

Dipendenza ed intossicazione da sostanze psicoattive

Fabrizio Valcanover

BOX

La storia dell'uomo è accompagnata fino dalle sue origini dall'utilizzo di sostanze naturali o chimiche per uso medico ma anche per uso voluttuario. L'alcool, l'oppio, diverse sostanze allucinogene, il caffè, il tabacco, la marijuana, la cocaina, le anfetamine, i barbiturici e le benzodiazepine, sono state usate per diversi scopi e con diverse modalità: per combattere il dolore, curare patologie, dare piacere, per sostituire alimenti in situazioni di carestia, aumentare l'efficienza, fuggire dalla realtà, quali mediatori di rapporto con la divinità nell'ambito di riti, eccetera (Inglis 1989, Barudel 1977). Proibizioni e legalizzazioni, uso sociale, uso iniziatico si sono alternati, a volte anche nelle stesse culture, intrecciandosi ad interessi economici e politici che hanno contribuito non poco all'esplosione o al decrescere di fenomeni di disgregazione fisica e sociale legato all'uso di sostanze psicoattive. Per tutti vale l'impatto distruttivo dell'alcool nei confronti delle civiltà dei nativi americani o dei nativi di Thaiti (Inglis 1989). Si tratta quindi di una problematica complessa.

/BOX

1. Premessa

La complessità del fenomeno droghe è esemplificata dal fatto che l'abuso e la dipendenza da oppiacei (la tossicomania per eccellenza nei paesi occidentali, non quella correlata a più morti e gravi conseguenze fisiche, che rimane l'alcoolismo), è collegata a gravi patologie come la AIDS o l'epatite B e C e questo non tanto per le sue intrinseche caratteristiche farmacologiche, quanto per la modalità d'uso (siringhe infette) e per la situazione di illegalità in cui il consumatore si viene a trovare. La terapia a lungo termine con il metadone (pur se discutibile) e esperienze di uso personale fatte da medici per lungo tempo, mostrano come questi aspetti patologici tipici del dipendente da oppiacei possono sparire quasi del tutto anche persistendo il consumo della sostanza.

Un altro aspetto controverso è il legame con la patologia psichiatrica: anche se diverse sostanze psicoattive possono indurre disturbi psichiatrici anche gravi, questo non è la norma. Di contro in alcune situazioni l'uso di sostanze psicoattive anche illegali può costituire un tentativo di automedicazione.

Queste considerazioni, insieme alla necessità di diminuire la delinquenza collegata all'uso di sostanze illegali, hanno spinto diverse nazioni verso quella che viene chiamata la "**politica di riduzione del danno**", che si caratterizza per un approccio pragmatico che non si pone sempre l'obiettivo di far smettere il consumatore, ma quello di interagire con lui al fine di diminuire i rischi correlati sia medici, sia sociali che psichiatrici. I distributori di siringhe e la raccolta delle siringhe usate nell'ambito della tossicodipendenza da eroina ne sono un esempio. Questa impostazione è fonte di forti polemiche soprattutto in campo politico e sociale e nell'ambito della stessa OMS.

L'uso di sostanze psicoattive, inoltre, si inserisce nel nostro contesto culturale dove non esiste un controllo rituale dell'utilizzo e dove prevale un'**ottica del consumo** che a ben vedere riguarda anche i servizi sanitari, gli strumenti diagnostici e i farmaci, e che inizia con la nascita e finisce con la morte: non è un caso che i dipendenti da eroina tendano ad essere dei forti consumatori di farmaci e non solo di quelli psicotropi. Questo lascia intuire come possa essere ambiguo il contatto con il mondo sanitario che corre il rischio di rispondere ad una dipendenza con altre dipendenze. Di contro la strategia di alcune comunità di recupero di porre al centro del percorso l'astinenza assoluta da qualsiasi tipo di farmaco pare essere efficace solo previa rigorosa selezione dei partecipanti al progetto.

Il servizio offerto dal medico di medicina generale, invece, si caratterizza per la mancanza di una selezione di accesso.

1.1 Legalità ed illegalità

Un aspetto rilevante che non va dimenticato è la distinzione tra **droghe legali** e **droghe illegali**.

E' innegabile che questa suddivisione non si basa su semplici aspetti farmacologici o tossicologici, ma ha a che fare con la storia, la cultura e lo sviluppo della legislazione sociale. Sicuramente l'approccio al consumatore/dipendente/intossicato è completamente diverso a seconda della legalità o meno della sostanza utilizzata. Anche se i testi clinici di farmacologia e le classificazioni spesso trattano assieme tutte le sostanze che pongono problemi di abuso o di dipendenza, dal punto di vista pratico la legalità o meno di una sostanza permette un diverso tipo di intervento. I problemi legati all'alcoolismo, al tabagismo e alla dipendenza da benzodiazepine, vengono infatti trattati altrove anche in questo volume.

1.2 Quantità e qualità

In oltre l'85% dei casi il problema della tossicodipendenza da sostanze illegali si riferisce al consumo e all'abuso di oppiacei e in particolari di **eroina**. Alcune sostanze hanno avuto grande clamore sui mass-media (come **allucinogeni**, **ecstasy**, o in parte, la **cocaina**), ma in realtà si presentano molto raramente all'osservazione del medico e dei centri

perché il loro problema principale è quello dell'intossicazione acuta (per alcune sostanze anche potenzialmente mortale), degli scandali legati all'uso da parte di persone eccellenti, o alle operazioni di polizia.

Anche se la diffusione nel mondo giovanile è inquietante non bisogna dimenticare che l'adolescenza è un periodo del ciclo vitale caratterizzato da sperimentazione e ricerca che espongono il soggetto a molti rischi nel campo dell'uso di sostanze (alcol, ad esempio), nell'uso di mezzi di trasporto (motociclette, automobili), nella ricerca di persone a cui attribuire un ruolo di riferimento, nell'esplorazione dell'ambiente urbano, nell'agonismo sportivo e in molte altre situazioni. Questa osservazione comporta un diverso approccio, centrato sul contesto e sulla personalità del giovane più che non sull'uso della sostanza.

Un ulteriore discorso a parte meritano i **derivati della Cannabis** (marijuana, hashish), probabilmente la sostanza psicotropa più consumata al mondo (140 milioni di consumatori, stime ONU), che non presenta problemi di tossicità acuta particolare e sulla quale da cento anni nel mondo occidentale esiste un serrato dibattito, che ha coinvolto anche il mondo scientifico, sulla sua relativa innocuità e sull'opportunità o meno di depenalizzata.

Alcuni anni fa c'è stata una polemica a proposito della censura da parte del OMS del proprio rapporto riguardante i derivati della canapa, non tanto perché contenesse imprecisioni o falsità scientifiche, quanto perché poteva sembrare troppo tollerante nei confronti di questa sostanza e di fatto schierarsi con quei settori, anche medici, che ne propugnavano una depenalizzazione. La dimensione della polemica può essere colta da un editoriale del direttore del New Scientist (Anderson 1998) che ha deciso, assieme ad altre riviste scientifiche, di pubblicare integralmente il rapporto occultato.

Di certo, comunque, perdurando la situazione di illegalità questa sostanza pone gli utilizzatori occasionali o frequenti a contatto con situazioni ed ambienti di illegalità, aspetto pericoloso soprattutto se si tratta di giovani o adolescenti, a prescindere dagli effetti farmacologici della sostanza.

Un altro aspetto della contrapposizione è la possibilità che i derivati della Cannabis siano il primo passo verso l'uso di sostanze più dannose (la cosiddetta **escalation**). Ciascuno si può documentare su questo argomento, tenendo presente che è scientificamente sbagliato dimostrare la presenza di escalation chiedendo ai dipendenti di eroina quanti prima hanno usato derivati della Cannabis. Uno studio corretto parte da una coorte di consumatori, li segue per un periodo di tempo e poi verifica quanti sono passati al consumo di eroina. Questa precisazione è importante perché spesso la stampa e i mass media forniscono dati ottenuti con procedure non scientifiche.

