

Il farmaco come oggetto d'uso tra quotidianità e corporeità

Silvia Pizzocaro

Dipartimento di Design, Politecnico di Milano, Milano, IT
silvia.pizzocaro@polimi.it

Antonella Penati

Dipartimento di Design, Politecnico di Milano, Milano, IT
antonella.penati@polimi.it

Abstract

This essay offers the reader a series of reflections on medicines as technical objects, objects of use, and artefacts coping with the corporeality of the patient as a user. Since the intent here is not to propose or validate a theory, medications are mainly devoted descriptive attention, along with an effort to render practical scenes and problematize and advocate awareness for the relevance of user-centredness. Intended as a theoretical contribution that highlights some critical issues concerning user-related factors for the in-home medication management, its contents mainly review some consolidated literature from the anthropology of medications.

Key Words

Person-centred design; Medications; Corporeality; Artefacts; Everyday objects

Contents

1. Introduzione
2. Il principio attivo *prende* forma: solida, liquida, gassosa
3. Farmaci come oggetti d'uso
4. Addomesticazione delle pratiche di cura
5. Il dispensario domestico: medicine tra le cose di casa
6. Fenomenologie dell'errore
7. Dalla parte dell'utente, tra *routine* e rito
8. Direzioni inquisitive
- 8.1. Corporeità della cura
- 8.2. Merceologia della cura
- 8.3. Frugalità della cura
9. Conclusioni
- Bibliografia

1. Introduzione

I farmaci sono “materia medica” (van der Geest *et al.* 1996: 154), termine antiquato per ricordare che le medicine sono cose materiali (cfr. Reynolds Whyte *et al.* 2002: 3).

Com'è noto, i farmaci possono essere sia benefici che nocivi. L'ambiguità dell'effetto medicinale è evidente nella derivazione dalla parola greca *pharmakon*, veleno. Lo sviluppo della tossicologia è del resto intimamente legato alla farmacologia e gli effetti potenzialmente nocivi dei farmaci sono un ambito chiave nella tradizione biomedica (Reynolds Whyte *et al.* 2002: 6). Questa è la ragione per cui, in sintesi, la parola farmaco meglio andrebbe intesa non strettamente nei supposti effetti curativi ma come «qualsiasi sostanza che determina nell'organismo cambiamenti funzionali» (Caprino 2011: 9).

Non solo le medicine sono cose, ma il senso del loro potere è riconoscibile nella loro concretezza (van der Geest *et al.* 1996: 154). Nell'esperienza comune le medicine sono oggetti tangibili, usabili in modo concreto: per il loro tramite lo stato di un paziente si trasforma in qualcosa di altrettanto concreto, verso cui indirizzare gli sforzi per la cura e per la guarigione (van der Geest *et al.* 1996: 154). Le medicine sono «poteri curativi che si cristallizzano, attraverso una qualche forma di magia alchimica, in merci tangibili» (Connor 2014: 163 tr. it.).

I farmaci possono essere interpretati in termini di associazioni metaforiche e metonimiche poiché «rendono la percezione della malattia come qualcosa di tangibile, che può essere manipolato»¹ (van der Geest e Reynolds Whyte 1989: 346). I farmaci sono inoltre oggetti sociali (Desclaux e Lévy 2003: 5), esiti della cultura (o delle culture) medica e biomedica che li produce e delle culture sociali, contro-culture, sotto-culture, culture alternative che li accompagnano.

I medicinali possiedono un evidente tratto merceologico, ma allo stesso tempo sono oggetti personali, parte del corpo, inghiottiti, assorbiti, somministrati ai corpi (Reynolds Whyte *et al.* 2002: 3). Si osserva che «in quanto cose i farmaci possono essere scambiati tra gli attori sociali, oggettificano i significati, si spostano da un campo di senso all'altro. Sono merci con significato economico e risorse con valenza politica. Soprattutto sono simboli potenti e emblemi di speranza per le persone in difficoltà» (Reynolds Whyte *et al.* 2002: 5).²

L'approccio dell'antropologia medica³ alla questione del loro consumo ha consentito di tracciare schemi di comportamento che per un verso possono in-

¹ [T.d.A.]

² [T.d.A.]

³ L'antropologia medica articola molte correnti e su queste si innesta la proposta di un'antropologia dei farmaci (van der Geest *et al.* 1996). Un inventario sommario (si vedano Desclaux e Lévy 2003: 6) in particolare distingue: l'ecologia medica, incardinata sulle relazioni complesse tra sistemi ecologici, salute, malattia e evoluzione umana; l'etno-medicina, che tratta delle costruzioni socio-culturali della malattia e dei sistemi di guarigione; l'antropologia medica applicata, che analizza le politiche della salute, la prevenzione e le strategie d'intervento al fine di ottimizzarle; la socio-antropologia che si occupa di ruoli, differenze, ineguaglianze e usi sociali costruiti intorno alla malattia; l'antropologia politica della salute che analizza i fatti di salute e malattia nei termini del rapporto con il potere economico e politico; l'antropologia medica critica, che affronta la biomedicina come produzione culturale; l'etno-farmacologia, che studia la costruzione culturale dei rimedi medicinali, articolandola con l'analisi farmacologica dei prodotti utilizzati.

scriversi nei modelli culturali delle diverse società e per l'altro parlano di pratiche largamente comuni, se non addirittura universali (cfr. Fainzang 2005). Sia che vi si leggano alcuni stereotipi dell'universalità dei comportamenti o invece i condizionamenti della diversità culturale e degli individui, l'uso delle medicine è comunque costruito da logiche e guidato da meccanismi che possono sfuggire la razionalità medica in senso stretto (cfr. Fainzang 2005), tra i quali le pratiche di consumo cumulativo o, all'inverso, di astensione dai farmaci; la gestione arbitraria delle posologie; la percezione variabile e soggettiva delle modificazioni che le sostanze assunte possono provocare, o infine la reticenza, resistenza o il rifiuto di assunzione a fronte di determinati farmaci.

Intesi convenzionalmente come prodotti industriali ottenuti sulla base di principi scientifici derivati da biologia, biomedicina e chimica farmaceutica, i farmaci sono al contempo «oggetti saturi di senso, e molto ambivalenti» (Desclaux e Lévy 2003: 5), «oggetti tecnici» (cfr. Akrich 1996) e «forme medicamentose» (*formes médicamenteuses* in Akrich 1995: 142).



Figure 1 e 1 bis. Con “forme” del farmaco si può intendere l'insieme sia del contenuto che delle proprietà formali dei contenitori del medicamento, compresi i dispositivi ausiliari come per esempio dosatori, erogatori, strumenti di misurazione, di porzionamento, di regolazione, di conservazione.

Il senso del farmaco come «oggetto tecnico» è del resto esplicitato dall'evidenza delle relazioni tra caratteristiche materiali e forme d'uso associate (Akrieh 1996: 135). Quindi parliamo di oggetti concreti, «talvolta prosaici, integrati nello spazio privato e nel tempo quotidiano, che sembrano giustificati da un'efficacia materiale sui corpi che sfugge in gran parte alla consapevolezza di chi li consuma»⁴ (Desclaux e Lévy 2003: 5).

Con l'espressione “forme” dei farmaci qui intenderemo in particolare l'insieme delle caratteristiche materiali della sostanza del prodotto, inclusi i dispositivi ausiliari che ne consentono l'assunzione (tra cui dosatori, erogatori, contenitori, strumenti di misurazione, di regolazione, di conservazione) (Akrieh 1995: 142).

La forma dei contenitori o dei dispositivi di erogazione (fig. 1 e 1 bis) – in sé estranei all'efficacia terapeutica del principio farmacologico – può costituirne parte integrante, condizionando l'efficacia del risultato terapeutico finale attraverso la corretta assunzione o somministrazione. L'effetto complessivo del farmaco dipenderebbe pertanto dal suo principio scientifico ma anche dalle modalità – diremmo le tecniche, i modi d'uso, potenziali o effettivi – della sua erogazione e assunzione, modalità elementari, intuitive o, al contrario, sofisticate e ipertecnologiche, modalità che investono la natura dei farmaci come cose (van der Geest e Reynolds Whyte 1989: 345).

Sul piano delle tipologie dei preparati, vale a dire pillole, capsule, compresse, liquidi somministrabili, iniettabili, inalabili, polveri, granulati, gel, olii, paste, sciroppi, i medicinali si mantengono relativamente tradizionali nonostante il continuo avanzamento scientifico dei principi farmacologici attinenti (cfr. Penati et al. 2020).



Figura 2. Formato di capsula. La forma di un farmaco come *oggetto primo* implica un archetipo iniziale suscettibile di successive evoluzioni, modellabile su progressivi bisogni e pratiche d'uso.

Si tratta di tipologie che, pur in presenza di innovazioni commerciali continue, in larga misura potremmo assumere come «oggetti primi» nell'accezione di George Kubler (1976: 51 tr. it.), in questo caso oggetti-sostanza (fig. 2) che assomigliano ai numeri primi della matematica, oggetti che possono essere considerati quelli da cui derivare le discendenze, archetipi iniziali da cui origina una tipologia, pertanto suscettibili di successive evoluzioni e modellabili sui progressivi bisogni e pratiche d'uso.

