzi, vicepresidente della Siam, Università di Udine / Fabio Dei, Università di Pisa / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa" / Erica Eugeni, studiosa indipendente, Roma / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, presidente della Siam / Massimiliano Minelli, Università di Perugia / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca / Giulia Nistri, Università di Perugia / Cristina Papa, presidente della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia / Elisa Pasquarelli, studiosa indipendente, Perugia / Francesca Pistone, studiosa indipendente, Roma / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna / Andrea F. Ravenda, Università di Torino / Elisa Rondini, Università di Perugia / Pino Schirripa, vicepresidente della Siam, Università di Messina / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino / Alberto Simonetti, studioso indipendente, Perugia / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II"

**Comitato scientifico**

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasile / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, Francia / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Svizzera / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentina / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, Francia / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia – Institute for advanced study, Princeton, Stati Uniti d'America / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, Francia / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germania / Elisabeth Hsu, University of Oxford, Regno Unito / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, Stati Uniti d'America / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (Cnrs), Paris, Francia / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spagna / Raymond Massé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, Messico / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, Francia / David Napier, London University College, London, Regno Unito / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, Francia / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spagna / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germania / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italia / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

**Comitato tecnico**

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

**Editor in chief**

Giovanni Pizza, Università di Perugia, Italy

**Editorial Board**

Roberto Beneduce, Università di Torino, Italy / Sara Cassandra, writer, Napoli, Italy / Donatella Cozzi, vicepresidente of the Siam, Università di Udine, Italy / Fabio Dei, Università di Pisa, Italy / Lavinia D'Errico, Università di Napoli "Suor Orsola Benincasa", Italy / Erica Eugeni, independent scholar, Italy / Corinna Sabrina Guerzoni, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Fabrizio Loce-Mandes, Università di Perugia, Italy / Alessandro Lupo, Sapienza Università di Roma, president of the Siam, Italy / Massimiliano Minelli, Università di Perugia, Italy / Angela Molinari, Università di Milano Bicocca, Italy / Chiara Moretti, Università di Milano-Bicocca, Italy / Giulia Nistri, Università di Perugia, Italy / Cristina Papa, president of the Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia, Italy / Elisa Pasquarelli, independent scholar, Perugia, Italy / Francesca Pistone, independent scholar, Roma, Italy / Ivo Quaranta, Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Italy / Andrea F. Ravenda, Università di Torino, Italy / Elisa Rondini, Università di Perugia, Italy / Pino Schirripa, vicepresidente of the Siam, Università di Messina, Italy / Nicoletta Sciarrino, Università di Torino, Italy / Alberto Simonetti, independent scholar, Perugia, Italy / Simona Taliani, Università di Napoli L'Orientale, Italy / Eugenio Zito, Università di Napoli "Federico II", Italy

**Advisory Board**

Naomar Almeida Filho, Universidade Federal da Bahia, Brasil / Jean Benoist, Université de Aix-Marseille, France / Gilles Bibeau, Université de Montréal, Canada / Andrea Carlino, Université de Genève, Switzerland / Giordana Charuty, Université de Paris X, Nanterre, France / Luis A. Chiozza, Centro de consulta médica Weizsäcker, Buenos Aires, Argentine / Josep M. Comelles Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Ellen Corin, McGill University, Montréal, Canada / Mary-Jo Del Vecchio Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Sylvie Fainzang, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Paris, France / Didier Fassin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France – Institute for advanced study, Princeton, USA / Byron Good, Harvard Medical School, Boston, USA / Mabel Grimberg, Universidad de Buenos Aires, Argentine / Roberte Hamayon, Université de Paris X, Nanterre, France / Thomas Hauschild, Eberhard Karls Universität, Tübingen, Germany / Elisabeth Hsu, University of Oxford, UK / Laurence J. Kirmayer, McGill University, Montréal, Canada / Arthur Kleinman, Harvard Medical School, Boston, USA / Annette Leibing, Université de Montréal, Canada / Margaret Lock, McGill University, Montréal, Canada / Françoise Loux, Centre national de la recherche scientifique (Cnrs) Paris, France / Ángel Martínez Hernández, Universitat "Rovira i Virgili", Tarragona, Spain / Raymond Masseé, Université Laval, Canada / Eduardo L. Menéndez, Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social, Ciudad de México, México / Edgar Morin, École des hautes études en sciences sociales, Paris, France / David Napier, London University College, London, UK / Tobie Nathan, Université de Paris VIII, Vincennes-Saint-Denis, France / Rosario Otegui Pascual, Universidad Complutense de Madrid, Spain / Mariella Pandolfi, Université de Montréal, Canada / Ekkehard Schröder, Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin, Potsdam, Germany / Ciro Tarantino, Università della Calabria, Italy / Allan Young, McGill University, Montréal, Canada

**Technical Board**

Massimo Cimichella, Università di Perugia / Alessio Moriconi, Università di Perugia / Stefano Pasqua, Università di Perugia / Raffaele Marciano, Aguaplano Libri, Perugia / Attilio Scullari, Digital manager, Perugia

---

*AM. Rivista della Società italiana di antropologia medica fondata da Tullio Seppilli è una testata semestrale della Fondazione Alessandro e Tullio Seppilli (già Fondazione Angelo Celli per una cultura della salute), Perugia.*



# AM

Rivista della Società italiana di antropologia medica  
fondata da Tullio Seppilli

Journal of the Italian Society for Medical Anthropology  
Founded by Tullio Seppilli



Indice  
Contents

n. 61, giugno 2026  
n. 61, June 2026

---

## *Editoriale*

- 9 Giovanni Pizza  
*Editoriale di AM 61*  
*AM 61 Editorial*

## *Ricerche*

- 11 Simone Savasta  
*Crisi della presenza e reintegrazione mitico-simbolica  
al pellegrinaggio cattolico-indigeno di Lac Ste. Anne  
in Alberta (Canada)*  
*Crisis of Presence and Mythic-Symbolic Reintegration  
at the Catholic-Indigenous Pilgrimage of Lac Ste. Anne  
in Alberta (Canada)*
- 45 Donatella Tronca  
*From Salome to Jane Avril.*  
*Dancing Distress between Religion and Neurology*  
*Da Salomè a Jane Avril. Danzare la sofferenza  
tra religione e neurologia*
- 83 Veronica Buffon, Giuliana Sanò  
*Temporalità e sindemia occupazionale.*  
*La salute dei lavoratori agricoli  
della Fascia Costiera Trasformata*  
*Temporality and Occupational Syndemic.*  
*The Health of Agricultural Workers  
in the Fascia Costiera Trasformata*
- 121 Giancarlo Di Gennaro, Andrea Tomasini  
*Abitare l'incertezza. L'epilessia nel ciclo aperto  
tra corpo, mondo e cura*  
*Dwelling in Uncertainty. Epilepsy in the Open Cycle  
Between Body, World, and Care*

## *Recensioni*

- 131 Francesco Scotti, *Il Gran Tour di una psicoanalista /  
A Psychoanalyst's Grand Tour* [Maria Luisa Algini,  
*Viaggiare l'età tarda, sul valore della caducità*]





## *Editoriale di AM 61*

**Giovanni Pizza**

Università degli Studi di Perugia  
[giovanni.pizza@unipg.it]

Questo numero di AM contiene quattro ricerche e una recensione.

La prima ricerca, di Simone Savasta, riguarda un pellegrinaggio in Canada che è interpretato secondo le categorie di Ernesto de Martino.

La seconda di Donatella Tronca verte sul rapporto tra danza e neurologia attraverso il caso di Jane Avril e il ballo di san Vito.

La terza, di Veronica Buffon e Giuliana Sanò, affronta il tema della violenza lavorativa osservata attraverso il prisma del tempo.

Infine, la quarta di Giancarlo Di Gennaro e Andrea Tomasini tratta la guarigione dall'epilessia da un punto di vista fenomenologico, cioè dal versante corporeo, esistenziale.

Chiude una nuova recensione di Francesco Scotti.

Questo abbiamo fatto col numero 61 di AM.

Buona lettura.



## *Temporalità e sindemia occupazionale*

*La salute dei lavoratori agricoli  
della Fascia Costiera Trasformata*

Veronica Buffon

Università di Messina  
[vbuffon@unime.it]

Giuliana Sanò

Università di Messina  
[gsano@unime.it]

### *Abstract*

*Temporality and Occupational Syndemic. The Health of Agricultural Workers in the Fascia Costiera Trasformata*

By placing the occupational health of agricultural workers employed in the Transformed Littoral Strip of South-Eastern Sicily at the centre of the inquiry, this contribution revisits the relationship between health, migration, workplaces, and “occupational violence”. This reinterpretation is made possible through the interpretive lens of time and, more specifically, through the act of temporalizing work-related illness, where the element of mobility complicates traditional diagnostic frameworks and socially accepted classifications. A brief reconstruction of the phases that have historically shaped the development of occupational medicine, together with an overview of the main theoretical frameworks, provides the background to the migratory and health trajectories portrayed in the ethnographic vignettes set in the services dedicated to the health of agricultural workers presented in the text.

*Keywords:* Migration, Occupational Health, Syndemic, Agriculture, Sicily

### *Introduzione*

In *A Short History of Occupational Health*, il dottor Herbert K. Abrams – tra i pionieri e massimi esponenti degli studi dedicati alla salute pubblica americana – riprende un passaggio contenuto all’interno di un resoconto del

collega Rosenau che, nel 1935, osservando i benefici dovuti all'introduzione dell'igiene industriale, aveva concluso: «I diritti umani per i lavoratori sono stati strappati da mani riluttanti» (trad. nostra in ABRAMS 2001: 34)<sup>1</sup>. Condensata in questo passaggio del dottor Rosenau, la cifra che ha caratterizzato la storia della salute occupazionale sarebbe di per sé sufficiente a far comprendere la natura antagonista del terreno di ricerca entro il quale, negli ultimi due anni, ci siamo mosse<sup>2</sup> nel tentativo di indagare le condizioni e lo stato di salute dei lavoratori agricoli migranti impiegati nella Fascia Costiera Trasformata, in provincia di Ragusa<sup>3</sup>.

Un antagonismo che nel campo della salute occupazionale assume la forma di un conflitto le cui ragioni sono, il più delle volte, da attribuire alla difficoltà di dimostrare la responsabilità del lavoro nell'insorgere di patologie associate a un settore che, per effetto del nesso tra politiche migratorie e del lavoro (KING *et al.* 2000; DINES, RIGO 2015; CAPRIOGLIO, RIGO 2020; IPPOLITO, PERROTTA, RAEYMAEKERS 2012; PIRO 2021; CARUSO, LO CASCIO 2021; CARUSO, CORRADO 2021; DELLA PUPPA, SANÒ 2021; SANÒ 2022, 2025; PEANO 2023; ALBERTI SACCHETTO 2025), si regge, in maniera strutturale, sullo sfruttamento della manodopera, sulla mancanza di prevenzione e di sicurezza nei luoghi di lavoro, sull'uso di prodotti chimici e pesticidi e, infine, sulla precarietà abitativa e lavorativa della forza lavoro.

Riconosciuto come uno dei distretti più importanti e produttivi del Sud-Italia, il comparto agricolo della Provincia di Ragusa<sup>4</sup> – con un'estensione di 150 km – detiene il primato nazionale nella produzione di prodotti ortofrutticoli in serra (47%) ed è specializzato nella coltivazione e nella distribuzione del pomodoro da mensa. La tipologia di coltivazione in serra, caratterizzata da una ciclicità produttiva che non si concentra solo in alcuni periodi dell'anno – come generalmente accade nei cosiddetti contesti di agricoltura stagionale – ha consentito al territorio ragusano e, in particolare alla città di Vittoria, di raggiungere standard di produttività e di ricchezza superiori a quelli della media delle altre città siciliane. Insieme alle ricadute economiche dovute ai processi di destagionalizzazione dell'agricoltura, la sericoltura ha contribuito, inoltre, a diversificare le traiettorie geografiche e lavorative della manodopera migrante di questo territorio. I progetti migratori dei e delle braccianti che lavorano nella Fascia Costiera Trasformata si differenziano da quelli della manodopera stagionale impiegata in altri distretti agricoli per durata, stanzialità e composizione. L'esistenza di nuclei familiari e di migranti di lungo periodo (PIRO, SANÒ 2017) fa di questo territorio un osservatorio privilegiato delle stratificazioni migratorie (DELLA PUPPA, SANÒ, STORATO 2025; SANÒ 2025),

prodotte dall'intreccio tra strutture economiche, politiche della mobilità e distorsioni del mercato del lavoro.

A contraddistinguere il distretto agricolo locale è anche la presenza di magazzini di trasformazione e di confezionamento dei prodotti orticoli e di importanti mercati ortofrutticoli all'ingrosso, primo tra tutti quello della già menzionata città di Vittoria. Grazie alle attività di produzione, di trasformazione e di distribuzione dei prodotti orticoli, il territorio è stato in grado di guadagnarsi un ruolo decisivo nel settore dell'agro-business nazionale e internazionale e ancora oggi occupa un posto di indiscusso rilievo nella filiera agricola. I processi di industrializzazione dell'agricoltura locale, l'introduzione di innovazioni tecnologiche e i risultati economici ottenuti dal distretto non hanno, tuttavia, attenuato le principali distorsioni del settore primario italiano e, più in generale, del cosiddetto modello mediterraneo di immigrazione (KING *et al.* 2000). Tali distorsioni sono principalmente da attribuire al massiccio reclutamento di manodopera straniera e migrante incentivato dai processi di segmentazione del mercato del lavoro globale (COLLOCA, CORRADO 2013), all'informalità delle relazioni economiche<sup>5</sup> e al costante peggioramento delle condizioni di lavoro e di vita della forza lavoro bracciantile, esacerbato dalle misure repressive implementate dalle politiche migratorie degli ultimi anni<sup>6</sup>.

In tal senso, nella Provincia di Ragusa le caratteristiche del lavoro agricolo coincidono con quelle dei cosiddetti *dirty works* (COLE, BOOTH 2013), contribuendo a innalzare i livelli di vulnerabilità della manodopera migrante e straniera, già fortemente esposta alla precarietà esistenziale derivante dai processi di criminalizzazione e di invisibilizzazione, tipici della migrazione e della mobilità internazionale.

