

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Dipendenza da sostanze, cronicità e dipendenza da welfare. Ipotesi interpretative

Johnny Acquaro*, Emanuele Bignamini*

SUMMARY

■ *The prevalence of chronic diseases is the largest share of illness and use of health services. The manuscript uses the case of substance addiction as a case study and tries to bring together medicine, sociology of health, and health policy. The case study can be representative of the activation vs welfare dependency debate and argue the potential related welfare dependence rhetoric's implications.* ■

Keywords: *Chronic diseases, Substance use disorders, Addiction, Welfare dependency, Patient activation.*

Parole chiave: *Dipendenza da sostanze, Cronicità, Dipendenza da welfare, Attivazione.*

Introduzione

Il lento decorso e la scarsa tendenza a raggiungere la guarigione o l'adattamento a nuove condizioni di vita, caratteristiche definenti una situazione cronica, richiedono di finalizzare gli interventi sanitari alla prevenzione della disabilità, al miglioramento del quadro clinico, dello stato funzionale, della qualità di vita (Osservasalute, 2017). Per far fronte a questa sfida, determinata da un cambiamento significativo della domanda di salute, il Servizio Sanitario Nazionale (Ssn) redige e promuove il Piano Nazionale della Cronicità (Pnc) con il fine di «contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche» (Pnc, 2016, p. 4).

La finalità di questo articolo è di stimolare i professionisti a ragionare sull'ipotesi che l'applicazione del Pnc nel caso della dipendenza da sostanze possa dar luogo allo sviluppo della retorica della *welfare dependency*.

L'obiettivo è di argomentare come, in casi come questo, vi sia la possibilità che la gestione della cronicità rischi di trasformarsi da sistema virtuoso a sistema che genera disuguaglianze e sottolineare, al tempo stesso, che la dipendenza da welfare può essere considerata una condizione naturale della cronicità.

La metodologia utilizzata è stata quella dell'analisi documentale e dell'analisi della letteratura.

In prima battuta verrà introdotto il possibile legame tra gestione della cronicità e dipendenza da sostanze con particolare riferimento al Pnc, per poi proseguire con il concetto di attivazione, la sua applicazione in ambito sanitario e l'orientamento che la gestione della cronicità prevede in questo senso.

Nel terzo paragrafo l'analisi si sposta sulla dipendenza da welfare. Dopo un breve *excursus* sulla sua genesi, verrà descritto uno

studio riferito alla connessione tra dipendenza da sostanze e dipendenza da welfare nell'ambito del *welfare for a job*. Si andrà poi ad argomentare, utilizzando l'analogia con le ipotesi descritte in questo studio, due ipotesi interpretative.

Piano Nazionale della Cronicità e addiction

Secondo i criteri di rilevanza epidemiologica, gravità, invalidità, peso assistenziale ed economico, difficoltà di diagnosi e di accesso alle cure, il Pnc individua le seguenti malattie croniche: renali, reumatiche, intestinali, cardiovascolari, neurodegenerative, respiratorie. Questo elenco non prende in considerazione l'*addiction*. Nonostante le teorie interpretative dell'*addiction* siano più d'una (West, 2006), il paradigma dominante del *Brain disease model* la definisce come una patologia cronica e recidivante¹. Una revisione della letteratura (McLellan *et al.*, 2000) ha confrontato la dipendenza da sostanze con il diabete mellito di tipo 2, l'asma e l'ipertensione, in merito a fattori genetici e ambientali (diagnosi, ereditarietà, eziologia) e aderenza e recidiva (fisiopatologia e risposta ai trattamenti) e ha concluso che la tossicodipendenza dovrebbe essere trattata al pari di altre malattie croniche. In effetti secondo il NIDA *Consensus group* (McLellan *et al.*, 2014) negli Stati Uniti l'*Affordable Care Act*², ha dato l'opportunità di utilizzare per il trattamento dei *substance use disorders* il *Chronic Care Model* (Ccm). Il Ccm è uno dei modelli a cui fa riferimento il Pnc ed è un approccio adottato per migliorare il *primary care* (Bodenheimer, 2002), sistema, quello delle cure primarie, che garantisce tra le sue funzioni attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze.

Dal momento che la dipendenza da sostanze può essere considerata una patologia cronica, che il Ccm sembra essere un modello utile alla gestione dei *substance use disorders* e che il Ccm è un modello indicato nel Pnc, pare evidente che il Pnc

* Dipartimento Dipendenze ASL Città di Torino.

potrebbe essere applicabile in questo caso. Tra le fasi che il Pnc individua nel macroprocesso di gestione della persona con malattia cronica, è la fase 4³ "Erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente attraverso il piano di cura" quella di più semplice argomentazione.

Partiamo dal coinvolgimento del paziente nel percorso di cura e vediamo subito come questo aspetto sia significativo nell'ambito della dipendenza da sostanze. La questione è quella dell'affido di dosi *take home*. Nonostante la letteratura segnali l'attitudine da parte dei pazienti alla non assunzione e alla cessione o vendita ad altri (Lucchini, 2014) del metadone e della buprenorfina, fenomeno noto come diversione, l'affidamento delle dosi *take home* dei farmaci utilizzati per il trattamento della dipendenza da oppiacei⁴ è una modalità diffusa nella pratica clinica (Fea, 2009). L'affido è l'esito di una negoziazione (Bignamini, 2009). Si tratta a tutti gli effetti di costruire un piano di cura personalizzato che tiene in considerazione i bisogni, le aspettative e i desideri del paziente, a cui segue «un vero e proprio "Patto di cura", che vede un coinvolgimento del paziente molto più profondo rispetto alla semplice "adesione"» (Pnc, p. 29) e che coinvolge tutto il team assistenziale.