⁴ [T.d.A.]

2. Il principio attivo prende forma: solida, liquida, gassosa

Le specialità medicinali industriali si presentano oggi in una molteplicità di forme farmaceutiche solide, semisolide, liquide e gassose (vedi Colombo e Vidale 2015).

La tipologia con cui vengono messe in commercio è definita dal principio attivo che si concretizza in soluzioni che variano dalle compresse alle capsule (fig. 3), dalle polveri ai granulati, dai gel alle paste, dagli sciroppi ai liquidi, assumibili, iniettabili, inalabili, etc. Uno stesso principio attivo può dar luogo a forme farmaceutiche diverse in rapporto al dosaggio richiesto, alle difficoltà di assunzione da parte del malato, al fatto che sia un farmaco ad uso ospedaliero o domestico.

Le comuni forme farmaceutiche solide vengono assunte, in molti casi, per via orale (si veda un sommario per esempio in Colombo e Vidale 2015). Possono essere pillole (il preparato sferico contenente eccipienti e sostanze mediche), capsule (dove granuli, polveri o soluzioni sono contenuti in due cilindri ad incastro), compresse (con principio attivo ed eccipienti in polvere compressi per ottenere un medicinale compatto con forme diverse), *cachet* (con principio attivo ed eccipienti contenuti tra due cialde una sopra l'altra), granuli (di forme e dimensioni diverse, che possono essere assunti sciogliendoli in acqua o racchiusi in capsule), confetti (ovvero compresse rivestite da una sottile pellicola di zucchero per mascherare odori o sapori sgradevoli, nonché proteggere il farmaco dall'umidità e dalla luce), polveri (risultanti dalla triturazione del principio attivo e degli eccipienti contenuti nella formula farmaceutica).

Nella categoria dei principali farmaci semisolidi rientrano le creme, i gel (ricchi di acqua e che agiscono più in profondità), oppure sostanze topiche destinate ad essere assunte per contatto con la pelle.

Le più frequenti sostanze liquide possono essere somministrate per uso orale, o mediante iniezioni, o per frizionamento sulla pelle: comprendono per esempio gli sciroppi (ovvero soluzioni zuccherine sciolte in acqua e pronte all'uso), soluzioni (con principi attivi disciolti in un liquido soluzione come acqua, olio o alcool), emulsioni (quando due liquidi non mescolabili tra loro sono tenuti separati nella confezione e devono essere agitati prima dell'uso), sospensioni/lozioni (ovvero preparati in polvere non solubile, sospesi in una soluzione liquida agitata prima dell'uso).

Infine, come sostanze gassose, i medicinali possono essere inalati nell'organismo, sia come spray (con il principio attivo disperso in soluzioni o sospensioni e poi inalato in forma gassosa) che come aerosol (preparati in forma liquida che vengono inalati).

Senza esaurire l'elenco dei tipi (ed omettendo *in toto* le categorie dei più avanzati farmaci biotecnologici), per interesse d'inventario dei formati desueti aggiungeremmo macerazioni, decotti, unguenti, tinture, balsami, elisir, linimenti, embrocazioni, sublimati, dalle risonanze più alchemiche che scientifiche (Connor 2014: 162 tr. it.).

Ogni forma farmaceutica può inoltre rispondere alla necessità di essere esposta (prima di essere venduta) e poi di essere protetta e conservata; richiede di mantenere stabile il principio attivo; di considerare le modalità di som-

ministrare più adeguate e le difficoltà fisiche e percettive dell'utilizzatore; di esprimere tratti identitari tali da rendersi riconoscibile anche quando si presenta in forma sfusa.



Figura 3. I preparati per uso orale nella forma di pillole, pasticche, capsule, globuli, compresse risalgono all'antichità: gli Egizi riducevano in polvere ingredienti curativi derivati dalle piante per realizzare composti in forma di piccole sfere (cfr. Anderson 2005).

L'aspetto finale che assume il farmaco, pur dipendente dalla sua composizione chimico-fisica, fornisce anche – o meglio dovrebbe fornire – importanti informazioni sulla via di assunzione, e anche sulle modalità di azione che dovrebbero puntare dritte al cuore del problema: Connor osserva che «La collosità dello sciroppo per la tosse è un campione e una promessa dell'azione che eserciterà sulla vostra gola. L'adesività di un cerotto, unita a quel piccolo cuscinetto di potere curativo isolato nel mezzo, annuncia chiaramente le funzioni del sigillare, del sostenere e dell'impregnare che esso andrà a compiere» (2014: 162 tr. it.).

Per contro, la maggior parte dei formati tengono nascosto il segreto della loro azione, dotati come sono di una forma fisica priva di qualità, neutra, universale, sorta di matematizzazione della dose precisa predeterminata – la pillola tra tutti – che nulla rivela (Connor 2014: 162 tr. it.).

Certo, si può affermare che il farmaco contemporaneo è *oggettivato* attraverso il confezionamento e possa quindi rientrare in quella categoria di prodotti che necessitano di una mediazione protesica per assumere una forma propria, un'identità, una maneggiabilità che ne consentono l'uso (cfr. Anceschi e Bucchetti 1998; Pareek e Kunteta 2014). In questo senso il farmaco non rappresenterebbe certo un caso peculiare (cfr. Penati et al. 2020). È frequente che sostanze informi assumano la natura di oggetto tramite la relativa confezione: nel caso di polveri, olii, creme, detersivi, profumi, deodoranti, ci si trova spesso di fronte al ricorso a soluzioni progettuali del *contenitore* tese a conferire tratti identitari al *contenuto* attraverso morfologie e effetti sensoriali (tra cui colori, sapori, aromi, effetti tattili).

3. Farmaci come oggetti d'uso

Nei limiti delle discipline progettuali che danno forma, identità e senso ai prodotti e alle merci (che qui circoscriviamo alle specializzazioni del design di prodotto, del design della comunicazione, degli studi ergonomici e semiotici), l'ambito del design dei farmaci è certo specificamente anche se solo in parte esplorato.

Con ispirazione ad un approccio al sintagma degli oggetti domestici (cfr. Beyaert-Geslin 2012), vorremmo portare l'attenzione ai farmaci come oggetti d'uso che per un verso non sono di solito riconosciuti come tali o per l'altro di rado superano il piano dell'analisi della forma e della funzione per aprirsi invece al piano allargato della significazione.

Inoltre, per meglio evidenziare i limiti del nostro punto di osservazione, è bene ricordare che l'innovazione dei farmaci – campo di una ricerca scientifica sconfinata relativa ai principi attivi – coinvolge un complesso sistema di fattori che investe ovviamente in prima istanza i principi farmacologici, e il correlato di politiche sanitarie, organismi normativi, parti sociali e attori portatori d'interessi.

Senza entrare minimamente nella dimensione macroscopica e nella complessità di questo sistema (scientifico, sanitario, politico, economico), qui ci si limita a focalizzare l'attenzione su quei fronti di studio trasversali che si indirizzano alle proprietà dei farmaci come *oggetti d'uso* nella pratica della cura domestica; alla centralità dei bisogni della persona-paziente; alle sue caratteristiche fisiche e culturali, alla sua corporeità, nonché alle abitudini, valori, convinzioni, comportamenti, sviluppati in pratiche d'uso e consumo delle merci, di natura farmacologica ma anche di altra natura.

Da questa prospettiva si osserva che le opportunità virtuose offerte dall'incisività delle terapie farmacologiche, o dalle tecnologie di controllo e di monitoraggio delle terapie stesse, possono rischiare di mancare l'efficacia sperata se:

- si prescinde dall'intervenire sulla configurazione e sulla riconoscibilità del farmaco in quanto *oggetto*, così come si presenta all'utilizzatore nei suoi elementi costitutivi visibili e tangibili (stato, forme e tipi dei preparati, caratteristiche e proprietà dei dispositivi di contenimento, preparazione, manipolazione, dosaggio, erogazione, somministrazione, conservazione, confezionamento);
- si trascura di indagare il vissuto quotidiano – nella delicatezza delle pratiche di cura svolte all'insegna di conoscenze sommarie, fragilità, vulnerabilità, incapacità, inadempienze delle persone – e la natura delle interazioni, non scientifiche ma imprecise e approssimative, che le persone attivano nell'uso dei farmaci e dei dispositivi medicali, pur in presenza di istruzioni esplicite, sia come diretti utilizzatori che come prestatori di assistenza;
- si rubrica nell'irrelevanza la processualità soggettiva dell'atto terapeutico e le abilità individuali richieste al paziente o a chi assiste il paziente in modo non professionale;
- si marginalizzano o minimizzano i condizionamenti che l'intorno fisico (la propria stanza, la casa, il domicilio) e l'intorno sociale (la famiglia, i parenti, i conoscenti, persone estranee, nessuno) possono esercitare sul controllo dell'adempimento e compimento nell'assunzione dei farmaci.

