

NOTE

Attualità

Rachel Carson, il DDT e l'OMS: un caso di verità impazzita?

Nel 1962, il diffuso e superficiale clima di assoluta fiducia nelle potenzialità salvifiche dello sviluppo economico e tecnologico è in qualche misura offuscato e incrinato dalla pubblicazione di un libro recante l'enigmatico titolo di *Silent spring* di Rachel Carson (*Primavera silenziosa*, nell'edizione italiana subito pubblicata da Feltrinelli). Era un volume che, provenendo da un'autrice pressoché sconosciuta mossa da una particolare sensibilità e personali preoccupazioni, rappresentava un isolato, sebbene potente, grido d'allarme sulla permanenza della vita fisica della molteplicità di esseri viventi nelle campagne americane.

È raro che il contenuto controcorrente di un libro, prima ignorato e poi ostacolato dai poteri economici forti, riesca a modificare il corso della storia, eppure *Primavera silenziosa* è riuscito a farlo. «Il libro di Rachel Carson, pietra miliare dell'ambientalismo, è la prova innegabile di quanto il potere di un'idea possa essere di gran lunga più forte del potere dei politici» così scrive nell'introduzione al volume il giovane

Al Gore, che anni dopo diverrà vicepresidente degli Stati Uniti nell'amministrazione Clinton.

Due interrogativi inevasi però ci pare richiedano ancora qualche delucidazione: chi è Rachel Carson? e a cosa allude il titolo del suo volume?

Rachel L. Carson nata nel 1907 a Springdale, una cittadina immersa nel mondo rurale della Pennsylvania, fin da bambina si dedica ad osservare la natura che la circonda, appassionata com'è di *bird watching*. Studia poi biologia marina laureandosi col massimo dei voti alla John Hopkins University. È considerata da molti la madre dell'ambientalismo avendo dato il via ad un movimento politico internazionale in cui oggi si riconoscono verdi, ecologisti e ambientalisti di tutto il mondo. È al suo appassionato impegno, all'intensa attività di divulgatrice, che si deve la nascita e la crescita di una diffusa sensibilità ecologista nel mondo occidentale.

L'enigma del titolo invece ce lo spiega l'autrice sin dall'esordio del volume: «Su zone sempre più vaste del suolo statunitense, la primavera non è ormai più preannunciata dagli uccelli, e le ore del primo mattino, risonanti una volta del loro bellissimo canto, appaiono stranamente silenziose». La principale causa di tutto ciò ha per l'autrice un nome: dicloro-difenil-tricloroetano, in breve DDT. È quest'ultimo il tipico pesticida moderno di maggior successo

divenuto di uso comune sin a partire dal 1939. Esso fu scoperto dal chimico svizzero Paul Herman Müller come antiparassitario efficace per l'eliminazione dei pidocchi. Al Müller la *Royal Swedish Academy of Sciences* attribuì, nel 1948, il Premio Nobel per la Fisiologia e la Medicina con la seguente motivazione: «per la scoperta della grande efficacia del DDT come veleno da contatto contro molti artropodi».

Venendo ora al contenuto del volume merita ricordare che a metà del secolo scorso erano ben pochi coloro che si occupavano di problemi ambientali e l'ambiente sociale e culturale del Paese più progredito del mondo (gli Usa) sembrava essere a questi assolutamente distratto, impreparato e insensibile. Quando nel 1962 la Carson pubblicò *Silent spring* in cui descriveva, tramite le scarse analisi scientifiche disponibili all'epoca e consentite dalla povertà della strumentazione a disposizione, i danni irreversibili all'ambiente e all'uomo causati dai pesticidi, fu attaccata pesantemente dalle multinazionali della chimica e dell'industria agroalimentare schierate compattamente nella salvaguardia dei loro interessi.

La Carson, grazie alla sua esperienza diretta di vita *full immersion* nella campagna americana, che era a sua volta coinvolta in quel periodo in rapidissimi processi di trasformazione in senso industriale, fu probabilmente la prima persona a prevedere con forte anticipo sui tempi gli effetti pesanti delle tecniche moderne in agricoltura e a denunciare pubblicamente e con forza i danni inferti alla natura dall'uso e abuso indiscriminato di insetticidi chimici e composti organici di sintesi. Denunciò le monoculture che favoriscono la proliferazione degli insetti nocivi, l'inquinamento delle acque superficiali e sotterranee, l'uso di insetticidi con le pesanti conseguenze che hanno sulla vita animale, il contatto quotidiano de-

gli uomini con veleni e sostanze cancerogene.

Rachel Carson però non si limitava a condannare la società in cui viveva, ma indicava anche come esistessero varie alternative all'irresponsabile avvelenamento del pianeta da parte delle industrie chimiche. Il lavoro congiunto di entomologi, patologi, genetisti, fisiologi, biochimici ed ecologi – suggerisce l'autrice di *Primavera silenziosa* – può offrire rilevanti soluzioni biologiche, basate sulla conoscenza degli organismi viventi. E ciò per evitare che la primavera con i suoi tipici cinguettii scompaia dalla faccia della Terra.

Rachel Carson morirà a Silver Spring nel 1964, due anni dopo la pubblicazione di *Silent Spring*, uccisa a soli 57 anni da un tumore al seno. A seguito della pubblicazione dell'opera, e del dibattito da questa suscitato, a partire dal 1969 il DDT è stato bandito dall'Organizzazione Mondiale della Salute un po' in tutto il mondo occidentale, dopo un lungo periodo di abuso di questo insetticida sintetico che aveva il non piccolo merito e insieme difetto di essere estremamente efficace e soprattutto di essere il disinfestante più a buon mercato disponibile. Si tratta indubbiamente di una vittoria di alcuni movimenti ecologisti (in particolare di Greenpeace, della World Wildlife Foundation e della Pesticide Action Network) sostenuti in questa campagna ostracistica dall'autorevole Organizzazione Mondiale per la Salute.

Da allora il DDT, che negli Usa era stato abbondantemente usato per innaffiare con gli aerei enormi estensioni agricole provocando l'estinzione di alcune specie di uccelli oltre che l'eliminazione infiniti insetti e animalletti di piccola taglia ed era sospettato di avere sull'uomo effetti cancerogeni, è andato del tutto scomparendo. Oggi è ancora prodotto soltanto in due Paesi nel mondo: l'India e la Cina che tuttavia con-

tengono oltre un terzo della popolazione mondiale.

Il DDT sarà quindi vietato negli Stati Uniti all'inizio degli anni '70 e questa decisione sarà accompagnata da una serie di provvedimenti legislativi in materia di tutela ambientale. L'appassionato impegno, lo scrupoloso rispetto della verità e il coraggio personale di Rachel Carson sono serviti da modello nella lotta per la difesa dell'ambiente in tutto il mondo. Può sembrare questo il classico lieto fine di una storia triste e insieme bella, la realtà tuttavia sembra divertirsi a giocare con noi e a sorprenderci sistematicamente.

Oggi dobbiamo chiederci: fu vera gloria?

A fine 2003 in un Convegno a New York, dedicato all'Eco-Imperialismo, non poche proteste di rappresentanti del Sud del mondo si sono levate per ricordare che nei loro Paesi (e particolarmente in Africa) la malaria (la cui infezione è trasmessa all'uomo dalla zanzara anofele) è, subito dopo l'AIDS, la seconda causa di morte: l'OMS la stima in 300-400 milioni di nuove infezioni e oltre 1 milione di decessi l'anno, fra i quali oltre il 70% riguarda bambini al di sotto dei cinque anni di età.

Nel più ricco Paese africano, il Sud Africa, un largo impiego di DDT aveva in effetti consentito il drastico ridimensionamento della diffusione di questa malattia ridottasi, nel 1996, a soli 10 mila casi l'anno. A partire da quell'anno, però, l'insetticida, a seguito di pressioni dei gruppi ambientalisti, è stato bandito anche da questo Paese col risultato che già nel 2000 i casi di malaria si erano impennati fino a 62 mila. Nei Paesi poveri, è forse inutile ag-

giungerlo, le cose vanno ancora peggio e molto pesanti sono le conseguenze del paludismo sullo sviluppo¹. Quasi il 90% dei casi letali di malaria si verifica nell'Africa sub-sahariana e fonti governative stimano che in Africa la malaria causi delle perdite economiche superiori ai 12 miliardi di dollari annui in termini di costo delle cure, perdita di giorni lavorativi e perdita di investimenti e di flussi turistici². La Convenzione di Stoccolma, ratificata nel 2001, proibisce l'uso del DDT e di altri inquinanti persistenti, inoltre, rende più onerose e laboriose le operazioni di commercio, stoccaggio e impiego del DDT. La convenzione è stata firmata da 98 nazioni e trova l'appoggio della maggior parte dei gruppi ambientalisti. Una completa eliminazione del DDT in nazioni infestate endemicamente dalla malaria è tuttavia poco praticabile, principalmente per via del costo elevato degli insetticidi alternativi. In questo senso gli stati possono richiedere un'esenzione dal divieto dell'uso del DDT per ragioni di salute pubblica, rinnovabile ogni tre anni, concessa dall'Organizzazione Mondiale della Salute e dal Programma Ambientale delle Nazioni Unite.

Naturalmente con la formula "verità impazzita" inserita nel titolo di questa nota non intendiamo qui sostenere che l'uso del DDT sia la soluzione del problema malaria e neppure che non presenti dei rischi ma semplicemente vorremmo maliziosamente osservare che il mondo occidentale (dal quale provengono gran parte dei rumorosi movimenti ambientalisti) da questo orecchio sembra non volerci sentire. Se è vero, infatti, che il DDT è stato sin dal 1969

1. Sachs J.D. (2002), *A New Global Effort to Control Malaria*, "Science", October: 122-124.

2. Tren R., Bate R. (2004), *South Africa's War against Malaria: Lessons for the Developing World*, "Cato Policy Analysis", 513.

bandito, è anche vero che è stata una scelta sin troppo facile: va ricordato a questo proposito che anche la malaria, sin dal 1965, era del tutto scomparsa dal mondo occidentale.

È con soddisfazione, dunque, che apprendiamo dall'Organizzazione Mondiale della Salute che a partire dal settembre 2006 è stato ritirato il bando sul DDT riconoscendo che questo prodotto rappresenta, di fatto, da un lato il male minore e dall'altro, come ha ammesso la stessa OMS: «il rimedio migliore contro la malaria, non presentando rischi seri per l'uomo se trattato con prudenza».

Giuseppe Scidà

Nuova domiciliarità e non-autosufficienza dell'anziano. Riflessioni sulla situazione e l'esperienza bolognese

Le trasformazioni sociali e demografiche legate all'innalzamento dell'età della popolazione, alla modificazione della struttura familiare, a tempi di vita e di lavoro sempre più differenziati, alla sfida dell'immigrazione extra-comunitaria e alla presenza di nuovi rischi di povertà e di esclusione e nuove insicurezze, portano una inedita e diversificata domanda di servizi.

Il territorio bolognese, ed emiliano-romagnolo, è da anni caratterizzato da una forte tradizione solidale e associativa e dalla presenza di una diffusa rete di servizi sociali e sanitari. Anche qui, però, tali mutamenti hanno sollecitato gli interlocutori a prestare una rinnovata attenzione alle politiche per le perso-

ne e per le loro famiglie, assumendone come priorità il rilancio e il rafforzamento per rispondere in modo adeguato al bisogno di salute e di benessere dei cittadini e contribuire alla coesione e allo sviluppo economico del territorio.

La rete dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari per le persone e le famiglie diventa allora un obiettivo strategico generale in quanto il benessere sociale misura la civiltà stessa di una comunità che investe sul proprio capitale umano affinché le persone possano progettare la propria vita ed esprimere le proprie capacità. In questo senso lo stato sociale è motore di cittadinanza ed è fattore di sviluppo economico perché un'economia cresce e si sviluppa quando si affianca ad una forte coesione sociale e ad una buona qualità della vita collettiva.

Gli Enti locali per rispondere – in condizione di scarsità di risorse finanziarie – a bisogni sempre più articolati e personalizzati si trovano di fronte alla necessità di riposizionare il sistema di welfare territoriale rafforzandolo ed innovandolo rispetto alle reali aree di bisogno. Un welfare da rilanciare anche restituendo alle persone e alle famiglie – portatrici di competenze e saperi sulla loro salute, un nuovo protagonismo, in un quadro di collaborazione tra soggetti pubblici e privati – il terzo settore, il volontariato, le nuove aziende di servizi alle persone, le fondazioni, l'associazionismo.

In questa cornice, il sistema dei servizi alla persona deve trasformarsi e declinare assieme le problematiche della sanità e le politiche sociali, realizzando una rete integrata di servizi ed interventi radicata nel territorio che parta dalle comunità locali rilanciando lo spirito della Legge quadro 328/2000 di riordino complessivo dell'assistenza.

La Regione Emilia-Romagna, che ha realizzato un sistema di servizi sani-

tari di buona qualità ed ampia diffusione con buoni risultati nel campo della salute e che ha affrontato in modo organico la complessità del settore – si veda la legge regionale 2/2003 di riforma dell'assistenza –, sta ora percorrendo la strada per la realizzazione del primo Piano sociale e sanitario al cui centro c'è la costruzione di un sistema unitario di assistenza. Nel quadro legislativo delineato dalle leggi regionali 2/2003, 29/2004, 27/2004 l'integrazione sociale e sanitaria ha un carattere strategico.

Nel quadro di *governance* locale dei servizi sociali, e socio-sanitari occorre quindi proseguire nella collaborazione tra regione, servizio sanitario ed enti locali valorizzando il distretto socio-sanitario, previsto fin nella riforma del 1978, che si qualifica come un luogo centrale del sistema di welfare e della collaborazione con gli enti locali. L'ottica è quella di assicurare la continuità assistenziale, sostenere la domiciliarità per consentire alle persone di essere accudite il più possibile a casa e valorizzare anche le capacità residue della persona anziana.

Un sistema di servizi che parte dalle comunità locali, dalla centralità degli Enti locali nella definizione e programmazione della rete dei servizi sociali e socio-sanitari, che valorizza l'ambito distrettuale e che – dentro un quadro di regole condivise – mira a garantire, a livello regionale, l'omogeneità di trattamento dei cittadini promuovendo l'integrazione tra soggetti istituzionali, il riordino degli strumenti di programmazione, il sistema di accreditamento, i percorsi di accesso e di presa in carico. Un sistema che sarà rafforzato dalla trasformazione delle Ipab in Aziende di servizi alle persone, definendo in questo modo anche un nuovo assetto gestionale ed organizzativo del welfare territoriale nella rete integrata di servizi

ed interventi sociali e socio-sanitari sotto la responsabilità delle Amministrazioni locali.

Qui si innesta la messa in campo di uno strumento strategico che risponda a bisogni non più procrastinabili delle persone e delle famiglie italiane, come anche del territorio emiliano romagnolo: il Fondo per la non autosufficienza. Oggi si possono registrare due importanti novità. Infatti tra le misure presenti nella legge Finanziaria approvata a fine 2006 vi è l'istituzione del Fondo nazionale per la non autosufficienza che segna una inversione di tendenza rispetto al precedente Governo e una nuova, anche se ancora non sufficiente, valorizzazione dell'intervento sociale e del valore strategico del welfare per la crescita delle nostre comunità. La Regione Emilia-Romagna, che aveva istituito per prima (assieme alla Liguria) il Fondo regionale per la non autosufficienza, nella propria manovra finanziaria ha destinato 100 milioni di euro aggiuntivi per la non autosufficienza dando così il tangibile segno dell'impegno in questa priorità. Ora che è stato costituito il fondo occorre organizzare il sistema dei servizi, consolidando il Distretto socio-sanitario, definire la non autosufficienza, i criteri, le prestazioni essenziali a cui si ha diritto. La definizione del sistema della non autosufficienza è strettamente legato all'obiettivo della domiciliarità.

Secondo i dati dell'Istat il problema della non autosufficienza coinvolge circa il 5,2% della popolazione italiana dai sei anni in su. La quasi totalità di queste persone vive in casa e, di questi, quasi la metà non è in condizione di uscire di casa senza un aiuto (terminologia Istat 44% "confinati"), una grande parte è immobilizzata a letto o su una sedia a rotelle. La non autosufficienza, rispetto alla distribuzione per età, interessa soprattutto, anche se non

esclusivamente, gli anziani che spesso vivono soli o in famiglie formate da due soli componenti. Le stime sulla non autosufficienza collegate all'invecchiamento vanno nella direzione di incremento dal 5,2% al 6,5% nel 2010, al 7,5% nel 2020.

La Regione Emilia-Romagna è una delle regioni italiane più anziane con un quarto di popolazione ultrassessantacinquenne. Per quanto riguarda la città capoluogo (*fonte Settore Programmazione, Controlli e Statistica del Comune di Bologna dati novembre 2006 sulla mortalità*), la vita media è di 78,7 anni per gli uomini e di 83,5 anni per le donne le quali vivono in media circa 5 anni in più degli uomini. La vita media in 25 anni si è alzata di 6,8 anni per i maschi e di 5,7 anni per le femmine e il divario tra i due sessi va lentamente riducendosi. Sempre per quanto riguarda il solo capoluogo, tra il censimento del 1971 e il 2005 i residenti con più di 64 anni sono aumentati di oltre il 50%, attualmente la classe d'età tra i 65 e i 79 anni sembra avere esaurito la propria crescita. Continuano ad aumentare gli anziani con e sopra gli 80 anni. Secondo l'ufficio Statistico del Comune di Bologna l'andamento dei decessi appare in calo e ciò si spiega con miglioramenti nei comportamenti individuali e collettivi di prevenzione della salute e con l'efficacia del sistema sanitario bolognese complessivamente inteso.

Va anche sottolineato come numerosi e positivi mutamenti sociali, culturali e delle condizioni di vita permettono di riconsiderare una visione un po' stereotipata e datata "dell'anziano". Il compimento del sessantacinquesimo anno di età corrisponde spesso a una fase particolarmente attiva dell'esistenza. Nella Provincia di Bologna, ciò è evidenziato anche dalla notevole presenza di anziani nell'associazionismo e

nel volontariato (nel 2004 sono presenti 109 associazioni culturali e 58 associazioni di volontariato che associano persone anziane). La terza età è oggi una dimensione differenziata, con confini soggettivi legati all'evoluzione dello stato di salute e al grado di autonomia individuale. Per questo l'approccio al tema dell'invecchiamento della popolazione deve prendere in considerazione i problemi del welfare, dell'abitare, del vivere, delle cure, dei servizi. Pensare a politiche che possano garantire a tutte le età una partecipazione attiva alla vita sociale, sviluppare la rete dei servizi, ma anche ripensare a ciò che incide sulla qualità della vita. È essenziale agire sulla prevenzione in quanto sullo stato di benessere incidono solo in parte i servizi sanitari o sociali, in particolar modo incidono invece gli aspetti socio-economici, mentre una vita "culturalmente" attiva risulta essere un fattore preventivo per i disturbi cognitivi.

La fase involutiva della vecchiaia ha inizio per lo più fra il settantacinquesimo e l'ottantesimo anno di età dove si manifestano, con più probabilità, fatti acuti tali da incidere sul livello di autosufficienza. Circa un terzo degli ultrasettantacinquenni vive solo, un dato che sale al 43,8% se si considera il sesso femminile. La fascia ultrasettantacinquenne è di notevole consistenza (sono circa la metà degli anziani residenti, circa l'11% della popolazione provinciale concentrata nell'imolese e nella zona di Porretta) e contribuisce in modo rilevante alla presenza di popolazione in condizioni di rischio per l'autosufficienza sotto l'aspetto cognitivo, affettivo-relazionale, motorio o metabolico-nutrizionale. L'84% delle persone che usufruiscono della rete dei servizi socio-sanitari per anziani ha più di 75 anni, più dei due terzi degli utenti si trova in una condizione di non autosuf-

ficienza. L'importanza della prevenzione e della necessità di definire la non autosufficienza è dimostrata dal fatto che l'anziano fragile non è necessariamente un anziano non autosufficiente, non sempre è conosciuto ai servizi, vive una situazione di vulnerabilità sociale, è portatore di varie problematiche sanitarie che ne fanno un soggetto a rischio di non autosufficienza, anche in assenza di un quadro clinico grave.

I riferimenti raccolti in atti istituzionali della Provincia di Bologna evidenziano la caratteristica della debolezza della rete familiare. Ciò costituisce uno degli elementi che concorre all'istituzionalizzazione dell'anziano nel momento in cui perde la propria autosufficienza. Le famiglie con anziani non autosufficienti mostrano crescenti difficoltà nella situazione economica, nella vita professionale ed anche vita affettiva e nella salute degli altri membri del nucleo familiare. Inoltre ciò ricade in particolare ancora sulle donne che svolgono funzioni di supplenza rispetto ad un welfare mancante. La presenza di una persona non autosufficiente è un elemento stravolgente anche del rapporto tra le famiglie e il sistema di welfare.

Una spia di questa difficoltà e della crescita del bisogno assistenziale di assistenza domiciliare, nonché dell'esigenza da parte degli anziani di restare nella propria casa il più a lungo possibile, è la diffusione del ricorso alle assistenti familiari. Basti pensare che, secondo dati forniti dalla Questura di Bologna nel 2005, circa la metà delle domande di regolarizzazione presentate in occasione della sanatoria "Bossi-Fini" proveniva da colf e badanti. Un mercato privato di servizi domiciliari fornito soprattutto da lavoratrici straniere in condizioni contrattuali e di soggiorno non sempre regolari. Tutto ciò fa pensare ad una situazione che mette in crisi l'equità. Le garanzie sociali devono

essere ripristinate con politiche legate alla vita quotidiana, dando alle famiglie soluzioni organizzative diversificate e plurali che, oltre ad assicurare l'assistenza sociale sanitaria a persone non autosufficienti, permettano alla persona anziana il mantenimento di una sua vita relazionale nel tessuto sociale del territorio.

