

Morlacchi Editore – *University press*

LEGAMI SOCIALI

*collana diretta da*

Ambrogio Santambrogio

– *Ricerca e critica sociale* –

8

La collana Legami sociali – coordinata dal gruppo di ricerca RILES – si propone di approfondire, attraverso lavori di tipo teorico ed empirico, lo studio della molteplicità di legami sociali che caratterizza la società contemporanea. Si rivolge a studiosi di scienze sociali, ma anche a quel pubblico di lettori attento alle più importanti e significative dinamiche della nostra realtà. Vuole contribuire ad una conoscenza sempre più consapevole della complessità sociale, in una direzione critica ed emancipativa.

DIRETTORE DI COLLANA

Ambrogio Santambrogio

COMITATO SCIENTIFICO

Giovanni Barbieri, Matteo Bortolini, Enrico Caniglia, Luigi Cimmino, Franco Crespi, Riccardo Cruzzolin, Teresa Grande, Gianmarco Navarini, Walter Privitera.

*Questa collana è peer-reviewed*

# PSICOFARMACI E QUOTIDIANITÀ

*a cura di*

Ambrogio Santambrogio

Morlacchi Editore U.P.

Prima edizione: febbraio 2016

Isbn/Ean: 978-88-6074-751-8

Impaginazione e copertina: Jessica Cardaioli

Copyright © 2016 by Morlacchi Editore, Perugia. Tutti i diritti riservati.

È vietata la riproduzione, anche parziale, con qualsiasi mezzo effettuata, compresa la copia fotostatica, non autorizzata. Finito di stampare nel mese di febbraio 2016 presso la tipografia “Digital Print - Service”, Segrate (MI).

Mail to: [redazione@morlacchilibri.com](mailto:redazione@morlacchilibri.com) | [www.morlacchilibri.com/universitypress](http://www.morlacchilibri.com/universitypress)

## INDICE

Ambrogio Santambrogio	
<i>Introduzione</i>	7
PSICOFARMACI E QUOTIDIANITÀ	
Ambrogio Santambrogio	
La difficile quotidianità	17
Alessia Fiorillo	
Cure primarie e psicofarmaci. Quando il disagio approda nello studio del medico di medicina generale	67
Antonella Buffo	
L'anello mobile della catena: il punto di vista dei farmacisti	125
Ugo Carlone	
“Solo la volontà non basta”: l'uso degli psicofarmaci tra rassegnazione e fiducia	163
Ugo Carlone	
Fronteggiare il disagio: il punto di vista degli psichiatri dei CSM e degli operatori dei Sert	207

Alessia Fiorillo	
Lo psicofarmaco: equilibrio precario e stabilizzazione chimica	235
Domenico Delfino	
Cosa sono gli psicofarmaci	291

#### APPENDICI

Questionario somministrato ai pazienti dei medici	317
Questionario somministrato a studenti universitari	321
Elenco dei soggetti intervistati	325
Notizie sugli autori	327

## Introduzione

*Forse adesso, con la vostra indagine,  
ci porremo più attenzione alla cosa.*  
(Maria Caterina, F, Perugia).

Il libro è il risultato di una ricerca sull'uso quotidiano degli psicofarmaci, cioè a fronte di situazioni “non patologiche”. Anche se si analizza solo una famiglia di farmaci, si tratta di riflettere su quella che molti chiamano una vera e propria “medicalizzazione della vita quotidiana” e, in particolare, sugli effetti che essa ha sulla nostra vita di tutti i giorni. La prima cosa importante da dire è che, davanti ad un tema così complesso e discusso, non siamo partiti con tesi preconcepite, ma ci siamo fatti guidare dalla curiosità del ricercatore. Vorrei provare di seguito ad elencare alcuni punti problematici chiave che emergono dalla nostra ricerca.