4. Addomesticazione delle pratiche di cura

Una letteratura molto vasta (tra i molti, solo indicativamente, Golant 1984; Martin *et al.* 1990; Devlin e Arneill 2003; Mason 2006; Bates 2018) rimanda della gestione della terapia farmacologica negli ambienti deputati alle prati-

che della cura – vale a dire gli ospedali, i luoghi di cura –, nei quali le azioni terapeutiche sono codificate e normate attraverso protocolli, dove è possibile rilevare sia l'appropriatezza delle condotte che l'errore o le cattive pratiche attraverso gli scostamenti dalle procedure formalizzate previste, rintracciando le responsabilità di chi, dove, come, perché (cfr. Aronson 2009, 2009a).

Ai fini del ragionamento che si sta conducendo, qui ci si limita però a soffermarsi sull'organizzazione della cura nel contesto domestico, lungo il processo di *farmaceutizzazione* della vita quotidiana (Fox e Ward 2008; Williams et al. 2011) che vede l'incremento della presenza delle medicine e dei relativi dispositivi all'interno dell'ambiente domestico, del vissuto quotidiano, delle pratiche della quotidianità.

Delle cinque fasi principali della vita sociale dei farmaci per la gestione autonoma della cura, che van der Geest et al. (1996) hanno delineato in produzione, commercio, prescrizione, acquisto e consumo, ci concentreremo selettivamente sulla fase di utilizzo, quando il medicinale viene consumato. Ogni fase della vita dei farmaci è caratterizzata da un contesto e attori specifici. Nella fase di produzione e commercializzazione, i principali attori sono scienziati, ricercatori e imprenditori che lavorano per le aziende farmaceutiche. La fase di prescrizione coinvolge principalmente i medici o gli operatori sanitari e i loro pazienti. La distribuzione viene effettuata principalmente da venditori come farmacisti, negozianti. L'uso (con il consumo) attiene principalmente all'ambito domestico (van der Geest et al. 1996: 156), all'utente in sé e a chi fornisce un'eventuale assistenza.



Figura 4. Pillole, pasticche e compresse possono incorporare direttamente nella forma i dispositivi intuitivi di sottoporzionamento.

A partire dal portato significativo delle implicazioni derivabili da ordinarie, comuni esperienze quotidiane nel consumo dei medicinali (“Dove stanno le medicine? Quando e dove assumerle? Come conservare – senza sbagliarsi – un farmaco separato dalla sua confezione? Come misurare (fig. 4) con massima precisione le dosi di farmaco adattate al paziente? Come e dove conservare porzioni di farmaci residuali rispetto a frazionamenti precedenti? Come maneggiare correttamente alcuni dispensatori di farmaco evitando di sprecarne o disperderne inutilmente il contenuto? Come evitare la necessità di farsi aiu-

tare?”), qui ci si limita a riferirsi in particolare a quelle terapie farmacologiche a domicilio che possono essere considerate la prima modalità terapeutica cui il paziente può (e in molti casi deve) fare ricorso.

L'attenzione verso la domesticità della cura è in parte sorretta dal decisivo riassetto del paradigma sanitario generale, progressivamente focalizzato sull'autogestione. Questo riassetto mette in luce in che misura «un approccio riduzionista alla salute focalizzato su malattia e terapia è sostituito dalla maggior enfasi sulla necessità di mantenere il benessere e di dotare le persone di conoscenze e strumenti per vivere bene»⁵ (Chamberlain e Craig 2017: 4). Il decentramento delle terapie farmacologiche dai luoghi di cura all'ambiente domestico – dove e quando possibile – presuppone uno scenario retto dall'accettabilità, dalla fattibilità e dal senso di amichevolezza –per quanto possibile – della cura, spesso meglio accolta se sottratta appunto ad ambienti fortemente medicalizzati come l'ospedale. Al contempo, la cura gestita nell'autonomia del proprio domicilio si pone all'origine delle difficoltà che il paziente può incontrare e degli errori terapeutici che ne possono derivare.

I contesti – culturali, sociali, tecnologici – e i relativi corredi oggettuali possono rivestire un ruolo determinante nel predisporre gli stili, i codici, i divieti, le libertà di comportamento delle persone. Le pratiche di cura rientrano in questi schemi, e appaiono interposte tra l'ordinarietà della *routine* quotidiana e la straordinarietà riposta nella compromissione dello stato di salute e nelle aspettative di guarigione.

5. Il dispensario domestico: medicine tra le cose di casa

Facendo largo riferimento soprattutto agli studi consolidati di Fainzang (2001, 2003, 2005, 2012), Akrich (1995, 1996, 1998) e Akrich e Méadel (2002), qui si evidenzia il tema della farmacia domestica, con le logiche sottostanti alla sistemazione e alla disponibilità dei farmaci in casa.

La quantità di farmaci presenti in casa suggerisce di soffermarsi in prima battuta sulla composizione e sistemazione di quello che possiamo indicare come il dispensario privato. Il modo in cui la farmacia è allestita e sistemata nella propria casa, i “posti” (angoli, ripiani, scaffali, riposti, cassetti, il frigorifero) in cui i farmaci sono organizzati, conservati, o – al contrario – casualmente resi accessibili, possono rivelare schemi ricorrenti: «Una volta che il farmaco è stato acquistato [...] – scrive Fainzang (2003: 145) – è collocato in posti vari, seguendo dei meccanismi che non rilevano necessariamente una logica utilitaria».⁶

Alcune famiglie o singoli individui dispongono di un cassetto per i medicinali (o anche più cassetti suddivisi per componente della famiglia), dove i farmaci possono anche essere sistemati tutti insieme, alla rinfusa, senza logiche specifiche di funzione e specialità farmacologica (fig. 5).

⁵ [T.d.A.]

⁶ [T.d.A.]



Figura 5. La logica di organizzazione del dispensario domestico non necessariamente segue una logica.

In generale i luoghi elettivi di conservazione dei farmaci includono i cassetti, gli armadietti del bagno, i ripiani degli armadi, dei pensili o del frigorifero, scatole dai contenuti eterogenei, anche i cassetti dello studio, tra un archivio e raccolte di documenti importanti (Fainzang 2003: 146). Ma, come osservano Palen e Aaløkke (2006: 83), cassetti e pensili spesso si riempiono, i ripiani della cucina possono essere troppo bassi o alti, e le medicine finiscono quindi in posti imprevedibili, irrazionali, che possono apparire comunque del tutto appropriati per i criteri personali, funzionali o estetici degli interessati.

Una logica organizzativa più specifica può esplicitarsi nella separazione tra farmaci in uso – nel corso di terapie in atto – e farmaci di riserva (medicinali acquistati in previsione, oppure non usati, avanzi di trattamenti precedenti). Questi ultimi sono a volte conservati in contenitori, angoli, mobiletti, ripiani, posti e anfratti di riserva, situati in spazi ausiliari o marginali rispetto agli spazi domestici più frequentati. La collocazione spaziale periferica denota la funzionalità secondaria di queste medicine, rubricabili nella categoria del “può sempre servire”. Si tratta di farmaci di cui si fatica a disfarsi, spesso destinati ad essere scordati e a diventare medicinali scaduti.

A differenza dei farmaci di riserva, i farmaci in uso – portatori della rilevanza di una terapia in atto – possono essere in cucina (su una mensola, sul buffet, su un piano d'appoggio, sul tavolo dove si mangia), in sala da pranzo, in camera (sul o nel comodino), senza che la scelta del luogo in cui sono reperibili abbia necessariamente un rapporto logico con il luogo e il momento della loro somministrazione (Fainzang 2003: 146).

Il luogo in cui il farmaco è sistemato può certo segnalare l'importanza accordatagli. Il fatto che i farmaci possano costituire una presenza significativa, ben in vista nella cucina o nella sala da pranzo, segnala la possibile concomitanza temporale della somministrazione dei farmaci ai pasti, produce ovvia-

mente un effetto associativo e funziona da aiuto per la memoria. La prassi ricorrente, adottata dalle persone anziane, della visibilità della medicina esposta sul tavolo della cucina, accanto al coperto o in prossimità (Palen e Aaløkke 2006: 84), segnala l'importanza di quel farmaco, ne assicura la corretta assunzione, riducendo il rischio della dimenticanza.

In generale la cucina svolge il ruolo di spazio sociale prioritario, che può accogliere altre presenze familiari o conosciute: è il luogo dove ci si ritrova e dove altri membri della famiglia, fissi o occasionali, possono verificare che l'interessato (familiare, parente, conoscente), abbia preso la sua medicina, esercitando implicitamente un'assistenza informale. Infatti la collocazione dei farmaci in cucina consente e facilita «l'esercizio di un controllo familiare» (Fainzang 2003: 148). In più, naturalmente, la scelta della cucina segnala significativamente il legame che il farmaco – in particolare se assunto per bocca – intrattiene con l'alimentazione.

Nella cucina alcune specialità farmaceutiche tendono persino a dissimularsi tra gli alimenti: com'è il caso degli sciroppi, o degli integratori alimentari, o infine dei farmaci che necessitano della conservazione nel frigorifero (fig. 6). Fainzang (2003: 148) ha suggerito il neologismo francese *médicaliments* per designare quelle specialità farmaceutiche a scopo terapeutico (cui talvolta viene addirittura conferita la proprietà dolciaria) il cui uso esalta la dimensione alimentare e la cui ambivalenza costruisce una doppia motivazione (medica e gustativa) al loro consumo.



Figura 6. I farmaci sono spesso conservati tra gli alimenti, come nel caso di sciroppi, integratori, medicinali con requisiti di conservazione refrigerata.