La non autosufficienza richiede azioni di prevenzione per contrastare e ritardare i processi, un'azione rispetto alle molte diversità/disparità nell'offerta di servizi in strutture residenziali, la promozione di un piano di investimenti per sviluppare i centri diurni, appartamenti protetti per disabili ed anziani parzialmente non autosufficienti, centri socio-riabilitativi per adulti in situazione di grave handicap. Investire nell'assistenza domiciliare, oggi inadeguata, nell'integrazione e formazione delle professioni e nella loro valorizzazione, nell'emersione del lavoro delle badanti.

È certamente necessaria una riflessione ed una programmazione nuova dei servizi dell'assistenza domiciliare ripensando moduli, orari, modalità di intervento in sinergia con quella privata in una prospettiva di innovazione nei servizi domiciliari, rispetto alle fasce orarie di intervento, alle modalità di integrazione socio-sanitaria, al concorso di altri servizi a sostegno della domiciliarità, come centri semiresidenziali, mini alloggi e attività di socializzazione.

Questi elementi costituiscono una base di riflessione per la futura programmazione nei servizi assistenziali rivolti alla terza e quarta età. Tale programmazione dovrà porre particolare attenzione all'obiettivo strategico di un programma per la non autosufficienza che pensi da un lato alla prevenzione e dall'altro alla rete di servizi da mettere in campo. Infatti in via generale si può affermare che nel panorama nazionale italiano gli strumenti per far fronte alla

non autosufficienza risultano ancora disorganici rispetto ad un problema che va acquistando un peso sempre maggiore in relazione all'evoluzione demografica ed ai cambiamenti della struttura familiare. Nel nostro paese le risorse sono poche, ed ancora troppo spesso concentrate in erogazioni di trasferimenti monetari piuttosto che in servizi.

In una concezione promozionale del welfare, i problemi di non autosufficienza legati all'invecchiamento devono essere affrontati in una prospettiva diversa rispetto al passato, la quale sostanzialmente vedeva la necessità di prestare assistenza ai grandi anziani come emergenza cui far fronte con risorse residuali. Si tratta al contrario di una priorità dettata da scelte di civiltà, di equità, per realizzare un programma di interventi e servizi che veda il coinvolgimento di una pluralità di soggetti e di risorse a favore della cura domiciliare e della valorizzazione delle capacità residue della persona.

Nadia Musolesi

Commenti

Come studiare una società di "drogati" e per quali sostanze psicoattive?

Sul tema in oggetto, sulle "droghe", si è scritto molto, anzi moltissimo. Medici (soprattutto psichiatri, tossicologi, internisti, ecc.), farmacisti, psicologi, sociologi, storici, pedagogisti e tanti altri ancora si sono occupati di questo tema, esploso in modo abnorme, soprattutto fra le giovani generazioni, negli Stati Uniti ed in Europa negli ultimi quaranta/cinquant'anni. Se a ciò si somma il fatto che le "droghe", intese come sostanze solide, liquide o aeree le quali, se assunte, modificano o alterano il funzionamento del sistema nervoso centrale del soggetto, sono numerosissime, sia in natura sia nelle potenziali e reali sintesi chimiche, si può ben capire come la letteratura di nostro interesse sia veramente sterminata, ancorché segmentale e, non di rado, piuttosto convenzionale o ripetitiva.

Lo scopo che ci prefiggiamo con questo modesto saggio di natura propeudeutica è quello di mediare fra questa letteratura e l'opinione pubblica corrente o fra il lavoro scientifico e quello pratico al fine di trattare con una certa qual "leggerezza" il nostro tema, rinunciando a sovraccarichi espositivi (citazioni e simili)¹, limitando il campo in-

1. In questo articolo, ridurremo al minimo le citazioni sia nazionali che internazionali, pur avendole ben presenti e, come suolsi dire, sulle spalle, anche se non ci esimeremo completamente dall'assolvere ad un tale compito. Ricordo che, contrariamente ad altri argomenti, in questo caso viaggiare in Internet è di grande utilità, ancorché mai esaustivo. In parallelo o appena alle spalle del presente lavoro, si rimanda a tutto quanto contenuto in C. Cipolla (a cura di), *Il consumo di sostanze psicoattive, oggi*, Supplemento speciale di *Salute e Società*, n. 1, a. VI, 2007, in occasione del quinto anniversario della rivista. Vedi anche C. Cipolla, *Il consumo di sostanze psicoattive in Europa ed il loro significato per il soggetto fruitore* in *Salute e Società*, n. 2, a. VI, 2007.

vestigativo a tracce di indirizzo a mio modo di vedere cruciali e difficilmente derogabili, ancorché sempre discutibili² e fornendo, ad oggi, un orizzonte ricompositivo, qualche punto fermo e qualche linea guida di natura metodologico-definitoria verso il futuro. Siamo, infatti, del tutto consapevoli che, in questo settore la prudenza non è mai troppa e l'ignoranza rappresenta il nostro pane quotidiano³.

Inoltre, assumiamo come nostro presupposto di fondo che la droga, intorno o dentro di noi, è un argomento assai ostico ed una prassi (anche teorica) tremenda, avvolgente, subito ideologica, intrinsecamente pluridisciplinare, che tocca, scava, può sconvolgere il fondo dell'animo umano, per altro non solo nelle nostre società comunicazionali⁴. Essa in tal senso non appartiene a nessuno ed a nessuna disciplina scientifica. Appare polivalente e poliedrica, con investimenti professionali piuttosto problematici ed incerti, anche perché il "drogato" non dà normalmente, qualora inteso come malato (in modo riduzionistico), molta soddisfazione.

D'altra parte, la soluzione, o meglio, il contenimento del problema non può passare attraverso l'accettazione passiva della detta ignoranza o il rifugio in

dicotomie insostenibili (droghe leggere e pesanti, ad es.), ancorché insensate nella loro stupidità, o in una semplice guerra (il proibizionismo americano, ad es.) che prefigura a monte una sconfitta densa di tragiche conseguenze o ancora in parole d'ordine (riduzione del danno, ad es.) che paiono troppo modeste e ristrette, pur aspirando ad essere esaustive, onde poter far fronte al fenomeno in questione.

Ovviamente, il tema in oggetto va affrontato in un'ottica per quanto possibile interdisciplinare anche se necessariamente (almeno per noi) a partire da una prospettiva di sociologia della salute, prima, e di sociologia dell'uso delle sostanze psicoattive nella nostra società, poi. Ciò non significa affatto che non vanno incrociate la psicologia o la psichiatria o la socio-farmacologia o la medicina⁵ lungo qualsiasi percorso ricognitivo sull'argomento in questione. Significa semplicemente che daremo il nostro contributo soprattutto rispetto a ciò che sappiamo fare meglio e che ci compete scientificamente, essendo nel contempo convinti che la storicità e la territorialità sociale del nostro tema sia fuori discussione e facilmente dimostrabile.

Senza voler sintetizzare in questa sede alcun contenuto del presente lavoro

2. Principio a sua volta mai derogabile in ambito scientifico. Cfr. C. Cipolla, *Epistemologia della tolleranza*, FrancoAngeli, Milano, 1997, pp. 3218 (5 voll.).

3. Oltre tutto è una delle prime volte che mi occupo ex-professo di questo tema, toccato solo in modo "sondaggistico" in altre circostanze. Vedi C. Cipolla, G. Pini, P. Ugolini (a cura di), *Della salute dei giovani. Una ricerca empirica nella provincia di Forlì-Cesena*, FrancoAngeli, Milano 2006. Cfr. anche C. Cipolla (a cura di), *Senza solidarietà sociale. Analisi della condizione giovanile in Emilia-Romagna*, Morcelliana, Brescia, 1989, pp. 53 ss. L'universo di riferimento era l'eroina.

4. Vedi l'omologa voce in *Epistemologia della tolleranza*, I v., pp. 462 ss. (op. cit.). Il tema, così come da noi affrontato, rimanda, oltre che all'Italia ovviamente, all'Europa, agli Stati Uniti d'America (soprattutto per comparazione), al Canada, all'Australia, alla Nuova Zelanda. Il resto dell'umanità batte altri sentieri rispetto al nostro argomento. Siamo al di sotto del 10% della popolazione del mondo.

5. Per una giustificazione di questi allargamenti epistemologico-strutturali, vedi il mio Editoriale-Manifesto contenuto in *Salute e Società*, a. I, n. 1, pp. 7 ss.

retto, tengo a precisare che ci muoveremo parallelamente lungo tre prospettive in modo costante e fermo e cioè quella del prevenire, prima, quella della gestione equilibrata, durante, e quella del recupero ai limiti del possibile, dopo, non abbandonando mai alcuna speranza, né alcun soggetto, al suo destino⁶.

Più in generale, però, va precisata l'ipotesi adombrata o ventilata nel titolo che abbiamo deciso di dare al presente articolo: perché la nostra società non potrà liberarsi ed al massimo "controllare" il fenomeno "droga"? Perché il vasto mondo delle sostanze psicoattive potrà assumere vari volti, vestirsi e travestirsi con fogge difformi, mutare nel tempo e nelle varie nazioni, ma non ci abbandonerà mai più, restando a vario titolo intorno, se non dentro di noi? Diamo succintamente qualche sostegno a tale nostra ipotesi (preliminare).

Le ragioni per le quali ritengo che ragionevolmente la nostra società, come tutte quelle europee del resto, continuerà nel tempo ad essere interessata in modo tutt'altro che marginale dal fenomeno "droga" possono essere schematizzate nel modo che segue:

a) la scienza non può essere fermata. Essa nel suo procedere conoscitivo mette a disposizione (anche senza volerlo o senza rendersene conto) di ogni società molte sostanze psicoattive, potenzialmente tali e spendibili come tali, che sono nostre compagne di viaggio, che possono essere facilmente sintetizzate ed usate per le loro capacità psicotrope, che ampliano oggettivamente lo spettro della nostra possibilità di drogarsi. Ed è ben noto che più occasioni e/o più opportunità ci sono, più cresce il numero dei fruitori di quel dato bene;

b) un altro elemento importante, connesso al precedente, ma autonomo e come tale legittimo, è quello che va sotto il nome o lungo l'asse degli psicofarmaci. Infatti, sono sempre di più i farmaci utilizzati, a vario titolo, dai medici o autonomamente dagli stessi soggetti (più o meno malati) che agiscono direttamente sul sistema nervoso centrale, trasformandosi di fatto in droghe legittime ed, anzi, auspiccate e valutate positivamente a livello personale e di opinione pubblica. Sonniferi, stimolanti, tranquillanti, anti-depressivi sono farmaci del tipo detto, che stanno continuamente aumentando in numero e quantità, rendendo tra l'altro delicato e complesso il confine fra lecito ed illecito in questo specifico campo della salute;

c) il processo di globalizzazione ha sicuramente subito una battuta d'arresto dopo l'11 settembre 2001, ma ciò non pare aver minimamente riguardato il mercato illegale di nostro interesse che, al contrario, sembra essersi esteso ed aver ampliato i suoi affari. Insomma, una società sempre più aperta e globale sembra voler dire del pari una maggior possibilità di acquisire droghe al mercato nero, oltre tutto a prezzi tendenzialmente ridotti. Le disuguaglianze profonde fra i diversi paesi della terra sono la premessa del mercato detto;

d) la strada del proibizionismo radicale o della "guerra alla droga" non sembra essere in grado di eliminare il fenomeno in società popolate, ricche, culturalmente tolleranti, a confini sempre più valicabili. Esso, per questa via, viene al massimo

6. Rimando a C. Cipolla, *Epistemologia della tolleranza*, op. cit., voce *Saggezza*, pp. 2571 ss. del V vol.

tamponato, producendo tra l'altro drammatici effetti collaterali. Il tragico esperimento sociale tentato negli Stati Uniti d'America nella prima metà del secolo scorso di proibire l'alcol ritengo sia un esempio storico che ammette poche repliche. Sono altre le strade della deterrenza e del controllo;

- e) in una società nella quale la disponibilità economica di risorse mediamente cresce e accentua i suoi differenziali verso le nazioni più povere, la possibilità concreta di acquistare droghe aumenta, anche perché queste tenderanno a costare meno sia in sé, sia in modo comparato. Ed è noto che l'economia un suo ruolo sociale lo assolve sempre in una direzione o nell'altra;
- f) un mondo che risulta essere sempre più capitalistico o dominato dall'etica sacrificale della prestazione lavorativa o dalla logica del mercato è del pari e necessariamente un mondo sempre più vocato alla performance, alla resa massima possibile, al successo, alla competizione, all'efficienza. L'aiuto delle droghe è in questo caso sia un supporto funzionale quasi imposto dall'esterno, sia una sorta di rilassante complementare. Esiste un doping nello sport, così come esiste nell'attività professionale;
- g) una società che si va sempre più laicizzando ed affermando il primato dei diritti soggettivi della persona, la quale si presenta dunque come "padrona" del proprio destino, è una società che rende libero il soggetto di autodeterminarsi anche rispetto all'uso di sostanze psicoattive favorendone di fatto la libertà di assunzione.

Per queste e per altre ragioni che qui non riprendo, possiamo sostenere con ragionevole consistenza la tesi per cui le nostre società future saranno sempre più delle società di "drogati"⁷. Il fatto è che le droghe sono entità molto diverse, ognuna per ognuna, fra loro ed il nostro primo compito è quello di definire di cosa ci stiamo occupando. Vedremo che non sarà né ovvio, né scontato, né coinciderà con ciò che correntemente si appella nell'opinione pubblica come "droga".

1. Perché bisogna capire di cosa ci stiamo occupando ovvero definiamo che cosa è "droga"

Può apparire strano al lettore, ma non lo è affatto, che ci sia bisogno preliminarmente di capire quale sia l'ambito di nostro riferimento o, detto altrimenti, quando diciamo "droghe" o "droga" a quali oggetti o beni di consumo o sostanze psicotrope o altro rimaniamo o cosa prendiamo in considerazione. Tale chiarezza concettuale non appartiene neppure a molti professionisti del settore, per altro assai diversi fra di loro, ed è una mancanza che può avere gravi conseguenze operative.

Cominciamo con l'osservare che quando si dice o si scrive "droga" spesso si fa riferimento all'eroina, alla sola eroina, come se questa esaurisse il campo delle droghe o le riconducesse tutte a sé. È questo un errore gravissimo che attraversa l'opinione pubblica (e molti politici) e che appartiene alla nostra storia nazionale. Alla "droga delle droghe" bisognerebbe (o bisogna) dedicare uno studio a sé, perché essa resta ancor oggi potentemente tra di

7. Per una tesi radicale in tal senso, vedi G. Amendt, *No drugs, no future. Le droghe nell'età dell'ansia sociale*, Feltrinelli, Milano, 2004.

noi sia attraverso il suo passato, sia tramite il suo presente.

Una seconda considerazione rinvia al concetto di dipendenza che spesso viene identificata direttamente con la droga e/o allargata a tutto ciò che, a vario titolo, ci subordina ai suoi imperativi. Anche questa prospettiva mi sembra fuorviante, perché noi dipendiamo da tantissime cose (dall'acqua, dal latte materno, ecc.), le quali sicuramente non possono essere considerate delle droghe e, viceversa, molte sostanze psicoattive, anche di grande efficacia, non danno alcuna subordinazione o servitù ripetuta o costante.

Altre volte la droga viene identificata con le "sostanze" senza aggettivi, e/o con la tossicità, *tout court*, senza ulteriori specifiche. Mi sembra che anche in questo caso la semplificazione non sia accettabile perché indeterminata da un lato (tutto ciò che non è forma, è droga?) e perché sbagliata dall'altro (un veleno è una droga?). In ogni circostanza, va messo in evidenza il fatto che la materia come tale non può essere sussulta sotto la categoria delle droghe (pena una genericità paralizzante) e che ogni tipo di avvelenamento non rimanda al consumo (volontario) di droghe. La biologia di per sé, se non si accompagna a qualche forma di "socio...", non permette di capire molto (e spesso viceversa) nel campo della prassi umana intenzionale.

Liberato il campo (per capirci) dall'imprecisione non spendibile, vediamo allora di andare dentro al nostro problema e definire meglio cosa, oggi, può essere considerato "droga" e per quali ragioni è possibile, corretto e fruttuoso addivenire ad una tale definizione trasversale, a sua volta da classi-

ficare per specifiche categorie interne (vedi lo schema 1). Lungo tale ottica, *assumiamo come droga una sostanza (solida, liquida o aerea) che, fruita dal soggetto in modo volontario e consapevole, influenza direttamente ed altera in modo più o meno forte il suo cervello, la sua mente⁸ e di conseguenza quasi sempre anche la sua capacità di coscienza.* Ogni sostanza psicoattiva è segnata socialmente e si presenta sotto fogge morali e normative diverse tra loro. Essa può essere un cibo (vino, ad es.), un rito mattutino (caffé, the, ecc.), un sostegno quotidiano di fronte alla fatica (la coca sulle Ande) e così a continuare.

In ogni caso, non è mai data una sostanza psicoattiva che non abbia un senso ed una funzione per il soggetto assuntore e non sia regolata o interpretata socialmente, come vedremo nel paragrafo che segue di natura metodologica. Nello Schema 1, abbiamo velocemente esemplificato, data la definizione appena esposta, le grandi aree dentro le quali possono essere classificate le droghe oggi prevalenti (o più usate) nel nostro contesto sociale. In realtà, esse sono potenzialmente senza confini (basti vedere le "droghe d'autore") ed in continua evoluzione (come detto). La poliedricità di una droga, di qualsiasi droga, è fuori discussione. Essa è un principio attivo, biologico, psicologico e sociale, che porta il soggetto a farsi possedere dall'oggetto. In tale ottica, una sostanza psicoattiva è relazionalità o isolamento, diversi tipi di assunzione (orale, sottocutanea, per sniffo, per inalazione, per fumo), conseguenze di assai difforme effetto, tempo sociale per eccellenza.

Le ragioni per le quali si decide di consumare una determinata droga sono

8. Sul cruciale rapporto fra cervello, mente e coscienza vedi la voce *Cervello*, in C. Cipolla, *Epistemologia della tolleranza*, op. cit., pp. 358 ss., del I vol.

Schema 1 - Tipi di droghe per area ed alcune loro caratteristiche (1)

	Merceologia	Conseguenze dell'uso	Dipendenza psico-biologica e derivazioni ammesse	Rito di assunzione (accesso)	Annotazioni specifiche
<i>Area coca</i> (cocaina, crack)	Cocaina e crack pur derivando dalla stessa pianta sono droghe molto diverse fra loro.	Eccitazione, vitalità, rinforzo fisico e mentale, attenzione maggiorata sulle cose.	La cocaina produce scarsa assuefazione mentre il crack la determina in forma tremenda.	Normalmente personale, ma anche collettivo. Accesso di secondo livello. Uso saltuario, per questioni anche economiche.	L'uso della coca sniffata (il crack si fuma) può essere: a) neutro o inerte (taglio di aumento) b) cosmetico (taglio con effetti collaterali) c) attivo o di rinforzo (taglio con effetti psicoattivi), socializza il benessere.
<i>Area oppio</i> (eroina, morfina, ecc.)	La sua storia è millenaria, anche se oggi (da noi) essa coincide di fatto e in larga massima con l'"eroina", che per il vero è una sostanza di semi-sintesi.	Sballo, orgasmo fisico, rilassante, molto forte. Situazione di abbandono mentale e fisico.	Dipendenza estesa e diffusa, con astinenza drammatica (spesso conduce alla morte).	Privato, da buco, con qualche eccezione, oggi, come poliassunzione. Emblema della droga?	Sembra essere in deciso calo, almeno sotto le vesti del "buco". Droga con cui non si può dialogare, ma solo combattere. La salvezza è rara e sempre a suo modo precaria.
<i>Area cannabis</i> (hashish, marijuana)	Droga storica, peculiare nelle sue derivazioni, scissa in fumo (hashish) ed erba (marijuana). Popolare, a basso costo.	Obnubilamento, rilassamento, apatia, euforia, socialità, ma anche chiusura in se stessi. Danni collaterali molto ridotti.	Molto rara e quasi impossibile da sola o sul piano puramente biologico. Più facile psicologicamente e/o di gruppo.	Collettivo e diluito nel tempo. L'uso individuale segnala una fruizione abituale e continuativa. Accesso quasi fisiologico per i giovani, oggi. Droga di questa generazione?	"Droga" controversa, definita "leggera" perché non fornisce specifiche dipendenze. Essa, però, presa in dosi consistenti (oltre 5 spinelli?) produce stordimento e inattività: con conseguenze anche per il giorno successivo?
<i>Area alcol</i> (vino, birra, distillati...)	Siamo in presenza di un cibo e non di un consumo fine a se stesso. Ruolo centrale del gusto.	Ubriacatura, perdita di controllo oltre una soglia piuttosto elevata. Disinibente, erotizzante.	Crea, in rari casi, una forte e ed incoercibile dipendenza. Più facile psicologicamente e/o di gruppo.	Individuale e collettivo, socialmente legittimo. Culturalmente interno alla nostra cultura, anche religiosa.	Spesso entra nella dinamica di poliassunzione, quasi come sua premessa fisiologica e non problematizzata. Vera "droga" di primo accesso?

