



AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N.6  
FRIULI OCCIDENTALE

# Craving

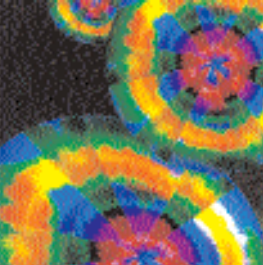
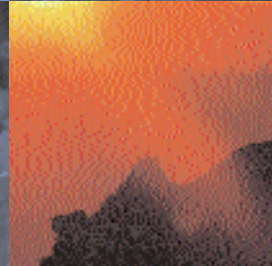
Il desiderio incontrollabile

1

BOOKSEI



Serotonina,  
craving  
e sistema  
cerebrale della  
gratificazione



Craving e  
sensitizzazione:  
tra neurobiologia  
e stato  
d'animo.



Comunità  
terapeutiche  
e Ser.T.:  
lavorare  
in rete



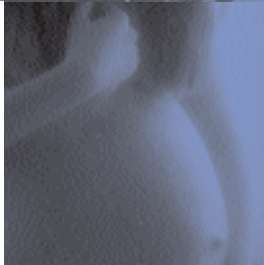
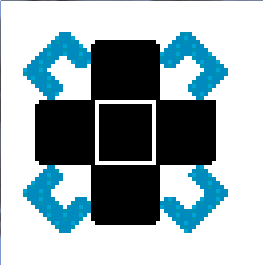
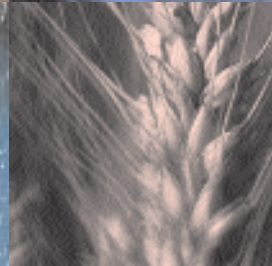
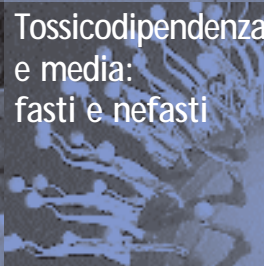
Alcool e  
ospedalizzazione



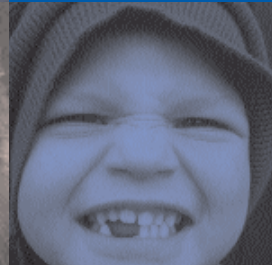
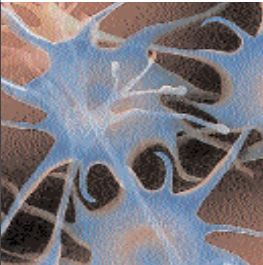
Dalla  
onnipotenza  
alla crisi



Tossicodipendenza  
e media:  
fasti e nefasti



QUADERNI  
1  
DEL SERT



**BookSei**

Collana di Quaderni Scientifici  
dell'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6  
Friuli Occidentale

**Direttore Generale**

Ing. Giulio De Antoni

**Direttore Sanitario**

Dr. Sandro Cinquetti

**Direttore Amministrativo**

Dr. Renato Andreazza

**Comitato Editoriale**

*(responsabile)*

Sandro Cinquetti

Abele Casetta

Angelo Cassin

Roberto Celotto

Maddalena Coletti

Giulio Camillo De Gregorio

Andrea Flego

Anna Furlan

Ferruccio Giaccherini

Salvatore Guarneri

Flavia Munari

Alessandro Parenzi

Gianni Vicario

**Coordinamento Editoriale**

Anna Maria Falcetta

Luca Sbrogiò

**Progetto Grafico**

Omar Cescut

Patrizio A. De Mattio

**Stampa**

Litografia Ponte

Talmassons (Udine)



© Copyright

Azienda per i Servizi Sanitari n. 6

Friuli Occidentale

Booksei 1

Quaderni del Ser.T. 1

Craving il desiderio incontrollabile

ISBN 88 - 900235 - 1 - 1

AZIENDA PER I SERVIZI SANITARI N.6  
FRIULI OCCIDENTALE

1

B O O K S E I



## Booksei: la nuova collana scientifica aziendale

ing. Giulio  
De Antoni

Direttore Generale  
ASS n. 6  
Friuli Occidentale

Un'Azienda Sanitaria, per le professionalità che esprime e le attività che svolge, assume nella società in cui è radicata un innegabile ruolo culturale che va oltre l'assistenza sanitaria erogata. Il personale dei diversi Servizi, i Dirigenti, la Direzione Strategica, il personale "front-office" e amministrativo comunicano, a titolo diverso e con modalità peculiari, valori, obiettivi, contenuti. La scelta delle priorità assistenziali, le modalità di erogazione dei servizi, l'attenzione al malato, all'anziano, alla persona con handicap, la difesa dell'utente, l'onestà professionale, il rapporto tra colleghi, la lotta agli sprechi, la cura per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza esprimono il valore culturale aggiunto delle attività svolte da un'Azienda Sanitaria.

Di volta in volta la cultura trasmessa può assumere significati e sfumature diverse. A seconda del contesto o dell'operatore coinvolto, si passa da un prevalente connotato tecnico-scientifico ad uno gestionale o etico. Può essere rivolta all'interno dell'Azienda, o ai colleghi delle altre realtà sanitarie con cui ci si interfaccia, o ai componenti della comunità, singoli o associati. Le modalità comunicative, infine, sono le più diverse: dagli interventi educativi strutturati rivolti alla popolazione generale, al convegno specialistico rivolto agli addetti del settore, dall'incontro quotidiano con il paziente malato o i suoi familiari, ai rapporti interni tra colleghi.

In questo contesto, le esperienze che vengono maturate sono molte, spesso di alta qualità. Se non selezionate, organizzate e raccolte, vi è il rischio concreto che la loro conoscenza vada dispersa o il valore non riconosciuto. Per far fronte a ciò, l'Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 "Friuli Occidentale" ha inteso sviluppare un ampio progetto di comunicazione di cui questa collana fa parte. Questa Azienda infatti è convinta che la comunicazione occupi un posto centrale nella sviluppo di una moderna organizzazione aziendale. Essa gioca un ruolo fondamentale sia all'interno del-

l'organizzazione che all'esterno. All'interno permette di mantenere aggiornato il personale sulle iniziative aziendali intraprese, lo stato di avanzamento delle attività, i nuovi assetti organizzativi, favorendo il coinvolgimento di tutti al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Con l'esterno, la comunicazione è importante nel favorire la trasparenza organizzativa, migliorare i rapporti con l'utenza, supportare l'immagine aziendale. Gli obiettivi riconducibili all'ambito della comunicazione che l'Azienda, in attuazione delle linee guida regionali, persegue, sono:

promozione dell'uso di interventi di provata efficacia; rafforzamento delle attività di relazione con il pubblico, gestione dei progetti per la prevenzione; con particolare riferimento alla informazione della popolazione, miglioramento dei tassi di copertura della popolazione per procedure o pratiche efficaci; maggiore sensibilizzazione dei medici di medicina generale sugli obiettivi di salute e gestionali di interesse regionale ed aziendale.

Per raggiungere i suddetti obiettivi sono stati avviati o rafforzati diversi strumenti comunicativi tra i quali il notiziario aziendale "AsSei Notizie", il bollettino epidemiologico "Schede di Sanità Pubblica", e, appunto "Booksei".

#### Organizzazione

"Booksei", la collana scientifica aziendale, risponde ad un duplice intento: garantire una continuità editoriale aziendale dando spazio agli operatori dei diversi Servizi.

In questa logica il primo numero è costituito da una monografia sul *craving* curata dal Servizio per le Tossicodipendenze dell'Azienda. È denominata "Quaderni del Ser.T. n. 1" dal momento che il Servizio intende curare periodicamente ulteriori numeri su argomenti specifici di scottante attualità sul tema delle dipendenze.

Seguiranno altri interventi in diverse aree, curati da Servizi diversi, o anche vere e proprie iniziative di singoli operatori qualora ne sia provata una chiara rispondenza agli obiettivi aziendali.

Un ampio e rappresentativo Comitato Editoriale, coordinato dal Direttore Sanitario, garantisce un impegno attivo di tutte le Strutture Operative.

Anche la grafica, pur attenta a contenere i costi, risulta particolarmente curata; punta a conquistare il lettore per favorire una maggiore diffusione delle idee ed un reciproco arricchimento professionale.



**Booksei n. 1**  
Quaderni del Ser.T. n. 1  
a cura di **Andrea Flego**

**Comitato di Redazione**  
*Responsabile Andrea Flego*  
**Virgilio Beacco, Zelindo Biasiotto,**  
**Paolo Cimarosti, Antonio Natoli, Cristina**  
**Tulissi, Pietro Zolli, Carmela Zuccarelli**

**Ser.T.**  
**Azienda per i Servizi Sanitari n. 6**  
**“Friuli occidentale”**  
**Via Codafora 15, 33170 Pordenone**  
**Tel. 0434.208027/8 - Fax 0434.524048**

QUADERNI

1

DEL SERT



Perché i Quaderni del Ser.T? La Redazione	8
Craving e sensitizzazione: tra neurobiologia e stato d'animo. Riflessioni su un saggio di Frank H. Gawin e M. Elena Khalsa-Denison del Drug Abuse Research Center dell'Università di Los Angeles - California <i>a cura di Andrea Flego</i>	11
Serotonina, craving e sistema cerebrale della gratificazione Possibile utilizzo dei farmaci che interferiscono con la serotonina, rassegna della letteratura. <i>di Andrea Flego</i>	21
Dall'onnipotenza alla crisi Il tossicodipendente di fronte all'AIDS. <i>di Pietro Zolli</i>	33
Alcool e ospedalizzazione I ricoveri per patologia alcoolcorrelata in provincia di Pordenone <i>di Paolo Cimarosti e Augusto Casasola</i>	39
Comunità terapeutiche e Ser.T.: lavorare in rete <i>di Virgilio Beacco</i>	47
Tossicodipendenza e media: fasti e nefasti <i>di Letterio Scopelliti</i>	56
Rubriche	
Sir... (i lettori ci scrivono) <i>a cura di Virgilio Beacco</i>	58
Sul fronte del carcere <i>a cura di Cristina Tulissi</i>	60
Navigando... per le banche dati <i>a cura di Antonio Natoli</i>	62
Nel prossimo Quaderno del Ser.T n. 2 <i>a cura di Andrea Flego</i>	65

## Perchè i Quaderni del Ser.T ?

La Redazione

Le dipendenze patologiche sono un fenomeno antico, ma recentemente hanno assunto un andamento tumultuoso ed in continua espansione. Ciò crea un grande allarme sociale, ma favorisce anche l'aumento delle conoscenze scientifiche in materia, che sono, per la verità, ancora ridotte. Lavorare quindi in questo campo è particolarmente difficile, specie per chi opera nei Ser.T.

Ma non siamo all'anno zero. Le conoscenze e le esperienze accumulate sul campo da un'intera generazione di operatori sia pubblici che privati, e le nuove avvincenti scoperte sui meccanismi d'azione delle droghe e sul funzionamento di quella parte del cervello deputata ad elaborare la gratificazione, meritano di essere raccolte, scambiate, elaborate, sintetizzate.

Vogliamo quindi favorire questa comunicazione scientifica e progettuale tra gli operatori che si occupano di dipendenze patologiche o che comunque sono interessati all'argomento.

Ci rivolgiamo quindi a tutti gli operatori sanitari e sociali, pubblici e privati a cui sta a cuore questa problematica, senza escludere alcun tema specifico. Vorremmo favorire una facile lettura dei "Quaderni" perseguendo, per quanto possibile uno stile divulgativo e comprensibile a tutte le professionalità interessate, anche per incentivare la necessaria multidisciplinarietà. Ma la sfida - o per così dire la quadratura del cerchio - sarà per noi la qualità scientifica di quanto pubblicato nei "Quaderni". Cercheremo quindi di rifarci costantemente alle conoscenze scientifiche attuali ed allo stato dell'arte nell'ambito dei fenomeni di dipendenza.

Impegno qualificante della redazione sarà quindi la presentazione, fin da questo primo numero, di qualche tematica ripresa dalla letteratura scientifica internazionale più recente.

A sottolineare poi l'interesse anche per il versante biologico, sia nei suoi aspetti tossicologici che in quelli più eminentemente di ricerca neurobiologica, in questo numero viene affrontato il tema del "craving" o "desiderio compulsivo" della sostanza tossica, e - nel contributo desunto

dalla letteratura internazionale - dei suoi rapporti con la "sensitizzazione" cioè con l'aumento, in talune condizioni, degli effetti di una sostanza tossica dopo una somministrazione continuata. La sensitizzazione viene considerata da taluni come uno dei possibili meccanismi con cui droghe ed alcool possono produrre disturbi mentali indotti, le cosiddette "psicosi sperimentali".

Su un altro versante viene proposta una sintesi del dibattito scientifico sui rapporti tra sistema serotoninergico, craving e "sistema della ricompensa" cerebrale, e quindi sul possibile uso di farmaci agenti sulla serotonina come coadiuvanti nella terapia delle dipendenze.

Viene poi avviata una riflessione sulla psicologia del sieropositivo e del malato di AIDS nelle varie fasi della malattia, e sulle possibilità di riabilitazione.

Sulla tematica dell'alcooldipendenza viene riportato uno studio sull'utilizzo del ricovero ospedaliero per patologia alcoolcorrelata nella provincia di Pordenone.

Viene infine raccontata un'esperienza di lavoro congiunto tra operatori del Ser.T. di Pordenone, e di alcune comunità terapeutiche - per la precisione della Comunità Diurna di Cordenons (dipendente dal Ser.T.), del Centro Diocesano di Solidarietà di Pordenone, del Centro di Solidarietà Giovani di Udine e della Cooperativa "La Tempesta" di Gorizia - per porre "in rete" tutte le risorse e valorizzare al meglio i diversi metodi terapeutici. Tale esperienza è finalizzata ad un invio più mirato nelle comunità e ad una migliore gestione dei programmi terapeutici e della fase del rientro.

A sottolineare che la tematica delle dipendenze non si esaurisce nell'orizzonte sociosanitario, viene presentato anche un contributo sul ruolo dei media nel plasmare ed orientare i fenomeni sociali legati alla tossicodipendenza.

A completamento vengono previsti un angolo in cui ospitare di volta in volta un intervento dei lettori, nel tentativo di legare teoria scientifica ed esperienza del quotidiano, una pagina privilegiata per dare voce alla tematica del carcere, luogo doloroso ed atipico per dei pazienti quali sono tossicodipendenti ed alcoolisti, e la segnalazione di qualche pubblicazione o lavoro scientifico recente giudicato interessante.

Vengono infine indicati alcuni temi redazionali su cui si intende orientarsi per la preparazione del numero successivo.

Ci auguriamo con questo sforzo di introdurre un qualcosa di nuovo e di immediatamente fruibile nel panorama della cosiddetta "letteratura grigia", da sempre importante in un campo in forte evoluzione come le dipendenze da sostanze tossiche e da alcool.

Saremo quindi molto grati a quanti vorranno contribuire con articoli e suggerimenti a rendere i "Quaderni" più consoni allo spirito con cui li abbiamo pensati.



# Craving e sensitizzazione: tra neurobiologia e stato d'animo

Riflessioni su un saggio di  
Frank H. Gawin e M. Elena Khalsa-Denison  
del Drug Abuse Research Center  
dell'Università di Los Angeles  
California(1)

a cura di  
Andrea Flego

*Se qui adesso  
ripenso al percorso  
della mia passione -  
somiigliavo a un cieco  
senza paura del buio.*

(Yosano Akiko)

Dipendenza fisica e psicologica da sostanze tossiche

La dipendenza da una sostanza tossica, sia essa alcool, tabacco o una droga illegale, è sempre caratterizzata dalla perdita di controllo sulla sua assunzione. Si parla infatti di "dipendenza", differenziandola dal semplice "uso" o "abuso", quando chi assume una sostanza tossica non è più in grado di subordinare tale uso alla propria volontà. Sul perché ciò accade, sono state sviluppate nel tempo molte ipotesi, ma l'intimo "quid" ancora ci sfugge, nonostante negli ultimi anni siano stati fatti passi da gigante nella comprensione delle basi neurobiologiche delle dipendenze.

Il filone classico delle interpretazioni patogenetiche sulla tossicodipendenza prevede una differenziazione tra la "dipendenza fisica", che avrebbe causalità prevalentemente neurotossica e neuroadattativa e quella che viene chiamata "dipendenza psicologica" (2), per la quale si invocano determinanti soprattutto psicotomiche, relazionali e sociali. Ora, mentre la dipendenza fisica è piuttosto facile da definire e da diagnosticare in quanto è caratterizzata dalla possibile comparsa di una "sindrome da astinenza", entrando nel campo della cosiddetta dipendenza psicolo-

gica ci si addentra in meandri scientificamente e clinicamente tortuosi, sia perché tale concetto è più difficile da definire in termini sperimentali, sia perché ci si ritrova alle prese con il problema non risolto della corrispondenza tra meccanismi del funzionamento neurobiologico e determinanti intrapsichiche o relazionali del comportamento.

Nel campo della tossicodipendenza (e d'ora in avanti si userà questo termine per significare la dipendenza da qualsiasi sostanza tossica, alcool e tabacco compresi), una domanda cruciale appare essere la seguente: "Perché una persona dipendente da una sostanza tossica, anche quando è stata ben disintossicata, e persino quando non fa più uso da anni di quella sostanza, conserva un rischio di ricaduta più elevato di chi non ne è stato mai dipendente o non ne ha fatto mai uso?".

Passando dal piano teoretico a quello della pratica clinica la stessa domanda può essere così riformulata: "Perché a fronte di una relativa facilità a disintossicare una persona dipendente da una sostanza tossica, ci troviamo invece in grandi difficoltà a prevenire il rischio che la stessa persona ricominci l'uso di quella sostanza e ne divenga in breve tempo nuovamente dipendente?".

Infatti il problema più grande nella tossicodipendenza è la prevenzione delle ricadute, al punto tale che essa viene definita talvolta come una "malattia cronica recidivante"<sup>(3)</sup> e, come nel campo dell'alcoolismo, si preferisce parlare di "cambiamento dello stile di vita" rispetto al comportamento patologico piuttosto che di "guarigione"<sup>(4)</sup>.

L'esperienza clinica inoltre porta a ritenere la distinzione tra dipendenza fisica e dipendenza psicologica insufficiente a comprendere ciò che accade. Almeno due serie di osservazioni richiedono infatti spiegazioni meno semplicistiche. La prima è la presenza in taluni casi di disturbi che pur essendo difficilmente inquadrabili in una classica sindrome da astinenza non possono essere considerati solo psicologici per l'importante componente fisica che li caratterizza. Parliamo ad esempio di quella che viene definita come "astinenza protratta" da alcool<sup>(5)</sup>. In tale sindrome si assiste per mesi ad una sorta di nervosismo prevalentemente mattutino, sintomi neurovegetativi e disturbi cognitivi, dopo aver interrotto l'uso cronico di consistenti quantità giornaliere di alcool. Un'analogia sindrome protratta viene descritta anche da ex forti fumatori di tabacco. Ma la stessa "anedonia", un particolare stato di mancanza di desiderio, che segue l'interruzione di una dipendenza da cocaina, può essere vista come un disturbo dotato di una forte componente fisica, pur essendo la cocaina una droga per la quale non si riconosce una sindrome d'astinenza in senso classico.

La seconda osservazione clinica è che nella ricaduta non gioca un ruolo solo la componente astinenziale, ma anche un'altra componente indipendente dall'astinenza e che ha a che fare con il "desiderio" di assumere nuovamente la sostanza tossica. E la parola desiderio, che evoca normalmente una categoria nobile delle emozioni umane, qui assume un connotato molto particolare, tale da aver portato a coniare espressioni come "appetizione patologica", "desiderio compulsivo", "desiderio incoercibile, incontrollabile" o altro, e che nella letteratura anglosassone ha trovato la sua definizione scientifica più puntuale nella parola "craving".

