

La politica della cura: come gli ospedali per reduci curano chi è stato ferito alla testa in Iraq e Afghanistan

Jennifer L. Baldwin*

Traduzione di Marco Morini, con la revisione di Anna Ballardelli

Quando entro in questo ospedale per reduci (in seguito VA) del Midwest, incontro spesso un gruppo di anziani la cui combinazione di giacche, cappelli e spille dimostra che hanno partecipato alla guerra del Vietnam e altri conflitti bellici storici combattuti dall'esercito statunitense. Oltre agli abiti in sé, ho notato come questi reduci in qualche modo indossino anche il ricordo che il servizio ha lasciato su di loro, visibile nella mobilità ridotta e nella fisiologia acciaccata dei loro corpi, un tempo giovani e atletici, deturpati decenni fa dalla pesantezza delle armi e dalle enormi fatiche, dagli incidenti, dalle schegge e dalle razioni governative di sigarette e alcol, pensate allora per distrarli dalla noia della guerra.¹ Avendo io trascorso una parte significativa degli ultimi vent'anni dentro a strutture sanitarie in qualità di paziente, familiare, ricercatrice e studentessa di medicina, scene di questo tipo – e in generale lo stare in un ospedale per reduci – producono in me un senso di familiarità e al contempo mi fanno capire quanto questi luoghi siano diversi da qualsiasi altro centro medico esistente negli Stati Uniti.

I segnali formali della presenza dello Stato americano e della sua sovranità sono visibili non appena si entra con l'auto in questo VA. Sventolano bene in vista la bandiera statunitense, quella delle forze armate e pure la bandiera bianca e nera dei POW/MIA (sigle che indicano rispettivamente i prigionieri di guerra e i dispersi, N.d.T.), la quale funge da simbolo riconosciuto a livello nazionale e da ricordo di tutti i soldati che resteranno per sempre *missing in action*. Tuttavia, il panorama è anche popolato da simboli 'informali' della politica statunitense e di quel modo di sentire e di quei valori che caratterizzano un genere ben preciso di nazionalismo e di patriottismo. Osservando i parcheggi dei pazienti, per esempio, si nota una presenza di camion e di motociclette di gran lunga superiore a ciò che si vede in analoghe strutture mediche del Midwest dedicate alla cura dei civili. Tali veicoli non sono soltanto un riferimento *per mimesi* a una certa forma di mascolinità americana associata alle aree rurali e alle distanze che molti reduci devono percorrere per venire a farsi curare. Questi veicoli ci fanno anche capire quali tipi di passatempo diventino sostituti dell'adrenalina e delle esperienze intense di combattimento che queste persone si sono lasciate alle spalle una volta congedate dall'esercito. Affissi su questi e altri mezzi c'è poi abbondanza di adesivi, stemmi, nastri e slogan che ricordano di non dimenticare i soldati caduti e i dispersi. Qualcuno invece incolla scritte in cui si vanta del proprio servizio militare o di quello dei propri figli. In aggiunta a questo collage di identità simboliche e dei loro rela-

tivi surrogati ci sono adesivi che appoggiano il diritto individuale al possesso di armi e che sostengono candidati politici conservatori; questi simboli sono presenti qui in quantità nettamente superiore rispetto al resto della cittadina universitaria, politicamente più progressista, in cui si trova l'ospedale.

Entrando in questo VA, come in altri che ho visitato, mi accoglie la struttura familiare comune a tutti gli ospedali statunitensi, il cui labirinto di corridoi, uffici e ambulatori segue la stessa logica organizzativa e spaziale propria del mondo sanitario e di chi ci lavora. Quello che cambia rispetto alle strutture civili, e che invece è una costante in tutti i VA che negli anni ho conosciuto, è la presenza delle immagini del Comandante in capo attuale nonché del suo Segretario degli Affari dei Reduci, colui che ufficialmente sovrintende a questo tipo di strutture. Inoltre, la bandiera americana esposta all'esterno si ritrova anche riprodotta su oggetti di uso comune all'interno dell'ospedale. Combinazioni di rosso, bianco e blu, di stelle e strisce e di rimandi diretti alla bandiera si trovano sui badge, sulle penne, sui manifesti e perfino sui desktop dei computer e nella mensa dell'ospedale.

Non appena mi lascio alle spalle i reduci dal Vietnam e quell'odore penetrante di sigarette stantie che proviene dai posacenere pieni fuori dal blocco principale degli ascensori, mi dirigo verso un corridoio che risplende di vernice fresca, di pavimenti nuovi e di ambienti diagnostici ristrutturati con una frequenza che profuma tanto di finanziamenti federali costanti e di preparativi in corso, se non tardivi, per accogliere la nuova generazione di reduci dall'Iraq e dall'Afghanistan. I reduci che incontro in questi spazi rinnovati sono diversi da quelli della 'vecchia' generazione che ho incrociato fuori dalla struttura, e rappresentano per me un oggetto di studio differente. Per questa nuova generazione il tempo trascorso nell'ospedale è spogliato dell'esperienza sociale ed è al contrario incastrato in un'agenda densa di impegni civili, con incombenze familiari e lavorative. Il vizio del fumo è stato in gran parte abbandonato al momento del ritorno alla vita civile. I simboli dello Stato e gli stemmi militari hanno lasciato il posto a jeans e magliette con lo stemma della ditta per cui si lavora. Senza questi emblemi da reduci, anche i sintomi e i segni lasciati dal combattimento sembrano meno evidenti a un osservatore esterno, poiché i danni e l'invecchiamento precoce sono ancora invisibili, o perché nascosti all'interno dei corpi di questi giovani, o perché la malattia non è ancora avanzata al punto da affiorare in superficie.

La descrizione di questo ospedale per reduci del Midwest appare quindi in aperto contrasto con quanto di solito si trova nelle rappresentazioni letterarie, cinematografiche e giornalistiche a cui il pubblico americano e internazionale è stato abituato, sia dopo ormai quindici anni di copertura mediatica delle guerre in Iraq e Afganistan, sia mediante i rapporti ben più datati tra la guerra e i suoi mediatori culturali, vale a dire scrittori, artisti e ovviamente Hollywood. Le inchieste giornalistiche che portarono alla luce le condizioni aberranti di vita e di cura dei degenti maschi e femmine del Walter Reed Military Hospital,² così come la morte di quaranta reduci mentre erano in attesa di trattamento presso l'Arizona Veteran Hospital,³ sono soltanto due dei casi più noti e scandalosi che hanno influenzato in modo deciso l'opinione pubblica sul tema. Le rappresentazioni letterarie, televisive e cinematografiche di massa descrivono gli ospedali militari e la vita dei reduci come un calvario di dolore e di frustrazioni e stigmatizzano l'incapacità del

governo federale di prendersi cura dei propri veterani di guerra.

