

Addiction, cronicità e Servizi per le Dipendenze

Johnny Acquaro*, Emanuele Bignamini*

SUMMARY

■ *Addiction, such as other chronic conditions, is a multifactorial disease. It is related to natural, behavioral and environmental factors and like other chronic diseases affects some dimensions that can give rise to a biographical disruption. The manuscript analyzes these elements in medical terms and in terms of career considering the role of services for addictions on this issue.* ■

Keywords: *Addiction, Chronic disease, Career, Demedicalization, Addiction department.*

Parole chiave: *Addiction, Cronicità, Carriera, Demedicalizzazione, Ser.D.*

Una malattia o condizione morbosa dal decorso lento e con scarsa tendenza a raggiungere la guarigione, la morte, o l'adattamento a nuove condizioni di vita, attraverso l'instaurarsi di un nuovo equilibrio è definita, nel linguaggio comune e in medicina, una condizione cronica (Treccani, 2016).

Il National Institute of Drug Abuse (NIDA) definisce l'*addiction* una malattia cronica e recidivante del cervello caratterizzata dalla compulsiva ricerca e uso di una sostanza nonostante le sue conseguenze dannose.

Nel definire l'*addiction* il NIDA si rifà al disturbo grave da uso di sostanze così come proposto dal DSM 5.

Questo punto di vista, di impronta neurobiologica (*Brain disease model*) considera l'*addiction* una malattia del cervello perché le sostanze ne modificano struttura e funzionamento, determinando cambiamenti che possono durare a lungo ed essere dannosi per le persone che abusano di sostanze; in questo senso, la considera al pari di altre malattie croniche, paragonandola alle malattie cardiovascolari poiché entrambe interrompono il normale e sano funzionamento dell'organo sottostante, possono determinare gravi conseguenze, possono essere prevenute e curate, ma se non trattate, possono durare tutta la vita (NIDA, 2014).

L'*addiction* come altre condizioni croniche è correlata a fattori biologici, comportamentali e ambientali e in quest'ottica, in quanto malattia multifattoriale, coinvolge la persona e incide anche su aspetti di identità determinando una *biographical disruption* (Bury, 1982).

Obiettivo di questo lavoro è analizzare l'*addiction* per il suo aspetto di patologia cronica sia in termini medici, sia in termini di "carriera" del paziente e considerare il ruolo dei Servizi per le dipendenze in ordine questa tematica.

Per semplificare, i riferimenti all'*addiction* saranno legati principalmente alle sostanze psicotrope.

Nel primo paragrafo introduttivo andremo ad analizzare la definizione abitualmente accettata di *addiction* facendo convergere aspetti di natura medica e sociologica.

Nel secondo paragrafo l'attenzione si concentrerà sulla prospettiva biografica mettendo in evidenza elementi che interessano devianza, etichettamento e identità.

Nel terzo paragrafo faremo alcune considerazioni su come i Servizi per le dipendenze sono stati determinanti nei processi di demedicalizzazione.

Definire l'addiction

Per parlare di *addiction* occorre innanzitutto fare chiarezza sull'utilizzo dei termini *uso*, *abuso*, *dipendenza* e *mania*.

Per *uso* si intende l'assunzione di natura voluttuaria, ludico/ricreativa, sociale, di una sostanza senza che ne conseguano disturbi soggettivi di tipo fisico o psichico e problemi di natura comportamentale. L'esempio più comune è quello del consumo di alcool: se è vero che esistono gli alcolisti, è altrettanto vero che esistono consumatori di alcolici che non manifestano disturbi alcol correlati.

Nel caso in cui invece l'assunzione della sostanza causi problemi di natura normativa, relazionale o sanitaria in relazione al contesto in cui avviene il consumo lo definiamo *abuso*¹.

Riguardo alla *dipendenza* (tossicodipendenza) questa si verifica quando l'assunzione della sostanza "diventa una necessità per compensare od equilibrare un'alterazione del funzionamento dell'individuo causata dall'assunzione della droga stessa" (Bignamini, Galassi, 2017).

Definiamo invece *mania* (tossicomania) la situazione in cui all'assunzione della sostanza non segue un recupero dell'omeostasi, non c'è compensazione, ma l'esaltazione progressiva e la perdita del controllo che porta voler continuare l'assunzione anche al di là dei limiti della tolleranza, fino all'intossicazione acuta e a gravi effetti collaterali (*Ibid.*).

