

Tabella 1. - Dipendenza da sostanze

Fonte: DSM IV per la medicina generale

Definizione di Dipendenza da Sostanze

Una modalità problematica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre o più delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi:

- (1) *tolleranza* come definita da: (a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato oppure (b) un effetto notevolmente diminuito a seguito dell'uso continuativo della stessa quantità della sostanza
- (2) *astinenza*, come manifestata da: (a) la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza oppure (b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza
- (3) uso in *quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto*
- (4) *desiderio o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza*
- (5) una *grande quantità di tempo viene spesa* in attività necessario a procurarsi la sostanza (per es., recandosi in visita da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti
- (6) *interruzione o riduzione di importanti attività a causa dell'uso della sostanza*
- (7) uso continuativo della sostanza *nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica*, che, verosimilmente, è stato causato o esacerbato dalla sostanza (per es., il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina)

Procedure di codificazione e registrazione

I criteri sopra elencati dovrebbero essere applicati a ciascuna sostanza che causa dipendenza. Il clinico dovrebbe indicare la sostanza specifica utilizzando uno dei seguenti codici diagnostici. Nelle situazioni in cui il paziente è dipendente da più di una sostanza, dovrebbe essere codificato ciascun tipo di Dipendenza da Sostanze. Inoltre, il clinico potrebbe voler specificare **Con Dipendenza Fisica** se c'è evidenza di tolleranza o astinenza, o **Senza Dipendenza Fisica** se non c'è evidenza di tolleranza o astinenza.

Tabella 2. – Effetti principali di alcune sostanze di uso più comune

	Sostanze stimolanti del SNC Cocaina, anfetamine, Ecstasy (MDMA: 3,4-metilendioossimetanfetamina)	Allucinogeni LSD (dietilamide dell'acido lisergico), psilocibina, mescalina, PCP (fenciclidina)	Derivati della Cannabis Marijuana (le foglie delle piante femmine) hashish (resina). Principio attivo principale: THC (Delta-9-tetraidrocannabinolo).
Segni correlati ad assunzione	Aumento temperatura, frequenza cardiaca, e pressione arteriosa, aritmie cardiache; polipnea superficiale; pupille dilatate poco reattive, ipereattività tendinea, secchezza delle fauci, sudorazioni	LSD: possibile ipertermia, tachicardia, ipertensione, pupille dilatate, possibile catatonìa, iperattività, scialorrea, rigidità muscolare. PCP: pupille miotiche o normali, nistagmo verticale, orizzontale o circolare)	Aumento pressione arteriosa, tachicardia (soprattutto nei bambini), saltuaria ipotensione ortostatica e incoordinazione motoria; pupille normali, iperemia congiuntivale
Effetti psichici	Euforia, piacere, percezioni sensoriali aumentate, possibili idee paranoide deliranti, irritabilità, panico, allucinazioni	LSD: depersonalizzazione, euforia, allucinazioni visive, delirio, distorsioni spazio-temporali, pensiero magico; possibili ansia, panico, depressione ("bad trip").	Sensazione di benessere ed euforia, rilassamento, amplificazione delle percezioni, accentuata ideazione; possibile riduzione della memoria a breve termine e alterata percezione del tempo. Gli effetti possono variare in base al contesto fisico, ambientale e di relazione, anche interna, del soggetto. Possono quindi comparire ansia, agitazione, angoscia ("paranoia" nel gergo dei fumatori)
In caso di overdose	Tremori, convulsioni, coma, possibile colpo apoplettico	Con l'LSD non esiste un overdose fisica: sintomi psicotici possono apparire in soggetti predisposti anche per piccoli dosaggi	Rara nell'uso non combinato con altre sostanze. Ad alte dosi: allucinazioni, delirio, paranoia, confusione, ansia.
Uso cronico	Per chi usa cocaina per via inalatoria (sniffata), possibile erosione perforazione setto nasale. Possibile perdita di peso e/o malnutrizione	Non è descritta una sindrome da uso cronico. Complicanze dell'uso frequente: in soggetti predisposti anche in assenza di uso continuativo	Problemi respiratori analoghi all'uso del tabacco. Complicanze per uso frequente: in soggetti predisposti slatentizzazione di patologie

	(variabile sociale); rischio di infezioni per chi usa via iniettiva (per cocaina), con possibili miocarditi	può comparire il cosiddetto "flashback", ovvero una ripresa degli effetti dispercettivi e allucinatori in assenza di assunzione. Possibili reazioni psicotiche prolungate	psichiatriche maggiori. Molto discussa la "sindrome amotivazionale", anche se in Europa i dosaggi e la frequenza d'uso raramente ne permettono l'individuazione
Terapia	Sintomi psichici maggiori con aloperidolo o clorpromazina; convulsioni, ansia con diazepam. Ipertermia con raffreddamento. Attenzione alle aritmie.	I problemi sono solitamente di ordine psichico con possibilità di ansia angoscia o sintomi psicotici. Molte volte è sufficiente la rassicurazione, un ambiente tranquillo (soprattutto per PCP); gli effetti possono durare diverse ore. I farmaci di elezione sono le benzodiazepine e i neurolettici per os (clorpromazina, aloperidolo)	
Sindrome di astinenza	Scarsa, negli utilizzatori cronici può esserci interruzione brusca e comunque non necessita di trattamento; presente nei consumatori cronici abituali di cocaina: insonnia, tremori dolori muscolari. Può esserci una profonda depressione con rischio di suicidio in soggetti predisposti; gli utilizzatori abituali di cocaina in astinenza possono manifestare (non prima di 4-7 giorni) un desiderio compulsivo per la sostanza che dura anni (<i>craving</i>)	Non esiste	Pressoché inesistente: in alcuni soggetti con uso cronico può esserci insonnia e nervosismo per qualche giorno. L'interruzione brusca non determina problemi

Tabella 3. - Principali riferimenti legislativi in tema di tossicodipendenze

<p>Legge 685 del 22-12-1975 Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.</p> <p>Legge 162 del 26-06-1990 Aggiornamento, modifiche ed integrazioni della legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.</p> <p>Legge 454 del 11-03-1992 Trattato sull'Unione europea, firmato a Maastricht il 7 febbraio 1992</p> <p>Legge 86 del 28-03-1997 Sanatoria degli effetti prodotti dai decreti legge adottati in materia di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze e di funzionamento dei Sert</p> <p>Legge 18 del 29-01-1999 Modificazione degli elenchi delle specialità medicinali registrate di cui al decreto interministeriale 4 dicembre 1996 soggette alla disciplina del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, recante il testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.</p>