Innanzitutto, l'oggetto della ricerca non è di facile definizione. Siamo partiti con l'idea di studiare l'uso di psicofarmaci al di fuori di situazioni patologiche conclamate, dalla cosiddetta malattia mentale. Perciò abbiamo intervistato medici di medicina generale e farmacisti, poiché eravamo interessati soprattutto all'uso di farmaci che si fa a fronte di un “malessere” o “disagio” che attraversa la quotidianità, e che crea situazioni di ansia, di depressione, di sbalzi di umore, ecc., patologie di tutti i giorni che, se anche non assumono il carattere di una vera e propria malattia mentale, influiscono in maniera importante sulla nostra vita. I due focus fatti a operatori di Sert e di Csm hanno avuto lo scopo di indagare i confini – incerti e problematici – tra questo “mal di vivere” e la malattia vera e propria. È chiaro che tracciare una linea di confine netta tra patologia e normalità diventa difficile, soprattutto se si pensa a quanto diffuso è questo malessere.

Il primo importante risultato della ricerca, in effetti, è che l'uso quotidiano di psicofarmaci è enorme e in aumento. Non abbiamo dati quantitativi (la nostra è una ricerca di tipo qualitativo), ma tutti gli intervistati concordano sul fatto che questi farmaci sono tra i più venduti in Italia – se non i più venduti in assoluto – e che il loro uso è in aumento.

Il secondo aspetto rilevante è che questo consumo riguarda un po' tutti i soggetti, per età, per genere, per territorio, per classe sociale e per livello culturale. Alcune categorie sono particolarmente coinvolte (ad esempio gli anziani, che devono affrontare l'ansia e la depressione create dalla solitudine e dalla difficoltà a prendere sonno), ma la realtà che emerge è tale per cui sembrerebbe che qualsiasi problema della nostra vita (studenti che non riescono a dare un esame; persone che perdono il lavoro o che faticano a trovarlo; discussioni e liti in famiglia, o all'interno delle relazioni affettive; morte di una persona cara; abbandoni e divorzi; difficoltà a relazionarsi con gli altri; richieste di eccessive prestazioni lavorative; un generale senso di incertezza e di difficoltà; problemi sessuali; sentimenti di abbandono e di solitudine; ecc. ecc.) trova una risposta relativamente facile e relativamente disponibile nell'assunzione di farmaci.

Siamo così davanti – terzo aspetto – ad una vera e propria quotidianizzazione del sintomo, del farmaco e della terapia. Tutto ciò è reso possibile da un processo di standardizzazione della diagnosi, che è soprattutto il prodotto delle caratteristiche intrinseche di questi farmaci: poche semplici molecole alla base di una gran quantità di prodotti; una confezione e un formato che li rendono facili da gestire e da assumere; una immagine generale che li presenta come sostanze di pronto, immediato ed efficace uso. L'idea generale è che si arriva dal medico ognuno con il proprio problema; con il proprio modo di viverlo; con la propria difficoltà ad affrontarlo e a gestirlo. Ma poi tutto questo universo viene filtrato e ridotto a pochi semplici schemi interpretativi, ai quali si collegano poche semplici diagnosi, alle quali si fa fronte con poche molecole uguali per tutti.



Il farmaco chimico amplia così la sua sfera di azione – quarto aspetto – andando a sostituire significativamente altri tipi di “farmaci”, non chimici, ma psicologici. Si pensi, ad esempio, alla preghiera per chi è credente; oppure alla relazione, al colloquio, utili per chi è credente e per chi non lo è. In questa sostituzione pesa molto, ovviamente, l’idea di facilità, immediata disponibilità, relativa e pronta efficacia che la chimica porta con sé, cose che il più faticoso, impegnativo e problematico rapporto con sé e con gli altri difficilmente garantisce.

Il tutto è ovviamente sostenuto da alcune idee diffuse – quinto aspetto –, che consentono la familiarizzazione e la quotidianizzazione di queste pratiche. È evidente che c’è alle spalle di tutto ciò un uso strumentale che il mercato fa di questo diffuso mal di vivere, mercato che prima crea farmaci per un uso di massa e poi ne pubblicizza l’efficacia, creando così domanda e aspettative. Inoltre, si rifletta sul fatto che il concetto stesso di farmaco ha perso quell’ambivalenza che la sua radice etimologica porta con sé: il suo lato oscuro, di pericolosità, viene completamente cancellato e scaricato su di un altro termine, quello di droga. Farmaco è allora qualcosa che è solo positivo perché droga è tutto ciò che è negativo. Si tratta di un meccanismo che aiuta ad occultare la pericolosità dei farmaci, i loro effetti collaterali, le conseguenze di assuefazione o dipendenza che possono produrre.

