

**CAUSE, ASPETTI PARTICOLARI
DELLA PATOLOGIA
E SCHEMI TERAPEUTICI
DELLA TOSSICODIPENDENZA DA OPPIACEI
IN COMUNITÀ CHIUSA**

**F. BIAGINI (1)
L. BEDINI (3)**

**A. VITELLI (2)
S. BRANCHITTA (4)**

Nella definizione di tossicità devono essere tenuti presenti parametri farmacologici, psicologici e sociologici.

La farmacologia definisce tossica ogni sostanza che, introdotta nell'organismo, evochi alterazioni documentabili a carico di organi o di sistemi.

Mentre nel passato, più spesso, era l'Anatomo-Patologo ad essere chiamato a mettere in evidenza tali alterazioni attraverso chiare evidenze morfologiche devianti, nel nostro tempo, è, più frequente, il Biochimico a documentare lesioni che il solo studio morfologico non avrebbe potuto mettere in evidenza.

La tossicità psicologica esprime modificazioni indotte da una certa sostanza sulla particolare situazione psicologico-esistenziale di un individuo.

È preciso compito dello psicologo lo studio di questo tipo di problema.

Una sostanza può non essere tossica dal punto di vista farmacologico, può essere accettata sul piano psicologico, ma

(1) Dirigente sanitario del C.D.T. di Pisa.

(2) Direttore casa circondariale di Pisa.

(3) Medico incaricato del C.D.T. di Pisa.

(4) Tecnico laboratorio analisi del C.D.T. di Pisa.

può indurre comunque degli atteggiamenti comportamentali in contrasto con criteri regolanti la vita sociale nell'ambito di una certa comunità.

Ebbene, l'operatore medico in ambito penitenziario, pur potendo contare sulla collaborazione di tossicologi, psicologi, psichiatri, sociologi ed altro personale qualificato, si trova, in prima persona, a dover affrontare il caso clinico ed umano ed a sintetizzare, talvolta in situazioni di emergenza e sempre in condizioni non facili, esigenze farmacologiche, psicologiche e sociologiche.

Le seguenti riflessioni derivano dall'osservazione di una serie di casi di assunzione cronica di sostanze stupefacenti nel corso di otto anni di lavoro nell'ambito di una comunità penitenziaria.

Non tenendo conto dei ristretti che saltuariamente, in condizioni di libertà, hanno fatto uso di droghe leggere e che, in detenzione, non utilizzano alcuna sostanza, la nostra attenzione verrà rivolta in modo particolare ai cronici consumatori di eroina, morfina e metadone.

Oltre il 90 % dei tossicomani ristretti ha fatto uso, per periodi talvolta particolarmente prolungati, di eroina.

È bene subito sottolineare che l'eroina di cui si parla non è sostanza chimicamente pura, ottenuta in laboratorio per sintesi dalla morfina e come tale priva di impurezze, ma è un prodotto uscito da laboratori clandestini, certamente impuro, in cui l'eroina è presente in piccole quantità, tagliata, come cita il gergo, con una serie di sostanze che niente hanno a che vedere con la famiglia dei narcotici.

Non sarà mai abbastanza sottolineato che « l'eroina » di cui si fa commercio ed uso, è un prodotto composto in cui proprio l'eroina è scarsamente rappresentata.

La necessità di tagliare il prodotto base trova una chiara giustificazione: essendo l'eroina attiva a dosaggi dell'ordine di pochi mg. si pone il problema di renderla visibile in qualche forma di preparazione commerciale.

Questo fine può essere conseguito con l'aggiunta di sostanze che in virtù del loro peso e del loro volume consentono la evidenziazione del prodotto base.

Lo spacciatore ha però un grosso problema da risolvere, dovendo frazionare e quindi ridurre al massimo la sostanza attiva, al fine di rendere più redditizio il commercio.

Non può, vogliamo dire, utilizzare delle sostanze inerenti che negherebbero attività alle preparazioni commerciali essendo la percentuale di eroina nelle stesse talvolta prossime allo zero.

Per tale motivo le sostanze da taglio devono mascherare la ridotta attività di eroina essendo esse stesse attive.

Molti casi venuti alla nostra osservazione hanno denunciato l'assunzione giornaliera, in regime di libertà, di uno-due gr. di eroina.