La definizione di *addiction*² in quanto "costrutto multiforme socialmente definito" (Emcdda, 2013) è soggetta a varie definizioni sotto differenti punti di vista e a volte parzialmente sovrapponibili.

La traduzione italiana di *addiction* con il termine dipendenza è, a giudizio di chi scrive, impropria. Nonostante ciò, la letteratura italiana e non solo³ fa spesso riferimento ai termini dipendenza, dipendenza patologica e *addiction* come sinonimi.

Così sarà anche in questo lavoro.

* Dipartimento Dipendenze ASL Città di Torino.

Il termine dipendenza può risultare fuorviante e rimanda a significati come la dipendenza fisica, dipendenza che non sempre evolve in *addiction* (O'Brien, 2006).

Per intendersi, la dipendenza fisica è quella che si manifesta con astinenza e tolleranza, ma "La semplice crisi di astinenza, così come la capacità, acquisita con l'abitudine, di sopportare alte dosi di sostanze ('tolleranza'), non sono elementi, che da soli, consentono di fare diagnosi di tossicodipendenza" (Bignamini, 2006).

Questo aspetto rilevante è stato preso in considerazione anche sul piano sociologico. Weinberg nel suo articolo *Sociological perspective on addictions* (2011) individua due autori utili per fare chiarezza: A. Lindesmith e M. Ray.

Lindesmith, autore seminale per la ricerca sociologica nelle dipendenze notò che chi acquistava eroina in strada era più vulnerabile all'*addiction* rispetto a coloro che assumevano oppiacei in ambito ospedaliero.

Entrambi sperimentavano sintomi fisici di astinenza ma al momento dell'interruzione dall'uso della sostanza, solo gli utenti "di strada" diventano consapevoli del fatto che la fonte del loro disagio era la privazione della sostanza.

Sostenne che la somministrazione ripetuta di oppiacei a volte è seguita da dipendenza e altre volte non lo è.

Secondo l'autore il fattore che rappresenta questo effetto differenziale è determinato da conoscenza o da convinzioni personali, acquisite nell'ambiente culturale; pertanto esclude che l'uso di sostanze esiti sempre in *addiction* mentre presume che l'astinenza sia necessaria per lo sviluppo di una dipendenza patologica.

Lindesmith tiene distinti aspetti fisici e psichici, mentre oggi tale distinzione è superata.

Perché ci sia *addiction* occorre che l'assunzione della sostanza corregga uno squilibrio non esclusivamente fisico, ma anche di natura comportamentale e di relazione tra l'individuo e la sostanza. Weinberg (2011) mette in luce che oltre a distinguere artificialmente la dipendenza fisica da quella psicologica in Lindesmith vi è un altro serio problema di analisi, quello della ricaduta.

Su questo aspetto Ray (1961) utilizzando l'approccio dell'interazionismo simbolico tenta di spiegare i processi di astinenza e ricaduta (Weinberg, 2002).

Spiega come il tossicodipendente nel percorso di cura cominci a mettere in discussione la sua identità in quanto risultato di interazioni con altri significativi e conclude definendo la ricaduta come un fenomeno determinato dalla valutazione razionale di pro e contro dell'essere tossicodipendente rispetto all'essere astinente (Weinberg, 2011).

Anche l'approccio di Ray sembra essere superato: non tiene conto della prospettiva neurobiologica. In questa prospettiva la ricaduta è determinata da una questione di memoria caratterizzata da tre condizioni favorevoli: la sostanza (rilascio dopamina), l'esposizione agli stimoli (rilascio glutammato) lo stress (il rilascio ormone delle stress, il CRF) (Volkov *et al.*, 2012).

Se prendiamo in analisi la definizione dell'*American Society of Addiction Medicine* (ASAM, 2011) e quella dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 1994) giungiamo alla conclusione che tutti questi elementi (intersezione mente-corpo e ciclo remissione-ricaduta) risultano essere definenti.

Per l'ASAM l'*addiction* è "una malattia cronica del cervello e dei meccanismi di ricompensa, motivazione, memoria e dei circuiti collegati. La disfunzione in questi circuiti porta a manifestazioni biologiche, psicologiche, sociali e spirituali caratteristiche. [...] è caratterizzata da perdita di controllo del comportamento, dal

craving, dalla diminuzione di relazioni interpersonali, e da risposte emotive disfunzionali. Come altre malattie croniche, la dipendenza spesso comporta cicli di ricaduta e remissione".

