

Gli oggetti della cura: come agiscono e come circolano al di là di ciò che si vede e si dice

Roberto Beneduce

professore ordinario di Antropologia medica e psicologica
Università degli studi di Torino

Pino SCHIRRIPIA, *La vita sociale dei farmaci. Produzione, circolazione, consumo degli oggetti materiali della cura*, Argo, Lecce, 2015, 206 pp. (Biblioteca di Antropologia medica 11).

Recensire un libro significa molte cose: presentarne le tesi principali, analizzarne la struttura e lo stile, individuarne i punti di forza e di debolezza, situarlo dentro un dato orizzonte disciplinare (quello dell'antropologia medica, in questo caso) – in modo da far emergere la particolare collocazione teorica e metodologica dell'Autore, e molto altro ancora.

Il libro di Pino Schirripa tuttavia, per sua stessa ammissione («Mi chiedo se il mio lavoro possa essere definito come una etnografia multisituata. Francamente credo di no [...] Non è un lavoro comparativo», p. 17), non consente letture ovvie e sfida il lettore con temi molteplici.

L'oggetto centrale del lavoro, *la vita sociale dei farmaci*, dà titolo al volume ed è esplicitamente ispirato ai lavori di APPADURAI A. (1986) e REYNOLDS WHYTE S. - VAN DER GEEST S. - HARDON A. (2002). Il primo, in particolare, dischiudeva già oltre trent'anni fa una riflessione originalissima, suggerendo un approccio interpretativo e storico alla materia e alle cose, alla loro "biografia culturale", come scriveva Kopytoff.

Per mostrare i complessi profili che scandiscono i rapporti tra farmaci tradizionali e farmaci della bio-medicina, è sufficiente evocare d'altronde quanto scrivono Reynolds Whyte, van der Geest e Hardon:

«I farmaci (*pharmaceuticals*) e le medicine 'indigene' prendono il loro pieno significato quando contrapposti l'uno all'altro [...] Allo stesso tempo, i primi possono offrire un modello (*prototype*) per il confezionamento e il mercato delle seconde [...] Un effetto di questo processo è l'enfasi sul ruolo dei medicinali in altri sistemi di cura non appena le medicine 'tradizionali' hanno guadagnato peso ideologico in opposizione ai farmaci di sintesi, diventando via via sempre più commercializzati» (REYNOLDS WHYTE S. - VAN DER GEEST S. - HARDON A. 2002: 12, traduzione mia).

In poche righe sono già enunciate le contraddittorie connessioni che definiscono il significato di questo termine, "farmaco", quando pensato fra ambiti terapeutici diversi: le differenze strutturali che emergono allorché questi ultimi sono confrontati l'uno all'altro; le prossimità visibili quando si pensi alla loro produzione, confezione e circolazione; le dimensioni politiche e storiche che hanno marcato la traiettoria delle farmacopie locali, fra valorizzazione postcoloniale, orgoglio nazionale, e più recenti lotte contro le politiche dei brevetti imposti dalle lobby. Se dunque l'oggetto centrale

del libro, il farmaco, è un oggetto sfuggente e proteiforme, al punto da spingere Schirripa a evocare la celebre metafora heideggeriana dei «sentieri interrotti» (p. 19) per descrivere la propria ricerca, sarà necessario che anch'io adotti una strategia all'altezza di un simile procedere.

Ho pertanto deciso di analizzare soprattutto quei passaggi sui quali la mia stessa ricerca mi ha condotto nel corso di questi anni, da quando, nel 1988, mi sono occupato delle trasformazioni della cosiddetta "medicina tradizionale" sull'altopiano dogon (Mali), per poi continuare – senza mai abbandonare quella prima ricerca – a lavorare sulla collaborazione fra *curanderos* e operatori della salute mentale in Mozambico e gli immaginari della cura nelle regioni bulu del Camerun. Spero in questo modo di poter più efficacemente dialogare con un testo che, va detto subito, sollecita infinite riflessioni e rinvia a controversi territori tematici: dai progetti di promozione della medicina tradizionale e il destino opaco di non pochi interventi di cooperazione sanitaria alla questione della "cittadinanza terapeutica" e il nodo della "violenza strutturale", al ruolo delle industrie farmaceutiche e delle diagnosi medico-psichiatriche nel plasmare bisogni ed esperienze.