## Il craving

Gli studi sul craving e sul sistema della gratificazione cerebrale hanno ricevuto notevole impulso proprio dallo studio della dipendenza da cocaina. Questa sostanza infatti ha rappresentato e tuttora rappresenta una sfida sia per la ricerca che per la clinica, a causa della singolarità della dipendenza che è capace di indurre. Si presenta infatti come una droga capace di essere molto tossica sia sul piano organico (patologia cardiovascolare) che sul piano psichiatrico (psicosi cocainica), ma al tempo stesso non presenta una sindrome da astinenza (e quindi una dipen-

denza fisica in senso stretto) come invece accade per l'eroina o l'alcool. D'altra parte l'intensità del craving che la cocaina è capace di indurre può far pensare che esso non possa essere sostenuto solo da meccanismi psicodinamici, relazionali o sociali.

Infine, sola tra le droghe pesanti, la cocaina non ha trovato ancora una soddisfacente terapia farmacologica atta ad antagonizzarla, alleviarla o sostituirla, al punto tale che la ricerca in questo ambito sta recentemente battendo delle vie del tutto nuove ed inedite per una sostanza d'abuso, come il tentativo d'inattivarla per via immunologica(6).

Infatti, per queste sue caratteristiche che, tra l'altro, non si inquadrano nella distinzione classica tra dipendenza fisica e psicologica, e per il suo meccanismo d'azione nell'area A 10 cerebrale deputata alla gratificazione, la cocaina ha grandemente contribuito alla formulazione di quella che viene chiamata la "teoria unitaria della dopamina". Secondo questa teoria gran parte delle droghe d'abuso finiscono, per vie diverse, a far aumentare la quantità di dopamina presente nel sistema mesolimbocorticale denominato "reward system" o "sistema della gratificazione o della ricompensa" cerebrale. Per questo motivo la dopamina è stata recentemente soprannominata la "molecola del piacere"(7). Ed è in quest'area che in qualche modo, probabilmente diverso da sostanza a sostanza, si attiva quel fenomeno denominato craving, che è distinto, anche anatomicamente dai fenomeni che sottendono alla dipendenza fisica intesa in senso classico. Infatti, se prendiamo il caso dell'eroina, che è in grado di dare una sindrome da astinenza, ma anche intensi fenomeni di craving indipendenti da essa, vediamo che i disturbi astinenziali sono prevalentemente dovuti ad iperattività noradrenergica del sistema nervoso simpatico, e soprattutto della sua componente cerebrale che risponde ai recettori di tipo  $\alpha_2$  del locus coeruleus, mentre la componente di craving è presumibilmente legata al sistema dopaminergico del nucleo accumbens e dell'area ventrale tegmentale (VTA). In base a quest'esempio, possiamo dire di trovarci di fronte a due fenomeni - astinenza e craving - entrambi biologici, ma distinti sia per le vie neuronali interessate, sia per i mediatori cerebrali prevalenti (noradrenalina versus dopamina), sia per gli effetti clinici rilevati. Nel caso della cocaina allora si può pensare che essa interessi sistemi neurobiologici attivanti il craving, più che altri sistemi in grado di produrre una sindrome d'astinenza classica, per quanto le recenti concezioni riconoscano anche una sindrome d'astinenza da cocaina, seppure più sfumata. Il concetto di craving allora, nella misura in cui trova spiegazioni neurobiologiche, può rappresentare il superamento del concetto di dipendenza fisica basato solo sui sintomi astinenziali. Almeno una parte allora di quella che classicamente era chiamata dipendenza psicologica diventerebbe una forma di dipendenza fisica di tipo diverso. Potremmo così dar ragione in termini anche biologici dell'intensità di talune dipendenze, nonostante abbiano una scarsa componente astinenziale, come quella già citata della cocaina, ma anche delle anfetamine, del tabacco e magari della cannabis.

La questione non è puramente accademica, se si pensa che la concezione classica (e direi primitivamente naïf) della terapia nelle dipendenze postulava l'utilità di farmaci solo nella prima fase, quella della disintossicazione fisica, e l'indicazione di interventi esclusivamente psicologici, relazionali e rieducativi nella fase successiva, quella da sempre considerata la "vera" cura della tossicodipendenza, cioè la prevenzione delle ricadute. In realtà i pochi studi controllati sull'argomento dimostrano una deludente tenuta a lungo termine delle psico e socioterapie nel prevenire le ricadute.

Al contempo i recenti progressi nella comprensione dei meccanismi neurobiologici delle dipendenze aprono la frontiera di un'azione multimodale psico socio e farmacoterapica anche della fase due, cioè della prevenzione delle ricadute una volta avvenuta la disintossicazione.

Ed in questa prospettiva acquistano crescente importanza nell'ambito farmacoterapico quei preparati che dimostrano una qualche "azione anticraving". Ma ad un altro livello, quello della ricerca, l'intima comprensione dei meccanismi neurobiologici che sottendono il craving potreb-

be portarci all'essenza stessa del disturbo chiamato tossicodipendenza e quindi aprire nuovi orizzonti a terapie non più sintomatiche, come in fondo sono i trattamenti attuali, sia quelli farmacologici che quelli psico e socioterapici, ma anche causali. E perlomeno questa è una speranza di molti ricercatori, rinvigorita dalle scoperte degli ultimi anni, da quella delle endorfine (oppioidi endogeni) fino a quella recente degli inibitori delle peptidasi (cioè degli enzimi che inattivano le endorfine), che qualcuno ipotizza possano rappresentare la terapia del futuro per la dipendenza da oppiacei.

In questo esaltante contesto di ricerca, che fa da contraltare alla spesso deludente quotidianità della terapia delle dipendenze, mi ha colpito, tra gli altri, il saggio di Gawin e Khalsa-Denison apparso su una monografia del NIDA del 1996 dal titolo molto promettente: "Il craving è pilotato dallo stato d'animo o è biologicamente autoalimentato? La sensitizzazione e la dipendenza da droghe da strada di tipo stimolante".

Come vedremo, la lettura e la traduzione di questo saggio si sono rivelate una parziale delusione rispetto alle aspettative, ma sono state comunque di indubbio interesse per almeno due motivi. Innanzitutto il saggio ha il merito di focalizzare attentamente la questione del rigore metodologico nella ricerca neurobiologica, per evitare conclusioni troppo affrettate e non validate scientificamente. Viene da dire che se tutte le teorie patogenetiche della tossicodipendenza venissero sottoposte al rigore con cui i due ricercatori di Los Angeles hanno passato al setaccio la teoria della "sensitizzazione" e della "rilevanza incentivante", ben poco di quanto supporta le attuali scelte terapeutiche si salverebbe.

Ma il secondo motivo di interesse è molto suggestivo, ancorché inaspettato. Si tratta della riconosciuta validità della teoria della "sensitizzazione" nello spiegare la psicosi da cocaina.

Come si vede ritroviamo ancora la cocaina dove la ricerca si fa più interessante, ma c'è anche il fatto che la psicosi da cocaina o quella da anfetamine, fanno pensare per analogia a talune psicosi tossiche da alcool, come ad esempio il delirio di gelosia, che in fondo è una psicosi paranoide anche se di un contenuto molto particolare. E viene alla mente, pur in mancanza di evidenze sperimentali, l'accostamento ad un fenomeno peculiare, scoperto solo di recente, per cui alcool e cocaina, che separati hanno azioni opposte, se assunti assieme in modo cronico portano alla formazione di un composto denominato cocaetilene o etilcocaina, più tossico di entrambi e simile per effetto più alla cocaina che all'alcool(8). Le psicosi da uso cronico di qualche sostanza, probabilmente riconoscono una qualche genesi tossica, e potrebbero anche qui essere implicati composti intermedi particolari come il cocaetilene, o dei radicali liberi.

Infine rimane la suggestione, stimolante per molti psichiatri, di poter individuare un giorno un modello teorico valido dell'insulto neurobiologico sottostante alle psicosi paranoide, anche a quelle non collegate con l'uso di sostanze tossiche.

### Sensitizzazione e psicosi

Tornando al saggio di Gawin e della Khalsa-Denison, gli autori prendono le mosse proprio dalla sensitizzazione e dal suo possibile ruolo nelle psicosi, per introdurre la teoria della sregolazione della "rilevanza incentivante" e delle sue possibili implicazioni nei fenomeni di craving.

La sensitizzazione farmacologica può essere definita come la capacità della stessa dose di una sostanza di avere un effetto ogni volta crescente quando viene somministrata ripetutamente.

Questa caratteristica è stata scoperta già 65 anni fa in alcune sperimentazioni animali, e rappresenta l'esatto contrario del concetto di tolleranza, secondo cui la somministrazione ripetuta della stessa dose di una sostanza ottiene via via un effetto decrescente. Nelle moderne neuroscienze il concetto di sensitizzazione si è evoluto fino a significare processi di neuroadattamento,

e forse di neurotossicità recettoriale, piuttosto che riguardare le concentrazioni nel sangue o nel cervello di una data sostanza. In altre parole la sensitizzazione è un cambiamento nella reattività dei recettori quando stimolati ripetutamente dalla stessa sostanza. E questo cambiamento, al contrario che nella tolleranza, esita in una iperreattività dei recettori stessi agli stimoli. Negli animali sottoposti a somministrazioni ripetute delle stesse dosi di cocaina ed anfetamine si osserva ad esempio un graduale incremento dell'attività motoria. Osservazioni cliniche sull'uomo hanno ripetutamente fatto supporre che la neurofisiologia della sensitizzazione possa entrare nella patologia delle psicosi paranoide specie in quelle indotte da anfetamine e cocaina (Lewin 1924(9); Maier 1926(10); Lasagna 1955(11)).

Un'osservazione importante, perlopiù confermata in seguito, era che la psicosi paranoide riguardava solo alcuni e non tutti i consumatori cronici di stimolanti, suggerendo così la possibilità di una qualche predisposizione soggettiva ad ammalare, e si instaurava solo dopo un adeguato periodo di esposizione ripetuta al tossico. Tali osservazioni diedero anche il via ad un filone di ricerca su sensitizzazione e schizofrenia (Post 1976(12); Borison 1979(13)).

### Sensitizzazione e craving

Nel 1993 Robinson e Berridge (14) ipotizzarono che anche la tossicodipendenza, e significativamente il fenomeno del craving, fossero in qualche modo collegati alla sensitizzazione, e formularono la teoria secondo la quale la tossicodipendenza sarebbe una sregolazione di quella che essi chiamano "incentive salience", terminologia che ho tradotto con "rilevanza incentivante". Ciò accadeva sull'onda delle ricerche che consideravano la tossicodipendenza una forma di psicosi, cioè di elaborazione autonoma di alcune pulsioni ed ideazioni, in modo svincolato dal controllo della volontà e dall'esame di realtà, funzioni tipicamente proprie della corteccia cerebrale perlopiù frontale. In fondo il concetto stesso di craving implica, come dicevano Kozlowsky e Wilkinson (1987)(15), "un insieme di desideri impellenti che hanno superato una soglia soggettiva di intensità" e quindi sono diventati più forti della volontà. Ed in questo senso si può cogliere un'affinità tra dipendenza e psicosi anche per il fatto che nel craving si assiste quasi ad un superamento del controllo dei neuroni corticali (volontà) da parte di quelli del lobo limbico (emozioni, gratificazione) e segnatamente di quelli a trasmissione dopaminergica. Ed anche nelle psicosi si ipotizza accada un qualcosa del genere. Non a caso il meccanismo d'azione dei neurolettici, farmaci eminentemente antipsicotici, è quello di comportarsi da antagonisti, e quindi di bloccare i recettori limbici per la dopamina.

La rilevanza incentivante, secondo Robinson e Berridge, è il substrato biologico su cui si fonda il concetto psicologico di "volontà". Si potrebbe spiegare sommariamente questa concezione immaginando che il cervello riconosca continuamente ciò che è "rilevante" per le sue funzioni e per la sopravvivenza ed "incentivi" la ripetizione di tali eventi o comportamenti attraverso un ipotizzato meccanismo di regolazione neuronale. Tale "incentivazione" sulla base del riconoscimento di una "rilevanza" costituirebbe la "volontà". In questo senso, ciò che appare essere sicuramente una "patologia della volontà", come la dipendenza, acquista un significato di patologia del sistema di regolazione della "rilevanza incentivante". Infatti la teoria di Robinson e Berridge ipotizza che un fenomeno di sensitizzazione neuronale, indotto dalla droga, sia alla base di questa iper-regolazione del meccanismo di rilevanza incentivante che fa ritenere la droga stessa come "rilevante" e quindi necessaria al buon funzionamento dell'organismo. Come se un termostato fosse, a causa di un guasto interno, regolato ad una temperatura più elevata del necessario. Infatti la domanda contenuta nel titolo del saggio di Gawin e Khalsa-Denison è: " Il craving è veramente autoalimentato biologicamente sulla base di un fenomeno di sensitizzazione, come

vorrebbero Robinson e Berridge?". Essi infatti proponevano che il craving non fosse pilotato dallo stato d'animo (mood-driven), cioè collegato con il desiderio di sfuggire alla disforia per mancanza di droga e/o di sperimentare il piacere di usarla ancora, ma fosse autoalimentato (self-propelled), cioè dovuto ad una sovraregolazione tossica del sistema psicologico di misurazione (sensitizzato dalla droga). In tal modo il sistema sovrastimava erroneamente la necessità di assumere ulteriore droga. Questa erronea valutazione aveva poi come risultato l'ulteriore aumento del craving e della tossicità e l'ulteriore assunzione di droga. Ciò che c'era di innovativo nella concezione di Robinson e Berridge e la differenziava dalle precedenti, era la scarsa importanza dello stato d'animo e delle aspettative soggettive del tossicodipendente. Anche l'ipotesi della sovrastima della rilevanza incentivante riconosce un determinismo nel craving, come le precedenti teorie sulla tossicodipendenza, ma esso non è basato sull'esperienza soggettiva dell'uso o della mancanza di droga, ma sull'alterazione di un meccanismo biologico, e perciò su un processo prevalentemente inconscio.

### Conclusioni degli autori

Gli autori riportano poi una lunga disamina attraverso dati sperimentali sistematici e non occasionali, delle due ipotesi, collegate alla sensitizzazione, quella dell'importanza nelle psicosi e quella relativa al craving.

Rispetto alla psicosi paranoide riportano gli studi di Satel e coll. (1991)(16) che dimostrano in modo chiaro come la psicosi da cocaina interessi due terzi dei consumatori cronici - molto di più di quanto ci si aspettava - purché ci sia un uso sufficientemente protratto di dosi sufficientemente elevate. E l'insorgenza dei sintomi paranoici è sempre più rapida quanto più si progredisce nell'uso ripetuto. Anche altre ricerche, oltre a quelle di Satel confermano questi dati, ma ciò che appare più interessante è che il terzo di consumatori cronici che non manifesta sintomi paranoici, ha egualmente caratteristiche di grave dipendenza, dimostrando che non è un uso insufficiente a preservarli dalla psicosi, ma probabilmente una maggiore resistenza ad essa.

Questi dati confrontati con la sperimentazione preclinica sugli animali suggeriscono una resistenza di tipo genetico. Negli animali infatti è possibile selezionare ceppi che sviluppano in gran numero sintomi paranoici e ceppi che si dimostrano molto resistenti. Queste osservazioni richiamano gli esperimenti di selezione di ceppi di ratti "alcohol-preferring" e di ceppi "alcohol-resistant", svolte anche in Italia dal gruppo di Gessa(17), ricerche che suggeriscono una predisposizione genetica a diventare alcoolisti.

Rispetto al craving la teoria della sensitizzazione argomenta che nonostante l'assunzione cronica di droga riduca di molto l'euforia che il tossicodipendente sperimenta, egli continua a desiderare intensamente di assumerla, e questo potrebbe essere un argomento importante a favore di questa teoria e del suo automatismo. Un altro argomento è rappresentato dal fatto che l'assunzione acuta di cocaina, anziché ridurre il craving lo fa drammaticamente aumentare (Jaffe 1989)(18). Ma tali argomenti vengono messi in dubbio sulla base del fatto che l'euforia sperimentata dal consumatore cronico può diminuire, ma non scomparire mai del tutto e che l'aumento drammatico del craving dopo un'assunzione acuta di cocaina non è immediato, anche se rapido. Esso può essere invece conseguente alla rapida caduta - pochi minuti - del tasso ematico di cocaina conseguente ad un "binge" (assunzione acuta di un grande quantitativo di cocaina).

Un'altra contraddizione tra sensitizzazione e genesi del craving è rappresentata dal fatto che sui neuroni dopaminergici del sistema della ricompensa la cocaina sembra esercitare un'azione di down-regulation, vale a dire un fenomeno analogo alla tolleranza, che dà ragione dell'anedonia, ed anche della vera e propria depressione che induce la sospensione dell'assunzione cronica di

cocaina. Inoltre secondo gli autori non è possibile depurare totalmente il craving di quella componente che essi chiamano "condizionata", cioè la coscienza che l'assunzione di droga riprodurrà quell'euforia già sperimentata così piacevolmente, oppure eliminerà quella disforia che si è già verificata in modo così spiacevole. Inoltre la concezione che la cocaina non dà sindrome astenziale viene rimessa in discussione da molte ricerche, che invece asseriscono come tale sindrome (anedonia, disforia) sia più difficilmente evidenziabile rispetto a quella da alcool o da oppiacei, ma non meno importante sul piano clinico (Gawin et al. 1992)(19). Lo stesso effetto anti-craving per la cocaina di taluni antidepressivi tricyclici come la desipramina depone a favore di un modello interpretativo della tossicodipendenza basato sulla ricompensa/anedonia (l'antidepressivo combatte l'anedonia indotta dalla mancanza di cocaina). Ed anche questo processo deve avere una componente cosciente.

Infine una ricerca condotta da Khalsa nel 1992(20) sul modo con cui avvengono le ricadute in assuntori cronici di cocaina dimostra che il ritorno immediato alle alte dosi abituali interessa solo il 24 % dei pazienti, mentre gli altri sembrano ripercorrere la strada di una lenta e graduale reintossicazione. Anche questo dato è contraddittorio rispetto al modello del craving come alterazione di un automatismo neurobiologico, e sembra più coerente con un percorso psicologico e relazionale di riappropriazione dell'abitudine tossicomana.

Gli autori quindi concludono che mentre il modello della sensitizzazione si presta egregiamente ad interpretare la genesi della psicosi paranoide, che però interessa solo una parte dei consumatori (selezionata geneticamente?), esso non spiega efficacemente il fenomeno del craving, che indubbiamente è molto più complesso e probabilmente scomponibile in componenti automatiche di tipo neurobiologico, ed in componenti coscienti di tipo psicologico, relazionale, sociale e simbolico.

### Considerazioni conclusive

In un altro saggio scritto nel 1993 da Lance O. Bauer(21), dal titolo "Psicobiologia del craving", egli alla fine concludeva dicendo che..."Alla luce del recente articolo di Tiffany(22), sul ruolo dei processi inconsci (cioè automatici) nel comportamento di ricerca della droga è interessante considerare che in molti studi il 30-40 % dei pazienti non erano riusciti a dare alcuna spiegazione della propria ricaduta nel consumo della droga. Come ha notato Tiffany, vi è un precedente teorico all'idea secondo cui comportamenti motivati possono verificarsi in assenza di necessità, spinte o craving vissuti consapevolmente. Negli individui tossicodipendenti, comportamenti motivati, come la ricerca o l'assunzione di droga, costituiscono abilità altamente sperimentate e automatiche, che possono non richiedere l'intervento di processi mentali consci o di craving. Perciò i pazienti tossicodipendenti citati negli studi di cui sopra, forse hanno omesso di citare il craving come causa di ricadute in quanto esso non era mai stato consapevolmente sperimentato. In questo contesto teorico i risultati di Niaura e altri(23) e di Kennedy e altri(24) sono particolarmente interessanti poiché in tali studi i migliori indicatori predittivi del consumo di droga (cioè delle ricadute) si rivelavano le risposte fisiologiche dei soggetti agli stimoli legati alla droga e non le risposte coscienti da essi riportate. Per molti soggetti il craving esiste a livello fisiologico, in assenza di una vera consapevolezza".