Se teniamo conto che 200 mg. della stessa sono letali in una persona adulta normale, possiamo dedurre quale sia la percentuale di sostanza da taglio presente nelle preparazioni commerciali.

Queste constatazioni impongono una riflessione: i nostri pazienti sono da considerarsi tutti degli eroinomani, oppure, almeno in gran parte, sono espressione di stati di pseudo-eroinismo?

La risposta ad un quesito di questo tipo può venirci dalla farmacologia e dalla clinica.

Dal punto di vista farmacologico l'eroina viene presentata come sostanza tipo che evoca dipendenza fisica; dopo un certo numero di assunzioni il soggetto deve continuarne l'utilizzo per evitare la comparsa di un corteo sintomatologico espressione dell'astinenza.

Alla luce della nostra esperienza possiamo testimoniare che maggior parte dei pazienti da noi seguiti sono pseudo-eroinomani.

Infatti, fatti salvi alcuni casi in cui la documentazione esibita dal soggetto all'atto dell'arresto lo qualifica come tossicodipendente, per cui il problema viene immediatamente affrontato dal punto di vista farmacologico, il più spesso le condizioni cliniche depongono per una dipendenza psichica con stato tensivo e comportamentale simile a quello osservabile a seguito della brusca interruzione della assunzione di benzodiazepine.

Di questi fatti abbiamo dovuto tener conto nell'approccio con questi pazienti.

Nel corso di otto anni di osservazione abbiamo potuto verificare quale fosse la patologia più frequentemente riferibile all'uso di eroina, di sostanze da taglio ed alle modalità di somministrazione.

EPATOPATIE

Diversi sono i casi di tossicodipendenti ricoverati presso il nostro Centro Clinico perché affetti da epatopatie generalmente ad etiologia multifattoriale:

a) mancanza di sterilità del materiale iniettato e quindi contemporanea iniezione di batteri e di virus;

b) mancanza di sterilità della siringa e dell'ago per le iniezioni intravenose; l'utilizzo di questo strumentario è spesso comunitario, risultandone facilitata la diffusione dello Antigene associato all'epatite.

c) azione tossica delle sostanze da taglio presenti, come detto, a concentrazioni spesso elevate;

d) azione favorente lo sviluppo di tale patologia da parte delle condizioni disnutritive e disvitaminosiche spesso presenti in questi pazienti;

e) frequente etilismo cronico.

Nella evoluzione clinica di molti di questi casi abbiamo verificato la incidenza altamente significativa di epatopatie croniche.

Mentre in gruppi di controllo, in accordo con i dati della letteratura, l'evoluzione verso la cronicità è compresa fra il 5 ed il 15 % dei casi, nei cronici consumatori di eroina questa percentuale arriva fino al 50-60 % dei casi.

Non abbiamo elementi per ritenere che molte evoluzioni cirrogegne siano da attribuirsi direttamente all'azione farmacologica dell'eroina; più probabilmente un ruolo fondamentale hanno le diete squilibrate, il cronico consumo di alcool e le modalità di somministrazione.

Una osservazione che merita menzione è quella relativa a quadri di patologia epatica minore con movimenti enzimatici senza evidenze cliniche di sofferenza epatica.

Dallo studio di 50 casi di consumatori cronici di eroina abbiamo rilevato valori di transaminasi, di YGT e di fosfatasi alcalina alterati nel 68 % dei casi.

Valori normali sono presenti nel 38 % dei soggetti studiati.

Più frequentemente i soggetti con profilo enzimatico nella norma avevano maggiori possibilità di accedere a droghe di maggior purezza e più spesso consumavano la stessa assicurandosi meno approssimative condizioni igieniche rispetto a quelle sopra riferite.

Ci pare utile a questo punto riportare due casi clinici che testimoniano della gravità delle epatopatie osservate in tossicodipendenti.

1° caso

Il paziente, di giovane età forte bevitore, a 17 anni inizia il consumo di droghe pesanti.

Realizza estemporanei cocktails in cui in varie proporzioni sono rappresentati eroina, benzodiazepine, antidepressivi tricyclici ecc., che vengono utilizzati generalmente dopo ingestione di superalcoolici.

Ricoverato una prima volta per epatite virale a 13 anni, a 20 anni presenta connotati morfologici e clinici che depongono per una cirrosi ascitogena.

A 30 anni le sue condizioni sono da considerarsi molto gravi.