L'illegalità o meno e le differenze d'uso e di tossicità ribadiscono come il problema della dipendenza e dell'abuso delle sostanze psicotrope è solo marginalmente un problema clinico, quanto piuttosto politico, economico, sociale e legale. A questa considerazione si collega la ricorrente polemica tra proibizionisti ed antiproibizionisti

2. Definizioni e problemi di classificazione

La scelta del titolo del capitolo introduce immediatamente un problema di terminologia: frequentemente si usa il termine **tossicomanie**: questo, però, è un termine vago (letteralmente mania per una sostanza tossica) che ha il vantaggio di rendere immediatamente chiaro a qualsiasi lettore (medico o non medico) il tema trattato, ma che non trova riscontro, ad esempio, nel DSM III-R (e nel IV) laddove sono usati i termini **dipendenza da sostanze psicoattive, disturbi (organici) indotti dall'uso di sostanze psicoattive, disturbi comportamentali indotti dalle sostanze psicoattive**, ed anche **intossicazione** e **sindrome di astinenza**.

Anche ICD-10 nella versione per la medicina generale, come nel DMS IV nella versione per la medicina generale non parlano di tossicomanie ma di **disturbi da uso di droghe**. Il termine droga, di immediato riscontro cognitivo, è però ambiguo: *drug* in inglese significa farmaco, e non distingue tra sostanze legali ed illegali, come sotteso invece dal termine italiano. L'ICD-10 parla di droghe intendendo le sostanze illegali, mentre classifica singolarmente l'alcolismo, il tabagismo e la dipendenza da benzodiazepine.

L'imprecisione terminologica è legata al fatto che questo argomento e il termine stesso tossicomanie costituiscono una sintesi di uso pratico tra aspetti medici, legali, sociali ed economici, anche se l'ambito psichiatrico e quello legale reclamano una priorità e quello medico gestisce in prima persona la maggior parte dei Servizi per le tossicodipendenze.

Se poi diamo uno sguardo alle civiltà planetarie notiamo che la pericolosità di una sostanza (non sempre la stessa), viene spesso correlata al fatto che quella sostanza in quel contesto culturale sia considerata illegale dalla legislazione corrente.

Questo rende l'idea della complessità e dell'articolazione della problematica che si trova ad affrontare il MMG. Si pone un difficile problema di delimitazione di confini della propria area di competenza, tenendo presente che la sua collocazione lavorativa (spesso lavora al margine tra diverse aree disciplinari e sociali) non permette sempre di sciogliere eventuali problemi di ambiguità di pertinenza, ma d'altra parte il MMG è storicamente abituato a lavorare in mezzo ad incertezza, variabilità e contingenza.

2.1 Terminologia

2.1.1 Intossicazione acuta

Con questo termine si indicano gli effetti fisici e psichici di una sostanza presa in quantità tale da determinare effetti patologici. Il quadro può avere una diversa gravità, è dose dipendente, è legato anche alle caratteristiche farmacologiche della sostanza (una sostanza che dia alta *tolleranza*, comporta che l'uso ripetuto innalzi la dose tossica e la dose mortale) e a quelle dell'individuo.

Esistono interventi possibili sia farmacologici che non farmacologici in caso di intossicazione acuta; la strategia terapeutica varia da sostanza a sostanza. In linguaggio tecnico una intossicazione acuta che porta a morte o grave pericolo di vita viene chiamata **overdose**.

2.1.2 Intossicazione cronica

Non è un termine solitamente usato; a volte viene compreso nel termine tossicodipendenza o confuso con gli effetti organici o psichici dell'uso della sostanza.

2.1.3 Tolleranza

Può essere definita come la "perdita di risposta dopo somministrazione ripetuta del farmaco" (Goodman & Gilman 1997). Alcune sostanze (l'eroina e i morfinosimili assunti per via intramuscolare o endovenosa, alcuni allucinogeni) sono caratterizzati da un'alta tolleranza; altre hanno scarsa tolleranza o addirittura una tolleranza inversa. La tolleranza può essere di vari tipi e diversa nei diversi distretti anatomici.

2.1.4 Dipendenza

La dipendenza da una sostanza (frase utilizzata spesso al posto del termine tossicodipendenza) non va identificata con la sola "dipendenza fisica", che può essere considerato un meccanismo fisiologico degli esseri viventi e unanimemente non costituisce una situazione patologica. Anche il termine "dipendenza psichica" non definisce di per sé una situazione patologica; costituisce anzi spesso un meccanismo biologico adattativo necessario per la sopravvivenza della specie (ad esempio il rapporto madre figlio).

Il DMS III-R (e il DSM IV) propongono un corredo di condizioni che devono ricorrere in dodici mesi a fronte di un uso continuativo (Tabella 1). La definizione ingloba dipendenza fisica, psichica, uso problematico, astinenza, aumentata tolleranza, anche se nessuno di questi sintomi da solo è sufficiente per porre diagnosi di "dipendenza da sostanze". Perciò il termine *dipendenza da ...*, più frequentemente utilizzato dalla letteratura scientifica al posto del termine tossicodipendenza, può ingenerare confusione laddove la **dipendenza fisica** da sola non costituisce un aspetto patologico (O'Brien CP, in Goodman & Gilman 1997: 553). Il termine *tossicodipendenza*, quindi, se lo si vuole usare, va riferito al rapporto globale tra un individuo inserito in un contesto (anche di relazioni) e la sostanza.

Giova ricordare che l'uso saltuario di alcune sostanze, l'eroina per citare quella più usata, se non comporta dipendenza può comunque esporre al rischio di una overdose con morte nel consumatore occasionale di più che nel consumatore abituale, dove la conoscenza della sostanza e l'aumento della tolleranza riducono questo tipo di rischio.

Tabella 1. - Dipendenza da sostanze

Fonte: DSM IV per la medicina generale

2.1.5 Astinenza

Questo termine viene definito in base alla sindrome sostanza-specifica procurata dalla cessazione improvvisa e prolungata di una sostanza assunta regolarmente per un periodo di tempo. La *sindrome di astinenza da sola non è patognomica di dipendenza* e costituisce un meccanismo fisiologico a fronte dell'assunzione regolare di molte sostanze chimiche.

2.1.6 Craving

L'uso di questo termine (letteralmente "voglia matta", "*a strong desire*") che da più di un decennio viene utilizzato a proposito della dipendenza da alcool, è attualmente usato anche nell'ambito della dipendenza da diverse sostanze psicotrope (cocaina soprattutto)

Si riferisce ad un desiderio compulsivo di continuare ad assumere sostanze anche dopo un periodo prolungato (anni) di astinenza totale (Anton, 1999). Anche se sono stati adottati meccanismi neurobiologici legati ai neurotrasmettitori (dopamina in particolare) per dare un fondamento scientifico a questa ricerca "patologica" del piacere, la complessità dell'architettura neuroanatomica del nostro sistema nervoso centrale, laddove lo stesso studio approfondito dei neurotrasmettitori evidenzia una complessità sempre maggiore, non autorizzano a ritenere, allo stato attuale, questo meccanismo fondato biologicamente (Goodman & Gilman 1997, Di Paola 2000, Edelman e Tognoni 2000). Rimane inoltre il dubbio dell'utilità di un meccanismo così semplicistico nel trattamento del problema tossicodipendenze, anche alla luce del fatto che, se si considera solo l'aspetto descrittivo, dal concetto di craving deriva soltanto una connotazione etico-morale. Pur riferendosi quindi ad un comportamento intuitivamente e superficialmente

evidenziabile, per questo termine rimangono ancora attuali le perplessità sollevate da diversi autori ancora alle fine degli anni ottanta (Kolowski 1989).

2.1.7 Assuefazione

Definita come *stato di adattamento caratterizzato da una risposta diminuita alla stessa quantità di sostanza*, questo termine, come quello di *abitudine* o di *mania*, non è più usato nella letteratura scientifica in riferimento a situazioni di dipendenza ed abuso di sostanze psicoattive (DSM IV e Goodman & Gilman).