Queste dissimulazioni per un verso addomesticano il farmaco riducendone il senso di estraneità e per l'altro inducono a processi di confusione che possono generare fraintendimenti e errori.

Altri tipi di farmaci, connessi alla sfera dell'intimità, sono invece decisamente sottratti alla socialità della cucina e al richiamo alimentare, anche se la posologia li prevede agli orari dei pasti. Le persone tendono quindi a sistemare alcuni dei propri farmaci in cucina e altri nella propria camera, oppu-

re in bagno, secondo una logica di separazione che spesso attiene alla parte corporea cui il farmaco si riferisce e che, anche in questo caso, può sfuggire a logiche puramente funzionali, rispondendo invece ai condizionamenti dettati dal senso di riservatezza, privacy, pudore.

Il farmaco infatti può rappresentare e identificarsi con «le parti del corpo che interessa» (Fainzang 2003: 150). Il rimedio per la digestione o per la pressione potrà quindi stare pienamente visibile su un piano d'appoggio in cucina, ma l'ansiolitico o un anti-depressivo saranno riposti in camera da letto, magari nel cassetto del proprio comodino, anche se la loro assunzione è prevista ai pasti.

I farmaci che attengono a sfere ancora più intime troveranno posto in un cassetto personale, in bagno o nella propria camera, in contenitori riservati, a riprova che la percezione del corpo e dell'intimità, femminile o maschile, possono condizionare la collocazione di quei farmaci che vanno sottratti alla vista di altri membri della famiglia o allo sguardo pubblico degli estranei.

6. Fenomenologie dell'errore

Pur limitandosi alle cure farmacologiche relativamente semplici, non mancano elementi a sostegno del fatto che l'errore, la disattenzione, il disagio nel corso della cura domiciliare possano essere elevati e che le caratteristiche dei farmaci, degli ausili fisici e informativi, soprattutto se carenti, possano esporre il paziente all'uso inesperto e ad una elevata probabilità di mettere in atto in modo incompleto e parziale le cure prescritte dal medico.



Figura 7. La mancata comprensione delle modalità d'uso del medicamento può dar luogo a azioni eseguite all'insegna di dubbi, approssimazioni, incertezze.

Il crescente consumo di prodotti farmaceutici ha alimentato un vastissimo campo di ricerche incentrate in larga parte sugli effetti collaterali e avversi, sull'interazione tra medicinali, sui fattori capaci di alterare le proprietà terapeutiche di un farmaco (European Medicine Agency 2015).

Negli studi svolti prevalentemente in campo medico-epidemiologico è presente, anche se non necessariamente prevalente, l'attenzione al tema degli errori di assunzione dipendenti dai comportamenti specificamente imputabili all'uso messo in atto dal paziente. Si tratta di comportamenti che includono gli abusi, le dimenticanze, il mancato rispetto delle scadenze, le scorrette modalità di conservazione, la manipolazione non conforme, gli errori di dosaggio, le errate interpretazioni d'uso, le difficoltà di ordine percettivo, fisico o cognitivo rapportabili alle caratteristiche dell'oggetto farmaco che possono confondere (fig. 7), ostacolare o ridurre l'accesso al farmaco, motivando il paziente a sospendere la terapia o a non assumerla in modo adeguato.

L'incremento dell'errore terapeutico imputabile all'utilizzatore, pur a fronte di popolazioni di utenti ampiamente alfabetizzate, si lega a un insieme molteplice di cause:

- la crescita della popolazione anziana e vulnerabile, più soggetta a fragilità di ordine fisico, cognitivo, psichico e percettivo, con un numero crescente di anziani che può soffrire di malattie multiple e complesse e che quindi utilizza molti farmaci contemporaneamente (cfr. Lumme-Sandt e Virtanen 2002; European Commission 2018);
- l'espansione generalizzata della medicalizzazione con il relativo incremento quantitativo nel consumismo legato ai farmaci (cfr. Conrad 2007; Williams et al. 2011; Gabe et al. 2015);
- l'emergente cultura digitale e le forme di conoscenza informale, che hanno contribuito a far crescere il fenomeno del medico "fai da te" (cfr. Akrich e Méadel 2002; Fainzang 2003; Wyatt et al. 2004; Vicarelli 2009; Fainzang 2012);
- la diffusione delle numerose forme di medicina non convenzionale, tendenzialmente prive di indicazioni posologiche e prive altresì dei foglietti con le caratteristiche del farmaco, le controindicazioni e l'esplicitazione delle corrette o errate modalità d'uso;
- una diffusa tendenza alla personalizzazione della cura e alla rilevanza della prescrizione individualizzata che può richiedere aggiustamenti "fai da te" del dosaggio (fig. 8) con un rischio di errore molto elevato.

L'ambito dell'errore autoindotto può dipendere in larga misura dalle caratteristiche in particolare del paziente anziano, che può mostrare un'incapacità di codificare e verbalizzare le caratteristiche del proprio disagio durante il trattamento, con aumento dell'incidenza delle condizioni di difficoltà, confusione, stati di vulnerabilità (cfr. Fulop et al. 2010).

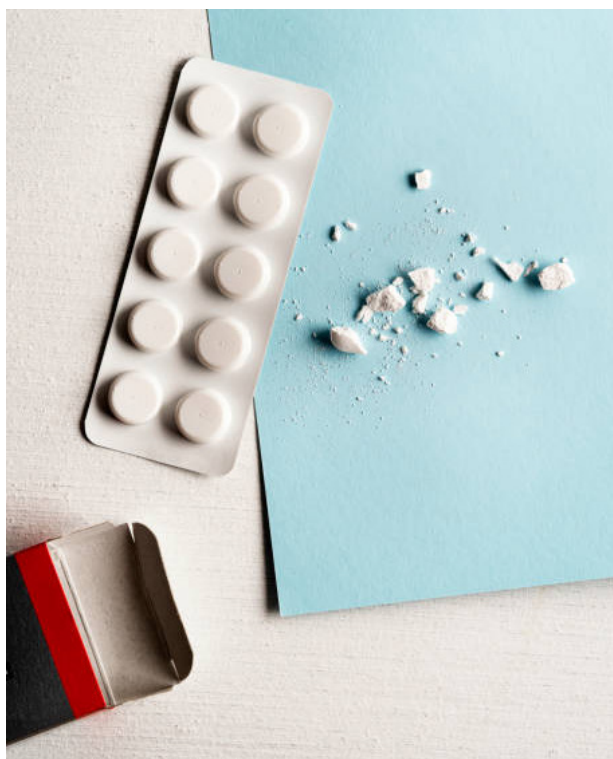


Figura 8. La difficoltà di porzionamento o di ingestione dei farmaci solidi può dar luogo ai “fai da te” della triturazione e dello spezzettamento, con esiti approssimativi.

Come considerazione di natura complessiva, inoltre, si osserva che non sempre si riconosce adeguatamente in che misura ogni singolo farmaco possa dar luogo a modalità di uso involontariamente rischiose, non necessariamente da parte di utenti vulnerabili o in difficoltà, ma poiché semplicemente eseguite all’insegna di dubbi, approssimazioni, incertezze, disattenzione, superficialità, assenza di familiarità con gesti e procedure di precisione, cui possiamo aggiungere, con le parole di Deni (2002: 3), i «cortocircuiti interpretativi che rendono oscuro il funzionamento»⁷ di un oggetto.

Quest’ultimo accenno ci induce a considerare in quale misura – a maggior ragione nel caso dell’oggetto-farmaco – la qualità dell’usabilità e della semplicità d’uso possano essere un effetto prodotto da un insieme complesso di caratteristiche dell’oggetto “in relazione” ma “non necessariamente corrispondenti” allo stato razionale della situazione di utilizzazione. Il concetto stesso di usabilità è del resto un concetto relativo: usabilità è espressione per riferirsi alla proprietà di un oggetto di essere usato con facilità, ma gli attributi richiesti ad un oggetto per essere usabile dipendono dalla natura dell’utente, del compito dal svolgere e dal contesto. In generale gli oggetti non possiedono pertanto un’usabilità intrinseca, ma semmai un insieme di proprietà che ne rende la vocazione ad essere soddisfacenti in un contesto e a particolari condizioni.

⁷ (T.d.A).

Anche escludendo i passaggi della produzione e del confezionamento dei farmaci – non certo privi di possibili errori –, tutte le fasi di prescrizione, dispensazione, conservazione, assunzione, somministrazione, smaltimento, possono presentare numerose criticità (cfr. Aronson 2004, 2009, 2009a). È tuttavia chiaro che nel processo di cura il momento più delicato si rivela quello dell'assunzione del farmaco.

È in questa fase che il paziente, spesso da solo oppure assistito da persone non necessariamente esperte, si ritrova a dover comprendere e allestire gesti, azioni, procedure, che comprendono l'apertura della confezione, il riconoscimento sia del farmaco da assumere che delle vie di assunzione connesse, la possibilità/capacità di rintracciare, leggere, interpretare, dare seguito alle informazioni contenute nella prescrizione o nel foglio illustrativo per procedere al dosaggio, al consumo della sostanza e infine alla corretta conservazione in vista dell'assunzione successiva.