Schema 1 - segue

	Merceologia	Conseguenze dell'uso	Dipendenza psico-biologica e derivazioni annesse	Rito di assunzione (accesso)	Annotazioni specifiche
<i>Area nicotina</i> (tabacco)	Il fumo del tabacco è legittimo in sé, anche se con recenti restrizioni legali. Esso produce gravi effetti collaterali (tumori).	Non facilmente definibili. Piacere in sé? Tenue stimolazione del cervello? Accompagnamento della vita quotidiana?	La dipendenza è accelerata e diffusa, anche se non vincolante (può essere recuperata).	Individuale, personale. Ora, con le proibizioni varie intervenute, più collettivo e socializzante (effetto minoranza).	Siamo in presenza di una droga, visto che non altera significativamente le capacità della mente, pur dando facilmente dipendenza? Entra, spesso, di soppiatto, nelle poliaassunzioni. Fumare cannabis è fumare (da noi) anche tabacco.
<i>Area allucinogeni</i> (e simili) a) di natura sintetica (<i>droghe diseguate</i>) (ecstasy, Lsd, Amine, ecc.) (2)	Le droghe "diseguate" a tavolino o scientificamente possono essere di qualsiasi tipo. Spesso, sono eccitanti e stupefacenti o ad effetto misto.	Normalmente di natura allucinogena, ma secondo molte sensazioni difformi e molto complesse.	Non sembra essere significativa, con conseguenze sulla funzionalità del cervello.	Individuale, normalmente a tempo definito (week end), accesso di gruppo ed occasionale "per distanziamento" dalla vita corrente.	Le "pillole" sembrano destare sospetti per le difficoltà di capire il contenuto e le conseguenze. Le droghe sintetiche patono essere troppo incerte e volubili, destano diffidenza nei giovani (anche quando le usano?). Le aree a e b qui trattate comprendono il "mondo" ed il futuro della farmacopea, nonché di buona parte della botanica, per quanto ci riguarda.
b) <i>dedotti da piante specifiche</i> (peone, funghi anche nostrani, khat, ajahuasca, salvia divinorum, betel, ecc.) (3)	Azione psicadelica, di ampliamento della mente, di visione di ciò che non c'è.	Molto difformi tra di loro, anche se con un filo rosso che pare commetterle e cioè quello dell'allucinazione e dell'effetto down.	Non sembrano fornire dipendenze peculiari, né biologiche, né psicologiche (ma la prudenza è d'obbligo).	Normalmente di piccolo gruppo, anche per ignoranza (spesso) delle vere e proprie conseguenze dell'assunzione (stile saltuario). Accesso che pare ritardato nell'età, da esperti, mai quotidiano.	

N.B.

(1) Lo schema va assunto come puro orientamento generale delineato per sommi capi. Esso, però, ben inquadra ciò che può essere reputato "droga". Abbiamo volutamente escluso dallo schema caffèina, teina (e simili), perché legittimi socialmente, assunti sotto forma di cibo, ad effetti collaterali negativi molto modesti, dalla dipendenza incerta e piuttosto labile. Essi segnano (con altre sostanze psicoattive) il confine del nostro campo.

(2) Le anfetamine sono di tanti generi e non sempre portano ad allucinazioni (salvo l'assunzione esasperata). Esse sono più che altro eccitanti.

(3) Betel e Khat non patono determinare fenomeni allucinatori, salvo assunzioni massicce. Essi sono soprattutto stimolanti diffusi rispettivamente in India e nel corno d'Africa.

molteplici e possono essere esemplificate in vari modi, come accennato qui di seguito:

- a) per puro e semplice *piacere*, ripetuto e rinforzato nel tempo, senza ulteriori implicazioni (almeno apparenti);
- b) per socialità o *influsso contestuale* (si nasce in quella cultura e si seguono i suoi indirizzi);
- c) per ragioni *strumentali*, finalizzate a qualche risultato mirato (lavoro, vittoria, competizione, ecc.);
- d) per “sballo” o per *fuoriuscire dal presente* o per vivere del tempo fuori dal tempo normale;
- e) per *allargamento della sfera della coscienza*, per esplorarne le sue possibilità ulteriori;
- f) per *protesta* o per fini politici (si pensi al '68 ed al senso attribuito al drogarsi in quella fase storica);
- g) per scopi di natura esplicitamente *sessuale* (oggi, evento raro);
- h) per una sorta di identificazione fra pari, per *emulazione sub-culturale* fra coetanei (devianza da *baby gang*, ad es.);
- i) per crisi esistenziale, per debolezza personale (sostanza psico-attiva come *autocura*, ad es.);
- l) per *svalorizzazione nichilistica* (indifferenza, mancanza di riferimenti valoriali, autodepauperamento vitali, ecc.);
- m) per gioco di *curiosità* (un *hobby* occasionale, come tanti altri, ecc.).

Tutto ciò può essere ampliato o ristretto o ricombinato in vari modi o ricondotto a presupposti biologici duri e nettamente prevalenti, a seconda dei vari punti di vista scientifici che possono entrare in campo. Certo è che se un soggetto può iniziare a drogarsi per una ragione nettamente prevalente

nell'insieme complessivo di chi fa uso di sostanze psicoattive è facile individuare percorsi motivazionali e strutturali (tantissimi, ad es.) assai diversi tra loro per raggiungere, alla fine, delle foci non molto distanti l'una dall'altra.

Inoltre, risulta fondamentale il fatto che gran parte di coloro che si drogano (a parte i poliassuntori estremi) usa sostanze psicoattive diverse con difformi significati e conseguenze (bere vino non è certo iniettarsi eroina, fumare tabacco non è sicuramente uguale a sniffare Ketamina, ecc.). a puro titolo esemplificativo, forniamo un esempio del senso socio-psicologico (o viceversa) che viene normalmente attribuito a due droghe che oggi rappresentano forse l'apice del consumo di sostanze psicoattive illegali nel nostro paese (quindi, esclusi alcol, tabacco, ecc.). Ci riferiamo alla cannabis, sotto le vesti di fumo (hashish) ed erba (marijuana) ed alla coca (sotto le fogge della sola cocaina, non del crack), v. schema 2.

Scontate le differenze delineate, l'uso dell'una può essere assimilato a quello dell'altra (e viceversa) oppure è possibile il passaggio dall'una all'altra? Così come sono portato a dare una risposta negativa alla prima domanda, allo stesso modo sono condotto, per la letteratura e le ricerche esistenti, a dichiarare possibile e non raro il transito ipotizzato. Tengo altresì a sottolineare che gli effetti della cannabis e della cocaina sul soggetto sano a dosi medie, seppur quasi opposti, di intensità non molto diversa. L'idea che la prima sia definita “leggera” e la seconda “pesante” non mi appartiene in linea generale, a meno che non si specifichino i parametri di valutazione e su questa base si traggano le conseguenze valutative del caso⁹.

9. È ovvio che in questa sede dobbiamo dare per scontate molte cognizioni che in un'ottica diversa e più scavata sarebbero imprescindibili. I rinvii bibliografici servono anche a colmare queste lacune.

Schema 2 - Concezione collettiva e personale (a confronto)

<i>Cannabis (hashish e marijuana)</i> ¹⁰	<i>Cocaina (non crack)</i> ¹¹
Più popolare	Più elitaria
Costo contenuto	Costo elevato
Può essere di uso quotidiano	Meno probabile l'uso corrente
Possibile una dipendenza psicologica o di gruppo, quasi impossibile quella biologica	Dipendenza rara ed a dosi esorbitanti
Dissuefazione abbastanza semplice	Dissuefazione non lunga (normalmente)
Fruizione per fumo	Fruizione per sniffo
Effetti rilassanti ed obnubilanti	Effetti eccitanti e rinvigorenti
Rito collettivo (il passaggio all'uso personale segna l'abitudine)	Rito collettivo e personale (strumentale)
Assunzione singola o per restare nel piccolo gruppo	Assunzione per socializzare in modo allargato (tra i giovani)
Le conseguenze per la salute non paiono drammatiche	Pericolosa la compulsione e vari effetti collaterali
Non sono dati rischi di overdose	Sono dati rischi specifici di abuso
Determina inedia	Favorisce l'azione
Droga da fine serata	Droga da inizio serata
Sostanza psicoattiva da pensiero debole (?)	Sostanza psicoattiva da pensiero forte (?)

10. La letteratura in materia è sterminata, soprattutto in lingua inglese, con molti testi che fanno esplicitamente il "tifo" per la cannabis. Vedi C. Conrad, *Cannabis. I mille usi di una pianta miracolosa*, Castelvecchi, Roma, 2004; G. Blumir, *Marijuana. Uno scandalo internazionale*, Einaudi, Torino, 2002. In questo testo, un po' svelto, a p. 218 si può leggere: "... la marijuana non crea stordimento, piuttosto un'amplificazione della sensibilità". Se stordirsi significa diventare meno attenti o meno presenti a se stessi o diminuire temporaneamente le proprie facoltà psichiche, non vedo come qualche spinello, neppure troppo potente, non conduca a questa sorta di leggero obnubilamento. Tale debolezza si associa anche ad una maggiore sensibilità locale, ma non si esaurisce in questa; E. Balconi, *La cannabis*, Xenia Ed., S. Vittore Olona (Mi) 2003. Di questo testo, voglio segnalare (pp. 43 ss.) le tante varietà di hashish ed erba (marijuana) presenti (in teoria) sul mercato. L'autrice classifica le droghe in modo diverso dal nostro (ad es., assimila Lsd e cannabis fra gli allucinogeni, a p. 20), riconducendole alla loro capacità di "indurre alterazioni allo stato di coscienza" (p. 30); G. Arnao, *Cannabis. Uso e abuso*, Nuovi Equilibri, Viterbo, 2005. Il testo ha il merito di entrare dentro il tema per quantità d'uso, percezioni analitiche, ecc. Infine, segnalo il volume migliore, anche se di dieci anni fa, che ho reperito sul tema: L. Zimmer e J.P. Morgan, *Marijuana. I miti e i fatti*, Vallecchi, Firenze, 2005. si segua la straordinaria letteratura ivi citata. Ogni asserzione riportata nel testo si basa almeno su di una ricerca empirica. Il volume giunge alla conclusione che un uso moderato della cannabis non arreca gravi danni ai suoi assuntori. Di scarso interesse mi è parso (per chiudere), W. Benjamin, *Sull'hashish*, Einaudi, Torino, 1996.

11. Si può partire, per capirne qualche cosa, dal classico ed ancor oggi assai utile: S. Freud, *Sulla cocaina*, Newton, Roma, 2005. Il libro contiene tutti i saggi di Freud sul tema e le connesse sperimentazioni. Cfr. anche T. Madge, *Cocaina. Una biografia non autorizzata*, Newton&Compton Ed., Roma, 2005. Il testo differenzia bene gli effetti drammatici del crack da quelli (privi quasi di conseguenze) della cocaina; P. Gootenberg (a cura di), *Cocaine: Global Histories*, Routledge, Londra, 1999, con belle ed originali panoramiche

Se drogarsi può essere assunto anche come una forma di libertà, in nessun tempo e luogo e nessun autore (almeno in linea di massima) ha sottaciuto che drogarsi (intossicarsi) fa e può fare comunque male sia fisicamente, sia psicologicamente, sia moralmente. Le tre dimensioni citate convivono tra di loro e raramente possono essere nettamente separate al loro interno: un eroinomane adulto si è quasi sempre rovinato biologicamente, vive in condizioni psicologiche di sicura schiavitù e presenta un costo economico-sociale che va anche a discapito di soggetti poveri bisognosi di assistenza socio-sanitaria. Secondo criteri di semplificazione e di sintesi che seguiremo sempre nel corso del presente testo, possiamo elencare alcune *controindicazioni* genericamente riconducibili al fenomeno droga, anche se secondo il nostro approccio epistemologico il discorso andrebbe tarato in modo più puntuale su ogni singola sostanza psicoattiva (l'eroina può essere assimilata, oltre una certa soglia, al vino o al caffè?).

A livello *morale*, drogarsi è una questione di libertà personale e di responsabilità sociale, per dirla in modo asettico e neutrale. Sulla libertà v'è poco da discutere, ma i suoi limiti esistono e non possono mai tradurla in un assoluto a se stesso. È giusto "suicidarsi" per mezzo di una sostanza psicoattiva? È giusto togliere risorse ai più deboli per un proprio godimento? È giusto soffrire e far soffrire per non sapersi controllare? È giusto rendersi schiavi

per poter essere liberi ed autonomi (o viceversa?). Tendenzialmente, non possono che esserci, accanto ai diritti soggettivi inalienabili, diritti oggettivi o collettivi non valicabili. Il fatto è che, nel nostro caso, la dimensione morale sconta molti distinguo, gerarchie di valore, difformi visioni del mondo. La droga (l'alcol) è in chiesa (seppur sotto controllo). Il tabacco è nelle canoniche (quanti preti ho visto fumare nella mia vita!). Con l'eroina non si può dialogare e domanda intolleranza secca e priva di concessioni. La coca è nei palazzi del potere. La cannabis è quasi una sostanza normale, la cui psicoattività rende tranquilli e fa riposare. Gli psicofarmaci sono una medicina ineludibile. Riflettiamo su tutto questo e mappiamo il territorio per gradi, per conoscenza, con inflessibilità ed empatia. In fondo, l'approccio "morale"¹² al nostro tema mette il soggetto (non la sostanza psicoattiva) al centro della scena perché ne coglie l'intrinseca vulnerabilità¹³. Allo stesso modo, essere nichilisti (e drogati) è essere fortemente attaccati alla vita, anche se a "quella" vita, impastata di orgasmi artificiali e ripetuti ossessivamente. La libertà dalla droga e la libertà della droga non sono due morali opposte e irriducibili l'una all'altra. Esse devono trovare l'equilibrio della loro convivenza.

A livello sanitario, non c'è molto da tergiversare, nel senso che ogni droga fa più o meno male. E poi, per ogni sostanza psicoattiva, v'è sempre "un troppo, un troppo spesso ed un mo-

sul nostro tema; I. Merzagora Betsos, *Cocaina: la sostanza, i consumatori, gli effetti*, Angeli, Milano, 2001. Il volume si raccomanda anche per le originali analisi empiriche che contiene.

12. A. Rassati, *Tossicodipendenza: malattia dell'individuo, della società o di entrambi?* in G. Magro (a cura di), *Tossicodipendenza: "malattia" d'amore?*, FrancoAngeli, Milano, 2004, p. 45.

13. Così A. Salvini, *Tossicodipendenza* in S. Bonino (a cura di), *Dizionario della psicologia dello sviluppo*, Einaudi, Torino, 1994.

mento sbagliato”¹⁴ per il suo consumo. Qualsiasi droga, da qualsiasi versante la si voglia prendere, ha effetti collaterali, diretti ed indiretti, che danneggiano in vari modi l’organismo umano. Le anfetamine minano il cervello. Il tabacco distrugge i polmoni. La cannabis svisciva la memoria. L’eroina distrugge tanto (o quasi tutto) del corpo umano. È chiaro, come detto, che è questione anche di dosi (un po’ di alcol fa bene, ad es.), di frequenza e di storicità nel consumo, di luogo e momento dell’uso della sostanza (guidare con parecchia cannabis o ecstasy in corpo forse non è proprio il massimo per salvarsi la vita). In ogni caso, l’approccio medico-biologico¹⁵ che riporta il fruitore di droghe a semplice malato, che tratta la genesi dell’*addiction* come evento determinato essenzialmente da elementi fisici e genetici, che reputa la dipendenza come esito dell’uso della droga, la quale per le sue proprietà neurochimiche produce dei mutamenti di tipo neurofisiologico che spingono il soggetto a non smettere più, si scontra duramente con molti risultati empirici che connettono la droga al suo senso per il soggetto¹⁶ e/o al significato che lui gli attribuisce, nonché alla sua valenza storico-sociale. In sintesi, l’analisi degli effetti negativi

che le droghe producono sulla salute dell’assuntore, che sono differenti, ma innegabili, non va confusa con la valorizzazione dell’approccio bio-medico che, pur apportando la sua imprescindibile conoscenza al tema, appare di per sé troppo riduttivo, ai limiti del riduzionismo.

A livello socio-psicologico, i prezzi da pagare che l’uso e/o l’abuso di droga comportano sono piuttosto evidenti, sia sottoforma traumatica (morte), sia in una prospettiva criminologica (furti, prostituzione, violenze, ecc.), sia in un’ottica di sottrazione rispetto al proprio ruolo familiare (madri, padri, figli...), sia come ridotta o scarsa resa sociale (scuola, lavoro, ecc.), sia quale costo economico (come detto) a carico della collettività e quindi a sfavore di altri soggetti sociali più deboli, sia come dolore e sofferenza personali, sia come tante altre cose. Anche in questo caso, comunque, tutto ciò non va confuso con l’approccio psicologico, che connette la dipendenza tossicomana a traumi o nevrosi o disturbi patologici di altro genere¹⁷, né con quello sociologico che evidenzia il ruolo della pressione ambientale, secondo innumerevoli canali, nel favorire l’uso (o meno) di determinate sostanze psicoattive¹⁸.

14. Cfr. G. Amendt, op. cit., p. 60. Il nostro approccio, nella sua definizione di “droga”, risente del classico M. Gossop, *Living with drugs*, Chicago, Aldine, 1997.

15. Rimando a S.H. Snyder, *Farmaci, droghe e cervello*, Zanichelli, Bologna, 1989. Su questa lunghezza d’onda, vedi G. Gerra, *La negazione del malessere* in A. Fantoma, G. Gerra, B. Poggi (a cura di), *Normalmente stupefacente. Indagine sulla percezione dell’opinione pubblica in Italia del fenomeno droga*, FrancoAngeli, Milano, 2005, pp. 77 ss.

16. Così A. Palmonari, *Droga* in *Enciclopedia delle Scienze Sociali*, Ist. Enc. Ital., Roma, 1993, pp. 261 ss. (III v.).

17. Rimando a L. Cancrini, *Quei temerari sulle macchine volanti. Studio sulle terapie dei tossicodipendenti*, NIS, Roma, 1982.

18. Classiche in tal senso le ricerche di Robins sui reduci dal Vietnam dipendenti da eroina. Al loro ritorno in patria, dopo qualche tempo, meno del 10% dei fruitori in guerra della sostanza continuava ad assumerla. Cfr. L.N. Robins (*et al.*), *Vietnam veterans three years after Vietnam*, in L. Brill, C. Winnick (eds.), *Yearbook of substance abuse*, Norton, New York, 1979 (2 voll.).

Scartata dunque l'ipotesi che una droga (qualsiasi droga) non presenti alcuna controindicazione, scontato che l'uso presuppone una soglia onde entrare in funzione, ammesso che alterare artificialmente il proprio cervello, invece che assecondarlo, può essere considerato un peccato in sé, quali sono le conseguenze ritenute più gravi dell'uso di sostanze psicoattive, al punto da renderle collettivamente o nell'opinione pubblica così vituperante¹⁹?

L'effetto più emblematico e di gran lunga più temuto è in realtà uno solo e cioè quello della *tossicodipendenza*, di cui quella da eroina è il simbolo più diffuso e nefasto, la quale, a sua volta, si porta appresso una cultura che dispregia o banalizza il rischio, illegalità di vario tipo per procurarsi la "roba", gravi implicazioni per la salute (epatiti, aids, ecc.) e tanto altro ancora, riconducendo quasi tutto a sé, senza alcun spazio di libertà per il soggetto. Questi non si vanta del suo stato. Coglie lo stigma sociale che lo colpisce. Sente la condanna e la fuga di parenti ed amici. Abbandona lavoro ed effetti. Rinnega la propria sessualità. Vive della e con la sostanza una sofferenza continua, nel cui ambito il piacere è una breve parentesi. Forse, è questa fuga dalla vita per un mondo composto da un'altra vita che può essere assunta come la conseguenza più tragica dell'essere tossicodipendenti (cioè "drogati"), almeno per quanto ne pensa e valuta l'opinione

pubblica nazionale, facendo di ogni erba un fascio e riportando il tutto alla pianta peggiore.

Nella nostra prospettiva epistemologica, le cose non stanno ovviamente nel modo detto. Le droghe, ogni droga, pur essendo identificabile come tale secondo i criteri accennati, rappresenta anche un mondo a sé con propri riti, propri significati, proprie implicazioni fisiche, propri tempi personali e sociali, proprie legittimazioni collettive e così via. In tal senso, non esiste la droga, ma tante singole droghe che, per rigore scientifico, per vastità di orizzonti (cos'è stato l'oppio nella storia?), per rimandi culturali, per impatto sociale, per le politiche conseguenti, vanno trattate come tali.

Nello Schema 1, abbiamo fornito una secca mappatura nell'ottica appena vista²⁰ per semplice orientamento del lettore, ben consapevoli della semplificazione segnaletica della proposta. Quando scriveremo e diremo "droga" o "sostanze psicoattive" ci riferiremo a questo universo ed alle innumerevoli sue filiazioni²¹, tenendo ben presente che in realtà a noi interessa sociologicamente il consumo concreto oggi, soprattutto fra i giovani, delle sostanze implicate, più che la teoria del loro uso potenziale. In detto Schema, appaiono così la *cocaina*, che va nettamente separata dal crack (molto più pericoloso per la dipendenza che determina); l'*oppio*, che oggi ha vari tipi di fruizione

19. Vedi A. Fatoma, G. Gerra, B. Poggi (a cura di), op. cit. L'indagine nazionale è stata condotta telefonicamente e con quesiti eccessivamente, se non spropositamente, lunghi. Da ciò, qualche problema metodologico?

20. Per una classificazione diversa dalla nostra, ma con essa compatibile, si veda il mastodontico U. Nizzoli, M. Pissacroia (curatori), *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin, Padova 2003 e 2004 (2 voll.).

21. Vedine alcune nel documentatissimo saggio di G. Samorini, *Droghe nuove e nuovissime: un breve excursus* in R.M. Pavarin e V. Albertazzi (a cura di), *Uso e abuso di sostanze*, Carocci, Roma 2006, pp. 87 ss.

(fumato, inghiottito, ecc.), ma che ha nell'eroina iniettata in vena il suo spettro onnipresente; la *cannabis*, nella sua duplice veste di fumo (hashish) e di erba (marijuana), che si presenta nella sua immagine moderata e corrente come una droga "normale"²² o del quotidiano. Le aree dell'alcol e del tabacco (sempre nello Schema 1) sono note a tutti, anche se vorrei sottolineare che tali sostanze *sono a tutti gli effetti delle droghe*, legittimate normativamente ad essere tali (il tabacco è addirittura in Italia monopolio esclusivo dello Stato), ancorché controllate in vari modi, con diversi divieti e con difformi e chiari limiti.