Se allora il saggio di Gawin e Khalsa-Denison ha il merito di aver demolito sul piano clinico l'ipotesi che il craving dipenda da una sensitizzazione del sistema della rilevanza incentivante, ipotesi derivata da sperimentazioni cliniche su animali, mettendoci così in guardia dall'estrapolazione all'uomo di dati derivati dagli animali, esso però non ha annullato tutto il fascino di quest'ipotesi. Forse lo stesso rigore per la verità e l'amore per il metodo scientifico potrebbe ridare

vigore a quest'ipotesi a partire dalle ricerche di Niaura e di Kennedy sui markers neurovegetativi e quindi inconsci del craving.

Sicuramente questo scontro ad alto livello fra ricercatori deve insegnare a noi operatori a diffidare delle troppo facili verità che ogni giorno ci vengono proposte ed imposte sulla tossicodipendenza, dove il metodo scientifico ha cominciato ad essere timidamente di casa solo da ieri o ieri l'altro.

Ma l'argomento su cui sembra esserci più accordo, quello riguardante il rapporto tra sensitizzazione e psicosi, merita sicuramente alcune importanti riflessioni.

In primo luogo l'ipotesi che un insulto neurobiologico continuato da parte di una sostanza tossica possa scatenare una psicosi attraverso un meccanismo apparentemente inusuale nelle tossicodipendenze quale la sensitizzazione, deve farci ulteriormente riflettere su questo tipo di pericolosità misconosciuta delle droghe. Va quindi inserita nell'educazione sanitaria la nozione che in alcuni soggetti predisposti, forse geneticamente, i guasti possono essere molto più gravi che per altri.

In secondo luogo va tenuto presente che sul piano clinico poco ancora sappiamo su che cosa potrebbe realmente produrre l'uso cronico di grandi quantità di un composto come la MDMA (ecstasy), che ricordiamolo è una metanfetamina, dotata di neurotossicità, accertata negli animali, sui neuroni serotoninergici.

In terzo luogo la sensitizzazione è un modello interessante anche per le psicosi da assunzione cronica di alcool. Sappiamo che l'alcool è detto "sostanza senza recettori" perché pare agisca su tutti. Sappiamo già che una parte della sindrome da astinenza alcoolica è dovuta alla attivazione - detta appunto eccitotossica - dei recettori per il N-metil-d-aspartato (NMDA), che sono invece depressi nell'intossicazione acuta.

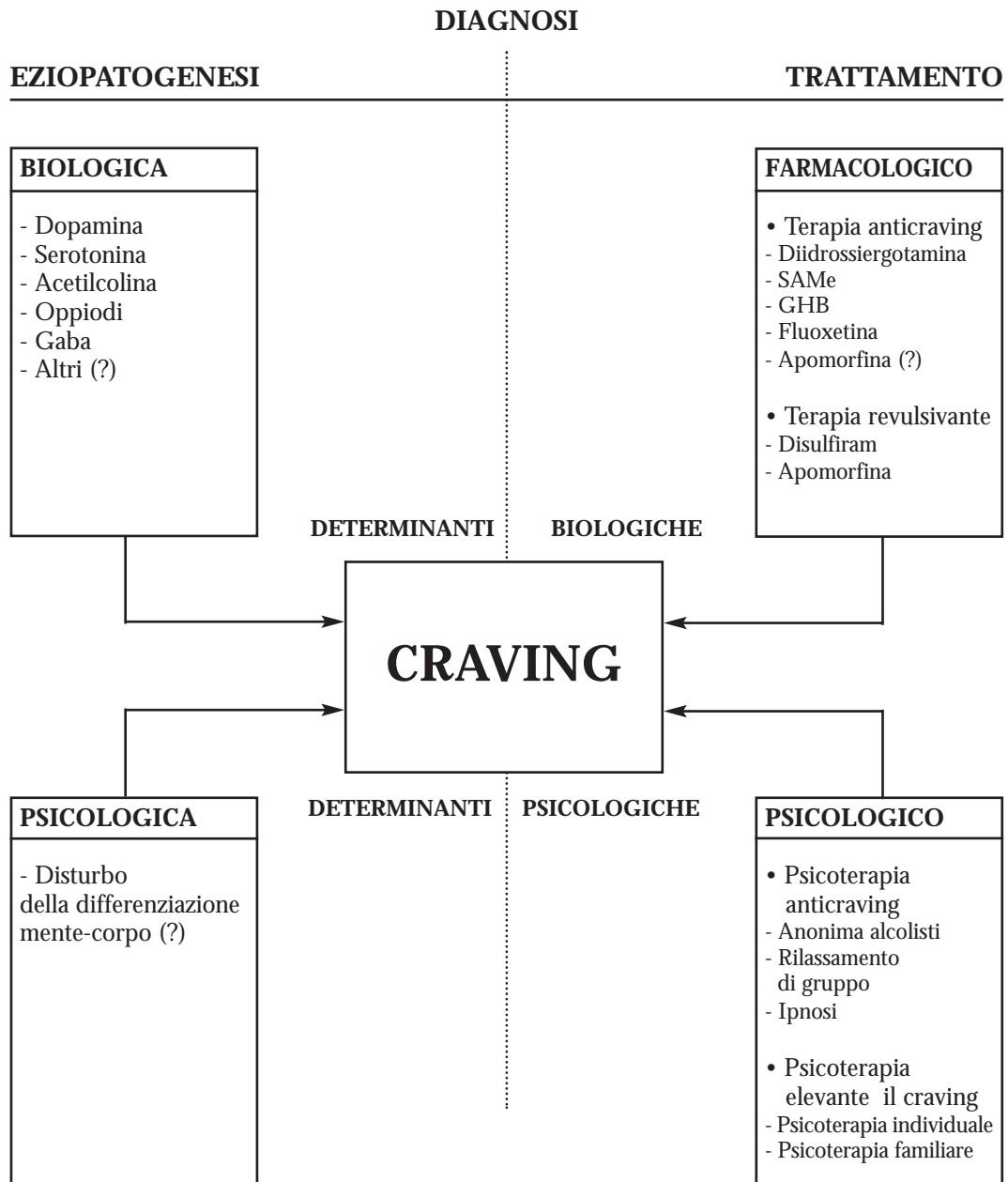
Sappiamo anche che - al contrario - l'assunzione cronica di alcool aumenta l'espressione di recettori degli aminoacidi eccitatori - NMDA appunto, e kainato (25) -, e probabilmente induce anomalie nella trascrizione e nell'espressione genica delle cellule. Nella letteratura, i dati relativi alle psicosi paranoide da alcool sono ancora molto scarsi, se paragonati alla messe di dati relativi alle altre forme di tossicità proprie di questa sostanza. Eppure il fenomeno è sicuramente più consistente, e quindi più degno di interesse e, se possibile, di interventi preventivi e farmacoterapeutici, di talune psicosi da droghe illegali.

Ma soprattutto vorrei fare un'altra considerazione, purtroppo molto più legata alla cronaca. Taluni ipotizzano che anche la cannabis in soggetti predisposti possa scatenare dei disturbi psicotici, anche se non si hanno strumenti per individuare a priori i soggetti predisposti. (26) Il fatto che il rischio di psicosi da cannabis è al momento statisticamente contenuto può farci trascurare quest'eventualità nel dibattito sulla legalizzazione? E se un'eventuale legalizzazione rendesse più drammatico questo rischio nella popolazione giovanile?

In definitiva, credo che il problema delle psicosi da uso di sostanze andrebbe tenuto in maggiore considerazione, non solo sul piano della ricerca, ma anche su quello della clinica, della prevenzione e delle politiche sociali.

## Riferimenti bibliografici

1. Frank H. Gawin and M. Elena Khalsa Denison - Is Craving mood-driven or self-propelled? Sensitization and "street" stimulant addiction - NIDA Res. Monogr. 1996; 163: 224-50
2. P.F. Mannaioni - Le tossicodipendenze - Ed. Piccin 1980, pag. 8
3. P.F. Mannaioni - Le tossicodipendenze - Ed. Piccin 1980, pag. 53
4. V. Hudolin - Manuale di alcoologia - Ed. Centro Studi Erickson Trento 1991, pp. 313-315
5. Sheldon Zimberg - La cura clinica dell'alcoolismo - Ed. Ferro Milano, 1984, p. 67
6. Donald W. Landry - Immunoterapia contro la dipendenza da cocaina - in "Le scienze" n. 344, aprile 1997, pp. 40-43
7. G. Serra e G.L. Gessa - Neurobiologia della cocaina - in "Basi biologiche e farmacologiche delle tossicodipendenze" a cura di E. Gori ed E. E. Müller, Ed. Pythagora Press Milano 1992, pag. 124
8. P.F. Mannaioni - corso monografico n. 25, "Il nuovo nelle tossicodipendenze" I parte; A.A. 1995-96, inedito, archivio del Dipartimento di Farmacologia Preclinica e Clinica "Mario Aiazzi Mancini" - Università degli Studi di Firenze.
9. Lewin, L. Phantastica. Berlin: Verlag von Georg Stilke, 1924
10. Maier, H. W. - Der kokainismus - Leipzig, Georg Thieme Verlag, 1926.
11. Lasagna L. , von Felsing, J.M., and Beecher, H. K. - Drug induced mood changes in man, I: Observations on healthy subjects, cronically ill patients, and postaddicts. JAMA 157:1066-1120, 1955.
12. Post R. M., Kopanda R.T., and Black K.E. - Progressive effects of cocaine on behaviour and central amine metabolism in rhesus monkey: relationship to kindling and psychosis - Biol. Psychiatry 11:403-419, 1976.
13. Borison R.L., Hitri A., Klavans H.L. e tal. - A new animal model for schizofrenia: Behavioral and receptor binding studies - in: Usdin E. - ed. Catecholamines: Basic and Clinical Frontiers. New York: Pergamon Press, 1979.
14. Robinson T.E. and Berridge K.C. - The neural basis of drug craving. An incentive-sensitization theory of addiction - Brain Res. Rev., 18:247-291, 1993.
15. Kozlowsky L.T., Wilkinson D.A. - Use and misuse of the concept of craving by alcohol, tobacco and drug researchers - British Journal of Addiction, n. 82, 1987, pp. 31-36.
16. Satel S.L., Southwick S., and Gawin F. H. - Clinical features of cocaine-induced paranoia - Am. J. of Psychiatry 148 (4): 495-8, 1991.
17. Fadda F., Mosca E., Colombo G., Gessa G.L. - Alcohol-preferring rats: genetic sensitivity to alcohol-induced stimulation of dopamine metabolism - Physiol. Behav., 47:727-729.
18. Jaffe J.H., Cascella N.G., Kumor K.M., and Sherer M.A. - Cocaine-induced cocaine craving - Psychopharmacology, 97:59-64, 1989.
19. Gawin F.H., Khalsa M.E., and Anglin M.D. In Harris L., ed. Problems of Drug Dependence, 1991. Subjective symptoms of cocaine withdrawal. National Institute of Drug Abuse Research Monograph 119. DHHS Pub. No. (ADM) 92-1910. Washington DC: Supt. of Docs., U.S. Govt. Print. Off., 1992.
20. Khalsa M.E., Paredes A., and Anglin MD. - A natural history assessment of cocaine dependent: Pre- and post- treatment behavioural patterns - In: Tims F. Blaine J., Horton N., eds. Treatment of cocaine dependence: Outcome research. National Institute on Drug Addiction Research Monograph. Washington DC: Supt. of docs. U.S. Govt. Print. Off., forthcoming.
21. Bauer L.O. - Psicobiologia del craving - in "Basis", n. 4, 1993, pp. 79-88.
22. Tiffany S.T. - A cognitive model of drug urges and drug use behaviour - Psychological Review, 97, 1990: 147-168.
23. Niaura R.S., Ronsenow D.J., Binkoff J.A. and Monti P. - Responses to smoking related stimuli and early relapses to smoking. Addictive Behaviour, 14, 1989: 419-428.
24. Kennedy D. - Pupillometrics as an aid in the assessment of motivation, impact of treatment, and prognosis of chronic alcoholics - Tesi di laurea non pubblicata. Salt Lake City. UT. University of Utah.
25. Samson H.H. and Harris R.A. - Neurobiology of Alcohol Abuse - in "TIPS" - May 1992, vol. 13, p. 207.
26. Andreasson S., Allebk P., Engstrom A., Rydberg U. - Cannabis and Schizofrenia - The Lancet 1987, II, 1483-1486.



*Caratteristiche biologiche e psicologiche del Craving*

Tratto da: Gallimberti L. - Terapia Farmacologica della dipendenza alcolica  
 in E. Gori, E. E. Müller, Basi biologiche e farmacologiche delle tossicodipendenze  
 Pithagora Press, Milano 1992, pag 298.

# Serotonina, craving e sistema cerebrale della gratificazione

**Possibile utilizzo dei farmaci  
che interferiscono con la serotonina,  
rassegna della letteratura.**

di  
Andrea Flego

*Fuori dalle tenebre  
per un sentiero oscuro  
debbo inoltrarmi.  
M'illumina da lontano,  
luna dalla cresta dei monti.*

(Izumi Shikibu)

## Introduzione

L'uscire da una tossicodipendenza è, come s'è visto, un sentiero impervio, che tra l'altro deve fare i conti con quell'importante problema che è stato chiamato "craving". Il concetto di craving peraltro indica un fenomeno, non facilmente definibile sul piano scientifico perchè probabilmente è la risultante di fattori sia biologici che psicosociali(1). Come se non bastasse, a complicare il quadro è l'eterogeneità che presentano le varie sostanze tossiche in grado di dare dipendenza, sia sul piano tossicologico, che sul piano dei comportamenti di assunzione. Per cui il craving da alcool, non è sovapponibile a quello da eroina, da cocaina e così via.

Ma la ricerca sui meccanismi della gratificazione attivati dalle varie droghe viene sempre più centrata anche sulle evidenze scientifiche dell'effetto anticraving di alcuni farmaci.

In particolare viene recentemente studiata la capacità di avere degli effetti anticraving nei confronti di alcune droghe, di composti agenti sui recettori per il GABA, come il gammaidrossibutirrato di sodio (GHB) e il Ca-acetil-omotaurinato (acamprosato), del naltrexone, agente sui

recettori peptidergici e di composti agenti sui recettori serotoninergici.

A questo proposito già gli antidepressivi tricyclici - ADT - (agenti sia sui recettori della noradrenalina, che su quelli della dopamina e della serotonina) avevano dimostrato, perlomeno sul piano sperimentale, di avere qualche effetto anticraving nei confronti della cocaina (vedi lo studio di Fischman sulla desipramina - 1990)(2). La disponibilità quindi di ottenere degli antidepressivi che agiscono selettivamente sui recettori serotoninergici, ottenuta solo negli ultimi anni con l'introduzione in terapia degli SSRI o SUI (inibitori specifici della ricaptazione della serotonina), ha permesso di evidenziare come l'effetto anticraving fosse legato in modo importante anche all'azione sul sistema serotoninergico.

Ed il ruolo che gioca nella tossicodipendenza il sistema neuronale il cui trasmettitore principale è la serotonina, è di indubbio interesse. Come d'indubbio interesse è il fatto che questo sistema interagisce anche con altre funzioni importanti quali nutrizione, attività sessuale, sonno ecc. e che potrebbe dar conto anche di alcuni fenomeni di "tossicodipendenza senza tossico", quali ad esempio talune forme di bulimia. Infine va ricordato che alcune delle cosiddette "nuove droghe", tra cui l'MDMA (ecstasy), esprimono, come tutte le metanfetamine, una neurotossicità selettiva proprio su questi neuroni serotoninergici.

Esula dallo scopo di questo scritto la descrizione delle molteplici attività modulatorie che il sistema serotoninergico neuronale esplica a livello fisiologico, al di fuori dei meccanismi legati alla tossicodipendenza, ma può essere utile farne qui un cenno sintetico.

Il sistema di neuroni a trasmissione serotoninergica si ammette abbia una generale azione di tipo inibitorio. In altre parole influisce tendenzialmente su altri sistemi neuronali riducendone l'attività, ed intervenendo perciò nella loro regolazione. In particolare si ritiene intervenga nell'inibizione di comportamenti vietati e/o puniti socialmente, come quelli legati all'aggressività, auto- ed eterodiretta. La serotonina quindi ha un effetto protettivo sia nell'autolesionismo (vedi l'ipotesi che negli incidenti del sabato notte all'uscita delle discoteche abbia un ruolo la deplezione di serotonina determinata dalla notte insonne e/o dall'assunzione di ecstasy), che nella tendenza suicidaria e nell'aggressività.

Anche l'iperattività psicomotoria, fenomeno analogo all'aggressività, si ritiene sia inibita dalla serotonina (da cui l'ipotesi che l'ADD - disturbo da deficit iperattivo dell'attenzione - sia dovuto ad una deplezione di serotonina, e l'indicazione clinica di usare gli SSRI). Del pari viene proposto l'uso di questi farmaci nel disturbo da attacchi di panico, ipotizzando anche in questo caso una riduzione della serotonina cerebrale alla base del disturbo.

La serotonina esercita inoltre un'attività inibitoria e regolatoria sull'attività sessuale e sull'assunzione di cibo, da cui l'ipotesi che il "food addictive loop"(3), (circolo vizioso di dipendenza da un cibo) sia in qualche modo collegato con una sregolazione del sistema serotoninergico, oltrechè peptidergico, e l'indicazione sia degli SSRI che del naltrexone nella bulimia.

Vi troviamo anche un ruolo nella regolazione della temperatura corporea, della soglia del dolore (abbassamento), del sonno (induzione), della pressione arteriosa (aumento), del tono dell'umore (elevazione) che ne determinano il ruolo nel prevenire la depressione. Infine essa esercita un ruolo anche nella regolazione del centro del vomito, da cui le possibili speculazioni sulla sua influenza nei fenomeni di anoressia, dovute anche all'effetto dimostrato di ridurre l'ingestione di cibo.

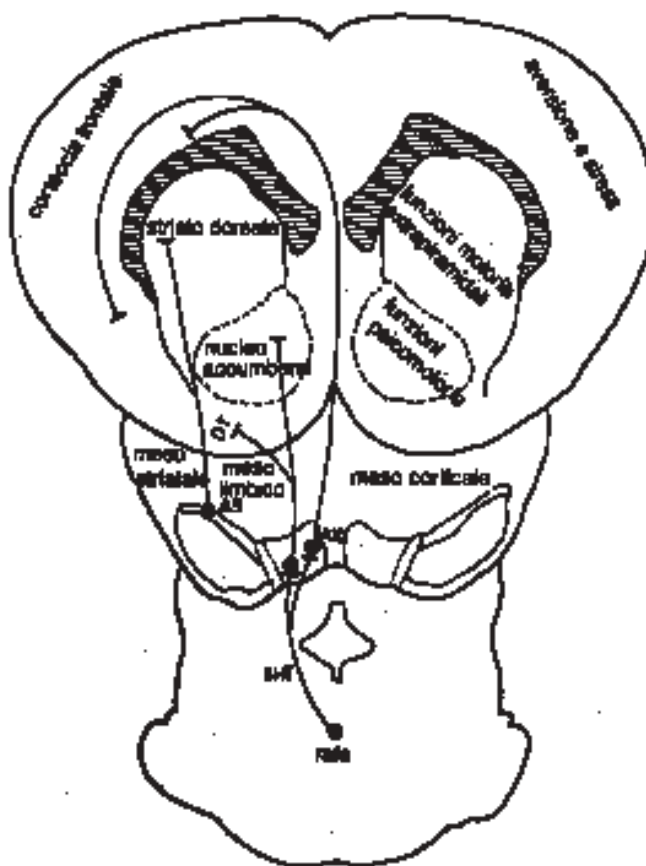
Questi molteplici e complicati effetti su molte fondamentali funzioni vitali e della vita di relazione, uniti al suo indubbio ruolo nei fenomeni di dipendenza hanno fatto dire a qualche autore che "non esiste disturbo della sfera psichica nel quale non sia coinvolto, in maniera più o meno estesa, il sistema serotoninergico"(4).