Un altro esempio dell'applicabilità del Pnc lo si trova nella la cura del corpo, come nel caso della presenza di lesioni cutanee (spesso croniche) correlate all'uso di sostanze per via inettiva. L'elemento da cui partire potrebbe essere la propensione della popolazione *addicted* al "fai da te". Smith e collaboratori (2014) in uno studio effettuato a Baltimora su un campione di 152 consumatori di sostanze, di cui il 19,2% portatore di ulcera cutanea cronica correlata all'uso di sostanze, evidenziano che i consumatori di sostanze più anziani con lesioni croniche hanno comportamenti diversi e probabilmente meno rischiosi dal punto di vista dell'igiene rispetto ai pari e ai più giovani privi di lesioni. Questo perché i tossicodipendenti più anziani con lesioni croniche possono essere più ricettivi ai messaggi ricevuti nei servizi (in questo caso di riduzione del danno) e con più probabilità si impegnano in relazioni significative con gli operatori della salute. Lo studio mette in evidenza come l'erogazione di interventi di natura educativa impattino positivamente sull'auto-efficacia e sull'autocura. Gli operatori della salute fanno di questa caratteristica un punto di forza per programmare interventi di *literacy* con il fine di incentivare ad esempio la guarigione delle lesioni cutanee correlate all'uso di sostanze. L'obiettivo è di passare dall'auto-cura spontanea all'auto-cura "alfabetizzata" come strumento di *empowerment*. Questi interventi si fondano sul coinvolgimento della persona assistita nel percorso di trattamento della ferita secondo la logica *patient centred* (Acquaro, 2016). Si tratta di interventi fortemente personalizzati per la gestione del paziente attraverso il piano di cura, come previsto dal Pnc.

Attivazione e gestione della cronicità

Il termine *attivazione* è un termine al quale sono stati attribuiti diversi significati nel dibattito politico. Quello generalmente attribuito nelle ambito delle scienze sociali è riferito alle strategie di *welfare to work* (Barbier, 2005). In questo senso l'attivazione è intesa in quanto risposta al rischio e/o a condizioni di esclusione e povertà, come l'assunzione di responsabilità e la ricerca di soluzioni il più autonome e indipendenti possibile sul mercato del lavoro (Villa, 2007).

Programmi di attivazione sono presenti sia nel modello liberale sia nel modello universalistico. Secondo Barbier (2005) nel

primo caso è nella tendenza a stimolare le persone ad essere il più possibile attive che si intende l'attivazione. Nel secondo caso invece l'attivazione è rivolta a tutti e vi è più equilibrio nella negoziazione individuo/società, «L'attivazione è rivolta già ad una popolazione fortemente attiva [...]» (*Ibid.*, p. 267).

Di attivazione si parla anche in sanità. Il Servizio Sanitario inglese definisce il *patient activation* come un concetto che si collega a tutti i principi della *patient centred care*, un approccio che supporta le persone a sviluppare la capacità di gestione della propria salute (Hibbard e Gilbert, 2014). Secondo la teoria dell'attivazione da questo punto di vista, tanto più si è attivi, maggiori saranno le probabilità di impegnarsi in comportamenti sani, di autogestione della malattia e di saper cercare e utilizzare le informazioni sanitarie (Hibbard e Mahoney, 2010). Ci si concentra sulla *partnership* come relazione che abbatta l'asimmetria di potere tra medico e paziente nella quale i pazienti responsabilizzati devono essere coinvolti attivamente nelle loro cure. La relazione con il paziente è considerata un fattore importante poiché la natura dei ruoli e delle relazioni tra fornitore della cura e paziente può modellare atteggiamenti e comportamenti dei pazienti in modi che supportano oppure scoraggiano l'attivazione del paziente (Alexander *et al.*, 2012). L'attivazione è pertanto un nodo centrale nella gestione della cronicità poiché alti livelli di attivazione del paziente sono associati a un miglioramento dell'autocura, a comportamenti sani, a un migliore utilizzo dei servizi di *screening* e alla riduzione dei costi per il sistema sanitario (Greene *et al.*, 2005; Couture, 2018).

Il sistema di assistenza continuativa individuato dal Pnc si fonda su caratteristiche quali multidimensionalità, multidisciplinarietà e multilivello, ha l'obiettivo di determinare la realizzazione di progetti di cura personalizzati sul lungo periodo, di razionalizzare l'uso delle risorse e migliorare la qualità di vita, di prevenire disabilità e non autosufficienza e di «[...] essere efficace, efficiente e centrata sui bisogni globali, non solo clinici» (Pnc, 2016, p. 18) e sembra avere diversi punti in comune con il paradigma dell'attivazione.

Gli elementi di cui si fa promotore sono la valorizzazione e la riorganizzazione della rete assistenziale, la flessibilità dei modelli organizzativi e operativi, l'approccio integrato e l'attivazione di *setting* differenti (in base al diverso grado di complessità assistenziale e alle necessità del paziente), l'utilizzo di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (Pdta). Si tratta di piani di cura personalizzati, multidimensionali, gestiti con approccio proattivo che vedono nella prospettiva centrata sul paziente, nell'*empowerment*, nell'*ability to cope* e nell'autocura «[...] leve fondamentali per l'efficacia e l'efficienza del sistema» (*Ibid.*, p. 18).