Le riflessioni che impone questo caso sono diverse: vi è innanzi tutto lo sfondo di etilismo cronico a testimonianza del fatto che la personalità del soggetto e le possibilità di abrenazione delle proprie pulsioni risultano devianti.

Alla compromissione operata a livello epatico in corrispondenza del primo episodio itterico, si aggiungono i danni devastanti operati dall'alcool.

Merita attenzione il fatto che questo paziente e con esso molti altri, per motivi diversi, ricorra al consumo di sostanze eterogenee o per scarsa disponibilità di eroina o nel tentativo di esaltare l'azione della stessa.

Le conseguenze dal punto di vista organico, sono facilmente intuibili.

In questo caso, pur essendo stata portata a termine la terapia a scalare con metadone, il paziente è stato per lungo tempo trattato con psicofarmaci a dosaggi significativamente elevati data la grave compromissione delle sue condizioni psichiche.

Un altro dato merita menzione: il paziente, ormai ascitico, con reticolo venoso superficiale ben evidente, con varici esofagee, ha acquisito una bisalbuminemia che andrebbe studiata con maggiore attenzione anche in rapporto al notevole rimaneggiamento che il fegato in evoluzione cirrotica presenta.

2° caso

Il paziente, da anni eroinomane, a 22 anni presenta epatite HbsAg+.

Ristretto per reati vari, affronta una terapia a scalare con metadone che si conclude in circa 25 giorni.

Similmente, la somministrazione di psicofarmaci viene gradualmente ridotta fino ad essere azzerata. A questo punto, le condizioni generali del paziente si presentano buone pur permanendo un quadro ematochimico che denuncia una non risolta sofferenza epatica.

Sopravvenuta la libertà, il paziente ricomincia ad utilizzare eroina, ciò che coincide con evidenze anato-cliniche di aggravamento della funzionalità epatica.

Il quadro di transaminite denunciato in precedenza mira infatti verso un più impegnativo aspetto di epatite cronica attiva.

È importante sottolineare che ad ogni ricovero sia in ambiente aperto che in ambiente ristretto è corrisposta una netta stabilizzazione delle condizioni cliniche, mentre ad ogni ripresa della assunzione di eroina si è verificato un aggravamento delle stesse.

Sono questi degli esempi classici del destino di molti eroinomani; iniziati alle droghe leggere in età molto giovane, passano rapidamente all'eroina e, altrettanto rapidamente, contraggono l'epatite da « siringa ».

Nonostante ripetuti tentativi di desassuefazione che stanno a dimostrare la possibilità di interrompere, in condizioni protette, l'assunzione della droga, i soggetti in esame ricadono fatalmente nell'utilizzo della stessa a testimonianza della scarsa validità di un intervento che si realizzi su un versante puramente farmacologico. Nessuna iniziativa concreta è stata infatti presa, nel corso di diversi anni, per favorire l'inserimento dei pazienti in ambiente che avesse connotati tali da

poter quanto meno ipotizzare una qualche possibilità di recupero.

Risulta anche, come d'altra parte abbondantemente testimoniato dalla letteratura, come, non infrequentemente, l'epatite di tipo B, più spesso riscontrabile nei tossicodipendenti, abbia una evoluzione cirrogena con le conseguenze cliniche e prognostiche che i casi descritti evidenziano.

ALTERAZIONI DELL'APPARATO CARDIO-CIRCOLATORIO

Nei casi di cronica assunzione di eroina abbiamo messo in evidenza diverse alterazioni elettro-cardiografiche.

Il rilievo di alterazioni della conduzione e di modificazioni dei processi di ripolarizzazione ci hanno indotto a ritenere che questa patologia possa essere responsabile di casi letali acuti.

In particolare però vorremmo richiamare l'attenzione sulle possibilità di endocarditi batteriche riconducibili alla setticità totale delle sostanze somministrate e dei mezzi utilizzati per le iniezioni.

Nella valutazione delle condizioni cardio-vascolari va data giusta considerazione agli effetti sul cuore e sul circolo delle sostanze da taglio come chinino, barbiturici, amfetamine o stricnina.

ALTERAZIONI DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Sono molteplici e rappresentano la patologia acuta più frequente nel consumatore cronico di eroina. Le manifestazioni patologiche respiratorie più frequenti sono, nell'ordine:

- a) depressione respiratoria;
- b) polmonite *ab ingestis*;
- c) polmonite batterica;
- d) edema polmonare;
- e) ascesso polmonare;
- f) embolia settica polmonare;
- g) atelectasia.