Il "reward system" o "sistema della gratificazione" cerebrale e la serotonina

L'attivazione di quello che viene definito "reward system" - "sistema della ricompensa o della gratificazione" cerebrale - avviene tramite la liberazione di dopamina nei neuroni della via

mesolimbica.

Si tratta dei neuroni che hanno per trasmettitore la dopamina che originano nell'area ventrale tegmentale (VTA) e proiettano, (cioè si prolungano fino) al nucleo accumbens (NA), e da qui hanno connessioni con la corteccia prefrontale. Si ammette ormai unanimemente che su questo sistema vanno ad agire molte droghe d'abuso, tra cui anfetamine, cocaina ed oppiacei, ma probabilmente anche alcool, nicotina, cannabis, fenciclidina, barbiturici e benzodiazepine (Wise e Bozart, 1987)(5), (Wise, 1988(6). Si è visto che la lesione nei ratti del nucleo accumbens con un analogo tossico della dopamina ha come effetto la diminuzione dell'autosomministrazione di cocaina ed anfetamine, suggerendo così un importante ruolo di questo nucleo neuronale nel mantenere la tossicodipendenza sia da anfetamine e cocaina (Lybess et al., 1979(7), (Roberts et al. 1980(8) che da oppiacei (Bozart e Wise, 1981(9), (Vaccarino et al. 1985(10).



*Il sistema mesolimbico ascendente dall'area A10 allo striato ventrale (Nucleo accumbens del setto, tubercolo olfattorio), amigdala e ippocampo. Il sistema mesocorticale connette l'area A10 con la corteccia prefrontale. Il sistema mesostriatale (o nigrostriatale) parte dalla substantia nigra (area A9) e raggiunge lo striato dorsale .*

Tratto da Di Chiara G., Neurobiologia delle Tossicodipendenze , in "Basi biologiche e farmacologiche delle Tossicodipendenze" a cura di E. Gori ed E. Müller, edizioni Pytagora Press Milano 1990, pag 81.

L'area VTA ed il nucleo accumbens contengono anche molti recettori per la serotonina, che vi esercita un'azione modulatoria sul rilascio della dopamina. Più in particolare è interessante rilevare come nell'area VTA la serotonina favorisca la liberazione di dopamina in ciò contribuendo ad aumentare l'esperienza gratificante, mentre nel nucleo accumbens essa inibisce il rilascio di dopamina favorendo quindi l'effetto contrario.

Ma per tornare agli antidepressivi del tipo SSRI, essi agiscono bloccando il riassorbimento della serotonina nelle terminazioni nervose, favorendo così una sua più lunga permanenza negli spazi intersinaptici e quindi un prolungamento dell'effetto. Come s'è detto ci sono numerose evidenze sperimentali che tali farmaci riducano l'assunzione di molte sostanze, e si ritiene che ciò avvenga perchè riducono la capacità di queste sostanze di dare gratificazione (Tyers and Hayes, 1991(11). L'effetto inibitore quindi della serotonina sul rilascio di dopamina nel nucleo accumbens, citato poc'anzi, potrebbe avere un ruolo in questo senso. Si assume infatti ormai in modo sempre più unanime che la tossicodipendenza da tutte, o perlomeno da molte sostanze, sia collegata con un'aumentata liberazione di dopamina nel nucleo accumbens (Leshner 1997(12).

Analogo effetto di riduzione della quantità assunta di talune droghe è stata osservata dopo somministrazione di triptofano che è un precursore della serotonina. Anche l'assunzione di triptofano ottiene per altra via un aumento della disponibilità della serotonina, e può quindi favorire la liberazione nel sistema mesolimbico della gratificazione(13).

Tuttavia, siccome la serotonina agisce anche come stimolatore della liberazione di dopamina nell'area VTA, non è ancora chiaro quale sia il meccanismo patogenetico preciso di quest'azione anticraving, sia degli SSRI che del triptofano. Viene infatti ipotizzato anche che essi aumentando per questa via la liberazione di dopamina si sostituiscano", come effetto gratificante alle droghe. Un'altra ipotesi ancora è che essi "smascherino" gli effetti "repulsivi" di talune droghe, facendoli prevalere su quelli gratificanti. Ciò che comunque è piuttosto evidente dai dati sperimentali, sia sugli animali che nella clinica umana, è l'effetto di riduzione delle quantità assunte di molte droghe e dell'alcool, proprie di questi composti.

Il quadro fin qui esposto è, probabilmente ancora semplicistico, in quanto la differenziazione in diverse classi, in base al comportamento molecolare, dei recettori per la serotonina (5-HT<sub>r</sub>) porta ad ipotizzare meccanismi molteplici ed anche lo sviluppo di nuovi farmaci serotoninergici più selettivi.

Le ricerche di farmacologia molecolare hanno portato finora all'individuazione di quattro diverse classi di recettori per la serotonina, denominate 5-HT<sub>1</sub>, 5-HT<sub>2</sub>, 5-HT<sub>3</sub>, 5-HT<sub>4</sub>. Il numero di recettori identificati è superiore in quanto nella classe 5-HT<sub>1</sub> vengono individuati i sottotipi A, B, D, E ed F, mentre nella classe 5-HT<sub>2</sub> vengono individuati i sottotipi A, B, e C.

Tale classificazione, soggetta come quella di altri recettori a fortissima evoluzione, presenta un indubbio interesse perchè permette di identificare diversi farmaci selettivi per l'uno o l'altro di questi recettori, dotati di proprietà farmacologiche diverse.

### Le ipotesi terapeutiche

Il numero di farmaci attivi sul sistema serotoninergico attualmente in commercio è ridotto e riguarda farmaci poco selettivi in quanto in grado di agire su molti o tutti i recettori. Ma sul piano della sperimentazione preclinica (animale) e clinica, il campo è in rapida evoluzione ed è possibile che prossimamente i presidi farmacologici a disposizione siano di più e più potenti.

Allo stato attuale (Fumagalli, Clementi 1996) si possono citare come stabilmente acquisite nella pratica clinica le sostanze contenute nella tabella alla pagina a fianco.

Tab. 1 - Principali sostanze farmaceutiche attive sul sistema serotoninergico presenti nel Repertorio Farmaceutico Italiano 1993. (Da Clementi - Fumagalli - Farmacologia Generale e molecolare, p. 252)

<b>Sostanza farmaceutica</b>	<b>Principale indicazione clinica</b>	<b>Probabile meccanismo d'azione</b>
buspirone	ansiolitico	agonista parziale 5-HT <sub>1A</sub> antagonista D <sub>2</sub>
cisapride	disturbi della motilità intestinale	agonista 5-HT <sub>4</sub> antagonista 5-HT <sub>3</sub>
mianserina	antidepressivo	antagonista non selettivo
metisergide	anti emicrania	antagonista 5-HT <sub>2</sub> agonista 5-HT <sub>1D</sub> non selettivo
ketanserina	anti ipertensivo	antagonista 5-HT <sub>2</sub> agonista $\alpha$ <sub>1</sub> adrenergico
ondansetron	antiemetico	antagonista 5-HT <sub>3</sub>
granisetron	antiemetico	antagonista 5-HT <sub>3</sub>
tropisetron	antiemetico	antagonista 5-HT <sub>3</sub>
fenfluramina	terapia dell'obesità	agonista indiretto
reserpina	antiipertensivo	inibizione accumulo vescicolare (non specifico per 5-HT*)
fluoxetina	antidepressivo	inibizione della ricaptazione 5-HT
fluvoxamina	antidepressivo	inibizione della ricaptazione 5-HT
amitriptilina	antidepressivo	inibizione della ricaptazione 5-HT (non specifico per 5-HT)

\* 5-HT: 5-idrossitriptamina, nome chimico della serotonina

Per completare il quadro si potrebbero ancora citare, tra gli SSRI, il citalopram, la sertralina e la zimelidina, tra le sostanze d'abuso l'allucinogeno LSD, agonista parziale 5-HT<sub>2</sub>, bloccato dall'antagonista 5-HT<sub>2</sub>, ritanserina, il sumatripan, un antagonista 5-HT<sub>1D</sub>, usato per contrastare l'emicrania, e gli psicofarmaci ansiolitici gepirone ed ipsapirone, che come il buspirone sono agonisti parziali 5-HT<sub>1A</sub>.

Potremmo allora individuare tre diversi filoni di intervento con farmaci serotoninergici nel campo del craving:

1. l'uso dei precursori della serotonina
2. l'uso degli inibitori della ricaptazione della serotonina
3. l'uso di farmaci agonisti o antagonisti selettivi dei vari recettori serotoninergici.

Va detto che mentre i farmaci dei primi due gruppi sono ormai entrati a pieno titolo nella pratica clinica, con una molteplicità di indicazioni, quelli del terzo gruppo sono ancora di recente introduzione, con indicazioni molto specifiche, ed il loro utilizzo in una logica anticraving è ancora solo sperimentale, sulla base di valutazioni precliniche o di valutazioni cliniche ancora molto limitate o contraddittorie.

Tra i precursori della serotonina è in commercio l'L-idrossi-triptofano, che annovera tra le sue indicazioni varie forme di depressione, l'epilessia (come coadiuvante), i disturbi del sonno, il morbo di Parkinson, i movimenti coreici, le mioclonie, le emicranie e cefalee vasomotorie e le sindromi dolorose di origine centrale.

La genericità del meccanismo d'azione (rendere disponibile una maggior quantità di serotonina) evidentemente si riflette sulla grande varietà (e forse ridotta specificità) delle indicazioni consigliate. Va ricordato che l'L-idrossi-triptofano si è dimostrato in grado di ridurre la quantità di alcool e di cibo assunta nel ratto(14). Un uso clinico come anticraving è ipotizzabile, anche se non si trovano riferimenti bibliografici in tal senso. La genericità dell'azione ed al contempo una certa maneggevolezza ne potrebbero però fare un coadiuvante non impegnativo quanto ad effetti collaterali. Va infatti ricordato che può essere associato a diversi farmaci, psicofarmaci compresi, con l'unica avvertenza di usare cautela nell'associazione con L-dopa e metisergide.

Va qui ricordato che l'indicazione come anticraving non esiste ufficialmente per quasi nessun farmaco, trattandosi di un'indicazione particolare, che attiene ad un'area nuova e poco sperimentata della terapia medica. Non sono infatti molti gli specialisti della materia, che con i loro lavori scientifici, hanno accreditato in modo consolidato questo tipo di indicazioni dei farmaci. E la terapia anticraving, anche in campo specialistico, è più giovane di altre terapie farmacologiche proprie delle dipendenze, quali quelle con agonisti o antagonisti degli oppioidi nel trattamento dell'eroinopatia, o con inibitori dell'aldeide-deidrogenasi nel campo dell'alcooldipendenza.

Il secondo gruppo, gli inibitori specifici della ricaptazione della serotonina (SSRI o SUI), sono, come più volte ricordato, farmaci affermati, la cui indicazione principale come antidepressivi, è stata ormai estesa anche ad altre indicazioni soprattutto psichiatriche, come il disturbo ossessivo-compulsivo e la bulimia. Come già ricordato sia il disturbo ossessivo-compulsivo che la bulimia sono manifestazioni comportamentali contigue all'area del craving. Anzi la componente cosciente del craving viene da taluni vista come un disturbo ossessivo-compulsivo(15).

D'altra parte la messe di dati sperimentali, anche clinici, a favore di un accertato effetto anticraving di tali farmaci è consistente. Si va infatti dalle ricerche di Naranjo(16), di cui qui viene citata solo la più recente, che mette in luce l'utilità della fluoxetina ma anche della ritanserina nel craving, a quelle di Miller(17), che oltre ad indicare l'utilità degli SSRI come anticraving nei confronti dell'alcool, afferma che quest'effetto è diverso da quello antidepressivo. In una ricerca con-

dotta a S. Francisco da Batky et al. la fluoxetina viene inoltre indicata come efficace nella dipendenza dal crack, la preparazione di cocaina che dà la dipendenza più severa ed il craving più intenso, favorendo una maggiore ritenzione in trattamento(18).

A completare il quadro possono essere citate ricerche riguardanti il craving da oppiacei, e l'uso degli SSRI come coadiuvanti delle cosiddette terapie maggiori, vale a dire il metadone ed il naltrexone. A proposito di quest'ultimo, Maremmani et al. (1995)(19) affermano che la fluoxetina migliora l'esito del trattamento con naltrexone, mentre, in altri studi, per il metadone i risultati non sembrano altrettanto conclusivi(20).

In definitiva si può ritenere che gli SSRI, in accordo con i dati preclinici della sperimentazione animale, anche nell'uomo possano ridurre significativamente la quantità di alcool assunta, e probabilmente anche quella di altre sostanze tra cui cocaina ed oppiacei.

Vanno inoltre segnalate almeno altre due ricerche, di ricercatori italiani, che mettono in luce degli aspetti particolari. La prima, di Gerra et al. (1992)(21), che mettendo in correlazione l'effetto anticraving di fluoxetina ed acamprosato in pazienti alcoolisti, sembrano differenziare un migliore effetto della fluoxetina, tra gli alcoolisti che hanno precedenti familiari di alcoolismo, una diagnosi severa e precedenti disturbi di personalità, tra cui il disturbo da deficit dell'attenzione, mentre l'acamprosato sembra più efficace tra alcoolisti che non presentano familiarità per l'alcool, nè disturbi di personalità nè diagnosi severa. Ciò può far ipotizzare una differenziazione su base genetica che sostiene, nel primo caso la preesistenza di un più basso livello di serotonina cerebrale, per cui in questi casi l'alcool può anche essere visto come una sorta di "automedicazione". Nel secondo gruppo, in cui l'abitudine all'alcool sembra più legata allo stile di vita, l'acamprosato, che presumibilmente agisce sui recettori GABA<sub>A</sub>, sembra avere una maggiore efficacia. La seconda ricerca, sempre di Gerra, tende a differenziare sottotipi diagnostici di tossicodipendenti da eroina, sulla base della predisposizione all'aggressività, in base all'efficacia come anticraving della fluoxetina in corso di trattamento con naltrexone(22). Da questo studio si evince un'efficacia della fluoxetina soprattutto in taluni pazienti, quelli che ad un test sull'aggressività (BDHI) hanno un alto punteggio di "hostility in" (autoaggressività/introversione), rispetto a quanti hanno un punteggio di "hostility" nella norma, oppure un alto punteggio di "hostility out" (eteroaggressività/estroversione). Ciò suggerisce l'utilità di individuare, tra alcoolisti e tossicodipendenti, i pazienti che possono trarre maggiore vantaggio dagli SSRI, sulla base di una diagnosi medico-psicologica più mirata.

Il terzo gruppo, al momento ha scarse possibilità applicative, ma probabilmente è il più interessante, rispetto agli sviluppi futuri. Infatti, per diversi dei farmaci contenuti nella tab.1 sono stati sperimentalmente gli effetti anticraving, con dei risultati complessivamente non conclusivi.

In particolare i farmaci 5-HT<sub>1</sub> selettivi, hanno dimostrato qualche effetto nella diminuzione sia delle quantità di alcool che di cibo nel ratto (McBride et al. 1990)(23).

In altri studi sull'uomo (Naranjo et al. 1994)(24) il buspirone agisce come ansiolitico nel craving da alcool, ma non riduce la quantità di alcool assunta. Per quanto riguarda i farmaci 5-HT<sub>2</sub> selettivi, va ricordata la ritanserina, che oltre ad essere un antagonista rispetto all'LSD, pare abbia anche una funzione nel ridurre il craving per l'alcool e nel prevenire la ricaduta, ma il numero di studi è ancora troppo ridotto. Anche un altro antagonista 5-HT<sub>2</sub>, l'amperozide, pare abbia effetti anticraving per la cocaina in alcune sperimentazioni nel ratto(25).

Un discorso molto più interessante può essere fatto per i farmaci 5-HT<sub>3</sub> selettivi. I recettori 5-HT<sub>3</sub> sono peculiari e piuttosto diversi dagli altri recettori serotoninergici, sia perchè di diversa struttura (sono infatti, a differenza degli altri, dei recettori-canale permeabili al Na, K e Ca) sia perchè sembrano avere una funzione prevalentemente di attivazione anzichè di inibizione. Così attivano il centro del vomito, aumentano la sensibilità al dolore, ed a livello cerebrale favoriscono la liberazione di sostanze simili alle colecistochinine che sono fortemente ansiogene. A livello

del sistema mesolimbico incrementano l'attività dopaminergica, al punto tale che qualcuno li ritiene interessati nella patogenesi della schizofrenia. Ovviamente a livello del reward system abbiamo un potenziamento dell'attività di gratificazione, legata al rilascio di dopamina.

Questa tumultuosa attività legata ai recettori 5-HT<sub>3</sub> ha fatto sì che venissero considerati interessanti dal punto di vista sperimentale e clinico soprattutto i farmaci che antagonizzano questi recettori. Il più importante di questi farmaci, l'ondansetron, è già da tempo impiegato in clinica per bloccare il vomito incoercibile provocato da taluni farmaci antitumorali; e questa è anche, al momento, la sua indicazione classica. Ma questo farmaco, ed i suoi congeneri, granisetron e tropisetron, sono invece considerati molto interessanti anche per altre possibili indicazioni, come sempre suggerite dalla ricerca animale. Negli animali infatti, bloccando la produzione di sostanze colecistochinina-simili nel lobo limbico cerebrale hanno un'indubbia azione ansiolitica, che però a differenza delle benzodiazepine (i comuni ansiolitici agenti sui recettori del GABA<sub>A</sub>) non producono sedazione o aumento dell'ansia come sintomo d'astinenza. Rispetto poi all'attività antipsicotica essi bloccano gli effetti dell'eccesso di dopamina senza dare le disfunzioni endocrinologiche o il parkinsonismo tipici dei neurolettici. Hanno anche un effetto stimolante la produzione di acetilcolina cerebrale, diminuita dalla stimolazione dei recettori 5-HT<sub>3</sub>, e questo comporta un miglioramento delle capacità cognitive, come attenzione e memoria.

Infine sul comportamento dipendente, questi 5-HT<sub>3</sub> antagonisti riducono la quantità di dopamina liberata nel reward system dalle droghe d'abuso, rivelandosi utili nel trattamento sia dell'alcool dipendenza che anche della dipendenza da nicotina(26). Tutto ciò, come già detto, è evidente nella ricerca preclinica sugli animali. Gli studi sull'uomo, sono stati finora, meno promettenti. L'ondansetron infatti ha dimostrato di poter ridurre la quantità di alcool assunta, ma solo a basse dosi. A dosi più elevate questo effetto scompare. Ciò non toglie che, per taluni ricercatori, questa classe di farmaci rappresenta una speranza per il futuro rispetto a diversi disturbi del comportamento, tra cui le dipendenze. Sui farmaci attivi sui recettori 5-HT<sub>4</sub>, non c'è per ora molto da dire, in quanto i principali effetti sono periferici (soprattutto aumentano la motilità gastrointestinale), ma ci sono ipotesi su deboli effetti di tipo cerebrale, perlopiù sconosciuti.

## Conclusioni

Da questa disamina, che si è cercato di rendere il meno accademica possibile, si evidenziano alcuni elementi di riflessione per la pratica clinica, anche di un SerT.

Il primo è l'utilità di affinare gli strumenti farmacologici complementari che si possono usare, superando la logica ormai generica dei farmaci "sintomatici". Essa ci ha portato talvolta ad usare alcune classi di farmaci - si pensi alle benzodiazepine - in modo non molto mirato.

Un'attenta revisione dei farmaci complementari nelle dipendenze deve, credo, partire da dei "razionali" farmacologici più propri di questa specialità, e meno genericamente mutuati dalla medicina interna o dalla psichiatria.