La persona assistita è l'elemento centrale. Il Pnc ragiona nell'ottica della fiducia come «precondizione di efficacia, oltre che elemento fondamentale per la qualità di vita del paziente con cronicità» (*Ibid.*, p. 59) e della presa in carico in quanto «prodotto assistenziale» (*Ibid.*). A seguito della diagnosi, il Pnc richiede che il patto di cura venga profondamente interiorizzato da parte del paziente identificando nell'*ability to cope* la capacità di far fronte e di convivere con una patologia cronica. Vuole oltrepassare «la prassi che vede la "compliance" come massimo livello partecipativo da parte del paziente» (*Ibid.*, p. 60) facendo spazio all'*empowerment* e all'autocura.

Ability to cope, *empowerment*, *self-care* e paradigma dell'attivazione sono concetti contigui.

Della dipendenza da welfare e della dipendenza da sostanze

Il termine dipendenza oltre a essere inteso nel senso clinico di *addiction* è un termine ambiguo utilizzato in diversi contesti e con diversi significati. Fraser e Gordon (1994) nell'analizzare l'uso corrente del termine, individuano quattro registri: il primo, di natura economica, si riferisce ad un individuo che dipende da altre persone o istituzioni per la sussistenza; il secondo si riferisce ad uno status socio-giuridico, in cui vi è mancanza di personalità giuridica come nello stato di *coverture*⁵; il terzo di natura politica, in cui la dipendenza implica l'essere assoggettato ad una forza dominante esterna e il quarto di natura morale/psicologica che identifica nella persona dipendente tratti del carattere come mancanza di forza di volontà o eccessivi bisogni emotivi.

Questa distinzione analitica permette alle autrici di tracciare il percorso evolutivo del termine nella storia nonostante questo non si inserisca perfettamente in un solo dei registri individuati. Tra gli aspetti che vengono messi in evidenza è significativo il fatto che è con l'ascesa del capitalismo industriale e in seguito del capitalismo postindustriale, che il termine dipendenza ha acquisito una connotazione sempre più negativa, identificandosi come un difetto del carattere individuale. Originariamente la connotazione di questo termine aveva assunto, proprio in termini di welfare, un significato a confine tra il neutro e il de-stigmatizzante «[...] ironia della sorte, i riformatori nel 1890⁶ hanno introdotto il termine "dipendente" [...] come un sostituto per il vecchio peggiorativo "pauper" proprio al fine di de-stigmatizzare la ricezione di aiuto» (*Ibid.*, pp. 319-320).

Il registro che invece oggi prevale è quello morale/psicologico; l'immagine negativa che la dipendenza acquisisce porta ad associarla allo stigma e l'indipendenza diventa l'immagine di riferimento. L'uso del termine dipendenza sembra associarsi a colpevolezza e devianza; il tentativo di sostituire "pauperismo" con "dipendenza" fallisce. Dall'istituzione dell'*Aid to Dependent Children* (Adc) e successivamente dell'*Aid to Families with Dependent Children* (Afdc)⁷ viene a definirsi quella che oggi chiamiamo retorica della *welfare dependency*. Programmi di questo tipo creati dal *Social Security Act* del 1935⁸ offrivano aiuto alle madri *single* in condizione di povertà. Finanziati dalla fiscalità generale, venivano gestiti dagli stati attraverso il contributo del governo federale con grandi disparità da stato a stato ed erano destinati nello specifico ai *needy poors* che dimostrassero di essere tali (*means-tested*). Lo stigma che queste persone portavano con sé riguardava povertà e dipendenza dalla società e dal governo (Testi, 2002).

Se già in questi termini possiamo intravedere alcuni elementi comuni con la fascia di popolazione *addicted* socialmente esclusa⁹, è negli anni '80 che la tematica della *welfare dependency* si inserisce ancor di più nella ambito di nostro interesse. A questo proposito Fraser e Gordon (1994) scrivono: «Nuovi discorsi medici e psicologici postindustriali hanno associato la dipendenza con la patologia. Gli scienziati sociali hanno iniziato nel 1980 a scrivere di "chimica", "alcol" e "tossicodipendenza", eufemismi per la dipendenza. Dato che i richiedenti di welfare sono spesso falsamente considerati come dipendenti, le connotazioni patologiche di "tossicodipendenza" tendono anche ad infettare la "dipendenza dal welfare" aumentando la stigmatizzazione» (*Ibid.*, p. 325).

Schmidt e collaboratori (2002) provano a interpretare il nesso esistente tra l'*addiction* e la dipendenza da welfare in riferimento al *welfare for a job*. Studiano le vie attraverso le quali le per-

sone con dipendenza entrano ed escono dal sistema di welfare nel tempo. Si tratta di uno studio longitudinale che prende in considerazione 896 adulti di una regione del nord California che hanno usufruito dell'Afdc o della *General Assistance* (Ga)¹⁰. La ricerca va a indagare i legami tra *addiction* e *welfare dependency* sulla base di tre ipotesi teoriche: la teoria del capitale umano, la teoria del capitale sociale e la teoria dell'etichettamento.