Tuttavia, se sulla vulnerabilità giuridica, abitativa ed economica della manodopera migrante impiegata nel settore primario esiste una mole di studi corposi (si vedano tra gli altri: COLLOCA, CORRADO 2013; SEMPREBON, MARZORATI, GARRAPA 2017; AZZERUOLI 2016; GARRAPA 2016; CORRADO, DE CASTRO, PERROTTA 2017; SANÒ 2018; LO CASCIO, PIRO 2018; CARUSO 2018; CORRADO, LO CASCIO, PERROTTA 2018; CASTRACANI, RECKINGER 2019; IPPOLITO, PERROTTA, RAEYMAEKERS 2021; PIRO, SANÒ 2017; PIRO 2021; LO CASCIO 2022; PEANO, SACCHI 2023), decisamente meno consistenti sono le analisi che indagano gli effetti del "lavoro sporco" sulla salute occupazionale dei lavoratori e delle lavoratrici migranti (SINGER 2024; FLYNN 2018).

Prendendo le mosse da chi ha indagato tali effetti e li ha collocati all'interno di un quadro analitico che ha sviluppato i suoi ragionamenti a partire dalla nozione di "vulnerabilità strutturale" (HOLMES 2011; QUESADA *et al.* 2011) dei lavoratori e delle lavoratrici migranti, in questo contributo ci concentreremo sul rapporto tra salute, temporalità e "violenza occupazionale". Mettendo in relazione le dinamiche lavorative che attraversano il settore agricolo – lavoro a giornata e saltuario, routinizzazione delle pratiche lavorative, ritmi di lavoro sostenuti, esposizione prolungata a prodotti chimici e fitofarmaci, compressione dei tempi del lavoro e del non lavoro –, con le tempistiche della mobilità e con quelle relative all'insorgenza di patologie professionali, la lente del tempo ci aiuterà a stabilire una connessione tra la salute, il lavoro migrante e le forme di "violenza occupazionale"<sup>7</sup> (SINGER 2024) che attraversano questo specifico settore.

Per comprendere in che modo i determinanti sociali (Bambra 2011) e, viceversa, gli effetti prodotti dai meccanismi di "desocializzazione" (FARMER 2002) della salute rappresentino la vera posta in gioco delle politiche e delle pratiche sanitarie applicate ai contesti lavorativi e ai luoghi di lavoro, abbiamo ritenuto importante insistere sulla categoria del tempo e, più nello specifico, sui differenti "atti di temporalizzazione" (KRISTOGLOU, SIMPSON 2020) agiti dalle istituzioni preposte alla prevenzione dei rischi e al controllo della salute nei luoghi di lavoro e tesi a stabilire i confini spazio-temporali del nesso causale delle patologie correlate al lavoro. L'atto di temporalizzare la malattia occupazionale, così come ogni altro atto in cui la temporalità degli individui viene manipolata allo scopo di decretarne l'inclusione o l'esclusione dai piani ufficiali dell'economia, della società e della cittadinanza (SANÒ, DELLA PUPPA, STORATO 2024), si manifesta, in questa circostanza, nell'approssimazione degli interventi e delle strategie necessari a ridurre l'impatto del "lavoro sporco" sulla salute della popolazione migrante, impiegata – come suggeriscono le statistiche ufficiali – all'interno di settori pesanti, pericolosi, precari, poco pagati e penalizzati socialmente o "delle cinque P" (AMBROSINI 2011).

Tuttavia, gli effetti della temporalizzazione della malattia occupazionale non si limitano al piano della mancanza di interventi e di prese in carico, ma ricadono, altresì, sulle traiettorie lavorative e biografiche della forza lavoro migrante, doppiamente penalizzata dalle condizioni di marginalità e di invisibilità che scaturiscono dall'inestricabile nesso tra politiche del lavoro e politiche migratorie. Secondo un'altra prospettiva, l'azione dei fattori di rischio può, invece, contribuire alla genesi di una contro-

temporalizzazione, agita dai lavoratori nelle occasioni di mobilitazione (MAZZEO 2018).

All'interno del report annuale sul lavoro immigrato redatto dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, nella sezione dedicata agli infortuni e alle tecnopatie, vengono così indicati i criteri di riconoscimento della malattia professionale. Tra tutti, il tempo si presenta come un criterio privilegiato:

La malattia professionale si distingue dall'infortunio in quanto la causa, che deve essere diretta e predominante, agisce lentamente e progressivamente sull'organismo, capace di produrre l'infermità in modo esclusivo e prevalente; quindi, malattia contratta nell'esercizio e a causa delle lavorazioni rischiose. Il rischio può essere provocato sia dall'attività lavorativa svolta dall'assicurato, che dall'ambiente in cui la lavorazione stessa si svolge (cosiddetto "rischio ambientale"). Per la natura stessa della tecnopatia, che si sviluppa nel tempo a causa dell'esposizione prolungata ad un fattore di rischio, può accadere che dall'esposizione alla manifestazione possono passare anche molti anni e, in particolare per i lavoratori stranieri, ciò potrebbe rendere più difficile la valutazione o il riconoscimento della malattia, a causa dei svariati fattori di rischio caratterizzanti i diversi rapporti di lavoro avuti precedentemente e da ricondursi anche al Paese di provenienza. L'elevata mobilità del migrante, insieme al ritorno nel proprio paese di origine, non consente inoltre di fare maturare le condizioni per la denuncia di una malattia professionale (MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI 2025: 142-43).

La mobilità dei e delle migranti associata al differimento della malattia professionale è, dunque, tra le criticità più ricorrenti nel riconoscimento della tecnopatia, confermando la doppia esposizione della manodopera migrante ai processi di invisibilizzazione della sofferenza, effetto del nesso tra politiche migratorie e politiche del lavoro. Traducendosi nell'identificazione tra la figura del migrante e quella del lavoratore povero (SAYAD 2000) – e, più concretamente, tra il venir meno dei diritti delle persone migranti e l'erosione dei diritti della manodopera immigrata – tale nesso pone le premesse per un'analisi della salute occupazionale che, lungi dal concentrarsi esclusivamente sulle dinamiche dell'organizzazione del lavoro (NIOSH 2002) o sulle caratteristiche del "lavoro sporco", adotta l'asse del tempo per mettere a fuoco questioni che rischierebbero di rimanere in ombra e che hanno principalmente a che fare con ciò che Singer (2024) ha per primo identificato con il termine di "sindemia occupazionale". Tuttavia, nella circostanza che stiamo indagando, il tempo non viene unicamente adottato come criterio medico, ma funge anche da filtro amministrativo,

finalizzato a scaricare l'onere della prova sul lavoratore e sulle sue passate e future traiettorie lavorative.

Gettando le basi per una riflessione piuttosto avanzata sulle politiche del tempo in campo sanitario, una decina di anni fa, Pizza e Ravenda (2016) hanno licenziato un numero monografico sul coinvolgimento dell'antropologia medica nell'ambito della salute pubblica e sull'efficacia delle relazioni tra i principali attori in campo. Partendo dall'idea che il tempo si configura come un'esperienza culturale «radicata su percezioni fisiche e politiche» (2016: 30) e dalle indicazioni fornite dai curatori di un numero monografico pubblicato da *Journal of Biosocial Science* (PARKER, HARPER 2005), all'interno del quale veniva rivendicata una maggiore autonomia dell'antropologia nel confronto con gli operatori e i professionisti della salute, i due autori chiariscono l'importanza di una pratica etnografica commisurata al campo sanitario e al frammentato paesaggio temporale (SHARMA 2014) che lo caratterizza. Con l'aiuto di alcuni casi etnografici rappresentativi dell'esperienza maturata da Pizza e Ravenda nell'ambito della salute pubblica, scopriamo che la dissoluzione dello schema classicamente impiegato per stabilire il nesso causale della malattia – laddove secondo un paradigma determinista e riduzionista esso veniva spazialmente e temporalmente ritenuto «contiguo all'effetto» (VINEIS 1990: 3), ha fatto emergere quanto tale nesso si presenti, invece, come un «nodo di stratificazioni temporali e continui processi di negoziazione all'interno di un campo conflittuale» (PIZZA, RAVENDA 2016: 33).

Interpretati alla luce di questa complessità e degli effetti che essa produce sul piano delle retoriche e delle politiche del tempo in campo sanitario, i dati e il materiale etnografico raccolti all'interno della ricerca condotta nei servizi socio-sanitari della Provincia di Ragusa forniscono un quadro della salute occupazionale dei braccianti migranti estremamente articolato, all'interno del quale il nesso causale, interpretato come l'unico strumento in grado di ripristinare un ordine nel disordine provocato dallo sfruttamento e da luoghi di lavoro insicuri e insalubri, entra costantemente in conflitto con le differenti temporalità in gioco, costituite da: i tempi di arrivo della manodopera migrante, i tempi di attesa dettati dal governo delle migrazioni, i ritmi di lavoro, la latenza e l'insorgenza della patologia, la salutarità del reclutamento e dell'impiego nei casi di informalità lavorativa e i tempi delle procedure sanitarie. In tutte queste circostanze, il coefficiente temporale agisce in maniera differente sui corpi dei lavoratori e delle lavoratrici e genera, al tempo stesso, effetti che non è possibile catalogare o classificare secondo logiche squisitamente meccaniciste. Al contrario, tale



coefficiente tende a complessificare il quadro deterministico entro cui i professionisti della salute e gli operatori del sociale tendono spesso a operare, facendo risultare il piano della salute occupazionale come un vero e proprio “campo di battaglia” (DECOSSE 2011), in cui a confrontarsi sono i differenti atti di temporalizzazione mobilitati dai datori di lavoro, dai lavoratori e dai professionisti della salute e dei servizi socio-sanitari.

I prossimi paragrafi serviranno a chiarire i posizionamenti degli attori sociali all'interno di questo “campo di battaglia” e i processi di negoziazione che, di volta in volta, si attivano. Ancorché sintetica, una ricostruzione storica dell'evoluzione della salute occupazionale precederà le sezioni teorica ed empirica. Tale ricostruzione mira a mostrare la tensione dialettica che ha storicamente attraversato la salute occupazionale, mettendo a fuoco in che termini il protagonismo della classe lavoratrice abbia storicamente contribuito alla presa di coscienza delle misure da adottare per ridurre i casi di infortuni e di malattie professionali. A seguire, entreremo nel merito delle questioni sin qui sollevate con l'aiuto dei più significativi quadri teorici impiegati per ispezionare il legame tra salute, luoghi di lavoro e migrazione. Infine, analizzeremo nel dettaglio i dati e il materiale etnografico raccolto durante la ricerca sul campo condotta nella Fascia Costiera Trasformata a contatto con i servizi socio-sanitari e i lavoratori agricoli migranti, descrivendo gli effetti delle diverse espressioni della temporalità – della sopravvivenza, sospesa, dell'emersione e della biomedicina – sulla salute dei lavoratori migranti.

### *Una storia breve*

A completare il quadro delle informazioni che giovano a delineare i contorni del nostro avvicinamento al mondo della salute occupazionale è anche il titolo del lavoro del dottor Abrams: *Breve storia della salute occupazionale*. Non è da escludere che la brevità a cui allude il titolo sia da ricondurre all'ammissione che, nonostante il legame tra salute e lavoro fosse stato storicamente rintracciato dalle osservazioni condotte in campo medico, tuttavia, è solo in tempi più recenti che un reale interesse nei confronti delle condizioni di salute della classe lavoratrice ha fatto la sua effettiva comparsa. Indizi incontrovertibili di questo legame giungono sino a noi da Ippocrate e da Plinio, entrambi autori di osservazioni derivanti dagli effetti nocivi e velenosi del piombo. In Italia, la figura di Bernardino Ramazzini (1633-1714) ha segnato l'inizio di un interesse sistematico per la correla-

zione tra salute e lavoro (CARNEVALE, BALDESSERONI 1997, 2011), malgrado tale interesse risultasse ancora circoscritto alla sfera delle conoscenze mediche senza mirare al piano degli interventi politici. Il medico italiano compare anche nel testo di Abrams (2001), che riconosce a Ramazzini il merito di aver affrontato, per la prima volta in maniera esaustiva, i problemi di salute legati alle condizioni di lavoro. Utilizzando un registro che non è azzardato definire ironico e anticipando le questioni sollevate dalla successiva medicina del lavoro, Ramazzini aveva riformulato la tesi di Ippocrate, secondo il quale una volta raggiunta la casa del paziente sarebbe stato necessario sedersi accanto a questo e interrogarlo sui tempi di latenza e di manifestazione del malessere, e aveva aggiunto: «Potrei fare anche un'altra domanda: che lavoro fai?» (in ABRAMS 2001: 40).

Malgrado non fosse mancata, in ambito medico, una particolare attenzione per la correlazione tra salute e lavoro, tuttavia, tra la classe dirigente e politica del tempo permaneva una scarsa volontà politica di porre rimedio alle cattive condizioni di salute dei lavoratori. Tra le ragioni che impedivano di agire efficacemente anche sul piano politico Abrams individua la mancanza di ascolto dei lavoratori, i quali invece detengono un sapere necessario al miglioramento delle proprie condizioni di lavoro e di vita, e l'assenza di formazione da parte dei medici, la maggior parte dei quali proveniente da una classe medio-alta e quindi poco informata sulle condizioni di lavoro e di vita dei propri pazienti (SIGERIST 1960, in ABRAMS 2001). Non è un caso che Alice Hamilton e Harriet Hardy, entrambe pioniere della medicina occupazionale statunitense, esortassero i propri colleghi e studenti di medicina a formarsi sulle condizioni di lavoro in fabbrica, poiché senza queste conoscenze le scoperte mediche sulla tisi, la silicosi e l'asbestosi non sarebbero state in grado di produrre un reale miglioramento nella vita di chi era afflitto dalle cosiddette malattie industriali. Anche lo storico della medicina Sigerist (1946, in ABRAMS 2001) era un sostenitore della formazione dei medici sulle condizioni che affliggevano la vita dei lavoratori e degli operai delle fabbriche, poiché, secondo lo storico, solo in questo modo essi avrebbero potuto capire che le malattie occupazionali sono diverse dalle altre malattie non tanto biologicamente, quanto socialmente.

L'impossibilità di agire in maniera strategica sulle malattie professionali derivava, per Abrams, anche dalla stretta collaborazione tra università, mondo della ricerca e industria. Tale collaborazione aveva, infatti, contribuito all'occultamento di importanti risultati scientifici, producendo quelli che il medico statunitense ha definito «frammenti di storia nascosta» (2001: 70) della salute occupazionale, proprio allo scopo di sottolineare

l'occultamento messo in atto dagli scienziati e dai medici a vantaggio delle collaborazioni con il mondo dell'industria.