Un primo nodo teorico da esaminare è quello della legittimità o meno di pensare come equivalenti i farmaci definiti "tradizionali" e quelli "in uso in ambito biomedico". La posizione di Schirripa sostiene il fondamento di questo confronto, là dove altri autori lo ritengono illegittimo o problematico. Cerchiamo di avvicinarci a questo problema con una domanda: che cosa renderebbe equivalenti o, al contrario, strutturalmente impossibili da confrontare un farmaco biomedico e un farmaco "tradizionale"?

Così posta la domanda non ammette molte alternative: l'analisi dettagliata delle molte componenti che entrano in gioco nella "vita sociale" dell'uno e dell'altro non farebbe che allontanare questi oggetti, anche se essi sembrano a tratti occupare lo stesso posto (la ricerca di una risposta alla malattia). Ci sono tuttavia questioni che rendono questa ipotesi, questa domanda, propriamente parlando, mal formulate.

In primo luogo suggerisco di distinguere, più di quanto talvolta non venga fatto, la medicina cosiddetta "tradizionale" in Africa da quella ayurvedica o cinese: il fatto che le teorie e le pratiche di queste ultime poggino su conoscenze trasmesse da manuali e testi sacri introduce una distanza radicale che, quando non pienamente considerata in tutte le sue implicazioni, comporta una grave confusione. Il corpus delle tradizioni mediche indiane o cinesi, esso stesso sottoposto a un tumultuoso processo di contaminazioni, rinvia in altri termini a fonti scritte, ciò che, nel caso africano, costituisce l'eccezione. La *porosità epistemologica* (l'incorporazione di altri immaginari, nozioni, riferimenti, eziologie ecc.) è, in questo caso, decisamente maggiore, e l'impatto della medicina coloniale e missionaria è stato particolarmente massiccio nell'orientare le sue espressioni di "critica sociale" (FEIERMAN S. 1995, HUNT N. R. 2016).

In altre parole, i principi terapeutici di quella che definiamo in modo un po' sbrigativo medicina tradizionale cinese o ayurvedica abitano campi simbolici, morali e politici tutt'altro che sovrapponibili a quelli dello *nganga* (e, naturalmente, della bio-medicina), e sono le loro stesse epistemologie cliniche (i modelli anatomici, le cosmovisioni e le teorie scientifiche che sottendono in ciascun caso l'idea di corpo, malattia o cura) a imporre di distinguere quelli che rimangono, in ciascuna di esse, progetti medico-terapeutici radicalmente diversi.

Schirripa tuttavia non incorre nell'errore ricorrente in molta antropologia: quello per il quale si insiste nel cercare le differenti soluzioni *culturali* o i differenti dispositivi simbolici per risolvere un problema già definito a priori (in questo caso, "come curare le malattie"), dal momento che, come viene suggerito da tempo, dovrebbero essere studiati in primo luogo i distinti problemi per i quali società diverse hanno forse elaborato strategie comuni (VIVEIROS DE CASTRO E. 2002: 116-117). La questione torna ad essere allora se questo oggetto, questa nozione ("farmaco"), partecipa di analoghe strategie conoscitive e terapeutiche o se invece il ricorso ad un comune concetto, e alla peculiare tradizione scientifica che esso evoca (quella occidentale), non comporti distorsioni inaccettabili. La prima delle quali si annuncia già nell'idea implicita in tanti programmi di "promozione della medicina tradizionale": accompagnare per mano questi nostri fratelli più piccoli a fare come facemmo noi un tempo, imparando a uniformare dosi e concentrazioni di sostanze medicamentose, confezionando prodotti e rimedi in flaconcini e sacchetti di plastica, accumulando poi questi prodotti per la vendita in ordinate farmacie... Insomma, accelerando, con un po' di soldi e di razionalità, quella *evoluzione naturale* verso una medicina all'altezza di questo nome.

L'immagine di quegli operatori in camice bianco, che – fra orgoglio e scetticismo – introducevano in sacchetti di plastica mucchietti di foglie disseccate dopo averli pesati su una bilancia, o in flaconcini di vetro diluizioni per il trattamento di talune affezioni (malaria, ittero, amebiasi ecc.) in un centro di medicina tradizionale in Mali, è quella che più facilmente torna alla mia memoria.

Da quella idea scaturisce un effetto particolare, che Robert Pool riassume, in un articolo sul quale ritornerò di qui a poco, parlando di una "piccola medicina" (questa è, in fondo, l'immagine della "medicina tradizionale" che, volenti o nolenti, i programmi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità finiscono col produrre). Se infatti è solitamente ammesso il vantaggio derivante dalla sua diffusione nelle aree più periferiche e dai costi relativamente bassi dei suoi prodotti, ed è riconosciuta come promettente la possibilità di sfruttare talune conoscenze empiriche, come già è accaduto nei passati secoli per numerose sostanze derivate da piante o animali, pochi sarebbero i disturbi sui quali la sua efficacia oggettiva può essere dimostrata, preminente è il ruolo dei fattori psicologici nel suo operare, e frequente rimane la deriva verso pratiche ciarlatanesche.