2.1.8 Effetti

Ci si riferisce agli effetti farmacologici sia sui parametri biologici e fisici che sulle funzioni psichiche. Solitamente nel caso dei farmaci ci si riferisce agli effetti terapeutici e agli effetti collaterali. Nel caso delle sostanze psicoattive il termine effetti viene riferito alla reazione soggettiva del consumatore. Numerosi studi fatti sul sistema dopaminergico in relazione all'effetto euforia/disforia, tendono a riferire gli effetti alla loro azione sui cosiddetti "sistemi di gratificazione" che si estrinsecherebbero in sensazioni di piacere e di euforia. A questo proposito valgono le stesse osservazioni fatte per il craving, laddove a fronte di evidenze correlative, tuttora non esiste una dimostrazione scientifica di questo approccio riduttivo semplificato, a fronte di numerosi altri neurotrasmettitori coinvolti (il sistema serotoninergico, GABAergico, eccetera).

E' infine opportuno ricordare che gli effetti psicologici e comportamentali sono legati sia al tipo di sostanza (depressore o stimolante il SNC) sia alle caratteristiche soggettive dell'individuo e al contesto culturale in cui la sostanza viene assunta.

Altro aspetto significativo dell'azione farmacologia è che **la via di assunzione** (inalatoria, orale, s.c., i.m, o e.v.) può modificare in modo marcato gli effetti soggettivi. Ad esempio, per rimanere sulla sostanza più usata tra quelle illegali, l'eroina, la struttura chimica permette per via endovenosa un rapidissimo superamento della barriera ematoencefalica che sembra responsabile dell'iniziale e fugace effetto euforizzante (il **flash**), non riscontrabile con altri oppiacei (morfina) o per un uso orale, ove prevale l'effetto sedativo e ansiolitico.

Un discorso analogo vale anche per la cocaina: l'assunzione orale (la foglie di coca) tramite la masticazione provoca blandi effetti stimolanti e di diminuzione del senso di fatica, con scarsa o nulla rilevanza dal punto di vista dell'intossicazione acuta o della dipendenza, come dimostra l'uso per migliaia di anni dei nativi delle Ande; di contro l'inalazione della stessa sostanza sotto forma di alcaloide (base libera), chiamata anche **crack**, prodotta ed immessa nel mercato illegale negli anni ottanta, ha un assorbimento simile alla somministrazione endovenosa, con effetti potenti ed immediati ed è più correlata ad una dipendenza farmacologica oltre che a rischi di grave tossicità acuta.

2.1.9 Tossicodipendenza

Questo termine è di uso comune per definire il consumatore di sostanze psicoattive solitamente illegali e si riferisce quasi sempre all'eroinomane abituale. In realtà il termine può dar adito a confusione, in quanto non è corretto definire tossicodipendente un consumatore saltuario di qualsiasi sostanza e, di contro, la dipendenza fisica o psicologica da sole non necessariamente sono degli aspetti patologici. Molti farmaci usati a scopi terapeutici possono dar adito ad una dipendenza senza che questo sia riconosciuto come qualcosa di patologico. Per questi motivi, Goodman e Gilman precisano che il termine tossicodipendenza usato nel contesto del loro trattato si riferisce a tutta la completa sindrome da dipendenza come definita dal DSM IV e non ha un corrispettivo farmacobiologico.

In conclusione il termine può essere usato per comodità (ed anche per necessità, visto che è quello usato dalla legislazione vigente), con l'attenzione di depurarlo delle possibili potenzialità stigmatizzanti e tenendo conto della problematicità dell'inquadramento diagnostico ed etiopatogenetico.

3. Aspetti farmacologici e tossicologici

La sostanza psicoattiva illegale che copre la quasi totalità di problemi ed interventi è l'eroina. Questo riguarda soprattutto gli aspetti medici, sociali, legali, e i costi economici ad essi legati. Particolare spazio viene quindi dedicato a questa sostanza.

3.1 Derivati dell'oppio

L'oppio è il lattice disseccato ottenuto dalle capsule del *Papaver somniferum* che contiene alcaloidi (morfina, codeina, eccetera). L'eroina fu prodotta per la prima volta dalla Bayer alla fine del 1800 come rimedio contro la tosse e nello svezzamento dalla dipendenza da morfina. Dai primi del novecento l'oppio e i suoi derivati furono sottoposti a leggi di dura regolamentazione che non comprendeva il consumo voluttuario, mentre, contemporaneamente, le grandi Compagnie mercantili europee si contendevano i mercati orientali (cinese soprattutto) e in questi paesi imponevano il libero commercio e consumo di oppio. Diversi oppioidi di sintesi sono utilizzati principalmente per la sedazione del dolore, come antitussigeni e in anestesia.

La **morfina** è la più usata in ambito clinico con svariate vie di somministrazione (orale, intramuscolare, endovenoso e transdermica) soprattutto nella terapia del dolore acuto post-chirurgico, nel dolore cronico dei neoplastici, oltre che in alcune forme di dispnea e nel dolore da infarto.

Il **metadone** è l'oppioide più famoso per il suo uso (terapeutico) nelle cosiddette terapie di mantenimento e/o di svezzamento del dipendente da eroina. Nel 2000 in Italia erano in terapia di mantenimento (cronica) il 30% e in terapia saltuaria (usata a breve termine per lo svezzamento da eroina) il 10% degli utenti dei SerT

L'**eroina** è la sostanza illegale più consumata in occidente; è un prodotto di sintesi derivato dalla morfina (diacetilmorfina). E' stato rapidamente ritirato dal commercio e negli ultimi trent'anni ha avuto un vertiginoso aumento di produzione e smercio (e lauti guadagni da parte di una vera e propria industria globale del crimine).

L'eroina viene principalmente iniettata per via endovenosa; viene però anche aspirata con il naso (sniffata) o fumata. I consumatori riferiscono un iniziale senso di euforia al quale segue rapidamente un senso di pace, sedazione e distacco dal mondo. Non tutte le persone trovano piacevoli i suoi effetti, soprattutto le prime volte, in quanto può dare nausea o vomito, senso di svenimento e di malessere generale. A proposito dell'euforia iniziale da eroina alcuni autori hanno sostenuto che questo è il motivo per cui l'eroina si è affermata come sostanza illegale rispetto ad altri derivati dell'oppio. In realtà esistono studi in doppio cieco che mostrano come dipendenti da oppiacei di lunga durata non riescono a distinguere tra eroina e idromorfone (Goodman Gilman 1997).

3.1.1 Intossicazione acuta e suo trattamento

Assopimento, torpore, sonnolenza, a volte vomito e nausea, miosi della pupilla (che diventa midriatica in caso di insufficienza respiratoria), fino al coma ed anche alla morte per arresto respiratorio probabilmente spesso preceduto da un edema polmonare, sono i sintomi e gli effetti dell'intossicazione acuta.

Farmaco di elezione è il **naloxone** (Narcan® fiale da 0,4 mg) al quale risponde prontamente e con ottimi risultati l'intossicazione acuta nella sua componente di depressione dei centri respiratori (ma non ha nessun effetto sull'eventuale concomitante edema polmonare). Il dosaggio iniziale è di 0,4 - 2 mg per via intramuscolare o endovenosa, ripetuta ad intervalli di 3 minuti fino a risposta clinica. Si può poi proseguire con 0,3-1,5 mg all'ora per infusione lenta. Si ricorda che l'emivita del naloxone è molto breve e a seconda della sostanza può necessitare di un uso continuativo per parecchie ore (il metadone, ad es. ha una emivita di 24 ore). Un dosaggio eccessivo di naloxone può provocare una violenta crisi di astinenza. Un trattamento a parte necessitano l'edema polmonare, eventuali aritmie, shock cardiogeno, eccetera.

Importante ricordare che il dosaggio reale di assunzione può essere estremamente variabile per il diverso grado di purezza (dal 5 al 70%) dell'eroina venduta dagli spacciatori.