Partendo dal racconto sull'ospedalizzazione del reduce Ron Kovic, in seguito trasposto sul grande schermo nel film del 1989 *Nato il quattro luglio*, che mostrava scene orrifiche di sangue, sporcizia, pazienti abbandonati e strumentazioni inadeguate, e arrivando fino agli odierni documentari per il piccolo schermo che narano di reduci che, nel silenzio generale, sono alle prese con il disturbo da stress post-traumatico (in inglese PTSD),⁴ queste rappresentazioni di eroici guerrieri feriti suggeriscono al pubblico che la salvezza di un veterano dipende soltanto dalla sua perseveranza da un lato, e dal sostegno caritatevole di familiari, amici e soldati che operano al di fuori dei VA, e soprattutto al di fuori di quella burocrazia federale che, mandate queste persone in guerra, non è sistematicamente in grado di prendersene cura al loro ritorno. Proprio come la presenza stessa dei reduci del Vietnam all'ingresso dell'ospedale, queste immagini e rappresentazioni dei VA sembrano ancora perseguitate dallo spettro di quella guerra, con molte di queste rappresentazioni contemporanee che continuano a enfatizzare i fallimenti dei VA e a inasprire i rapporti tra le strutture mediche e i reduci.

Tuttavia, affermare che queste rappresentazioni rispecchino perfettamente i VA, le esperienze dei reduci attualmente in cura e il rapporto che queste strutture hanno con i propri pazienti significherebbe sminuire e svalutare il lavoro e la funzione che i VA hanno all'interno della società statunitense. D'altro canto, ciò che queste strutture stanno facendo per l'attuale generazione di reduci difficilmente potrebbe essere raccontata da trame cinematografiche o da schemi narrativi già rodati, e nemmeno dal solito susseguirsi di notizie che restano fresche al massimo per un giorno. E non potrebbe nemmeno ridursi a un mero saldo di risultati clinici positivi o negativi, anche se non mi è chiaro che cosa si consideri successo o fallimento in questo ambito.

Per questo intendo dimostrare in questo articolo come l'attività dei VA vada inquadrata in base al modo in cui si rapporta a una rete complessa fatta di valori culturali, politiche economiche, obiettivi politici e istituzioni sociali che mirano a controllare e a gestire il significato e le conseguenze della guerra. Politicizzando e spettacolarizzando soltanto i fallimenti e gli aspetti negativi delle cure, i media e le altre rappresentazioni culturali non sono capaci di descrivere il modo in cui i VA, intesi come estensione dello Stato e come istituzione burocratica, forgiavano attivamente il significato delle cure per i reduci e negoziano le politiche sanitarie per conto del governo federale e dell'opinione pubblica americana. In sostanza, queste rappresentazioni culturali e popolari da un lato limitano la critica sociale e il coinvolgimento dell'opinione pubblica sui più ampi bisogni sociali, desideri culturali e obiettivi politici che un VA riflette, dall'altra glissano sugli effetti complicati, contestati e continui che questo modello burocratico di ospedale ha sulla società americana e sulle vite dei reduci rientrati in patria.

Lasciamo da parte le rappresentazioni mediatiche sui VA e concentriamoci ora sull'osservazione degli spazi clinici predisposti specificamente per curare quest'ultima generazione di reduci: in tale modo potremo analizzare il ruolo culturale che i VA ricoprono nella società statunitense e nella vita di tutti i giorni dei reduci di guerra. Il presente saggio si basa su un'analisi etnografica che porto avanti dal 2014

in un VA del Midwest. Mi occupo di esaminare le cliniche recentemente inaugurate per diagnosticare e curare una delle due lesioni più comuni riportate nelle guerre americane recenti.⁵ Il mio *case study* consiste nelle prestazioni sanitarie che i reduci delle missioni Enduring Freedom in Afghanistan e Iraqi Freedom in Iraq (d'ora in poi EF e IF) ricevono quotidianamente per valutare e curare quelle ferite alla testa classificate come danni cerebrali traumatici minori (abbreviati in inglese in mTBI). Oltre ad analizzare le pratiche cliniche che caratterizzano la cura in questo ospedale, mi sono occupata di studiare i significati che i medici attribuiscono a questa categoria di patologie belliche, alle esperienze di guerra raccontate dai reduci e alle nuove vite da civili che questi ex militari si ritrovano a vivere quando rientrano in patria.

Politica e teoria della cura: la biomedicina come prassi politica

L'evento 'guerra' permea la missione, la funzione e le pratiche di un VA. Ritengo perciò che così come la guerra è un atto politico, anche l'assistenza ai reduci sia ugualmente politica. Osservando giorno per giorno le prestazioni sanitarie che i medici del VA destinano ai reduci delle missioni EF e IF, risulta subito chiaro come l'operato dei medici e del VA in quanto istituzione e apparato burocratico possa riassumersi in quello che Miriam Ticktin definisce una "politica di cura".⁶ Con questo termine, che Ticktin coniò mentre studiava l'assistenza umanitaria dei rifugiati in Francia, si indica una situazione in cui le patologie mediche e biologiche di un individuo si trasformano in diritti extra-legali che gli permettono l'ingresso in un determinato paese d'arrivo che altrimenti gli sarebbe negato. In questo senso, e con riferimento al mio lavoro, le malattie biologiche e psicologiche si trasformano da un lato in identità politiche e in significati gestiti a livello burocratico, e dall'altro in segni che caratterizzano uno status eccezionale attorno al quale si organizzano tutta una serie di risposte professionali, governative, pubbliche e morali da parte delle istituzioni.

Mentre il lavoro di Ticktin si concentra sui rifugiati politici, individui che esistono al di fuori dei confini dello stato-nazione, la mia analisi riguarda soldati e reduci, la cui immagine è pubblicamente e retoricamente percepita come centrale e privilegiata all'interno del contesto nazionale. Tuttavia, al di là delle differenze nei rapporti con lo Stato, il mio lavoro studia come il governo statunitense stia mettendo in atto una politica della cura il cui obiettivo è sistematizzare le patologie e 'domare' i corpi resi anormali e scomposti dalla guerra e dalla violenza. In questo articolo, quando utilizzo la definizione di 'politica della cura' offerta da Ticktin, non intendo soltanto constatare che è il governo federale a fornire le cure, le strutture, i finanziamenti e la supervisione di questo sistema ospedaliero.⁷ La somministrazione delle prestazioni sanitarie da parte di un VA – per conto dello Stato – è un'azione anche politica poiché è anche collegata a logiche di *governance*, di cittadinanza e di responsabilità dello Stato. Questa politica della cura è attuata attraverso ciò che descriverevo come un apparato che comprende leggi, ideologie, pratiche quotidiane, reti di specialisti e tecnologie. Per quanto concerne lo specifico di un VA, la struttura di questo apparato curante è influenzata da una serie di

elementi: regolamenti e disposizioni legislative; ideologie professionali, politiche e sociali riguardanti la biomedicina e la malattia; le prassi burocratiche quotidiane; infine, l'insieme di persone, infrastrutture e tecnologie che compongono i VA odierni. Poiché esaminare in modo esaustivo il particolare apparato di cura creato dal governo federale e dai VA per diagnosticare e gestire le patologie cerebrali traumatiche richiederebbe un ampio spazio, in questo saggio preferisco concentrarmi su alcuni aspetti spesso tralasciati nelle discussioni e nelle analisi critiche presenti nei media di massa e in altre forme di rappresentazione culturale. Facendo questo, intendo evidenziare che una funzione fondamentale dei VA è dimostrare il lato morale della cura, e che tra gli obiettivi principali di tale prestazione morale c'è dare un significato alle mTBI riportate in guerra e incoraggiare in modo attivo i reduci ad assumere comportamenti che sottolineino la loro capacità di determinare la propria salute e il proprio benessere attuale e futuro.