La prima ipotesi parte dal presupposto che questa comprometta la capacità di lavoro e aumenti la vulnerabilità nell'utilizzo dei programmi di welfare ripetuti nel tempo, rendendo così più difficile l'accesso a un lavoro stabile. Si richiama l'idea che l'uso eccessivo del welfare può deteriorare le capacità di lavoro e attenuare i legami con il mercato del lavoro in linea con quanto sostenuto da Gottschalk e Moffitt (1994). Secondo questi autori la definizione più comune di dipendenza da welfare si concentra sulla lunghezza dei singoli periodi di assistenza dove a periodi più lunghi corrisponde maggiore dipendenza.

La prospettiva del capitale umano si associa anche ad un altro aspetto messo in luce negli anni a seguire da Henkel (2011): un uso problematico di sostanze diminuisce la possibilità di trovare un posto di lavoro e di conservarlo e aumenta la probabilità di disoccupazione. L'ipotesi degli autori è di comprendere se rispetto ad altri destinatari di programmi di welfare, i destinatari *addicted* avranno una minore probabilità di uscire dal *welfare for a job*, ci metteranno più tempo rispetto ad altri clienti e avranno maggiori probabilità di rientro.

La seconda ipotesi, la teoria del capitale sociale, si fonda sull'idea che i destinatari tossicodipendenti non possiedano il capitale sociale necessario per rimanere fuori dai programmi di welfare. In questa prospettiva il capitale sociale è inteso come la capacità di accumulare risorse attraverso l'appartenenza a durevoli reti sociali in cui il denaro e le risorse che generano le competenze sono condivise. La teoria vede quindi il suo riferimento in Coleman (1988) poiché prevede la presenza di vincoli di solidarietà, reciprocità e fiducia.

Nel caso di persone in stato di indigenza e con problemi di dipendenza da sostanze, scrivono Schmidt *et al.* (2002), possono verificarsi maggiori difficoltà a mantenere il rispetto e le aspettative di reciprocità di famiglia e amici, soprattutto se questi si rivolgono spesso ad altri per richieste di aiuto; alcol e droghe, isolando individui all'interno di gruppi di utenti, danneggiando la loro reputazione e limitando la possibilità di rivolgersi a estranei che possiedono più risorse, potrebbero promuovere l'accumulo di *capitale sociale negativo* (Portes, 1994; Portes e Sensenbrenner, 1993). È dimostrato che l'uso di sostanze nel tempo ha un impatto negativo sulle relazioni sociali tradizionali (Boeri, 2004). Flores e collaboratori (2013), nel descrivere il capitale sociale in una coorte di 227 uomini messicani americani utilizzatori di eroina da lungo tempo, sostengono che le *stable drug-using relationships* fornivano un capitale sociale negativo elevato, mentre le relazioni convenzionali uno positivo.

In merito a questa ipotesi Schmidt *et al.* (2002) prevedono che l'attore *addicted*, una volta uscito dal welfare, non potendo sempre contare sulla famiglia, sarebbe più incline a rientrarvi rispetto ad altri.

La terza ed ultima ipotesi, la teoria dell'etichettamento e della reazione sociale, trova riferimenti in Becker (1963) ma anche in Kitsuse (1962): «[...] la devianza può essere concepita come un processo attraverso il quale i membri di un gruppo, di una comunità o di una società: (1) interpretano un comportamento come deviante; (2) etichettano gli individui che si comportano in tal modo come un certo tipo di devianti; (3) riservano loro il tratta-

mento considerato opportuno per tali casi di devianza» (Kitsuse, 1962, p. 238).

Sulla base di questa teoria si sostiene che le persone con problemi di dipendenza sono più inclini alla dipendenza dal welfare perché le agenzie di welfare e gli assistenti sociali, che sono meno ospitali con queste persone, rendono più precaria la loro esistenza all'interno del sistema (Schmidt *et al.*, 2002). Si tratta del fenomeno di *revolving doors* (Fagan e Mauss, 1978), del *bureaucratic disentanglement* e delle sanzioni e trasferimenti interdipartimentali di clienti indesiderati (Lipsky, 1980; Schmidt, 1990). Per questa terza ipotesi Schmidt *et al.* (2002) prevedono che i destinatari dipendenti da sostanze saranno più suscettibili alle uscite dal welfare le quali comporteranno trasferimenti ad altri enti e possibili interruzioni degli aiuti a causa di comportamenti devianti.

Al termine dello studio, sulla base della verifica di queste ipotesi, concludono che l'alcol e la tossicodipendenza non sono forti predittori per valutare l'uscita dal *welfare for a job*. Sostengono però che la dipendenza da sostanze è un fattore determinante di abbandono del welfare dovuto a disagi famigliari e alla sospensione degli aiuti pubblici; fattori indicativi di processi sottostanti che coinvolgono il capitale sociale e l'etichettatura istituzionale. Questi fattori producono *exit* più instabili e determinano nel tempo un alto rischio di rientro nei programmi di welfare.

Ipotesi interpretative

Abbiamo detto che l'*addiction* può essere a tutti gli effetti considerata una condizione cronica e che quindi, in quanto tale, può essere gestita secondo i modelli di gestione della cronicità come ad esempio il Ccm. Sappiamo che il Pnc considera il Ccm un modello e mette al centro del documento *ability to cope, empowerment* e autocura e che questi, tra l'altro, sono elementi riconducibili al paradigma dell'attivazione. È verosimile pertanto sostenere che: se nel modello universalistico il rischio è che l'attivazione sia rivolta ad una popolazione già fortemente attiva (Barbier, 2005), e pertanto autonoma e in grado di gestirsi e muoversi nella rete dei servizi, allora quella non attiva si troverà verosimilmente in una condizione di esclusione e di maggior legame con il circuito dell'assistenza. Se a questo si aggiunge che modelli di *empowerment* e autocura della malattia cronica, come successo ad esempio nel caso dell'*Expert Patient Programme* (EPP)¹¹, rischiano di dar luogo a colpevolizzazioni del malato per la sua stessa malattia (Taylor e Bury, 2007) e che i consumatori di sostanze sono spesso soggetti a colpevolizzazioni per la loro dipendenza (Singleton 2010) (vedi il registro morale/psicologico), il rischio di scivolare nella retorica della dipendenza da welfare, anche nell'ambito di situazioni differenti dal *welfare for a job*, può essere presente.