3.1.1 Uso prolungato

I principali problemi legati all'uso cronico sono legati al contesto sociale di uso, alla frequentazione di ambienti di piccola o media delinquenza e a problemi con la giustizia.. Inoltre può esserci la presenza di contaminanti nelle sostanze di taglio (polveri allergizzanti, contaminazioni di funghi e batteri). All'uso di siringhe infette sono legate molte gravi patologie: AIDS, epatite B e C, embolia polmonare, setticemie, miocarditi, endocardite. Un'assunzione per via inalatoria (rara) eviterebbe questi problemi.

I dipendenti di eroina cronici tendono ad avere alcune caratteristiche comuni probabilmente legate ad una situazione di partenza complessa da vari punti di vista: biologico individuale, sociale, familiare ed economico. Presentano un'affettività quasi assente, sono consumatori di più sostanze psicotrope ma anche di farmaci in generale. In particolare consumano FANS, benzodiazepine di tutti i tipi, molti sono anche alcolisti, ed altri consumatori di cocaina a volte utilizzata assieme (speed-ball). E' importante ridurre al minimo la prescrizione di benzodiazepine ricordandosi che esiste anche un mercato nero di queste sostanze tra i dipendenti da eroina.

3.2 Altre sostanze di uso frequente

Hashish e marijuana sono le sostanze più usate (specialmente dai giovani), dotate di bassa tossicità rispetto alle "droghe pesanti". La *cocaina* ha alti costi che selezionano gli utilizzatori, e negli USA il più alto reddito medio favorisce un consumo più diffuso che in Europa. L'*Ecstasy* ha effetti analoghi alle anfetamine; è usata soprattutto in ambito giovanile anche se molte pasticche che circolano nelle discoteche e tra i giovani sono spesso anfetamine o sostanze inerti.

L'*LSD* è stato prodotto e commercializzato negli anni cinquanta dalla Sandoz come coadiuvante nella psicoterapia. Moltissimi psichiatri di quell'epoca hanno sperimentato su se stessi questa sostanza ed hanno prodotto pubblicazioni che riguardavano l'uso terapeutico. L'utilizzo e la pubblicizzazione nell'ambito dei movimenti di contestazione (soprattutto hippy) degli anni sessanta negli USA ne ha provocato la precipitosa messa al bando e ritiro dal commercio. La tabella 2 riassume gli effetti di queste sostanze.

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

3.3 Sostanze di uso raro

Tra quelle che *deprimono il SNC*, vi sono l'*alcool* e le *benzodiazepine*, trattati altrove, e i **barbiturici**.

Questi ultimi sono sostanze legali usate nel passato come sedativi o attualmente in anestesia. L'abuso è legato spesso all'analgesia per cefalea o all'uso come sostitutivi dell'alcool. L'intossicazione acuta può provocare shock, depressione respiratoria coma e morte. Va subito predisposto un ricovero con eventuale intubazione per respirazione

artificiale. Utile la lavanda gastrica. Provocano a basse dosi sonnolenza e confusione mentale. La sindrome di astinenza in chi ne fa un uso cronico può dare gravi convulsioni e delirio con pericolo di vita. L'uso cronico e la dipendenza si accompagnano spesso a danni epatici.

Sostanze volatili inalanti sono sostanze classicamente usate da popolazioni povere e ai margini della società (ad esempio l'abuso di **colla** è frequente nelle baraccopoli del terzo mondo o nei quartieri depressi delle grosse metropoli mondiali): **smacchiatori, trielina, benzina, derivati del toluene**. L'intossicazione acuta e l'overdose, a seconda delle sostanze, sono comunque gravi e possono interessare diversi comparti: epatorenale, nervoso centrale e periferico. Possono provocare coma e morte anche per aritmie improvvise. Vanno monitorati i segni vitali. Non pare esistere sindrome di astinenza e l'interruzione può essere brusca.

Gli *anticolinergici*, **belladonna, scopolamina** e derivati, di uso raro, possono provocare sonnolenza, disorientamento confusione ed allucinazioni. Vanno trattati i sintomi; in presenza di una grave intossicazione (grave ritenzione urinaria, convulsioni, depressione respiratoria, coma, grave ipertensione) con pericolo di morte si può utilizzare la fisostigmina. Rara l'astinenza, si può interromperne bruscamente l'uso.

4. La rete di lavoro: i vari attori

Oltre al **Ministero della Sanità e dell'Istruzione** sono diversi i soggetti istituzionali che si occupano di tossicodipendenze, sia perché previsto dalla legislazione corrente, sia per un fiorire spontaneo di associazioni private a volte convenzionate.

I **SerT (Servizi per le tossicodipendenze)**, nel 2000 seguivano circa 150.000 tossicodipendenti, nell'80% dei casi eroinodipendenti (Eurispes 2001). Il 30% di questi era in terapia cronica con metadone, il 10% in terapia breve di svezzamento. La terapia di mantenimento con metadone ha permesso di diminuire le patologie correlate con l'uso clandestino di eroina (AIDS, epatite C, infezioni), il contatto di molte persone con la criminalità ed anche le morti per overdose; ha permesso a molte persone un reinserimento sociale e lavorativo pur sostituendo una dipendenza con un'altra dipendenza. Questo approccio (come quello sperimentale della distribuzione di eroina portato avanti in alcuni paesi europei con diverse metodologie) trova molti fautori tra operatori, istituzioni ed è anche compreso in progetti sperimentali di alcuni stati europei. Molto critici, invece, gli operatori e le istituzioni che indicano nell'astinenza assoluta la situazione normale da praticare ad ogni costo. Questa posizione è molto diffusa nelle comunità terapeutiche. Molti operatori che lavorano utilizzando tecniche di psicoterapia di gruppo o di counselling pongono come prerequisito per la partecipazione ai loro programmi l'astinenza assoluta.

Nell'ambito dei SerT, inoltre, esistono varie iniziative di approccio psicosociale e di animazione, che utilizzano metodologie di intervento che puntano alla valorizzazione delle risorse individuali e delle comunità in cui vive il dipendente da eroina. In questi casi l'intervento sul dipendente da eroina avviene nell'ambito della comunità in cui esso vive; laddove vengono tentate esperienze innovative si lavora sulla ricerca - azione (Action Research), lavorando più sulla comunità che sul singolo ed in collaborazione con risorse associative locali. (Aliberti 2001)

L'intervento può essere simile a quello effettuato in alcune Comunità Terapeutiche, con la differenza che queste lavorano togliendo l'individuo dalla comunità di origine per ricreare una nuova rete di relazioni sociali e di convivenza.

Le **Comunità Terapeutiche** sono servizi pubblici o privati o misti che lavorano con varie metodologie: propongono un reinserimento fondato sul lavoro, sulle relazioni sociali sperimentando una vita comunitaria fondata sui valori che, a seconda degli ispiratori, possono variare da comunità a comunità; alcune comunità offrono anche servizi psicoterapeutici. In maniera maggiore o minore a seconda dell'impostazione vengono definite regole chiare e rigide che prevedono sanzioni o punizioni (a volte anche contenitive) per chi le trasgredisce. Vi si accede mediamente dopo un lungo periodo di attesa (anche di diversi anni). Solitamente la ripresa anche temporanea dell'assunzione di sostanze psicotrope comporta l'esclusione per sempre o per lunghi periodi dalla Comunità stessa.

Nel 2000 erano circa 20.000 le persone seguite da centri socio-riabilitativi, di cui le Comunità Terapeutiche ne costituivano la maggior parte (Eurispes 2001). Mediamente hanno pochi contatti con i SerT, di più con le **associazioni di genitori** di figli tossicodipendenti.

Altri **centri socio-riabilitativi** sono le cliniche private (con utenza di ceto sociale elevato), comunità di accoglienza del volontariato e/o religiose, con utenze di persone molto problematiche, cliniche e case di cura private convenzionate che offrono programmi di disassuefazione e supporto psicoterapico una volta raggiunta l'astinenza utilizzando varie tecniche di counselling ad orientamento psicodinamico o cognitivista.