Lontano dalle narrazioni di mancanze e di fallimenti descritte dai media popolari e da altre rappresentazioni culturali, questa analisi rivela come per i VA la gestione delle lesioni alla testa sia un'azione orchestrata collettivamente e che gli obiettivi siano normalizzare e mitigare le conseguenze della guerra che ognuno si porta a casa. Inoltre, pare che avvenga una specie di spostamento del carico di cura, passando dalla responsabilità esclusiva del governo federale a una *governance* condivisa con i reduci e le loro famiglie.

La cura dei reduci come prestazione morale della *governance* statale

Quando le rappresentazioni mediatiche si concentrano solamente sugli insuccessi dei VA, mirano a ritrarre queste strutture come istituzioni inefficienti. Il fatto che ci si indigni tanto davanti a questi fallimenti rivela che, in ultima analisi, moltissimi americani riconoscono questi ospedali come la sede in cui il governo e la società adempiono il dovere morale di prendersi cura dei propri soldati. Per fare ciò, il VA deve dimostrare di avere a cuore i reduci ma anche il pubblico. In linea con quegli studiosi che considerano in modo critico la biomedicina come prassi dinamica e polisemica,⁸ il modo in cui i VA mostrano il proprio operato possono essere analizzati come una prestazione complessa e pubblica che deve non soltanto curare i militari feriti ma anche soddisfare le aspettative della cittadinanza e le esigenze della politica. In questo senso, la politica e la pratica dei VA non consistono nella semplice applicazione di competenze biomediche volte a curare danni fisiologici e psicologici, ma sono piuttosto i prodotti burocratici di una ben precisa azione culturale che i VA svolgono per conto del governo federale, con lo scopo di gestire e mitigare gli effetti della guerra. In questa sezione mostrerò la relazione tra le strutture mediche che si occupano delle patologie mTBI e la *governance* statale, esaminando i seguenti aspetti: a) i recenti fattori storici che hanno reso necessaria la formazione di un apparato di cura specifico per affrontare le patologie mTBI; b) la struttura burocratica di un VA; c) come il modello di cura delle ferite alla testa messo in atto dai VA si differenzi da quelli impiegati da altre strutture civili e militari.

L'impatto delle guerre in Iraq e in Afghanistan è portato quotidianamente dentro le mura di un VA dai militari che hanno partecipato in prima persona a questi conflitti. E dentro ai corpi dei reduci ci sono le conseguenze fisiche e mentali che queste guerre hanno generato. Le patologie TBI associate alle lesioni da esplosione e il disturbo da stress post-traumatico (abbreviato in inglese in PTSD) sono stati definiti le *signature injuries* delle missioni EF e IF, ovvero i danni più comuni riportati dai reduci di queste due guerre a causa del tipo di tattica bellica utilizzata.⁹ In particolare, l'efficacia dei cosiddetti ordigni esplosivi improvvisati (in inglese IED) e degli attentati suicidi, combinata con i miglioramenti nelle blindature delle protezioni dei soldati e dei veicoli militari, ha fatto sì che sia il cervello l'unica parte del corpo che resta vulnerabile agli effetti dannosi dei traumi psicologici e alle onde d'urto delle esplosioni che increspano e stirano il tessuto neuronale, scatenando reazioni che turbano la sfera cognitiva, affettiva, sensoriale e motoria.¹⁰

Questi nuovi tipi di lesioni hanno reso necessario trovare modi nuovi e dinamici di monitorare, diagnosticare e curare le mTBI. In concomitanza con le operazioni EF e IF e dopo uno specifico mandato del Congresso del 2004, fu creato un sistema di assistenza per cosiddetti 'politrammatizzati' e si inaugurarono nuovi reparti in tutto il Paese per studiare e curare i danni complessi e i traumi di queste guerre che apparivano come nuovi.¹¹ Così facendo, il sistema di assistenza per politrammatizzati consolidò e rese più corposi i protocolli di cura già esistenti che si occupavano delle lesioni alla testa, spostando l'attenzione su questa nuova categoria patologica e coinvolgendo un numero maggiore di esperti del settore.

Come risultato di questo mandato, ogni VA del Paese fu obbligato ad aprire nuovi reparti dedicati ai reduci politrammatizzati. La maggior parte dei VA risposero a questa esigenza riadattando spazi già esistenti e formando dei team interdisciplinari composti da diversi specialisti che avrebbero partecipato collegialmente alla valutazione, alla diagnosi e alla gestione terapeutica a lungo termine dei sintomi cronici che possono accompagnare una mTBI.¹² Insieme a queste nuove équipe cliniche e agli spazi recuperati si dovettero anche predisporre nuove procedure burocratiche, politiche e pratiche che fornissero linee guida non soltanto sulla cura dei reduci, ma anche su come gli operatori sanitari avrebbero dovuto comportarsi e gestire il rapporto con i malati. Ad esempio, fu imposto di condurre su tutti i reduci dalle missioni EF e IF (anche quando venivano a farsi curare disturbi comuni) screening preliminari per scorgere eventuali sintomi di mTBI. Se queste valutazioni sollevavano il sospetto che qualcuno avesse subito un trauma cranico durante il servizio, il paziente andava immediatamente inviato alla clinica per politrammatizzati. Secondo queste nuove linee guida dei VA, il reduce doveva essere visitato da un team di specialisti entro trenta giorni dal referto iniziale.¹³

Anche le visite presso i reparti per politrammatizzati dovevano seguire un protocollo ben preciso, dettato dalla burocrazia e da disposizioni governative: questo comprendeva la standardizzazione dei moduli che i reduci dovevano compilare, il modo in cui i medici dovevano condurre e coordinare le proprie valutazioni e come ciascuno doveva inserire i dati nella cartella clinica elettronica dei pazienti. La valutazione diagnostica e il colloquio medico-paziente si basano su un questionario prestampato che il veterano deve compilare in tutte le sue parti prima di

essere visitato dal team clinico. A differenza di quello che succede normalmente negli ospedali statunitensi civili, questo questionario serve a strutturare l'organizzazione e il contenuto del colloquio che ogni specialista dell'équipe avrà col paziente; questo schema farà sì che la valutazione medica si basi su una gamma limitata di argomenti, che riguardano soltanto le esperienze militari strettamente connesse alla malattia, l'impiego attuale, lo stato civile, le circostanze che hanno portato alla lesione alla testa e i principali sintomi che il veterano presenta al momento della visita.

Le linee-guida federali arrivano perfino a indicare come una diagnosi di mTBI debba essere formulata e documentata all'interno della cartella clinica elettronica di ciascun reduce di guerra. Nella pratica medica tradizionale, la cartella clinica e tutta la documentazione medica relativa a un paziente riflettono le singole micro-prestazioni fornite; le informazioni, poi, sono ordinate e classificate in base alla formazione professionale e alla competenza di ciascun medico. Nelle cliniche per politraumatizzati di un VA, invece, anche questo aspetto è regolato da precise istruzioni standardizzate. In particolare, il questionario – prima completato dal veterano, poi rivisto e integrato durante la prima visita da ciascun membro del team clinico – deve essere trascritto manualmente nella cartella clinica da parte di un medico del team in questione. Sulla base delle risposte fornite dal paziente e delle indicazioni immesse da ciascun medico, il computer fornirà un'eventuale diagnosi di mTBI grazie a un algoritmo informatico presente nel documento medico.