L'efficacia del “curarsi” appare quindi correlata a competenze e abilità che si considerano in qualche modo ovvie e già acquisite, ma che invece non di rado devono essere autoapprese *in toto*, o affinate e perfezionate.

L'aderenza alla terapia è inoltre collegabile a capacità esecutive di organizzazione, di manipolazione e ad abilità percettive che, sovente, soprattutto nei soggetti anziani o vulnerabili, sono deficitarie. La sfera dell'errore autoindotto può dipendere fortemente dalle caratteristiche peculiari del paziente, i cui deficit possono tradursi in azioni sbagliate o in forme di inazione, incidendo in modo rilevante sulle modalità di assunzione, continuità e aderenza alla terapia prescritta, e in ultima istanza sull'efficacia attesa.

7. Dalla parte dell'utente, tra *routine* e rito

Molta parte della letteratura sull'adeguatezza nell'assunzione di farmaci tende a considerare la prospettiva medico-centrica come prioritaria (cfr. van der Geest et al. 1996; Ryan 1999), valutando la mancata adesione alla cura nei termini dell'omissione, totale o parziale, delle istruzioni del medico.

Come hanno osservato Lumme-Sandt e Virtanen (2002: 299), il ruolo degli utenti nel campo dei farmaci è spesso trascurato e ignorato, e gli utenti stessi in generale tendono ad essere percepiti come oggetti piuttosto che come soggetti.

Al contrario, rendere la gestione dei farmaci maggiormente in sintonia con le esigenze della soggettività dei pazienti, integrare l'uso dei farmaci e la pratica della cura nei diversi contesti domestici con il rispetto degli stili di vita, delle abitudini, dei modi di fare dei pazienti, può utilmente mettere in luce i comportamenti, le azioni, le capacità che accompagnano l'assunzione dei farmaci nell'insieme delle abitudini e delle *routine* quotidiane, quando le operazioni di cura magari diventano esse stesse *routine* (Penati et al. 2020: 124).

Si tratta di un'ottica diametralmente opposta alla concezione del malato considerato come oggetto passivo, destinato al più a recepire la necessità e i requisiti del trattamento farmacologico e a facilitarne l'esecuzione. Del resto non manca un retroterra di studi (tra cui Fainzang 2001), soprattutto nelle scienze sociali, destinato a dare invece spessore al paziente che – lontano dall'essere considerato soltanto il recipiente della prescrizione medica – ac-

quisisce un ruolo attivo e può esprimere un punto di vista legittimo, anche se non medico, sulla conduzione della cura, in virtù dei propri sistemi cognitivi, sociali e culturali mobilitati nel corso della terapia (cfr. Akrich e Méadel 2002: 90). E neppure appare trascurato il punto di vista degli studi che prendono partito decisamente per il paziente, fino ad ammetterne un ruolo così attivo da intervenire nella autoregolazione dei dosaggi in caso di patologie croniche (si veda Willems 1995).

Per *routine* domestiche qui ci riferiamo principalmente a sequenze di azioni che si articolano nel tempo e nello spazio della casa (Crabtree e Rodden 2004: 209). Le *routine* domestiche aiuterebbero le persone a codificare e concettualizzare le informazioni per i comportamenti abituali, incluse le pratiche della cura farmacologica.

Le abitudini sono parte costitutiva della domesticità, e possono essere inquadrare in un sistema di modi di pensare e di agire acquisiti e sedimentati nel tempo.

Per cercare di mantenere un significato distinto per i due termini abitudine e *routine*, qui assumeremo semplicemente che «sebbene le *routine* abbiano un elemento abituale, non tutte le abitudini sono *routine*» (Clark 2000: 127S).⁸ Inoltre, «le abitudini sono cose che una persona pensa o fa ripetutamente, in modo relativamente automatico. Le *routine*, per contro, sono un tipo di abitudine di ordine superiore, che prevede la sequenza e la combinazione di processi, procedure, fasi, occupazioni. Le *routine* specificano cosa farà una persona e in quale ordine [...]»⁹ (Clark 2000: 128S).

Come osservato da Palen e Aaløkke (2006: 79), le persone assumono le loro medicine – senza necessariamente essere precisamente informate sulla natura del farmaco – attraverso una serie di comportamenti e *routine* messe a punto di propria iniziativa. Queste *routine* danno senso, struttura e cadenza all'assunzione dei farmaci anche quando le persone poco conoscono del farmaco in sé.

La pratica quotidiana della cura coinvolge procedure, schemi operativi (fig. 9), abilità tecniche e manipolative in buona parte comuni a disegni organizzativi, procedurali e lessicali che stanno alla base dei repertori degli automatismi domestici.

Le modalità d'uso e consumo dei farmaci, tuttavia, avvicinano anche il concetto di “rito” quotidiano (cfr. Crespo et al. 2013). Anche se ripetitività e automatismi sembrano ricondurre la cura a *routine*, l'atteggiamento che le persone possono mostrare nei confronti dell'assunzione dei farmaci può presentare i tratti di ciò che è fuori dall'ordinario, di ciò che è più significativo della semplice reiterazione, trasformando una *routine* in un rito (Denham 2003). È in questi termini che appare interpretabile il legame tra pratica della cura farmacologica e aspetti culturali, tradizioni, valori profondi, legami, ricordi intimi o familiari. Se la *routine* dell'assunzione dei farmaci può essere intesa come un'asettica – benché emotivamente coinvolgente – azione pertinente alla salute, i *rituali* della cura meglio descrivono quelle azioni che finiscono

⁸ [T.d.A.]

⁹ [T.d.A.]



Figura 9. L'assunzione delle medicine implica il rispetto degli orari e l'attivazione di dispositivi capaci di aiutare la memoria.

per caricarsi di tenaci osservanze quasi religiose, di commoventi armamentari simbolici. Piccoli riti in sé, di conforto e di aiuto, che si approssimano alla dimensione magica e religiosa: la dose giornaliera di pillole contenuta in una scatola che reca sul coperchio un'immagine sacra; la tovaglietta bianca ricamata, effetto e *affetto* personale, su cui appoggiare i farmaci; la tazza spaiata, residuo e *memento* di ricorrenze di famiglia, che proprio per il suo carattere memorabile segnalerà di non dimenticare la terapia quotidiana (Pizzocaro e Penati 2021: 158).

8. Direzioni inquisitive

Nella consapevolezza della quantità di fattori complessi che investe la progettazione dei farmaci (principi chimici, normative, strategie e politiche sanitarie, complessità e quantità degli attori coinvolti), qui ci si limita a poche annotazioni di chiusura.

In assenza di una robusta formalizzazione delle riflessioni proposte, delineiamo alcune direzioni inquisitive che sostengano sollecitazioni verso soluzioni innovative per oggetti-farmaco pensati per andare incontro alle difficoltà della persona, per esempio nel risolvere le problematiche di forma, riconoscibilità, comprensione, facilità d'uso¹⁰ e specifici requisiti di invito all'uso, con cui intendere l'insieme delle proprietà di un artefatto che ne determinano le possibilità d'uso.

¹⁰ Si ricorda che nel caso delle tipologie farmaceutiche la facilità d'uso può essere sia perseguita che contrastata, laddove vada prevista una limitazione all'accessibilità (casi di pericolosità nell'uso improprio, rischio di abuso, requisiti di sicurezza).

Con invito all'uso qui si interpreta il classico concetto di *affordance*, letteralmente «un insieme di azioni permesse», introdotto originariamente da Gibson (1977). Norman ridefinisce l'*affordance* degli oggetti come invito all'uso «percepito», a quello che le persone percepiscono come l'uso potenziale di un oggetto: «Usato in questo senso, il termine indica le proprietà reali e percepite delle cose materiali, in primo luogo quelle proprietà fondamentali che determinano per l'appunto come si potrebbe verosimilmente usare la cosa in questione» (Norman 1990: 17 tr. it).

Sull'aspetto “fattuale” degli oggetti, oltre al contributo precursore e seminale di Leroi-Gourhan (1943, 1945) che inaugura la riflessione sui gesti elementari inscritti nella forma degli oggetti (una “paleontologia del gesto”), vorremmo innestare anche l'idea di fondo (cfr. Deni 2005) che qualunque oggetto prescrive comportamenti e, per questo, può essere pensato in relazione al gesto. Riflettere su queste suggestioni significa contemplare il concetto di oggetti (in particolare *objets factitifs* in Deni 2005) considerati efficaci nel comunicare la propria funzione (a livello cognitivo) e nel provocare sequenze di azioni e configurazioni gestuali (a livello pragmatico).

In questa prospettiva gli oggetti d'uso non soltanto sono «testi sincretici capaci di stimolare l'interpretazione e produrre semiosi attraverso percorsi diversi»¹¹ (Deni 2005: 83), ma portano dentro di sé le tracce di un'azione virtuale e tale virtualità d'uso è traducibile come *intenzione* dell'oggetto su cui agire, cioè come sua capacità di far accadere le cose: l'oggetto manipolerebbe verso un'azione e, nel migliore dei casi, indurrebbe all'azione corretta (Deni 2005: 81).