Ultimo aspetto: le cause di questi problemi sono per lo più, se non completamente, psico-sociali e non biologiche. Certo anche qui è difficile separare nettamente le due dimensioni, perché non è detto che – per fare solo un esempio – una banale gastrite non abbia anch’essa radici psicologiche e sociali. Il fatto è che qui sicuramente ciò che il paziente denuncia ha prevalentemente cause non biologiche: un anziano meno solo e con più relazioni sociali non sarebbe depresso, così come non lo sarebbe il giovane che potesse maggiormente confidare sul suo futuro. In più, a questi processi, tipici del nostro mondo, sembrano associarsi una generale fragilità e una diffusa incertezza, entrambe del tutto nuove, probabilmente sconosciute alle generazioni che ci hanno preceduti. Non è compito di questa ricerca ovviamente affrontare direttamente questi

aspetti – che sono un po' il campo di indagine delle scienze sociali di questi anni –: non si può però evitare di sottolineare il *bias* che si crea laddove a fronte di problemi diffusi di tipo psico-sociale, che vengono denunciati e rilevati solo attraverso le parole del paziente (e che non possono perciò avere, per loro stessa natura, un riscontro diagnostico così come si fa, per dire, con una polmonite o un'infezione), si risponde con una “diagnosi” medica e con una “terapia” farmacologica.

In questo modo, la sofferenza del singolo viene vissuta come qualcosa di completamente soggettivo, dal paziente, dal suo contesto familiare e sociale, dagli operatori che di lui si occupano (medici, farmacisti, specialisti, ecc): essa viene separata dalla sofferenza altrui, da quelle basi condivise e comuni, da quelle radici sociali che associano situazioni diverse e tutte simili. Al contrario, ricollocare la sofferenza individuale dentro il contesto che l'ha prodotta, individuando quel *surplus* di senso collettivo che la accompagna, non significa mettere in discussione la verità della sofferenza che si afferma di sentire e di provare, e su cui anche legittimamente interviene l'approccio farmacologico, quanto invece provare a collocarla dentro un orizzonte di senso più ampio, restituirla ad un orizzonte di condivisione e di cooperazione sociale, che possa spiegarla ed eventualmente porsi come una potenziale occasione di superamento. Altrimenti, la via farmacologica rimarrà sempre e comunque un ostacolo ad una reale comprensione dell'esperienza soggettiva, alla possibilità che sia socialmente riconosciuta e, come tale, vissuta e affrontata.

Sono questi solo alcuni, ma decisivi problemi che verranno trattati nel testo. L'idea di fondo, supportata ampiamente dalla realtà che emerge dalla ricerca, è che alla malattia in senso proprio si è affiancato un “mal di vivere” per lo più oscuro e sconosciuto, preoccupante perché diffuso, a cui si risponde in un modo che appare, per lo meno, assai problematico. Abbiamo voluto mettere in luce le modalità di questa risposta. In effetti, il contributo che pensiamo di portare con il nostro lavoro, prima ancora che di tipo interpretativo, vuole essere di tipo empirico. Per quanto siamo a conoscenza, la nostra è una delle prime ricerche in questo cam-

po. Abbiamo voluto andare a sentire direttamente gli operatori (medici, farmacisti, operatori di Sert e di Csm) proprio per avere una testimonianza diretta della realtà, testimonianza che ci ha presentato un quadro relativamente chiaro e ben definito: quello che risulta dalla ricerca sembra essere egualmente presente in tutte le varie realtà della Regione, così che probabilmente si tratta di un mondo comune e diffuso.