Sotto il profilo politico e delle lotte per il miglioramento delle condizioni di salute e di vita dei lavoratori delle fabbriche, l'Italia rappresenta un esempio interessante. La prima legge sulla prevenzione degli infortuni sul lavoro (legge n. 80) risale al 1898. Diverso è il caso delle malattie professionali, i cui effetti, presentandosi come «differiti negli anni» (BIGATTI 2024: 29), hanno tardato a essere presi in considerazione sotto il profilo legislativo e politico.

È solo nella seconda metà del Novecento che in Italia si inizia a intravedere una presa di coscienza delle problematiche legate ai luoghi di lavoro e come rammenta lo stesso Abrams, mostrando gli effetti positivi del caso italiano (2001: 67), i primi segnali arrivano dalla costituzione dei moderni Consigli di Fabbrica, all'interno dei quali si assiste a una prima, seppur minima, inversione di tendenza. In questa fase, con l'aiuto dei sindacati, il sapere, la conoscenza e le esperienze degli operai italiani acquisiscono un ruolo decisivo nelle scelte che riguardano la salute occupazionale. La conoscenza dei lavoratori relativamente al proprio corpo e ai cambiamenti derivati dalle mansioni, dai ritmi, dagli ambienti di lavoro e dalle condizioni materiali rappresentano, infatti, il vero nodo critico della storia della salute occupazionale, giacché è solo quando le esperienze accumulate dalla classe lavoratrice vengono ascoltate e messe a frutto che si comincia ad avanzare in questo campo. Sulle fasi e le stagioni che hanno accompagnato l'evoluzione della storia occupazionale italiana, Assennato e Navarro (1980) ci restituiscono un'analisi che ha inizio negli anni successivi al Dopoguerra. Sebbene, infatti, sul finire del XIX secolo e l'inizio del XX l'Italia avesse già conosciuto un periodo di riforme, legate soprattutto all'industria del tessile nelle città del Nord Italia – con Milano in testa – sotto il fascismo il piano degli interventi statali si era, però, largamente spostato dai servizi alla compensazione assicurativa, lasciando scoperte le misure volte alla prevenzione e alla presa in carico dei lavoratori “malati di industria”. Assennato e Navarro individuano tre fasi della storia occupazionale italiana: la prima è quella immediatamente successiva alla Seconda Guerra Mondiale e arriva sino al 1969; la seconda, dal 1969 al 1972 – attraversata dalle rivolte del mondo studentesco e del lavoro – è la fase in cui vengono istituiti i Consigli di Fabbrica moderni e viene messo a punto lo Statuto dei lavoratori; la terza fase ha inizio nel 1972 e prosegue negli anni successivi, portando a compimento alcuni dei più importanti obiettivi del decennio precedente e realizzandone di nuovi sul piano delle riforme

locali e regionali. In questi anni, fa notare Musso (2024), la collaborazione tra la classe operaia e le forze sindacali gettarono le basi per la costruzione di un sistema di prevenzione che non delegava al medico, ma privilegiava:

L'esperienza dei lavoratori, il loro vissuto lavorativo, i sintomi non codificati dalla scienza medica, in particolare nei casi in cui la ripetitività dei gesti e pesi da spostare incidevano sull'apparato muscolo-scheletrico. I comitati che nacquero in sede sindacale criticavano la "medicina del padrone" e operavano con progetti di ricerca-intervento a stretto contatto con i lavoratori; a queste iniziative, sul finire del decennio, partecipavano numerosi studenti e intellettuali militanti. Lo slogan più diffuso nel clima degli anni Settanta era il rifiuto della "monetizzazione della salute", secondo il quale la "salute non si vende" (Musso 2024: 53).

All'analisi di Assennato e Navarro si sommano le successive riflessioni di Carnevale e Baldasseroni (1997), dalle quali è possibile trarre alcune brevi indicazioni sugli elementi distintivi del caso italiano. Il primo è sicuramente da ascrivere alla limitatezza, almeno sino agli anni Ottanta-Novanta, delle fonti storiografiche sull'argomento. Un altro aspetto è da ricondurre, invece, alla dicotomia che ha, a più riprese, attraversato la storia della salute occupazionale: divisa tra la necessità di maturare un sapere "interno" alla medicina – in un'ottica di "desocializzazione" della salute, per dirla con Farmer – e le prospettive sociologiche di ispirazione marxista che, al contrario, ponevano il rischio di fare "una storia della medicina senza medicina" (WILSON 1980 in CARNEVALE, BALDASSERONI 1997: 64). Non sarebbe del tutto azzardato ipotizzare, allora, che tale distinzione abbia giocato un ruolo determinante in quella che nei fatti si è poi configurata come una mancanza di attenzione – tanto a livello nazionale quanto internazionale – nei riguardi dei determinanti sociali legati alle malattie o agli infortuni professionali (FLYNN 2018, 2019).

Sul fronte storiografico Carnevale e Baldasseroni assegnano al contributo di Stefano Merli (1973), autore del volume *Proletariato di fabbrica e capitalismo industriale, il caso italiano: 1880-1900*, il valore di punto critico nel passaggio tra una storiografia italiana marxista – particolarmente interessata a figure riconducibili agli "antenati del movimento operaio" (ivi: 65) e quella successiva – ugualmente interessata alle classi svantaggiate e ai lavoratori. Lo spazio riservato alla salute e alla vita materiale dei lavoratori nell'opera di Merli risulta, infatti, decisivo, a partire dalla titolazione dei capitoli del volume: "La condizione operaia nella prima rivoluzione industriale"; "Gli ergastoli dell'industria"; "Il genocidio pacifico"; "La legislazione sociale"; "Il paternalismo aziendale". Il capitolo più famoso e intorno al quale si è costruita la successiva fama di Merli, "Il genocidio pacifico", divenne

anche il titolo di un numero monografico della rivista *Classe*, dedicato al lavoro di Giulio Maccacaro, dal quale Merli – curatore del numero – aveva tratto l’insegnamento su quanto: «il problema della salute operaia fosse centrale nella storia del capitale, nella storia del proletariato, cioè nella storia del loro scontro». In maniera analoga, Abrams suggerisce che per comprendere l’evoluzione e gli sviluppi della salute occupazionale questa va: «vista nel contesto della relazione lavoro-capitale», poiché in quanto socialmente prodotte, «le malattie lavoro-correlate sono, quindi, prevenibili» (trad. nostra, 2001: 37) Si direbbe, allora, che il tratto distintivo della storia della salute occupazionale sia da rintracciare nello spirito antagonista generato dallo “scontro” tra capitale, lavoro e proletariato storicamente determinante nella costruzione dei rapporti di classe e ancora presente nelle relazioni economiche e nell’organizzazione del lavoro di quei settori in cui la manodopera è fortemente precarizzata, come dimostra il caso da noi indagato.

### *Lavoro, immigrazione e salute: tre piste di ricerca, un unico campo di indagine*

Come si è tentato di illustrare nel paragrafo sulla storia della salute occupazionale, le implicazioni agite dai determinanti sociali e, in maniera particolare, dalle condizioni materiali dei lavoratori e delle lavoratrici immigrati sulla salute hanno storicamente ricevuto una scarsa attenzione. Nel contesto italiano ciò è certamente dovuto alle caratteristiche di un territorio che, almeno sino agli anni Settanta, si è identificato con i paesi di emigrazione, malgrado l’attendibilità della tesi (COLUCCI 2018) secondo la quale, in realtà, l’Italia fosse già da prima degli anni Settanta un paese di immigrazione, ricevendo soprattutto manodopera femminile reclutata nelle ex colonie.

Diversamente, gli Stati Uniti hanno rappresentato un osservatorio privilegiato per le analisi sull’inserimento della manodopera migrante e straniera sin dall’Ottocento. A questo riguardo, Abrams ci fa sapere che nel 1836 il dottor McReady venne premiato dalla Società di medicina dello Stato di New York per aver descritto le piaghe dei lavoratori immigrati Irlandesi, inviati a scavare grandi fossati e a posare i binari che servivano a collegare la costa orientale con il fiume Ohio e i Grandi Laghi. Nella sua dettagliata relazione, il dottor McReady fece presente ai suoi committenti che questi lavoratori immigrati: «Erano già indeboliti a causa del lungo viaggio

oceanico verso questo Paese, ammassati nella stiva, e il loro duro lavoro in terreni malsani fece poco per migliorare la loro condizione» (trad. nostra; McREADY 1837 in ABRAMS 2001: 36). Nel 1906, dopo aver vissuto per mesi in incognito al fianco di lavoratori immigrati, Sinclair restituisce i dati più importanti di quell'esperienza all'interno di un volume intitolato *The Jungle*. Veicolate dal titolo estremamente evocativo, le condizioni di vita e di lavoro dei lavoratori immigrati incontrati da Sinclair si presentavano, agli occhi dell'autore, come destinate alla precarietà, all'insicurezza e alla violenza. Nonostante l'obiettivo di Sinclair fosse quello di accendere i riflettori sulle condizioni di vita e di lavoro della manodopera immigrata, tuttavia, il suo lavoro diede seguito a un'indagine nazionale sulla sicurezza del cibo. Egli dichiarò in seguito di esserne rimasto profondamente deluso e scrisse: «Sono diventato una celebrità non perché all'opinione pubblica interessassero le sofferenze dei lavoratori, ma solo perché era interessata a non mangiare manzo con la tubercolosi. Miravo al cuore dell'opinione pubblica e, accidentalmente, ho colpito il suo stomaco» (YOUNG 1985, in ABRAMS 2001: 49). Si direbbe che le medesime preoccupazioni siano ancora oggi al centro dei dibattiti mediatici e politici sul ruolo dell'agricoltura nell'economia nazionale, dimostrando quanto sia la qualità dei prodotti più che quella del lavoro a mobilitare gli interessi della classe politica e imprenditoriale. In questo scenario, la recente pandemia da Covid19 ha funzionato da lente di ingrandimento dei processi di invisibilizzazione agiti nei confronti della forza lavoro migrante impiegata all'interno di quei settori ritenuti "essenziali" (CARUSO, CORRADO 2021). Le strategie adottate durante la crisi pandemica per ridurre i casi di contagio hanno, infatti, fortemente risentito delle necessità economiche delle categorie datoriali, preoccupate più dei profitti che non della salute dei lavoratori agricoli. Tuttavia, come è ormai noto, la pandemia ha agito da detonatore di problematiche che erano già ampiamente presenti all'interno delle strutture e delle relazioni interne al mercato del lavoro (CORDOVA, SANÒ 2024), esacerbando le condizioni di vulnerabilità che già costellavano le traiettorie lavorative della popolazione migrante. Proprio come agli albori del capitalismo non si faceva riferimento alle condizioni di vita dei lavoratori, necessarie alla loro riproduzione, ancora oggi, si continua ad assistere all'occultamento della forza lavoro essenziale al mantenimento dell'economia nazionale (SANÒ 2022).

L'invisibilizzazione prodotta dalle retoriche e dalle politiche migratorie gioca, quindi, un ruolo decisivo nella riproduzione dei meccanismi di nascondimento delle condizioni di vita e di lavoro della manodopera immi-

grata e, relativamente a ciò che ci interessa indagare in questo contributo, dell'impatto che il "lavoro sporco" genera sulla salute di questi lavoratori e delle loro famiglie. Per effetto delle azioni di invisibilizzazione prodotte sul piano delle politiche e degli interventi destinati alla salute della manodopera immigrate, il legame tra salute, occupazione e traiettorie migratorie è stato, in un certo senso, invisibilizzato anche sotto il profilo scientifico (FLYNN 2019; SINGER 2024). Sulla scorta di queste premesse, gli autori e le autrici di un numero speciale pubblicato nel 2018 dalla rivista *Anthropology of Work Review* hanno analizzato gli effetti del "lavoro sporco" sulla manodopera immigrata, prendendo in considerazione: gli aspetti assicurativi e le misure di compensazione previste nei casi di infortuni o di malattie professionali, le tempistiche associate alla procedure di riconoscimento e la condizione di liminalità che si impone nella vita dei lavoratori e delle lavoratrici e, infine, i processi di legittimazione e di delegittimazione operati dai professionisti della salute nei riguardi della manodopera infortunata o ammalata. Prendendo le mosse dalla necessità di adottare un modello sindemico biosociale, capace, cioè, di restituire l'intreccio di fattori legati all'organizzazione del lavoro, alle condizioni di vita e di lavoro dei lavoratori, alla vita quotidiana e alla salute (SINGER, CLAIRE 2003), il numero, curato da Flynn, ci fornisce un'inedita restituzione antropologica del rapporto tra salute, occupazione e immigrazione. In realtà, occorre rammentare che un'analisi di questo rapporto aveva già fatto la sua comparsa negli studi pionieristici delle antropologhe Nancy Scheper-Hughes (1992) Margaret Lock (1990), entrambe interessate a una rilettura del dato diagnostico biomedico che appariva scisso dalle condizioni di vita e di lavoro imposte alla manodopera povera e migrante. Tuttavia, mobilitando la nozione di sindemia occupazionale, gli autori e le autrici del numero dedicato alla salute occupazionale della manodopera migrante (2018) hanno recuperato un interesse che appariva, ormai, dismesso, optando per un'interpretazione del legame tra salute e lavoro capace di operare una messa a fuoco delle implicazioni generate dalla migrazione (CASTAÑEDA 2010; CASTAÑEDA *et al.* 2015) e dai determinanti sociali che producono effetti non soltanto sui singoli individui, ma altresì sulle unità familiari e sull'intera comunità di appartenenza.

In tal senso, servendosi di un approccio eco-sociale (KRIEGER 2001) e sindemico (SINGER, CLAIRE 2003), i contributi raccolti nel numero speciale curato da Flynn (2018) enfatizzano "come le ingiustizie ambientali e sociali si stratificano dentro i corpi e le comunità producendo disparità di salute che in maniera sinergica si rafforzano l'una con l'altra" (trad.



nostra SAXTON, STUESSE 2018: 71). Tale approccio dà vita, infatti, a una lettura degli effetti prodotti dagli infortuni o dalle malattie professionali nei soggetti già compromessi da una “vulnerabilità strutturale” (FLYNN *et al.* 2015), rivelando in che modo le pressioni sociali e i processi di stigmatizzazione che colpiscono la manodopera migrante generano un effetto domino, rintracciabile: “nell’uso di sostanze, nella vergogna legata al genere, nelle difficoltà nel soddisfare i bisogni domestici e nel rischio di violenza domestica” (trad. nostra SAXTON, STUESSE 2018: 71).