L'aspetto eccezionale di questo processo rispetto alla pratica medica degli Stati Uniti è il fatto che un algoritmo informatico assegni automaticamente una diagnosi basata su un sistema binario di risposte "sì" o "no" alle domande di questionario, non lasciando spazio all'autorità medica e all'autonomia intellettuale e professionale generalmente concessa ai medici nell'esprimere il loro giudizio clinico e diagnostico.

Inoltre, il fatto che l'algoritmo esprima una diagnosi 'positiva' non significa né che il medico la condivida, né che corrisponda perfettamente a ciò che lo specialista in questione ha scritto nella cartella medica elettronica come commento personale al questionario. A questo proposito un dottore mi ha scherzosamente detto: "Non bisogna mai fidarsi di nessuno studio prodotto da questo [l'algoritmo] o dal database". Dicendo ciò, il medico chiama in causa un'altra funzione del modello di cura presente nei VA: raccogliere dati su tutti i reduci che passano dagli ambulatori per politraumatizzati e immetterli in un database nazionale al fine di aumentare il monitoraggio di questo tipo di pazienti e fare progredire la conoscenza delle patologie mTBI. Al contempo, le sue parole riflettono anche la frustrazione e la sfiducia nei confronti di una diagnosi assegnata a un algoritmo che scavalca la formazione del medico e il suo giudizio clinico. Quindi, questo nuovo processo di documentazione elettronica delle visite mediche rivela le tensioni generate dal fatto che la burocrazia preferisca la diagnosi di una macchina al rapporto reale tra medico e paziente, strappando di mano ai dottori la loro autonomia e autorità e inserendo il tutto in un iter burocratico il cui scopo è incamerare informazioni e monitoraggi riguardanti una popolazione clinica cui spettano cure da parte dello Stato. La tendenza ad aumentare le procedure burocratiche nei VA è in concomitanza con

l'aumento del monitoraggio e della standardizzazione che il Dipartimento della Difesa (in seguito DD) ha messo in atto durante le operazioni EF e IF. Questa riduzione dell'autonomia medica a beneficio di una maggiore documentazione elettronica centralizzata ha cambiato il modo in cui il DD documenta e cura le lesioni alla testa ed è stata il prodotto dell'attivismo di un team medico militare d'élite che, a suo tempo, inoltrò una petizione al governo degli Stati Uniti e ai vertici militari per migliorare il monitoraggio e la cura dei traumi cranici o cerebrali subiti dai soldati sul campo di battaglia.¹⁴ Tuttavia, sostengo che gli intensi sforzi messi in atto dai VA per migliorare la gestione burocratica dei casi di mTBI tra la popolazione dei reduci non sia semplicemente un'estensione delle buone pratiche mediche nella cura dei soldati di ritorno dal fronte di guerra. Questa ipotesi è infatti messa a dura prova dal confronto diretto tra il modello di cura dei politraumatizzati di un VA e quello utilizzato per le stesse patologie negli ospedali civili statunitensi.

In medicina civile, chi è vittima di una lesione alla testa è generalmente visitato entro 48 ore dall'evento traumatico, come ad esempio dopo un incidente d'auto.¹⁵ Di solito un ferito di questo tipo arriva al pronto soccorso, dove il personale di medicina d'urgenza effettuerà una diagnosi di mTBI in assenza di sintomi che facciano pensare che il paziente sia in pericolo di vita. Al ferito sarà in genere consigliato di limitare gli sforzi e di ridurre lo stress emotivo e cognitivo per una settimana circa, in modo da consentire al cervello di migliorare la propria funzionalità e ai sintomi di scomparire. Nel caso in cui i sintomi persistano anche dopo due-tre settimane dall'evento traumatico, il paziente potrà decidere di essere esaminato da un neurologo o da un fisiatra esperto in medicina riabilitativa. Il paziente dovrebbe quindi essere monitorato e curato da questi specialisti se persistono sintomi di mTBI, ma è improbabile che il periodo di osservazione duri più di un anno. Le differenze sono quindi notevoli: negli ospedali civili non c'è l'obbligo di una valutazione di gruppo immediata, così come sono rari la diagnosi e il trattamento a lungo termine di una patologia mTBI a distanza di anni dopo l'evento che l'ha causata.

Dal confronto con le strutture civili emerge chiaramente che i VA presentano un'infrastruttura massiccia e un'enormità di pratiche burocratiche che il governo federale ha approntato per gestire queste diagnosi. Ci sarà sicuramente chi giudicherà queste procedure tardive o perfino paternalistiche, dato che nell'immediata prossimità dell'evento traumatico i militari non ricevettero quasi mai cure mirate (mi riferisco soprattutto ai primi anni delle missioni EF e IF). Infatti, la maggior parte dei reduci intervistati per questo studio hanno riferito di avere ricevuto valutazioni sommarie e cure minime al momento del trauma. Eppure, la gestione e la quantità degli investimenti federali per questi reparti per politraumatizzati suggeriscono anche una funzione politica e sociale di questa operazione. Questa profusione di cure per le patologie mTBI – potremmo dire sproporzionata rispetto a quanto avviene per i civili – assume una dimensione politica non soltanto se consideriamo che il governo federale è il motore di questa macchina clinica, ma anche se pensiamo ai significati che i medici delle cliniche per politraumatizzati attribuiscono alle esperienze civili e militari dei loro pazienti reduci. Mi occuperò di analizzare ciò nel paragrafo seguente.

Come i VA gestiscono il significato delle cure e promuovono la *self-governance*

Molti intellettuali, tra cui Michel Foucault, ma anche etnografi clinici e medici hanno riconosciuto i diversi modi in cui i luoghi di cura trasformano e influenzano i significati attribuiti alle malattie e agli stati di salute del corpo.¹⁶ L'ambulatorio medico, insieme alle pratiche diagnostiche e terapeutiche che avvengono tra quelle mura, producono sia conoscenza biomedica, sia modi diversi di comprendere e di relazionarsi con i significati attribuiti alle proprie condizioni fisiche.¹⁷ Eppure, i reparti per politraumatizzati non sono soltanto luoghi in cui si producono significati biomedici e si influenzano le soggettività dei pazienti. In quanto istituzioni nazionali e pubbliche, queste cliniche devono essere viste anche come luoghi in cui si amministra il potere statale e in cui si regola la gestione dei reduci feriti. Pertanto, le prestazioni offerte dai VA hanno una funzione intrinsecamente politica che si può comprendere osservando i vari tipi di significati presenti nelle parole che i medici usano quando parlano con i reduci affetti da mTBI.

Prendiamo in esame, per esempio, la seguente comunicazione avvenuta alla fine della prima visita, nel momento esatto in cui il medico presenta al veterano la propria diagnosi e spiega che impatto ha tutto ciò sui suoi problemi di salute passati e attuali.

Medico 1 a Veterano A: "Quindi è difficile fare una ricostruzione esatta tra la confusione, lo shock e lo spavento [quando le granate furono lanciate nella tua tenda] (...) ma è probabile che tu abbia avuto una lieve commozione cerebrale, che è la stessa cosa di una mTBI. Ci sono aspetti positivi e negativi, buone e cattive notizie. Non possiamo darti una pillola che ti riconnetta quei nervi più velocemente, ma sappi che si riconnetteranno prima o poi. Quindi, ci concentriamo sul trattamento dei sintomi".