All'interno del nostro lavoro, e della discussione che l'ha accompagnato, sono emerse posizioni interpretative anche diverse: alcuni di noi vedono con maggiore preoccupazione la situazione che la nostra indagine delinea; altri sono più disponibili ad accettare l'idea che l'uso di questi farmaci, alla fine, non sia la soluzione peggiore. Queste differenze probabilmente emergono dai testi che compongono il libro, e sono differenze che abbiamo consapevolmente mantenuto. Come abbiamo però sopra detto, i risultati delinea una situazione così diffusa, radicata e comune tale non solo da confermare, ma da andare al di là delle iniziali ipotesi di ricerca. Perciò le pagine che seguono, prima ancora di proporre interpretazioni definitive o soluzioni appropriate, vogliono essere un modo per sollevare la questione, per portarla all'attenzione non solo degli esperti (medici, farmacisti, operatori, funzionari dei servizi e delle amministrazioni pubbliche, politici, ecc.), ma anche di tutti i cittadini, considerato il fatto che a tutti può capitare di essere "pazienti". Come dice Piera, un medico intervistato:

fare una medicalizzazione di un problema sociale... mi trova assolutamente contraria! Anche se poi si è costretti magari... in alcune situazioni non c'hai altre armi... per cui una persona disoccupata, ha perso il lavoro, magari la moglie; ha perso il lavoro, il marito... viene qui da me a chiedermi qualcosa perché s'accorge che c'ha un tono dell'umore depresso... che c'ha tutta una serie di sintomi a cascata! Per cui in queste situazioni alla fine il farmaco magari aiuta, no?! Però come concetto generale non si dovrebbero risolvere i problemi sociali medicalizzandoli! Assolutamente! Parliamone!

Appunto, *parliamone*. Che se ne parli, sarebbe già motivo di grande soddisfazione per tutta l'equipe di ricerca.

\*\*\*

Alcune osservazioni sulla struttura del libro. I vari saggi che lo compongono, anche per le caratteristiche sopra descritte della ricerca, possono in un certo modo essere letti autonomamente e indipendentemente dall'ordine in cui vengono proposti. Il testo di Santambrogio costituisce una prima introduzione generale sulle problematiche della ricerca; quelli che seguono (di Fiorillo, Buffo e i due di Carlone) propongono rispettivamente il punto di vista dei medici, dei farmacisti, degli operatori (Sert, Unità di strada, CSM) e dei "pazienti", reali o potenziali. Il successivo saggio di Fiorillo discute la questione della possibile induzione di nuove forme di dipendenza. Chiude il testo di Delfino, che, da farmacologo, fornisce una presentazione dei meccanismi di funzionamento di questo tipo di farmaci.

La ricerca si è svolta dal settembre 2013 al settembre 2015. Le azioni di ricerca sono state le seguenti: 21 interviste a medici di medicina generale, variamente distribuiti sul territorio regionale; 20 interviste a farmacisti, anch'essi di farmacie pubbliche variamente distribuite sul territorio umbro; 1 focus con operatori di strada e di Sert; 1 focus con operatori di CSM; 187 questionari distribuiti a pazienti di medici di medicina generale che sono in terapia con psicofarmaci; 239 questionari distribuiti a studenti universitari. Le interviste – tutte piuttosto lunghe e complesse – sono state registrate e sbobinate. All'interno dei testi che compongono il libro, ognuna delle citazioni tratte dalle interviste è seguita da un nome fittizio (così da garantire l'anonimato della persona intervistata), da una M (medico) o da una F (farmacista), dalla città dove l'intervistato lavora. In appendice, sono riportati il questionario distribuito ai pazienti; il questionario distribuito agli studenti universitari; l'elenco di tutti i soggetti intervistati.