Così, i luoghi di lavoro – spesso osservati in maniera interrelata dalle strutture, dalle gerarchie e dalle relazioni globali di potere – assumono, in una prospettiva microanalitica, il ruolo di cartina al tornasole degli effetti che si attivano nello scontro tra la tenuta e il mantenimento dell’economia nazionale e la ricerca di sopravvivenza della manodopera e delle famiglie di questa. Interpretati come uno “spazio sociale” (MOLLONA 2009), i luoghi di lavoro finiscono, infatti, col riprodurre al proprio interno quei rapporti e quelle gerarchie di potere che modellano l’ambiente sociale esterno. Per tale ragione, l’analisi della “violenza occupazionale” si dà come obiettivo quello di oltrepassare il perimetro delle letture epidemiologiche o circoscritte al campo dell’organizzazione del lavoro, giacché queste non sempre sono in grado di illuminare la natura sociale del lavoro e di legare tra loro aspetti apparentemente irrelati, ma implicitamente comunicanti.

L’asse analitico del tempo giova, quindi, a leggere gli effetti generati dal “lavoro sporco” e dalla migrazione in un’ottica diacronica e processuale, la quale consente di rivalutare il quadro clinico degli infortuni o delle tecnopatie, includendo nella valutazione elementi che hanno a che vedere con le biografie, con le storie cliniche e con i potenziali futuri clinici della manodopera agricola, soprattutto laddove la mobilità lavorativa o spaziale non consente di tenere traccia di quelle patologie lavoro-correlate differite nel tempo.

A questo scopo, Manderson e Carolyn Smith-Morris’ (2010) individuano nel concetto di *chronicities* una possibile chiave di rilettura dei rapporti tra politiche sanitarie, trattamenti terapeutici e diritti, invitando i ricercatori e le ricercatrici a superare i confini che generalmente distinguono tra forme acute e croniche e incentivando l’osservazione dell’evoluzione processuale dei casi di infermità, malattia o lesioni dovute alle mansioni o ai luoghi di lavoro poco salubri. Investigando alcuni casi di lavoratori di origine messicana stabiliti in Florida, Untenberger (2018) si serve di un piano analitico simile a quello proposto da Manderson e Carolyn Smith-Morris’



e osserva come gli effetti degli infortuni incidano sul “corso della vita” di questi lavoratori e delle loro famiglie una volta che essi sono costretti a ritornare a casa per via dell’impossibilità di lavorare. L’infortunio, così come la malattia occupazionale, non sono mai un caso isolato ma, come si è già tentato di esplicitare, producono un effetto domino, tanto sull’individuo direttamente colpito, quanto sulle famiglie. In questa direzione, si muovono le analisi di Saxton e Stuesse (2018), le quali restituiscono un interessante parallelismo tra il corpo fisico e quello sociale:

Quando una persona soccombe a un infortunio sul lavoro invalidante deve fare maggiore affidamento su altre parti del proprio corpo, ad esempio caricando più peso su un lato. Allo stesso modo, può diventare più dipendente dagli altri membri della famiglia o della comunità per sopperire ai ruoli persi nella generazione di reddito e nella riproduzione sociale. Questi ruoli aggiuntivi possono rendere tali individui a loro volta più suscettibili a stress e infortuni, creando un ciclo in cui l’infortunio di uno diventa l’infortunio di tutti (2018: 69 trad. nostra).

Le due autrici mostrano la catena di effetti economici, sociali e psicologici scatenati dall’evento-infortunio, accreditando le tesi sin qui esposte circa la natura sindemica della malattia occupazionale, le cui implicazioni vanno osservate in maniera tanto diacronica quanto sincronica, al fine di documentare come le condizioni di afflizione generate dal singolo infortunio si propaghino a macchia d’olio sul resto dei familiari e della comunità di appartenenza per un tempo che va ben oltre l’incidente in sé. Significativa è, in tal senso, l’affermazione secondo cui «l’infortunio di uno diventa l’infortunio di tutti» (SAXTON, STUESSE 2018: 69), poiché in una prospettiva biosociale e sindemica è necessario prendere coscienza della molteplicità delle cause e delle conseguenze che scaturiscono o possono scaturire a seguito di un incidente sul lavoro o di una malattia professionale, allungando lo sguardo verso ciò che viene prima e che consegue all’evento scatenante. Tuttavia, se dal punto di vista delle scienze sociali e, in particolare, dell’antropologia medica ciò che non è immediatamente visibile è ciò che più di tutto merita la nostra attenzione, non sempre tale approccio viene preso in considerazione da chi, di fatto, è chiamato a prendere in carico e a valutare i quadri clinici dei lavoratori e delle lavoratrici che denunciano infortuni o casi di malattia professionale.

Più di frequente, la mancata corrispondenza tra aspettative (dei professionisti della salute) e performances (dei lavoratori e delle lavoratrici) genera una condizione di “liminalità”, indirizzata a coloro che, secondo le classificazioni biomediche, non riescono a incarnare in maniera appropriata

il ruolo di malato (PARSON 1952). La difficoltà o l'impossibilità di vestire i canonici panni della persona ammalata produce delle conseguenze sul piano della legittimità del o della paziente, che per effetto della mancata corrispondenza tra aspettative e performance, subisce lo stigma di "malato immaginario" o "falso malato" (CLARKE, JAMES 2003; JACKSON 2005; NETTLETON 2006; BUFFON *et al.* 2025). Nel loro studio sulla Nuova Zelanda, Chrystal Jaye e Ruth Fitzgerald (2012) indagano in che modo i programmi di riabilitazione destinati ai lavoratori affetti da sovraccarico lavorativo<sup>8</sup> servano a riportare questi da uno spazio liminale (e improduttivo) – descritto da Turner (1964) come uno "stare nel mezzo" (*betwixt and between*) – al lavoro normale. Riprendendo le tesi di Jackson (2005) le due autrici interpretano la liminalità non tanto come un evento ritualizzato, ma come uno stato di ambiguità o di mancato riconoscimento, che fa della persona cronicamente sofferente "una creatura sublimemente liminale" (JACKSON 2005: 33). A questa interpretazione, Jaye e Ruth Fitzgerald accostano quella di liminalità come "materia fuori posto" (DOUGLAS 1966), per mezzo della quale l'indeterminatezza delle condizioni di sofferenza presentate dai lavoratori e dalle lavoratrici migranti vengono espunte dalle classificazioni mediche e normative accettate e vengono considerate come generatrici di disordine sociale. Su altri fronti, l'illegittimità del dolore cronico è stata posta sotto la lente di ingrandimento delle osservazioni antropologiche (MORETTI 2019), confermando quanto la liminalità assegnata alle condizioni di chi è affetto da dolore cronico investa, prima di tutto, il piano della moralità riconosciuta a questa specifica categoria di pazienti. Nel rapporto tra salute, lavoro e migrazione i piani della legittimità, del riconoscimento e della moralità rappresentano una chiave di lettura dei rapporti di potere che agiscono nelle vite delle persone migranti sin dal loro ingresso e che si moltiplicano in ogni ambito della loro esistenza. Egualmente a ciò che si verifica nella fase di ottenimento dello status legale della persona migrante o richiedente asilo, laddove sulla base di standard narrativi accreditati normativamente e accettati socialmente il criterio della credibilità diventa centrale per il riconoscimento della biografia e della storia di vita di chi fa richiesta, così anche nella circostanza di cui ci stiamo occupando la credibilità, data in questo caso dalla corrispondenza tra le aspettative dei professionisti della salute e la *performance* della persona sofferente, è il criterio intorno al quale viene definita la moralità del soggetto e la legittimità della sua richiesta di aiuto e presa in carico. Tale processo di delegittimazione della sofferenza ha avuto seguito negli studi sulla salute occupazionale dei lavoratori agricoli migranti, portando allo scoperto

il tema dell'auto-sfruttamento e dei meccanismi di autoinvisibilizzazione del dolore e della malattia messi in atto dai lavoratori e dalle lavoratrici (ARCURY 2016). Soprattutto, secondo quanto suggerisce Arcury, ciò che viene puntualmente invisibilizzato sono i rischi incontro ai quali essi vanno durante le ore di lavoro. Autorappresentandosi come uomini forti, che non hanno bisogno di prestare attenzione al calore, ai pesticidi o agli sforzi, i braccianti agricoli incorrono costantemente nel pericolo di farsi male o di ammalarsi. Poiché non controllano le proprie condizioni di lavoro né hanno piena consapevolezza dei propri diritti, non godendo degli stessi diritti di altre classi di lavoratori, per la manodopera migrante il calcolo delle vittime o degli infortuni risulta ancora meno accurato (SAXTON, STUESSE 2018; ARCURY *et al.* 2002; HORTON 2016; RAO *et al.* 2004). La mancanza di denunce e, di conseguenza, l'impossibilità di risalire al numero reale delle vittime di "violenza occupazionale" si deve anche alla paura che i lavoratori migranti hanno di rimanere intrappolati nello stigma di "malato immaginario" o di non riuscire a supportare le proprie famiglie nel caso in cui risultassero inabili al lavoro (HORTON 2016; UNTERBERGER 2018). Tutto questo non produce soltanto invisibilità statistica, ma ridefinisce le temporalità della malattia, spingendo molti lavoratori a rimandare, negoziare o tacere. Per comprendere come le temporalità della "violenza occupazionale" si articolino nei percorsi di vita dei lavoratori migranti e di come essi siano da leggere in una prospettiva sindemica, l'etnografia suggerisce di osservare le opacità prodotte nelle pratiche quotidiane e istituzionali.

### *Le temporalità della salute occupazionale: sopravvivenza, attesa ed emersione nel lavoro migrante*

L'etnografia multi-situata nella Fascia Costiera Trasformata si articola tra diversi presidi socio-sanitari situati nei comuni di Marina di Acate, Ragusa e Vittoria. La ricerca si è sviluppata a partire da un'attività di volontariato che abbiamo intrapreso grazie alla disponibilità delle associazioni attive sul territorio e si è protratta per un periodo di sei mesi (settembre 2024-marzo 2025 con un breve ritorno sul campo nel giugno del 2025). Il lavoro ha incluso conversazioni informali, interviste semi-strutturate, analisi del materiale informativo e divulgativo. Tali pratiche etnografiche hanno coinvolto professionisti della salute, operatori dei servizi socio-sanitari e lavoratrici e lavoratori migranti che si rivolgevano ai servizi. Tale approccio ha consentito di condurre un'etnografia delle istituzioni socio-sanitarie, includendo l'Azienda Sanitaria Provinciale (ASP), in particolare

l'ambulatorio stranieri di Ragusa e Vittoria, nonché nei servizi offerti da organizzazioni dal terzo settore, tra cui Caritas ed Emergency. Il lavoro di campo si alternava durante l'apertura settimanale del servizio medico del Progetto presidio Caritas, attivo dal 2014, la presenza bisettimanale del camper medico di Emergency sul lungo mare di Marina di Acate, e il presidio co-gestito da ASP ed Emergency presso Vittoria. La presenza nei diversi presidi è stata una scelta metodologica che ha permesso non solo di mappare le diverse realtà, ma anche di osservare le varie modalità di accesso ai servizi e il muoversi dei migranti tra i vari presidi<sup>9</sup>. La ricerca è stata inoltre arricchita dalla partecipazione a eventi pubblici e momenti formativi promossi dal Servizio di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPRESAL), che hanno consentito di osservare i processi istituzionali attraverso cui i rischi occupazionali vengono discussi, interpretati e affrontati a livello territoriale. Abbiamo inoltre condotto numerose interviste con professionisti impegnati nell'ambito della medicina del lavoro (biologi, medici, ecc.) attivi nella Fascia Costiera Trasformata. Ulteriori interviste sono state condotte con rappresentanti e operatori delle organizzazioni sindacali, spesso già coinvolti nella co-organizzazione di progetti territoriali insieme alle associazioni, oltre che nella gestione di sportelli di tutela dedicati ai lavoratori. La costruzione nel tempo di un dialogo con questi attori ha reso possibile avere uno scambio continuativo di saperi ed esperienze, attraverso il quale abbiamo avuto accesso e lavorato congiuntamente alla banca dati e con la documentazione relativa ai casi di infortunio e malattia professionale dei lavoratori presenti sul territorio. Questo processo ha inoltre consentito di aprire uno spazio di analisi condivisa non solo sulle difficoltà legate alla raccolta e all'emersione dei dati riguardanti i lavoratori e le lavoratrici migranti, ma anche sulla produzione dei dati stessi. Tale questione ha attraversato l'intera etnografia, emergendo con particolare evidenza nel confronto con lo SPRESAL, dove i dati sanitari relativi alle malattie professionali risultano poco significativi o scarsamente rappresentativi del fenomeno. In una intervista con la dottoressa del lavoro Stefania Dore (SPRESAL) confrontandoci sulla mancata emersione dei dati sulla salute dei lavoratori osservava, ad esempio, nella sua esperienza di membro della commissione INPS (Istituto Nazionale di Previdenza Sociale) formata dai medici dell'ASP per valutare l'invalidità civile per i lavoratori regolari, il numero di lavorati non italiani fosse minimo. Ancora più allarmante, secondo la dottoressa, invece era l'assenza di numeri riguardanti le malattie professionali e i tumori professionali come ha osservato nel corso di un'intervista.

Sì, non ce ne sono e non è possibile. Statisticamente è impossibile. Anche, diciamo, che il 3% di tutte le patologie tumorali che sono presenti da tutti gli studi da parte del mondo, cioè la comunità scientifica dice che almeno il 3% dei tumori deve essere necessariamente quella dell'attività lavorativa, perché sennò non abbiamo capito niente. [...] Quindi se almeno il 3% di tutti i tumori che vengono registrati devono essere, sicuramente saranno vigili e professionali, come è possibile che non vengono mai denunciati? (Note di Veronica, Ragusa, 24 novembre 2025).

Le parole della dottoressa richiamano così uno scarto significativo tra le stime epidemiologiche e il numero di tumori effettivamente riconosciuti come malattie professionali. Nel lavoro in commissione con colleghi medici di altre specializzazioni, la dottoressa Dore aveva inoltre notato quanto fosse assente l'attenzione per il dato biografico dei pazienti, ai quali spesso non veniva nemmeno chiesto quale lavoro facessero. Queste discrepanze rendono così visibile una delle dimensioni della "violenza occupazionale", che non si manifesta soltanto nell'esposizione quotidiana ai rischi lavorativi e alla difficoltà di riconoscimento della malattia stessa, ma anche nelle temporalità e nelle pratiche istituzionali che orientano lo sguardo medico e contribuiscono alla loro sottodenuncia e invisibilità statistica (WHO 2021; INAIL 2024, cap. 3)<sup>10</sup>.