8.1. Corporeità della cura

Con la direttrice che indichiamo espressivamente con “corporeità della cura” si sottende l'attenzione alla centralità del corpo, che è certamente per convenzione il corpo clinico, destinatario degli effetti del farmaco, ma è anche il corpo che, oltre ad offrirsi allo sguardo della medicina – della scienza in ultima istanza –, si presta ad una lettura che sottintende le ragioni del corpo sociologico, politico, culturale.

In particolare, poiché il corpo fisico si situa «nella linea di tensione che separa le scienze sociali da quelle biologiche» (Ghigi e Sassatelli 2018: 24), proprio le scienze sociali ne hanno avviato il decentramento dagli approcci biomedici alle implicazioni delle pratiche e delle rappresentazioni sociali, talora sviluppando in senso radicale le osservazioni di Marcel Mauss (1936) che nel suo classico studio sulle «tecniche del corpo» teorizzava i modi in cui le persone si servono del corpo, uniformandosi alla tradizione, così da aprire la strada all'interpretazione di una vasta gamma di significato dei gesti, delle posture, degli atteggiamenti assunti dal corpo nelle diverse epoche storiche e nei diversi contesti geografici e culturali. Con “tecniche del corpo” (dove tecnica sta a intendere un atto tradizionale efficace) (cfr. Mauss 2013) è implicita anche la disposizione ad addestrare il corpo umano, nelle forme che le diverse

¹¹ [T.d.A].

società e tradizioni hanno messo in atto, allo scopo di conformare gli individui a mode o consuetudini, oppure ad ottenere prestazioni particolari.

Ci si chiede a questo proposito se sensibilità, capacità, abilità, tratti culturali propri delle persone non possano rivestire quindi un ruolo di primo piano nello studio dell'uso dei farmaci.

Ci si chiede, in altri termini, se gli stati di sofferenza e dolore, le diverse sensibilità per l'igiene, il pudore, i sentimenti di imbarazzo o di inadeguatezza, le necessità di autonomia e privacy, il possesso di capacità, attitudini, abilità diversificate, e dunque le tecniche del corpo sottese, non invocino la necessità di una sorta di «statuto autonomo del corpo» (cfr. Borgna 2005) per lo studio delle pratiche d'uso dei farmaci.

8.2. Merceologia della cura

Con la direttrice che indichiamo in termini di “merceologia della cura” ricordiamo in generale che sia le dinamiche economiche che governano il mondo delle merci sia le arti e le tecniche tendono spesso ad interpretare gli oggetti nella loro mera funzionalità.

Per converso, sono soprattutto gli studi di impianto sociologico, antropologico e semiotico che possono costruire la complessa biografia degli oggetti, inserendoli in universi di senso certamente funzionali, tecnici, strumentali, ma anche – e talvolta soprattutto – simbolici, metaforici, identitari, relazionali.

Se si considera il farmaco nel suo sostrato materico – per esempio nella solidità polverizzata, liquidità informe, gassosità aerea – può risultare del resto difficile riconoscerne un'identità autonoma in termini di “oggetto”, così da valutarne quantomeno le proprietà in termini di funzionalità e disfunzionalità, categorie che permettono (cfr. ampiamente Deni 2005) di riconoscere l'interesse a livello fattuale degli oggetti “funzionali”, che cioè combinano efficacemente la funzionalità comunicativa con la funzionalità operativa e forniscono buone prestazioni sia nell'interpretazione dell'oggetto che nella pratica d'uso reale.

Appariranno invece riconoscibili come “disfunzionali” gli oggetti che richiedono un apprendimento e le cui modalità di utilizzo vengono registrate solo dopo aver ripetuto numerosi errori (cfr. Deni 2005: 85). Il limite degli oggetti disfunzionali sul piano dell'azione consiste nel provocare la ripetizione dello stesso errore tra la maggioranza degli utenti che li utilizzano in modi imprevisti rispetto a quanto prescritto dalla loro progettazione: ciò che dipenderebbe dalla “disfunzione comunicativa”, ovvero dall'inadeguato rapporto tra funzionalità comunicativa e funzionalità operativa. Gli oggetti disfunzionali sono pertanto quelli che si candidano a produrre «cortocircuiti semiotici sul piano fattuale» (Deni 2005: 85).

Proprio nella difficoltà di identificare con chiarezza le demarcazioni nette tra funzionalità e disfunzionalità, e di valutare le opportunità vantaggiose offerte da disfunzionalità utili dell'oggetto farmaco (che qui vorremmo collegare alle razionalità *imperfette* dei comportamenti delle persone), si può cogliere la misura della mancanza di studi mirati a risolvere carenze oggettive e inadeguatezze relative delle specialità farmaceutiche.

8.3. Frugalità della cura

Infine, con la direttrice che individuiamo nei processi frugali di cura, ci riferiamo al paradosso con il quale Maffesoli (2010: XII), parafrasando Max Weber, invita ad «essere all'altezza del quotidiano», suggerendo di guardare nella loro intrinseca complessità alle pratiche elementari che animano la quotidianità.

Nel rimandare a questa intrinseca complessità, si osserva che non sempre si dispone degli strumenti o delle risorse cognitive per fondare adeguatamente i nostri comportamenti, bensì vi è la necessità di affidare a *fast-and-frugal strategies* (Arfini 2016: 44) il compito di determinare il nostro giudizio e la nostra azione.

Nelle *routine* d'uso dei farmaci dove – nonostante la precisione attesa – sono accolte l'imprecisione e l'approssimazione, anche le pratiche di cura genererebbero strategie “veloci e frugali”, da intendere come semplici, semplificate, ridotte, essenziali, e con esiti non sempre “all'altezza”.

Un'attenzione commisurata “all'altezza del quotidiano”, specificamente rivolta allo studio dei comportamenti delle persone e degli stili di vita nel confronto con l'uso e il consumo dei farmaci, apre ad interrogativi che investono l'esigenza di:

- dare senso alla singolarità del farmaco in quanto oggetto, osservando, per esempio, i gesti, le emozioni, gli accorgimenti e le attenzioni che accompagnano la “prima volta” nell'assunzione di un farmaco e tutte le sottovalutazioni che li sostituiranno in seguito, quando le operazioni diventano abituali (cfr. Ferrarotti 1986);
- mettere in luce le problematiche che si rilevano nell'assunzione di ogni singolo farmaco all'interno di terapie complesse, nelle quali si generano interazioni tra farmaci diversi, tra orari di assunzione, tra ritualità della cura e ritualità complessive della quotidianità;
- porre sotto osservazione i comportamenti e gli usi diversificati che distinguono il malato occasionale dal paziente cronico;
- ricostruire le pratiche elettive attraverso le quali, nei contesti del quotidiano, prendono forma e si autoapprendono i modi e i tempi della cura e le tecniche d'uso che li corredano.

9. Conclusioni

La presenza dei farmaci nella domesticità può essere affrontata trattando di farmaci come di oggetti d'uso che – pur nello stato *extra* ordinario della terapia – popolano le *routine* domestiche e si integrano nello spazio e nel tempo della sfera privata. È quindi largamente assumibile che il farmaco – comprensivo del confezionamento e dei suoi corredi – possa essere osservato, analizzato e studiato come artefatto (cfr. Akrich 1996), seguendo le logiche con cui le discipline di analisi e configurazione degli oggetti (design di prodotto, ergonomia, semiotica) analizzano merci, oggetti, prodotti.

Nel caso delle medicine il processo di sviluppo del “farmaco-come-oggetto” non sembra andare di pari passo con l'avanzata continua dei principi farma-

cologici. Appare infatti relativamente poco esplorata, se non spesso assente, la prescrizione di comportamenti corretti da ottenere non con le istruzioni testuali ottenibili dai foglietti informativi, ma per il tramite diretto della forma stessa del farmaco, ovvero attraverso segni significanti iscritti nel corpo dell'oggetto, con la funzione di guidare l'utente, di informarlo nel corso dell'azione d'uso, di renderne i gesti consapevoli, familiari, sicuri, esperti.

Del resto, anche le prescrizioni verbali o infografiche – nelle retoriche presenti nel foglio illustrativo – pur se oggetto di studi molto vasti (tra i molti si vedano Bernardini et al. 2001; Overgaard et al. 2001; Ward et al. 2010; de la Fuente et al. 2015; Lorenzini e Olsson 2015; Carli Lorenzini e Hellström 2017; Schrauwen et al. 2017) sono spesso lontane dalle applicazioni più innovative e mature del design della comunicazione in altri campi merceologici.

Certo, le ricerche vastissime sull'uso dei farmaci condotte negli studi sociali hanno frequentemente indagato i meccanismi che regolano la loro assunzione, tra cui i tipi di consumo messi in atto dai pazienti attraverso le posologie indicate nella ricetta o effettuate nell'automedicazione; i legami che si instaurano tra farmaco e patologia trattata; le modalità attraverso cui le persone si possono avvantaggiare dalle esperienze di altri pazienti (cfr. Fainzang 2001; Akrich e Méadel 2002).

L'antropologia del medicamento (Fainzang 2003) ha integrato queste problematiche in una dimensione di grande respiro, che si estende alle modalità più generali di accesso al farmaco; né può essere tralasciato il cospicuo fronte di ricerca che articola variamente gli sviluppi correnti in materia di design e salute (tra i molti Jones 2013; Tseklevs e Cooper 2016; Groeneveld et al. 2018; Nusem et al. 2020).