Riferendoci ad una visione ristretta di *welfare state* (Saraceno, 2013)¹², proviamo a questo punto a ragionare sul legame tra l'*addiction* e la generazione della retorica della dipendenza dal welfare calandola nel nostro contesto.

I servizi per le dipendenze in Italia, pur essendo servizi sanitari, attraversano aspetti vicini ai servizi sociali; si pensi ad esempio alle differenti offerte in merito alle attività di *networking* che prevedono non solo interventi informativi e di educazione sanitaria, ma anche attività di formazione, studio e avviamento al lavoro (Iss, 2013).

Questa similitudine permette l'analogia con le stesse ipotesi utilizzate nell'articolo di Schmidt e collaboratori (2002) sopra citato.

In merito al capitale umano, considerando che il titolo di studio è l'indicatore più utilizzato in Italia per la ricerca e il monitoraggio delle disuguaglianze di salute (Costa *et al.*, 2014) e che, in un'indagine effettuata su di un campione di circa 2000 persone tra comunità terapeutiche e servizi a bassa soglia, il valore modale del livello di istruzione è la licenza media (DPA, 2015), è evidente che ci troviamo di fronte ad una popolazione estremamente fragile. Pertanto, se secondo la logica consumerista, il paziente istruito è un paziente più esigente e propenso all'auto-cura (Tousijn, 2006), per contro quello meno istruito avrà un atteggiamento passivo e deferente verso operatori e servizi.

Ora torniamo alla questione tempo: «Consideriamo un gruppo di persone – eterogeneo rispetto al grado di “abilità” ed identiche per ogni altro aspetto – che si ritrovano a fruire del sussidio nello stesso momento. Osserviamo la velocità di uscita dalla condizione di assistenza. Il gruppo originario comprende abili e meno abili; il ritmo di uscita dall'assistenza all'inizio è abbastanza sostenuto. Man mano che passa il tempo, il gruppo degli assistiti si restringe, perché, nel frattempo, i più abili trovano lavoro; rimangono quindi solo gli individui meno abili. Anche in assenza di effetti corruttivi dell'assistenza sul comportamento dei beneficiari, ciò che si osserva è una velocità di uscita decrescente nel tempo» (Contini e Negri, 2004, p. 131).

Se il tempo è da considerare e l'attivazione è da promuovere, allora gli interventi di *alfabetizzazione* rivestiranno un ruolo fondamentale. Gli interventi di *literacy*, proprio nell'ottica della centralità della persona assistita, dovrebbero essere personalizzati e tarati sulla base delle differenze individuali e delle comunità, tenendo in considerazione il contesto socio-culturale e il livello di istruzione, nonché il ruolo della famiglia.

Riprendiamo l'esempio dell'Epp in quanto modello già consolidato di gestione della cronicità. Si tratta di una politica di intervento che mira a ridurre i costi e a migliorare la qualità di vita attraverso la formazione alla gestione della salute nei malati cronici; incide positivamente sull'acquisizione di capitale umano, ma può dar luogo a colpevolizzazioni ed è dimostrato che per un tempo superiore a sei mesi non è significativo sull'utilizzo ordinario dei servizi (Kennedy, 2007). Questo dimostra che nonostante si tratti di una politica mirata all'attivazione l'Epp non riduce la dipendenza dai servizi, ma anzi può incentivare fenomeni di *revolving doors*. Interventi di questo tipo e gli interventi di *empowering* in genere, necessitano di un monitoraggio stretto da parte degli operatori della salute per evitare di ribaltarne il significato.

Per quanto riguarda il capitale sociale, come già sostenuto nelle ipotesi di Schmidt e collaboratori (2002), la popolazione dipendente da sostanze ha maggiori difficoltà a mantenere legami di reciprocità con famigliari e amici, pertanto è possibile che i servizi diventino parte centrale del capitale sociale. Se il basso livello di istruzione o il reddito basso, condizioni comuni a molte situazioni di *addiction*, sono associabili a bassi livelli di attivazione (Couture, 2018) allora il legame dei “non attivi” con i servizi si farà più forte e la dipendenza da welfare sarà funzionale all'equilibrio di vita.

Applicando nuovamente l'analogia con le politiche per il lavoro e di sostegno al reddito, potremmo spiegare questo aspetto con i *cultural models* di Bane e Ellwood (1994)¹³. I *cultural models* «[...] ipotizzano infatti che i poveri abili¹⁴, sussidiati per un lungo periodo possano progressivamente apprendere nuove abitudini e norme più o meno “devianti” e modificare così passo dopo passo le proprie preferenze, fino a non desiderare più – per ragioni interne e non più per causa dei vincoli esterni – di rendersi autonomi dai pubblici sostegni» (Contini e Negri, 2004, p. 134).