Le benzodiazepine non sono molto efficaci come anticraving, mentre sono facilmente oggetto di abuso e di dipendenza, soprattutto quelle a breve durata d'azione(27). Andrebbero quindi usate soprattutto come ansiolitici o ipnotici, contrastando la tendenza dei nostri pazienti ad assumere dosi elevate.

I neurolettici, sono preziosi in quella terra di frontiera che sono le doppie diagnosi (dipendenza e disturbi psichiatrici), ma anche questi sono dotati di scarso effetto anticraving.

Per questo un uso più mirato dei farmaci serotoninergici, sia del triptofano, che degli SSRI, può rappresentare un passo avanti nella qualità delle cure, considerata l'efficacia degli SSRI, la loro minore tossicità rispetto agli antidepressivi triciclici e la loro scarsa attitudine a dare dipendenza.

È vero che altri farmaci anticraving di tipo non serotoninergico stanno assumendo crescente importanza, come acamprosato e GHB. Però l'acquisizione che quest'ultimo, se usato in modo incongruo possa dare dipendenza ed euforia alcool-simile, ed anche overdose ed effetti epilettogeni, ne limita l'uso, specie con i tossicodipendenti, a situazioni di somministrazione del tutto controllate.

Un farmaco invece come il naltrexone, di cui si propone una proprietà anticraving nei confronti dell'alcol, basata sulla capacità dell'alcool stesso di interferire con vie peptidergiche, può rappresentare un'interessante innovazione, anche perchè il farmaco nei nostri servizi è ben conosciuto e sperimentato con i tossicodipendenti.

Infine l'uso di farmaci selettivi per i recettori serotoninergici potrebbe rappresentare una svolta nella terapia delle dipendenze. L'uso di antiemetici, come farmaci sintomatici nelle tossicodipendenze, potrebbe venir ampliato con gli antagonisti dei recettori 5-HT<sub>3</sub>, dotati anche di deboli azioni anticraving. Ma allo stesso modo altri dei farmaci descritti, quali il buspirone, potrebbero venir progressivamente sperimentati, a partire dalle loro naturali indicazioni.

La terapia anticraving, oggi agli inizi, potrebbe permetterci in futuro di utilizzare meglio, ed a più bassi dosaggi, i farmaci maggiori, e favorire la compliance delle terapie di tipo cognitivo-comportamentale, la cui efficacia può risultare minore anche per la resistenza che si ha talvolta ad applicare protocolli multimodali comprendenti l'uso di farmaci atti a ridurre i rischi di ricaduta ed a migliorare la compliance del paziente.

Uscire quindi dalla tossicodipendenza è un sentiero arduo ed oscuro, ma non mancano oggi, anche tra i presidi farmacologici, strumenti che possano illuminarlo, sia pure da lontano, come la "luna dalla cima dei monti" di cui parla la poetessa giapponese.

## Riferimenti bibliografici

1. Bauer L.O. - Psicobiologia del craving - in "Basis", n. 4, 1993, pp. 79-88.
2. Fischman M.W., Foltin R.W., Nestadt G. and Pearlson G.D. - Effects on desipramine maintenance on cocaine self-administration by humans - *J. Pharmacol. Exp. Ther.*, 253: 760-770, 1990.
3. Gislason S. J. - Food and Addiction - 1997, Environment Research Inc. , Internet: <http://www.nutra-me...zeno/addictive.htm>
4. Fumagalli G, Clementi F. - Trasmissione serotoninergica - in Paoletti R., Nicosia S., Clementi F., Fumagalli G. *Farmacologia generale e molecolare*, Ed UTET, 1996: p. 244
5. Wise R.A., Bozart M.A. (1987) - A psychomotor stimulant theory of addiction - *Psycholog. Rev.* 4:469-492
6. Wise R.A. (1988) - Psychomotor stimulant properties of addictive drugs - *Annals of the N.Y. Academy Sciences*, 537:228-234.
7. Lyness V.H., Friedle N.M., Moore K.E. (1979) - Destruction of dopaminergic nerve terminals in nucleus accumbens: effects of d-amphetamine self-administration - *Pharmac. Bioch. Behav.*, 11:553-556.
8. Roberts D.C.S., Koob G.F., Klonoff P., Fibiger H.C. (1980) - Extinction and recovery of cocaine self-administration following 6-hydroxydopamine lesions of the nucleus accumbens - *Pharmac. Bioch. Behav.*, 12:781-787.
9. Bozart M.A. and Wise R.A. (1981) - Intracranial self-administration of morphine into the ventral tegmental area in rats - *Life Sciences*, 28: 551-555.
10. Vaccarino F.J., Bloom F.E., Koob G.F., (1985) - Blockade of nucleus accumbens opiate receptors attenuates intravenous heroin reward in the rat - *Psychopharmacology*, 86:37-42.
11. Tyers M. B. and Hayes A. G. - 5-HT receptors and addiction - 1991, *Pharmacol. Biochem. Behav.* 18:785-790
12. Leshner A. J., - Comprendere la tossicodipendenza: implicazioni terapeutiche - Maggio 1997 *Minuti Menarini*, pp. 5-15.
13. Tyers M. B. and Hayes A. G., *ibidem*.
14. Zabik J.D. and Roach J.E. (1983) - *Pharmacol. Biochem. Behav.* 18:785-790
15. Caetano R. - Alcohol dependence and the need of drink: a compulsion? - *Psychol. Med* 1985, 15:463-9.
16. Naranjo C.A., Bremner K.E. and Poulos - Research strategies to assess pharmacotherapy for alcoholism - *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 1996, May, 20(4): 543-559
17. Miller N.S. - Pharmacotherapy in alcoholism - *J. Addict. Disease*, 1995; 14(1): 23-46.
18. Batki S. L., Washburn A.M., Delucchi K. Jones R.T. - A controlled trial of fluoxetine in crack cocaine dependence - *Univ. Calif. S. Francisco Sch. Med. Dept. Psychiat. S. Francisco Ca 94110, USA*
19. Maremmani I., Zolesi O., Daini L., Castrogiovanni P., Tagliamonte A. - Fluoxetine improves outcome in addicted patients treated with opioid antagonists - *Am. J. of Addictions*, 1995, 4:267-271.
20. Petrakis I., Carroll K., Gordon L., Cishing G., Rounsaville B. - Fluoxetine treatment for dually diagnosed methadone maintained opioid addicts: a pilot study - 1994 *Experimental therapeutics in addiction medicine*, Haworth Press., pp. 25-33.
21. Gerra G., Caccavari R., Delsignore R., Bocchi R., Fertoni G., Passeri M. - Effects of fluoxetine and Ca-acetyl- homotaurinate on alcohol intake in familial and non-familial alcoholic patients - *Curr. Ther. Res.* vol 52, n.2 aug 1992.
22. Gerra G. - Hostility in heroin abusers subtypes; fluoxetine and naltrexone treatment - *Prog. in Neuropsychopharm. and Biol. Psychiat.* 19(8): 1225-1237; dec 1995
23. McBride W.J. et al. 1990 - *Alcohol* 7: 199-206
24. Naranjo C.A., Bremner K.E. - Serotonin-altering medications and desire, consumption and effects of alcohol- treatment implications - *Exs.* 1994; 71:209-19.

25. ibidem
26. Fozard J.R. - Pharmacological relevance of 5-HT<sub>3</sub> receptors - in Langer S.Z., Brunello N., Racagni G., Mendlewicz J. (eds): Serotonin receptor subtypes: pharmacological significance and clinical implications. Int. Acad. Biomed. Drug Res., Basel Karger, 1992, vol, 1 pp.44-55.
27. Darke S. - The use of benzodiazepines among injecting drug users - Drug and alcohol review, vol. 13 n. 1, 1994 pp. 63-69
28. P.F. Mannaioni - corso monografico n. 25, "Il nuovo nelle tossicodipendenze" II parte; A.A. 1995-96, inedito, archivio del Dipartimento di Farmacologia Preclinica e Clinica "Mario Aiazzi Mancini" - Università degli Studi di Firenze.
29. ibidem



# Dall'onnipotenza alla crisi

Il tossicodipendente di fronte all'AIDS

di  
Pietro Zolli

La condizione del tossicodipendente sieropositivo e ammalato di AIDS presenta peculiarità e criticità specifiche, rispetto alle quali è stata prodotta molta "letteratura". Tuttavia, non sono stati approfonditi a sufficienza i numerosi e controversi aspetti esistenziali di questa drammatica situazione di vita, facendo arenare la comprensione al di qua della generica diagnosi di disturbi del comportamento in soggetto tossicodipendente.

In questo articolo vorremmo, invece, proporre alcune riflessioni proprio su questi aspetti nonché sulle reazioni più frequenti che il tossicodipendente ha di fronte all'AIDS. Il nostro pensiero è che questi aspetti condizionano sia la terapia contro l'AIDS che la motivazione all'astensione dalle sostanze.

I Servizi per le Tossicodipendenze sono chiamati ad intervenire nelle diverse fasi della sieropositività, dal counseling alla fase terminale della malattia: i progetti realizzati sono sempre più numerosi. Gli operatori, però, finiscono per formarsi soprattutto sul campo, testimoni privilegiati delle disavventure e delle sofferenze dei loro pazienti che spesso non è facile comprendere.

Due reazioni comuni sono la parcellizzazione dell'intervento oppure, al contrario, la presa in carico totale del paziente.

Frequente è anche l'atteggiamento moralistico, che è molto diverso da un intervento orientato alla motivazione. In questo caso, il trattamento della dipendenza viene posto come condizione iniziale nel programma terapeutico anti-HIV, perché si pensa che la compliance sia migliore. Per molti, lo studio dei meccanismi biologici e degli effetti farmacologici dà il supporto ad una conoscenza "medica" della dipendenza e ne giustifica la coercitività e la compulsione anche

in condizioni di estremo pericolo per la vita. Così pensando, però, si finisce per attribuire ad un qualcosa che è al di fuori di noi la responsabilità di un agire "patologico".

Da questi esempi risulta chiaro come il tipo di approccio sembri derivare più dai bisogni dell'operatore che dai bisogni del paziente. In particolare, l'operatore si trova a sostenere la propria motivazione attraverso delle affermazioni di principio che finisce per proiettare sull'utente.

C'è una minore disponibilità a comprendere quanto l'astinenza possa costargli, ad accettare i suoi fallimenti e i suoi compromessi e ad aspettare i suoi tempi di cambiamento. Comprendiamo, quindi, che potremmo farci molte domande alle quali non siamo in grado di rispondere. Quali implicazioni esistenziali hanno le cure e i vari trattamenti disintossicanti? Quali spazi di recupero della sua vita ha la persona ammalata? Come collocare questo evento nello spettro esistenziale del tossicodipendente? Quale rapporto può essere utile con una persona colpita da un evento eccezionale, come la sieropositività, che rende necessari spazi, tempi e contenuti adeguati ad una situazione eccezionale?

La droga assume spesso valenze pseudoterapeutiche in una situazione potenziale di grave disturbo psicologico. Tanto da porre il dubbio sull'utilità di interventi finalizzati al rinforzo della coscienza di malattia e della motivazione al cambiamento.

#### L'esperienza del "braccio della morte"

La sieropositività può essere paragonata al soggiorno nel cosiddetto "braccio della morte" dei condannati alla pena capitale.

Il condannato trascorre in questo luogo un tempo finito di cui ignora la durata, che sarà interrotto solo dalla morte. Egli è in continuo atteggiamento di allerta per i segnali che annunciano la fine imminente, in continua oscillazione tra le speranze di una possibile grazia e sentimenti impotenti di condanna (De Maria 1993).

In alcuni momenti, legati o meno ad un aggravamento clinico, il tossicodipendente si pone il proposito di una terapia. Se l'accesso alla struttura sanitaria gli risulta facilitato, ricerca un rapporto di fiducia all'interno del quale chiedere dei controlli e una terapia.

E' ciò che più spesso accade in occasione delle riacutizzazioni dell'AIDS, le cosiddette "montagne russe" dell'AIDS (roller-coaster of AIDS), in occasione delle quali di solito il tossicodipendente cerca di adeguarsi al programma terapeutico, ma continua spesso ad avere bisogno della sostanza. Coesistono la necessità della cura e i bisogni della tossicodipendenza in una presunta contraddizione che è di difficile soluzione.

Il tossicodipendente oscilla tra momenti di negazione e momenti di maggiore consapevolezza accompagnata da reazioni di vario tipo, non escludendo il drop-out.

Se prevale la paura può essere che la persona abbia la forza di difendersi dall'oggetto e dalla situazione che l'ha prodotta. Se prevale l'ansia, i comportamenti possono essere meno prevedibili, prefigurandosi in questo caso per la persona un danno che era già presente nel suo vissuto.

In entrambi i casi il tossicodipendente può aver bisogno di sviluppare un rapporto di dipendenza con le strutture anche attraverso la richiesta di metadone, oppure rifiutare aiuto e assistenza. In alcuni emerge una reazione paranoide nei confronti della società che non riconosce lo stato di tossicodipendenza, con atteggiamenti di sfida verso i Servizi.

La reazione controfobica può portare il tossicodipendente ad allargare la sfida alla morte, che è un cardine della sua psicologia, affermando che la sua situazione non cambia. La caratteristica trasgressiva e di sfida della condotta tossicomane (paragonabile al gioco d'azzardo), dove il piacere della droga è intrinsecamente correlato ad un ampio margine di rischio per la vita, si può perpetuare in una condotta suicidiaria.

### Il piacere

Il piacere è fatto di calore e di intimità con il corpo nel quale la mente si rispecchia. Per il tossicodipendente questo avviene limitatamente al corpo ogni qualvolta sia iniettata l'eroina. Vi è essenzialmente un carattere regressivo e pregenitale accompagnato da una sensazione di pienezza e di diffuso benessere cui partecipa tutto il corpo (Rado 1933). Il piacere diventa sollievo (allontanamento e conversione delle tensioni dolorose) e gratificazione (produzione di uno stato di benessere euforico e stupefacente).

L'AIDS segna la crisi di questo piacere oppure la sua tragica irrinunciabilità.

### L'onnipotenza del corpo

Il soggetto tossicomane sembra essere affidato all'onnipotenza del suo corpo in un narcisismo sostenuto dall'uso dell'eroina. Questo senso di onnipotenza non dipende dall'effettiva esistenza di un corpo onnipotente, ma di un corpo "separato", che si scinde e sembra recidersi dal mentale, per essere sede di emozioni fisiche, proprie del corpo, raggiungibili solo attraverso la droga. Si parla di evitamento del processo mentale nel senso che il corpo e la sua esperienza si pongono ad un livello profondo nel quale sono coinvolti quei processi che formano la mente in quanto capaci di dividere dal corpo le rappresentazioni mentali (Bion 1970).

In ciò assume carattere diverso e autonomo rispetto alla conversione isterica e al sintomo ipocondriaco nel senso che nella tossicodipendenza il processo mentale non sembra essere dentro il sintomo, ma il sintomo diventa l'espressione stessa dell'evitamento del processo mentale. L'AIDS rappresenta la catastrofe del corpo.

### Il dolore e la paura

Il meccanismo di difesa di gran lunga più frequente è la negazione. Nelle forme asintomatiche, o comunque non avanzate, la negazione nei confronti della malattia viene ad integrarsi e ad inserirsi nel vissuto che il tossicodipendente manifesta verso la propria dipendenza.

Negli altri il "farsi" risponde ancora di più all'assoluta necessità di evitare il dolore e, quindi, di mantenere la separatezza e l'onnipotenza del corpo. A volte, nel tentativo di una più consapevole organizzazione dell'immagine di sé, il tossicodipendente guadagna una posizione masochistica con elementi ipocondriaci (Giani 1985).

### Il craving

Per Fenichel e Olivenstein l'essere tossicomane rappresenta l'unica modalità possibile di esistere nel tentativo di ricucire il proprio narcisismo frammentato (Giani 1985). In questi c'è l'identificazione con l'oggetto ideale e un rapporto totale e positivo con la sostanza. Il senso di invulnerabilità è sostenuto da una fantasia narcisistica onnipotente che rende inutilizzabile, per un loro cambiamento, le esperienze negative dei compagni.

Il dolore fisico è l'altra faccia di una sofferenza non risolta legata alla difficoltà di raggiungere il possesso, attraverso l'identificazione introiettiva, di quell'oggetto interno (non è qui ancora presente la sessualità nel suo aspetto di relazione oggettuale) che si presentifica soprattutto come possibilità di legame. L'attacco tossicomane sembra rivolto ad evitare in modo preventivo la consapevolezza di questa incapacità delimitando ogni cosa nel corpo. Anche attraverso questa via, il corpo acquisisce una dimensione di onnipotenza attraverso il rapporto con la droga perché è capace di recuperare quell'unità evitando il processo mentale.

L'AIDS pone l'individuo di fronte a un termine della propria vita oltre al quale non poter più rinviare l'esperienza dei propri desideri. Alcuni reagiscono ricercando la soluzione nell'atto

tossicomano, altri approdano ad una forma cronicizzata di depressione ipocondriaca da lutto non superato. L'aggravamento clinico non sembra scalfire questa difesa che mantiene il tossicodipendente nella volontà di continuare a far uso di eroina.

#### La ricerca di un'identità

La valenza simbolica del "farsi" attraverso il sangue riporta allo scambio e alla trasfusione tra gli individui di un clan per segnare l'inizio di un rapporto ancora più forte e per simboleggiare una nuova identificazione.

Gli stadi iniziali della sieropositività (asintomatica e sintomatica) possono ostacolare o rinforzare il significato dell'azione rituale del "farsi" attraverso il sangue. La persona, cioè, si misura con il significato normativo dell'appartenenza al gruppo. Egli può guadagnare la determinazione all'astensione dalle sostanze o al rispetto di comportamenti preventivi con la possibilità di una maggior compliance terapeutica. Oppure, al contrario, può mettere in atto comportamenti trasgressivi evitando la protezione per sé e gli altri.

Negli stadi avanzati della malattia, il tossicodipendente sente minacciata la propria identità e il senso di appartenenza ad un gruppo di compagni sani, ancor più di altre persone affette da una malattia terminale. Essere membro della compagnia dei tossicodipendenti gratifica e rassicura contro l'evoluzione della malattia.

Si disegna, quindi, un continuum di comportamenti che portano alla posizione regressiva di ammalato (atteggiamenti di ritiro e autoemarginazione, passività e masochismo, parziale o temporaneo abbandono degli abusi, oppure, infine adozione di stili di vita laterali al mondo della tossicodipendenza) e arrivano alla negazione della propria malattia e della propria contagiosità.

#### La possibilità di cambiamento

Poter "cambiare" attraverso il sangue, "entrando" nel proprio sangue, può assumere il significato di avere il potere di mutare le radici dell'individuo utilizzando una sostanza esterna. L'AIDS è considerata una malattia, un tumore che, causato da un agente nocivo esogeno, incomincia a compromettere la persona a partire dal sangue. può innescare una reazione positiva contro la malattia, ma se la persona continua a dipendere dall'eroina, in quanto elemento esterno, la reazione porta dentro di sé il fallimento verso una condizione ineluttabile. Forse, è questo l'aspetto che influisce maggiormente sul livello di autostima del tossicodipendente, innescando spesso periodi di abuso e di craving.

#### La capacità di controllare la propria vita

Il "farsi" attraverso il sangue rivela un atto di autoconstruzione che, per arrivare ad una nuova coscienza, deve per forza passare attraverso la materia. Il tossicomano, quindi, esegue un rito di rinascita della coscienza attraverso un procedimento arcaico e irrazionale.

L'AIDS assume, a sua volta, una forte valenza irrazionale che piega le resistenze del tossicodipendente a favore di una condizione di ammalato che spesso non riesce a credere nella terapia e che tende a recuperare il significato dell'eroina come una forma di autoterapia.

#### L'astinenza

L'astinenza si sviluppa come una sofferenza fisica da controllare fisicamente attraverso la reincorporazione del farmaco. La crisi è, inoltre, segnata da eventi distruttivi incentrati sul corpo (incidenti stradali, sovradosaggi, febbri da taglio, malattie fisiche, tentamen, abbandono delle

precauzioni igieniche) (Rosenfeld 1979), eventi che portano la persona alla convinzione del proprio fallimento nei confronti del "potere" della sostanza.