In questa comunicazione il medico fornisce un modello biologico che presenta la TBI come il risultato di nervi che "si spezzano". Questo dottore pone l'accento sul passato quando osserva che il paziente "[ha avuto] una lieve commozione cerebrale, che è la stessa cosa di una mTBI". Questo serve a catalogare le TBI come diagnosi storiche, collocate nel passato del reduce, i cui effetti sono transitori perché i nervi "si riconnetteranno" in un lasso di tempo non specificato. Guarigione e pieno recupero sono definiti in questo dialogo come un processo inevitabile di riconnessione fra i neuroni che non richiede intervento medico.

Altre comunicazioni tra reduci e medici tendono similmente a identificare le mTBI subite in guerra come lesioni collocate nel passato e transitorie per quanto concerne i loro effetti sulla salute a lungo termine dei pazienti. Eppure, in queste discussioni sono proposte anche altre possibili cause dei sintomi di cui si lamentano i reduci.

Medico 1 a Veterano B: "Quindi ce l'hai avuta una commozione cerebrale? Credo che dovremmo dire di sì. Ma la buona notizia è che, anche se non esiste un farmaco che

possa guarire le cellule nervose, i nervi guariranno da soli. Negli studi in cui si mettono a confronto chi, a parità di sintomi, ha subito lesioni cerebrali e chi non ne ha avute, si è evidenziato che i sintomi di entrambi i gruppi migliorano sensibilmente con il tempo. Quindi ci aspettiamo che i sintomi come quelli che hai tu migliorino e, se ciò non accadesse, andremo a cercare altre ragioni mediche”.

Medico 2 a Veterano A: “Quindi sono sicuro che [il Medico 1] ti abbia parlato di queste lesioni cerebrali, e la buona notizia è che con questo tipo di mTBI non è che restino uccise un sacco di cellule cerebrali. È vero, magari non funzioneranno per un po’, ma non sono state uccise. Pertanto ci aspettiamo che col tempo queste lesioni cerebrali migliorino. Al momento, la spiegazione più semplice per i tuoi problemi di memoria è la carenza di sonno”.

Medico 2 a Veterano C: “Pare che tu abbia avuto una lesione cerebrale, probabilmente in una forma davvero lieve [durante la missione], ma non c’è modo di saperlo con certezza, ancora di più nel tuo caso, dato che non ci sono disturbi a lungo termine. A livello psicologico [la TBI che hai subito in combattimento e quella che hai subito da bambino] sono due cose diverse, ma dal punto di vista del cervello le conseguenze sono le stesse di quando avevi 12 anni. Io sono dell’idea che la maggior parte dei sintomi che lamenti riguardo [ai tuoi problemi di] memoria sia dovuta alla carenza di sonno”.

Questi e altri simili dialoghi clinici intercorsi tra un veterano di guerra e i membri dell’*équipe* medica per politraumatizzati suggeriscono che il danno permanente derivante da lesioni alla testa patite in combattimento si verifichi raramente. Questo significa che nel momento in cui si valutano le condizioni cliniche del veterano e si diagnostichi eventualmente una mTBI, il medico concepisce e parla della/e lesione/i subite alla testa nel passato come se avessero assai poca rilevanza rispetto ai sintomi che il militare accusa nella sua vita da civile.

Questi brevi stralci di dialoghi mostrano anche un’altra tendenza: alcuni medici tentano di dissuadere il paziente dall’attribuire determinati significati alle mTBI subite in guerra. Con questo mi riferisco ad alcuni sintomi fastidiosi che presentano i reduci, come problemi di memoria, irritabilità o deficit di concentrazione, situazioni che spesso i medici valutano come non derivanti dalle mTBI conseguite in guerra. Si noti inoltre come, nei dialoghi riportati, entrambi i medici attribuiscono questi disturbi ad “altre ragioni mediche” o a “problemi di sonno”. Nelle comunicazioni tra altri reduci e medici specialisti, i membri dell’*équipe* hanno anche individuato la causa di alcuni sintomi nella tipologia di addestramento militare ricevuto, tutto basato sullo sviluppo dell’attenzione e sull’allerta continua – abitudini assai difficili da disimparare una volta lasciato l’esercito. In conversazioni tra specialisti, i medici del reparto per politraumatizzati hanno mostrato la tendenza ad attribuire i sintomi e le difficoltà riferite dai reduci alla loro stessa costituzione psicologica – sottolineando possibili problematiche pregresse di PTSD, l’esposizione a traumi di guerra oppure un disagio mentale generalizzato. In altri casi ancora questi medici sono andati a scovare aspetti ancora più remoti della vita di questi pazienti, usando per esempio un deficit di apprendimento riscontrato in età infantile per spiegare i problemi attuali di un certo veterano.

In un primo momento queste spiegazioni sembrerebbero allinearsi al modello di cura delle mTBI usato per i civili, secondo cui i pazienti non ricevono prestazioni diagnostiche e terapeutiche a distanza di anni dall'infortunio. Tuttavia questi medici, nello spiegare aspetti medici ai pazienti durante la visita, fanno dichiarazioni che finiscono per contraddire la narrazione iniziale, secondo cui il cervello guarisce da solo e i sintomi svaniscono col tempo. Quando la discussione tra veterano e medico si sposta dagli eventi passati ai progetti per il futuro, i medici del VA sottolineano la necessità di evitare future lesioni alla testa. E questo appare evidente nei seguenti estratti:

Medico 1 a Veterano A: "E infine dobbiamo davvero evitare traumi ripetuti come quelli che capitano ai giocatori di football. Con la risonanza magnetica escluderemo eventuali lesioni strutturali [al cervello], quindi dobbiamo soltanto preoccuparci di ridurre il rischio che queste lesioni possano ripetersi, [per esempio] in incidenti con veicoli a motore. Quindi, in macchina, indossi la cintura di sicurezza? E ricordati che droghe e sostanze chimiche possono rovinare il cervello, anche se non è il tuo caso perché tu non fai uso [di queste sostanze]".

Medico 1 a Veterano D: "Guidi una quattro ruote o una motocicletta? Lo indossi, il casco? Quello che vogliamo veramente è evitare le lesioni alla testa. E vogliamo prestare attenzione a tutte le cose che possono fare male al cervello".

Nel parlare di prevenzione, il medico – il che è paradossale e contraddittorio – avverte i reduci dei rischi derivanti dall'incorrere nuovamente in lesioni alla testa, suggerendo la gravità dei danni che potrebbero derivare da ulteriori mTBI episodiche o ripetute. Questa enfasi sulla pericolosità di possibili lesioni future, e sulla necessità di adottare comportamenti e stili di vita atti a ridurre al minimo il rischio, contraddice il precedente tentativo del medico di definire le mTBI subite in guerra come stati transitori senza conseguenze a lungo termine. Il messaggio fornito in precedenza, cioè quello che i sintomi attuali non siano attribuibili alle ferite alla testa – ricevute in guerra o da bambini poco cambia – è in netto contrasto con questo secondo messaggio, secondo il quale eventuali mTBI future potrebbero portare a un'infermità a lungo termine e a un peggioramento dei sintomi. Nonostante molti dei reduci visitati nel VA avessero subito più di un trauma cerebrale minore in missione e/o durante l'infanzia, le contraddizioni presenti nei significati attribuiti a una mTBI e nel rapporto tra l'evento traumatico passato e i sintomi attuali passano inosservate all'interno di queste interazioni cliniche.