All'interno di queste temporalità istituzionali si inseriscono le condizioni di vulnerabilità giuridica dei lavoratori migranti, le quali incidono profondamente sulla possibilità stessa di rendere visibile e riconoscibile la malattia. Queste temporalità risultano inoltre profondamente intrecciate con le condizioni di vulnerabilità giuridica dei lavoratori migranti, i quali difficilmente arrivano a essere riconosciuti e inclusi nei dati epidemiologici, contribuendo così alla produzione della loro invisibilità statistica.

### *Temporalità della sopravvivenza*

È proprio a partire da questa riflessione sull'invisibilizzazione dei soggetti migranti che abbiamo scelto di indagare ciò che sfugge alla (non)rappresentazione statistica. In questo percorso di ricerca, sviluppato nel lavoro con i servizi socio-sanitari della Fascia Costiera Trasformata tra Vittoria, Marina di Acate e Ragusa, si colloca l'incontro con Gino, operatore di una struttura di accoglienza per persone migranti in uscita da situazioni di sfruttamento lavorativo. Questo incontro ha aperto un ulteriore spazio di osservazione sulla salute occupazionale e sui percorsi di salute dei lavoratori migranti giunti in Italia attraverso il Decreto Flussi. La struttura protetta

gestita da una associazione locale, presso cui lavora Gino, ospita giovani uomini provenienti in larga parte dalla Tunisia che, pur essendo formalmente entrati in Italia con un nulla osta per lavoro subordinato, si ritrovano di fatto inseriti in circuiti di intermediazione opaca, indebitamento familiare e sfruttamento lavorativo nel comparto agricolo serricolo. Avevamo già incontrato molti operatori della struttura durante gli accompagnamenti ai servizi dell'ASP; l'invito a visitare la loro sede e casa rifugio in cui operano ci ha permesso di aggiungere un ulteriore tassello all'analisi, in particolare per quanto riguarda le condizioni abitative nell'accoglienza e le temporalità che scandiscono le traiettorie di uscita dallo sfruttamento. È in questo spazio, sospeso tra la fuoriuscita dallo sfruttamento e l'attesa di una regolarizzazione giuridica e lavorativa, che le malattie e le patologie dei lavoratori migranti emergono con particolare intensità, rendendo visibili le sofferenze di traiettorie lavorative segnate da precarietà e sfruttamento. In molti contesti umanitari contemporanei, il corpo viene infatti letto e inscritto attraverso grammatiche della sofferenza e della vulnerabilità che rendono la sofferenza una delle principali basi di riconoscimento all'interno di regimi umanitari, dove essa diventa criterio di legittimità morale e politica (TICKTIN 2011; FASSIN 2012). In questi casi, tuttavia, la sofferenza e la malattia non costituiscono necessariamente una risorsa attraverso cui ottenere il riconoscimento di uno giuridico piuttosto, esse emergono lentamente come esito delle condizioni di lavoro, della violenza strutturale (BENSON 2008; FARMER 2004; GALTUNG 1969) e delle temporalità precarie legate alle trasformazioni dei regimi di lavoro agricolo nel Mediterraneo (CORRADO, DE CASTRO, PERROTTA 2017).

Entriamo nella struttura accompagnati da Gino. All'ingresso dell'edificio alcuni ragazzi sono seduti sulle sedie e conversano tra loro. Ci presentiamo brevemente scambiando una stretta di mano e ci accolgono offrendoci del tè. L'interno della struttura appare curato e accogliente, con un forte carattere domestico. Le numerose biciclette appoggiate all'entrata dell'edificio rimandano tuttavia alla geografia del territorio e alla dispersione abitativa che caratterizza quest'area agricola. Nelle prime note etnografiche (settembre 2024) Veronica aveva già annotato le difficoltà di movimento nel territorio, riflettendo anche sulla stessa impossibilità di condurre la ricerca senza la disponibilità di un'automobile. Questa limitata mobilità rendeva evidente come l'accesso ai servizi socio-sanitari fosse profondamente intrecciato alle infrastrutture del trasporto pubblico. In risposta a tale isolamento, la maggior parte delle associazioni locali ha dovuto attivare servizi di trasporto privato per accompagnare i lavoratori migranti ai presidi

sanitari, sostenendo al contempo un continuo lavoro di reperimento di fondi per rendere questi interventi il più possibile stabili nel tempo. Nelle interviste agli operatori emerge quanto sia difficile per i lavoratori migranti spostarsi nel territorio per raggiungere il luogo di lavoro o altri servizi, compresi quelli socio-sanitari, rendendo la bicicletta uno dei pochi mezzi di trasporto accessibili, nonostante le lunghe percorrenze. Gino ci invita a seguirlo per una breve visita degli spazi comuni prima di farci accomodare in una stanza più riservata, dove poter parlare senza esporre i ragazzi presenti nella struttura. Prima di lasciare l'androne, Veronica annota che Gino si volta verso la porta d'ingresso e commenta:

Abbiamo un problema qui. Questa è la strada che collega Ragusa con Santa Croce, un gran numero degli sfruttatori passa di qui. Questa è l'unica pecca [...] sono capitate diciamo deviazioni dalla strada, in un paio di occasioni e lo sappiamo perché abbiamo le telecamere e poi i ragazzi stessi guardano. È venuto qualcuno a cercare di fare domande [...] a volte sono magari gli agricoltori della zona che pensano "ho la stagione delle mandorle non trovo nessuno so che qua ci sono i ragazzi stranieri" e quindi si affaccia e chiede ai ragazzi "volevate raccogliere le mandorle insieme a me?" (Note di Veronica, Ragusa, 11 giugno 2025).

Le sue parole rendono evidente la porosità della protezione: l'uscita dallo sfruttamento non coincide infatti con una netta separazione dai suoi dispositivi. La violenza occupazionale continua a circolare nello spazio, attraversa la strada e può riaffacciarsi alla porta stessa della struttura, che si configura così come uno spazio liminale, in cui la sospensione dello sfruttamento resta sempre precaria. Questa porosità non è soltanto spaziale, ma anche temporale e istituzionale. La protezione è infatti attraversata da scadenze, rinnovi discrezionali e tempi amministrativi che modulano l'accesso effettivo alla cura e la possibilità stessa di rendere il malessere riconoscibile. In questo senso, la struttura non costituisce uno spazio pienamente "altro" rispetto al mercato del lavoro agricolo, bensì uno spazio liminale (AGIER 2011), in cui inclusione ed esposizione coesistono. Come suggerisce Fassin (2012), i dispositivi umanitari e, nel nostro caso quelli dell'accoglienza, non operano fuori dai regimi politici ed economici che generano sofferenza, ma vi si inscrivono, amministrando la vulnerabilità più che eliminarla. In questo contesto, la protezione diventa essa stessa parte delle condizioni che modellano le temporalità della malattia e dell'accesso alla cura dei lavoratori migranti, contribuendo a configurare quell'intreccio tra sfruttamento lavorativo, vulnerabilità giuridica e sofferenza.

Ci racconta Gino che l'entrata (in accoglienza) dei lavoratori migranti in una struttura protetta, viene accettata dai ragazzi stessi non sempre con

la piena consapevolezza di andare incontro a un periodo di sospensione e attesa.

In questa sezione cercheremo di mettere in luce le varie temporalità che si dispiegano partendo da un'analisi che intreccia l'esperienza degli operatori dei servizi e dei ragazzi incontrati nei vari servizi.

Vi è una prima dimensione che definiremo "il tempo della sopravvivenza" come risultato di traiettorie migratorie e di lavoro che iniziano con un equivoco strutturale: il nulla osta viene percepito dai lavoratori come un contratto di lavoro. Molti lavoratori migranti hanno pagato cifre ingenti per ottenerlo, vendendo terreni, laboratori artigianali o contraendo debiti familiari. La sicurezza che viene dall'intraprendere un viaggio attraverso canali regolari, con visto rilasciato dalle autorità competenti, l'imbarco a Tunisi insieme a connazionali che già vivono sul territorio italiano, e l'arrivo a Palermo, rafforza nei lavoratori migranti la convinzione di trovarsi in un percorso legittimo. La realtà, come emerge dai racconti sia dei lavoratori stessi che degli attori istituzionali sul territorio, è ben diversa: spesso l'intermediario non si presenta al loro arrivo a Palermo, e le prime notti le passano in stazione, dormendo dove capita; nei migliori casi i ragazzi raggiungono la provincia di Ragusa grazie a passaggi informali offerti da connazionali conosciuti durante l'attraversata. Nel giro di pochi giorni molti di loro finiscono nelle serre, lavorando in attesa di un nuovo contatto da parte dell'intermediario e di una regolarizzazione che viene continuamente promessa e rimandata attraverso contatti telefonici. Le gerarchie sedimentate nel lavoro serricolo, rispecchiano spesso i diversi livelli di precarietà e contribuiscono a normalizzare la sofferenza come ha documentato Holmes (2013) nel suo studio sulla vita dei migranti messicani impiegati nel lavoro agro-alimentare negli US riflettendo in particolare sulle gerarchie etniche del e al lavoro. Nel contesto della Fascia Trasformata, i nuovi arrivati infatti, sono destinati al *pumpiare* (utilizzo della pompa per irrorare le piante con trattamenti) e a usare i fitofarmaci senza i necessari dispositivi di protezione e senza un'adeguata formazione come ci è stato raccontato moltissime volte e confermato anche da Gino: «In azienda uno nuovo che è appena arrivato in Italia che non sa niente di niente, tace e *pumpia* [...] eh però questa roba è veleno, però non può fare altro, non puoi fare altro nel senso non hai niente da mangiare, banalmente deve riuscire ad arrivare al mattino successivo [...] accetti qualsiasi cosa» (Note di Veronica, Ragusa, 11 giugno 2026).



La natura del lavoro serricolo comprende l'esposizione ai pesticidi, una ventilazione spesso inadeguata, lo scarso utilizzo dei dispositivi di protezione, mansioni ripetitive e usuranti e condizioni abitative precarie, con alloggi di fortuna situati all'interno delle aziende e talvolta nelle stesse serre. In questo contesto, il tempo compresso della sopravvivenza si appoggia principalmente sul corpo, che diventa al tempo stesso strumento di resistenza, intesa come sforzo quotidiano per continuare a lavorare, e luogo in cui si sedimentano e si accumulano le diverse forme di violenza occupazionale prodotte dall'intreccio tra condizioni di lavoro, vulnerabilità giuridica ed esposizione ai rischi ambientali. Tra i disturbi che spesso emergono e vengono in qualche modo "visti" nei vari presidi socio-sanitari, vi sono soprattutto quelli respiratori, dolori muscolari e articolari, e dermatiti. Oltre a questa sintomatologia, anche disturbi di ansia e insonnia vengono nominati dai lavoratori, ma spesso restano contenuti, silenziati e secondari rispetto all'urgenza di lavorare e restituire il debito contratto. Come sottolinea Gino: «Quando sei dentro fino al collo non ti puoi permettere di ammalarti» (Note di Veronica, Ragusa, 11 giugno 2026).

La "violenza occupazionale" opera quindi in forma cumulativa e normalizzata, secondo dinamiche che richiamano le analisi di Bourgois (2009; 1988) sulla vulnerabilità strutturale e sulle forme intrecciate di oppressione (*conjugated oppression*, traduzione degli autori): l'esposizione tossica, l'irregolarità contrattuale, la dipendenza dall'intermediario, la minaccia implicita dell'espulsione si inscrivono in gerarchie sociali e occupazionali stratificate, nelle quali status migratorio, posizione di classe e processi di razzializzazione si combinano nel produrre condizioni di vulnerabilità, rendendo possibile l'esercizio di sfruttamento anche in assenza di coercizione diretta. La salute si costruisce in una tensione costante tra resistenza del corpo inteso nella sua dimensione biologica e il ricatto economico. La traiettoria cambia quando alcuni decidono di denunciare o quando, attraverso contatti con associazioni e operatori, vengono indirizzati verso una struttura di accoglienza. Se nelle serre il tempo è dominato dall'urgenza della sopravvivenza e dalla pressione immediata del lavoro, l'ingresso nei dispositivi di accoglienza apre invece una diversa configurazione temporale, segnata da sospensione, attesa e rinegoziazione delle (im)possibilità di futuro.

### *Temporalità sospesa: il limbo dell'accoglienza*

L'uscita dalle serre non coincide con un immediato ritorno alla normalità, ma apre una nuova configurazione temporale segnata da sospensione, attesa e incertezza.

Dal punto di vista degli operatori, l'ingresso in questo spazio si configura come una vera e propria frattura temporale, che sospende le traiettorie biografiche e riorganizza le aspettative di futuro. Come suggerisce Craig Jeffrey, guardando a un diverso contesto geografico, le politiche del tempo possono tradursi in forme di «*chronic, fruitless waiting*» (JEFFREY 2010: 3), un'attesa cronica e improduttiva che non rappresenta una semplice pausa, ma un dispositivo attraverso cui si producono soggettività, gerarchie e disuguaglianze. Tali esperienze dell'attesa, tuttavia, non sono universalmente distribuite: esse rimangono situate e differenzialmente allocate lungo linee di genere, di razzializzazione e di classe, secondo quelle che Sharma (2014) definisce le coordinate di una distribuzione diseguale del tempo. In questa prospettiva, l'attesa non è un vuoto, ma una modalità di governo che iscrive i corpi entro specifiche economie morali e politiche della temporalità. Da una parte abbiamo osservato che, nella narrativa degli operatori, la "violenza occupazionale" viene formalmente sospesa in quanto il vitto e l'alloggio sono garantiti, è presente un avvocato che segue la pratica di ogni migrante e una psicologa è disponibile, a richiesta, per colloqui oltre all'accesso garantito ad una rete di servizi sanitari pubblici. Dall'altra molti ragazzi smettono di sentire le famiglie, non potendo spiegare che si trovano ad avere una vita sicura e protetta con pasti e comfort mentre le famiglie a casa aspettano il loro supporto economico. Durante la visita al centro annotiamo tra le note etnografiche:

Io stavo meglio a casa. E ora non ci posso tornare a casa mia, con quale faccia ci torno? Devo restare perché devo ripagare quel debito che abbiamo contratto per pagare nulla osta e poi perché ho mia moglie i figli che aspettano. La famiglia li aiuta, chi da una cosa chi da un'altra ma io sto qua bloccato in questa casa, non mi fate mancare niente ma devo mandare i soldi a casa, io sono responsabile (Note di Veronica, Ragusa, 11 giugno 2025).