Mentre per la WHO la dipendenza da sostanze è "uso ripetuto di una o più sostanze psicoattive, nella misura in cui l'utente (indicato come un addict) è periodicamente o cronicamente intossicato, mostra una compulsione ad assumere la sostanza preferita (o sostanze), ha grande difficoltà a cessare volontariamente o modificare la sostanza d'uso, è determinato a ottenere la sostanza con quasi qualsiasi mezzo. [...] La vita dell'addict può essere dominata da uso di sostanze ed escludere virtualmente tutte le altre attività e responsabilità. [...] L'*addiction* è di lunga durata e variabile. È considerata da molti una malattia debilitante [...] che è inesorabilmente progressiva".

Le due definizioni hanno in comune diversi aspetti: riconoscono congiuntamente sia la sfera fisica sia la sfera psichica, considerano gli aspetti neurobiologici, psicologici e comportamentali, nonché la perdita delle relazioni; si riferiscono inoltre all'idea di cronicità individuando nel decorso progressivo e di lunga durata un fattore specifico che può portare a disabilità o morte.

Carriera Addicted

L'incontro con la sostanza, che può evolvere in *addiction*, coinvolge profondamente le dimensioni biologiche e psicologiche dell'individuo.

Secondo Bignamini e Galassi (2017) l'*addiction* è una patologia della relazione, risultante dall'interazione tra tre vettori: soggetto (aspetti genetico-biologici e psico-affettivi), oggetto (sostanza, situazione, comportamento) e ambiente (dimensione valoriale, culturale, relazionale, socio economica) in cui si realizza l'interazione.

Il risultato dell'interazione potrà essere diverso (uso, abuso, dipendenza, mania) in base all'equilibrio possibile in un dato momento (Bignamini, Bombini, 2004).

Ci troviamo di fronte ad una patologia complessa in cui qualsiasi variazione intervenga, produce instabilità, determina cambiamenti continui e interroga diverse dimensioni al punto da determinare vere e proprie trasformazioni radicali della persona.

Dal punto di vista biografico, A. Meo (2000) mette in connessione carriera morale e carriera relazionale e analizza eventi *spiazanti* come l'esperienza della vita in strada dei senza casa e la tossicodipendenza nei percorsi di comunità, due eventi utili a chiarire trasformazioni nei percorsi relazionali e sociali.

Non vogliamo con questo cadere nella visione stereotipata dei funzionalisti secondo cui i tossicodipendenti sono necessariamente soggetti socialmente svantaggiati (Weinberg, 2011). L'esclusione sociale non è una caratteristica di tutti i consumatori di sostanze.

Ma non possiamo non tener presente che l'uso di sostanze può essere al tempo stesso causa e conseguenza di esclusione (Emcdda, 2003).

Si pensi alla condizione di senza-casa, che è un rilevante elemento di connessione tra esclusione e salute ed è strettamente legato alla condizione di tossico/alcolodipendenza, alcolodipendenza, disturbo mentale o a una combinazione di questi problemi (Costa *et al.*, 2014).

Nella prospettiva biografica ai cambiamenti di rapporto con la sostanza corrispondono "mutamenti in altri ambiti dell'esistenza: si indebolisce la percezione del controllo sulla situazione, si modificano le pratiche quotidiane legate all'uso della sostanza, si deteriora l'immagine sociale che il soggetto deteneva in pre-

cedenza, si modificano gli atteggiamenti degli altri significativi nei suoi confronti” (Meo, 2000).

Per quanto concerne la carriera del tossicodipendente, emergono anche aspetti di *carriera deviante* (Becker, 1963).

Merton (1957) individua nella *rinuncia* la modalità di adattamento in cui collocare senza dimora e tossicodipendenti. Cloward e Ohlin (1968) ascrivono i consumatori di sostanze nella tipologia subculturale *astensionista*.

In questa direzione, rinunciataria e astensionista, si sviluppa un progressivo processo di allontanamento dei *commitments* convenzionali (Becker, 1963) vale a dire dei principi, delle regole convenzionali e dei valori, nonché delle relazioni con persone estranee al mondo delle dipendenze (Molteni, 2011).

Quest’allontanamento può determinare l’isolamento da altri significativi.