Infine, abbiamo riassunto nelle ultime due sub-aree segnalate tutto il vasto ed ingovernabile mondo delle droghe stupefacenti, eccitanti, allucinogene, separandole in sintetiche o di derivazione chimica, da un lato (tra cui ecstasy, Lsd, le anfetamine in genere, ecc.) e in naturali, ricavate in vario modo da piante presenti allo stato selvaggio e spontaneo (funghetti psichedelici, Khat, che è uno stimolante, ecc.). Sulla prima sub-area torneremo nel cap. 9, per la sua ipotetica rilevanza verso il futuro, mentre per quanto concerne la seconda, essa non assume dimensioni consistenti nel nostro paese, dove solo i funghetti allucinogeni e la salvia divinorum paiono avere un seppur minimo consumo, contrariamente ad altre zone del mondo.

22. Per il vero, sta diventando tale (pare) anche la cocaina, il cui consumo è stato definito in questi giorni "gigantesco" e chiaramente desiderato dagli italiani dal Ministro dell'Interno Giuliano Amato. Siamo ai primi di febbraio del 2007. In effetti, la cocaina è stile di vita, così come pare essere la sua dipendenza (più psico-sociale che biologica?). Su di essa e sulle altre sostanze qui riprese, rimando al numero di *Salute e Società*, citato e curato da C. Cipolla. In esso, in particolare, si veda il pregevole saggio, con la sua spiccata apertura internazionale, di A. Bertolazzi.

23. Senza considerare il doping come truffa competitiva. Sulle "bevande voluttuarie dipendentigene lecite", vedi il saggio di E. Malizia, F. Navazio nell'opera curata da U. Nizoli, M. Pissacroia, citata, pp. 121 ss. (I vol.).

Non vado oltre. Questo è ciò di cui ci si deve occupare quando si dice "droga" o questo è il nostro orizzonte di riferimento. Queste sono le droghe, oggi. Questo, per restrizione (si pensi solo alla caffeina, alla teina ed ai tanti psicofarmaci)²³, è il nostro campo da arare. Un campo che, a vario titolo, ci riguarda praticamente tutti, seppur con coinvolgimenti ed implicazioni assai distanti tra di loro. Se siamo una società di drogati, lo siamo dunque in modo molto differenziato e soprattutto lo siamo nel contesto di una prospettiva metodologica ed epistemologica che va adeguatamente specificata. È ciò che ci accingiamo a fare nel paragrafo conclusivo che segue.

2. Come fare ricerca fra gli assuntori di droghe: per un approccio connessionista ed integrato

Pur essendo un ambito molto battuto, in realtà la ricerca empirica sui consumatori di sostanze psicoattive non appare molto sviluppata e condotta essenzialmente secondo metodi di tipo epidemiologico o statistico-sanitario o in accordo con i criteri della ricerca per sondaggio, i quali (è noto) danno quello che possono dare. E questo, sia chiaro, sia in Italia che in Europa, che altrove. Manca normalmente a queste indagini un *framework* di riferimento

concettuale, un quadro epistemologico entro cui condurle e renderle metodologicamente fondate, pena la caduta in un comportamentismo²⁴ tanto implicito quanto fuorviante²⁵.

Capisco bene che studiare chi si droga, chi non vuol far sapere agli altri che lo fa, chi assume sostanze psicoattive nell'ombra della notte o della sua casa, chi vive di una tragica dipendenza non è cosa né facile, né scontata. Al contrario, richiede astuzia, immaginazione sociologica, vocazione mimetica²⁶, disponibilità all'empatia ed alla condivisione. Eppure, se è importante sondare l'opinione pubblica rispetto alla sua percezione del fenomeno droga, se è rilevante cogliere la quantità e diffusione (per ciò che è possibile e credendoci sempre un po') del consumo di sostanze psicoattive, se è indispensabile studiare operatori e professionisti del settore, se è fondamentale isolare il tossicodipendente ed

analizzarlo in chiave psicologica e psichiatrica, del pari non possono essere sottostimate, disattese o abbandonate al loro anonimo destino le indagini di taglio psico-sociale che cercano di comprendere la "carriera" dei consumatori di droghe nel loro contesto, dal loro punto di vista (fenomenologia, non etnografia), rispetto alle loro proprie relazioni sociali, dentro le cruciali dinamiche di gruppo, di qualsiasi natura esse siano.

Nonostante qualche lontano e meritorio precedente²⁷, lungo questa direzione non si è scavato molto ed a fondo, forse perché onerosa, forse perché reputata inutile, forse per l'indisponibilità del "tossico", forse per l'arrivo massiccio della cultura medica (che valorizza solo le verifiche a doppio cieco), forse per la non credibilità dell'analizzato. Resta il fatto che per questa strada metodologica (come detto) non sono stati fatti significativi passi in avanti, a parte qualche eccezione²⁸, e non si è costitui-

24. Vedi C. Cipolla, *Epistemologia della tolleranza*, op. cit., voce *Comportamento*, pp. 447 ss. del I vol., ed anche *Behaviorismo*, pp. 265 ss. sempre nel I vol. In tale sede, sono esplicitati vantaggi e limiti dell'approccio in questione.

25. Non voglio in questa circostanza dare alcun voto, né fare nomi. Resta il fatto che alcune delle indagini principali italiane sul consumo di droghe, condotte con questionario, sono effettuate da medici o biologi il cui approccio si impone di per se stesso.

26. Cfr. C. Cipolla, op. cit., voce *Mimetismo*, pp. 1748 ss. del III vol.

27. Mi limito a segnalare in ordine sparso: G. Piazzini, C. Cipolla, *Il disincanto affettivo*, FrancoAngeli, Milano, 1985, in particolare pp. 72 ss.; P. Guidicini, G. Pieretti (a cura di), *Droga. Dalla ideologia della sfida alla cultura della condivisione*, FrancoAngeli, Milano, 1990; T. Alberti, P. Faccioli, G. Palmieri et al., *Droga. Il paradosso della normalità*, FrancoAngeli, Milano, 1985; A. Balloni, *Crimine e droga*, Clueb, Bologna, 1983; A. Balloni, P. Guidicini (a cura di), *Tossicodipendenza e devianza nell'attuale società*, FrancoAngeli, Milano, 1981; B. Barbero Avanzini, *Droga, giovani e società. Per un'analisi sociologica della tossicodipendenza giovanile*, Il Mulino, Bologna, 1981; P. Faccioli, E. Quargnolo, *Prove di identità. Reversibilità e autoinganno: una ricerca sui tossicodipendenti*, FrancoAngeli, Milano, 1987; L. Manconi (a cura di), *Legalizzare la droga. Una ragionevole proposta di sperimentazione*, Feltrinelli, Milano, 1991; L.M. Solivetti, *Perché la droga. Le cause dell'uso della droga nella società contemporanea*, FrancoAngeli, Milano, 1980; V. Andreucci, A. Balloni, R. Sapio (a cura di), *S. Patrignano i perché di un processo. Sentenza del tribunale di Rimini*, Clueb, Bologna, 1985.

28. Tra cui, si può scegliere: M. Campedelli, *Tossicodipendenza: punire un'allusione?*, FrancoAngeli, Milano, 1994. A p. 59 di questo bel testo si può leggere "che la tossicodi-

to un modello di analisi che coinvolgesse vari tipi di ricerca²⁹ sul tema a confronto di emulazione tra loro reciprocamente incrociati. E dire che la droga, nel senso di coloro che assumono sostanze psicoattive (non esiste droga senza drogato), entra dalla porta principale della sociologia attraverso l'opera ormai classica di Howard Becker dell'inizio degli anni sessanta dello scorso secolo, dedicata ai consumatori di marijuana³⁰ e condotta secondo un approccio qualitativo, fenomenologico, da interazionismo simbolico.

Ecco perché riteniamo giusto, guardando soprattutto in casa nostra³¹, soffermandoci brevemente sugli aspetti di metodo e di inquadramento generale che abbiamo appena più sopra accennato, ben consapevoli del fatto che studiare, in ambito sociale, un fenomeno secondo una prospettiva o in accordo con un'altra cambia non di rado gli esiti stessi dell'indagine, mettendo in luce aspetti a volte molto diversi fra loro del problema studiato.

Come prima considerazione, v'è da osservare che la droga (sempre col soggetto "drogato") *non appartiene ad*

alcuna disciplina in particolare. Quindi, a partire da noi stessi, va affermato il principio secondo il quale più visioni scientifiche dello stesso oggetto arricchiscono il nostro quadro complessivo, al di là del fatto che a noi tocca fare per bene il nostro mestiere e fornire il nostro contributo specifico ed originale al tema in questione.

In secondo luogo, da ciò consegue un elementare precetto di natura *integrativa* a livello metodologico, il che comporta concettualmente e praticamente almeno le seguenti operazioni e/o si associa ai principi di inquadramento generale delineati nello Schema 3. In detto schema, per il vero, abbiamo voluto porre in evidenza la differenza che intercorre fra integrazione come metodo finalizzato ad uno scopo ed integrazione come merito delle relazioni sociali, proprio per sottolinearne appunto le diversità, ma anche per evidenziarne i reciproci sbalzi o rimandi conoscitivi ed euristici.

Scelte le strade che abbiamo appena stilizzato, appare evidente che la nostra opzione paradigmatica si orienta in direzione di una cornice epistemologica che possiamo definire di natura con-

pendenza è incorporata nel sistema scientifico spesso più come estensione di approfondimenti e ricerche nate in ambiti contigui a quelli normalmente praticati dalle discipline, che come problematizzazione diretta di un fatto". In ambito sociologico, non mi pare che siamo andati molto avanti lungo questa strada; cfr., in ogni caso, anche C. Baraldi, M. Ravenna, *Fra dipendenza e rifiuto*, FrancoAngeli, Milano, 1994. Si tratta di un testo o di una ricerca di spessore, ancora oggi. Vedi infine L. Mori, *I giovani come stranieri*, FrancoAngeli, Milano, 2004. Il volume contiene un'indagine originale, a più percorsi, condotta con criteri etnografici.

29. Cfr. C. Cipolla (a cura di), *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano 1999.

30. Mi riferisco a H.S. Becker, *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*, Ed. Gr. Abele, Torino, 1987. Il volume nella sua versione originale è del 1963, anche se i saggi che lo compongono sono dell'inizio degli anni '50. Cruciali, ai nostri fini, mi sembrano i cap. 3, 4 e 7.

31. Ho già sottolineato come la sociologia accademica abbia, finora, poco approfondito il fenomeno "droga" in sé e per sé, arrivandoci, salvo qualche eccezione, per altre vie. Più vivace e interna mi è parsa in tale ottica la sociologia professionale.

*Schema 3 - Modelli di integrazione sociale e metodologica a confronto*³²

<i>Integrazione sociale</i>	<i>Integrazione metodologica</i>
– rete coordinata di relazioni sociali in vista di uno scopo poi o meno comune	– rete coordinata e fruttuosa di procedure e tecniche
– riduzione dei conflitti	– contenimento della concorrenza
– eterogeneità funzionale	– pluralismo teorico
– ideologia	– ideale regolativo
– ordine sociale	– complementarità funzionale
– rischio dell'asservimento	– rischio dell'egemonia o della colonizzazione
– pericolo della perdita di identità	– pericolo dello snaturamento metodologico
– convivenza possibile	– compatibilità da emulare
– coesistenza necessaria	– molteplicità da tollerare (al limite)
– bisogni soddisfatti più vantaggiosamente	– verità più vere e piene
– differenziazione e ricongiunzione	– variabilità e ricomposizione
– regolarità e durata	– apertura al nuovo ed all'inedito
– ambivalenza strutturale	– coerenza logica e/o da perseguire
– mediazione e compromessi	– disponibilità al confronto
– stabilità istituzionale e consenso	– equilibrio operativo ed efficace
– socializzazione ed interiorizzazione dei valori	– argomentazione e condivisione
– calcolo e contratto	– accordo procedurale e verifica razionale
– imposizione possibile	– comando non proponibile
– mediazione comunicativa	– elaborazione anche linguistica
– interdipendenza	– intreccio ad autonomia relativa
– conformismo ed adattamento	– esonero e facilitazione
– scambio generalizzato	– scambio mitrato al conoscere
– fare i conti con etero	– onere della prova
– accesso ad altro da sé	– sapere rispettoso dell'alterità
– inclusione/esclusione	– gradazione scalare
– superamento dell'emarginazione	– superamento del pregiudizio
– gradi di libertà	– autonomia condizionale
– asimmetria ineludibile	– reciprocità di principio
– tendenza all'unità	– propensione al completamento
– criteri quali norme inter	– canoni mutevoli e da motivare
– omologazione inconscia	– associazione conscia
– destino per la sopravvivenza	– scelta per il miglioramento
– azione e comunicazione	– comunicazione e azione
– inter ed auto che collaborano	– auto ed inter che discutono ed analizzano
– genesi della sociologia	– difficile conquista della scienza
– unione produttiva e finalizzata	– combinazione creatrice e libera
– aggregazione di o dentro	– aggregazione fra od oltre
– disuguaglianza	– uguaglianza
– configurazione socio-culturale	– stile cognitivo
– solidarietà operativa	– mutualità metodologica
– individuo e società (altri scienziati)	– scienziato e suoi referenti specializzati
– mondo della vita corrente	– mondo della verità correlazionale
– cooperazione senza cooperazione	– cooperazione che punta alla cooperazione
– impossibilità dell'autarchia o dell'autosufficienza più o meno integrale o assoluta	– negazione della legittimità cognitiva dell'autarchia o dell'autosufficienza integrali

32. Riprendo da C. Cipolla, *Epistemologia della tolleranza*, op. cit., pp. 1407 e 1408 del III vol.

nessionista. Il che significa almeno³³ cercare di uscire dall'individualismo metodologico, da un lato, e dall'olismo sistemico, dall'altro, pur non accettando facilmente gli ismi e non volendo troppo concedere neppure a questo approccio di velata ascendenza relazionale, basata su azione e comunicazione e rispettoso dell'autonomia relativa delle singole dimensioni sulla scena. In tal senso, optare per il connessionismo comporta un'epistemologia che lo legge in chiave ambivalente e co-estensiva fra auto ed etero, fra soggetto e sistema, fra società e suo ambiente; un'epistemologia cioè che scopre correlazioni, le quali uniscono e dividono fra loro le cose, senza farle morire dentro la loro superiorità o, ancora, che non antepone l'inter all'auto e viceversa a favore di una compresenza e di una circolarità piena di rimandi incrociati e di sovrapposizioni. Un approccio connessionista, dunque, rende logicamente autonomo il sociale dall'individuale e questo da quello, anche se sempre e comunque in modo relativo, sottoposto a molteplici condizioni, e rigetta ogni ipotesi di espulsione di auto da inter o del sistema dal soggetto, allo stesso modo secondo cui rifiuta ogni completa riducibilità dell'uno all'altro dei concetti e delle realtà in gioco.

Per chiudere, una metodologia di ascendenza connessionista costruisce innumerevoli ponti che collegano fra di loro le isole del mondo senza mai cancellarle dalla mappa della vita, depotenziando del pari ogni relazione e riportandola al suo pluralismo interno, non ritenendola mai totalmente indipendente da coloro che la rendono possibile e che essa rende, a sua volta, possibili. Tra il collettivismo autorita-

rio, da un lato, ed il solipsismo autoriferito, dall'altro, questa mi sembra una terza via molto utile e spendibile ai nostri specifici fini euristici.

A partire da queste premesse, è allora conseguente inserire il nostro problema di studio nello Schema 4, che ben fornisce l'idea di una dinamica complessa e di natura *co-relazionale*, gestibile da più discipline scientifiche.

Di fronte ad uno schema, che comporta uno specifico modo di affrontare il nostro tema, quale quello delineato, sono praticabili ed auspicabili più tipi di indagine coordinati tra loro e convergenti nella comprensione del soggetto, più o meno tossicomano (non necessariamente tossicodipendente), inserito nella sua rete relazionale primaria e secondaria. Il che comporta mettere in evidenza le attribuzioni soggettive di significato che il soggetto fruitore assegna alle "sue" droghe ed il contesto strutturale in cui tutto questo accade o da cui è reso possibile. Non potremo certo in questa sede andare molto avanti lungo questo percorso impervio e con molte ramificazioni collaterali. Ci limiteremo a qualche considerazione di puro orientamento prospettico.

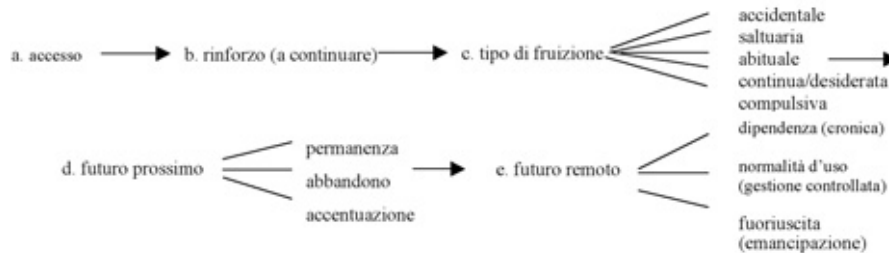
Un primo aspetto da evidenziare è che l'uso di una o più droghe avviene lungo un percorso che può essere più o meno lungo e travagliato e che si può interrompere (o meno) per varie ragioni. Il ciclo della droga, come sintetizzato nello Schema 5, può infatti esaurirsi già nella fase dell'accesso, come può seguire il soggetto fino alla sua morte, dovuta alla stessa assunzione della sostanza psicoattiva o ad altro. Quello che conta, comunque, è che i gradini segnalati sono tra loro

33. Ivi, voce *Connessionismo*, pp. 508 ss. del I vol.

Schema 4 - Un approccio co-relazionale per la ricerca sul consumo di sostanze psicoattive



Schema 5 - Il ciclo della droga (percorso personale e/o di gruppo del soggetto osservato)



necessariamente sequenziali e non possono essere ignorati o sveltamente saltati.

Un secondo aspetto che vogliamo porre in evidenza riguarda il fatto che un percorso non è forse mai e completamente o esclusivamente tale. Esso spesso è plurale, mescolando oltre tutto al suo interno droghe lecite e droghe il-

lecite. Si potrebbe sostenere, detto altrimenti, che la poliassunzione³⁴ è più la regola che l'eccezione, soprattutto se, da dove a dove, si amplia l'arco temporale e si integra passato, presente e futuro. È chiaro allora che la funzione o il ruolo delle diverse sostanze assunte in parallelo o in sequenza diventa un preciso e rilevante oggetto di studio,

34. Si veda in merito quanto da me scritto nell'*Introduzione* al numero di *Salute e Società* sulle droghe, già citato. In detta *Introduzione*, si affrontano alcuni temi (quale quello della definizione di "droga" o del perché non è pensabile una società senza sostanze psicoattive) anche qui affrontati, lungo lo stesso spirito, ma in maniera più puntuale.

che permette nel suo intreccio di comprendere il soggetto consumatore nel suo complesso e nel suo gruppo. Da ciò, il tema annoso se esista una *droga d'accesso*, più o meno legale, e se da tutto questo derivi una *sequenza esemplare* o un *co-consumo emblematico* nei percorsi tossicomani, magari anche con delle subordinate o delle aperture pluralistiche.

Chiudiamo queste argomentazioni metodologiche con alcune osservazioni di natura più direttamente tecnica e riportate in questa sede secondo un'ottica di semplice esempio. Il riferimento è ad una ricerca di taglio fenomenologico tarata su di uno o più soggetti o su di un gruppo di pari, condotta in modo *mimetico* (senza esplicitazione della funzione assolta dall'osservatore) e più o meno *condiviso* (fin dove e quando possibile e legittimo).

A tal scopo, gli strumenti di rilevazione possono essere così previsti, considerando che tutto ciò che sarà pubblicato rispetto alla ricognizione empirica compiuta sarà necessariamente *anonimo*, chiunque esso riguardi:

- a) osservazione diretta passiva (individuale e/o di gruppo);
- b) colloqui informali in azione o a riposo, (cioè facendo altre cose, non assumendo sostanze), di vario tipo;
- c) individuazione di segni simbolici oggettivati (quadri, tatuaggi, strumenti d'uso, ecc.);
- d) ricostruzione di eventi particolari (una serata, una festa, un evento, ecc.);
- e) implementazione di una logica diaristica, collocata e sequenziale (contestualizzazione e temporalità sempre cruciale);

f) appunti da stendere vicino all'evento: dimensione orale, letteraria, statistica e visuale da ricomporre il più possibile;

g) raccolta di testimonianze esemplari, spontanee (*latenti*, ma anche *manifeste* se si riesce, come auspicabile, volte ad allargare il novero dei "testimoni-ricercatori-condivisor");

h) attivazione di "focus"³⁵ in inconsapevolezza dei presenti (tutti o meno assuntori che discutono non di se stessi, ma dell'argomento, senza remore, ma "vigorosamente");

i) visita a "luoghi" deputati allo spaccio ed al consumo pubblico (geografia sociale);

j) analisi sociologica dei pushers finali (sono tutti assuntori che a catena rivendono le sostanze?);

k) è sempre necessario dotarsi di un metro orientativo di misura³⁶: per la cannabis la "canna" media (ad es.), per la coca le "dosi" dedotte da 1 grammo tagliato al neutro (o al cosmetico) e così via;

l) sottolineare la differenza maschio/femmina, con accentuazione del ruolo di quest'ultima (più rivoluzionario storicamente, almeno per ipotesi);

m) ricordarsi di collegare sempre gruppo a gruppo o soggetto a soggetto nelle ricostruzioni tramite strumenti di individuazione mirati.