La salute occupazionale si gioca quindi anche su questo piano morale e relazionale, nella possibilità per i lavoratori di sostenere le proprie responsabilità familiari e mantenere una posizione di dignità all'interno delle reti sociali da cui provengono.

### *Temporalità dell'emersione*

Gino ci racconta di come ci siano spesso “crolli improvvisi”, patologie latenti che si aggravano, sintomi respiratori che esplodono, stati depressivi che si intensificano, pensieri suicidari che emergono con chiarezza nelle note etnografiche:

Quando i ragazzi arrivano qua vengono da situazioni di stress estremo, perché alcuni li troviamo per strada, è gente che ha perso proprio la voglia di vivere non tutti ma quando [...] si sentono in protezione e finalmente tranquilli e *di botto* che arriva il crollo psicofisico cioè c'è chi cede fisicamente e quindi gli partono delle patologie che prima il corpo invece aveva tenuto botta perché [...] non ti puoi permettere una malattia, nel momento in cui non hai più questo istinto di sopravvivenza il corpo cede insomma partono una serie di patologie banali che però uno si è portato nascoste cioè che il suo corpo è riuscito a comprimere per questioni di sopravvivenza poi esplodono, alcuni invece cedono psicologicamente. (Note di Veronica, Ragusa, 11 giugno 2025).

Il lessico dell'operatore (“patologie banali”, “il cuore che non ce la fa più”) segnala già una prima negoziazione causale, attraverso cui ciò che nel regime produttivo non poteva essere nominato come malattia lavoro-correlata, nell'accoglienza viene riclassificato entro categorie di urgenza e presa in carico, spesso ancora distanti dai repertori formali del riconoscimento medico-legale. Nella lettura di Gino, la casa rifugio rappresenta il luogo in cui la salute può finalmente “mostrarsi nella sua complessità” dove la protezione consentirebbe al corpo di cedere, liberandolo dall'obbligo di resistere. In questa prospettiva, il crollo appare come l'effetto quasi naturale della fine dell'urgenza produttiva: ciò che era stato compresso per sopravvivere esplode quando la tensione si allenta.

L'analisi etnografica suggerisce tuttavia di problematizzare questa interpretazione. La sofferenza cumulativa che si dispiega in un tempo soggettivo non diventa visibile semplicemente perché la pressione si riduce, ma perché si produce un incontro relazionale e istituzionale con operatori, avvocati, psicologi, medici. La visibilizzazione della malattia non coincide con un processo spontaneo di “rivelazione”, bensì con una traduzione relazionale e istituzionale della sofferenza. È nell'interazione con i servizi che i sintomi vengono nominati, riconosciuti come degni di attenzione e ricondotti a una traiettoria clinica, entro il tempo biomedico e diagnostico.

In questo senso, la temporalità dell'emersione non può essere separata dalla dimensione dell'accesso. Durante la fase di sfruttamento, l'assenza di accesso ai servizi socio-sanitari non rappresenta soltanto una carenza

infrastrutturale, ma costituisce parte integrante della violenza occupazionale. La sofferenza resta così incorporata e silenziata non solo per necessità economica, ma anche per esclusione istituzionale.

L'ingresso in accoglienza modifica questo regime di invisibilità, non perché produca automaticamente salute, ma perché crea le condizioni materiali e relazionali per la sua enunciazione. La struttura diventa uno spazio di traduzione nel quale il malessere viene trasformato in sintomo, il sintomo in diagnosi, la diagnosi in pratica di cura. La sindemia occupazionale, in questa prospettiva, non si limita a descrivere l'interazione tra esposizione tossica e stress sociale, ma include anche il regime differenziale di accesso ai dispositivi di riconoscimento sanitario.

La temporalità dell'emersione è dunque inseparabile dalla temporalità dell'incontro. Il "crollo" non è soltanto l'effetto fisiologico dell'allentamento della pressione, ma anche il risultato di un passaggio da un regime di invisibilità, prodotto dallo sfruttamento e dall'esclusione dai servizi, a un regime di visibilità istituzionale. Se durante la fase lavorativa la sopravvivenza impone la compressione della vulnerabilità, è nell'interazione con gli operatori che la sofferenza diventa traducibile e legittima.

In questo senso, l'accesso differenziale ai servizi socio-sanitari si configura come uno dei meccanismi attraverso cui la "violenza occupazionale" si produce e si mantiene. L'impossibilità di cura non è un effetto collaterale dello sfruttamento, ma parte integrante della sua logica. La protezione non interrompe semplicemente la catena della vulnerabilità; piuttosto ne rende osservabile la stratificazione, mostrando come lavoro, diritto e accesso alla salute partecipino congiuntamente alla produzione e alla rivelazione della malattia.

### *Tempo biomedico*

È in questa fase che la malattia, fino a quel momento contenuta o interpretata all'interno di registri morali e sociali, entra progressivamente nel tempo biomedico della diagnosi e della terapia. Il caso di Amin, un giovane lavoratore tunisino anch'egli scappato da una situazione di sfruttamento nelle serre, mostra con particolare chiarezza come queste temporalità si inscrivano nei corpi dei lavoratori migranti. Prima della partenza, avvenuta con in tasca un nulla osta, Amin assumeva un farmaco prescritto dal medico in Tunisia per problemi respiratori con una frequenza sporadica, circa una volta ogni quattro mesi. Da quando lavora nelle serre in Italia,

tuttavia, il ritmo della terapia è cambiato drasticamente: secondo quanto raccontano gli operatori, Amin ha iniziato ad assumere fino a tre compresse al giorno.

Questo cambiamento segnala una trasformazione nella temporalità stessa della malattia. L'esposizione prolungata ai fitofarmaci, combinata con le condizioni di vita precarie e con l'intensità del lavoro nelle serre, sembra accelerare il tempo della malattia, rendendo cronici e quotidiani sintomi che prima apparivano sporadici. La traiettoria terapeutica di Amin non si riorganizza tuttavia interamente all'interno del sistema sanitario italiano. Sebbene, nella maggior parte dei casi osservati, i lavoratori migranti vengano progressivamente inseriti nei percorsi sanitari territoriali, spesso grazie alla mediazione degli operatori sociali e sanitari, tali processi rimangono frequentemente segnati da difficoltà linguistiche, burocratiche e relazionali. Gli operatori facilitano infatti l'accesso sia ai servizi del poliambulatorio sia agli spazi di promozione della salute dedicati ai migranti, accompagnando i lavoratori nell'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, nelle diverse forme di copertura sanitaria previste e successivamente nell'assegnazione del medico di medicina generale. Si tratta di un percorso che richiede un costante lavoro di orientamento, di educazione sanitaria e di mediazione burocratica. Nel caso di Amin, invece, nonostante la presenza di servizi e la possibilità di accedere a cure mediche, continua a consultare a distanza il medico che lo seguiva in Tunisia, chiedendo indicazioni sulla terapia e sugli aggiustamenti del dosaggio. La gestione della malattia assume così una dimensione esplicitamente transnazionale. La cura non si radica unicamente nel luogo di lavoro o nei servizi sanitari del territorio, ma si dispiega lungo reti relazionali e terapeutiche che attraversano i confini nazionali. Questa scelta riflette non solo la continuità di fiducia nei confronti del medico che lo aveva seguito in precedenza, ma anche una forma di distanza dai servizi sanitari locali, percepiti come meno accessibili o meno comprensibili rispetto alle relazioni di cura costruite nel paese di origine. In questo senso, il caso di Amin mostra come la temporalità della malattia non segua semplicemente il tempo lineare dell'esposizione lavorativa, ma si ridefinisca lungo traiettorie migratorie e terapeutiche che attraversano confini, servizi e relazioni di cura, rendendo visibile il carattere cumulativo e profondamente transnazionale della violenza occupazionale.

## *Conclusioni*

Questo contributo ha interrogato la salute occupazionale non come un ambito tecnico neutrale della medicina del lavoro, ma come un campo storicamente e politicamente situato, attraversato da rapporti di potere, conflitti epistemici e regimi differenziali di riconoscimento. La ricostruzione genealogica proposta nelle prime sezioni ha mostrato come, sin dalle sue origini, la salute occupazionale si sia sviluppata dentro una tensione costante tra l'esperienza incarnata dei lavoratori e delle lavoratrici e i dispositivi scientifici, istituzionali e giuridici deputati a definire, classificare e circoscrivere il danno da lavoro. In questa prospettiva, il riconoscimento della malattia professionale non appare come l'esito lineare di un accertamento medico, ma come il prodotto di un processo negoziale e conflittuale che coinvolge sapere clinico, interessi economici e rivendicazioni politiche. L'analisi proposta mostra come la salute occupazionale dei lavoratori migranti non possa essere compresa esclusivamente attraverso i quadri epidemiologici o clinici tradizionali, ma richieda un'attenzione alle temporalità sociali e istituzionali entro cui la malattia prende forma. Attraverso l'analisi etnografica delle temporalità della sopravvivenza, dell'attesa e dell'emersione biomedica, questo contributo ha mostrato come la violenza occupazionale si produca e si renda visibile attraverso configurazioni temporali differenziali che attraversano lavoro, migrazione e accesso ai servizi sanitari.

L'etnografia condotta nella Fascia Costiera Trasformata suggerisce che questa tensione strutturale assuma configurazioni particolarmente acute nel caso del lavoro agricolo migrante. Qui il rapporto tra salute e lavoro è mediato da un intreccio di condizioni materiali e dispositivi normativi che collocano i lavoratori migranti all'intersezione tra sfruttamento produttivo, vulnerabilità giuridica e marginalizzazione istituzionale. L'esposizione prolungata a pesticidi e fitofarmaci, i ritmi intensivi del lavoro serricolo, la precarietà abitativa e contrattuale e la dipendenza da intermediari informali costituiscono solo una parte di questo quadro. A queste condizioni si sovrappone infatti un regime di accesso diseguale alla cura e al riconoscimento sanitario che contribuisce a rendere opache le traiettorie della malattia occupazionale e a disperdere le possibilità di denuncia e tutela.

In questo contesto, la lente analitica della temporalità consente di cogliere una dimensione spesso trascurata delle disuguaglianze sanitarie: la distribuzione differenziale del tempo.

Nel caso dei lavoratori agricoli migranti, la violenza occupazionale opera precisamente attraverso questa dimensione temporale comprimendo il tempo della cura, differendo il riconoscimento del danno, costringendo i lavoratori a rimandare o tacere il dolore e a subordinare la riproduzione del corpo alle esigenze immediate della sopravvivenza economica. Il danno da lavoro non viene soltanto prodotto nei luoghi della produzione, ma viene anche sistematicamente differito, diluito e reso difficilmente tracciabile nel tempo.

L'etnografia proposta attraverso il tempo della sopravvivenza, la temporalità sospesa dell'accoglienza, la temporalità dell'emersione e il tempo biomedico consente di osservare come la malattia occupazionale non segua una traiettoria lineare né uniforme. Durante la fase dello sfruttamento, il corpo viene mobilitato come ultima risorsa disponibile e costretto a sostenere ritmi e condizioni di lavoro incompatibili con la riproduzione della salute. Il dolore e i sintomi vengono contenuti o rinviati, mentre la possibilità stessa di ammalarsi viene percepita come incompatibile con l'urgenza di lavorare e sostenere economie familiari transnazionali.

L'uscita dalle serre e l'ingresso nei dispositivi di accoglienza non segnano tuttavia un'immediata interruzione di questo processo. L'accoglienza si configura piuttosto come uno spazio liminale, segnato da sospensione, attesa e incertezza, in cui l'urgenza produttiva si allenta e la sofferenza può emergere. Tuttavia, la nostra riflessione suggerisce che questa emersione non è semplicemente il risultato fisiologico dell'interruzione dello sforzo. Il cosiddetto "crollo" psicofisico prende forma nell'interazione con una pluralità di attori istituzionali, operatori sociali, medici, psicologi, avvocati, che contribuiscono a nominare, interpretare e tradurre la sofferenza in sintomo clinicamente rilevante.

È proprio in questa dimensione relazionale che il paradigma sindemico si rivela particolarmente fecondo. Piuttosto che limitarsi a descrivere la compresenza di patologie e vulnerabilità, esso consente di osservare la co-produzione di condizioni biologiche e sociali dentro specifici contesti storici e politici. Nel caso analizzato, la sindemia occupazionale emerge dall'interazione tra esposizioni tossiche, precarietà lavorativa, vulnerabilità giuridica, stress cronico, isolamento sociale e accesso differenziale ai servizi sanitari. Tali condizioni non operano in modo indipendente, ma si rafforzano reciprocamente, producendo configurazioni di sofferenza che si sedimentano nei corpi e nelle biografie dei lavoratori migranti.

Allo stesso tempo, la mobilità che caratterizza le traiettorie migratorie contribuisce a complicare ulteriormente il riconoscimento della malattia occupazionale. La latenza delle patologie, la discontinuità dei rapporti di lavoro, la frammentarietà delle storie espositive e la dimensione transnazionale delle pratiche di cura rendono spesso impossibile stabilire un nesso causale stabile tra esposizione e malattia. Il corpo del lavoratore migrante eccede così i confini sia del luogo di lavoro sia dello Stato nazionale, inscrivendosi in una geografia diseguale della cura e del riconoscimento. È in questa distribuzione diseguale delle temporalità della vita, del lavoro e della malattia che la violenza occupazionale rivela pienamente il suo carattere sindemico: non soltanto come accumulo di esposizioni e vulnerabilità, ma come regime politico che organizza quali corpi possono resistere, quali possono essere curati e quali, invece, restano sacrificabili nel mantenimento dell'economia agricola contemporanea.

### *Note*

<sup>(1)</sup> Human Rights for work people have been wrested from unwilling hands.

<sup>(2)</sup> Il presente articolo è frutto del dialogo tra le due autrici, tuttavia, a Giuliana Sanò vanno attribuiti l'introduzione e i paragrafi 1 e 2; di Veronica Buffon sono i paragrafi 3,4,5,6 e le conclusioni.

<sup>(3)</sup> Questo articolo è stato scritto sulla base dei dati e del materiale etnografico raccolti nell'ambito del progetto PRIN2022PNRR "InMigrHealth" (Investigating Migrants' Occupational Health) coordinato dall'unità dell'Università di Padova, in collaborazione con le unità dell'Università di Messina e di Torino. Il progetto è stato finanziato dal Ministero dell'Università e della Ricerca (MUR) nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), Missione 4, Componente 2, Investimento 1.1. "Istruzione e Ricerca", codice identificativo PRIN\_2022PNRR\_P20225JPYN\_002.