Un altro aspetto che può presentarsi è l'accumulo di *capitale sociale negativo* e la reiterazione di comportamenti devianti. Si rischia l'etichettamento da parte dei professionisti, interno ai servizi.

Secondo Lipsky (1980) gli *street level bureaucrats*, siano essi assistenti sociali, infermieri, educatori, insegnanti, agiscono interpretando le norme, ovvero con discrezionalità; il loro agire si caratterizza spesso nella costruzione di stereotipi, come modalità di difesa dall'incertezza. Si tratta di un agire che contrappone la semplificazione alla complessità della relazione, che previene dalle delusioni che è possibile incontrare. Si pensi ancora una volta alle politiche per il lavoro e alla *scrounger narratives* (Wincup e Monaghan, 2016). Da un ricerca effettuata nel Regno Unito da Singleton (2010) emerge che oltre due terzi degli intervistati (68%) sostengono di avere la responsabilità di fornire la migliore assistenza possibile alle persone con tossicodipendenza, ma emerge anche che per il 47% i tossicodipendenti sono un peso per la società. I tossicodipendenti non sono solo giudicati per la loro dipendenza da sostanze illecite, ma anche dal *welfare state* e si trovano saldamente all'interno della categoria *scrounger* (Wincup e Monaghan, 2016).

Questi pregiudizi che possono essere presenti anche internamente ai servizi, finiscono col determinare una profezia che si autodempie (Merton, 1949), che rende meno efficace o nega sin dall'inizio la ricerca di interazioni significative.

Alla luce di quanto detto sinora, la gestione della cronicità, nel caso della dipendenza da sostanze, nonché il possibile discorso sulla dipendenza da welfare, apre quanto meno a due ipotesi interpretative: la prima in termini di disuguaglianza, la seconda in termini di condizione in un certo senso connaturata alla dimensione stessa della cronicità.

In un caso la gestione della cronicità che affronta il bisogno di utilizzare criteri di attivazione può diventare doppiamente selettiva: dapprima selezionando tra attivi e non attivi e, successivamente, la sensazione è che distingue anche tra non attivi meritevoli e non meritevoli.

In questo senso gli operatori possono diventare loro stessi promotori di disuguaglianza su due fronti poiché da un lato gli esclusi si troverebbero a dover cercare soluzioni altrove, in altri servizi o nel circuito illegale, amplificando così il fenomeno di *revolving doors*; dall'altro, potrebbero instaurare una relazione estremamente forte con gli operatori al punto di non voler più ricercare una via di uscita con una conseguente stabilizzazione della dipendenza dall'assistenza che porterebbe a una perdita delle possibilità di attivazione.

Dall'altro punto di vista invece, sappiamo che la cronicità è una condizione di lungo decorso i cui obiettivi di cura non possono essere rivolti alla guarigione. Sappiamo inoltre che l'*addiction* può essere considerata come una patologia cronica che spesso comporta cicli di ricaduta e remissione (Asam, 2011) (fattore che spiega anche alcune dinamiche di *revolving doors*) e che «Oltre alle conseguenze sulla salute, per una persona la dipendenza ha anche notevoli ripercussioni sociali sotto forma di disoccupazione, dipendenza dall'assistenza pubblica, indebitamento[...]» (UFSP, 2015, p. 38).

È in questa prospettiva che la dipendenza dai servizi rappresenterebbe in sé una condizione assolutamente naturale.

Note

1. Riferendosi al disturbo grave da uso di sostanze il *National Institute of Drug Abuse* (NIDA, 2014) definisce l'*addiction* una malattia cronica

e recidivante del cervello caratterizzata dalla compulsiva ricerca e dall'uso di una sostanza nonostante le sue conseguenze dannose. Simile anche la definizione dell'*American Society of Addiction Medicine* (Asam, 2011) una malattia cronica del cervello e dei meccanismi di ricompensa, motivazione, memoria e dei circuiti collegati.

2. Il *Patient Protection and Affordable Care Act* (Aca) è la riforma sanitaria nota anche come *Obamacare*.

3. Le altre fasi sono: Fase 1: Stratificazione e Targeting della popolazione, Fase 2: Promozione della Salute, Prevenzione Diagnosi Precoce, Fase 3: Presa In Carico E Gestione Del Paziente Attraverso Il Piano Di Cura, Fase 4: Valutazione Della Qualità Delle Cure Erogate.

4. Le Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei (WHO, 2009) raccomandano le dosi take home «[...] nel caso in cui la situazione sociale e il dosaggio del farmaco siano stabili e quando il rischio di diversione del farmaco per scopi illeciti sia ridotto» (*Ibid.*, p.16).

5. Coverture era una dottrina legale dell'Inghilterra medioevale per cui a differenza della condizione di feme sole dove la donna aveva il diritto di avere una proprietà sua e fare contratti in suo nome la feme covert quindi sposata, perdeva personalità giuridica che era definita dall'unità coniugale una finzione giuridica in cui il marito e la moglie erano considerati un'unica entità: il marito.

6. Il periodo tra il 1890 e il 1945, con l'evoluzione dei discorsi sul pauperismo sino alla *progressive era* e poi al *new deal*, ha segnato, secondo Fraser e Gordon, l'ascesa della dipendenza da welfare in America.