L'AIDS porta il tossicodipendente verso l'accettazione di un destino segnato nella logica del fallimento delle aspettative personali e di un lento suicidio nel quale la tossicomania può coesistere.

L'astinenza è vissuta con un maggior senso di pericolo (Tross 1987) perché il soggetto sente la debolezza del proprio corpo, mentre le cure mediche proponibili sono viste spesso come un intervento invasivo. L'operatore viene più spesso accettato in quanto persona o specialista al quale chiedere delle conferme sulla salute, che riconosciuto come terapeuta. Il metadone e l'eroina rimandano, invece, ad una forma di autocura nella quale regredire.

### La coppia

Il rapporto di coppia è, il più delle volte, orientato verso la dipendenza reciproca. Nel corso della relazione emergono atteggiamenti di dipendenza e verifica della disponibilità dell'altro nonché esperienze di risucchiamento e di inglobamento del partner nella tossicodipendenza. Prevengono, cioè, situazioni di dipendenza primaria con inglobamento dell'oggetto.

Lo scambio di siringhe con il partner, così come l'inosservanza delle comuni precauzioni, assume la valenza di un rapporto d'amore. Possono prevalere situazioni di dipendenza filiale nei confronti di un partner percepito come una presenza rassicurante e totalizzante, oppure, se il partner così non è, come una persona verso la quale dirigere sentimenti di impotenza e aggressività.

### I figli

In molte situazioni il figlio è vissuto come una parte narcisistica di sé e diventa il prolungamento delle proprie aspettative future. Spesso il bambino viene concepito nel momento in cui la madre o la coppia hanno deciso di smettere di drogarsi; il figlio diventa il simbolo di rigenerazione e di un'esistenza che nelle intenzioni dovrebbe cambiare radicalmente.

Il desiderio di maternità può essere anche in rapporto al bisogno di provare la propria integrità fisica. Di lui il padre sieropositivo tende a mettere in evidenza la forza, la precocità e la resistenza.

### Riferimenti Bibliografici

1. Aguglia E., Zolli P. (a cura di) (1993). L'approccio multidisciplinare all'AIDS. Rivista sperimentale di Freniatria e Medicina legale delle Alienazioni mentali, Supplemento al fasc. n.1, vol. CXVII.
2. Bion W.R. (1970). Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico. Roma, Armando Editore.
3. Blos P.(1962). L'adolescenza. Milano, ed. F. Angeli.
4. Giani G. (1985). E' un problema di identità. Riza Psicosomatica, n. 52.
5. De Maria F. (1993). In: L'approccio multidisciplinare all'AIDS (a cura di Aguglia E., Zolli P.). Rivista sperimentale di Freniatria e Medicina legale delle Alienazioni mentali, Supplemento al fasc. n.1, vol. CXVII.
6. Rado S. (1933). The psychoanalysis of pharmacotimia. Psychoanalytical Quartet, n. 11.
7. Rosenfeld D. (1979). Il paziente tossicomane. Quadrangolo, vol. V.
8. Tross S. (1987). Psychological response to AIDS and HIV disease. In: Current Concepts in Psycho-Oncology and AIDS. New York, Mem Sloan Kettering Cancer Centre.



# Alcool e ospedalizzazione

**I ricoveri per patologia alcoolcorrelata  
in Provincia di Pordenone**

di  
Paolo Cimarosti  
Augusto Casasola

## Introduzione

L'uso incongruo di bevande alcoliche ed altre sostanze tossiche in genere, è causa di una nota serie di problemi fisici, mentali, sociali e pone un grosso peso sull'economia di molti Paesi.

Quasi in controtendenza il consumo di bevande alcoliche in Italia ha subito una diminuzione del 26,5% dal 1981 al 1993. Si è notato, infatti, che il consumo/pro capite d'alcool puro è passato dai 13 litri del 1980 agli 8.6 del 1993. Nonostante questi dati confortanti, permangono seri problemi legati sia al consumo d'alcolici in alcune regioni italiane sia al consumo d'altre sostanze tossiche e nuove "droghe" in particolare modo nei giovani. Dati del 1990 suggeriscono, infatti, che circa il 53% degli adulti con età superiore ai 15 anni beve alcool almeno tre o quattro giorni la settimana ed è classificato come "consumatore frequente". Sembra esserci un incremento del consumo "a rischio" di vino e birra soprattutto fra le donne che sono passate dal 28% del 1988 al 40% del 1990. Quanto sopra sembra trovare conferme anche in esperienze internazionali dove però il consumo di alcolici, di tabacco e di altre droghe sembra essere in costante aumento. Queste problematiche hanno causato difficoltà in molti paesi dove mancano codici sociali, leggi appropriate e la capacità economica di sviluppare servizi territoriali adeguati.

**Paolo Cimarosti** medico del Ser.T. dell'Ass n. 6 "Friuli Occidentale" - Pordenone

**Augusto Casasola** sociologo del Dipartimento di Osservazione Epidemiologica e Pianificazione dell'Ass n. 6 "Friuli Occidentale" - Pordenone

**Note:** il presente scritto è stato realizzato anche grazie alla collaborazione del dott. Piero Struzzo, coordinatore scientifico del progetto "Città sane" di Udine.

La politica sanitaria internazionale nei riguardi del consumo di bevande alcoliche sta prevalentemente sviluppandosi in due direzioni:

- prevenzione ed intervento precoce piuttosto che terapia di persone già dipendenti
- identificazione nell'assistenza sanitaria primaria, piuttosto che nei servizi specialistici, come l'ambiente più idoneo per applicare tali interventi. Studi clinici di persone dipendenti dall'alcool o da oppiacei, hanno dimostrato che il 15-30% muore entro 10 anni mentre un ulteriore 30-40% continua l'utilizzo a rischio della sostanza.

Studi epidemiologici hanno dimostrato che la maggior parte dei danni alcool-derivati non si ha in persone già dipendenti bensì nella popolazione generale con utilizzo "a rischio". Questo perché il numero totale di bevitori a rischio costituisce la stragrande maggioranza della popolazione generale rispetto ai bevitori con problemi evidenti. Studi epidemiologici condotti in altri Paesi hanno stimato che il 17% e l'11% degli uomini e donne australiane sono dei bevitori a rischio, mentre solo il 5% della popolazione si colloca nella categoria dei soggetti alcool-dipendenti. Una piccola riduzione dei bevitori non moderati permette, quindi, di ottenere un risultato significativo sulla popolazione generale con evidenti risparmi in termini di salute e di spesa sociale. Tali persone, inoltre, cercano raramente aiuto nei servizi territoriali o presso il proprio medico di Medicina Generale.

Nell'ambito della pianificazione degli interventi del Servizio per le Tossicodipendenze (SerT) si è ritenuto quindi importante avviare un primo approfondimento su queste tematiche iniziando a studiare i ricoveri per alcolismo, anche in vista del progetto di prevenzione che verrà attivato nel 1998 in collaborazione con "Città sane" e l'Azienda Sanitaria di Udine (ASS n. 4).

#### Obiettivi specifici dello studio

Attraverso l'utilizzo della base dati - relativa all'anno 1996 - sulle dimissioni, sia dagli ospedali della regione Friuli Venezia Giulia che da ospedali collocati al di fuori della regione, dei cittadini residenti nella provincia di Pordenone:

- 1 - identificare, attraverso l'analisi della diagnosi principale di dimissione e delle tre diagnosi ad essa associate, i soggetti ospedalizzati con patologia alcolica e/o alcol correlata;
- 2 - definire e descrivere alcuni primi elementi, anche preliminari, per avviare un approfondimento analitico della dipendenza da alcol, area problematica su cui il Ser.T ha già avviato un progetto di prevenzione, progetto che verrà ulteriormente implementato nel corso del 1998.

#### Materiali e metodi

- le basi dati dei ricoveri regionali ed extra regionali non contengono variabili identiche ed anche il livello di qualità dei dati è disomogeneo, di conseguenza si è proceduto analizzandole separatamente e solo per l'analisi di alcune variabili sono state utilizzate in modo congiunto
- sono state selezionate 21 categorie e sottocategorie diagnostiche (1) - utilizzando la classificazione internazionale delle malattie, traumatismi e cause di morte, 9a revisione - comprendenti le diagnosi di alcolismo e/o diagnosi ad essa correlate;
- la selezione è stata ripetuta sia per la diagnosi principale che per le 3 diagnosi di dimissione ad essa correlate;

(1) Classificazione internazionale delle malattie, traumatismi e cause di morte - 9a revisione: categorie e sottocategorie della diagnosi di dimissione prese in considerazione per l'analisi delle dimissioni: 265. 2 Pellagra; 291 Psicosi alcolica; 291.0 Delirium tremens; 291.1 Korsakov; 291.2 Altri stati demenziali alcolici; 291.3 Altre allucinosi alcoliche; 291.4 Ubriachezza patologica; 291.5 Gelosia alcolica; 291.8 Altre psicosi alcoliche; 291.9 Altre forme di alcolismomania e psicosi alcolica non specificata; 303 Sindrome di dipendenza dall'alcol; 305.0 Abuso di alcol senza dipendenza; 305.9 Forme miste di abuso senza dipendenza; 535.3 Gastrite alcolica; 571.0 Fegato grasso alcolico; 571.1 Epatite acuta alcolica; 571.2 Cirrosi alcolica del fegato; 571.3 Danno alcolico del fegato non specificato; 980 Effetti tossici dell'alcol; 980.0 Alcol etilico (intossicazione); 980.9 Effetti tossici dell'alcol non specificati.

- si è provveduto alla eliminazione dei ricoveri "duplicati", in quanto contenenti all'interno dello stesso evento ricovero più di una diagnosi di alcolismo e/o diagnosi ad essa correlate, arrivando quindi alla identificazione effettiva degli eventi ricovero;
- sono stati identificati, infine, i soggetti e gli eventi ripetuti.

### Risultati

Nell'anno 1996 si sono ricoverati 590 soggetti, le dimissioni sono state complessivamente 726, 98 soggetti hanno avuto più di 1 ricovero.

Si riportano di seguito i principali risultati dell'analisi:

### Tab. 1

Soggetti ricoverati ed eventi ricovero per tipo di diagnosi e di ospedale di dimissione (valori assoluti) - Anno 1996 -

Ospedale	Diagnosi	Soggetti	Eventi	Soggetti con eventi ripetuti
in regione	Principale	195		
	Prima	253		
	Seconda	131		
	Terza	67		
Totale		531	664	97 *
fuori regione	Principale	43		
	Prima	14		
	Seconda	5		
	Terza	4		
Totale		60 *	62	2 *
Totale complessivo *		590 *	726	98 *

\* 1 soggetto ha effettuato ricoveri sia in ospedali extra regionali che regionali

La diagnosi principale più frequente è la sindrome di dipendenza dall'alcol : 137 dimissioni, pari al 19% del totale delle stesse (124 in regione, 13 fuori regione); la diagnosi principale seconda in ordine di frequenza è il danno alcolico del fegato non specificato: 36 dimissioni, pari al 5% (35 in regione, 1 fuori regione); la prima diagnosi più frequente è la cirrosi alcolica del fegato: 98 dimissioni, 13,5% (94 in regione, 4 fuori regione); la seconda diagnosi più frequente è il danno alcolico del fegato non specificato: 38 dimissioni, pari al 5% (36 in regione, 2 fuori regione); la terza diagnosi più frequente è sempre il danno alcolico del fegato non specificato: 18 dimissioni, pari al 2,5% (16 in regione, 2 fuori regione).

**Tab. 2**

Dimissioni per sesso e classi di età (valori assoluti e percentuali) - Anno 1996 -

Classi di età	Sesso *		Totale *	
	Femmine	Maschi	n.	%
0-14	6	1	7	1,0
15-20	2	1	3	0,4
21-30	9	33	42	5,8
31-40	35	56	91	12,5
41-50	29	99	128	17,7
51-60	46	150	196	27,
61-64	12	43	55	7,6
65 e oltre	63	140	203	28,0
<b>Totale</b>	<b>202</b>	<b>523</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>

\* 1 Mancante

**Tab. 3**

Dimissioni per stato civile (valori assoluti e percentuali) - Anno 1996 -

Stato civile *	Dimissioni	
	n.	%
coniugato	344	51,7
divorziato	15	2,3
non coniugato	181	27,3
separato	37	5,6
vedovo	80	12,0
non rilevato	7	1,1
<b>Totale</b>	<b>664</b>	<b>100,0</b>

\* variabile disponibile solo per le dimissioni dagli ospedali regionali

**Tab. 4**

Dimissioni per tipo di ricovero (valori assoluti e percentuali) - Anno 1996

Tipo di ricovero *	Dimissioni	
	n.	%
Day Hospital	26	3,9
Ordinario	219	33,0
Urgente	404	60,8
Trattamento Sanitario Obbligatorio	6	0,9
Trattamento Sanitario Volontario	9	1,4
<b>Totale</b>	<b>664</b>	<b>100,0</b>

\* variabile disponibile solo per le dimissioni dagli ospedali regionali

**Tab. 5**

Dimissioni per distretto e tipo di ospedale (valori assoluti e percentuali) - Anno 1996 -

Distretto	Tipo di Ospedale		Totale	
	Regionale	Extra regionale	n.	%
Est	109	5	114	15,7
Nord	233	6	239	32,9
Ovest	81	20	101	13,9
Sud	73	6	79	10,9
Urbano	168	25	193	26,6
<b>Totale</b>	<b>664</b>	<b>62</b>	<b>726</b>	<b>100,0</b>

**Tab. 6**

Soggetti distinti per numero di dimissioni (valori assoluti e percentuali) - Anno 1996 -

Soggetti n. dimissioni	n.	%
5	4	0,7
4	4	0,7
3	18	3,0
2	72	12,2
1	492	83,4
<b>Totale</b>	<b>590</b>	<b>100,0</b>

La sede elettiva dei ricoveri extraregionali è ovviamente la regione Veneto, 52 dimissioni, 84%; in regione il 37% presso l'ospedale di Pordenone - una percentuale bassa -, il 24% a Maniago, il 16% a S.Vito, il 14% alla Casa di cura S. Giorgio, 5% a Spilimbergo, 3% a S. Daniele, ove si effettua un trattamento specifico (cfr.tab. 7).

**Tab. 7**

Soggetti distinti per numero di dimissioni (valori assoluti e percentuali) - Anno 1996 -

	Ospedale	Dimissioni
in regione	Pordenone	194
	Maniago	159
	S. Vito	105
	Casa di Cura S. Giorgio	90
	Spilimbergo	36
	S. Daniele	19
	Altri	61
Totale 664		
fuori regione	Veneto	52
	Altre regione	10
Totale		62
Totale complessivo		726

\* 1 soggetto ha effettuato ricoveri sia in ospedali extra regionali che regionali

### Conclusioni

Come si evince dalle tabelle presentate, risulta che 726 dimissioni su 53.860, pari al 1,35% risultano avere come causa o concausa l'uso di alcolici, indipendentemente dalla loro quantità; 234 di queste diagnosi sono date da ricoveri ripetuti, pari al 32% del totale. I dati della letteratura nazionale, nonché l'esperienza personale ci permettono tranquillamente di sostenere che le dimissioni per alcolismo o per problemi alcol-correlati nell'ambito dell'ASS 6 sono largamente sottostimati; infatti l'ipotesi più accreditata parla di una percentuale dal 5 al 10% dei ricoveri nelle divisioni di medicina per problematiche legate al bere. Inoltre, giova ricordare come molti ricoveri nelle divisioni chirurgiche si concludano con una diagnosi che non permette di risalire alla noxa scatenante, come per esempio la pancreatite cronica recidivante tipica dell'alcolista causa a sua volta di diabete (e di ulteriori ricoveri); oppure dei traumatismi vari legati al bere causati da incidenti stradali, sul lavoro e domestici. In Italia, il numero di giornate di degenza in strutture di ricovero per morbilità alcol-correlata, secondo un'ipotesi media è pari a 1.971.972 per anno, a queste vanno sommate le giornate di degenza per incidenti stradali, sul lavoro e domestici per un costo totale dei ricoveri in istituti di cura pari a 2.058.594 milioni di lire al 1994.

Un altro dato che balza agli occhi è l'elevato numero di dimissioni con diagnosi alcool-correlate presenti nel Distretto Nord ed in particolare presso l'ospedale di Maniago dove i medici sembrano particolarmente attenti alla diagnostica dell'alcolismo; il distretto presenta anche un

alto tasso di ospedalizzazione (204,6 ricoveri su 1000 abitanti) .

Non va dimenticato che il paziente alcolista può anche richiedere qualche volta il ricovero in regime di trattamento obbligatorio presso le strutture psichiatriche (vedi tab. 4), e di questo dobbiamo essere consci e preparati non per ritornare alla vecchia psichiatria dei manicomi, ma per tutelare pazienti e loro familiari nel momento dell'emergenza:

Ci sembra che i dati presentati, pur nella loro parzialità, possano essere un primo punto di partenza per sviluppare ulteriori approfondimenti utili per la pianificazione degli interventi sui problemi alcol-correlati esistenti nel territorio del pordenonese.

#### Riferimenti Bibliografici

1. AA.VV. - Gli italiani e l'alcol. II indagine nazionale Doxa - , quaderno n. 6, 1994
2. Censis - Economie e diseconomie dell'alcol in Italia -, quaderno n. 8 della Fondazione Censis Roma, 1996
3. ISTAT - Classificazione internazionale delle malattie, traumatismi e cause di morte - , 9a revisione, 1985
4. ISTAT - Indagine statistica sulle condizioni di salute della popolazione e sul ricorso ai servizi sanitari, Roma, 1996
5. OMS - Health for all by year 2000 -, Ufficio Regionale di Copenaghen, 1985
6. Hudolin V. - Alcolismo - , Associazione Ospedali Friuli Venezia Giulia, 1981
7. Sauders J.B. et al. - Preventive approaches to alcohol and drug problems in primary care setting, Londra 1995



# Comunità terapeutiche e Ser.T: lavorare in rete

di  
Virgilio Beacco

Nella storia del Servizio per le Tossicodipendenze di Pordenone si è sempre messa in evidenza una trasparente e pratica collaborazione con le Comunità Terapeutiche regionali e in particolar modo con alcune di esse.

Le origini di questa collaborazione probabilmente vanno ricercate tra più fattori. Molti anni fa il fenomeno delle tossicodipendenze nella nostra regione, fine anni 70, si manifestava in termini quantitativi e forse anche qualitativi ridotti rispetto ad altre regioni (vedi Lombardia, Piemonte, Emilia, Veneto).

La posizione geografica e le diverse risorse economiche della nostra Regione rispetto alle altre, la presenza di minori fattori di rischio presenti invece nelle realtà metropolitane, hanno probabilmente permesso la nascita di modelli comunitari e di servizi pubblici per le tossicodipendenze senza l'assillo di rispondere ad un'elevata e problematica utenza. Sicuramente questa prima 'quiete operativa' ha permesso l'apertura di canali comunicativi tra il privato, le comunità e il Servizio per le Tossicodipendenze di Pordenone.

Già dai primi anni '80 una prima intesa si era costituita ed il passaggio del paziente tossicodipendente ad un'esperienza di comunità terapeutica veniva filtrato dal servizio pubblico, il quale sentita la richiesta indirizzava il soggetto verso la comunità che risultava disponibile.