<sup>(4)</sup> I dati Istat relativi al 7° censimento dell'agricoltura riportano che la superficie agricola utilizzata (SAU) a Ragusa è pari a 28,7 mila ettari. La provincia presenta, inoltre, la quota più elevata di aziende in tutte le classi di dimensione economica che vanno da quella tra i 25 mila e i 50 mila euro fino a quella oltre i 500 mila euro (dove esse rappresentano l'1,7% delle aziende contro lo 0,4% nell'intera regione). Relativamente alle caratteristiche della manodopera, a Ragusa risultano impiegate prevalentemente persone non appartenenti al nucleo familiare (28%) e un terzo di quella complessiva risulta essere di origine straniera. I dati CREA, elaborati su fonti ISTAT e INPS, mostrano che nella provincia di Ragusa la percentuale di lavoratori agricoli stranieri registrati è pari al 38,8%: 12.600 su un totale di 28.000. Le prime tre nazionalità presenti sul territorio corrispondono a quella tunisina, rumena e albanese. La percentuale dei lavoratori stranieri OTD (operai a tempo determinato) è pari al 99,4% mentre quella degli OTI (operai a tempo indeterminato) è quasi inesistente.



<sup>(5)</sup> L'entrata in vigore della legge contro il caporalato (199/2016) non ha del tutto ridotto l'informalità delle relazioni lavorative nel settore primario, incentivando il lavoro grigio. La legge consente, infatti, ai datori di lavoro di dichiarare retroattivamente le giornate di lavoro, incentivando la pratica di dichiarare meno giornate di quelle effettivamente lavorate dai braccianti (CARUSO, CORRADO 2021: 17).

<sup>(6)</sup> Storicamente indirizzate alla criminalizzazione della popolazione immigrata (COLUCCI, 2018), le politiche migratorie nazionali, recentemente hanno assunto un impianto sempre più securitario e repressivo. In particolare, per effetto del decreto sicurezza del D.L. 113/2018, convertito nella Legge 132/2018 (Decreto Salvini) e del successivo DL n. 20/2023, convertito in Legge n. 50/2023 (Decreto Cutro), il sistema di accoglienza per persone richiedenti asilo e rifugiate ha subito un radicale smantellamento; la protezione umanitaria – garantita a coloro i quali non presentavano i criteri per il riconoscimento della protezione sussidiaria e internazionale – è stata abolita; le misure assistenziali e di welfare sono state drasticamente ridotte e le persone migranti sono diventate il bersaglio di politiche discriminatorie e razziste.

<sup>(7)</sup> Per “violenza occupazionale” Singer intende: «l'intreccio delle relazioni sociali di produzione e dei più ampi campi di potere di supporto che conduce a una compromissione evitabile della possibilità di soddisfare il bisogno di un lavoro sicuro, sano, non alienante e pienamente retribuito» (trad. nostra 2024: 5).

<sup>(8)</sup> Letteralmente Occupational Overuse Syndrom (OOS).

<sup>(9)</sup> Considerate le varie vulnerabilità, sono stati utilizzati pseudonimi e rimossi riferimenti identificativi. Per quanto riguarda le figure professionali e istituzionali, salvo esplicita richiesta degli intervistati, sono stati mantenuti i nomi. Il consenso informato è stato concepito come un processo continuo e situato, rinegoziato nel corso della ricerca in relazione alle condizioni di visibilità e ai potenziali rischi che caratterizzano il contesto indagato. Le fasi di analisi, discussione e scrittura sono state il risultato di una riflessione e di un lavoro congiunto delle due autrici.

<sup>(10)</sup> Per un tentativo di emersione delle malattie professionali mediato da dispositivi istituzionali si può fare riferimento al sistema di sorveglianza MalProf: <https://www.inail.it/portale/ricerca-e-tecnologia/it/ambiti-di-ricerca/area-salute-sul-lavoro/sistemi-di-sorveglianza--gestione-integrata-del-rischio-e-modell/malprof.html> (consultato il 30 maggio 2026).

## Bibliografia

- ABRAMS H.K. (2001), *A Short History of Occupational Health*, “Journal of Public Health Policy”, Vol. 22: 34-80.
- AGIER M. (2011), *Managing the Undesirables: Refugee Camps and Humanitarian Government*, Polity Press, Cambridge.
- ALBERTI G., SACCHETTO D. (2025), *Lavoro migrante. Exit, voice e riproduzione sociale*, Meltemi, Milano.
- AMBROSINI M. (2011), *Sociologia delle migrazioni*, il Mulino, Bologna.

- ARCURY T. (2016), *Anthropology in Agricultural Health and Safety Research and Intervention*, "Journal of Agromedicine", doi: 10.1080/1059924X.2016.1256242.
- ARCURY T., QUANDT S.A., RUSSELL G.B. (2002), *Pesticide Safety among Farmworkers: Perceived Risk and Perceived Control as Factors Reflecting Environmental Justice*, "Environmental Health Perspectives", Vol. 110 (2): 233-240.
- ASSENNATO G., NAVARRO V. (1980), *Workers' Participation and Control in Italy: The Case of Occupational Medicine*, "International Journal of Health Services", Vol. 10 (2): 217-232.
- AVALLONE G. (2016), *The Land of Informal Intermediation: The Social Regulation of Migrant Agricultural Labour in the Piana del Sele, Italy*, pp. 217-230, in CORRADO A., DE CASTRO C., PERROTTA D. (a cura di), *Migration and Agriculture. Mobility and Change in the Mediterranean Area*, Routledge, London-New York.
- BAMBRA C. (2011), *Work, Worklessness, and the Political Economy of Health Inequalities*, "Journal of Epidemiology & Community Health", Vol. 65: 746-50.
- BENSON P. (2008), *EL CAMPO: Faciality and Structural Violence in Farm Labor Camps*, "Cultural Anthropology", Vol. 23: 589-629, doi: <https://doi.org/10.1111/j.1548-1360.2008.00020.x>.
- BOURGOIS P. (2009 [1995]), *In Search of Respect: Selling Crack in El Barrio*, Cambridge University Press, Cambridge.
- BOURGOIS P. (1988), *Conjugated Oppression: Class and Ethnicity among Guaymi and Kuna Banana Plantation Workers*, "American Ethnologist", Vol. 15 (2): 328-348.
- BIGATTI G. (2024), *Introduzione. Una storia che continua...*, pp. 13-41, in BIGATTI G. (a cura di), *Lavoro, sicurezza e salute nell'Italia delle Fabbriche*, Mimesis, Milano.
- BUFFON V., RACHIDI H., RICHTER-DEVROE S. (2025), *Performances of Vulnerability: Migrants' Encounters with Health, State and the Law in Italy and Greece*, "Journal of Ethnic and Migrations Studies", Vol. 52 (7): 1674-1695.
- CAPRIOGLIO C., RIGO E. (2020), *Lavoro, politiche migratorie e sfruttamento: la condizione dei braccianti migranti in agricoltura*, "Diritto, Immigrazione e Cittadinanza", Vol. 3: 33-56.
- CARNEVALE F., BALDASSERONI A. (1997), *La salute dei lavoratori in Italia (dalla fine dell'800 al secondo dopoguerra). Problemi di storiografia e di storia*, pp. 60-73, in GRIECO A., BERTAZZI P.A. (a cura di), *Per una storiografia italiana della prevenzione occupazionale ed ambientale*, Franco Angeli, Milano.
- CARNEVALE F., BALDASSERONI A. (2011), *Il complesso rapporto tra salute e lavoro nei 150 anni dell'Italia unita*, "Epidemiologia e prevenzione", Vol. 35: 28-32.
- CARUSO F.S. (2018), *Dal ghetto agli alberghi diffusi: l'inserimento abitativo dei braccianti stagionali nei contesti rurali dell'Europa meridionale*, "Sociologia Urbana e Rurale", Vol. 116: 78-92.
- CARUSO F.S., CORRADO A. (a cura di) (2021), *Essenziali ma invisibili. Analisi delle politiche e delle iniziative di contrasto allo sfruttamento e per l'inclusione dei lavoratori migranti in agricoltura nel Sud Italia*, Rosenberg & Sellier, Torino.
- CARUSO F.S., LO CASCIO M. (2021), *Invisibili, ma indispensabili: l'emersione tra i braccianti nel Sud Italia*, pp. 69-80, in CIGNA L. (a cura di), *Forza lavoro! Ripensare il lavoro al tempo della pandemia*, Feltrinelli, Milano.
- CASTAÑEDA H. (2010), *Im/migration and Health: Conceptual, Methodological, and Theoretical propositions for Applied Anthropology*, "Napa Bulletin" Vol. 34: 6-27, doi: 10.1111/j.1556-4797.2010.01049.x.
- CASTAÑEDA H., HOLMES S., MADRIGAL D., DE TRINDAD YOUNG M.E., BEYELER N., QUESADA J. (2015), *Immigration as a Social Determinant of Health*. "Annual Review of Public Health", Vol. 36: 375-392.
- CASTRACANI L., RACKINGER G. (a cura di) (2019), *Campi di lavoro. Inchieste etnografiche nell'agricoltura intensiva*, Mimesis, Milano.

- CLARKE J.N., JAMES S. (2003), *The Radicalised Self: The Impact on the Self of the Contested Nature of the Diagnosis of Chronic Fatigue Syndrome*, "Social Science and Medicine", Vol. 57 (8): 1387-1395.
- COLE J., BOOTH S.S. (2007), *Dirty Work. Immigrants in Domestic Service, Agriculture, and Prostitution in Sicily*, Lexington Book, Lanham.
- COLLOCA C., CORRADO A. (a cura di) (2013), *La globalizzazione delle campagne. Migranti e società rurali nel Sud Italia*, Franco Angeli, Milano.
- COLUCCI M. (2018), *Storia dell'immigrazione straniera in Italia. Dal 1945 ai nostri giorni*, Carrocci, Roma.
- CORDOVA G., SANÒ G. (a cura di) (2024), *Produrre e riprodurre soggettività nello scenario post-pandemico. Differenze, gerarchie e forme di esclusione tra strategie di controllo e tattiche di resistenza*, Ledizioni, Milano.
- CORRADO A., DE CASTRO C., PERROTTA D. (a cura di) (2017), *Migration and Agriculture Mobility and change in the Mediterranean area*, London-New York, Routledge.
- CORRADO A., LO CASCIO M., PERROTTA D. (a cura di) (2018), *Agricoltura e cibo*, "Meridiana. Rivista di storia e scienze sociali", Vol. 93.
- DÉCOSSE F. (2011), *Migrations sous contrôle. Agriculture intensive et saisonniers marocains sous contrat "OMI"*, Thèse de doctorat en sociologie, EHESS, Paris.
- DELLA PUPPA F., SANÒ G. (a cura di) (2021), *Stuck and Exploited Refugees and Asylum Seekers in Italy Between Exclusion, Discrimination and Struggles*, Edizioni Ca' Foscari, Venezia.
- DELLA PUPPA F., SANÒ G., STORATO G. (2025): *Migratory Stratifications: A New Analytical Tool for Investigating Social Change*, "Identities", doi: 10.1080/1070289X.2025.2473211.
- DOUGLAS M. (1966), *Purity and Danger*, Routledge, London.
- FARMER P. (2002), *Social Medicine and the Challenge of Biosocial Research*, pp. 55-73, in OPOLKA U., SCHOOP H. (a cura di), *Innovative Structures in Basic Research: Ringberg-Symposium, 4-7 October 2000*, Max-Planck-Gesellschaft, Munich.
- FASSIN D. (2012), *Humanitarian Reason: A Moral History of the Present*, University of California Press, Berkley.
- FLYNN M.A. (2018), *Im/migration, Work, and Health: Anthropology and the Occupational Health of Labor Im/migrants*, "Anthropology of Work Review", Vol. 39 (2): 116-123. doi: 10.1111/awr.12151
- FLYNN M.A. (2019), *Towards a Biosocial Approach to Occupational Safety and Health*. "NIOSH Science Bloghttps", <https://blogs.cdc.gov/niosh-science-blog/2019/03/08/biosocial-osh/> (consultato il 30 maggio 2026).
- FLYNN M.A., EGGERTH D.E., JACOBSON C.J. (2015), *Undocumented Status as a Social Determinant of Occupational Health: The Workers' Perspective*, "American Journal of Industrial Medicine", Vol. 58: 1127-1137.
- HOLMES S.M. (2011), *Structural Vulnerability and Hierarchies of Ethnicity and Citizenship on the Farm*, "Medical Anthropology", Vol. 30 (4): 425-249.
- HOLMES S.M. (2013), *Fresh Fruit, Broken Bodies*, University of California Press, Berkley.
- HORTON S.B. (2016), *"They Leave Their Kidneys in the Fields": Illness, Injury, and Illegality among U.S. Farmworkers*, University of California Press, Berkeley.
- ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO (INAIL) (2025), *Gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali degli immigrati*, [https://www.aias-sicurezza.it/userfiles/Contenuto/1254/allegati/Gli\\_infortuni\\_sul\\_lavoro\\_e\\_le\\_malattie\\_professionali\\_degli\\_immigrati.pdf](https://www.aias-sicurezza.it/userfiles/Contenuto/1254/allegati/Gli_infortuni_sul_lavoro_e_le_malattie_professionali_degli_immigrati.pdf) (consultato il 12 marzo 2026).
- IPPOLITO I., PERROTTA D., RAEYMAEKERS T. (a cura di) (2021), *Braccia Rubate dall'agricoltura. Pratiche di sfruttamento del lavoro migrante*, SEB 27, Torino.