Associazioni non governative (Villa Maraini, Gruppo Abele, LILA, Arcigay eccetera), si occupano anche di quei dipendenti da eroina che non afferiscono a centri di recupero o ai SerT, con l'obiettivo della riduzione delle complicanze correlate all'uso, quindi delle malattie diffuse e della prevenzione dell'overdose. Questo tipo di intervento è chiamato "**outreach**", deriva da esperienze americane degli anni cinquanta quando operatori sociali entravano in contatto con giovani delinquenti delle realtà urbane al fine di instaurare con questi rapporti amichevoli così da incontrare il loro consenso ed accettazione per poi proporre strategie di cambiamento all'interno di

un rapporto di fiducia. Questo tipo di intervento è stato successivamente utilizzato in diversi paesi per contattare i dipendenti da eroina che non erano altrimenti raggiungibili. In Italia il Ministero della Sanità in collaborazione con diversi SerT, cliniche universitarie ed altre associazioni sperimenta questa modalità di approccio ed ha anche prodotto documentazione su obiettivi, metodologia di intervento e formazione degli operatori (Serpellone, Rossi 1996). Questo intervento si colloca nella politica della riduzione del danno e permette a questi "operatori di strada", a volte, anche di fare da tramite con strutture per la disintossicazione e di reinserimento.

I **servizi di Igiene Mentale** sono un altro punto di riferimento per un numero non elevato di consumatori di sostanze psicotrope.

L'utenza dei servizi psichiatrici è composta da persone che fanno uso di sostanze diverse: cannabinoidi (23,5%), eroina (14,7%), cocaina (10,8%) mix tra alcol e pillole (10,8%); anfetamine, LSD o altri allucinogeni (5,9%), di droghe sintetiche (5,9%), di alcool (2,9%); li accomuna quasi sempre (circa 85%) la richiesta di intervento per un episodio psicotico (Eurispes 2001).

I servizi psichiatrici, quindi, si occupano soprattutto delle complicanze psichiche (maggiori) legate all'uso di sostanze psicotrope. E' comunque suggestivo come la "tossicomania" sia considerata comunemente una patologia di pertinenza psichiatrica; le dipendenze vengono principalmente incluse nei manuali di psichiatria e, in fondo, pur tra tanti distinguo fanno parte del DSM IV, riferimento attuale di una parte consistente dell'orientamento nosografico psichiatrico, pur essendoci parecchie voci critiche nel campo delle neuroscienze, della biologia evolutivista e in alcuni orientamenti dell'antropologia medica.

E' comunque possibile che la sostanza psicotropa sia usata da alcuni come farmaco per automedicazione in relazione ad una sottostante patologia psichiatrica non evidenziata. Questi soggetti si giovano più di percorsi psicoterapici (singoli, di coppia o di famiglia con prima indicazione in presenza di adolescenti) o di strategie di counselling che non di terapie sostitutive, frequentazioni di SerT o di Comunità Terapeutiche.

5. Il medico di medicina generale e le tossicodipendenze

5.1 Riferimenti legislativi e il problema del ruolo del medico di medicina generale

La legislazione italiana (riferimenti in Tabella 3) riserva il trattamento del tossicodipendente *esclusivamente ai centri autorizzati*, i SERT. Al medico di medicina generale spetta solo il compito (per altro obbligatorio per qualsiasi medico) di intervenire in caso di intossicazione acuta: ai servizi, infatti, spettano anche tutti i compiti di prevenzione e anche quelli di cura delle patologie organiche correlate all'uso di sostanze psicotrope.

Tabella 3. - Principali riferimenti legislativi in tema di tossicodipendenze

Se questa situazione incontra anche il favore di molti medici che vedono di buon occhio l'essere sollevati da un compito difficile, scarso di gratificazioni professionali ed umane, ai margini della competenza professionale, è anche vero che il ruolo di prima linea della medicina generale implica comunque un contatto con i soggetti dipendenti o consumatori occasionali di sostanze psicotrope: con relativa frequenza il medico di medicina generale si trova ad affrontare situazioni forse ai margini della professione, come quelle relative ai primi contatti di adolescenti con sostanze psicotrope, alle preoccupazioni dei genitori, alle richieste pressanti di psicofarmaci da parte di dipendenti da eroina di vecchia data, eccetera.

E' ragionevole pensare ad una conoscenza di base per tutti, con necessarie competenze aggiuntive per chi lavora lontano dai centri o in particolari situazioni urbane, lasciando a chi ha un interesse ed una propensione a lavorare in quest'ambito medico ma anche sociale la scelta di un ulteriore approfondimento.

5.2 L'intervento del medico di medicina generale: un approccio per problemi

Il medico di medicina generale si trova comunque impegnato ad affrontare **problemi** legati all'interazione tra il consumatore abituale saltuario o potenziale, l'ambiente sociale familiare di appartenenza ed anche alle preoccupazioni, alle speranze o alle delusioni del consumatore stesso o delle persone che gli stanno attorno.

In quest'ottica il **colloquio motivazionale**, tecnica importata dall'esperienza di disassuefazione degli alcolisti, allargata ai dipendenti da eroina ed ai consumatori abituali di cocaina (Miller WR, 2000), può essere di scarsa utilità pratica visto che normalmente, anche per problemi legati alla legge italiana, è difficile che il medico di medicina generale sia coinvolto in questi progetti (vedi anche capitolo 1.6 sull'alcolismo). Anche l'utilizzo di tecniche di **counselling** o altre **abilità psicoterapiche** appare discutibile, laddove queste nascono e vengono praticate in ambienti specialistici, con setting particolari, solitamente con un paziente comunque astinente (Mercer D, 2000; Washton AM, 2000).

Oltre al bagaglio di conoscenze scientifiche (opportune in un periodo nel quale sulle tossicodipendenze problemi morali e pregiudizi interessano anche l'ambito scientifico), il medico di medicina generale esperto può avvalersi delle sue abilità acquisite sul campo di utilizzo e gestione delle reti di lavoro scientifiche e profane, anche se, in questo settore, i legami affettivi e la relazione di lunga durata tipica della medicina generale non sempre sono utilizzabili.

I problemi più frequenti nell'ambito dell'uso di sostanze psicotrope illegali trattati sono:

- problemi legati al tossicodipendente da eroina
- problemi legati al rapporto con i SerT, le comunità terapeutiche e le associazioni dei familiari
- problemi legati ai consumatori occasionali di eroina, cocaina, allucinogeni (LSD), marijuana, anfetamine ed Ecstasy
- problemi legati all'adolescente consumatore occasionale e alle richieste di genitori o parenti.

5.2.1 Il tossicodipendente da eroina

Il paziente dipendente da eroina soprattutto se dipendente da lunga data presenta solitamente innumerevoli problemi legati non solo alla sostanza ma anche e soprattutto all'illegalità del consumo, alle modalità d'uso, quasi sempre endovenoso e in assenza di norme igieniche. E' un paziente, quindi, con possibile presenza di epatite C (oltre che B), di sieropositività al HIV se non già in situazione di AIDS conclamata, con problemi legati alla frequentazione di piccola o media criminalità locale (l'ambiente dello spaccio), frequentemente appiattito affettivamente, spesso con deficit cognitivi, anche se è possibile incontrare persone sveglie ed intelligenti.

Al medico si presenta quasi sempre per chiedere psicofarmaci (benzodiazepine) che può utilizzare per sedare ansia in presenza di sindrome di astinenza qualora non sia riuscito a trovare eroina sul mercato nero, o per potenziare l'effetto della sostanza (mescolando eroina con psicofarmaci) o per rivenderli sul mercato nero. Questi problemi si possono presentare anche se è in terapia con metadone, visto che questi pazienti sono facilmente utilizzatori di più sostanze legali (benzodiazepine, alcool) ed illegali. Colpisce di molte di queste persone l'anaffettività, l'ottica utilitaristica ed individualistica, per altro presenti in forma attenuata in molti altri soggetti della nostra civiltà occidentale.