In quest’ottica, se è vero che “Trattare una persona deviante per un aspetto come se lo fosse per tutti gli altri produce una profezia che si autodetermina” (Becker, 1963), allora l’etichetta di deviante ne enfatizza le caratteristiche facendole passare in primo piano rispetto alle altre. Vengono ad intersecarsi aspetti di un’identità attribuita dall’esterno, con cui il soggetto dovrà mettersi a confronto e reagire, poiché la concezione di sé viene minacciata e compromessa (Sciolla, 2010).

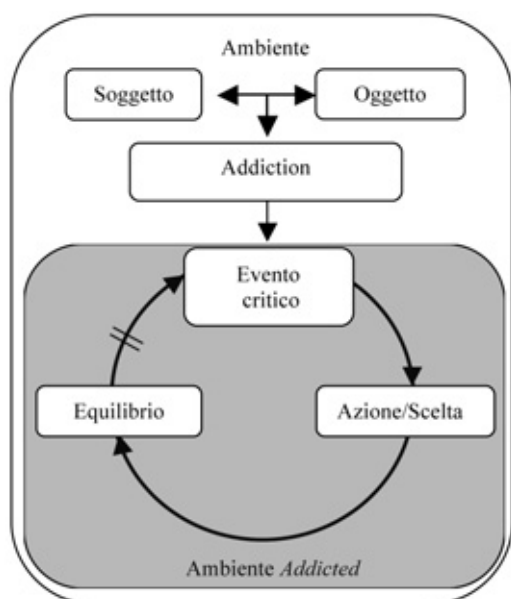
La reazione a questi eventi dissonanti costituisce quel processo che porta verso lo stigma e può portare all’accettazione di un’identità negativa.

L’individuo tenderà a conformare la sua immagine con quella che gli viene trasmessa, anche per effetto della difficoltà di portare avanti scelte coerenti con lo status principale precedente secondo la logica per cui un misconoscimento è meglio di nessun riconoscimento (*Ibid.*).

La reazione a questi fenomeni se non comporta l’abbattimento dell’autostima e dell’identità può dar luogo a fenomeni di segregazione che sono un modo per “trovare rassicurazione del proprio status davanti alla comune esperienza di marginalità” (*Ibid.*) ma potrebbero anche contribuire a intensificare lo status di deviante e l’isolamento e l’auto-segregazione. Rappresentano una forma di difesa, ma sono anche conseguenza delle difficoltà di inserimento e dell’ostilità percepita.

Emergono numerosi fattori intervenienti.

Fig. 1 - Addiction e prospettiva generativa di un ambiente addicted



L’attore *addicted* dovrà attribuire un senso alle proprie azioni, operare delle scelte e stabilire confini, dovrà cercare la propria identità trasformata; tutto si svolge in un microcosmo specifico, un ambiente *addicted*. In questo sotto-ambiente “La condizione di dipendenza sembra annullare la capacità di proiezione nel futuro e di progettazione biografica” (Meo, 2000).

L’omeostasi del tossicodipendente costellata da transizioni verso situazioni di disagio è minata da eventi critici che possono condurre a veri e propri *sprofondamenti* (Sciolla, 2010). Nell’ambiente *addicted* si genera un percorso ciclico caratterizzato da causalità situazionale. L’idealtipo della carriera *addicted* è quello in cui l’individuo vive processi di stigmatizzazione e marginalizzazione, in cui possono verificarsi la negazione dell’immagine di sé o strategie relazionali di segregazione in favore di un sostegno reciproco, in cui il tempo viene reinterpretato, i rapporti sociali diventano strumentali e diventa strategico ed efficace stabilire una routine che ha il fine stesso di mantenere un equilibrio costantemente precario.

Il percorso è ciclico, cronico, fragile.

Così come in termini di patologia si alternano ricaduta e remissione, anche in termini di carriera a eventi critici seguono azioni/scelte o viceversa azioni/scelte determinano eventi critici, nella costante ricerca di un equilibrio (Fig. 1). In questo senso anche dal punto di vista della carriera l’*addiction* ha caratteristiche di cronicità.

Medicalizzazione e demedicalizzazione: i Servizi per le Dipendenze

Le definizioni sin qui esplicitate, potrebbero dare a intendere che considerare l’*addiction* come malattia cronica sia un approccio orientato alla medicalizzazione.