Il lavoro di messa a punto delle ipotesi e degli strumenti di ricerca ha potuto contare sulla preziosa collaborazione di Carla Nocentino; Damiano Parretti e Tiziano Scarponi (SIMG); Raimondo Cerquiglini (AFAS); Stefano Mustica (AFM); Claudia Covino (Sert, Perugia); Sonia Biscontini (Sert, Foligno); Elisabetta

Rossi (CSM, Perugia); Patrizia Lorenzetti (CSM, Gubbio). Un sentito ringraziamento va alla SIMG, all'AFAS e all'AFM, per la gentile collaborazione nel fornire contatti con medici e farmacisti. Non possiamo dimenticare la gentilezza con cui tutti gli intervistati hanno messo a nostra disposizione il loro tempo prezioso e le loro competenze. Una prima idea della ricerca è stata sviluppata da chi scrive con Marcello Catanelli e con Giampaolo Di Loreto. Un ringraziamento va a Gianni Giovannini, del Servizio regionale "Programmazione Sociosanitaria dell'assistenza Distrettuale ed ospedaliera", servizio cui appartengono anche Giampaolo Di Loreto, Angela Bravi e Roberta Antonelli, cui va pure il nostro grazie per aver discusso con noi ipotesi e sviluppi del lavoro.

La ricerca è stata finanziata dalla Regione Umbria, Assessorato alla Coesione sociale e Welfare: all'Assessore Luca Barberini va l'ultimo, ma non meno sentito, ringraziamento.

*Perugia, 2 settembre 2015*

## PSICOFARMACI E QUOTIDIANITÀ

---

## La difficile quotidianità<sup>1</sup>

### 1. Introduzione: la quotidianità complessa

In un suo bellissimo libro, Ernesto de Martino racconta di come, smarrita la via durante un suo viaggio in Calabria, invitò un pastore a salire in macchina per accompagnarlo sino ad un bivio. Il vecchio mostrò subito un senso di smarrimento e di diffidenza, che “si andò tramutando in angoscia” quando dal finestrino dell’auto sparì la vista del campanile del suo paese: “per quel campanile scomparso, il povero vecchio si sentiva completamente spaesato. E solo a fatica potemmo condurlo sino al bivio [...]”. Lo riportammo poi indietro in fretta: e sempre stava con la testa fuori dal finestrino, scrutando l’orizzonte, per veder riapparire il campanile di Marcellinara: finché, quando finalmente lo vide, il suo volto si distese e il suo vecchio cuore si andò pacificando” (De Martino 2002, 480-481).

La vita quotidiana è, per usare metaforicamente il racconto di De Martino, la vita sotto il campanile. Al riparo del campanile, tutto *sembra* più tranquillo, affidabile, rassicurante. Ognuno di noi ha il suo, i suoi campanili: la sua famiglia, il suo lavoro, i suoi amici, le sue abitudini. La vita di tutti i giorni, con le sue *routines*, è la dimensione dentro la quale è collocata la nostra esperienza. In qualche modo, essa funziona da sé: ogni giorno, con i suoi picco-

---

1 Ringrazio, oltre ai membri del gruppo di ricerca (Antonella Buffo, Ugo Carlone, Domenico Delfino, Alessia Fiorillo), Lorenzo Bruni, Massimo Cerulo, Elena Fioravanti e Anna Santambrogio per i loro commenti e suggerimenti preziosi. Naturalmente, ogni errore, imperfezione o incompletezza presenti nel testo sono mia responsabilità.

li, ma importanti, rituali quotidiani, è l'anello di una catena nella quale domina la prevedibilità, quella prevedibilità che ci consente di gestire l'ansia dell'imprevisto e dell'ignoto. Il quotidiano è un fagocitatore di imprevisti, anche se questo non significa, di per sé, che debba necessariamente essere noioso. È quella superficie sulla quale navighiamo prudenti, cercando di evitare, o ignorando del tutto, l'inquieta profondità dell'ignoto che sta sotto di noi. È il mondo delle sicurezze, delle certezze, delle aspettative si spera ben riposte.