Non vado oltre in questa direzione che meriterebbe ben altro spazio ed un conseguente approfondimento. Ci basta aver posto in questa sede, dopo aver mappato il territorio e l'entità del consumo di sostanze psicoattive nel numero più volte citato di *Salute e Società*, almeno tre ordini di problemi e di linee interpretative.

35. Rinvio a S. Corrao, *Il focus group*, FrancoAngeli, Milano, 2002.

36. Punti di vista, al contrario imprescindibili.

Innanzitutto, la nostra società *non è pensabile senza alcuna droga*, ma caso mai con una presenza sufficientemente controllata della stessa. In secondo luogo, dire “droga” non è dire nulla di preciso e di significativo. Le droghe vanno trattate per la loro trasversalità generale e per la loro specificità singola. Ogni droga ha *in comune qualche cosa* con tutte le altre, ma nel contempo essa è uguale solo a se stessa e vive della sua *specificità non esportabile*. Infine, ogni droga possiede un suo senso ed una sua funzione sociale, senza il cui approfondimento nulla (o quasi) si comprende della stessa. Ciò va analizzato secondo metodiche mirate, puntuali, variegate e tra loro integrate che formano il proprio del lavoro metodologico delle scienze umane e sociali.

Costantino Cipolla

Il Ser.T. di Cesena tra qualità e soddisfazione. Indagine longitudinale (1998-2005) della soddisfazione dei cittadini-utenti

di Paolo Ugolini, Michele Sanza, Alessandro Mariani D’Altri, Michele Buda

I servizi per le tossicodipendenze svolgono le proprie funzioni terapeutiche in un contesto relazionale spesso minato dalla debolezza della motivazione al trattamento da parte degli utenti. Del resto l’impianto metodologico prioritario dell’approccio alle tossicodipendenze consiste nello sviluppo

progressivo della relazione terapeutica a partire dall’essenziale punto di vista dell’utente. Ciò ha riscontro, sia dal punto di vista teorico concettuale che da quello pratico operativo, nel percorso di motivazione alle cure che pone all’origine della relazione terapeutica la capacità del servizio di cogliere, interpretare e rispondere ai bisogni posti in quel momento da chi esprime la domanda. Questo approccio, che origina da una necessità pratica, ha consentito di sviluppare nei Ser.T. (Servizi per le Tossicodipendenze) una prassi della relazione terapeutica fondata sul rispetto del principio di autonomia del paziente e a introdurre, e valorizzare, quale elemento tecnico della stessa, l’atteggiamento non giudicante. Certamente questo insieme di valori e tecniche, spesso richiamato come terapia motivazionale, ha consentito di approfondire nei Ser.T. modelli di interazione aggiornati rispetto alle modifiche della relazione medico paziente, o più in generale terapeuta paziente, indotte dai cambiamenti culturali e recepiti dalle deontologie delle professioni sanitarie. Per questa ragione, nel panorama dei servizi di salute mentale, l’esperienza dei Ser.T. offre un paradigma concettuale e operativo utile per la necessaria revisione delle modalità di interazione con i bisogni di cura dei pazienti, sempre meno adattati ai modelli tutoriali paternalistici evocativamente riassunti dal termine di “presa in carico”.

Ma se dal punto di vista teorico i Ser.T. hanno certamente imboccato la strada giusta, dal punto di vista pratico il cammino per ridurre l’asimmetria delle relazioni e affermare il principio del consenso informato come piena consapevolezza e partecipazione alle cure, piuttosto che mera informazione burocratica, è certamente ancora lungo e ricco di ostacoli. La stigmatizzazione delle patologie connesse con gli abusi

di sostanze e l'anassertività degli utenti sono certamente tra i fattori che non favoriscono il coinvolgimento e la collaborazione al processo terapeutico. Per tali ragioni, i sistemi che sono in grado di affermare e di elevare il contributo dei destinatari delle cure ai processi assistenziali devono essere osservati con particolare attenzione. L'aspirazione di implementare il contributo dei pazienti al miglioramento dei servizi costituisce un obiettivo ambizioso che passa attraverso la ricerca di forme innovative, rispetto ai tradizionali modelli di rilevazione della soddisfazione, che tenga conto della specificità delle persone utenti dei servizi per le tossicodipendenze. Il questionario elaborato, e utilizzato, dal Ser.T. di Cesena per la rilevazione della soddisfazione negli ultimi sei anni offre numerosi spunti di riflessione tanto per gli aspetti di metodo che per i risultati evidenziati. Nel processo di apprendimento che tutti i giorni le organizzazioni complesse compiono, questi risultati pongono in evidenza quanto la conoscenza del punto di vista degli utenti costituisca un potenziale elemento di miglioramento del servizio reso.

1. Metodologia

La rilevazione della qualità percepita è divenuta un elemento imprescindibile all'interno dei servizi socio-sanitari. Il Ser.T. di Cesena, fra le altre iniziative volte al miglioramento della qualità, ha strutturato un sistema per l'ascolto della "voce" dei cittadini sin dal 1996 [Teodorani 1996]. Ogni anno, infatti, viene somministrato ad un campione di tossicodipendenti in carico da almeno due mesi il questionario semi-strutturato sulla soddisfazione nei confronti del Servizio, elaborato originariamente dalla Regione Emilia Roma-

gna, in collaborazione con la società Emme&Erre di Padova (delibera della GR 1905/97), con l'apporto di alcune modifiche suggerite dalle indagini degli anni successivi. Nel 2005 i questionari compilati sono risultati 127. Di questi, 102 si riferiscono a utenti in carico per problemi connessi all'uso-abuso di droghe, mentre 14 sono stati compilati da utenti in carico per problemi legati all'alcol, i restanti 11 non hanno ritenuto opportuno rilasciare tali informazioni. Inoltre, 76 sono gli utenti in terapia metadonica (14 frequentano l'ambulatorio di Cesenatico) e 51 quelli che non effettuano tale terapia. La domanda finale aperta è stata compilata da 47 utenti (pari al 37 % del campione).

Per la descrizione della metodologia seguiamo le fasi indicate da De Ambrogio e Setti Bassanini [1996].

- *Strumento di rilevazione*: abbiamo utilizzato un questionario composto da 25 items più una domanda finale aperta; la proposta di questionario è stato presentato da una giovane sociologa in servizio civile presso il SerT allo scopo di ridurre al minimo il condizionamento del servizio o del professionista sanitario. Il questionario prevedeva una serie di affermazioni a cui l'intervistato dichiarava il proprio accordo o disaccordo su una scala Likert che andava da 1 (*completamente non d'accordo*) a 6 (*completamente d'accordo*). All'interno del questionario è stata inserita una domanda relativa alla soddisfazione complessiva del Servizio (su una scala da 1 a 10) e una domanda aperta ove poter indicare suggerimenti e/o critiche per migliorare il servizio. Ogni affermazione concorre a descrivere cinque diverse aree di valutazione:

1. *soddisfazione rispetto alle strutture*: indaga l'accessibilità al Ser-

- vizio, la tutela della privacy, l'adeguatezza degli spazi per l'attesa, l'igiene degli ambienti;
2. *soddisfazione rispetto all'organizzazione del Ser.T.*: si riferisce alla semplicità di accesso, alla disponibilità degli operatori, all'adeguatezza dei tempi d'attesa e dei tempi dedicati per la terapia;
 3. *soddisfazione rispetto al rapporto con gli operatori*: misura la componente relazionale che accompagna l'erogazione del Servizio, rileva la qualità sotto il profilo della correttezza deontologica dei professionisti, dell'integrazione del trattamento, del grado di umanizzazione;
 4. *soddisfazione rispetto alla capacità del Servizio di risolvere il problema della tossicodipendenza*: indaga la capacità del servizio di essere un valido aiuto per i cittadini-utenti per uscire dalla tossicodipendenza; inoltre, l'attenzione del Ser.T. per le caratteristiche dei singoli utenti nel proporre un percorso terapeutico personalizzato. La capacità del servizio di risolvere il problema della tossicodipendenza è stata spesso al centro di accesi dibattiti. Si evidenzia, quindi, l'importanza di conoscere cosa pensano coloro che usufruiscono di tale servizio in prima persona, perché "l'accessibilità di un servizio socio-sanitario è spesso molto mediata dall'immagine che esso dà di se stesso all'esterno e ai propri utenti" (Saponaro, 1995);
 5. *soddisfazione rispetto all'ambulatorio di distribuzione del metadone*: fa riferimento agli items riguardanti: gli orari di apertura dell'ambulatorio; la posizione dell'ambulatorio all'interno della città al fine di garantire l'anonimo; l'adeguatezza degli spazi e i tempi di attesa per i trattamenti terapeutici.
- Per garantire una maggior comprensibilità delle domande, sono stati modificati gli items del questionario originario che erano stati formulati negativamente. Tale formulazione (utile per evitare il "response set") risultava di difficile comprensione riducendo, di conseguenza, l'attendibilità delle risposte fornite.
- *Somministrazione*: il questionario è stato somministrato solo agli utenti che frequentavano il Servizio da almeno due mesi, e quindi soggetti in grado di esprimere una valutazione. Per garantire la tutela dell'anonimato e una maggiore attendibilità delle risposte, la somministrazione del questionario è stata sempre eseguita (dal 1998 ad oggi) da personale che non aveva contatti terapeutici con gli utenti (tirocinante, operatore in servizio civile, laureando) ed è avvenuta, ogni anno, in un periodo temporale definito lontano da periodi festivi tradizionali. A compilazione avvenuta, il questionario veniva imbucato dagli stessi utenti all'interno di una cassetta postale predisposta ad hoc e sigillata. Questa metodologia ci ha consentito di raccogliere un campione intenzionale seppur non rappresentativo di tutti gli utenti del Servizio; la numerosità del campione di ogni anno di rilevazione e la rappresentatività rispetto all'utenza totale in carico al Ser.T., in ogni caso, ci ha permesso di trarre interessanti considerazioni.
 - *Analisi*: oltre alla rilevazione degli indicatori globali (strutture, organizzazione, rapporto con gli operatori, capacità del servizio di risolvere il problema della dipendenza, ambulatorio metadone) sono stati elaborati anche i punteggi medi dei singoli

items, così da individuare le sacche di insoddisfazione con maggiore puntualità. I risultati ottenuti sono stati confrontati con quelli degli anni precedenti: è importante, infatti, effettuare sia un'analisi sincronica (che "fotografa" la situazione in un dato momento), sia un'analisi diacronica che permette di evidenziare variazioni di opinione riguardo al grado di soddisfazione negli anni. Dal 2004 sono state inserite cinque variabili strutturali (sesso, età, titolo di studio, condizione lavorativa, tempo di frequenza del Servizio) volte ad indagare le caratteristiche socio-anagrafiche degli utenti. Sono state effettuate delle analisi differenziate tra utenti che assumono metadone, e non. Elaborazioni differenziate sono state effettuate anche tra utenti in carico per motivi connessi alle droghe e utenti in carico per motivi connessi all'abuso di alcol. Tramite la regressione lineare multipla abbiamo cercato di capire quali sono gli indicatori e gli items che influenzano il livello di soddisfazione complessiva. L'analisi fattoriale è stata effettuata per spiegare le correlazioni tra le variabili a disposizione, costruendo un numero ridotto di fattori non immediatamente osservabili, ma latenti tra le variabili stesse.

- *Restituzione*: la fase della restituzione dei risultati è un momento molto importante, troppo spesso viene trascurato. Per l'anno 2005, oltre ad aver prodotto un report e presentato i risultati della ricerca alla direzione

Ser.T. e agli altri operatori del Servizio, sono stati predisposti due cartelloni informativi con i risultati ottenuti e posti in ottima evidenza nell'ingresso del Ser.T. allo scopo di informare in primo luogo gli utenti stessi e poi tutti coloro che accedono al Servizio.

2. Risultati indagine longitudinale (1998-2005): valutazione complessiva del Servizio

Nel 2005 la soddisfazione complessiva ha invertito quel trend di crescita positiva che aveva caratterizzato gli ultimi anni passando, così, da un valore di 0,73 (2004) ad uno di 0,66 (ultima rilevazione). Questo risultato è in linea con quello degli indicatori per area: nel 2005 si è avuta, infatti, una leggera diminuzione in tutte le aree esaminate e non stupisce, quindi, che anche l'indicatore relativo alla soddisfazione complessiva del Servizio, seppur venga espresso separatamente e non sia collegato da algoritmi di calcolo agli altri indicatori, abbia subito una flessione.

La domanda del questionario che genera tale indicatore ("Complessivamente, quanto si ritiene soddisfatto del Ser.T.?"), in cui gli utenti dovevano rispondere in una scala da 1 a 10, ha registrato un valore medio pari a 7, un risultato discreto tutt'altro che negativo. Gli indicatori che hanno registrato i valori più bassi sono quelli relativi all'ambulatorio per la somministrazione del meta-

Tab. 1 - Indicatore di soddisfazione complessiva per anno

Indicatore globale	1998	1999	2001	2003	2004	2005
Soddisfazione complessiva	0,63	0,66	0,67	0,69	0,73	0,66

Tab. 2 - Indicatore generale di soddisfazione rispetto alle strutture e media degli items che compongono l'indicatore per anno

Indicatore globale	1998	1999	2001	2003	2004	2005
Soddisfazione complessiva rispetto alle strutture	0,52	0,56	0,67	0,65	0,67	0,62
<i>Qualità delle strutture per singoli items</i>	<i>media</i>	<i>media</i>	<i>media</i>	<i>media</i>	<i>media</i>	<i>media</i>
1. Gli orari di apertura del Ser.T. sono adeguati	3,8	4,5	4,3	4,4	4,3	4,2
2. La posizione del Ser.T. in città garantisce l'anonimato degli utenti	2,8	3,3	4,0	3,9	4,3	4,1
3. Gli spazi per l'attesa sono adeguati	2,9	3,0	4,4	4,0	4,5	4,1
4. Le informazioni che si trovano nella bacheca o nei poster sono utili	3,8	4,2	3,9	4,1	4,0	3,8
5. Le riviste e i giornali disponibili sono interessanti	3,7	3,7	3,8	3,7	3,9	3,8
6. I locali (uffici, corridoi, infermeria) sono confortevoli	3,4	3,6	5,0	4,7	4,7	4,2
7. I servizi igienici sono sufficientemente puliti	4,6	4,4	5,0	5,0	4,7	4,6

done e alle strutture (rispettivamente con 0,52 e 0,62), seguiti poi dall'organizzazione (0,68), dal rapporto con gli operatori (0,70) e dalla capacità del Servizio di risolvere il problema della dipendenza (0,72). Un andamento simile è stato ottenuto nell'indagine svolta al Ser.T. di Ferrara nel 2003 [Antolini e Sorio 2005], dove l'indicatore più basso era quello relativo alle strutture, mentre il punteggio maggiore era riferito alla "Capacità del servizio di risolvere il problema della tossicodipendenza".

a) Risultati indicatore relativo alle strutture

Questo indicatore evidenzia nel 2005 una diminuzione della soddisfazione rispetto agli anni precedenti.

Tutti gli items appartenenti a tale area sono peggiorati, anche se si tratta di cambiamenti molto ridotti. Unica eccezione è rappresentata dall'item 6 ("I locali: uffici, corridoi, infermeria sono

confortevoli") che registra una diminuzione maggiore rispetto agli altri. Tale item ha ricevuto alcune critiche anche nella domanda aperta; infatti, sono state segnalate alcune obiezioni oltre alla già citata confortevolezza dei locali, agli orari di apertura, alla privacy, alla pulizia del bagno, verso "Poca privacy, non esiste una vera sala d'attesa", "Anticipare gli orari di apertura per urine e terapia metadone. Locali per tempi d'attesa più confortevoli", "Pulire più il bagno", "Se gli orari del Sert fossero più distribuiti anche durante il giorno si eviterebbe il radunarsi di persone che destabilizzano gli altri".

b) Risultati indicatore relativo all'organizzazione

L'indicatore relativo all'organizzazione ha subito un leggero calo (da 0,70 del 2004 a 0,68 del 2005); negli stessi items ad esso riferiti non si rilevano significativi cambiamenti.

Tab. 3 - Indicatore generale di soddisfazione rispetto all'organizzazione e media degli items che compongono l'indicatore per anno

Indicatore globale	1998	1999	2001	2003	2004	2005
Organizzazione del Ser.T.	0,61	0,70	0,76	0,74	0,70	0,68
<i>Organizzazione del Ser.T. per singoli items</i>	<i>media</i>	<i>media</i>	<i>media</i>	<i>media</i>	<i>media</i>	<i>media</i>
12. Mi è facile mettermi in contatto con l'operatore che mi segue	4,1	4,7	4,8	4,7	4,4	4,4
14. Il numero di colloqui o visite che mi propongono gli operatori mi sembra adeguato	3,7	4,9	4,5	4,7	4,6	4,5
18. I tempi di attesa fra la prenotazione e la prestazione (colloquio, visita) sono brevi	4,1	4,3	4,6	4,6	4,4	4,1
20. Il tempo dedicatomi dagli operatori è adeguato	3,8	4,8	5,0	4,7	4,7	4,6
22. Nei momenti di difficoltà mi sento seguito dagli operatori	4,4	4,4	4,6	4,7	4,4	4,4

c) *Risultati indicatore relativo al rapporto con gli operatori*

L'indicatore rapporto con gli operatori, nonostante una leggera diminuzione, si mantiene stabile e positivo nel tempo; gli items ad esso riferiti si mantengono generalmente costanti. Le obiezioni degli utenti inerenti a questa area sono relative all'ascolto, alla riservatezza, ai tempi d'attesa. "Ascoltare gli utenti", "Il servizio pubblico può essere sempre più valido e efficiente con delle persone che amano il proprio lavoro", "Se possibile essere trattate come persone non come tossiche, perché già uno soffre di questo problema in giro sul lavoro dove la gente conosce quello che siamo, veniamo qua con la speranza che qualcuno ci aiuta invece mi dispiace", "Migliorare file interminabili", "Manca una maggiore riservatezza".

Dall'analisi della regressione lineare multipla (che verrà approfondita in seguito) emerge l'importanza e il peso di questo indicatore nel determinare il

giudizio di soddisfazione complessiva, sia per gli utenti in terapia metadonica che per gli altri.

d) *Risultati indicatore relativo alla capacità del Servizio di risolvere il problema della dipendenza*

L'indicatore relativo alla capacità del Servizio di risolvere il problema della tossicodipendenza, e i relativi items, mostra qualche lieve diminuzione. Esso è comunque quello che ha ottenuto il valore più alto. Le segnalazioni degli utenti si sono rivolte, in particolar modo, al riconoscimento dell'importanza della responsabilità individuale per risolvere il problema della tossicodipendenza e all'attenzione posta alla personalizzazione dei percorsi terapeutici. "Secondo queste domande io e qualsiasi mio coetaneo che ha problemi di dipendenza, nel Ser.T. si trova un ottimo e valido aiuto sia se vuole cominciare una terapia, però secondo me deve essere continuativa, sia se ha problemi di salute

Tab. 4 - Indicatore generale di soddisfazione rispetto al rapporto con gli operatori e media degli items che compongono l'indicatore per anno

Indicatore globale	1998	1999	2001	2003	2004	2005
Rapporto con gli operatori	0,68	0,77	0,75	0,73	0,72	0,70
<i>Rapporto con gli operatori per singoli items</i>	<i>media</i>	<i>media</i>	<i>media</i>	<i>media</i>	<i>media</i>	<i>media</i>
13. Ritengo che gli operatori mi stiano aiutando a risolvere i miei problemi	4,4	4,9	4,5	4,6	4,4	4,3
15. Quando vengo al Ser.T. con l'appuntamento fissato vengo ricevuto rapidamente	4	4,3	4,8	4,5	4,4	4,3
16. Ritengo di poter liberamente raccontare le mie esperienze perché gli operatori sono riservati	4,8	4,8	5,0	4,8	4,8	4,6
17. Ho fiducia negli operatori che mi seguono	4,7	5,1	4,9	4,8	4,9	4,7
19. Mi sento rispettato dagli operatori	4,5	5,0	5,1	4,8	4,7	4,7
21. Mi sembra che gli operatori si sforzino a sufficienza di capire i miei problemi	4,1	4,8	4,8	4,6	4,5	4,3

gli infermieri sono molto interessati per la terapia alla persona adatta, poi infine se si vuole entrano in comunità, ti fanno parlare con persone molto valide che ti possono fare entrare in strutture molto buone, però la persona deve essere veramente convinta altrimenti non so se tutto questo serva a qualcosa. Io parlo per esperienza di 15 giorni poi sono uscita. Se adesso dovessi rifare una cosa come andare in comunità dovrei pensarci benissimo perché un passo come la comunità lo decidi una volta, poi ci devi rimanere, nonostante sono una che è uscita secondo me la comunità è l'unico o quasi aiuto grande per smettere", "Senza nessuna presunzione credo che debba essere un pelino più rigido, più costrittivo nei confronti di utenti con grossi problemi", "Tutto dipende dalla persona", "Secondo me il vostro servizio è abbastanza adeguato, quindi non mi sento di darvi dei suggerimenti e penso che un mio amico o

chiunque debba pensarci due volte a quello che sta facendo, come io non ho fatto", "Avere un curriculum medico vasto per poterlo adattare soggettivamente alle varie persone, visto che siamo tutti diversi, anche se il meccanismo o l'iter di base o approccio con sostanze varie potrebbe essere quasi simile", "Il servizio per me è ottimo, non saprei come migliorarlo. Il vero problema consiste nelle persone soggette ad uso di droga. Loro dovrebbero trovare la forza di riuscire a smettere. Il Ser.T. più di quanto sta facendo non può fare per risolvere definitivamente il problema della droga. Ma veramente sì, dico che è di grande aiuto", "Il Ser.T. può aiutare ma il miglior aiuto arriva da se stessi". "Bisognerebbe essere un po' meno rigidi e selezionare bene, distinguere i tipi di persone, ogni persona ha esigenze e tipi di problemi molto particolari e diversi, nel complesso comunque va tutto abbastanza bene", "Il servizio

Tab. 5 - Indicatore generale di soddisfazione capacità del Servizio di risolvere il problema della dipendenza e media degli items che compongono l'indicatore per anno

Indicatore globale	1998	1999	2001	2003	2004	2005
Capacità di risolvere la tossicodipendenza	0,70	0,76	0,73	0,75	0,77	0,72
Capacità di risolvere la tossicodipendenza per singoli items	media	media	media	media	media	media
23. Chi ha problemi di dipendenza può trovare al Ser.T. un valido aiuto	4,6	5,1	5,0	5,0	5,1	4,9
24. Il Ser.T. può aiutare ad uscire dalla dipendenza	4,7	4,8	4,4	4,7	4,7	4,5
25. Il Ser.T. è attento alle caratteristiche degli utenti nel proporre il percorsoterapeutico	4,2	4,5	4,6	4,6	4,7	4,4

fornito è valido, ma non fatevi un cruccio, è sempre la persona singola che decide di fare della propria vita”, “Penso che il drogato (cioè io) non ce la mette tutta non uscirà mai”, “Tutto sta in noi volerlo o no. Più di tutto siamo noi che ci dobbiamo aiutare”.