Più nello specifico il sospetto potrebbe essere di una forma di *medicalizzazione della devianza* (Conrad, Schneider, 1992).

In realtà la dipendenza è stata considerata un problema di natura medica già in passato.

Nel 1849 ad esempio, Huss per legittimare l’idea di dipendenza in quanto malattia, introduce il termine alcolismo (Rossin, 2015) e, circa un ventennio dopo, nel 1877 Levinstein è il primo a descrivere la dipendenza da oppiacei (Lindesmith, 1968).

Secondo Anderson *et al.* (2010) è a seguito dell’Harrison Narcotics Act, che l’*addiction* si trasforma in devianza.

La dipendenza viene definita come questione morale e i tossicodipendenti una popolazione deviante e criminale⁴.

Sempre secondo Anderson, tra gli anni ‘50 e ‘70, la sociologia ha contribuito ad un percorso di rimedicalizzazione dei tossicodipendenti attraverso teorie che sintetizzavano fattori fisiologici, psicologici e sociologici⁵.

Il passo successivo verso la medicalizzazione è stato poi determinato dalle nuove scoperte mediche, che, attraverso l’utilizzo di tecnologie innovative, come ad esempio le tecniche di *imaging* cerebrale, hanno condotto allo sviluppo delle neuroscienze.

Se è vero che considerare l’*addiction* nella prospettiva delle neuroscienze fornisce spiegazioni di alto profilo scientifico, ma rischia di cadere nella trappola del doppio riduzionismo (malattia-organo) è altrettanto vero che questo passaggio di ruolo, da deviante a malato, ha permesso un cambio di prospettiva in materia di diritti e di salute.

La Convenzione Unica sui Narcotici del 1961 (WHO, 2009) stabilisce che “il trattamento può essere erogato anche in alternativa alla condanna o alla pena (o unitamente ad esse) a quei sog-

getti affetti da disturbi associati al consumo di sostanze, responsabili di reati punibili”.

Ragionando in quest’ottica, si può comprendere come il trattamento volto a migliorare la qualità della vita ed il benessere del paziente (*Ibid.*) sposi la finalità del mandato di sanità pubblica in quanto concetto sociale e politico che attraverso la promozione della salute, la prevenzione delle malattie e altre forme di intervento ha la finalità di migliorare la salute e di prolungare e migliorare la qualità di vita (WHO, 1998).

I Servizi per le dipendenze puntano la loro attenzione *ex ante*, ovvero su prevenzione e promozione della salute, nonché sulla de stigmatizzazione.

Il DPR 309/90 riconosce da quest’ultimo punto di vista la possibilità per gli utenti che si rivolgono ai Servizi di richiedere l’anonimato.

Tra gli effetti della demedicalizzazione, è risultato centrale l’investimento sul ruolo dei pari.

Il supporto tra pari è considerato come particolarmente utile (Murray, 2008).

La New South Wales Health Hepatitis C Strategy 2014-2020 indica di implementare e valutare modelli di supporto e formazione *peer-based* come sostegno all’autogestione delle persone con epatite C.

I *peer educators* sono la dimostrazione di come i fenomeni di auto segregazione possono trasformare la devianza in *advocacy* e utilità sociale poiché la reazione all’identità imposta può dar luogo non solo a strategie difensive ma anche a strategie attive e rivendicative (Sciolla, 2010).

Il coinvolgimento dei pari lo si vede nelle politiche e nei servizi di *riduzione del danno*.

Nella routine, in cui il soddisfacimento dei bisogni primari è centrale (e tra questi è incluso l’uso della sostanza), la possibilità di usufruire di servizi che distribuiscono *drug paraphernalia* ha inciso notevolmente sulla riduzione e la diffusione di patologie correlate all’uso di sostanze come l’HIV, le epatiti e la sifilide, nonché sull’accesso alle terapie antiretrovirali, sull’offerta di terapia per il trattamento della dipendenza, sulla riduzione dell’*overdose*⁶.

Ma se i pari rappresentano un aspetto virtuoso, resistente e resiliente delle conseguenze di quella che abbiamo definito *addicted career*, non va dimenticato che le persone che usufruiscono di questi ed altri servizi a bassa soglia, sono quei soggetti in cui in molti casi la dipendenza ha generato il circolo vizioso in cui l’effetto cumulo prodotto dagli eventi critici oltre a destrutturare e ristrutturare l’identità, determina il sovrapporsi di bisogni.