Tuttavia, rimangono aperti gli estesi margini di esplorazione che sottendono forme di integrazione tra saperi; i ricorsi ad approcci maggiormente indirizzati verso i segni, le identità e i modi d'uso del farmaco in quanto oggetto; l'osservazione dello spazio e del tempo occupati dall'uso dei farmaci (sia in senso fisico che simbolico); lo studio di quei contesti sensibili (in particolare l'intimità della sfera privata o semi-privata) in cui si generano significativi legami tra corporeità, cura, pratiche quotidiane, condotte di vita, spazio vissuto.

Proprio l'osservazione dell'uso dei farmaci nello "spazio" della casa consente di rilevare comportamenti peculiari che non sono totalmente imputabili alle ragioni terapeutiche né dipendenti da azioni individuali meramente aleatorie o accidentali. Si tratta di condotte generate direttamente dall'esperienza del paziente, che potrebbero sortire modi d'uso ripetibili e vantaggiosi, pratiche di automedicazione innovative da condividere in senso positivo o, in senso contrario, da evitare, correggere e migliorare, come emerge per esempio dagli studi condotti in particolare sull'esperienza degli anziani nell'autogestione delle politerapie e nell'attitudine a sviluppare soluzioni *su misura* per gestire i dosaggi (dove, con quali elementari dispositivi autoprodotti) in relazione all'unicità della propria persona, pervenendo ad arrangiamenti e personalizzazioni che appaiono vitali per il successo della terapia (Palen e Aaløkke 2006: 82).

Allo stesso modo si ipotizzano le opportunità offerte dall'osservazione dell'uso dei farmaci nel "tempo" della casa. Nel merito qui ci si limita ad un

accenno al senso di temporalità che appare sia incarnato che costruito dai farmaci nelle pratiche quotidiane e che, per associazione, riportiamo alla riflessione di Beyaert-Geslin (2017) estesa in senso lato agli oggetti domestici nella loro relazione semiotica con chi li usa.

Per quanto riguarda il contesto problematico emerso dalle revisioni della letteratura considerata, ci si limita a sottolineare il ruolo significativo che una progettazione consapevole può svolgere nel sostenere azioni innovative e soluzioni sanitarie a scale diversificate (cfr. Groeneveld et al. 2018), integrando i settori di studio del design di prodotto alle esperienze che ruotano attorno alla cura incardinata sulla persona. Poiché l'espressione *person centred care* è usata per riferirsi a molti principi e non ne esiste una definizione univoca (cfr. The Health Foundation 2016), si assume che questa centralità dipenda da insiemi variabili di bisogni e circostanze: in particolare ciò che è importante per una persona nella sua dimensione sanitaria può non essere necessario, o addirittura indesiderabile per un'altra. Queste esigenze possono anche cambiare nel tempo, poiché nel tempo cambiano i bisogni dell'individuo (The Health Foundation 2016: 6).

Il costrutto di *person centred care* rimane in generale l'antitesi della biomedicina riduzionistica, teso com'è a riconoscere la centralità e la soggettività dei pazienti come persone (Ekman et al. 2013: 134). Per questo si evidenzia l'importanza dell'esplorazione e della sperimentazione di soluzioni progettuali allineate con le razionalità *imperfette* delle persone stesse.

Dare dignità alle persone, garantire medicinali accessibili, intuitivi, facilmente usabili nella pratica quotidiana, sostenere le persone nelle loro esperienze autonome di cura domestica, rimangono principi comuni da cui partire.

Senza trascurare l'esigenza ineludibile di soluzioni progettate per il farmaco come "prodotto" e la necessità di migliorare le interfacce o i corredi testuali e grafici per gli scopi info-comunicativi, quella che viene altresì evocata è una sensibilità profonda per la *materia medica* progettata, che sappia integrare in modo coerente i requisiti del farmaco come oggetto d'uso, a partire dalla dignità della persona e delle sue esigenze di privacy, pudore, autonomia, ritmi temporali, ritualità quotidiane.

Bibliografia

Anderson, Stuart (Ed.)

2005 *Making medicines: a brief history of pharmacy and pharmaceuticals*, London, Pharmaceutical Press.

Akrich, Madeleine

1995 «Petite anthropologie du médicament», *Techniques et culture*, 25, 26, 129-157.

1996 «Le médicament comme objet technique», *Revue Internationale de Psychopathologie*, 21, 135-158.

1998 «Les utilisateurs, acteurs de l'innovation», *Education permanente*, 134, 79-90.

Akrich, Madeleine; Méadel, Cécile

2002 «Prendre ses médicaments/prendre la parole: les usages des médicaments par les patients dans les listes de discussion électroniques», *Sciences sociales et santé*, 20, 1, 89-116.

Anceschi, Giovanni; Bucchetti, Valeria

1998 «Il packaging alimentare», in Capatti, A., De Bernardi, A., Varni, A. (a cura di), *Storia d'Italia. Annali 13. L'alimentazione*, Torino, Einaudi, 845-886.

Arfini, Selene

2016 «Bolle epistemiche: Scienza e credenza», in Magnani, L., *Introduzione alla new logic. Logica, filosofia, cognizione*, Genova, Il Melangolo, 43-78.

Aronson, Jeffrey K.

2004 «Medication errors resulting from the confusion of drug names», *Expert Opinion on Drug Safety*, 3, 3, 167-72.

2009 «Medication errors: what they are, how they happen and how to avoid them», *QJM: monthly journal of the Association of Physicians*, 102, 8, 513-521.

2009a «Medication errors: definitions and classification», *British Journal of Clinical Pharmacology*, 67, 6, 599-604.

Bates, Victoria

2018 «Humanizing Healthcare Environments: Architecture, Art and Design in Modern Hospitals», *Design for Health*, 2, 1, 5-19.

Bernardini, Claudia et al.

2001 «How to improve the readability of the patient package leaflet: a survey on the use of colour, print size and layout», *Pharmacological Research*, 43, 5, 437-444.

Beyaert-Geslin, Anne

2012 *Sémiotique du design*, Paris, PUF.

2017 *Sémiotique des objets. La matière du temps*, Liège, Presses Universitaires de Liège.

Borgna, Paola

2005 *Sociologia del corpo*, Bari, Laterza.

Carli Lorenzini, Giana; Hellström, Daniel

2017 «Medication packaging and older patients: A systematic review», *Packaging Technology and Science*, 30, 8, 525-558.

Caprino, Luciano

2011 *Il farmaco. Settemila anni di storia. Dal rimedio empirico alle biotecnologie*, Roma, Armando.

Colombo, Paolo; Vidale, Elena

2015 «Farmaci e forme farmaceutiche», in Colombo, P. et al., *Principi di tecnologia farmaceutica*, Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 3-7.

Connor, Steven

2013 *Paraphernalia: The Curious Lives of Magical Things*, London, Profile (tr. it. *Effetti personali. Vite curiose di oggetti quotidiani*, Milano, Cortina, 2014).

Conrad, Peter

2007 *The Medicalization of Society*, Baltimore, The Johns Hopkins Press.

- Clark, Florence A.
2000 «The concepts of habit and routine: A preliminary theoretical synthesis», *The Occupational Therapy Journal of Research*, 20 (1_suppl), 123-137.
- Chamberlain, Paul; Craig, Claire
2017 «Design for health: reflections from the editors», *Design for Health*, 1, 1, 3-7.
- Crabtree, Andy; Rodden, Tom
2004 «Domestic Routines and Design for the Home», *Computer Supported Cooperative Work*, 13, 2, 191-220.
- Crespo, Carla et al.
2013 «Family Routines and Rituals in the Context of Chronic Conditions: A Review», *International Journal of Psychology*, 48, 5, 729-746.
- de la Fuente, Javier et al.
2015 «An affordance-based methodology for package design», *Packaging Technology and Science*, 28, 2, 157-171.
- Denham, Sharon A.
2003 «Relationships between Family Rituals, Family Routines, and Health», *Journal of Family Nursing*, 9, 3, 305-330.
- Deni, Michela
2002 «La construction sémiotique d'une interface conviviale», in Fontanille, J. (ed.), *Des théories aux problématiques*, Actes du Congrès de l'Association Française de Sémiotique, SÉMIO 2001, Limoges, Pulim (CD- ROM).
2005 «Les objets factitifs», in Fontanille, J. et Zinna, A. (sous la direction de), *Les objets au quotidien*, Limoges, Pulim, 79-96.
- Desclaux, Alice; Lévy, Joseph-Josy
2003 «Présentation: culture et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale? », *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2, 5-21.
- Devlin, Anne Sloan; Arneill, Alison B.
2003 «Healthcare Environments and Patient Outcomes: A Review of the Literature», *Environment and Behavior*, 35, 5, 665-694.
- Ekman, Inger et al.
2013 «The person-centred approach to an ageing society», *European Journal for Person Centered Healthcare*, 1, 1, 132-137.
- European Commission
2018 *The 2018 ageing report: Economic and budgetary projections for the EU member states (2016-2070)*, Institutional Paper 79, Luxembourg, Publications Office of the European Union.
- European Medicine Agency - Pharmacovigilance Risk Assessment Committee
2015 *Good practice guide on recording, coding, reporting and assessment of medication errors* (EMA/762563/2014). <https://www.ema.europa.eu/en/documents/regulatory-procedural-guideline/good-practice-guide-recording-coding-reporting-assessment-medication-errors_en.pdf>.
- Fainzang, Sylvie
2001 *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*, Paris, Presses Universitaires de France.