7. L'AFDC fu sospeso nel 1996 e sostituito con il Temporary Assistance for Needy Families (TANF) il 1° luglio 1997. Ancor più restrittivo dell'AFDC il TANF nel decennio 1995-2005 registrò un declino dall'84% al 40% dei beneficiari partecipanti, dovuto principalmente alla decisione della famiglie di non fare richiesta di adesione al programma a causa delle condizionalità riguardanti l'occupazione (cercare lavoro, formazione professionale, occupazione per un numero minimo di ore settimanali variabili in relazione all'età dei figli minori) considerate come troppo stringenti per famiglie multiproblematiche (presenza di problemi di tossicodipendenza, malattia mentale, basse competenze, vittime di violenza domestica) oppure troppo complicate (Leone, 2015).

8. Il Social Security Act è una legge statunitense emanata nell'ambito del New Deal che introduceva indennità di disoccupazione, malattia e vecchiaia. È stata firmata il 14 agosto 1935 da Franklin D. Roosevelt.

9. Non tutti i consumatori di sostanze sono esclusi socialmente. Nonostante ciò è noto che l'uso di sostanze può essere conseguenza e causa di esclusione (Emcdda, 2003)

10. *General Assistance* è un termine usato negli Stati Uniti per indicare programmi di welfare a beneficio di adulti senza familiari a carico.

11. L'*Expert Patient Programme* è progettato per introdurre un modello di autogestione della malattia cronica. Si fonda su un modello, il modello Stanford un modello riconosciuto anche dal Pnc.

12. Saraceno (2013) distingue due diverse concezioni di *welfare state*: una allargata che definisce una società in cui lo stato interviene nei meccanismi di riproduzione economica e di redistribuzione con il fine di riassegnare le opportunità di vita tra gli individui e le classi sociali; una ristretta che riguarda l'insieme delle politiche sociali quali i servizi sociali, il servizio sanitario, le forme di sostegno al reddito e le politiche della casa.

13. Bane e Elwood (2004) individuano tre famiglie di meccanismi in grado di generare la dipendenza: *rational choice models*, *expectancy* (o *psycho social models*), *cultural models*.

14. Il *paper* descrive i poveri abili come coloro che si trovano a fruire dei sussidi pubblici per ragioni non connesse all'handicap o all'età.

Bibliografia

Acquaro J. (2016). Suggestimenti per la valutazione e il trattamento delle lesioni cutanee croniche nei servizi a bassa soglia. *Acta Vulnol*, 4(2): 103-9.

Alexander J.A. (2012), Patient-Physician Role Relationships and Patient Activation among Individuals with Chronic Illness. *HSR: Health Serv Res*, 47(3), Part I. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01354.x.