Nel loro insieme, questi scambi verbali dimostrano come i medici del VA costruiscano un modello e una percezione delle mTBI che hanno lo scopo di normalizzare, gestire e contenere gli effetti di queste ferite riportate in guerra. Per un verso, questi sforzi possono essere interpretati come un tentativo di alleggerire le preoccupazioni dei reduci, ridurre gli effetti dello stigma sociale associato a questo tipo di disturbi e prevenire potenziali disabilità future fra i reduci. Tuttavia, avanzo l'ipotesi che queste comunicazioni possano anche essere lette come tentativi di stemperare le ansie della gente e la paura che la guerra lasci segni permanenti non soltanto sul corpo del soldato, ma anche sul corpo politico del Paese.

L'analisi visiva effettuata da Paul Achter¹⁸ sulle immagini commissionate dal governo statunitense che ritraggono reduci resi disabili dalle missioni EF e IF fornisce un interessante parallelo alla mia lettura degli obiettivi delle comunicazioni cliniche che ho esaminato. In queste foto e immagini Achter osserva il modo in cui i reduci con menomazioni importanti, come amputazioni o gravi ustioni, siano immortalati mentre compiono gesti atletici o eroici, al fine di trasmettere agli spettatori il messaggio secondo cui i reduci disabili sono in grado di riprendersi dopo un incidente catastrofico in guerra e condurre vite da uomini normali, per non dire da superuomini. Queste immagini, quindi, così come le comunicazioni cliniche sopra riportate, rappresentano un tentativo di domare gli effetti devastanti della guerra suggerendo che le ferite ricevute in battaglia sono transitorie e che la guarigione e il ritorno a una vita civile idealizzata è realizzabile, se non inevitabile, sia per il soldato che per la società.

Codificando le patologie mTBI come passate, transitorie e sanabili, i medici tentano di pilotare i significati attribuiti alle missioni EF e IF controllando quelli attribuiti a una delle malattie più tipiche di questi conflitti. Eppure, osservando le pratiche cliniche messe in atto quotidianamente nei reparti per politraumatizzati, si capisce come il governo si stia sforzando di gestire e di dare un ordine alle patologie 'disordinate' prodotte da queste guerre. Quando si attribuisce l'attuale sofferenza del reduce ad altre patologie o alle caratteristiche individuali del veterano stesso, è evidente la volontà medica di spostare la responsabilità dei disturbi del paziente dalle azioni belliche esplicite e pubbliche del governo in Iraq e Afghanistan alla sfera intima e privata del veterano e alle sue peculiarità fisiche e psicologiche.

Questo è ancora più chiaro nel momento in cui il medico chiede al veterano di non esporsi a rischi futuri di nuove mTBI: si passa ancora dalla *governance* dello Stato a quella di se stessi, alla cosiddetta *self-governance*, rendendo i pazienti responsabili delle proprie cure, attuali e future, e della vigilanza sulle patologie causate dalla guerra. Nei dialoghi riportati emerge il tentativo dello Stato di ridurre al minimo non soltanto le proprie responsabilità riguardo alla cura ma anche riguardo alla vita futura dei reduci, dal momento che si chiede loro di rendersi attivi in prima persona nel salvaguardare il proprio benessere.

Discussione finale: il VA e la gestione delle conseguenze della guerra

In questo articolo ho parlato di come il VA, in quanto prolungamento dello Stato e istituzione burocratica, decida il modo in cui i reduci debbano essere curati e metta in atto una politica di cura ben precisa, o quanto meno ne negozi alcuni aspetti. In quanto tale, il modello di cura destinato ai politraumatizzati di un VA detta legge su tutte le cure fornite ai reduci delle missioni EF e IF. Nello specifico, ho cercato di dimostrare cosa intendo per 'politica di cura' mettendo in luce i dettagli della burocrazia quotidiana che rendono unico il modo di curare i reduci di Iraq e Afghanistan, così come i significati strategici assegnati alle patologie mTBI. Le

rappresentazioni culturali e popolari che si concentrano sui fallimenti delle cure invece di analizzare come i reduci sono assistiti perdono di vista il quadro più ampio dei bisogni sociali, dei desideri culturali e degli obiettivi politici nascosti nelle pieghe di queste pratiche burocratiche. Ben distante dall'immagine di negligenza tanto enfatizzata dai media popolari, la macchina clinica messa in piedi dai VA è un modello altamente coordinato e intensivo di assistenza sanitaria, che promuove specifiche logiche di *governance*, di cittadinanza e di responsabilità dello Stato.

Come ho sostenuto nella mia analisi, l'organizzazione dell'assistenza ai reduci tornati in patria è intimamente legata alle aspettative che la popolazione statunitense nutre sul come ci si dovrebbe occupare dei propri connazionali reduci. Gli imperativi sociali e gli obblighi morali verso i reduci sono importanti quanto le preoccupazioni dell'opinione pubblica sugli effetti della guerra. Per un certo verso, le cure offerte nei VA – e nello specifico la valutazione, la diagnosi e la gestione delle patologie mTBI – parrebbero rispondere all'obbligo morale che le istituzioni e la società civile sentono di avere nei confronti dei soldati combattenti. Di come i VA onorino quest'obbligo, tra l'altro, si parla spesso nella retorica nazionale e negli slogan patriottici che enfatizzano il ruolo del soldato come protettore delle libertà civili, nonché gli onori che gli spettano quando si sacrifica per il Paese.

Eppure, nell'illustrare i significati specifici attribuiti ai casi di mTBI nelle comunicazioni cliniche tra medici e pazienti, ho anche ipotizzato che, al di là dell'obbligo morale di fornire assistenza ai reduci, gli Stati Uniti stiano cercando un modo per soddisfare il desiderio culturale e politico di 'domare' e normalizzare le conseguenze della guerra. Definendo come transitoria e appartenente al passato la lesione più caratteristica delle missioni EF e IF, gli sforzi dei medici di ridurre al minimo le malattie simulate e di stemperare le paure dei reduci possono anche essere letti come sforzi del governo di trasmettere un messaggio pubblico costruito sull'immagine del corpo resiliente del paziente – *sineddoche* del corpo resiliente dello Stato dopo quindici anni di guerre. In questo modo, i VA diventano un luogo chiave in cui il governo degli Stati Uniti si prende cura dei reduci e forma parte di quello che io definisco un 'complesso post-bellico', ovvero un sistema il cui scopo è gestire gli effetti della guerra sia per il governo federale sia per la società statunitense.