Queste caratteristiche sconsigliano qualsiasi intervento che non sia quello di porre con decisione e perseveranza confini e regole nell'utilizzo del medico. Un setting rigido e con confini rigorosi permette al medico di intervenire qualora gli si pongono problemi relativi a patologie comuni o legate alla tossicodipendenza. E' necessario che, fin dall'inizio della relazione, il medico non si illuda di poter risolvere il problema dipendenza, ma neanche che tenti di cancellare questo paziente considerandolo irrecuperabile e pericoloso. Un atteggiamento di scetticismo critico, laddove praticabile, permette alcuni interventi volti a seguire patologie mediche classiche o anche a ribadire al paziente quelle modalità d'uso della sostanza che meno espongono al rischio di AIDS o di epatite. Un atteggiamento rigoroso ma disponibile permette inoltre di instaurare una relazione più soddisfacente in quelle situazioni in cui il paziente matura *da solo* la volontà di superare la situazione di dipendenza.

Se raramente si riesce ad instaurare una relazione soddisfacente e propositiva, non bisogna dimenticare che esistono situazioni minoritarie, come quella di chi fa uso solo per via inalatoria, chi utilizza in modo irregolare, chi, per ceto sociale e cultura, può permettersi un utilizzo meno agganciato ai circuiti dell'illegalità, dove il medico di medicina generale può diventare il referente principale. Anche e soprattutto in questi casi è *indispensabile definire un setting rigido con regole da rispettare quale premessa per uno spazio negoziale da definire anche se angusto*; vanno utilizzati con molta attenzione (o per nulla) psicofarmaci; è opportuno non avere un atteggiamento farmacologicamente aggressivo per altre patologie. Conviene preliminarmente dichiarare la propria impotenza di fronte alla dipendenza, offrire la propria professionalità nel campo delle malattie cosiddette organiche, ribadendo l'intenzione di accudire comunque il paziente: essere a fianco di questi pazienti e rinforzare le loro scelte di svincolo dalla dipendenza può saltuariamente portare a percorsi gratificanti per entrambi gli attori. Se in queste situazioni si viene chiamati a gestire sindromi di astinenza può darsi che esse rappresentino un tentativo di cambiamento (diverso da quelli che le subiscono perché non trovano la sostanza quotidiana); è comunque opportuno usare il meno possibile psicofarmaci proponendo invero la propria presenza.

In conclusione, escluse quelle situazioni con forti componenti di intimidazione (non solite nei tossicodipendenti se non in quelli incorporati con ruoli minori nelle criminalità urbane), il contatto con il tossicodipendente da eroina può essere l'occasione per mettere alla prova i propri vissuti di onnipotenza, ricordandosi che pur in presenza di un appiattimento affettivo, non tutti i tossicodipendenti da eroina sono uguali e che quelli che cominciano ad avere una certa età, se non sono colpiti da gravi patologie correlate possono entrare nell'idea di sganciarsi dalla loro dipendenza. Molti di questi, inoltre, sono in terapia continuativa con metadone e, a prescindere dal serrato dibattito sulla legittimità di questa scelta, riescono a reinserirsi nell'ambito lavorativo e familiare, pur continuando ad essere dipendenti.

Rimane comunque molto problematico l'approccio con adolescenti o giovani adulti, dipendenti da diversi anni (o anche da pochi), laddove esiste un coinvolgimento familiare non sempre chiaro (attenzione ad affidare farmaci ai genitori in queste situazioni), dove l'esperienza della dipendenza, ma anche e soprattutto dei circuiti dell'illegalità, magari della prigione o del riformatorio e della violenza a questo legata, possono provocare danni irreparabili ed irrecuperabili. In queste situazioni, comunque, spesso non si riesce a stabilire nessun tipo di regola e il problema va comunque affrontato da ambiti specialistici, sebbene anche per questi l'insuccesso sia la regola.

5.2.2 I rapporti con i SerT, le comunità terapeutiche e le associazioni dei familiari

I Servizi per le tossicodipendenze gestiscono normalmente tutti gli aspetti legati alla dipendenza da eroina ed anche le patologie correlate ed indotte. Alcuni forniscono anche servizi di supporto psicologico e a volte fanno da tramite per l'inserimento in comunità terapeutiche. Negli ultimi anni alcuni servizi sperimentano interventi diretti sulla comunità di appartenenza dei tossicodipendenti soprattutto se giovani ed adolescenti.

Spesso i rapporti con i SerT sono problematici o inesistenti; molti di questi servizi non gradiscono interferenze esterne, incluse quelle del medico di medicina generale, ma, come detto, l'atteggiamento è spesso reciproco e generalmente la competenza del medico di famiglia in questo ambito è scarsa e superficiale. Molte volte è proprio opportuno lasciare la gestione globale ai servizi, eventualmente accordandosi per il controllo e il monitoraggio di patologie organiche specifiche o di quelle correlate con la tossicodipendenza. E' solitamente consigliabile, salvo particolari situazioni contingenti o locali, evitare di gestire direttamente terapie metadoniche o con psicofarmaci.

Le Comunità terapeutiche costituiscono un mondo a se stante che ha anche pochi contatti con i SerT e difficilmente è chiesta collaborazione o intervento medico di supporto.

Le Associazioni dei familiari possono talvolta rivolgersi al medico di medicina generale per intervenire in situazioni di conflitto con SerT od altri operatori; anche in questo caso è opportuna la massima attenzione per evitare di essere coinvolti in complesse dinamiche relazionali di specifica competenza specialistica.

5.2.3 I consumatori occasionali

Se è raro (ma possibile) incontrare consumatori occasionali di eroina, la diffusione di altre sostanze, derivati della Cannabis innanzitutto, ma anche cocaina, Ecstasy od altre anfetamine e, raramente, allucinogeni, porta all'osservazione del medico di medicina generale il paziente consumatore occasionale, qualora con esso vi sia un buon rapporto di fiducia già instaurato. Le richieste possono essere diverse a seconda del tipo di sostanza, della classe sociale e della cultura del soggetto, del rapporto che questo instaura con la sostanza e del vissuto soggettivo di fare qualcosa di patologico.

Da molto tempo siamo in presenza di un serrato dibattito se possa esistere un consumo occasionale, non patologico, che non sfoci in una dipendenza o che non porti invariabilmente al consumo e alla dipendenza da eroina. Il dibattito è delicato poiché non ha a che fare solo con gli aspetti farmacologici delle sostanze ma anche con aspetti etici, legali e sociali, ma soprattutto politici.

La polemica suscitata dalla mancata divulgazione da parte del OMS del rapporto sui derivati della Cannabis, prima citata, ne è un chiaro esempio. Di certo l'ambito illegale di approvvigionamento e l'immagine di contrapposizione suscitata dall'uso di sostanze illegali può contribuire non poco (per alcuni quasi esclusivamente) allo spingere persone con identità problematica o con altri problemi all'uso di eroina. E' bene comunque che il medico ricordi che questo non è comunque la norma, visto che esistono numerosi consumatori di sostanze illegali che non usano e mai hanno usato negli ultimi decenni eroina od oppiacei.

Il consumatore occasionale (ma anche quello abituale) di **cocaina**, che in occidente è solitamente annusata (sniffata) nella sua forma cristallina purificata, raramente viene all'attenzione del medico di famiglia, essendo questa una sostanza molto costosa che può essere usata abitualmente solo da chi è molto agiato economicamente e che ha la possibilità di usufruire di canali riservati qualora insorgano problemi di uso abituale e di dipendenza. Anche se per la cocaina la dipendenza fisica è dubbia, è sicuramente possibile una dipendenza psicologica e una tendenza coattiva a ripetere l'assunzione, infatti il termine craving è utilizzato soprattutto per questa sostanza. Un consumatore occasionale può essere il dipendente da eroina, che la utilizza per via endovenosa, ogni tanto, mescolata ad essa (speed-ball) per potenziarne l'effetto. Ma, in questo caso, si tratta di una delle frequenti varianti di politossicomane, tipico del dipendente da eroina.