- American Society of Addiction Medicine (ASAM) (2011). *Public Policy Statement: short definition of addiction*. Chevy Chase: ASAM.
- Bane M., Ellwood D. (1994). *Welfare realities: from rhetoric to reform*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Barbier J.C. (2005). Attivazione. *RPS*, 1: 257-290.
- Becker H.S. (1963). *Outsiders*. New York: The Free Press. Trad. it. *Outsiders. Saggi di sociologia della devianza*. Torino: Edizioni Gruppo Abele, 1987.
- Bignamini E. (2009). Le ragioni dell'affido. In: Fea M., *Manuale critico sull'affido dei farmaci oppiacei*. Milano: FrancoAngeli.
- Bodenheimer T., Wagner E.H., Grumbach K. (2002). Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA*, 288(14): 1775-9 and 288(15): 1909-14.
- Boeri M.W. (2004). "Hell, I'm an addict, but I ain't no junkie": An ethnographic analysis of aging heroin users. *Human Organization*, 63(2): 236-245. doi.org/10.17730/humo.63.2.p36eqah3w46pn8t2.
- Coleman J.S. (1988). Social capital in the creation of human capital. *Am J Sociol*, 94: S94-S120.
- Contini D., Negri N. (2004). Assistenza uguale dipendenza? Dipende. *RIV*, 30: 127-149.
- Costa G., Bassi M., Gensini G.F. et al. (a cura di) (2014). *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: FrancoAngeli.
- Couture E.M., Chouinard M.C., Fortin M. et al. (2018). The relationship between health literacy and patient activation among frequent users of healthcare services: a cross-sectional study. *BMC Fam. Pract*, 19(1): 38. doi: 10.1186/s12875-018-0724-7.
- Dipartimento Politiche Antidroga (2015). *Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia*. Roma: Dipartimento Politiche Antidroga.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2003). *Social exclusion and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) (2003). Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway. Lisbona: Emcdda.
- Fagan R.W., Mauss A.L. (1978). Padding the revolving door: An initial assessment of the uniform alcoholism and intoxication treatment act in practice. *Soc Probl*, 26: 232-246. doi: 10.2307/800285.
- Fea M. (2009). Introduzione. In: Fea M. (a cura di), *Manuale critico sull'affido dei farmaci oppiacei*. Milano: FrancoAngeli.
- Flores D.V., Torres L.R., Torres-Vigil I. et al. (2013). El Lado Oscuro: The Dark Side of Social Capital in Mexican American Heroin Using Men. *J Ethn Subst Abuse*, 12(2): 124-39. doi: 10.1080/15332640.2013.788897.
- Fraser N., Gordon L. (1994). A genealogy of dependency: tracing a keyword of the Us welfare state. *Signs*, 19: 309-34.
- Gottschalk P., Moffitt A. (1994). Welfare Dependence: Concepts, Measures, and Trends. *Am Econ Rev*, 84, 2: 38-42.
- Greene J., Hibbard J.H., Sacks R. et al. (2015). When patient activation levels change, health outcomes and costs change, too. *Health Aff*, 34(3): 431-7. doi: 10.1377/hlthaff.2014.0452.
- Henkel D. (2011). Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature (1990-2010). *Curr Drug Abuse Rev*, 4: 4-27. doi: 10.2174/1874473711104010004.
- Hibbard J.H., Gilbert H. (2014). *Supporting people to manage their health. An introduction to patient activation*. London: The King's Fund.
- Hibbard J.H., Mahoney E. (2010). Toward a Theory of Patient Activation. *Patient Couns*, 78(3): 377-81. doi: 10.1016/j.pec.2009.12.015.
- Jaffe J.H., Martin W.R. (1992). *Opioid analgesics and antagonists. The pharmacological basis of therapeutics*. New York: McGraw-Hill.
- Kennedy A., Reeves D., Bower P. et al. (2007). The effectiveness and cost effectiveness of a national lay-led self care support programme for patients with long-term conditions: a pragmatic randomised controlled trial. *J Epidemiol Community Health*, 61(3): 254-261. doi: 10.1136/jech.2006.053538.
- Kitsuse J.I. (1962). Social Reaction to Deviance: Problems of Theory and Method. *Social Problems*, 9: 247-256.
- Istituto Superiore di Sanità (ISS) (2013). Regione Lazio. *Appropriatezza dei percorsi assistenziali per le dipendenze patologiche*. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Leone L. (a cura di) (2015). *Trasferimenti monetari condizionali per il contrasto della povertà infantile e l'inclusione sociale: una review realista sui paesi dell'area OCSE*. Roma: Foromez PA. Dipartimento per le Politiche di Coesione, Presidenza del Consiglio dei Ministri.
- Lipsky M. (1980). *Street-level bureaucracy*. New York: Russel Sage Foundation.
- Lucchini A. (2014). *Società consumi dipendenze. Principi Contesti Servizi*. Milano: FrancoAngeli.
- McLellan A.T., Lew D.C., O'Brien C.P. et al. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13): 1689-95. doi: 10.1001/jama.284.13.1689.
- McLellan A.T., Starrels J.L., Tai B. et al. (2014). Can Substance Use Disorders be Managed Using the Chronic Care Model? Review and Recommendations from a NIDA Consensus Group. *Public Health Rev*, Jan. 35(2): 1-12. doi: 10.1007/bf03391707.
- Merton R.K. (1938). Social Structure and Anomie. *Am Sociol Rev*, 3(5): 672-82.
- Ministero della Salute (2016). *Piano Nazionale della Cronicità*. Consultabile all'indirizzo: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2584_allegato.pdf.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA) (2014). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of addiction*. Consultabile all'indirizzo: www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_2014.pdf.
- Portes A., Sesebrenner J. (1993). Embeddedness and immigration: Notes on the social determinants of economic action. *Am J Sociol*, 98: 1320-1350.
- Portes A. (1998). Social capital: Its origins and applications in modern sociology. *Annu Rev Sociol*, 24: 1-24.
- Saraceno C. (2013). *Il welfare. Modelli e dilemmi della cittadinanza sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Schmidt L.A. (1990). Problem drinkers and the welfare bureaucracy. *Soc Serv Rev*, 61: 390-406.
- Schmidt L., Dohan D., Wiley J. et al. (2002). Addiction and Welfare Dependency: Interpreting the Connection. *Soc Probl*, 49, 2: 221-241. <https://doi.org/10.1525/sp.2002.49.2.221>.
- Singleton N. (2010). *Attitudes to drug dependence: Results from a survey of people living in private households in the UK*. London, UK: Drug Policy Commission.
- Smith M.E., Robinowitz N., Chaulk P. et al. (2014). Self-care and risk reduction habits in older injection drug users with chronic wounds: a cross-sectional study. *Harm Reduct J*, 11(1), 28: 1-9. doi: 10.1186/1477-7517-11-28.
- Taylor D., Bury M. (2007). Chronic illness, expert patients and care transition. *Sociol Health Illn*, 29(1): 27-45. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.00516.x.
- Testi A. (2002). Cittadinanza sociale e cittadinanza politica negli Stati Uniti: considerazioni sul non voto degli americani nel novecento. In: Sorba C. (a cura di), *Atti del convegno annuale SISSCO*, Padova, 2-3 dicembre 1999, Ministero per i Beni e le attività culturali.
- Tousijn W. (2006). I medici e gli altri: dal conflitto alla cooperazione. *Janus*, 6(23): 20-26.
- Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) (2015). *Strategia nazionale dipendenze 2017-2024*. Berna: UFSP. Consultabile all'indirizzo: www.admin.ch/ch/i/gg/pc/documents/2660/Strategia_Nazionale_Dipendenze.pdf.
- Università Cattolica del Sacro Cuore (2018). *Rapporto Osservasalute 2017*. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore. Consultabile all'indirizzo: www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2017.
- Villa M. (2007). *Dalla protezione all'attivazione. Le politiche contro l'esclusione tra frammentazione istituzionale e nuovi bisogni*. Milano: FrancoAngeli.
- West R. (2006). *Theory of addiction*. Oxford: Blackwell.
- Wincup E., Monaghan W. (2016). Scrounger narratives and dependent drug users: welfare, workfare and warfare. *J Poverty Soc Justice*, 24(3): 261-75. doi: 10.1332/175982716X14721954315084.
- World Health Organization (WHO) (2009). *Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei*. Geneva: WHO.