Se il paradigma dominante della *addiction* è quello di una “[...] malattia multifattoriale, parola di tutte le Nazioni del mondo [...]” (Gerra, 2016) che determina eventi critici, che può generare bisogni molteplici e determinare circoli viziosi allora nel farsi carico dei soggetti tossicodipendenti, i Servizi per le Dipendenze, hanno rivestito e rivestono un ruolo cruciale.

Note

1. Il DSM 5 introduce una nuova categoria “Disturbi da dipendenza e correlati all’uso di sostanze” in cui elimina la distinzione tra abuso e dipendenza, ma include gioco d’azzardo patologico e *craving* (il desiderio improvviso e incontrollabile).

2. Per la relazione tra *addiction* e la sua derivazione latina si rimanda a Daidone S. (2011). *Addiction* tra *addicere*, *ad-dictare* e *adducere*, *Feder-serd Infoma*, 17.

3. L’Oxford dictionary, Word reference synonyms, inseriscono tra i sinonimi di *addiction* il termine *dependence*.

<https://en.oxforddictionaries.com/thesaurus/addiction>
www.wordreference.com/synonyms/addiction

4. L’Harrison Narcotics Act istituendo una tassa sul commercio e la produzione di oppio e cocaina si riferiva alle sostanze soprattutto in termini di mercato. Tuttavia, in merito ai medici, vi era una clausola che permetteva la distribuzione degli stupefacenti nel corso della sola sua pratica professionale. Dal momento che la dipendenza non era considerata una malattia il medico non poteva prescrivere oppiacei ai tossicodipendenti.

5. Il riferimento degli autori è principalmente ai testi: Ausubel D.P. (1958). *Drug Addiction: Physiological, Psychological, and Sociological Aspects*. New York Random House. Lindesmith A.R., Gagnon J. (1964). *Anomie and Drug Addiction*. New York: Free Press of Glencoe. Lindesmith A.R. (1968), *Addiction and Opiates*. New York: Free Press of Glencoe. Lindesmith A.R. (1973), *The Addict and the Law*. Bloomington, Indiana University Press.

6. Per approfondimenti si rimanda a The Global State of harm reduction 2014.

Bibliografia

- American Society of Addiction Medicine (ASAM) (2011). *Public Policy Statement: short definition of addiction*. Chevy Chase, ASAM. www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/1definition_of_addiction_short_4-11.pdf?sfvrsn=6e36cc2_0. Ultima consultazione 15/05/2018.
- Anderson T., Swan H., Lane D.C. (2010). Institutional Fads and the Medicalization of Drug. *Addiction Sociology Compass*, 4(7): 476-494. doi: 10.1111/j.1751-9020.2010.00292.x.
- Barnett A.I., Hall W., Fry C.L., Dilkes-Frayne E., Carter A. (2017). Drug and alcohol treatment providers’ views about the disease model of addiction and its impact on clinical practice: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, Dec, 14. doi: 10.1111/dar.12632.
- 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., Bombini R. (2004). Approccio psicodinamico al tossicodipendente, *Rivista di Psicologia Individuale*, 56: 87-102. www.psicologia-psicoterapia.it/articoli-psicoterapia/saiga-psicodinamico-tossicodipendente.html. Ultima consultazione 20/05/2018.
- Bignamini E. (a cura di) (2006). *La dipendenza da sostanze*. Cuneo: Publiedit.
- Bignamini E., Galassi C. (2017). *Addiction. Come pensarla, comprenderla, trattarla*. Cuneo: Publiedit.
- Bury M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, July, 4(2): 168-182. doi: 10.1111/1467-9566.ep11339939.
- Cloward R.A., Ohlin L.E. (1968). *Teoria delle bande delinquenti in America*. Bari: Laterza.
- Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M., Nicelli A.L., Zengarini N. (2014). *L’equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: FrancoAngeli.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2013). *Emcdda insights. Models of addiction*. Lisbona: Emcdda. www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/728/TDXD13014ENN_443320.pdf. Ultima consultazione 01/05/2018.
- Gerra G. (2016). *Comunicati Stampa*, VI Congresso Nazionale FeDerSerD, Palermo.
- Lindesmith A.R. (1968). *Addiction and Opiates*. Chicago: Aldine.
- Merton R.K. (1957). *Social Theory and Social Structure*. Wiley: New York. Trad. it.: *Teoria e struttura sociale Vol. II: Analisi della struttura sociale*, Bologna: il Mulino, 1966.
- Meo A. (2000). *Vite in bilico. Sociologia degli eventi spiazzanti*. Napoli: Liguori.
- Molteni L. (2011). *L’eroina al femminile*. Milano: FrancoAngeli.