A sua volta, il sapere della quotidianità è un sapere non problematico, che diamo per scontato, perché regola le azioni che compiamo ogni giorno: alle volte, neppure ci accorgiamo dei saperi che le nostre *routines* contengono, perché le viviamo inconsapevolmente. Ricordo sempre un amico tedesco il quale, con l'occhio estraneo dello straniero, mi fece notare – piccola cosa dentro al mare infinito delle abitudini condivise – che, secondo lui, gli italiani sono l'unico popolo al mondo che parla di cibo mentre mangia. Senza accorgersi, appunto, che questa piccola consuetudine fa parte del loro mondo quotidiano. *Routines* e senso comune sono gli aspetti pratico e cognitivo della stessa dimensione, quella che deve riuscire a mettere da parte il dubbio, l'incertezza. Entrambi – *routines* e senso comune – sono intrinsecamente un prodotto sociale. Nessuno di noi costruisce da sé la propria quotidianità e il senso che ad essa dà: essi sono il prodotto della sedimentazione di azioni passate, la cui ripetizione nel tempo ha trasformato ciò che inizialmente poteva essere una novità in abitudine. La vita quotidiana è allora la vita del *noi comune* al quale apparteniamo, così come recita questa bella definizione di Jedlowski: “la vita quotidiana è l'insieme degli ambienti, delle pratiche, delle relazioni e degli orizzonti di senso al cui interno uomini e donne trascorrono in modo ricorrente la maggior parte del loro tempo, secondo le fasi del loro percorso biografico e secondo i ruoli in cui sono coinvolti, in una data società e in un periodo storico determinato” (Jedlowski 2004, 10)<sup>2</sup>.

---

2 Per una introduzione sociologica ai concetti di vita quotidiana e di senso comune, rimando a Jedlowski, Leccardi 2003 e a Santambrogio 2006.



La nostra vita quotidiana assomiglia a quella del pastore incontrato da De Martino? Ha naturalmente caratteristiche comuni, quelle sopra evidenziate, ma è profondamente diversa perché diverso è il mondo – il noi comune – che oggi abitiamo: in breve, forse non c'è più il campanile, o magari ce ne sono molti, che ci costringono, volta a volta, a scegliere, nei diversi momenti e circostanze della nostra vita, quale aspetto del senso comune, quale *routines* ci può apparire più appropriata. Si tratta quindi di una vita quotidiana più ricca, più articolata, meno rigida e codificata; ma al tempo stesso, più incerta e problematica, più aperta al dubbio e all'incertezza. Se il pastore incontrato da De Martino manifesta un senso di smarrimento, di stress e financo di angoscia lontano dal campanile, anche poco lontano da esso, noi invece viviamo gli stessi sentimenti dentro la nostra quotidianità, non fuori da essa. Ed essa è pervasa, e continuamente scossa, da un cambiamento continuo ignoto al mondo contadino: se in quest'ultimo dominava la stabilità e il cambiamento era l'eccezione, oggi per noi vale esattamente l'opposto, e la nostra vita è un continuo resettarci sulle novità. Sempre vita quotidiana è: ma la prima può essere vista come una quotidianità semplice (dominata dalla ferrea logica del campanile), mentre la nostra è una quotidianità complessa (dominata dalla presenza dei "campanili"). Ora, "l'atteggiamento quotidiano (la quotidianizzazione del mondo, la sua riduzione a qualcosa che possa essere dato per scontato) tende incessantemente a rigenerarsi, ma la sua generazione è resa difficile da contesti dominati dall'incertezza" (ivi, 23).

In questo quadro generale si colloca l'analisi che verrà di seguito svolta. La parola chiave è: incertezza. L'idea di fondo è che un aumento dell'incertezza *possa* provocare un aumento di ansia e di stress, a volte anche di depressioni; e che tale aumento *possa* a sua volta provocare un aumento del consumo di farmaci *ad hoc*. Non si tratta, naturalmente, di suggerire un ritorno al campanile di Marcellinara, cosa del tutto impossibile date le condizioni di sviluppo attuali delle nostre società. Si tratta però di prendere consapevolezza della nostra condizione di moderni (anche i nostri pastori attuali sono "moderni", diversi cioè dal vecchio signore

incontrato da De Martino), uscendo dall'inconsapevolezza del senso comune, così da essere maggiormente attrezzati di fronte alla complessità. Ci sono cose che ci stiamo abituando a fare, più o meno consapevolmente, e su alcune di queste provare a fare chiarezza può essere un modo utile per non lasciarsi trascinare da marosi quotidiani che non riusciamo più a gestire.