Riguardo a questo indicatore emerge dall'analisi di regressione lineare multipla una chiara differenza fra gli utenti in terapia metadonica e quelli con altri trattamenti. Mentre per questi ultimi la risoluzione della dipendenza è prioritaria e si ripercuote anche sulla soddisfazione complessiva, per gli utenti a metadone sono altre le priorità e gli obiettivi di cura.

e) Risultati indicatore relativo alla soddisfazione rispetto all'ambulatorio di distribuzione metadone

L'indicatore globale ha registrato una leggera diminuzione rispetto al 2004; in questo quadro complessivo emerge che l'item relativo agli orari di apertura evidenzia un importante incremento (da 3,0 a 3,5) e raggiunge per la prima volta la sufficienza. Nel 2004, la principale fonte di insoddisfazione era rappresentata dall'item n. 8 (“Gli orari

di apertura dell'ambulatorio metadone sono adeguati”); molti degli utenti lamentavano il fatto di un ridotto orario di apertura dell'ambulatorio. Per tale motivo, nel 2004, fu adottata un'azione di miglioramento all'interno del Sistema Qualità Ser.T. volta a modificare (con soddisfazione per gli utenti) l'orario di apertura dell'ambulatorio.

Le indicazioni degli utenti di questo indicatore riguardano soprattutto la difficile gestione del farmaco. La terapia metadonica, che può protrarsi per anni fino al mantenimento, è fonte di posizioni ambivalenti: c'è chi ne comprende la valenza clinica e riabilitativa e chi ne fa, invece, “fonte di commercio” e la assume “insieme all'eroina” rendendo l'ambulatorio metadone un luogo di difficile qualità terapeutica.

“Io penso che non sia giusto che si disintossichino le persone dall'eroina per intossicarle con un'altra sostanza”, “Controllare che il paziente non assuma metadone e allo stesso tempo eroina”, “Gli orari dedicati sono inadeguati, soprattutto per quanto riguarda l'apertura del servizio metadone”, “Far prendere il metadone davanti (di fronte) agli operatori, in quanto parecchi ne fanno

Tab. 6 - Indicatore generale di soddisfazione rispetto all'ambulatorio metadone e media degli items che compongono l'indicatore per singoli items

Indicatore globale	2001	2003	2004	2005
Ambulatorio metadone	0,40	0,41	0,58	0,52
<i>Ambulatorio distribuzione metadone per singoli items</i>	<i>media</i>	<i>media</i>	<i>media</i>	<i>media</i>
8. Gli orari di apertura dell'ambulatorio metadone sono adeguati	3,3	3,4	3,0	3,5
9. La posizione dell'ambulatorio metadone garantisce l'anonimato degli utenti	2,3	2,5	4,0	3,9
10. Gli spazi per l'attesa sono adeguati	2,9	3,0	4,2	3,6
11. I tempi di attesa per la terapia metadonica sono ridotti	3,5	3,3	4,3	3,7

Tab. 7 - Media degli indicatori differenziati tra utenti in terapia metadonica e utenti che non effettuano terapia metadonica, anno 2005

Indicatori	Media	
	Utenti a metadone	Utenti senza metadone
Strutture	0,60	0,66
Organizzazione	0,63	0,75
Rapporto con gli operatori	0,66	0,78
Capacità di risolvere la dipendenza	0,70	0,74
Soddisfazione complessiva	0,61	0,73

fonte di commercio", "Più date metadone più li intossicate. Non ho mai preso metadone, ma ho visto persone saltare come scimmie", "Terapia di metadone breve a scalare, altri tipi di terapie, gruppi di ascolto", "Più alternative al metadone", "Non sono d'accordo sulla distribuzione metadone", "Il metadone ritarda solo il giorno in cui si dovrà smettere, ma almeno si riduce la criminalità dovuta all'astinenza", "Ridurre la somministrazione di metadone alle persone che ne fanno un uso più simile a quello di una droga piuttosto che una cura".

Molto interessante notare la diversa percezione del servizio tra utenti in terapia metadonica e utenti che non effettuano tale terapia.

Come si vede chiaramente dalle tabelle sopra, gli utenti in terapia metadonica sono molto più critici nei confronti del Servizio rispetto a quelli che non effettuano tale terapia. Tutti gli indicatori, infatti, risultano inferiori e, coerentemente con questo, anche l'indicatore relativo alla *soddisfazione complessiva* risulta essere notevolmente più basso (0,61 contro 0,73). Una spiegazione la si ritrova nella "storicità" e forse "cronicità" di tali utenti in carico al Servizio (il 64,1 % è in carico al Ser.T. da oltre due anni) e che si trovano a dover frequentare il Servizio tutti i giorni, o più volte a settimana, per la terapia. Una seconda spiegazione potrebbe essere ricercata nel tipo di programma svolto dai pa-

zienti: solo sanitario oppure integrato psico-socio-sanitario. Come è emerso anche dalle risposte alla domanda aperta questi sono molto critici riguardo agli orari di apertura (soprattutto dell'ambulatorio metadone), ai tempi pre-terapia, all'adeguatezza degli spazi d'attesa dell'ambulatorio. Tali items, infatti, sono quelli che registrano i valori più bassi, così come l'indicatore inerente all'ambulatorio di somministrazione del metadone che viene valutato quasi sufficiente (0,52). L'importanza di tale indicatore, insieme a quello relativo al "Rapporto con gli operatori", rispetto al giudizio di soddisfazione complessiva emerge anche, dall'analisi della regressione lineare multipla.

3. Analisi correlazioni "soddisfazione" e variabili strutturali

L'analisi delle variabili strutturali ci ha consentito di verificare come il "campione intenzionale" dei rispondenti al questionario mostri caratteristiche sovrapponibili all'utenza complessiva in carico al Ser.T. (anno 2005). Nello specifico, genere ed età non si rilevano differenze significative, mentre relativamente a titolo di studio e condizione lavorativa possiamo evidenziare che il "campione intenzionale" ha uno status socio culturale e lavorativo leggermente superiori.

Per quanto riguarda le correlazioni tra variabili socio-anagrafiche e soddisfazione complessiva è emerso che gli utenti sopra i 34 anni sono più soddisfatti rispetto all'altro sottogruppo (<34 anni): il 63,3% dei primi è molto soddisfatto del Servizio e ha espresso un giudizio "buono", contro il 37,7% dei secondi.

Rispetto al titolo di studio si rileva come gli utenti più critici del SerT sono quelli con diploma media inferiore mentre, per quanto riguarda i giudizi più soddisfacenti le due classi sono uniformemente ripartite.

La condizione lavorativa incide sulla valutazione: i disoccupati sono più critici rispetto a chi ha un'attività lavorativa regolare.

Da sottolineare che gli utenti più soddisfatti sono quelli che frequentano il Servizio da meno tempo; il 68% di coloro che risultano in carico da meno di sei mesi hanno valutato con giudizio "buono", percentuale che diminuisce gradualmente all'aumento del tempo di frequenza (48% per chi si trova nella fascia 7-24 mesi e al 41,8% per chi frequenta il Ser.T. da più di 2 anni).

Un risultato simile si era registrato anche nella rilevazione del 2004, in cui l'unica variabile che sembrava influenzare il giudizio di soddisfazione era, appunto, quella relativa al tempo di frequenza con giudizi più critici per coloro che frequentavano il Ser.T. da più di 24 mesi.

Tab. 8 - Confronto caratteristiche genere ed età tra utenza in carico al Ser.T. nel 2005 e "campione intenzionale" ricerca

	Utenza Ser.T. (anno 2005)		"Campione intenzionale"	
Sesso	M: 82,9%	F: 17,1%	M: 83,2%	F: 16,8%
Età media	32,5 anni		33 anni	

Gli utenti alcolisti risultano più soddisfatti dei tossicodipendenti, l'85,7% ha dato un giudizio di soddisfazione molto elevato e nessuno lo ha valutato insufficiente; al contrario fra i tossicodipendenti rileviamo che il 23% valuta il Ser.T. insufficiente.

Non emergono relazioni significative fra genere e soddisfazione complessiva.

4. Regressione lineare multipla

L'analisi della regressione lineare multipla è stata condotta per capire quali sono gli indicatori e gli items che incidono maggiormente sul livello di soddisfazione complessiva.

4.1. Programmi di soggetti in terapia con metadone

Per quanto riguarda gli utenti con terapia metadonica (76 casi) emergono

come rilevanti nel determinare il giudizio di soddisfazione complessiva il "Rapporto con gli operatori" e la "Soddisfazione rispetto all'ambulatorio metadone". La tab. 9 sottostante mostra, infatti, come l'indicatore relativo al rapporto con gli operatori spieghi il 47,5% della soddisfazione complessiva; se a questo aggiungiamo la seconda variabile, riferita alla soddisfazione riguardo all'"Ambulatorio metadone", viene spiegato il 55% della soddisfazione complessiva. Queste, quindi, sono le aree che pesano maggiormente sul giudizio di soddisfazione complessiva espresso dagli utenti in terapia metadonica.

Approfondendo l'analisi a livello di singoli items la regressione lineare multipla evidenzia tre items che influenzano la soddisfazione complessiva.

L'item n. 13 ("Ritengo che gli operatori mi stiano aiutando a risolvere i miei problemi") spiega il 50% della soddisfazione.

Tab. 9 - Calcolo della regressione lineare multipla riferita agli utenti in terapia metadonica

Variabili inserite nel modello	R^2 corretto	Significatività 5%
"Rapporto con gli operatori"	0,475	0,000
"Ambulatorio metadone"	0,553	0,003

Tab. 10 - Calcolo della regressione lineare multipla per singoli items degli utenti in terapia metadonica

Variabili inserite nel modello	R^2 corretto	Significatività 5%
Ritengo che gli operatori mi stiano aiutando a risolvere i miei problemi	0,502	0,000
Gli orari di apertura del Ser.T. sono adeguati	0,594	0,001
La posizione dell'ambulatorio metadone garantisce l'anonimato degli utenti	0,638	0,011

L'item n. 1 ("Gli orari di apertura del Ser.T. sono adeguati"), insieme al n. 13, spiega il 59% della soddisfazione complessiva.

Infine, gli items n. 13, 1, 9 (quest'ultimo definisce "La posizione dell'ambulatorio metadone garantisce l'anonimato degli utenti") influiscono per il 64% sul giudizio di soddisfazione dato dagli utenti.

Come si può notare la domanda 13 appartiene all'indicatore riferito al rapporto con gli operatori, indicatore emerso nella precedente analisi di regressione come rilevante per gli utenti in terapia metadonica. Stessa cosa si verifica per l'item n. 9 che appartiene all'indicatore relativo all'ambulatorio di somministrazione del metadone, già rilevato nell'analisi precedente.

Ecco quindi che il modello scaturito da questa analisi sembra confermare quello precedente che prendeva in esame solo gli indicatori globali e vedeva l'importanza del rapporto con gli operatori (e, potremmo ora aggiungere, del ritenere l'operatore di aiuto all'utente nel risolvere i problemi) e degli aspetti relativi all'ambulatorio metadone (e in particolare del giudizio relativo all'anonimato garantito dalla sua posizione).

Emerge, inoltre, l'importanza degli orari di apertura, aspetto emerso anche in alcune delle risposte alla domanda aperta.

4.2. Programmi di soggetti in terapia senza metadone

Per quanto riguarda il campione relativo agli utenti che non effettuano terapia metadonica (Tab. 11) emerge l'importanza dell'indicatore "Capacità del Servizio di risolvere il problema della dipendenza". Esso, infatti, spiega da solo ben il 64% della soddisfazione complessiva. Se si aggiunge l'indicatore "Rapporto con gli operatori" viene spiegato il 74% della soddisfazione complessiva di questo gruppo di utenti.

Approfondendo l'analisi a livello di singoli items la Tab. 12 mostra le variabili che emergono come significative nel giudizio di soddisfazione complessiva degli utenti che non effettuano terapia metadonica. Tali variabili sono quattro:

- l'item n. 25 ("Il Ser.T. è attento alle caratteristiche degli utenti nel proporre il percorso terapeutico"), che spiega il 56% della soddisfazione;
- l'item n. 22 ("Nei momenti di difficoltà mi sento seguito dagli operatori") che, insieme al precedente, spiega il 67% della soddisfazione complessiva;
- l'item n. 24 ("Il Ser.T. può aiutare ad uscire dalla dipendenza") che, con i due precedenti, influisce per il 78% sul giudizio di soddisfazione;

Tab. 11 - Calcolo della regressione lineare multipla riferita agli utenti che non sono in terapia metadonica

Variabili inserite nel modello	R ² corretto	Significatività 5%
"Capacità del Servizio di risolvere il problema della dipendenza"	0,636	0,000
"Rapporto con gli operatori"	0,738	0,000

Tab. 12 - Calcolo della regressione lineare multipla per singoli items degli utenti che non sono in terapia metadonica

Variabili inserite nel modello	R ² corretto	Significatività 5%
Il Ser.T. è attento alle caratteristiche degli utenti nel proporre il percorso terapeutico	0,559	0,000
Nei momenti di difficoltà mi sento seguito dagli operatori	0,674	0,001
Il Ser.T. può aiutare ad aiutare ad uscire dalla dipendenza	0,779	0,000
Le riviste e i giornali disponibili sono interessanti	0,816	0,007

- l'item n. 5 (*“Le riviste e i giornali disponibili sono interessanti”*) che, insieme ai precedenti, spiega l'82% della soddisfazione.

Tali variabili rispecchiano i risultati ottenuti nel modello precedente in cui emergeva come significativo l'indicatore relativo alla capacità del Servizio di risolvere il problema della tossicodipendenza (a cui si riferiscono gli item 24 e 25). Inoltre, si ottiene come significativo l'item relativo l'attenzione mostrata dagli operatori nei momenti di difficoltà degli utenti e l'item relativo l'interesse di riviste e giornali disponibili. Questo potrebbe essere spiegato con il fatto che gli utenti che non sono in terapia metadonica e che frequentano il Ser.T. soprattutto per colloqui con medici, psicologi, assistenti sociali e per terapie presso l'ambulatorio all'interno del Servizio si trovano, a volte, un tempo di attesa prima di effettuare il colloquio o di entrare in ambulatorio e consultano, quindi, giornali e riviste. Ecco, forse, spiegata l'importanza di tale item.

Nel complesso vediamo come per entrambi i campioni sia rilevante il peso dell'indicatore relativo al “Rapporto con gli operatori”.

In particolare, fra gli utenti a metadone risulta parimenti importante l'in-

dicatore Ambulatorio Metadone. Fra chi non usa metadone è preminente l'indicatore “Capacità del Servizio di risolvere il problema della tossicodipendenza”.

L'analisi delle correlazioni fra coppie di variabili (Pearson) conferma questi dati: emerge, infatti, tra gli utenti in terapia metadonica, una bassa correlazione tra l'indicatore relativo al metadone e quello riferito alla capacità del Servizio di risolvere la dipendenza, mentre, tra gli utenti che non assumono metadone, la correlazione più alta si ha proprio tra soddisfazione complessiva e capacità di risolvere la dipendenza.

La considerazione che si può fare in merito a queste analisi è che, mentre per coloro che non fanno terapia metadonica risulta importante la risoluzione del problema della dipendenza, chi fa metadone è meno attento a questo aspetto e dà più importanza alla soddisfazione relativa all'ambulatorio di distribuzione del farmaco.

5. Analisi fattoriale

Dall'elaborazione sono emersi 5 fattori. Il primo è composto da items che

si riferiscono all'organizzazione, al rapporto con gli operatori e alla capacità del Servizio di risolvere il problema della dipendenza; il secondo fattore riguarda gli aspetti strutturali del servizio; il terzo riguarda il rapporto con gli operatori, il quarto si riferisce all'ambulatorio metadone, e in particolare alla posizione, agli spazi per l'attesa e ai tempi di attesa. L'ultimo fattore, invece, riguarda gli orari di apertura (sia dell'ambulatorio metadone, che del Servizio in generale) e i tempi d'attesa per la terapia metadonica.

Conclusioni

La valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino è uno degli elementi che negli ultimi anni è entrato fortemente a far parte delle organizzazioni socio-sanitarie. Coinvolgere gli utenti, specie nelle dipendenze patologiche, significa accrescere quel senso di fiducia verso gli operatori e il Servizio indispensabile per attuare un'effettiva *compliance*, non solo terapeutica.

Dall'analisi dell'indagine per l'anno 2005 si rileva una flessione della soddisfazione in tutte le aree indagate; questo ci impone come Direzione Ser.T. domande di riflessione profonda, anche se, va ricordato che in molti casi si tratta di flessioni minime (ad eccezione dell'ambulatorio metadone ove rileviamo un miglioramento).

Oltre al dato degli indicatori della soddisfazione globale e per aree, va sottolineata l'importanza di alcuni indici e items nel determinare il giudizio di soddisfazione complessiva (vedi analisi di regressione lineare multipla); si conferma che l'utente, oltre a coglierne la complessità e la natura multidimensionale del servizio Ser.T., è in grado di discriminare fra elementi più o meno rilevanti: da evidenziare gli aspetti relazio-

nali, legati in particolar modo al rapporto con gli operatori e all'aiuto che questi possono dare nei momenti di difficoltà incontrati dall'utente. Questo risultato è confermato dal confronto con le indagini condotte con lo stesso strumento di rilevazione al Ser.T. di Ferrara [Sorio e Antolini 2005] e dal Ser.T. di Rimini [Casalboni e Saponaro 2005].

Altro risultato di grande importanza è la considerazione che gli utenti hanno della capacità del Ser.T. di risolvere il problema della tossicodipendenza e dell'attenzione da questo portata nel delineare un percorso terapeutico differenziato in base alle esigenze del singolo utente e quindi ai risultati attesi personalizzati. Il dato che l'utenza ponga attenzione a questa mission del Ser.T. rappresenta un risultato importante sul piano della negoziazione e della costruzione della relazione di fiducia Ser.T.-utente [Astolfo e Selle 2001].

Questa indagine ha un alto valore culturale ed operativo sia perché ci permette di leggere indicatori e items a livello longitudinale, sia perché stimola il miglioramento continuo del sistema qualità del Ser.T. di Cesena nell'ottica della Qualità Totale.

La metodologia della ricerca sociale ha messo a disposizione molti e differenti strumenti di valutazione della soddisfazione (focus-group, interviste in profondità, nominal group technique) non necessariamente volti a soddisfare la necessità di "quantificare" tutto. La sfida di un futuro già presente anche nella realtà del Ser.T. di Cesena è quello della "triangolazione" delle tecniche già indicate da alcuni studiosi; è una soluzione non solo praticabile, ma auspicabile per conoscere aspetti nuovi e diversi dello stesso oggetto di studio. La qualità multidimensionale dal lato del cittadino-utente (soddisfazione), del professionista (efficacia) e della direzione dell'organizzazione (efficienza)

dovrà perseguire quegli obiettivi di Total Quality Management e di Miglioramento continuo che il percorso di certificazione e accreditamento regionale del Ser.T. di Cesena ha ottenuto nel 2006 (prima Certificazione dell'Ente certificatore Bureau Veritas Qualità International e poi Accreditamento, all'interno del Dipartimento Salute Mentale, da parte dell'Agenzia Sanitaria della Regione Emilia Romagna).