- JACKSON J.E. (2005), *Stigma, Liminality, and Chronic Pain: Mind-Body Borderlands*, "American Ethnologist", Vol. 32 (3): 332-353.
- JAYE C., FITZGERALD R. (2010), *The Lived Political Economy of Occupational Overuse Syndrome among New Zealand Workers*, "Sociology of Health & Illness", Vol. 32 (7): 1010-1025.
- JEFFREY C. (2010), *Timepass: Youth, Class, and the Politics of Waiting in India*. Stanford University Press, Stanford, CA.
- KING R., LAZARIDIS G., TSARDANIDIS C. (a cura di) (2000), *Eldorado or fortress? Migration in Southern Europe*, Macmillan, Basingstoke.
- KIRSTOGLU E., SIMPSON B. (2020), *Introduction: The Time of Anthropology: Studies of Contemporary Chronopolitics and Chronocracy*, pp. 1-30, in KIRSTOGLU E., SIMPSON B. (a cura di), *The Time of Anthropology: Studies of Contemporary Chronopolitics*, Taylor & Francis, London.
- KRIEGER N. (2001), *Theories for Social Epidemiology in the 21<sup>st</sup> Century: An Ecosocial Perspective*, "International Journal of Epidemiology", Vol. 30: 668-677.
- LO CASCIO M. (2022), *Agricoltura, lavoro e migrazioni in Sicilia. Una ricerca etnografica sulla filiera olivicola*, PM edizioni, Savona.
- LO CASCIO M., PIRO V. (2018), *Ghetti e campi. La produzione istituzionale di marginalità abitativa nelle campagne siciliane*, "Sociologia Urbana e Rurale", Vol. 117: 12-36.
- LOCK M. (1990), *On Being Ethic: The Politics of Identity, Breaking and Making in Canada, or Nevra on Sunday*, "Culture, Medicine and Psychiatry", Vol. 14: 237-254.
- MANDERSON L., SMITH-MORRIS C. (2010), *Chronic Conditions, Fluid States: Chronicity and the Anthropology of Illness*, Rutgers University Press, New Brunswick, NJ.
- MAZZEO A. (2018), *The Temporalities of Asbestos Mining and Community Activism*, "The Extractive Industries and Society", Vol. 5 (2): 223-229, doi: org/10.1016/j.exis.2018.02.004.
- MCREADY B.W. (1837), *On the Influence of Trades, Professions and Occupations in the U.S. in the Production of Disease*, Transactions of the Medical Society of the State of New York, New York (The Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD, 1943).
- MERLI S. (1973), *Proletariato di fabbrica e sistema industriale. Il caso italiano 1880-1900*, La Nuova Italia, Firenze.
- MINISTERO DELLE POLITICHE SOCIALI E DEL LAVORO (2015), *XV Rapporto Annuale gli stranieri nel mercato del lavoro in Italia*, <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita-immigrazione/studi-e-statistiche/sintesi-xv-gli-stranieri-nel-mercato-del-lavoro-in-italia-2025> (consultato il 30 maggio 2026).
- MOLLONA M. (2009), *General Introduction*, pp. XI-XXVIII, in MOLLONA M., DE NEVE G., PARRY J. (a cura di), *Industrial Life and Work*, Berg, Oxford.
- MORETTI C. (2019), *Dolore illegittimo. Un'etnografia della sindrome fibromialgica*, Mefisto, Bologna.
- MUSO S., (2024), *La stagione dei diritti e le lotte per la salute*, pp. 45-58, in BIGATTI G. (a cura di), *Lavoro, sicurezza e salute nell'Italia delle Fabbriche*, Mimesis, Milano.
- NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH – NIOSH (2002), *The Changing Organization of Work and the Safety and Health of Working People*, No. 116, 1-800-356-4674.
- NETTLETON S. (2006), *"I Just Want Permission to Be Ill": Towards a Sociology of Medical Unexplained Symptoms*, "Social Science and Medicine", Vol. 62: 1167-1178.
- PARKER M., HARPER I. (2005), *The Anthropology of Public Health*, "Journal of Biosocial Science", Vol. 38 (1): 1-5.
- PARSONS T. (1952), *The Social System*, Tavistock, London.

- PEANO I. (2023), *Imbrigliamento e fuga nell'Italia contemporanea. Il lavoro agricolo dipendente nel Tavoliere e nella Piana di Gioia Tauro in prospettiva genealogica*, pp. 49-74, in PEANO I., SACCHI M. (a cura di), *Lavoro, mobilità, migrazioni Ripartire dal concetto di salariato imbrigliato*, "Cartografie sociali", Vol. VIII (15), Mimesis, Milano.
- PEANO I., SACCHI M. (a cura di) (2023), *Lavoro, mobilità, migrazioni Ripartire dal concetto di salariato imbrigliato*, "Cartografie sociali", Vol. VIII (15), Mimesis, Milano
- PIRO V., SANÒ G. (2017), *Abitare (ne)i luoghi di lavoro: Il caso dei braccianti rumeni nelle serre della provincia di Ragusa*, "Sociologia del lavoro", Vol. 146: 40-55, doi: <https://doi.org/10.3280/SL2017-146003>.
- PIRO V. (2021), *Migrant Farmworkers in "Plastic Factories". Investigating Work-Life Struggles*, Palgrave Macmillan, London.
- PIZZA G., RAVENDA A. (2016), *Esperienza dell'attesa e retoriche del tempo. L'impegno dell'antropologia nel campo. Introduzione*, "Antropologia Pubblica", Vol. 2 (1): 29-45. doi: [10.1473/anpub.v2i1.17](https://doi.org/10.1473/anpub.v2i1.17).
- QUESADA J., HART L.K., BOURGOIS P. (2011), *Structural Vulnerability and Health: Latino Migrant Laborers in the United States*, "Medical Anthropology", Vol. 30 (4): 339-362.
- RAMAZZINI B. (1713), *De Morbis Artificum Diatriba*, Patavi, Per Jo. Baptistam Conzattum (University of Chicago Press, Chicago, 1940).
- RAO P., ARCURY T.A., QUANDT S.A., DORAN A. (2004), *North Carolina Growers' and Extension Agents' Perceptions of Latino Farmworkers Pesticide Exposure*, "Human Organization", Vol. 63 (2): 151-161.
- ROSENAU M.J. (1935), *Preventive Medicine and Hygiene*, 6<sup>th</sup> ed., Appleton-Century, New York.
- SAYAD A. (2002 [1999]), *La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*, Carocci, Roma.
- SANÒ G. (2018), *Fabbriche di Plastica. Il lavoro nell'agricoltura industriale*, Ombre corte, Verona.
- SANÒ G. (2022), *The Eternal Return of Normality. Invisibility and Essentiality of Migrant Farmworkers Before and During the Covid-19 Pandemic*, "Anuac", Vol. 11 (2): 151-174. doi: [10.7340/anuac2239-625X-4930](https://doi.org/10.7340/anuac2239-625X-4930).
- SANÒ G. (2025), *Le stratificazioni migratorie alla luce del nesso tra politiche migratorie e politiche del lavoro in Italia*, "Archivio antropologico mediterraneo", Vol. 28 (1): 1-21, doi: <https://doi.org/10.4000/145on>.
- SANÒ G., DELLA PUPPA F., STORATO G. (a cura di) (2024), *Claiming Time: Refugees and Asylum Seekers Dealing with the Production of Different Temporal Regimes by Asylum and Reception Policies*, "Journal of International Migration and Integration": Vol. 25: 1-7, doi: <https://doi.org/10.1007/s12134-024-01160-x>.
- SAXTON D.I., STUESSE A. (2018), *Workers' Decomensation: Engaged Research with Injured Im/Migrant Workers*, "Anthropology of Work Review", Vol. 39 (2): 65-78.
- SEMPREBON M., MARZORATI R., GARRAPA A. (2017), *Governing Agricultural Migrant Workers as an "Emergency": Converging Approaches in Northern and Southern Italian Rural Towns*, "International migration", Vol. 55: 6.
- SHARMA S. (2014), *In the Meantime: Temporality and Cultural Politics*, Duke University Press, Durham.
- SCHEPER-HUGHES N. (1992), *Death without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*, University of California Press, Berkeley.
- SIGERIST H.E. (1946), *The University at the Crossroads*, Schuman, New York.
- SIGERIST H.E. (1960), *Remarks on Social Medicine in Medical Education*, pp. 360-368, in ROEMER M.I. (a cura di), *On the Sociology of Medicine*, MD Publications, New York.
- SINCLAIR U. (1906), *The Jungle. A Signet Classic*, New American Library, New York.

- SINGER M. (2024), *Occupational Syndemics & the Anthropology of Work*, "Society for Anthropology of Work", <https://anthrowork.org/interventions/occupational-syndemics-and-the-anthropology-of-work/>, (consultato il 1 febbraio 2026).
- SINGER M., CLAIRE S. (2003), *Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-social Context*, "Medical Anthropology Quarterly", Vol. 17: 423-241.
- SINGER M., BAER H. (2011), *Introducing Medical Anthropology: A Discipline in Action*, AltaMira Press, Lanham.
- TICKTIN M. (2011), *Casualties of Care: Immigration and the Politics of Humanitarianism in France*, University of California Press, Berkeley.
- UNTERBERGER A., (2018), "No One Cares if You Can't Work": Injured and Disabled Mexican-Origin Workers in Transnational Life Course Perspective, "Anthropology of Work Review", Vol. 39 (2): 105-115.
- VINEIS P. (1990), *Modelli di rischio. Epidemiologia e causalità*, Einaudi, Torino.
- WILSON N.G. (1980), *Medical History without Medicine*, "Journal of the History of Medicine", Vol. 1, 1980: 5-7.
- YOUNG J.H. (1985), *The Pig That Fell into the Privy: Upton Sinclair's The Jungle and the Meat Inspection Amendments of 1906*, "Bulletin of the History of Medicine", Vol. 59: 467-480.
- WORLD HEALTH ORGANISATION & INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION (2021), *WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury, 2000-2016*, World Health Organization, Genève.

## Schede delle Autrici

Veronica Buffon, nata a Tradate (VA) il 27 ottobre 1981, è antropologa, docente a contratto presso l'Università di Messina. È stata assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Scienze Cognitive, Psicologiche, Pedagogiche e Studi Culturali dell'Università di Messina, nel progetto PRIN PNRR *InMigrHealth: Investigating Migrants' Occupational Health*. Ha conseguito il dottorato in Antropologia presso l'Università di Exeter (UK) con una ricerca sulle pratiche di cura, pluralismo medico e violenza tra le donne curde nel sud-est della Turchia (Bakur, Kurdistan settentrionale). Ha svolto attività di ricerca e insegnamento in diverse istituzioni accademiche in Italia, Qatar e Regno Unito. Le sue ricerche si collocano nell'ambito dell'antropologia della salute e della medicina e riguardano migrazioni forzate, disuguaglianze sanitarie, genere e violenza.

Giuliana Sanò è nata a Messina il 28 dicembre del 1986. Attualmente è Professoressa Associata in Antropologia sociale e culturale presso il Dipartimento COSPECS dell'Università di Messina dove, nel 2015, ha conseguito un Dottorato di ricerca in Antropologia sociale e studi storico linguistici. Ha collaborato con diverse Università e Istituti di ricerca nazionali e internazionali. Ha condotto ricerche etnografiche in Sicilia, Calabria, Trentino e Veneto. I suoi principali oggetti di studio includono le migrazioni internazionali, il lavoro migrante, il sistema di accoglienza per rifugiati e richiedenti asilo, la mobilità interna dei e delle migranti e le trasformazioni sociali in ambito urbano e rurale. È autrice del volume *Fabbriche di Plastica. Il lavoro nell'agricoltura industriale*. Ha pubblicato su riviste internazionali ("Social Anthropology", "Ethnography", "Journal of Modern Italian Studies") e sulle principali riviste nazionali. È co-direttrice

della Collana *Ritratti* (Rosenberg & Sellier) e della Collana *Migrazioni, mobilità, sconfimenti* (Ca' Foscari Edizioni). È PI del progetto Prin 2022Z2T23H\_001 *MiDi Work: Migrant Digital Work* e RU UniMe del progetto Prin 2022PNRR\_P20225JPYN\_002 *InMi-grHealth: Investigating Migrants' Occupational Health*.

## Riassunto

*Temporalità e sindemia occupazionale. La salute dei lavoratori agricoli della Fascia Costiera Trasformata*

Situando al centro dell'indagine la salute occupazionale dei braccianti agricoli impiegati nella Fascia Costiera Trasformata della Sicilia sud-orientale, il contributo rilegge la relazione tra salute, migrazioni, luoghi di lavoro e "violenza occupazionale". A rendere possibile tale rilettura è la lente interpretativa del tempo e, in particolare, il tentativo di temporalizzare la malattia lavoro-correlata, laddove la mobilità dei lavoratori interviene a complicare i tradizionali quadri diagnostici e le classificazioni socialmente accettate. Una breve ricostruzione delle principali fasi della medicina occupazionale, insieme alla discussione dei principali riferimenti teorici, fa da sfondo alle traiettorie migratorie e di salute restituite attraverso vignette etnografiche ambientate nei servizi dedicati alla salute dei braccianti.

*Parola chiave:* Migrazione, Salute occupazionale, Sindemia, Agricoltura, Sicilia

## Resumen

*Temporalidad y sindemia ocupacional. La salud de los trabajadores agrícolas de la Fascia Costiera Transformada*

Al situar en el centro de la investigación la salud ocupacional de los trabajadores agrícolas empleados en la Fascia Costiera Transformada, en el sudeste de Sicilia, esta contribución relea la relación entre salud, migraciones, lugares de trabajo y «violencia ocupacional». Esta reinterpretación es posible gracias a la lente interpretativa del tiempo y, en particular, al acto de temporalizar la enfermedad relacionada con el trabajo, donde el elemento de la movilidad interviene para complicar los marcos diagnósticos tradicionales y las clasificaciones socialmente aceptadas. Una breve reconstrucción de las fases que han atravesado históricamente la historia de la medicina ocupacional, acompañada de una presentación de los principales marcos teóricos, constituye el trasfondo de las trayectorias migratorias y de salud retratadas en las viñetas etnográficas situadas en los servicios dedicados a la salud de los trabajadores agrícolas presentadas en el texto.

*Palabras clave:* Migración, Salud ocupacional, Sindemia, Agricultura, Sicilia



## Résumé

*Temporalité et syndémie occupationnelle. La santé des travailleurs agricoles de la Fascia Costiera Trasformatata*

En plaçant au centre de l'enquête la santé au travail des ouvriers agricoles employés dans la Fascia Costiera Trasformatata, dans la Sicile sud-orientale, cette contribution propose une relecture de la relation entre santé, migrations, lieux de travail et «violence occupationnelle». Cette relecture devient possible grâce au prisme interprétatif du temps et, plus précisément, à l'acte de temporaliser la maladie liée au travail, dans la mesure où l'élément de la mobilité vient compliquer les cadres diagnostiques traditionnels et les classifications socialement admises. Une brève reconstruction des phases qui ont historiquement traversé l'histoire de la médecine du travail, accompagnée d'une présentation des principaux cadres théoriques, constitue l'arrière-plan des trajectoires migratoires et de santé représentées dans les vignettes ethnographiques situées dans les services dédiés à la santé des ouvriers agricoles présentées dans le texte.

*Mots-clés:* Migration, Santé au travail, Syndémie, Agriculture, Sicile