Una formula comunque semplicistica perché il più delle volte veniva soddisfatta la richiesta di comunità del paziente, il quale poteva così evitare il carcere, soddisfare il bisogno della fami-

**Virgilio Beacco** educatore professionale del Ser.T. dell'Ass n. 6 Friuli Occidentale - Pordenone

**Nota:** L'esperienza qui descritta è stata realizzata anche con la collaborazione di **Zelindo Biasiotto, Silvana Cason, Ennio Martin** del Ser.T. dell'Ass. 6 Friuli Occidentale, Pordenone e gli operatori del **Cedis** di Pordenone, del **Centro Solidarietà Giovani** di Udine, e della **Comunità La Tempesta** di Gorizia.

glia di entrare in comunità, uscire dalla piazza. Nel tempo però questa rete si arricchiva, perché le comunità si dotavano di strumenti di valutazione. Tali strumenti venivano usati nell'approccio con il paziente (area di accoglienza), e servivano per testare il grado di motivazione. Nel contempo anche il Servizio per le Tossicodipendenze attivava al suo interno dei presidi sanitari che gli permettevano di valutare il bisogno e la necessità per quel paziente di entrare in un programma di comunità.

A cavallo tra gli anni '80 e '90 in seguito all'elevato aumento dell'utenza e per la nascita di iniziative nuove, di associazioni di volontariato che attivavano ulteriori e nuovi canali con comunità extraregionali, si venivano a creare delle situazioni un po' confuse, gli interventi sui pazienti venivano parcellizzati, una sorta di gara a chi vendeva il "prodotto" migliore. In quegli anni si venivano a creare situazioni difficili e il dialogo tra le strutture private e il Servizio per le Tossicodipendenze di Pordenone veniva a mancare, nascevano degli intralci nella conduzione dei progetti terapeutici, si creavano obiettivi e compiti non condivisi, dinamiche di sottile svalutazione e di sospetto verso il reciproco operato (interventi dumping).

Un rapporto collaborativo fu ripreso tra gli anni '93 e '94. Il Servizio per le Tossicodipendenze fu trasformato in Ser.T provinciale; ci fu in sostanza l'unificazione dei quattro servizi esistenti in un'unica struttura. La maggior consistenza in termini di aumento di operatori di tutte le aree professionali (medica, psicologica e riabilitativa) creò all'inizio problemi organizzativi ma pose le basi per una migliore e qualificata presa in carico del paziente: una nuova capacità del Ser.T di codificare la domanda di comunità da parte del paziente. Il Ser.T. era in grado di selezionare gli invii tenendo conto delle caratteristiche del paziente e di indirizzarlo così verso la comunità più idonea.

Nasceva così con le comunità regionali un rapporto dialettico all'interno del quale si mettevano in evidenza i compiti istituzionali del Servizio Pubblico, ma dove venivano riconosciuti anche i programmi delle comunità, in particolar modo la loro valenza terapeutica. Questa collaborazione evidenziò che i pazienti seguiti contemporaneamente tra Ser.T. e comunità riuscivano a mantenere un grado di astinenza prolungato nel tempo e le ricadute diminuivano.

Sulla base di questi primi risultati soddisfacenti e il desiderio di diminuire i drop-out, si fece strada l'idea di potenziare questa collaborazione, di formalizzare un'intesa, di costituire una sorta di reticolo che permettesse al paziente di entrare nel programma e di ricevere delle prestazioni tecnologicamente valide e flessibili.

Questa idea di progetto nacque nel 1996 e fu chiamata "Continuità Terapeutica".

Aderirono a questo progetto le seguenti comunità:

- 1 - Centro Solidarietà Giovani di Udine
- 2 - Comunità Diurna di Cordenons ( Ser.T. di Pordenone)
- 3 - Comunità La Tempesta di Gorizia
- 4 - Comunità C.E.D.I.S. di Pordenone

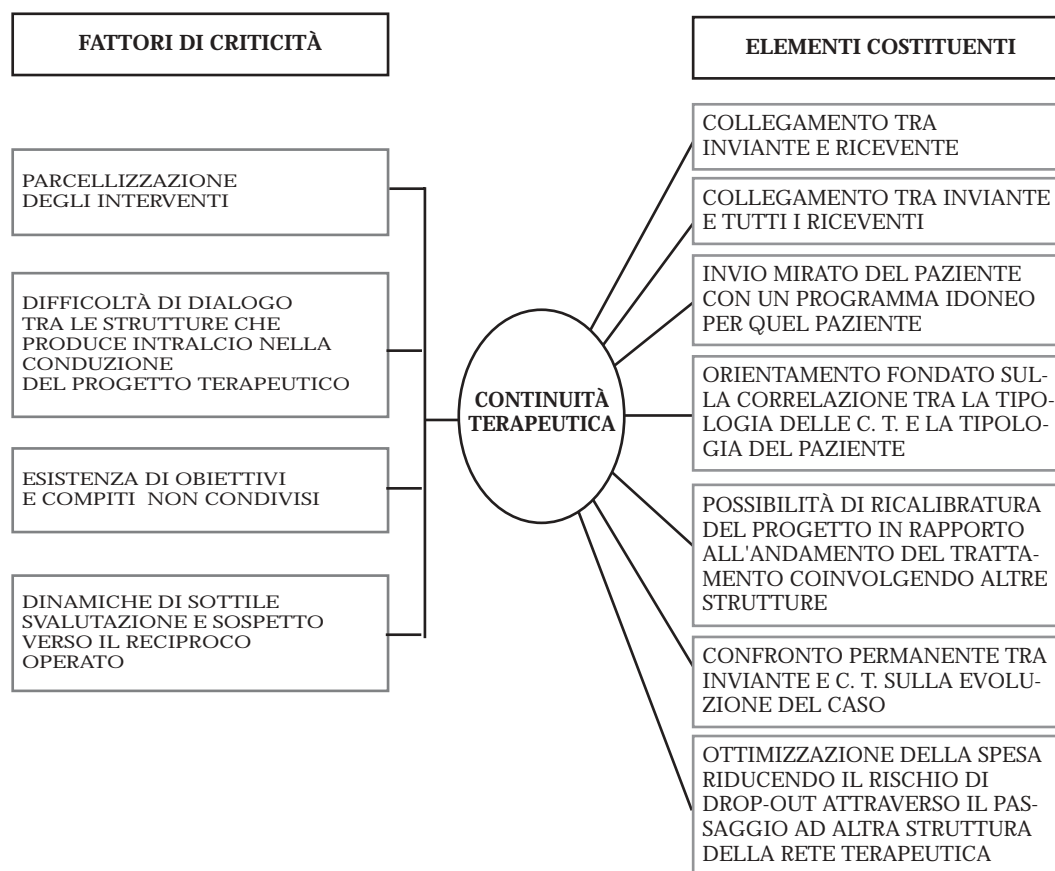
### Perché Continuità Terapeutica

Il passaggio di due pazienti (in misura alternativa) dalla Comunità Diurna di Cordenons alla Comunità di Udine senza interruzione di programma terapeutico e quindi senza il rientro in carcere, permise di non perdere i due pazienti e soprattutto il lavoro terapeutico effettuato per mesi presso la 1ª Comunità. L'inserimento nella 2ª Comunità fu pertanto solo una ricalibratura del progetto terapeutico iniziale. Su questi primi due casi nacque così un confronto a tre che permise di monitorare costantemente l'andamento dei due programmi ma soprattutto di migliorare da parte di tutte le realtà operative coinvolte gli interventi ponendo maggior attenzione alla valutazione iniziale dei casi.

Un secondo elemento importante che ha permesso la nascita della Continuità Terapeutica è stata l'attenzione alla spesa sanitaria; si sa che ogni inserimento in Comunità terapeutica ha un costo e la retta mensile viene soddisfatta dalle Aziende Sanitarie.

Molti pazienti abbandonano nei primi mesi la Comunità, forse per un invio sbagliato o forse perché quella comunità non era idonea per quel paziente. Adottando il concetto di Continuità Terapeutica questo non dovrebbe accadere perché il paziente qualora presentasse delle consistenti difficoltà nella struttura che gli è stata indicata, potrà essere riorientato verso una nuova comunità, più idonea, riducendo così il rischio di abbandono da parte del soggetto.

Su questi punti si sono incontrate, a partire da quest'anno, le comunità sopraelencate per elaborare i principi della Continuità Terapeutica, partendo dalle reciproche esperienze per arrivare a trovare punti di incontro e costruire una nuova sinergia di intervento nel rispetto di ruoli e competenze di tutti. La prima riunione fu fatta presso il Ser.T. di Pordenone il 18 marzo 1997; successivamente il gruppo costituito ha lavorato a cadenza quasi mensile trovandosi di volta in volta nelle sedi delle varie comunità (Gorizia, Cordenons, Udine, Pordenone).



Sintesi degli incontri tra le Comunità Terapeutiche ed il Ser.I.

Dopo i primi due incontri del 21 aprile 97 e del 12 maggio 97 tra Comunità terapeutiche e Ser.T. di Pordenone, al fine di concordare un protocollo operativo per migliorare e rendere efficiente l'integrazione tra servizi che si occupano e lavorano nello stesso campo, si è giunti, per quanto riguarda la fase dell'inserimento in Comunità a concordare dei criteri di invio sulla base della discussione e del confronto di quello che prevede lo specifico programma delle Comunità partecipanti.

Si era partiti da due domande fondamentali poste dal Ser.T. :

- a) Cosa il Ser.T. potrebbe fare di più in fase di "Accoglienza"?
- b) Ci sono delle procedure comuni in questa fase che si potrebbero accorpate?.

Sulla base del confronto dei Programmi delle Comunità presenti sono emerse delle esigenze comuni per cui si è cominciato ad estendere uno schema di tutte quelle informazioni che il Servizio potrebbe fornire all'entrata di un utente in Comunità. Si è percepita forte l'esigenza che il Ser.T. al momento dell'invio prepari una scheda completa di:

- Chi fa il Progetto di invio e quale è la domanda;
- Chi è il Referente o i Referenti del Servizio  
(Medico, Psicologo, Educatore, Assistente Sociale).
- Perché gli operatori pensano che sia il momento dell'invio;
- Anamnesi Personale e Storia della "Sostanza";
- Anamnesi familiare;
- Storia degli interventi ricevuti;
- Relazione Sociale;
- Relazione Psicologica.

Da parte loro le comunità si impegnano a restituire ulteriormente ampliate sulla base del lavoro svolto tutte quelle informazioni che possono integrare e allargare la reciproca conoscenza del caso, questo soprattutto nel caso di interruzioni di Programma, Ricadute, Uscite Traumatiche da C. T. .

In questi casi particolari un incontro tra gli operatori dei servizi è altamente auspicabile al fine di rielaborare il caso, discutere sulle alternative terapeutiche, individuare tempestivamente quali possono essere gli eventuali strumenti operativi.

I nostri incontri sono proseguiti dopo questi primi due confronti su questi temi comuni: Diagnosi e Programma Terapeutico il 12/6/97; Rientro il 21/7/97; Valutazione il 11/9/97. Per quanto riguarda il tema Diagnosi e Programmi, ci siamo chiesti come integrare i vari contributi dalle Comunità confrontandoli con il Ser.T. che fa gli invii. Dalla discussione è emerso che il Ser.T. potrebbe valutare se e quando la persona può fare un lavoro terapeutico sostenendo e superando la "crisi"; in altre parole che possibilità evolutive possiede il soggetto. Qui si pone il problema della diagnosi e quindi anche della "selezione da parte del Ser.T. per gli invii" che possono diversificarsi a seconda del programma specifico delle diverse Comunità.

Tuttavia, partendo da un' affermazione che ci ha trovato d'accordo, cioè che l'esperien-

za della droga influenza tutte le strutture della persona, si sono evidenziati dei punti comuni sui quali lavorare:

- Analisi del livello intrapsichico;
- Analisi del livello interpersonale soprattutto sulla reciprocità (confine tra il sé e l'altro);
- Analisi del livello emotivo e cognitivo  
in quest'ultimo in termini di capacità, risorse, potenzialità;
- Attenzione al singolo e al gruppo;
- Attenzione alla cultura della "sostanza".

Questi ultimi punti molto importanti in quanto dalla discussione sui vari Programmi si era messo in luce il problema del "Progetto Individuale" e quindi della conseguente elasticità o adattabilità dei diversi Programmi. Infatti, sul progetto individuale si è aperta la discussione che ci ha portato a riflettere soprattutto nei casi di presentazione di una "Crisi". Al di là degli strumenti specifici che ogni programma delle diverse Comunità Terapeutiche prevede in questi casi, siamo stati abbastanza d'accordo sull'intervento comune degli operatori di Comunità Terapeutiche ed operatori Referenti del Ser.T. per trovare insieme uno strumento individuale per il superamento con successo della situazione di "Crisi".

Per quanto concerne l'incontro sul tema del Rientro siamo stati tutti d'accordo che questa fase è la più delicata all'interno di un Programma di recupero della Tossicodipendenza e per questo, mai come in questo momento il progetto di reinserimento dovrebbe vedere gli operatori di C. T. e gli operatori Referenti del Ser.T. in stretta collaborazione.

Dalla discussione e dal confronto possiamo trovare terreno comune dagli spunti di riflessione emersi:

- Attenzione a garantire la Continuità Terapeutica della persona;
- Una presenza più incisiva da parte del Ser.T.  
soprattutto come trampolino di lancio verso l'esterno e le risorse territoriali;
- Attenzione ai problemi di "Separazione" dalla Comunità Terapeutica propri di questa fase;
- Attenzione oltre che ai problemi di reinserimento lavorativo, alle relazioni sociali.

In questa fase Ser.T. e Comunità Terapeutica dovrebbero lavorare insieme per analizzare che tipo di risorse socio relazionali sono presenti nel territorio e quali operatori potrebbero fare da "mediatori" tra i servizi coinvolti con la persona e le risorse del territorio. Questo tema ci ha dato parecchi spunti di riflessione e quindi sarà molto importante lavorarci tutti insieme anche per la particolare influenza prognostica che questa fase pone. L'ultimo incontro è stato centrato sul tema della Valutazione. Premesso che ogni Comunità ha presentato i suoi criteri di Valutazione abbiamo cercato di trarre alcune tracce che saranno sicuramente preparatorie ad altri auspicabili incontri e confronti.

### Conclusioni

Il periodo di passaggio dalla condizione tossicomana a quella terapeutica è per il paziente un periodo in cui emergono paure e incertezze che sono presenti in tutte le condizioni in cui si passa da una condizione nota ad una ancora ignota e per tale ragione carica di incognite. Questo deve essere molto chiaro agli operatori Ser.T. e di comunità affinché possano come terapeuti proporsi ai loro pazienti con presidi terapeutici in grado di poter accogliere, sostenere, ma in particolare orientare la domanda alla terapia più idonea.

Sarà anche necessario riuscire prima ad individuare le competenze del soggetto (affettive, emotive, cognitive, culturali e sociali) e rilegarle (legarle nuovamente) alle motivazioni; a volte il soggetto Tossicodipendente, per una sorta di disistima, non riconosce le proprie abilità e competenze. Saranno proprio le competenze riacquisite a permettere al paziente di riorientare il proprio interesse dalla sostanza ad un nuovo oggetto di gratificazione. Non va dimenticato che tutti i comportamenti strumentali dei pazienti non sono altro che l'espressione di un bisogno e cioè contenere l'ansia e l'angoscia che il paziente ha dentro sé e che servono per frenare il passaggio dalla tossicodipendenza (condizione nota) alla terapia (condizione ignota: chi sarò io?).

Riteniamo pertanto che questo progetto di "Continuità Terapeutica" sappia in modo esauritivo rispondere ai bisogni del nostro paziente e questa volta, forse anche senza accorgercene abbiamo messo insieme due saperi, il sapere umanistico e il sapere tecnico-scientifico, che sono come dice Trabucchi la condizione sine qua non per risollevare dalle sofferenze l'uomo.

### Riferimenti Bibliografici

1. Ancona M.G. (1997) Comunicazione Personale
2. AA.VV. (1983) Comunità per Tossicodipendenti - Ed. Provincia di Milano.
3. Kaneklin C., D'Ambrosio C. (a cura di) (1989) - Interventi di Comunità - Atti del Convegno - Ed. Università Cattolica del Sacro Cuore - Milano.
4. Costantini D., Mazzoni S. (1984) - Le Comunità Terapeutiche per Tossicodipendenti - Ed. NIS, Roma
5. Clerici M. (1993) - Tossicodipendenza e Psicopatologia - Ed. Franco Angeli, Milano
6. Badaracco J.C. (1989) - La Comunità Terapeutica Psicoanalitica di Struttura Multifamiliare - Ed. Franco Angeli, Milano, 1997.
7. Zanusso G., Giannantonio M. (1996) - Tossicodipendenza e Comunità Terapeutica - Ed. Franco Angeli, Milano.



## Tossicodipendenze e media: fasti e nefasti

di  
Letterio Scopelliti

Esiste un bel racconto di Poe dove si suggeriscono due modi per nascondere un oggetto: si può distanziarlo enormemente dalla vista degli altri, oppure è sufficiente porlo così vicino al naso di chi lo sta cercando da renderlo ai suoi occhi invisibile. La famiglia e la città contengono le potenzialità perché le persone possano riuscire a non vedersi, costrette a stare o troppo fisicamente vicine, o troppo cognitivamente lontane.

Parlare oggi di droga e di altre "dipendenze" è un problema che non può risolversi mediante una conoscenza specialistica dei linguaggi che si utilizzano. Ci vuole una risposta intelligente. I testi hanno gradi di credibilità a seconda dei linguaggi che utilizzano. Il visuale, ad esempio, è più credibile del verbale. L'immagine ha più forza della parola. Allora della droga è meglio mostrare la sua realtà? E' utile questo? Esiste una realtà della droga? E', forse, quella proposta dalle copertine di riviste o dalla maggior parte delle fotografie nei quotidiani: una realtà di morti, di squallida emarginazione, di siringhe che entrano in braccia nodose? Una realtà di emozioni forti, di quelle da brividi, che fanno tremare i polsi? Avrebbe la droga l'onore della copertina se non esprimesse questa realtà?

L'impressione è che la società celebri attraverso queste immagini - sulla stampa o via etere - i suoi "rituali di potenza". Come dire: l'eccitazione di una cultura che si osserva mentre distrugge la sua più grande ricchezza: la vita.

E questa immagine, quella dei giovani che si iniettano la morte o che l'hanno già nelle smorfie del volto, che rende legittimo un fenomeno consacrando "evento". Questa la realtà che la società vuole riconoscere nella droga per poter giustificare il suo interesse e la sua preoccupazione. Ma, allora, è effettivamente questa la realtà? È solo questa?

**Letterio Scopelliti** giornalista

Il lettore non è un essere senza volto, una figura astratta, l'elemento indistinto di una massa. Al lettore "tipo", al lettore "massa", al lettore "oggetto" si deve sostituire l'idea di un lettore "persona".

I tossicodipendenti sanno perfettamente di poter morire: perchè non considerare allora il "fascino dell'eroe negativo", "il successo del sangue e della morte", perchè non interrogarsi sulla possibilità che la morte emarginata sia seducente? Queste immagini ingenuamente credute inconfutabili sembrano chiedere al tossicodipendente: "Che ci guadagni con la morte?". Ma questa logica consumistica e contrattuale non è quella contro la quale i soggetti disagiati sono in conflitto? Ciò che è alla base della loro scelta eversiva? Di chi è questa verità?

Meglio sarebbe proporre delle alternative. Purtroppo anche le alternative che le copertine dei settimanali propongono sono tali solo per chi dalla droga non è minacciato affatto. I valori presentati come alternativi alla tossicodipendenza sono probabilmente quelli stessi che hanno convinto il giovane a rifugiarsi nell'eroina.

L' "inchiesta" è un'altra figura del discorso privilegiata dalla stampa, come dall'informazione in genere. Che la droga sia un'arma sembrano in pochi a non crederlo. Si osservano le siringhe-cartucce per lupara, l'arma spaziale. Ma in primo piano è lei: la siringa, le siringhe di ogni formato piene di morte. L'immagine è di potenza: l'alba che sale svela la sagoma minacciosa e sicura delle nostre quotidiane testate nucleari. Si può combattere contro un esercito così equipaggiato? Magari il testo dell'articolo dirà che sì, è possibile e doveroso farlo. Ma l'immagine scelta suggerisce invece l'impotenza.