Bibliografia

- Altieri L. (1996), *La valutazione dal punto di vista del servizio e dal punto di vista degli utenti nell'attività di un Ser.T.*, in Fagioli J. e Ugolini P. (a cura di), *Tossicodipendenze e pratica sociologica. Prevenzione, valutazione, sistema informativo e osservatorio*, op. cit.
- Altieri L. e Luison L. (a cura di) (1997), *Qualità della vita e strumenti sociologici: tecniche di rilevazione e percorsi di analisi*, FrancoAngeli, Milano.
- Astolfo R. e Selle P. (2001), *La soddisfazione dei clienti nei Ser.T.: un'analisi dei criteri di giudizio*, in "Sestante", n. 14, Ausl Cesena.
- Bezzi C. (2003), *Il disegno della ricerca valutativa*, FrancoAngeli, Milano.
- Casalboni D. e Saponaro A. (2005), *Come gli utenti valutano un servizio tossicodipendenze. Cinque anni di dati a confronto a Rimini*, in Ugolini P. (a cura di), *Qualità e outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia-Romagna*, FrancoAngeli, Milano.
- Cinotti R., Cipolla C. (a cura di) (2003), *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini. Metodi e strumenti*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C. (a cura di), (1998) *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Cipolla C., Giarelli G., Altieri L. (2002), *Valutare la qualità in sanità: approcci, metodologie e strumenti*, FrancoAngeli, Milano.
- Corrao S. (2002), *Il focus group*, FrancoAngeli, Milano.
- De Ambrogio U., Setti Bassanini M.C. (1996), *Tutela dei cittadini e qualità dei servizi*, FrancoAngeli, Milano.
- Fagioli J. e Ugolini P. (a cura di) (1996), *Tossicodipendenze e pratica sociologica. Prevenzione, valutazione, sistema informativo e osservatorio*, FrancoAngeli, Milano, 1996.
- Giannelli G., Mariani D'Altri A., Teodorani M. (1998), *I tossicodipendenti valutano il Ser.T.: indagine sulla soddisfazione degli utenti del Ser.T. di Cesena*, "Sestante", n. 8, Ausl Cesena.
- Giarelli G. (2002), *Oltre la "customer satisfaction": il problema di cogliere la complessità di un punto di vista*, in Cipolla C., Giarelli G., Altieri L., *Valutare la qualità in sanità: approcci, metodologie e strumenti*, FrancoAngeli, Milano.
- Iacch V. (2003), *I pazienti valutano l'ospedale che li assiste. aspetti metodologici delle procedure di valutazione*, in Leone L., Vecchi G. (a cura di), *Valutazione 2002. Pratiche di valutazione in Italia: consolidamenti, ripensamenti e nuovi ambiti di riflessione*, FrancoAngeli, Milano.
- Leone L. e Vecchi G. (a cura di) (2003), *Valutazione 2002. Pratiche di valutazione in Italia: consolidamenti, ripensamenti e nuovi ambiti di riflessione*, FrancoAngeli, Milano.
- Marshall T.H. (2002), *Cittadinanza e classe sociale*, Laterza, Bari.
- Palumbo M. (2001), *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, FrancoAngeli, Milano.
- Sorio C. e Antolini G. (2005), *La qualità percepita dagli utenti dei Ser.T. della Provincia di Ferrara*, in Ugolini P. (a cura di), *Qualità e outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia-Romagna*, FrancoAngeli, Milano.
- Teodorani M. (1996), *Un Ser.T. allo specchio. Il Ser.T. di Cesena nell'immagine degli utenti che lo utilizzano*, Ausl Cesena.
- Ugolini P. e Giannotti F.C. (a cura di) (1998), *Valutazione e prevenzione delle tossicodipendenze. Teoria, metodi e strumenti valutativi*, FrancoAngeli, Milano.
- Ugolini P. (a cura di) (2005), *Qualità e outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia-Romagna*, FrancoAngeli, Milano.

Salute e malattia nel pensiero di Spinoza

Baruch Spinoza (Amsterdam 1632 – L’Aia 1677) è il filosofo dell’immanentismo per antonomasia. Il fulcro di tutta la sua speculazione è infatti l’idea di un Dio che è Natura¹, ovvero la Sostanza infinita² che costituisce tutto l’esistente nei suoi infiniti attributi, di cui quelli noti in base ai nostri limiti percettivi sono il corporeo e il mentale. Questi, a loro volta, si modificano in infiniti modi. Per cui ogni ente, ogni idea, ogni movimento nell’universo esistono in Dio stesso³, che è causa immanente e non transitiva di tutte le cose⁴.

La Sostanza riposa in se stessa e si esprime in ognuna delle infinite forme della natura. Ciò equivale a dire che la Natura, nella sua totalità e nell’infinita molteplicità dei suoi modi e delle sue forme, trova in sé la propria ragion d’essere. Essa non è né la creazione di un geniale artefice antropomorfo, e né un’entità teleologicamente determinata e votata al progresso verso un fine altro da sé⁵.

La Sostanza non causa nulla secondo modelli astratti, ma sempre e soltanto secondo leggi eterne che conseguono necessariamente dalla sua stessa es-

senza. A livello ontologico, dunque, non vi è alcuna differenza tra ciò che l’uomo definisce perfetto o imperfetto, bello o brutto⁶, sano o malato. In quanto modificazioni di attributi della Sostanza, tutti gli enti di natura sono perfetti ed hanno pari dignità. In Natura, infatti, niente è deprecabile e tutto è conoscibile grazie all’osservazione.

1. La salute fisica

L’uomo, però, in quanto modificazione degli attributi della Sostanza, ovvero in quanto ente di natura, è necessariamente determinato a condividere con tutti gli altri enti lo sforzo a *perseverare nel suo essere*⁷.

Secondo Spinoza, un corpo perdura nel suo modo d’essere finché le parti, o *individui*⁸, che lo costituiscono mantengono tra loro un preciso rapporto di disposizione, dimensioni e movimento⁹. Il corpo umano «è composto da numerosissimi individui (di diversa natura) ognuno dei quali è assai complesso»¹⁰; esso «ha bisogno per conservarsi di moltissimi altri corpi dai quali continuamente è come rigenerato»¹¹. Per cui, è utile, lecito e proprio dell’uomo sapiente «ristorarsi e ricrearsi in giusta misura con cibi e con bevande grade-

1. Cfr. B. Spinoza, *Etica e Trattato teologico-politico*, Utet, Torino, 1972, a cura di Remo Cantoni e Franco Fagnani; *Etica*, P. IV, Prefazione, p. 264; e *ibid.*, Prop. IV, Dim., pp. 270-271. Nel presente articolo farò sempre riferimento all’edizione italiana qui citata, evitando di riprodurre l’originale latino dell’*Opera im Auftrag der Heidelberger Akademie der Wissenschaften herausgegeben von Carl Gebhardt, Heidelberg, Winters, 1972-1987*.

2. Cfr. *ibid.*, P. I, Def. VI, p. 85.

3. Cfr. *ibid.*, Prop. XV, p. 97.

4. Cfr. *ibid.*, Prop. XVIII, p. 105.

5. Cfr. *ibid.*, Appendice, pp. 121-128. In particolare vedi p. 124.

6. Cfr. *ibid.*, p. 122.

7. Cfr. *ibid.*, P. III, Prop. VI, p. 197.

8. Cfr. *ibid.*, P. II, Definizione, p. 146.

9. Cfr. *ibid.*, Lemmi V, VI e VII, p. 147.

10. *Ibid.*, Postulati, 1, p. 148.

11. *Ibid.*, Postulati, 4, p. 149.

voli, con profumi, con l'amenità degli alberi verdeggianti, con gli ornamenti, con la musica, con gli esercizi del corpo, con gli spettacoli teatrali e altre cose del genere di cui ciascuno può godere senza alcun danno per gli altri. Infatti, il Corpo umano è composto da moltissime parti di diversa natura che hanno continuamente bisogno di nuovo e vario nutrimento, affinché il corpo tutto sia armonicamente disponibile per tutte quelle cose che possono derivare dalla propria natura, e di conseguenza, anche la Mente sia armonicamente disposta a comprendere molte cose insieme»¹². La morale della mortificazione del corpo e della contrizione è assurda¹³. Il corpo va sostenuto, rafforzato, rinvigorito affinché in esso permanga un buon funzionamento complessivo, frutto dell'equilibrio e dell'armonia tra le parti. Tale equilibrio, però, deve essere salvaguardato dall'eccessiva soddisfazione degli appetiti di una singola parte del corpo, che talvolta può avvenire a scapito dell'insieme¹⁴.

La sensibilità umana è funzionale allo scopo della durata psicofisica nell'esistenza, ovvero alla preservazione della vita. L'uomo trova buono tutto ciò che favorisce la sua conservazione individuale, e dannoso ciò che ne minaccia il perdurare¹⁵. Quando incontra

enti capaci di aumentare la forza con cui persistere nell'esistenza, l'uomo prova gioia¹⁶; mentre, quando percepisce la possibile o reale diminuzione di tale forza, prova tristezza¹⁷. Scrive Spinoza: «Le cose che fanno sì che il rapporto di moto e di quiete che le parti del Corpo hanno fra loro si conservi, sono buone; invece quelle che fanno sì che le parti del Corpo umano abbiano fra loro un rapporto di moto e di quiete diverso, sono cattive»¹⁸.

Anche i desideri dell'uomo sono conformi alla peculiarità dei suoi bisogni, che differiscono da quelli degli altri enti di natura. Infatti «gli affetti degli animali detti irrazionali [...] differiscono dagli affetti degli uomini tanto quanto la loro natura differisce da quella umana»¹⁹.

Del resto, la stessa mente umana altro non è che l'idea viva del corpo, costituita formalmente da moltissime altre idee, più o meno consce, relative alle parti componenti l'intero individuo corporeo²⁰. Infatti «l'oggetto dell'idea costituente la Mente umana è il Corpo, ossia un certo modo dell'Estensione, esistente in atto, e nient'altro»²¹; e «se l'oggetto dell'idea costituente la Mente umana è il corpo, nulla potrà accadere in questo corpo che non sia percepito dalla Mente»²².

12. *Ibid.*, P. IV, Prop. XLV, Scolio, p. 306.

13. *Ibid.*, pp. 305-306: «Niente infatti proibisce di divertirsi se non una torva e triste superstizione. Per qual motivo, infatti, sarebbe lecito estinguere la fame e la sete e non lo sarebbe scacciare la malinconia?».

14. Cfr. *ibid.*, Prop. XLIII, Dim, p. 303.

15. Cfr. *ibid.*, P. IV, Prefazione, p. 265.

16. Cfr. *ibid.*, Prop. XI, Scolio, p. 200: «In seguito, dunque, intenderò per *Letizia*, la passione per cui la Mente passa a una maggiore perfezione».

17. Cfr. *ibidem*: «Per *Tristezza*, invece, la passione per la quale essa passa ad una minor perfezione».

18. *Ibid.*, Prop. XXXIX, p. 300.

19. *Ibid.*, P. III, Prop. LVII, Scolio, p. 243.

20. Cfr. *ibid.*, P. II, Prop. XV, Dim., pp. 149-150.

21. *Ibid.*, Prop. XIII, p. 142.

22. *Ibid.*, Prop. XII, p. 141.

La produzione della salute fisica dipende senz'altro anche dallo sviluppo della medicina e della tecnica. Per cui si renderà necessario «redigere un intero trattato di Medicina; e poiché la tecnica rende facili molte cose che sono difficili e rende possibile guadagnare molto tempo e molti vantaggi nella vita, si dovrà [...] tenere nel debito conto la Meccanica»²³. Infatti, lo sviluppo delle scienze tecniche permette di produrre strumenti sempre più complessi, atti a ridurre lo sforzo con cui l'uomo si procura ciò che gli è necessario per vivere.

2. La salute mentale

Per il ruolo che ricopre nell'ambito della generale filosofia della beatitudine, intesa come stato di salute individuale, mentale e corporea al contempo, e per le sue relazioni necessarie con la condizione sociale dell'individuo, la psicologia di Spinoza costituisce senz'altro la parte più interessante della sua dottrina, oltre a rappresentare una tappa fondamentale nella storia universale dell'analisi della mente umana. Alla critica novecentesca non sono sfuggite le relazioni strette che legano la filosofia spinozana alla scuola freudiana. Lo stesso Sigmund Freud in alcune occasioni ammise esplicitamente, anche se non sempre spontaneamente, il suo debito nei confronti del filosofo di Amsterdam.

Siegfried Hessing ha riprodotto alcuni interessanti estratti dalla corrispondenza autografa del fondatore della psicanalisi. In una lettera, indirizzata a Lothar Nickel del 28 giugno 1931, Freud dichiarava: «La mia dipendenza dagli insegnamenti di Spinoza io la ammetto molto volentieri. Non avevo ragione di menzionare il suo nome direttamente, avendo io preso ispirazione non dal di lui studio, ma dall'atmosfera che creò»²⁴. Nella prima di altre due lettere indirizzate allo stesso Hessing, Freud diceva: «Per tutta la mia lunga vita ho dimostrato una straordinaria quanto timida stima per la persona come per il pensiero del grande filosofo. Ma penso che questo atteggiamento non mi autorizzi a dire qualcosa su di lui di fronte al mondo, soprattutto perché non ho nulla da dire che non sia già stato detto»²⁵. E ancora, nella seconda, ribadiva le ragioni del suo silenzio riguardo al nome e all'opera dell'Olandese, scrivendo che «Einstein ha trovato l'espressione giusta, cioè che il solo amore per Spinoza non è sufficiente a giustificare un contributo»²⁶. Va aggiunto che Freud si guardò sempre dall'inserirsi completamente in una qualunque scuola di pensiero, definendosi «per natura privo di talento per la filosofia»²⁷.

L'attualità del pensiero di Spinoza dipende in gran parte dall'aver affrontato il problema delle passioni e degli affetti umani in termini di salute (*salus*), intesa come salute mentale, o tranquillità dell'animo, anziché in termini di salvezza oltremondana.

23. B. Spinoza, *De Intellectus Emendatione*, Grafiche Erredici, Padova, 1969; Proemio, p. 53.

24. S. Hessing, *Freud's relation with Spinoza*, in *Speculum Spinozanum 1677-1977*, London; Henley; Boston, Routledge & Kegan Paul, 1977; edited by Siegfried Hessing; with a foreword by Huston Smith; p. 227. La traduzione dall'inglese di questa e delle seguenti citazioni testuali è mia.

25. *Ibid.*, p. 228.

26. *Ibid.*, p. 229.

27. Cfr. *ibid.*, p. 227.

L'ontologia di Spinoza pone l'uomo sullo stesso identico piano di ogni altro ente di natura, pur seguitando ad assegnargli caratteristiche sue proprie e contraddistintive. Come scrive Paul Wienpahl²⁸, per Spinoza non ci sono sostanze o cose, ma una sola «cosa». Negando che l'uomo abiti «un impero nell'impero»²⁹ della Natura e affermando l'unicità della Sostanza infinita che causa ogni ente, Spinoza annuncia a chiare lettere che l'uomo può divenire oggetto di osservazione e di chiara scienza allo stesso modo di ogni altra parte della Natura, poiché segue in tutto e per tutto le leggi naturali. Non vi è dunque alcuna anima separata o misteriosamente creata e connessa con il corpo. La mente umana è conoscibile, se osservata senza preconcetti, e il suo funzionamento può essere descritto allo stesso modo di come è possibile trattare «di linee, di superfici o di corpi»³⁰. Wienpahl afferma che questo approccio allo studio della mente umana libera lo scienziato e, più in particolare, il terapeuta, da ogni preconcetto di natura morale, confermandolo nell'oggettività che gli deve competere³¹.

Di formazione cartesiana, Spinoza sa che il mondo dei corpi si muove secondo leggi sue proprie e inderogabili, come una macchina meravigliosamente congegnata. Ma, a differenza di Carte-

sio, egli non crede che la mente possa agire come una causa efficiente sul corpo ad essa eterogeneo. L'espedito cartesiano della ghiandola pineale è assurdo. Al contrario, il mondo mentale e quello dei corpi estesi sono tra loro paralleli: ad ogni stato fisico ne corrisponde uno mentale e viceversa. Così, se la disposizione del corpo comporta corrispondenti stati d'animo e pensieri, anche l'armonia della mente esprime e determina, o favorisce, la salute del corpo³². Per non parlare del fatto che una persona dalla mente sana è meglio disposta a procurarsi strumenti concreti per la propria vita.

Stabilendo la più totale ed immediata corrispondenza tra stati mentali e stati corporei, Spinoza diviene interessante per ricercatori e psichiatri dei nostri giorni, che fondano la loro scienza sull'idea di una mente che è funzione dell'organo cerebrale e del restante sistema nervoso. Sono significativi in tal senso i recenti studi di Antonio Damasio sui limiti della soluzione cartesiana al problema del rapporto mente-corpo³³ e sulla preveggenza della psicologia di Spinoza rispetto all'attuale psichiatria delle emozioni e dei sentimenti³⁴.

Se da un lato il parallelismo mente-corpo di Spinoza sembra assoggettare deterministicamente il mentale al corporeo, riducendo la mente a semplice

28. P. Wienpahl, *Spinoza and Mental Health*, "Inquiry", vol. 15 (Summer 1972), pp. 64-94.

29. B. Spinoza, *Etica*, P. III, Prefazione, p. 187.

30. *Ibid.*, p. 188.

31. Cfr. Wienpahl, *Spinoza and Mental Health*, p. 75: "The therapist must be morally neutral".

32. Cfr. B. Spinoza, *Etica*, P. V, Prop. I, Dim., p. 345: "come l'ordine e la connessione delle idee han luogo nella Mente secondo l'ordine e la connessione delle affezioni del Corpo [...], così, viceversa, l'ordine e la connessione delle affezioni del Corpo [...] han luogo secondo il modo in cui nella Mente si ordinano e si concatenano i pensieri e le idee delle cose".

33. Vedi A. Damasio, *L'errore di Cartesio*, Adelphi Edizioni, Milano, 1995.

34. Vedi Damasio, *Alla ricerca di Spinoza: emozioni, sentimenti e cervello*, Adelphi Edizioni, Milano, 2003.

funzione cerebrale; dall'altro, la reciprocità e l'immediata coincidenza tra stati mentali e corporei, che il parallelismo comporta, sono i presupposti necessari per comprendere in quale modo la mente possa oggettivamente operare per la produzione e conservazione dello stato di salute dell'intero organismo. In tal senso, Walter Bernard sottolinea che lo spinoziano parallelismo mente-corpo costituisce la base teorica per intervenire attraverso la psicoterapia su pazienti affetti da disturbi di carattere psicofisico. Date l'interconnessione tra mente e corpo e la frequente impossibilità di operare sul corpo interno, il lavoro sulle idee e sulla mente costituisce una valida alternativa³⁵.

Per Bernard la psicologia di Spinoza non è antiquata, ma una parte della psicologia moderna³⁶. Focalizzando l'attenzione sui principi terapeutici esposti nelle prime venti proposizioni della Parte V dell'*Ethica*³⁷, egli pone in luce l'estrema attualità dello spinozismo.

Il primo principio psicoterapeutico della dottrina spinozana è quello di desiderio³⁸ e di piacere-dolore. Attraverso la chiave di lettura dell'egoismo³⁹ naturale, Spinoza offre una spiegazione semplice per comprendere i moventi spontanei dell'agire umano; e al contempo, grazie all'ontologia immanentistica per la quale ogni ente è modifica-

zione di uno degli infiniti attributi della Sostanza naturale, lo spinozismo legittima ognuno a vivere la propria vita con spontaneità, realizzando se stesso secondo i propri interessi e la propria indole.

Un secondo principio terapeutico è quello dell'associazione tra eventi contigui ed emozioni. La mente tende a legare insieme le cose che in passato ha accidentalmente sperimentato in concomitanza tra loro, legandole ad una emozione. Ma chi è consapevole di tale accidentalità può sperimentare tali oggetti o eventi separatamente, in altri contesti, e associarli così ad emozioni diverse. Ciò accade, per esempio, quando si affronta in modo nuovo o per ragioni diverse una circostanza percepita negativamente in passato⁴⁰.

Bernard menziona anche «l'importante Principio Terapeutico della Necessità Universale»⁴¹, che coincide con quello di concatenazione causale e che è rintracciabile in tutte le religioni nella forma di «volontà di Dio», «Moirà», «Karma». Dal momento che tutto accade per legge naturale e decreto divino, odiare qualcuno per le sue azioni equivale in un certo senso ad odiare un sasso⁴². Nella logica deterministica, infatti, ogni causa di sofferenza, odio o tristezza perde intenzionalità, in quanto a sua volta causata. Chi ci ha arrecato danno non ha potuto agire meglio di

35. Cfr. W. Bernard, *Psychotherapeutic principles in Spinoza's Ethics*, in *Speculum Spinozanum 1677-1977*, pp. 63-80. Vedi in particolare p. 74.

36. *Ibid.*, p. 63.

37. Vedi in particolare Spinoza, *Etica*, P. V, Prop. XX, Scolio, p. 358.

38. Cfr. *ibid.*, P. III, Definizioni degli affetti, I, p. 247: «Il Desiderio è l'essenza stessa dell'uomo, in quanto è concepita come determinata a fare qualche cosa da una qualunque sua affezione».

39. Nel corso dell'evoluzione della critica spinoziana si è andato affermando l'uso del termine «egotismo», in quanto più consono ad indicare la disposizione dell'uomo spinoziano. È infatti evidente che l'egoismo, se inteso nella sua accezione più radicale, non può condurre in alcun modo alla fondazione di una società degli uomini.

40. Cfr. Bernard, *Psychotherapeutic principles in Spinoza's Ethics*, pp. 67-68.

41. Cfr. Bernard, *Psychotherapeutic principles in Spinoza's Ethics*, p. 70.

42. Cfr. *ibidem*.

come ha fatto, essendo determinato a farlo da molteplici cause. Allo stesso modo, è possibile pensare che ciò che ci è accaduto arrecandoci danno non poteva in alcun modo essere evitato⁴³, in quanto necessariamente determinato. In tal modo, l'emozione viene slegata dalla sua causa diretta e connessa con le molteplici cause agenti nella infinita catena dell'Essere. Ciò chiama in causa un altro principio psicoterapeutico⁴⁴ che consiste nel separare l'emozione dal suo supporto oggettivo, legandola a più cause e così dissolvendola⁴⁵.

In tal senso, anche Rice C. Lee sottolinea l'effetto terapeutico del determinismo spinoziano⁴⁶, mentre Paul Wienpahl focalizza l'attenzione sull'acquiescenza che da esso deriva, e che nasce dal forte senso del reale di Spinoza, dalla sua totale dedizione all'osservazione della natura. L'acquiescenza è adesione pratica e conoscitiva all'esistente, dalla quale scaturisce una più serena accettazione di eventi che, come la morte, la malattia, la vecchiaia, riguardano necessariamente l'uomo⁴⁷. Agli uomini, in quanto enti di natura, non spetta per essenza il perdurare eternamente⁴⁸ ed identicamente⁴⁹. È questa una delle illusioni dalle quali essi sembrano essere affetti. In tal senso, affrontando il pro-

blema dell'eutanasia in prospettiva spinoziana, Jeff Mezzocchi osserva che, in una società che guardasse alla condizione umana come naturalmente caratterizzata anche da situazioni di estrema indigenza, noi uomini contemporanei prenderemmo in considerazione con molta più cautela la possibilità di sopprimere la nostra stessa vita. Una società votata ai soli ideali di bellezza, giovinezza e salute tende infatti a farci sentire, in certi casi, profondamente inadeguati e privi di dignità umana⁵⁰.