Il paradosso è dunque che più si parla di medicina tradizionale da valorizzare, da integrare nei sistemi di Primary Health Care, o di formazione dei guaritori, insomma: più sono evocati i limiti da oltrepassare, più la medicina tradizionale rischia di veder indebolito il suo potere. E non evoco qui per motivi di spazio il tema che occupa da tempo una crescente attenzione: il sospetto che i guaritori abbiano un ruolo importante in quei crimini rituali volti a produrre rimedi con parti del corpo umano (sangue, ossa, ecc.), secondo quanto riportato da non pochi quotidiani in paesi come il Gabon, l'Uganda o il Mozambico. Come liberare da questo malinteso un sapere che sembra vertiginosamente oscillare fra immagini di violenza e nobili tecniche terapeutiche, fra oscure complicità politiche e sofisticate strategie di cura?

La ricerca di una autentica simmetria politica, epistemologica ed economica fra i saperi medici e fra i loro protagonisti è comunque rimasta per lo più un'illusione, come Schirripa ricorda, e le immagini che egli offre di venditori di rimedi che, sugli autobus, promettono a passeggeri assonnati prodotti di ogni genere, accresce l'im-

pressione di una medicina *piccola e disordinata*, caratterizzata da un'economia caotica di discorsi, metafore, linguaggi.

Sarebbe dunque inevitabile concludere che ogni confronto intorno alla nozione di farmaco è impossibile? Questa soluzione presenta dei limiti.

Parlare di equivalenza o di differenza fra rimedi e modelli medici presuppone, di fatto, l'idea di distinti "sistemi", come si diceva un tempo e come talvolta io stesso ho erroneamente fatto, suggerendo l'esistenza di pratiche, rappresentazioni, domande sociali i cui confini sarebbero nettamente definiti e relativamente stabili, là dove abbiamo invece imparato a riconoscere la presenza di universi magmatici e contraddittori, attraversati da dinamismi e prestiti incessanti.

Come per il modello del meticcio, il cui errore storico nasceva dal concepire questo processo come l'intreccio fra due o più culture immaginate come originariamente distinte (AMSELLE J.-L. 2001), anche l'idea di sincretismo medico aveva in sé l'errore di suggerire un processo caratterizzato dal sovrapporsi di una medicina A con una medicina B con una medicina C..., ciascuna immaginata come distinta dalle altre, mentre trascurati rimanevano quegli elementi fluidamente circolanti fra esse (le sostanze note in molte farmacopee diventate poi farmaci convenzionali; le tecniche chirurgiche; e soprattutto l'idea dei guaritori come di coloro che per eccellenza attraversano confini epistemologici, culturali, ecc.: LUEDKE T - J. - WEST H. G. 2006).

Ciò che intendo dire è che ogni "campo di sapere terapeutico" è percorso al suo interno da mutamenti continui e, nei confronti di altri campi di sapere medico, da dinamiche di attrazione e incorporazione, o all'opposto di differenziazione, che si strutturano secondo linee di forza storicamente definite.

Gli storici della medicina coloniale in Africa non hanno mancato di osservare le differenze esistenti fra medicina missionaria e medicina militare, e all'interno della prima le distinte prospettive medico-igienistiche che caratterizzarono le missioni cattoliche da un lato, quelle protestanti dall'altro. E scontato è ricordare quanto la stessa bio-medicina sia attraversata oggi da atteggiamenti e stili eterogenei, da movimenti egemonici e contro-egemonici che nei fatti mettono in discussione la possibilità di parlarne al singolare.

Quando si guardi all'operare dei guaritori africani, è particolarmente evidente quanto essi esibiscano quello che ho definito altrove *mimetismo medico* (BENEDUCE R. 2010: 183), e quanto essi manifestino una forte ansia identitaria (quella che con felice espressione Joseph Tonda chiama "ambizione di un sapere totale"; TONDA J. 2001: 146) espressa nel tentativo di accumulare registri di conoscenza (tradizionale, moderno, religioso), poco preoccupandosi del grado di coerenza di questa combinazione (non è un caso se Éric de Rosny abbia finito col privilegiare la nozione di "amalgama" in riferimento alla medicina tradizionale in Camerun: (DE ROSNY É. 1981, 1996).