E allora? Esistono nel linguaggio delle regole di metaforizzazione il cui controllo può sfuggire a chi ne aziona il meccanismo.

La credibilità di un testo non è la sua verità, ma l'influenza che il contenuto di quel testo può determinare sulle credenze inconsapevoli del destinatario. La nozione stessa di "informazione neutra ed obiettiva" è un mito, tanto utile a certi interessi, quanto dannoso ad altri. Lo scopo di una strategia dissuasiva è quello di "fare" in modo che qualcuno "non faccia" una determinata cosa.

Una risposta credibile e allo stesso modo praticabile potrebbe essere la seguente: che ogni giornale, che ogni rivista, preveda una "pagina bianca" nella quale ospitare opinioni ed eventuali critiche al proprio operato. Ma quanti editori sarebbero disposti ad assumersi questo "rischio"? Nessuno può negare la libertà d'opinione al giornalista. La libertà di stampa è un diritto che va salvaguardato. Ma va salvaguardato altresì il diritto di contestare una pratica professionale a volte superficiale e frettolosa con gli stessi mezzi e le medesime possibilità. Il punto, allora, è che per rendere più stabili i "soggetti a rischio di disagio" - un po' tutti - consiste nel trasformare il loro ruolo: da contenitori dei messaggi altrui in registi - e non solo attori - dei propri messaggi.

E una responsabilità è propria di chi fa informazione. Soprattutto di "come" la fa. C'è ad esempio la recente legge sulla privacy, che impone, anche alla professione giornalistica, precisi adempimenti rispetto alla pubblicazione di dati personali. E' importante perché impedisce che siano "trattati" senza il consenso dell'interessato dati sull'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, lo stato di salute, la vita sessuale. La legge tocca anche alcuni dei nodi cruciali del modo stesso di "fare cronaca" su fatti che coinvolgono categorie e posizioni deboli della società (malati, immigrati, minori, suicidi, gay, imputati, carcerati, disagiati psichici).

Il diritto di cronaca rimane fondamento della libertà di espressione e informazione del giornalista. Un diritto che sicuramente però va esercitato con il necessario discernimento e nel rispetto di alcune accortezze. Ad esempio quella di valutare il danno che la notizia può causare alle persone interessate. O quella di considerare l'opportunità di tacere determinati particolari. E' un tema, quest'ultimo, di cui conosciamo le delicatissime implicanze e controindicazioni, e da tempo anche al centro di dibattito in altri Paesi.

## Sir... (i lettori ci scrivono)

**Rubrica  
a cura di  
Virgilio Beacco**

*In questa rubrica vorremmo ospitare di volta in volta l'intervento di un lettore, a significare il collegamento tra la nuova scienza delle dipendenze, che operatori, esperti, volontari ed utenti contribuiscono a costruire, e l'esperienza quotidiana che ruota, talvolta a fatica, attorno a questo assumere sostanze e non poterne fare a meno.*

*In questo primo numero parliamo di cannabis. E ne parliamo in un modo particolare, quello dell'esperienza di chi è costretto per questo motivo a venire in un Ser.T.*

Quando arrivano al Ser.T., li vedi, imbarazzati, un po' impacciati. In sala d'attesa scrutano ogni movimento, loro sono "i ragazzi della Prefettura". E così che noi operatori chiamiamo quei giovani che sono segnalati al nostro servizio dalla Prefettura per uso di droghe. Quasi sempre si tratta di ragazzi alle loro prime esperienze con la marijuana, l'hascisc o l'ecstasy, raramente sono già conosciuti.

Arrivano perchè hanno ricevuto una lettera, mandata loro proprio dal Ser.T., con la quale sono invitati a presentarsi ad un colloquio.

Grande è la loro preoccupazione e spesso ancor più grande quella delle loro famiglie, quando nella lettera leggono l'intestazione "Servizio Tossicodipendenze", anche se molti di loro, quando arrivano, si sono preparati in qualche modo ad affrontare il colloquio.

Solitamente sulle prime negano, e si vede chiaramente che non si fidano del posto in cui sono capitati. Ed una ragione c'è.

Questa loro disavventura è cominciata quando sono stati fermati dalle forze dell'ordine, perquisiti, tenuti in caserma o in questura per stilare il verbale. Successivamente la loro "pratica" è stata inviata alla Prefettura di residenza per gli adempimenti di legge. La Prefettura poi, a secon-

da dei casi, li ha convocati, inviandoli successivamente al Ser.T., oppure li ha segnalati direttamente perchè vengano convocati da noi.

Si aspettano quindi che nel nuovo posto dove sono capitati, il più delle volte involontariamente, qualcuno li interrogherà ancora. Agganciarli per offrire loro un qualche aiuto (è questo infatti il nostro solo compito), diventa allora un intervento delicato. E' necessario evitare un tono moralistico, domande troppo precoci e dirette sulle modalità d'uso della sostanza. Non farebbero che alimentare reticenze e voglia di fuggire.

La prima cosa da fare è di solito rassicurare, sia il ragazzo o la ragazza che la famiglia, creare l'occasione per permettergli (o le), se lo desidera, di esprimersi senza la presenza dei familiari, spiegare il significato del segreto professionale e della nostra funzione che sarà esclusivamente di aiuto.

La fatica più improba, ma talvolta anche la soddisfazione più grande per l'operatore, è il riuscire a conquistare la fiducia dell'interessato. Poi, se la famiglia è coinvolta, è necessario gestire la loro ansia, e quando ne è ancora all'oscuro è necessario trovare il modo di portarla a conoscenza del problema e coinvolgerla nell'intervento.

E questo è di solito un secondo obiettivo, che però può essere perseguito solo una volta che si è riusciti ad elaborare il problema con il diretto interessato o interessata ed aver trovato con lui o lei il modo di parlare alla famiglia.

Ma, nel caso dell'uso di cannabis (haschisch o marijuana) questo è veramente percepito come un problema da questi ragazzi?.

Si direbbe proprio di no, anzi essi sono meravigliati di trovarsi al Ser.T. perchè non si sentono tossicodipendenti. Spesso ci parlano dei molti loro coetanei che spinellano, del fatto che in taluni gruppi è considerato "normale" e quindi c'è una certa pressione di gruppo all'uso di cannabis, che rientra in taluni "stili di vita", si conforma a talune scelte di abbigliamento, musicali e così via. E poi il dibattito sulla legalizzazione, e la coscienza che una parte della società è favorevole ad essa, viene sentito come sostegno legittimante a questa scelta.

È allora difficile in questo contesto per l'operatore suscitare delle curiosità rispetto ai motivi per cui sarebbe preferibile non usare la cannabis, e poi c'è il rischio che non conoscendo i codici comunicativi legati a questa droga ed alla sua cultura, si venga squalificati fin dal primo colloquio. E la fiducia, si è detto, è il più importante obiettivo da perseguire in questi casi.

Si cerca allora di condurre il colloquio in modo molto rispettoso ed attento all'insieme dei vissuti individuali e di gruppo dell'interlocutore, cercando di veicolare, attraverso la conquista della sua fiducia tre importanti messaggi di educazione sanitaria.

Si fa una corretta informazione sull'haschisch e sulla marijuana, sia nei risvolti scientifici che in quelli pratici, si tenta di approfondire che cosa egli (o ella) cerca nella cannabis e se esistono per lui (o lei) alternative all'uso di sostanze tossiche, e, soprattutto, si lancia il messaggio che un'eventuale legalizzazione, come già accade per alcool e tabacco, non eliminerebbe i motivi per cui l'uso di cannabis è sconsigliabile.

## Sul fronte del carcere

**Rubrica  
a cura di  
Cristina Tulissi**

In carcere è inevitabile pensare; queste riflessioni le ho elaborate proprio mentre mi trovavo in quell'ambiente e attendevo l'arrivo di un detenuto tossicodipendente. Infatti, solitamente, i tempi di attesa sono, o sembrano, sempre molto lunghi, e si ha il tempo per meditare.

In quasi ogni istituto penitenziario, si effettuano gli interventi professionali in una stanza spoglia, con un tavolo, due o tre sedie, una finestra priva di visuale esterna e "frazionata" dalle sbarre, le pareti nude; è presente un agente che dalla porta che accede ai corridoi, ci controlla a vista, ma non ascolta; si sente prevalentemente il rumore dell'apertura dei cancelli chiusi a chiave.

In questi ambienti le piccole cose assumono una grande importanza, dal colloquio tanto atteso di settimana in settimana, come una "ventata di esterno", di speranza, di sfogo, ad una lettera, o ad un diario con le riflessioni quotidiane o periodiche, che i ragazzi volentieri ci fanno leggere, o ad un disegno.

- "Andate in carcere?" . "Ma non avete paura, può succedervi qualcosa, vi può essere fatto del male". - Spesso ci sentiamo rivolgere queste affermazioni, dai non addetti ai lavori che ci vedono entrare o sanno che svolgiamo anche lì le nostre attività di servizio.

A confronto con le persone che incontriamo emergono molte sensazioni, sentimenti, solo raramente paura. Semmai, il più delle volte, l'imbarazzo è nostro: quando si oltrepassano i cancelli, veniamo perquisiti, identificati, deprivati dagli oggetti personali (le borsette), controllati, e attendiamo.

Alla fine tutto diventa una prassi, un'abitudine, ma comunque non è "facile" entrare in carcere. Non è facile capire come sta il tossicodipendente, una persona libera, estremamente libera,

per lo stile di vita che conduce, ed immaginare come li vi trascorre la giornata, è ancora più difficile. Sapere e sentire cosa prova, cosa pensa e come riesce ad adeguarsi a rigide regole.

Il nostro agire è perciò molto delicato, perché oltre all'attenzione che è comunque doveroso avere nei confronti di una persona che sta espiando una pena, bisogna ricordare che egli è anche dipendente da sostanze e deve sottoporsi alla doppia fatica di superare due problemi contemporaneamente: la detenzione e la malattia.

Proprio in quell'ambito gli viene chiesta, e deve dare una doppia soluzione alle sue difficoltà. L'operatore ha così il difficile compito di conciliare le due esigenze nella definizione del programma terapeutico in misura alternativa alla carcerazione.

La normativa vigente infatti permette soluzioni in questo senso, ma il percorso è normalmente molto faticoso e, se può diventare un'occasione di libertà, quando è poco motivato e scarsamente sostenuto da una convinzione, si può trasformare in un grosso rischio di recidiva, con sperimentazione di un ulteriore fallimento.

In realtà si tratta di ricominciare daccapo la vita, dimostrando volontà di cambiamento, di superamento dei problemi, unitamente ad un consistente bagaglio di esperienze negative da portarsi appresso e di cui è difficile liberarsi. E non è poco. Come non è poca cosa per noi assumersi la responsabilità di offrire l'opportunità di uscire da quei cancelli per ritrovare la salute.

Durante una cerimonia religiosa celebrata in uno degli istituti di pena il sacerdote ha affermato che i veri detenuti sono gli agenti di polizia penitenziaria e gli operatori interni, in quanto vivono in carcere per almeno 40 anni di servizio. Alla fine del turno però, ritornano a casa rinvocando i cancelli della libertà, così come facciamo noi, operatori esterni. Ma i detenuti no, anche se prima o poi, in un carcere circondariale, comunque escono.

Sovente da loro mi sento ribadire che comunque non posso e non potrò mai capire cosa significa l'essere tossicodipendente-detenuto per lo status che si acquisisce e si mantiene anche dopo la fine della pena.

Per quanto si riesca a migliorare la propria condizione, sia per gli interessati che per i loro familiari resterà la traccia e l'impronta di un'esperienza veramente particolare che non si cancella con la riconquista della libertà e da cui si rimane per sempre segnati.

## Navigando... per le banche dati

**Rubrica  
a cura di  
Antonio Natoli**

In questa rubrica si intende segnalare di volta in volta qualche studio, ricerca o pubblicazione recente utile al dibattito su come migliorare i servizi per le tossicodipendenze o le prestazioni rese agli utenti. In questo primo numero si è scelto un articolo che riguarda il rapporto tra specialisti delle tossicodipendenze e reparti ospedalieri, rapporto che nella quotidianità in Italia rappresenta talvolta motivo di incomprensioni e di difficoltà ad operare, a causa della scarsa affinità tra tossicodipendenti ed ospedali.

Abbiamo tratto questo articolo da "The American journal of drug and alcohol abuse". In esso vengono presentati i risultati di interventi integrati brevi (IBI) eseguiti dai servizi per le tossicodipendenze nei vari reparti ospedalieri medici chirurgici e psichiatrici di un ospedale dello stato di Washington, per l'individuazione di un piano d'azione per la cura dei pazienti tossicodipendenti, dichiarati e non, e per l'attuazione di una adeguata strategia terapeutica.

L'abuso di sostanze tossiche tra la popolazione ospedalizzata viene stimata di almeno due volte superiore alla popolazione generale. L'intervento integrato breve (IBI) consiste in una sessione di counseling durante la quale il counselor valuta l'uso di sostanze, espone la sua valutazione diagnostica e negozia un piano d'azione con il paziente per cambiare il suo comportamento.

Ai pazienti vengono somministrati questionari verbali secondo una scala di cambiamento per gradi (metodo Prociaska - Di Clemente) che prevede tre situazioni comportamentali:

- 1 - Precontemplazione: non vede il problema e non ritiene necessario un cambiamento;
- 2 - Contemplazione: vede il problema ma è incerto sul cambiamento;
- 3 - Azione: disponibile al cambiamento, pronto per attuare l'azione o già in azione per cambiare.

In base al livello di motivazione riscontrato s'indirizzano i pazienti verso la terapia più appropriata.

Gli interventi integrati brevi (IBI) sono risultati positivi per efficacia, basso costo, tempestività ed i soggetti trattati con tale metodo dimostrano una maggior consapevolezza della propria malattia durante il ricovero e maggior recettività al counseling. Lo studio evidenzia che i pazienti sono meno reticenti quando percepiscono l'ospedale come parte integrante della loro riabilitazione e non lo vivono come un intervento scollegato dal servizio territoriale. Si rileva come il contatto giornaliero con uno staff medico di corsia che non appaia fluttuante, aumenti la fiducia negli operatori e diventi un importante punto di riferimento per il paziente.

La ricerca in questione ha rilevato che sono stati segnalati dallo staff ospedaliero agli specialisti delle dipendenze circa 400 pazienti nel corso di tre mesi. Di questi il 95% è risultato tossicodipendente, il 79% di questi non era al momento sottoposto ad alcun tipo di trattamento specifico, il 54% è risultato parzialmente motivato, il 20% non motivato. Da questo studio si evidenzia come sia necessaria una collaborazione tra ospedale e servizi territoriali per poter individuare, durante la degenza, eventuali problemi di politossicodipendenza.

La ricerca in questione aveva due obiettivi:

1. slatentizzare problemi di politossicodipendenza
2. ottenere un miglior aggancio dei pazienti, far nascere una piena consapevolezza della malattia ed attuare una miglior strategia terapeutica tramite interventi brevi integrati (IBI) eseguiti dai servizi esterni in ambiente ospedaliero.

Questo tipo di approccio a Washington ha dato esiti superiori ad altri interventi non integrati, aprendo la strada ad una efficace continuità terapeutica tra ospedale e territorio. Crediamo quindi che anche in Italia i Ser.T debbano, tra l'altro, conquistarsi un ruolo adeguato e non di semplice consulenza, nell'ambito degli ospedali, e che, ad esempio, attraverso la creazione di Day Hospital, debbano gestire direttamente, avvalendosi delle risorse ospedaliere, tutte le tappe della delicata fase di disintossicazione.

Nella nostra realtà di Pordenone i rapporti tra il Pronto Soccorso/le Mediche e il Servizio Tossicodipendenze sono validi forse più che altrove, infatti per i soggetti che afferiscono ai reparti, viene richiesta prontamente la consulenza. Per gli etilisti così già durante la degenza è possibile avviare un programma terapeutico. Si nota peraltro una certa disomogeneità nella sensibilità a queste tematiche tra reparti di diverse specialità. Ciononostante siamo al di sotto della soglia di una vera integrazione quale quella descritta a Washington. Per una migliore efficacia della terapia integrata il Day Hospital sembra rappresentare un valido strumento di raccordo tra servizi territoriali e struttura ospedaliera. Tramite un Day Hospital, in alcune situazioni particolarmente delicate dal punto di vista medico, sociale e comportamentale si potrebbero perseguire i seguenti obiettivi:

- 1) Rinforzare la motivazione al mantenimento dell'astinenza.
- 2) Fornire un ambiente confortevole e protetto.
- 3) Favorire un migliore coinvolgimento della famiglia.
- 4) Creare un rapporto d'aiuto e di empatia centrato sul paziente. (Counseling)
- 5) Risparmiare migliorando la diagnosi e la presa in carico e riducendo i ricoveri incongrui o poco efficaci.
- 6) Intervenire in modo interdisciplinare anche in ambiente ospedaliero, facilitando così la continuità terapeutica della fase post dimissione.

Il D. M. n. 444/90 che così puntualmente aveva definito molti aspetti dell'assistenza territoriale - e che oggi purtroppo viene spesso vanificato dalla politica dei servizi conseguente alla riforma sanitaria recente, - andava invece - e andrebbe - integrato nel suo punto più debole, cioè la puntuale definizione della presenza intraospedaliera dei servizi per le dipendenze. E questa appare una delle più importanti frontiere dei Dipartimenti per le Dipendenze.

#### Riferimenti bibliografici

1. Christopher W. Dunn, Richard Ries - Linking Substance Abuse Services with General Medical Care: Integrated, Brief Interventions with Hospitalized Patients - "The American journal of drug and alcohol abuse" vol. 23 n. 1, 1997 pp. 1-13.



Nel  
prossimo  
numero  
del  
Quaderno  
del Ser.T.

**Rubrica  
a cura di  
Andrea Flego**

Nel prossimo numero dei Quaderni del Ser.T. pensiamo di occuparci ancora della gratificazione e della dipendenza patologica, rivolgendo l'attenzione alle "tossicodipendenze senza sostanza tossica", o "dipendenze senza oggetto". Taluni comportamenti patologici infatti assomigliano a quello della tossicodipendenza pur senza evidente azione di un tossico esogeno. La chiave di lettura allora può essere cercata nella rottura dell'equilibrio interno tra tossificazione e detossificazione, e/o di quello esterno tra psiche ed ambiente. Ma pensiamo anche di riparlare di AIDS, che per i nostri pazienti appare essere in continuo bilico esistenziale tra dramma e speranza, e di esperienze di auto aiuto come quella dei "Ragazzi della panchina" di Pordenone. Parleremo poi di prevenzione dell'uso di sostanze che danno dipendenza, (è possibile parlarne in modo scientifico senza finire impantanati nelle diatribe sui massimi sistemi?). Vorremmo infine riprendere il problema delle psicosi da alcool. Verrà poi data continuità alle rubriche, e verrà ripreso qualche argomento del dibattito scientifico internazionale sulle dipendenze.

Lo sforzo di ipotizzare i temi su cui impegnarsi in un nuovo numero dei Quaderni del Ser.T. , è una sfida, nel momento in cui attendiamo ancora conferme sulla validità di questo nostro primo lavoro. Ed assume qui il significato di proporre una continuità nel dialogo con i possibili lettori attraverso dei temi rilevanti, attuali e condivisibili.

Ma un'altra ragione, più affettiva se si vuole, è la coscienza che dopo molti - per qualcuno moltissimi - anni che svolgiamo questo spesso misconosciuto lavoro, abbiamo qualcosa da dire e da condividere con chi ha fatto e fa le nostre stesse esperienze. Ed è anche la presunzione che alcune di queste cose siano valide oltrechè sul piano umano e dell'esperienza anche su quello scientifico.



È consentita la riproduzione e la traduzione,  
sia integrale che in riassunto, di articoli  
e di notizie soltanto a condizione  
che ne sia citata la fonte e per fini  
di sanità pubblica e non a scopo di lucro.  
Finito di stampare in Febbraio 1998  
500 copie