Molti hanno scritto sull'apparato di guerra degli USA e sul cosiddetto 'complesso militare-industriale', focalizzandosi su quelle condizioni e su quegli imperativi sociali, politici ed economici che fanno della guerra un evento regolare e frequente nella società americana. Tuttavia, meno attenzione è stata rivolta a quelle istituzioni e a quelle caratteristiche strutturali della società statunitense che tentano di domare gli effetti della guerra e chi ha combattuto in essa. Il concetto stesso di complesso post-bellico fa riferimento alle istituzioni educative, professionali, mediche, sociali e familiari che gestiscono le conseguenze e gli effetti delle guerre e che sostengono chi a quelle guerre ha preso parte. In aggiunta al sistema clinico dei VA e alle prestazioni sanitarie fornite ai reduci per tutta la vita, questo complesso post-bellico è anche visibile in molte altre iniziative: il programma GI, che finanzia ai reduci gli studi universitari; i programmi di riabilitazione professionale sponsorizzati dal governo, che insegnano agli ex militari un lavoro da civili; le agevolazioni fiscali e gli incentivi sull'acquisto o sull'affitto di una casa per chi

ha servito la patria; organizzazioni non governative come i Wounded Warrior, che raccolgono fondi per i mutilati di guerra ed educano la popolazione a una maggiore consapevolezza su questo tema; e, infine, tutte le manifestazioni di patriottismo che celebrano come eroici i corpi feriti dei soldati, si tratti di parate in occasione delle feste nazionali, di storie di soldati/reduci raccontate in televisione o di film di Hollywood. Nel loro insieme, pertanto, il complesso militare-industriale e quello post-bellico rendono appetibili e ammissibili i continui investimenti in missioni militari collegando l'impeto di fare la guerra con sistemi e istituzioni create per gestirne le conseguenze mortali e invalidanti.

La mia trattazione potrebbe concludersi qui. Tuttavia, le pratiche cliniche e i significati attribuiti alle patologie mTBI suggeriscono un'ultima riflessione. I messaggi contraddittori forniti dai medici circa i significati delle mTBI, combinati con la promozione della responsabilità individuale del veterano sugli esiti delle cure in corso e sulla prevenzione di eventuali future disabilità, suggeriscono una promozione dell'individualismo e della *self-governance* che è fin troppo presente nelle forme neoliberiste di gestione dell'assistenza sanitaria civile e di molti altri aspetti della società statunitense. Vediamo quindi che anche nell'erogare un servizio sociale e morale, quale è l'assistenza sanitaria ai reduci, il potere dello Stato assume forme e significati che sottolineano una visione neoliberista del concetto di cittadinanza e che spostano la responsabilità dallo Stato all'individuo, in un'azione di continuo smantellamento del welfare. Quando questa tendenza si combina con una rinnovata pressione politica volta a privatizzare l'intero sistema di assistenza sanitaria ai reduci, anche il futuro del modello di cura che ho qui illustrato sembra legato a quell'incertezza di cui sono intrisi i progetti di vita dei reduci delle missioni IF e EF che continuano a combattere con le mTBI che hanno subito in guerra.

NOTE

* Jennifer L. Baldwin studia Medicina ed è al contempo dottoranda in Medical Anthropology presso il Medical Scholars Program della University of Illinois in Champaign-Urbana, Illinois. Ha un MA in Cultural Anthropology and Public Health. Il suo progetto di tesi dottorale è sostenuto dalla National Science Foundation e indaga le modalità attraverso cui i reduci, i medici e i neuroscienziati americani descrivono l'esperienza dei traumi di guerra in relazione al crescente interesse neuroscientifico nei confronti dello stress post-traumatico e dei danni cerebrali traumatici minori, nonché alla sorveglianza governativa cui questi fenomeni sono sottoposti. I suoi interessi di ricerca si concentrano sulla formazione della conoscenza clinica e scientifica, sulla cittadinanza biopolitica e biologica, sulla teoria del trauma, sulla comprensione antropologica del corpo e della violenza.

1 Brandt, Allan M., *The Cigarette Century: The Rise, Fall, and Deadly Persistence of the Product That Defined America*, Basic Books, New York 2007.

2 Si veda Dana Priest e Anne Hull, *Soldiers Face Neglect, Frustration At Army's Top Medical Facility*, "Washington Post", 18 febbraio 2007 [<http://www.washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2007/02/17/AR2007021701172.html>]. Ultimo accesso 16 agosto 2016].

3 Si veda Scott Bronstein e Drew Griffen, "A Fatal Wait: Veterans Languish and Die on a VA Hospital's Secret List", *CNN*, 23 aprile 2014 [<http://www.cnn.com/2014/04/23/health/veterans-dying-health-care-delays/>]. Ultimo accesso 16 agosto 2016].

4 Esempi al riguardo sono il personaggio di Owen Hunt in *Grey's Anatomy* e quello di Seeley Booth in *Bones*.

5 Sia da antropologa medica che da studentessa di medicina ho utilizzato le mie esperienze di osservazione auto-etnografica anche in un secondo centro medico VA tra gli anni 2009 e 2011. In entrambi gli ospedali ho osservato le valutazioni cliniche e le conversazioni tra i reduci e un team interdisciplinare di operatori sanitari specializzati in salute mentale e nella cura dei traumi cerebrali.

6 Miriam I. Ticktin, *I. Casualties of Care: Immigration and the Politics of Humanitarianism in France*, University of California Press, Berkeley 2011.

7 Il sistema ospedaliero gestito dai VA fa parte della rete pubblica di cura che fornisce assistenza sanitaria ai reduci USA in pensione e ai riservisti in servizio attivo. Questa rete di assistenza sanitaria, che fa capo al Dipartimento della Difesa, comprende i VA e serve 1,34 milioni di soldati americani in servizio attivo e le loro famiglie negli Stati Uniti e nelle basi militari americane sparse per il mondo. Cardine del sistema federale di cura dei soldati in pensione, il VA è tenuto a fornire assistenza sanitaria completa ai reduci per i primi cinque anni dopo il loro ritiro da un qualsiasi corpo delle forze armate statunitensi. I reduci che soffrono di malattie croniche legate al loro servizio ricevono assistenza gratuita a vita. Dei 8,9 milioni di reduci ammissibili ai servizi di VA, nel 2015 i VA hanno curato 6,7 milioni di pazienti (US Department of Veterans Affairs (A) 2016). Lo scorso anno, su suolo americano, i VA hanno avuto 900mila pazienti ricoverati e hanno fornito 101,6 milioni di visite ambulatoriali. Il sistema di VA è costituito da 152 ospedali e da 1400 ambulatori "di comunità" (CBOC). Questi ultimi sono centri sociali e ambulatoriali di prossimità dove i reduci possono ricevere assistenza e trattamento anche per problemi mentali e abuso di sostanze stupefacenti. I CBOC offrono anche letti per i reduci senzattetto (US Department of Veterans Affairs (B) 2016). Principalmente, i fondi necessari alla gestione e ai servizi dei VA provengono da voci del bilancio federale determinate da stanziamenti approvati dal Congresso; il bilancio 2017 deciso dall'amministrazione Obama stanZIA 182,3 miliardi di dollari per i VA, di cui 78,7 miliardi sono di risorse discrezionali e 103,6 miliardi per il finanziamento obbligatorio (US Department of Veterans Affairs (A) 2016). Nel 2015 il costo netto delle operazioni per i VA è stato di 170 miliardi. La supervisione dei VA fa capo alle Commissioni per gli Affari dei Reduci, presenti sia al Senato che alla Camera dei Rappresentanti. La responsabilità politica è in capo a Robert A. McDonald, Segretario ai Veterans Affairs nell'amministrazione Obama.