La domanda fondamentale che soggiace a tutto il libro, e a tutta la nostra ricerca, è: *cosa è normale e cosa non lo è?* Se è normale per le nostre società complesse che gli individui abbiano tutti una vita quotidiana più complessa, e quindi più stressante, è allora anche normale l'uso di quei farmaci? L'aggettivo "normale" porta con sé una ambiguità di fondo, racchiusa nella duplice sfumatura del suo significato: è normale qualcosa che è comune a tutti, e questo è il suo significato descrittivo/quantitativo; è normale ciò che non è patologico, e questo, invece, è il significato normativo/qualitativo. In questa seconda accezione, potrebbe essere patologico ciò che i più fanno e non patologico ciò che pochi, o anche financo uno solo, fa. Tradotto nel problema della nostra ricerca: se l'uso di questi farmaci è normale perché è estremamente diffuso, questo suo largo uso è a sua volta normale o esprime una "patologia"?

Dovrebbe essere ormai chiaro che il problema da affrontare emerge quando il farmaco viene usato al di fuori di una patologia fisiologica conclamata, quelle malattie per le quali il medico di medicina generale si rivolge allo specialista e ai servizi specialistici (morbo di alzheimer, forti depressioni, sindrome bipolare, tentativi di suicidio, gravi disturbi della psiche, ecc.). Ciò di cui parliamo è l'uso normale quotidiano, anche senza la presenza di una patologia conclamata. A meno che, appunto, i problemi che si cerca di affrontare non siano essi stessi patologie, nuove patologie create dall'incertezza della complessità. Deve però essere chiaro che si tratta di situazioni diverse: la prima diversamente presente, e diversamente affrontata, in tutti i noi comuni, dall'inizio dei tempi ad oggi; la seconda, un effetto specifico del nostro mondo attuale, della nostra complessità.

A questo punto, la domanda fondamentale può essere così formulata: è in corso una *quotidianizzazione dello psicofarmaco*? L'u-

so di queste sostanze, cioè, sta diventando normale, per lo meno dal punto di vista descrittivo/quantitativo? Vediamo di provare a rispondere per gradi, lasciando poi alla fine la discussione sul secondo significato di normalità. Nella mia argomentazione, farò uso di molti materiali di ricerca, proprio perché mi sembrano particolarmente eloquenti. L'indicazione del luogo geografico in cui lavora l'intervistato servirà non tanto a dimostrare le differenze tra luogo e luogo, ma, al contrario, a far vedere che la situazione è la medesima dappertutto, che si tratti di Ponte San Giovanni, grosso quartiere perugino, pieno di contraddizioni e di tensioni sociali; oppure di Valtopina, piccolo borgo sperso tra le montagne. Come sopra si diceva, anche il pastore oggi è "moderno".

## *2. I problemi quotidiani*

È più facile per i nostri intervistati identificare il problema che non le cause, anche perché, in questi casi, sembra ci si imbatta inevitabilmente in qualcosa di non completamente fisiologico, in una dimensione che è al tempo stesso psicologica – varia cioè da individuo a individuo – e sociale – riguarda, come sfondo generale di riferimento, un grande numero di individui. Nel seguente lungo elenco di citazioni tratte da interviste, si prova a mettere in fila quali siano, appunto, tali problemi, o disturbi, per usare il linguaggio medico e quali siano le cause che i medici (e i farmacisti) riescono a percepire. Si consideri il fatto che essendo medici di medicina generale c'è la possibilità di un contatto a volte profondo e continuativo nel tempo con i propri pazienti: la conoscenza delle cause è quindi molto spesso il frutto di questo tipo di rapporto. A volte, per diretta ammissione degli intervistati, la stessa cosa vale anche per i farmacisti, anche se ovviamente la qualità di questo rapporto risulta necessariamente diversa rispetto ai medici.

Fondamentalmente, la depressione o i disturbi di ansia generalizzati!  
(Paolo, M, Terni).