L'**Ecstasy** (che ha anche qualche effetto allucinogeno) ed altri stimolanti sono usati perlopiù da giovani, combinati spesso con alcool, al sabato sera, per svago o in discoteche. E' difficile che un giovane porti al medico questo come un problema, più spesso posto da parenti o genitori.

L'**LSD** ed altri allucinogeni sono di uso rarissimo nonostante le frequenti campagne di allarme dei mass-media, essendo sostanze con potenti effetti psicologici (non di eccitazione o sedazione come stimolanti o eroina) che facilmente possono provocare panico ed angoscia. Spesso il loro problema è legato alla slatentizzazione di gravi patologie psicotiche sottostanti.

La **marijuana** e i **derivati della Cannabis** sono sicuramente le sostanze più usate da giovani e meno giovani. I consumatori sono poco visibili (ad esclusione di quando incorrono in contatti con la legge), visto che la bassa tossicità, l'assenza di una overdose e la discutibile presenza di fenomeni di dipendenza ne favoriscono un uso occultato. Il dosaggio usato solitamente nei paesi occidentali, inoltre, è mediamente quattro/cinque volte minore di quelli dove l'uso è tradizionalmente endemico (Giamaica, alcuni paesi africani ed asiatici). E' più probabile che nei consumatori di derivati della Cannabis possano insorgere patologie psichiatriche maggiori o minori, visto che il tipo di effetto farmacologico (simile a quello degli allucinogeni in forma più attenuata, quindi non sedativo, né ansiolitico, né

stimolante) può comportare esperienze soggettive spiacevoli ed angosianti in relazione al tipo di personalità, alla condizione psicologica del momento, e al contesto in cui è usata.

Per Ecstasy, allucinogeni e derivati della Cannabis il medico può essere chiamato in caso di **intossicazione acuta**, per il sopraggiungere di **problemi psichiatrici**, per le **preoccupazioni di parenti o genitori**.

Sempre ricordando la differente tossicità acuta (potenzialmente mortale per l'Ecstasy soprattutto se combinata ad alcool, con problemi psichiatrici maggiori per gli allucinogeni, in persone predisposte), *in queste situazioni conviene sempre porre l'accento sui problemi e sui vissuti della persona più che sulla sostanza*. Non infrequentemente situazioni di disagio e di malessere trovano come capro espiatorio queste sostanze, portando così a sottovalutare o a non vedere altri tipi di problemi che possono anche non essere affatto correlati con l'uso saltuario di sostanze psicotrope. Anche quando l'uso è continuativo o frequente (solitamente per i derivati della Cannabis), conviene concentrarsi sull'esplorazione dei problemi che a queste sostanze vengono correlati e partire da essi.

Nell'ottica della politica del minor danno per queste sostanze, inoltre, laddove pare che il consumo non sia abbandonato, è opportuno spiegare effetti, rischi d'uso, raccomandare l'astinenza in situazioni dove è indispensabile (ad esempio guidare la macchina) e porre il problema del **controllo dell'uso**. Questo tipo di strategia non è accettato da chi punta all'**astensione totale** di qualsiasi droga (illegale); è bene ricordarsi, però, che, in queste situazioni può essere importante privilegiare l'instaurazione di un rapporto di fiducia stabile e duraturo anche a scapito di una momentanea non astinenza.

5.2.4 I giovani e gli adolescenti

Se quanto detto sopra può fornire al medico di medicina generale strumenti per impostare una relazione potenzialmente terapeutica o comunque coerente con dipendenti da eroina o con consumatori abituali od occasionali di altre sostanze psicotrope, è necessaria particolare cautela con pazienti molto giovani ed adolescenti.

In queste situazioni bisogna essere in grado di cogliere *l'eventuale grado di patologia delle relazioni familiari* e saper distinguere un atteggiamento di opposizione generazionale dell'adolescente da un'eccessiva ansia dei genitori o da problemi importanti legati all'affettività e all'identità sia del giovane paziente sia della famiglia. La lunga conoscenza del nucleo di riferimento può aiutare, ma anche essere un ostacolo, nel senso che il medico di medicina generale può essere o apparire pregiudizialmente schierato con i genitori. Questa quindi è una situazione difficile e delicata, che può presentarsi con una discreta frequenza. Anche il fatto che il medico stesso sia genitore di adolescenti, può complicare la ricerca di una risposta adeguata.

Nei casi meno complessi (situazione familiare non eccessivamente perturbata, giovane mediamente inserito nel proprio ambiente sociale, capacità di riflessione dei genitori), il MMG può:

- *fornire informazione* scientificamente corrette sulle sostanze, esplicitando anche il dibattito e le posizioni scientifiche in corso
- *stimolare un colloquio riservato con il paziente* cercando una relazione franca e riservata, tenuto sempre conto della facile diffidenza dell'adolescente
- *rassicurare i genitori*, stimolandoli ad osservare altri aspetti del figlio, invitandoli a puntare ad un rapporto che si allarghi oltre l'angusto ambito delle droghe, valorizzando la capacità genitoriale e dicendo che il conflitto può essere anche uno stimolo per la ricerca di soluzioni o modificazioni delle relazioni attuali.

In caso di scelta di invio (spesso opportuna in famiglie con problemi sociali o di relazione) ad un altro livello, andrebbe preferenzialmente scelto un servizio di Igiene Mentale o altro servizio pubblico o privato con competenza specifica su problemi della famiglia e degli adolescenti, piuttosto che un affrettato invio ad un SerT, laddove, in questo specifico caso, il giovane verrebbe proiettato in una rapida carriera istituzionale in un posto affollato da dipendenti da eroina spesso di lunga data. Se in ambito locale esistono gruppi associativi che si occupano di disagio giovanile può essere utile coinvolgere questi operatori. E' opportuno ricordarsi che questi problemi legati a comportamenti e motivazioni, espongono comunque alla possibilità di fallimento e frustrazione.

Ai giovani consumatori anche di Cannabis, Ecstasy od allucinogeni è sempre opportuno ribadire che il consumo è attualmente **un reato** penalmente perseguibile per la detenzione di quantità non modiche (e il concetto di "*modica quantità*" rimane tuttora di diversa interpretazione in ambito giuridico), che comunque si può essere indagati per spaccio e che anche in assenza di sanzioni penali, rimane l'obbligo di segnalazione ai SerT. Queste osservazioni hanno la funzione di stimolare il senso di responsabilità e prevenire l'esperienza giudiziaria e carceraria che potrebbe portare al contatto con ambienti di criminalità, o comunque costituire un'esperienza che rafforza in senso negativo la naturale contrapposizione generazionale delle fasce giovanili

5.2.5 Educazione e prevenzione

Molti sono i soggetti sociali e politici in campo nell'ambito della prevenzione, informazione ed educazione: il Ministero della Sanità, i SerT, le Comunità Terapeutiche, associazioni di volontariato e di familiari, la magistratura ed anche le forze sociali e politiche che hanno potere ed obbligo di legiferare, di indirizzo e di scelte in campo della

politica economica e politica estera. In questo proliferare di soggetti autorevoli e legalmente responsabili non spettano di certo al medico di medicina generale i compiti suddetti. Tuttavia il fenomeno tossicodipendenze non è mutato di molto in 30 anni di interventi e di attività di prevenzione e quindi, anche se non richiesto, il MMG può inserirsi in questo ambito, sfruttando il canale preferenziale che ha con la comunità su alcuni aspetti:

- quello delle spiegazioni scientifiche depurate da connotazioni moralistiche sul pericolo del loro uso ed anche con consigli (nell'ottica della politica del minor danno) sulle modalità d'uso meno pericolose rivolte ai consumatori dipendenti o abituali;
- quello sull'informazione generale sui farmaci, sulla loro utilità ma anche sulla pericolosità di un uso consumistico, nell'ottica di una diminuzione generale del ricorso al farmaco quale unica o principale risposta a malattie, malesseri e difficoltà di vivere;
- quello del cogliere e provare ad intervenire (magari inviando a consulenti qualificati) in situazione di disagio familiare o sociale.