La critica ha spesso rilevato come il concetto filosofico di necessità accomuni Spinoza agli Stoici e a Seneca, che non a caso intendevano la filosofia come terapia per i mali dell'animo. Ma Firmin Debrabander scoraggia dall'operare facili sovrapposizioni tra i due sistemi di pensiero, in quanto la Stoà affermava la possibilità di un controllo totale sulle emozioni⁵¹ e l'esistenza di un piano teleologico e provvidenziale di matrice quasi fideistica⁵². Elementi invece assenti nello spinozismo, il quale, anche secondo Debrabander, può essere considerato un'anticipazione della psicoterapia freudiana⁵³.

Ma tornando ora a considerare gli altri principi psicoterapeutici esposti nell'*Ethica* di Spinoza, vale la pena di

43. Cfr. Spinoza, *Etica*, P. V, Prop. VI, Scolio, p. 349.

44. Cfr. *ibid.*, Prop. II, p. 346.

45. Cfr. *ibid.*, Prop. IX, p. 351.

46. L.C. Rice, *Reflections on spinozistic therapy*, in *Transformation der Metaphysik in der Moderne*, Welinski, Kissler, Schapff, Senn, Stengel (herausgegeben von), Königshausen und Neumann, Würzburg, pp. 100-111; in particolare vedi p. 107.

47. Cfr. Wienpahl, *Spinoza and Mental Health*, p. 83.

48. Cfr. Spinoza, *Etica*, P. II, Assiomi, 1, p. 130.

49. Cfr. *ibid.*, Postulati, 3, p. 149.

50. Cfr. J. Mezzocchi, *Spinoza and Euthanasia*, "Dialogue, Journal of Phi Sigma Tau", Milwaukee (Wisc.), t. 40, n. 2-3, (1998), pp. 41-47.

51. Cfr. F. Debrabander, *Psychotherapy and moral perfection: Spinoza and the Stoics on the prospect of happiness*, in *Stoicism: Traditions and transformations*, Steven Strange (ed.), Cambridge University Press, pp. 198-213. Vedi in particolare p. 199.

52. Cfr. *ibid.*, p. 200.

53. Cfr. *ibid.*, p. 210.

osservare che Walter Bernard, nel suo contributo, considera anche il principio per il quale l'associazione di emozioni o affetti positivi alla pratica stessa della ragione può avere di per sé un effetto salubre⁵⁴. Infatti «un affetto non può essere soffocato o eliminato se non da un affetto contrario e più forte dell'affetto da soffocare»⁵⁵, mentre il razionalismo, da solo, può vincere con estrema difficoltà una passione già innescata. Un esempio di tale principio terapeutico è rappresentato dalla funzione dell'ideale stoico dell'uomo virtuoso e razionale, presente anche nello spinoziano *Breve Trattato su Dio, l'Uomo e il suo Bene* e nell'*Ethica*: la tensione verso l'ideale può muovere nell'animo affetti capaci di superarne altri, favorendo l'instaurarsi nella mente di un ben fondato atteggiamento razionale. È emblematico in tal senso che in tutta la sua opera, e in particolare nel giovanile *Breve Trattato* e nell'*Ethica*, Spinoza non abbia mai smesso di suggerire l'uso del sentimento d'amore per il Dio-Sostanza infinita e causa immanente alla Natura (*Amor Dei Intellectualis*) come affetto dell'animo in grado di vincerne altri, conducendo così l'uomo alla salute, alla razionalità, quindi alla tranquillità dell'animo e alla beatitudine.

Bernard trascura, invece, un principio terapeutico che accomuna spinozismo ed epicureismo. Spinoza, fedele ai principi di naturalità, immanenza e ragione, nega ogni escatologia oltremondana e l'esistenza di un Dio giudice, liberando la mente dalla paura della morte. Egli afferma infatti che «l'uomo libero, cioè colui che vive sotto la sola

guida della ragione, non è guidato dalla Paura della morte»⁵⁶. Un significato analogo assume la confutazione spinozana dell'esistenza dei demoni⁵⁷, vista la rilevanza che lo studio delle allucinazioni nevrotiche ha assunto nella psicanalisi del XX secolo.

Ma il più importante principio psicoterapeutico spinoziano, sotteso a tutti gli altri, consiste nel fare di una passione un'azione. Per comprenderne il senso sono necessarie alcune premesse.

Per il filosofo di Amsterdam la salute dell'uomo consiste nella libertà da passioni che destabilizzano la persona sotto il profilo mentale e corporeo. Spinoza paragona esplicitamente la condizione dell'uomo soggetto alle passioni a quella di una persona affetta da malattia mortale alla quale è necessario porre in fretta un rimedio. Riferendosi alla prima parte della sua vita, dominata da eccessive passioni mondane e dalla crisi che ne seguì, Spinoza scrive: «Mi sembrava [...] di trovarmi in gravissimo pericolo e di non poter far altro che cercare con tutte le mie forze un rimedio, per quanto incerto fosse; come un malato, afflitto da una malattia mortale, che prevedendo certa la morte, se non gli è fornito alcun rimedio, si vede costretto a cercarlo da solo»⁵⁸.

Inoltre, egli afferma anche che, «quando [...] l'avarico non pensa altro che al guadagno e ai soldi, e l'ambizioso alla gloria, ecc., non diciamo che delirano [...]. In realtà, però, l'Avarizia, l'Ambizione, e l'Ingordigia sono una specie di delirio anche se non sono annoverate fra le malattie»⁵⁹. È evidente infatti che gli uomini le cui menti sono

54. Cfr. Bernard, *Psychotherapeutic principles in Spinoza's Ethics*, p. 73.

55. Spinoza, *Etica*, P. IV, Prop. VII, p. 272.

56. *Ibid.*, Prop. LXVII, p. 325.

57. Cfr. Spinoza, *Breve Trattato su Dio, l'Uomo e il suo Bene*, L'Aquila, L.U. Japadre Editore, 1986; Libro Secondo, Capitolo XXV, Dei diavoli, pp. 335-337.

58. Spinoza, *De Intellectus Emendatione*, Proemio, p. 49.

59. Spinoza, *Etica*, P. IV, Prop. XLIV, Scolio, pp. 304-305.

affette da un solo oggetto, non riescono più a gestire adeguatamente la propria vita, né a pensare ad altro; e in questo loro delirio perdono sia la capacità di occuparsi di molte cose di utilità quotidiana, sia la disposizione alla socialità che è propria di chi ha mente serena.

Colui che è affetto da una passione dell'animo sta subendo passivamente l'azione di forze esterne, in una condizione che lo vede quasi parte inerte tra le parti in natura. «In quanto [...] parte della Natura»⁶⁰, l'uomo non può evitare di essere continuamente sospinto da cause naturali esterne di ogni genere, le quali a loro volta producono modificazioni nel corpo e nella relativa mente individuale. In tali condizioni, l'uomo reagisce a degli stimoli esterni, anziché agire autonomamente. E agendo sull'onda delle passioni, non solo perde la propria tranquillità interiore, ma rischia di produrre effetti antisociali. Non ci si scordi che la psicologia di Spinoza è infatti inserita in un'opera di più ampio respiro vertente sull'etica, ovvero sulla disposizione umana alla socialità, e sui modi per favorirla.

Per il filosofo di Amsterdam, il processo conoscitivo è l'unico evento capace di ripristinare e al contempo di esprimere lo stato di salute mentale. La mente, infatti, può agire in un solo modo, ovvero conoscendo. Spinoza scrive che «non c'è altra potenza della Mente, se non quella di pensare e formare idee adeguate»⁶¹.

Durante il processo conoscitivo la nostra mente esce da una condizione di stallo e prova piacere per la propria attività⁶². Quando ciò avviene, noi soffriamo meno di passioni altrimenti in-

conscie, perché «un affetto, che è una passione, cessa di essere passione non appena ce ne formiamo un'idea chiara e distinta»⁶³.

Inoltre, possiamo divenire cause totali e non parziali di un'azione; ovvero possiamo agire autodeterminandoci, in base a principi di utilità e razionalità, anziché sull'onda di qualche affetto causato dalle circostanze e dal caso. Per cui, «a tutte le azioni, alle quali siamo determinati da un affetto che è una passione, noi possiamo essere determinati dalla ragione e senza quell'affetto»⁶⁴.

Come accennato sopra, Paul Wienpahl evidenzia gli aspetti salutari della conoscenza, che, attraverso un processo di adeguazione delle idee alla realtà, produce acquiescenza nel soggetto⁶⁵. In effetti, Spinoza stabilisce una diretta interdipendenza tra conoscenza e salute psico-fisica. Se conoscere è sviluppare idee adeguate, e sviluppare idee adeguate è disporsi anche fisicamente in modo diverso rispetto allo stato proprio della confusione; allora un itinerario filosofico, psicologico e spirituale organizzato con estrema conseguenza può sortire nel lettore-discepolo qualche risultato tangibile in senso psicofisico, oltre a favorire la disposizione interiore ad un sano stile di vita.

L'*Ethica ordine geometrico demonstrata*, il capolavoro filosofico spinoziano, offre conoscenze, modi e strategie intellettuali che favoriscono la salute psicofisica. Organizzata al modo degli antichi trattati di geometria, essa è un complesso sistema di assiomi, proposizioni, dimostrazioni e scoli, per mezzo dei quali l'Olandese intende guidare il lettore all'esperienza della beatitudine.

60. *Ibid.*, Prop. II, p. 270.

61. *Ibid.*, P. V, Prop. IV, Scolio, p. 348.

62. Cfr. Bernard, *Psychotherapeutic principles in Spinoza's Ethics*, p. 77.

63. Spinoza, *Etica*, P. V, Prop. III, p. 346.

64. *Ibid.*, P. IV, Prop. LIX, p. 317.

65. Cfr. Wienpahl, *Spinoza and Mental Health*, p. 83.

Quest'ultima è il sentimento che scaturisce dalla combinazione di alcuni dei principi terapeutici sopra esposti. Essa deriva senz'altro dalla visione degli enti di natura come modi di attributi della Sostanza infinita. Questa intuizione di fondo, infatti: 1) inserisce qualunque evento o ente nel tessuto della infinita causazione naturale; 2) lo rende necessariamente determinato ad esistere ed agire secondo leggi eterne di Natura; 3) gli toglie intenzionalità completamente autonoma; 4) ne pone in evidenza l'esistere in altro da sé, proprio di tutto ciò che è impermanente e necessariamente destinato a perdurare per un periodo di tempo limitato; 5) evidenzia il necessario rapporto di scambio che l'ente intrattiene costantemente con l'ambiente circostante (nel caso dell'uomo attraverso il processo respiratorio e l'alimentazione, o negli scambi di natura sociale); 6) comporta accettazione profonda per sé e per ogni altro ente di natura; 7) conduce a riconoscere Dio, ovvero la Sostanza naturale, come vero soggetto⁶⁶ dell'esistente e a vedere ciò che esiste "sotto una certa specie di eternità"⁶⁷, ovvero inserito in un piano universale e necessario che può essere conosciuto razionalmente o intuito intellettualmente; 8) rende conoscibile ogni cosa rispetto alla sua causa prima, che è Dio ovvero la Natura, nel modo più completo ed immediato (terzo genere di conoscenza); 9) da questa conoscenza, che causa la più alta soddisfazione che la mente possa sperimentare⁶⁸, nasce l'amore

per Dio, conosciuto intellettualmente come causa immanente sia di ogni ente ed evento naturale, che della stessa conoscenza intellettuale (*Amor Dei intellectualis*)⁶⁹. Questa esperienza è tradotta da Amélie Oksenberg Rorty con l'espressione: «Ognuno ama se stesso in Dio, e Dio in se stesso»⁷⁰.

3. L'esito sociale della filosofia di Spinoza

Come ho accennato sopra, la speculazione spinozana sulla mente e sulla sua salute è inerente alla più generale trattazione del problema dell'etica, l'umana disposizione alla vita sociale, e di ciò che la favorisce.

Le passioni che assoggettano l'animo umano sono pericolose non soltanto per i loro deleteri esiti intrapersonali, ma ancor più per quelli interpersonali. I patemi d'animo⁷¹, infatti, sono potenziali cause di conflitti, di condizioni di vita più difficili e, talvolta, di morte, dal momento che possono condurre due uomini a cercare la reciproca distruzione per possedere un bene che può essere posseduto da uno solo.

Essi nascono dalla dimenticanza dell'idea dell'appartenenza di tutti gli enti di natura ad un unico piano esistenziale interconnesso. L'assenza di questa idea è foriera di passioni violente e di malattia sociale al contempo, perché ad essa tende a sostituirsi spontaneamente quella della separatezza e contrapposizione degli enti di natura.

66. Cfr. Spinoza, *Breve Trattato su Dio, l'Uomo e il suo Bene*, Libro Primo, Capitolo I, annotazioni al par. 8, p. 135.

67. Spinoza, *Etica*, P. II, Prop. XLIV, Corollario II, p. 175.

68. Cfr. *ibid.*, P. V, Prop. XXVII, p. 363.

69. Cfr. *ibid.*, Prop. XXXII, Corollario, p. 367.

70. A. Oksenberg Rorty, *Spinoza's Ironic Therapy: From Anger to Intellectual Love of God*, in "History of Philosophy Quarterly", Bowling Green (Ohio), t. 17, n. 3 (2000), pp. 261-276; in particolare vedi p. 267.

71. Cfr. Spinoza, *Etica*, P. III, Definizione generale dei sentimenti, p. 261.

Affermando l'esistenza di plurime sostanze in natura, le metafisiche non monistiche esprimono filosoficamente la visione ingenua della realtà, dipendente dalla sola percezione dei sensi e da idee inadeguate, secondo la quale gli enti sono ontologicamente separati e contrapposti tra loro⁷². E su basi simili, l'uomo non può che pensare e giungere ad agire secondo logiche di contrapposizione reciproca.

Ma le passioni esprimono anche l'egoismo violento che scaturisce dalla dimenticanza degli immensi benefici della vita sociale, quando invece senza salute sociale non vi può essere salute individuale. Infatti la Generosità, una delle due virtù dell'uomo di Spinoza insieme alla Fortezza⁷³, si esplica nella pratica di vita che nasce dalla consapevolezza dell'utilità della Società degli uomini⁷⁴.

Già nel giovanile ed incompiuto *Tractatus De Intellectus Emendatione* il filosofo di Amsterdam considerava estremamente utile, per il raggiungimento della condizione umana che egli chiama "perfezione"⁷⁵, il «formare una società, come si deve desiderare perché a quanti più uomini sia reso possibile raggiungere il fine con estrema facilità e sicurezza»⁷⁶. «Agli uomini è più di tutto utile avere relazioni e stringere tra loro legami con cui formare più facilmente, tutti insieme, un'unità, e compiere, in generale, quelle azioni che servono a consolidare le amicizie»⁷⁷; «dalla loro società comune derivano molto più vantaggi che danni»⁷⁸. «I Sa-

tirici deridano, quindi, fin che vogliono, le cose umane, i Teologi le detestano, e i Malinconici lodano, più che possono la vita incolta e agreste, e disprezzano pure gli uomini e ammirano gli animali; essi, tuttavia, continueranno a sperimentare che gli uomini possono procurarsi molto più facilmente ciò di cui hanno bisogno con il reciproco aiuto, e che non possono evitare i pericoli che incombono se non con l'unione delle forze»⁷⁹.

La società degli uomini riveste un ruolo insostituibile per la salute e la preservazione della vita degli individui, e l'idea della sua utilità sta alla base del pragmatismo politico e teologico di Spinoza. Quando gli intenti e gli sforzi degli uomini convergono verso l'obiettivo comune della instaurazione di rapporti di reciproco scambio, all'interno del gruppo ognuno dispone dei mezzi per soddisfare egregiamente i propri bisogni. In caso contrario, ogni individuo dovrà produrre da sé tutti i mezzi utili alla propria sopravvivenza, con risultati prevedibilmente assai scarsi.

La società è per Spinoza una sorta di organismo, agente all'interno dell'infinito organismo che è la Natura, e a sua volta costituito da altri organismi: gli uomini. Ciò che si è detto per gli organi o "individui" del corpo umano, vale anche per gli individui umani in seno alla società. Per vivere al meglio e trarre il massimo vantaggio dalla loro esistenza, gli uomini devono cooperare come parti di un sol corpo. «Se infatti, per esempio, due individui, di natura

72. Cfr. Spinoza, *Breve Trattato su Dio, l'Uomo e il suo Bene*, Libro I, Cap. II, Dialogo primo, pp. 155-159; vedi in particolare p. 157.

73. Cfr. Spinoza, *Etica*, P. IV, Prop. LXXIII, Scolio, p. 330.

74. Cfr. *ibid.*, Prop. XL, p. 302.

75. Cfr. Spinoza, *De Intellectus Emendatione*, Proemio, p. 52.

76. Spinoza, *De Intellectus Emendatione*, Proemio, p. 53.

77. Spinoza, *Etica*, P. IV, Appendice, Capitolo XII, p. 334.

78. *Ibid.*, Capitolo XIV, pp. 334-335.

79. *Ibid.*, Prop. XXXV, Scolio, p. 294.

del tutto identica, si uniscono, formano un individuo due volte più potente dell'individuo singolo. All'uomo, quindi, niente è più utile dell'uomo; gli uomini, cioè, non possono desiderare per la conservazione del proprio essere niente di più eccellente se non che tutti concordino in tutto, in modo che le Menti e i Corpi formino quasi una sola Mente e un solo Corpo»⁸⁰. Per questo la società è favorita dall'uso individuale della ragione: solo la ragione, infatti, produce risultati identici nelle differenti menti. Scrive Spinoza: «solo nella misura in cui gli uomini vivono sotto la guida della ragione, concordano sempre necessariamente per natura»⁸¹.

Spinoza guarda alla natura umana secondo categorie etologiche, sociologiche e scientifiche rivoluzionarie, che escludono ogni considerazione di stampo moralistico. Per cui l'uomo non è beato all'idea delle conseguenze oltremondane della sua generosità e della sua forza; ma al contrario riesce ad essere generoso e forte in quanto sperimenta la beatitudine⁸², che nasce dalla realizzazione completa della propria essenza umana in un contesto esistenziale naturale, ovvero sociale ed universale al contempo. Anziché tendere ad una perfezione morale in certo qual modo estrinseca e trascendente rispetto alla sua condizione terrena, l'uomo deve vivere al meglio nel mondo, sperimentandone il conseguente compiacimento.

Il benessere interiore che l'uomo sperimenta in concomitanza con un comportamento generoso è effetto della soddisfazione del bisogno essenziale di sentirsi integrati nella società e nella

natura. L'idea della propria appartenenza ad un unico ordine sociale e universale fa sentire l'uomo tutelato da molti pericoli e inserito in una trama di relazioni produttive. Per cui, possiamo dire che l'eticità è la qualità che permette all'uomo di realizzare pienamente la propria essenza, producendo condizioni ottimali per la sua esistenza. Ciò equivale a dire che l'uomo etico è perfetto non in quanto corrisponde ad un modello astratto, ma in quanto esprime semplicemente e nel modo più completo l'umana natura sia in senso individuale che sociale.

Matteo Bertaiola

Bibliografia

- Bernard W. (1979), *Psychotherapeutic principles in Spinoza's Ethics*, in "Speculum Spinozanum 1677-1977", 63-80.
- Damasio A. (2003), *Alla ricerca di Spinoza: emozioni, sentimenti e cervello*, Adelphi Edizioni, Milano.
- Damasio A. (1995), *L'errore di Cartesio*, Adelphi Edizioni, Milano.
- Hessing S. (1977), *Freud's relation with Spinoza*, in "Speculum Spinozanum 1677-1977", London; Henley; Boston, Routledge & Kegan Paul; edited by Siegfried Hessing.
- Mezzocchi J. (1998), *Spinoza and Euthanasia*, "Dialogue, Journal of Phi Sigma Tau", Milwaukee (Wisc.), t. 40, n. 2-3: 41-47.
- Oksenberg Rorty A. (2000), *Spinoza's Ironic Therapy: From Anger to Intellectual Love of God*, in "History of Philosophy Quarterly", Bowling Green (Ohio), t. 17, 3: 261-276.
- Rice L.C. (2002), *Reflections on spinozistic therapy*, in "Transformation der Me-

80. *Ibid.*, Prop. XVIII, Scolio, pp. 281-282.

81. *Ibid.*, Prop. XXXV, p. 292.

82. Cfr. *ibid.*, P. V, Prop. XLII, p. 375.

- taphysik in der Moderne“, Welinski, Kisser, Schapff, Senn, Stengel (herausgegeben von), Königshausen und Neumann, Würzburg: 100-111.
- Spinoza B. (1969), *De Intellectus Emendatione*, Grafiche Erredicì, Padova.
- Spinoza B. (1972), *Etica e Trattato teologico-politico*, Utet, Torino.
- Spinoza B. (1986), *Breve Trattato su Dio, l'Uomo e il suo Bene*, Capitolo XXV, Dei diavoli, Libro Secondo, L.U. Japadre Editore, L'Aquila, 335-337.
- Etica*, P. IV, Prefazione: 264; e *ibid.*, Prop. IV, Dim: 270-271. Nel presente articolo farò sempre riferimento all'edizione italiana qui citata, evitando di riprodurre l'originale latino dell'*Opera* im Auftrag der Heidelberger Akademie der Wissenschaften herausgegeben von Carl Gebhardt, Heidelberg, Winters, 1972-1987.
- Wienpahl P. (1972), *Spinoza and Mental Health*, "Inquiry", vol. 15, Summer: 64-94.