Le prescrizioni su foglietti di carta di sostanze da assumere con modalità particolari ne è l'esempio più evidente, sebbene non l'unico (il fascino segreto della scrittura...). Ed è proprio qui, in questi gesti apparentemente banali, che paiono *semplicemente ripetere* quello che nella bio-medicina (non solo in questa) sigilla solitamente ogni incontro clinico, che alcune domande s'impongono, allorquando leggiamo su quei frammenti di carta che a dover essere acquistata dal paziente non è un "farmaco" o un estratto di corteccia ma una coda di iena (secondo quanto aveva prescritto un guaritore che

collaborava con il Centre de Médecine Traditionnelle di Bandiagara)⁽¹⁾ o delle candele “mistiche” (BENEDEUCE R. 2010).

Date queste premesse, è difficile respingere la prospettiva suggerita da Pool nell'articolo già menzionato, quando, in riferimento alla medicina wimbun (Camerun), ricordava come il termine “medicine” (*mcep*) includesse all'interno del suo campo semantico significati e oggetti quanto mai eterogenei: i farmaci intesi “in senso occidentale”, certo, ma anche prodotti erboristici locali o altre sostanze usate per “fisare” o prevenire accidenti non necessariamente riconducibili a malattie, proteggere dalla stregoneria, e figure mascherate (*juju*). Impossibile, conclude Pool, immaginare che questo termine possa identificare con legittimità uno stesso insieme di oggetti: «Quando le persone parlano inglese o pidgin usano il termine “medicina” in un senso ben più ampio di quanto faremmo noi» (POOL R. 1994, p. 14), idea che l'autore riprenderà in un manuale ad uso didattico scritto alcuni anni dopo con Wenzler e citato da Schirripa (p. 21).

Se questo termine indica, oltre ai farmaci intesi nel senso a noi più familiare, prodotti utilizzati per accrescere possibilità di successo sociale o economico, foglie e aculei di porcospino, frammenti intrisi di sangue sacrificale e cauri; se lo stesso termine dà nome a oggetti che simboleggiano l'unità del lignaggio, sono gelosamente custoditi all'interno del compound e possono essere usati per proteggere coloro che emigrano, riesce in effetti difficile pensare che l'uso di questo unico termine indichi, per la totalità della popolazione wimbun, un significato sovrapponibile a quello che hanno in mente i ricercatori della Angelini, della Glaxo o della Roche.

La questione di quale termine (di quale *lingua*) adottare per nominare oggetti, processi, esperienze, è questione antica e largamente irrisolta, e la polisemia del termine *mcep* è solo uno dei problemi.

Malcolm Crick suggeriva di non limitarsi a utilizzare concetti prêt-à-porter (*ready-concept*) come quello di “stregoneria” (*witchcraft*), ipotizzando che la comprensione di questo fenomeno si sarebbe avvantaggiata dalla sua «dissoluzione in un più ampio quadro di riferimento»⁽²⁾; questo principio potrebbe essere egualmente applicato all'esperienza della trance da possessione; e Pool suggerisce qualcosa di analogo per ciò che concerne termini come “farmaco” o “medicina”. Riprendendo Deleuze e Guattari, potremmo aggiungere che ciò che andrebbe realizzato è non sacrificare il molteplice al dominio dell'unico (DELEUZE G. – GUATTARI F. 1980).

Le buone intenzioni epistemologiche tuttavia non bastano, e si potrebbe obiettare che le persone in Africa utilizzano ormai diffusamente il termine “medicine” (o “*witchcraft*”) quando parlano, ancor più quando parlano con gli antropologi, malgrado molto distingua i “farmaci” tradizionali e quelli della bio-medicina, la loro e la nostra stregoneria, e così via.

La ricerca etnografica non può però rassegnarsi al dogma wittgensteiniano («il significato di una parola è il suo uso nel linguaggio»): la filosofia oxoniense, dopo tutto, non aveva da fare i conti con quello che è il problema dell'antropologia: la traduzione, e questo suggerisce l'utilità di non trascurare il ricorso ai termini e agli orizzonti sociali locali, come fa l'Autore traendo dalle sue ricerche in Ghana e in Etiopia non pochi esempi.