E' evidente che questi non sono interventi specifici sulla tossicodipendenza, ma semplicemente un modo di interpretare la professione che si esprime anche in settori non tradizionali dell'agire professionale del MMG.

Il passaggio dalla concezione del tossicodipendente da persona viziosa a persona malata, anche se ha stimolato un approccio più tollerante al problema, ha innescato altri aspetti critici che è opportuno tenere presenti:

- alcune sostanze sono meno tossiche e sono decisamente legate al piacere ed alla socialità;
- alcune sostanze precipitano patologie psichiatriche in persone con strutture di identità probabilmente deboli;
- alcune sostanze, per le loro caratteristiche farmacologiche (oppiacei, ma anche in parte anfetamine e cocaina) possono assumere una caratteristica di automedicazione impropria o comunque inefficace.

6. Conclusioni

L'ambito delle cosiddette tossicodipendenze è un settore ostico e difficile per il medico di medicina generale, principalmente per le caratteristiche del tossicodipendente da eroina, paziente molto particolare e problematico.

Qualora anche il medico volesse dedicarsi di più a quest'ambito anche sanitario si troverebbe immediatamente di fronte alla diffidenza di operatori dei centri, delle comunità, ma anche al rischio di entrare in conflitto con la legge che prescrive l'obbligo di segnalazione ai SerT di qualsiasi consumatore anche occasionale di qualsiasi sostanza illegale. Anzi, a ben vedere una interpretazione rigorosa della legge impedirebbe al medico di utilizzare quasi tutto ciò che è detto in questo capitolo. Spetta al singolo MMG valutare quale responsabilità assumersi. L'esperienza di "lavorare al margine" tra conflitto ed incertezza è comunque un patrimonio storico della medicina generale nei suoi aspetti più qualificati e professionali.

A chi si vuole avventurare in questo campo è bene ricordare che un problema di questo tipo risente molto di aspetti macroeconomici e macropolitici, di punti di vista etici e morali ed ha anche a che fare con aspetti caratteristici degli esseri umani come quelli legati al piacere e al lenimento di dolori e angosce.

Un altro aspetto importante è quello di rendersi conto che lo "stereotipo del tossico", così comodo come capro espiatorio, non sempre corrisponde alla variegata popolazione di consumatori (occasionali o meno) di sostanze psicotrope, così come il termine "droga" oltre ad essere scientificamente errato non aiuta in quel lavoro di differenziazione e di studio della singolarità tipico della medicina generale. Non bisogna infine dimenticare che anche questo paziente, cittadino tutelato a tutti gli effetti dal dettato costituzionale, ha diritto a cure, assistenza e anche per lui valgono le disposizioni in materia di **consenso informato**.

Essere consapevoli di tutto questo aiuta a collocarsi in modo soddisfacente di fronte al paziente con problemi di dipendenza o con il consumatore occasionale di sostanze psicotrope.

Bibliografia

- Aliberti S, Taberna R. Uno spazio per addomesticarsi. Il gruppo Kali come prima accoglienza nel SerT di Rivoli (TO). Animazione Sociale, Anno 1, n. 153. Maggio 2001: 59-64
- Anderson A. Comportiamoci da adulti. Editoriale Scienza Nuova (ed. italiana di New Scientist) Aprile 1998 1:3
- Anton RF. What is craving? Models and implications for treatment. Alcohol Res Health 1999;23(3):165-173
- Baudel F. Capitalismo e civiltà materiale. Einaudi, Torino 1977. (Civilisation matérielle e capitalisme (XV° - XVIII° siècle)
- Bartoletti L, Fossati E, Girardengo C, Puppo V. Le tossicodipendenze. in Bellino L. (a cura di) Argomenti di medicina generale. Seconda Edizione. Volume secondo, p. 577-589. Carocci Editore, Roma 1999
- Di Paola F. L'istituzione del male mentale. Manifestolibri, Roma 2000
- DSM IV per la medicina generale. Masson, Milano 1997
- Edelman G.M., Tononi G. Un universo di coscienza. Einaudi, Torino 2000
- Eurispes. Droga tra indifferenza ed istituzionalizzazione; sintesi per la stampa Roma, ottobre 2001 www.eurispes.com/Eurispes/droga1001/default.htm
- Glatt MM. I fenomeni di dipendenza. Feltrinelli, Milano 1979

- Goodman & Gilman. Le basi farmacologiche della terapia (Ed. italiana) a cura di Cesare Sirtori e Stefano Govoni McGraw-Hill Libri, Italia srl, Milano 1997
- ICD-10 Capitolo V. Versione per la Medicina Generale. Ed. Italiana Masson, Milano 1997: 14-15
- Inglis Brian, Il gioco proibito - storia sociale della droga. Arnoldo Mondadori Editore, Milano 1979
- Kozlowski LT, Mann RE, Wilkinson DA, Poulos CX. "Cravings" are ambiguous: ask about urges or desires. Addict Behav 1989;14(4):443-445
- Mercer D. "Description an Addiction Counseling Approach". In Kathleen M Carroll: "Approaches to Drug Abuse Counseling". National Institute on Drug Abuse, NIH Publication Number 00-4151 July 2000: p. 81-90. Disponibile su <http://165.112.78.61/ADAC/ADAC1.html>
- Miller W.R Motivational Enhancement Therapy: Description og Counselling Approach. In: Kathleen M. Carroll: "Approaches to Drug Abuse Counseling". National Institute on Drug Abuse, NIH Publication Number 00-4151, July 2000: p 99-105. Disponibile su <http://165.112.78.61/ADAC/ADAC1.html>
- Serpelloni G, Pirastu R, Brignoli O. Medicina delle tossicodipendenze per medici di medicina generale. SEMG,1996. Supplemento a SIMG n° 7, 1996
- Serpellone G. e Rossi A, (a cura di) HIV/AIDS e DROGA. Manuale per operatori di prevenzione. Leonard Edizioni, Verona 1996. Non in commercio. Il Manuale a cura delle edizioni Edas - Edizioni Surian 1998 è scaricabile da http://www.dronet.org/database/vis_bibl/bib_zip/manupos.zip
- Washton AM. "Psychotherapeutic and Skills-Training Approach to the Tratment of Drug Addiction". In: Kathleen M. Carroll. "Approaches to Drug Abuse Counseling". National Institute on Drug Abuse, NIH Publication Number 00-4151, July 2000: 139-148. Disponibile su <http://165.112.78.61/ADAC/ADAC1.html>

Siti Internet (verificati 12/2000)

- www.dronet.org Sito del Ministero della Sanità
- www.gruppoabele.it/profilo/index.html Sito del Gruppo Abele, associazione non governativa senza scopo di lucro impegnata nel campo dell'emarginazione sociale e delle tossicodipendenze
- www.nida.nih.gov Sito del National Institute on Drug Abuse americano
- www.undcp.org Sito del United Nation Office for Drug Control and Crime Prevention
- www.fuoriluogo.it Sito di operatori medici, volontari, operatori sociali orientati alla politica del minor danno con raccolta di vari punti di vista ed esperienze internazionali.

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 (variabile sociale); rischio di infezioni	Non è descritta una sindrome da uso cronico. Complicanze dell'uso frequente: in soggetti predisposti anche in assenza di uso continuativo può comparire il cosiddetto	Problemi respiratori analoghi all'uso del tabacco. Complicanze per uso frequente: in soggetti predisposti slatentizzazione di patologie psichiatriche maggiori. Molto discussa

	per chi usa via iniettiva (per cocaina), con possibili miocarditi	"flashback", ovvero una ripresa degli effetti dispercettivi e allucinatori in assenza di assunzione. Possibili reazioni psicotiche prolungate	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>