8 Si vedano Michel Foucault, *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, Pantheon Books, New York 1973; Marc Berg e Annemarie Mol, *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*, Duke, Durham (NC) 1998; Annemarie Mol e Marc Berg, *Principles and Practices of Medicine: The Co-existence of Various Anemias*, "Culture, Medicine and Psychiatry", 18 (1994), pp. 247-65.

9 Si stima che circa 320mila soldati statunitensi (il 19,5 % del totale dei soldati impiegati) abbia patito lesioni alla testa di livello lieve (mTBI) e si stima che circa 300mila soldati soffrano di patologie PTSD dopo avere prestato servizio in Iraq o in Afghanistan. A questo proposito si vedano Terri Tanielian e Lisa H. Jaycox, a cura di, *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*, RAND Corporation, Santa Monica (CA) 2008; Carole Roth, *Mechanisms and Sequelae of Blast Injuries*, "Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders", ottobre (2007), pp. 20-24. Tali tipi di lesioni traumatiche rendono difficile il ritorno alla vita civile, il pieno recupero fisico e le normali attività sociali, professionali ed emotive dei reduci e delle loro famiglie. Tra coloro che presentano patologie mTBI e/o PTSD risultano tassi allarmanti di suicidi, episodi di violenza, problemi coniugali e relazionali e disturbi emotivi tali da avere suscitato la preoccupazione del Dipartimento della Difesa, dei VA e di parte dell'opinione pubblica. A tal proposito si veda Barbara Sigford, "Subcommittee on Health, House Committee of Veterans' Affairs" [<http://veterans.house.gov/hearings/hearing.aspx?NewsID=12>]. Ultimo accesso 11 aprile 2008].

10 Nei conflitti precedenti, le lesioni cerebrali patite dai soldati erano studiate prendendo

come riferimento meccanismi di lesioni "classiche" quali quelle associate a incidenti stradali e a sport di forte contatto fisico come la boxe e il football. A tal proposito si vedano C.W. Hoge, D. McGurk, J.L. Thomas, A. L. Cox, C.E. Engel e C.A. Castro, *Mild Traumatic Brain Injury in U.S. Soldiers Returning from Iraq*, "New England Journal of Medicine", 358 (2008), pp. 453-463; J.V. Rosenfeld e N. L. Ford, *Bomb Blast, Mild Traumatic Injury and Psychiatric Morbidity: A Review*, "Injury" 41 (2010), pp. 437-443 [Ultimo accesso 20 gennaio 2016, doi: 10.1016]. È stato altresì ipotizzato che la diversa natura degli ambienti di conflitto in Iraq e in Afghanistan, caratterizzati da attentati suicidi e IED, abbiano portato a un forte aumento delle lesioni cerebrali traumatiche. Si vedano anche A.I. Schneiderman, E.R. Braver e H.K. Kang, *Understanding Sequelae of Injury Mechanisms and Mild Traumatic Brain Injury Incurred during the Conflicts in Iraq and Afghanistan: Persistent Postconcussive Symptoms and Posttraumatic Stress Disorder*, "American Journal of Epidemiology", 167 (2008), pp. 1446-52; G.A. Elder e A. Cristian, *Blast-Related Mild Traumatic Brain Injury: Mechanisms of Injury and Impact on Clinical Care*, "Mount Sinai Journal of Medicine", 76 (2009), pp. 111-18.

11 Si veda Barbara Sigford, "Subcommittee on Health, House Committee of Veterans' Affairs" [<http://veterans.house.gov/hearings/hearing.aspx?NewsID=12>. Ultimo accesso 11 aprile 2008].

12 La maggior parte delle cliniche per politraumatizzati sono gestite da un team composto da medici generali, specialisti in terapia riabilitativa, psichiatri, neuropsicologi, logopedisti, assistenti sociali, manager sanitari e infermieri specializzati. Nel VA che ho preso in esame questa squadra clinica comprendeva anche più medici e più manager sanitari oltre a uno psicologo e a un fisioterapista. Per tali ragioni e per proteggere l'identità dei partecipanti alla ricerca clinica in questo studio, uso solitamente il termine generico "medico" per riferirmi a tutti i membri del team sanitario. A seconda della popolazione di pazienti di ogni ospedale VA, queste visite si tengono da uno a tre pomeriggi a settimana. Nell'ospedale dove ho svolto la mia osservazione etnografica una settimana tipica comprendeva tre pomeriggi di visite, in cui questo team interdisciplinare di assistenza ruotava su tre pazienti esaminati. Ciò significa che in un anno questo VA ha garantito circa 450 visite riguardanti mTBI. E di queste visite, circa 300 reduci erano stati visti per nuove valutazioni, mentre un terzo degli appuntamenti riguardava nuove diagnosi di mTBI.

13 Quella dei trenta giorni è diventata una sorta di politica nazionale dei VA. Nell'intento di velocizzare i processi di diagnosi e cura, il governo federale ha previsto un bonus economico ai direttori medici di ogni clinica VA se questi riescono a garantire una visita specialistica a ogni veterano entro trenta giorni dalla loro prima diagnosi. Tuttavia, i membri del team per politraumatizzati che ho intervistato ritengono che questo sia un compito quasi impossibile, poiché l'amministrazione centrale sembra non avere preso in considerazione le necessità di programmazione legate ai picchi di affluenza (che potrebbero estendersi oltre i trenta giorni), i reduci che non rispondono alle convocazioni e quelli che non danno seguito al primo appuntamento. Come ha dichiarato il capo dell'équipe di questo reparto per traumatizzati, "non ho mai considerato il bonus di stipendio come un obiettivo possibile, perché in realtà non c'è alcun modo per garantire che si riesca a controllare ciò che i reduci fanno".

14 Jon Hamilton, "How A Team Of Elite Doctors Changed The Military's Stance On Brain Trauma," NPR, 10 giugno 2016 [<http://www.npr.org/sections/health-shots/2016/06/10/481568316/how-a-team-of-elite-doctors-changed-the-military-s-stance-on-brain-trauma>. Ultimo accesso 16 agosto 2016].

15 Questa descrizione della gestione delle mTBI negli ospedali civili degli Stati Uniti si basa sulla mia formazione clinica, così come sulle conversazioni con un neurologo che tratta casi di mTBI in una piccola città del Midwest, nonché sui racconti di un ricercatore e psichiatra che si occupa di mTBI in un importante centro medico urbano del Midwest.

16 Si vedano Michel Foucault, *The Birth of the Clinic; an Archaeology of Medical Perception*, Pantheon Books, New York 1973; Byron Good, "How Medicine Constructs Its Objects", in *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective*, Cambridge UP, Cambridge (UK) 1994, pp. 65-87; Ian Hacking, "Making Up People", in *The Science Studies Reader*, a cura di Mario Biagioli, Routledge, New York 1986, pp. 161-71; Annemarie Mol, *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Duke, Durham (NC) 2002.

17 Si veda Shelley Tremain, "Foucault, Governmentality, and Critical Disability Theory", in *Fou-*

GLI STATI UNITI E LE GUERRE DEL NUOVO MILLENNIO

cault and the Government of Disability, a cura di Shelley Tremain, University of Michigan, Ann Harbor (MI) 2006, pp. 1-25.

18 Achter, Paul, *Unruly Bodies: The Rhetorical Domestication of Twenty-First-Century Veterans of War*, "Quarterly Journal of Speech", 96 (2010), pp. 46-68.