Di un testo del quale sarebbero ancora molte le cose da dire, e che ben si presta a diventare uno strumento prezioso all'interno dei corsi di antropologia medica, voglio

ancora evocare due questioni. Il peso della storia, di quella coloniale, in particolare, deve essere tenuto presente quando si voglia analizzare il confronto *nervoso* e ambivalente delle popolazioni africane con la bio-medicina: il ruolo che quest'ultima ebbe nel corso del dominio coloniale è fondamentale per comprendere anche le derive della medicina tradizionale e le sue contraddizioni, così come i sentimenti che negli anni successivi alle indipendenze animarono i progetti rivolti a *riscoprire* e *valorizzare* le proprie tradizioni culturali.

Si apre qui un territorio infinito di riflessioni, che può arricchirsi indubbiamente del contributo di Gramsci e de Martino sul rapporto fra gruppi subalterni, classi rurali e saperi egemonici, ma non può fare a meno delle riflessioni di Frantz Fanon sulla medicina coloniale: che costituiscono un passaggio obbligato per comprendere il significato di quelle rivendicazioni, di quelle ansie identitarie e di quelle pratiche controverse che ancora riconduciamo confusamente al territorio della medicina tradizionale. Emerge qui anche la dimensione *sintomale* di una storia, nel senso suggerito da Boni (BONI L. 2012)⁽³⁾.

Infine, una riflessione brevissima sulle pagine dedicate alla “nascita di un farmaco”. La descrizione accurata delle ragioni scientifiche, economiche ed epistemologiche, oltre a evocare un laboratorio latouriano, ci rivelano quello che spesso non verrà mai detto di un farmaco immesso sul mercato, se non quando i suoi effetti collaterali obbligheranno a riconoscere il lato oscuro della ricerca. Ma mi nasce spontanea, a questo proposito, una domanda: quali sono i vincoli che possono impedire al ricercatore di dire presso quale industria farmaceutica ha realizzato le sue ricerche?

Note

⁽¹⁾ Si trattava di un guaritore esperto nel trattamento di una sindrome nota come “uccello della notte” (*yaja saza*). Osservazione personale (1988).

⁽²⁾ «Gli studi sulla stregoneria – per non parlare di quelli comparativi – apparirebbero allora un non senso semantico, e il segno della nostra migliore comprensione sarà il progressivo ridursi dell'impiego [di questo concetto]» (cit. in POOL R. 1994: 16, traduzione mia).

⁽³⁾ Per alcuni di questi temi, rinvio alle ricerche che ho realizzato in Camerun (BENEDEUCE R. 2010).

Bibliografia

AMSELLE Jean-Loup (2001), *Connessioni. Antropologia dell'universalità delle culture*, Bollati Boringhieri, Torino.

APPADURAI Arjun (1986), a cura di, *The Social Life of Things: Commodities in Cultural Perspective*, Cambridge University Press, Cambridge.

BENEDEUCE Roberto (2010), *Corpi e saperi indocili. Stregoneria, guarigione e potere in Camerun*, Bollati Boringhieri, Torino.

BONI Livio (2012), *Avanzare dai margini. Il 25° «Quaderno» come matrice di un post-marxismo gramsciano?*, “Studi culturali”, IX, 2, 2012, pp. 285-312.

DELEUZE Gilles, GUATTARI Félix (1980), *Capitalisme et schizophrénie. Mille plateaux*, Minuit, Paris.

- DE ROSNY Éric (1981), *Les yeux de la nuit. Sur les pas des maîtres de la nuit*, Paris, Plon.
- DE ROSNY Éric (1996), *La nuit, les yeux ouverts*, Seuil, Paris.
- FEIERMAN Steven (1995), *Healing as Social Criticism in the Time of Colonial Conquest*, "African Studies", 54, 1, 1995, pp. 73-88.
- HUNT Nancy Rose (2016), *The Nervous State. Violence, Remedies and Reveries in Colonial Congo*, Duke University Press, Durham & London.
- LUEDKE Tracy J., WEST Harry G. (a cura di) (2006), *Borders and Healers. Therapeutic Resources in Southeast Africa*, Indiana University Press, Bloomington.
- POOL Robert (1994), *On the Creation and Dissolution of Ethnomedical Systems in the Medical Ethnography of Africa*, "Africa: Journal of the International African Institute", 64, 1, 1994, pp. 1-20.
- REYNOLDS WHYTE Susan - VAN DER GEEST Sjaak - HARDON Anita (2002), *Social Lives of Medicines*, University of Cambridge, Cambridge.
- TONDA Joseph (2001), *Le syndrome du prophète. Médecines africaines et précarités identitaires*, "Cahiers d'études africaines", 161, 2001, pp. 139-162.
- VIVEIROS DE CASTRO Eduardo (2002), *O nativo relativo*, "Mana", 8 (1), 2002.