- Murray T. (2008). *Good Practice in Harm Reduction*, London: National Treatment Agency for Substance Misuse. www.drugsandalcohol.ie/14431/1/nta_good_practice_in_harm_reduction.pdf. Ultima consultazione 24/05/2018.
- NSW Ministry of Health (2014). Sydney: Ministry of Health. www.health.nsw.gov.au/hepatitis/Publications/hepatitiscstrategy.pdf. Ultima consultazione 24/05/2018.
- National Institute on Drug abuse (NIDA) (2014). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/preface. Ultima consultazione 10/05/2018.
- O'Brien C., Volkov N., Li T.K. (2006). What's in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 163(5): 764-65. doi: 10.1176/ajp.2006.163.11.2014a.
- Rossini M.R. (2015). Multicausalità e vulnerabilità. In Scarcella C., Roda F. (a cura di). Brescia: Regione Lombardia.
- Sciolla L. (2000). *L'identità a più dimensioni. Il soggetto e la trasformazione dei legami sociali*. Roma: Ediesse.
- Treccani (2016). *Vocabolario Online*. www.treccani.it/vocabolario/cronico. Ultima consultazione 03/05/2018.
- Volkow N.D., Wang G.J., Fowler J.S., Tomasi D. (2012). Addiction circuitry in the human brain. *Annual review of pharmacology and toxicology*, 52: 321-336. doi: 10.1146/annurev-pharmtox-010611-134625.
- Weinberg D. (2002). On the Embodiment of Addiction. *Body & Society*, 8(4): 1-19. doi: 10.1177/1357034X02008004001.
- Weinberg D. (2001). Sociological Perspectives on Addiction. *Sociology Compass*, 5(4): 298-310. doi: 10.1111/j.1751-9020.2011.00363.x.
- World Health Organization (WHO) (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms*, Geneva: WHO. www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en. Ultima consultazione 30/05/2018.
- World Health Organization (WHO). *Health Promotion Glossary*, Geneva: WHO. www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf. Ultima consultazione 28/05/2018.
- World Health Organization (WHO) (2009). *Linee guida per il trattamento farmacologico e psicosociale della dipendenza da oppiacei*. Geneva: WHO. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43948/9789241547543_ita.pdf;jsessionid=500299DF0384B8B8AA01D6CB97CD937E?sequence=2. Ultima consultazione 28/05/2018.

RECENSIONE



Maurizio Fea

SPEGNI QUEL CELLULARE Le tecnologie tra cattive abitudini e dipendenze

pp. 144 euro 14,00
Editore: Carocci Faber

ne il paradigma interpretativo, si accompagnano riflessioni sulla necessità di ripensare il nostro rapporto con le tecnologie e con le opportunità che esse ci offrono. I dispositivi tecnologici, che influenzano i comportamenti di miliardi di persone, stanno cambiando i processi della conoscenza, i modi di relazionarci e di stare al mondo, con incognite sul futuro della natura umana. Non si può fermare questa evoluzione epocale, ma si possono ridurre le derive più inquietanti, con un uso consapevole e controllato di queste opportunità tecnologiche. Il volume suggerisce anche i modi concreti per farlo e tornare ad essere, almeno in parte, padroni di questi strumenti.

Maurizio Fea, psichiatra, ha diretto il Dipartimento Dipendenze della ASL di Pavia. Ha insegnato all'Università di Pavia e all'Università Cattolica di Milano. È autore di numerose pubblicazioni scientifiche sulle dipendenze e alcuni saggi, tra cui ricordiamo *Riparatori di destini. Dipendenze, etica e biologia* (Milano 2008) e *Le abitudini da cui piace dipendere. Algoritmi, azzardo, mercato, web* (Milano 2017).

Chi non riesce a fare a meno del cellulare è malato? La diffusione di smartphone e tecnologie computazionali mette in discussione il concetto di dipendenza, nella sua espressione scientifica e nella sua accezione comune. Nel libro, alla documentata analisi critica degli studi sulle dipendenze comportamentali e alla proposta di riveder-