- 2003 «Les médicaments dans l'espace privé. Gestion individuelle ou collective», *Anthropologie et Sociétés*, 27, 2, 139-154.
- 2005 «Société – Le charme discret des médicaments», *LeDevoir*, 20 Août 2005. <www.ledevoir.com/societe/sante/88432/societe-le-charme-discret-des-medicaments>.
- 2012 *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Ferrarotti, Franco
1986 «Prefazione», in Maffesoli, M., *La conoscenza ordinaria. Compendio di sociologia comprendente*, Bologna, Cappelli Editore, 3-9.
- Fox, Nick J.; Ward, Katie J.
2008 «Pharma in the Bedroom ... and the Kitchen.... The pharmaceuticalisation of daily life», *Sociology of Health & Illness*, 30, 6, 856-868.
- Fulop, Tamás et al.
2010 «Aging, frailty and age-related diseases», *Biogerontology*, 11, 5, 547-563.
- Gabe, Jonathan et al.
2015 «Pharmaceuticals and society: Power, promises and prospects», *Social Science & Medicine*, 131, 193-198.
- Ghigi, Rossella; Sassatelli, Roberta
2018 *Corpo, genere e società*, Bologna, Il Mulino.
- Gibson, James J.
1977 «The Theory of Affordances», in Shaw, R., Bransford, J., *Perceiving, Acting and Knowing: Toward an Ecological Psychology*, Hillsdale NJ, Erlbaum, 67-82.
- Golant, Stephen M.
1984 *A Place to Grow Old: The Meaning of Environment in Old Age*, New York, Columbia University Press.
- Groeneveld, Bob et al.
2018 «Challenges for design researchers in healthcare», *Design for Health*, 2, 2, 305-326.
- Jones, Peter
2013 *Design for care: innovating healthcare experience*, New York, Rosenfeld Media.
- Kubler, George
1962 *The Shape of Time*, New Haven, Yale University Press (tr. it. *La forma del tempo*, Torino, Einaudi, 1976).
- Leroi-Gourhan, André
1943 *Évolution et techniques, I. L'homme et la matière*, Paris, Albin Michel.
1945 *Évolution et techniques, II. Milieu et techniques*, Paris, Albin Michel.
- Lorenzini, Giana; Olsson, Annika
2015 «Design towards better life experience: closing the gap between pharmaceutical packaging design and elderly people», in *Proceedings of the 20th International Conference on Engineering Design (ICED), 27-30 July, Milano, Politecnico di Milano*, Vol. 9, Design Society, 65-76.

- Lumme-Sandt, Kirsi; Virtanen, Pekka
2002 «Older people in the field of medication», *Sociology of Health & Illness*, 24, 3, 285-304.
- Maffesoli, Michel
2010 «Prefazione», in De Certeau, M., *L'invenzione del quotidiano*, Roma, Edizioni Lavoro, IX-XIV.
- Martin, Diane P. et al.
1990 «The Planetree Model Hospital Project: An Example of the Patient as Partner», *Hospital and Health Services Administration*, 35, 4, 591-601.
- Mason, Timothy
2006 *Designed with Care: Design and Neighbourhood Healthcare Buildings*, London, CABA.
- Mauss, Marcel
1936 «Les techniques du corps», *Journal de Psychologie*, XXXII, 3-4, 271-293.
2013 «Chapitre premier. Notion de technique du corps», in Mauss, M., *Sociologie et anthropologie*, sous la direction de Marcel Mauss, Paris, Presses Universitaires de France, 363-372.
- Norman, Donald A.
1988 *The Design of Everyday Things*, New York, Basic Books (tr. it. *La caffettiera del masochista. Psicopatologia degli oggetti quotidiani*, Milano, Giunti, 1990).
- Nusem, Erez; Straker, Karla; Wrigley, Cara
2020 *Design Innovation for Health and Medicine*, Singapore, Palgrave Macmillan.
- Overgaard, Bente et al.
2001 «Patients' evaluation of shape, size and colour of solid dosage forms», *Pharmacy World & Science*, 23, 5, 185-188.
- Palen, Leysia; Aaløkke, Stinne
2006 «Pill boxes and piano benches: "Home-made" methods for managing medication», in *CSCW '06: Proceedings of the 2006 20th anniversary conference on Computer supported cooperative work*, November 4-8, 2006, Banff, Alberta, Canada, 79-88.
- Pareek, Vikas; Khunteta, Alok
2014 «Pharmaceutical Packaging: current trends and future», *International Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 6, 6, 480-485.
- Penati, Antonella et al.
2020 «Scienza al quotidiano: Farmaci come oggetti/Daily Science: Pharmaceuticals as Objects», *DIID Disegno Industriale Industrial Design*, 69, 120-127.
- Pizzocaro, Silvia; Penati, Antonella
2021 «The In-Home Use of Medications: In Pursuit of Design-Driven Knowledge», *Home Cultures*, 17, 3, 153-171.
- Reynolds Whyte, Susan; van der Geest, Sjaak; Hardon, Anita,
2002 *The Social Lives of Medicines*, Cambridge, Cambridge University Press.

- Ryan, Assumpta A.
1999 «Medication Compliance and Older People: A Review of the Literature»,
International Journal of Nursing Studies, 36, 2, 153-162.
- Schrauwen, Sarah; Roberts, Lucienne; Wright, Rebecca (eds)
2017 *Can graphic Design Save Your Life?*, London, GraphicDesign&.
- Semprini, Andrea (a cura di)
1999 *Il senso delle cose*, Milano, FrancoAngeli.
- The Health Foundation
2016 *Person-centred care made simple. What everyone should know about person-centred care*, London, The Health Foundation.
- Tsekleves, Emmanuel; Cooper, Rachel (eds)
2016 *Design for Health*, London, Routledge.
- van der Geest, Sjaak; Reynolds Whyte, Susan,
1989 «The charm of medicines: metaphors and metonyms», *Medical Anthropology Quarterly*, 3, 4, 345-367.
- van der Geest, Sjaak; Reynolds Whyte, Susan; Hardon, Anita
1996 «The anthropology of pharmaceuticals: A biographical approach», *Annual Review of Anthropology*, 25, 153-178.
- Vicarelli, Giovanna,
2009 «La sociologie de la santé et de la médecine en Italie: Une perspective historique et relationnelle», *Médicaments et société: Entre automédication et dépendance, Revue Sociologie Santé*, 30, 423-440.
- Ward, James; Buckle, Peter; Clarkson, P. John
2010 «Designing packaging to support the safe use of medicines at home», *Applied Ergonomics*, 41, 5, 682-694.
- Willems, Dick
1995 «Mesurer sa respiration. Reconstituer le corps avec un objet médical»,
Techniques et Culture, 25-26, 55-72.
- Williams, Simon J.; Martin, Paul; Gabe, Jonathan
2011 «The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis», *Sociology of Health and Illness*, 33, 5, 710-725.
- Wyatt, Sally et al.
2004 «L'extension des territoires du patient. Internet et santé au quotidien»,
Sciences sociales et santé, 22, 1, 45-68.

Silvia Pizzocaro è Professore ordinario di Disegno industriale alla Scuola del Design del Politecnico di Milano, dove insegna *Elementi di Progettazione e Lezioni di Design* per il corso di Laurea in Design del prodotto industriale. Per il programma di Dottorato di ricerca in Design svolge l'insegnamento di *Design Research Methodologies* e per la Scuola di Dottorato di Ateneo il corso interdottorale *Practicing Research Collaboration*. Afferisce al Dipartimento di Design, nella sezione *Design e culture*. La sua attività di studio è orientata ai fondamenti teorici del disegno industriale, ai metodi di ricerca per il progetto e agli *user studies*. Tra le sue pubblicazioni in volume: *Introduzione agli*

studi sull'utente. Conoscere gli utenti tra ricerca e design dei prodotti (Unicopli, 2015) e *Artefatti concreti. Temi di fondamento per il design di prodotto* (Unicopli, 2016). È autrice di saggi e articoli (fonte dati: RE.PUBLIC@POLIMI - Research Publications at Politecnico di Milano).

Antonella Penati è Professore ordinario di Disegno industriale al Politecnico di Milano, dove è stata Vicepreside della Scuola del Design e Presidente del corso di Laurea in Design del prodotto industriale. I suoi interessi di studio si rivolgono ai prodotti e ai processi socioculturali di innovazione, design e narrazioni sociali. Presso il Dipartimento di Design, cui afferisce, è Coordinatrice della sezione *Design e culture*. Nel 2019 ha avviato un'area di studi su design e cultura della cura. Ha scritto numerosi libri, tra cui *Mappe dell'innovazione* (Etas, 1999) e *È il design una narrazione?* (Mimesis, 2013). È autrice di saggi e articoli (fonte dati: RE.PUBLIC@POLIMI - Research Publications at Politecnico di Milano).