La giustificazione patogenetica di queste diverse condizioni passa attraverso varie riflessioni. Prima di tutto, i narcotici, deprimono i centri bulbari. La morfina e la eroina evocano poi una evidente liberazione di istamina che, modificando la permeabilità vasale, favorisce la trasudazione liquida, salina e proteica ed, in ultima analisi la provocazione di edema polmonare. La depressione del centro della tosse può essere responsabile del ristagno dei secreti e quindi dell'esclusione di più o meno ampi territori respiratori con conseguente atelectasia.

Alle stesse conseguenze può portare l'aspirazione, nel tratto tracheo-bronchiale, di contenuto gastrico, con possibilità, oltre che di manifestazioni atelectasiche, di polmoniti ab ingestis.

ALTERAZIONI DEL SISTEMA IMMUNITARIO

I dati della letteratura, non univoci, ci pare confortino le nostre osservazioni dalle quali risulta una aspecifica depressione dei sistemi immunitari sia cellulo-mediati che umorali. Oltre ad una maggior vulnerabilità nei riguardi di qualunque patologia abbiamo riscontrato una maggiore gravità clinica ed anatomica di tutti i casi occorsi alla nostra osservazione rispetto ai gruppi di controllo.

ALTERAZIONI A CARICO DEI DENTI

Dalle nostre osservazioni oltre il 95 % dei pazienti, consumatori cronici di sostanze stupefacenti, presentano alterazioni cariose. Non vi è dubbio che ci troviamo di fronte a soggetti la cui attenzione nei riguardi della propria salute risulta, quanto meno, approssimativa. Riteniamo pertanto che, almeno nella grande maggioranza, le alterazioni dentarie siano imputabili alla mancata igiene preventiva. Tuttavia, anche se i dati in nostro possesso non trovano accordo unanime, è da sottolineare che anche in pazienti in cui, per abitudini igieniche, la cura della cavità buccale e dei denti in modo particolare è curata, l'incidenza di eventi cariosi è più elevata che nella popolazione di controllo.

ALTERAZIONI A CARICO DELLO STOMACO E DELL'INTESTINO

Nei pazienti dediti al consumo di oppiacei è stato riscontrato, nel 98 % dei casi, un rallentato svuotamento gastrico ed in pari percentuale una condizione di stitichezza. Tali fatti sono da ritenersi dovuti, più che altro all'effetto della morfina sulle fibre muscolari lisce dell'apparato digerente. La diminuzione del tono e della peristalsi delle fibre longitudinali e l'aumento del tono delle fibre circolari; l'aumento del tono muscolare dell'antro gastrico, del tenue e del crasso; la contrazione del piloro, dello sfintere di Oddi e dello sfintere anale; la contrazione spastica delle vie biliari, giustificano, dal punto di vista patogenetico, queste espressioni cliniche.

CAUSE INIZIO TOSSICODIPENDENZA

Le cause che portano un giovane ad entrare nel pianeta droga sono, prima di tutto, di ordine familiare e di ordine sociale. A queste due devono essere aggiunte quelle casualità che talvolta per puro spirito di emulazione spingono un ragazzo verso una esperienza che solo successivamente si rivelerà tragica.

Fattori di ordine sociale

Essi prendono corpo principalmente attraverso la ghettizzazione di alcuni strati sociali presso i quali la droga si può collocare, da un lato come momento di evasione, dall'altro come possibilità di elevazione economica attraverso lo spaccio.

È proprio in questi strati che più frequentemente abbiamo modo di incontrare l'emarginato occasionalmente delinquente; dedito al piccolo furto per sopravvivere ed eventualmente a bucarsi.

È talvolta, da un substrato di questo tipo che possono derivare deviazioni comportamentali di tal fatta da spingere alla rapina e all'omicidio. Purtroppo, per anni, ci siamo illusi che fosse sufficiente relegare questi giovani in sfere esterne alla nostra vita comunitaria per eludere il problema. È stato un grave errore; abbiamo trascurato un cancro che ha operato una colonizzazione metastatica su strutture sociali ritenute assolutamente indenni ed inattaccabili.

Fattori familiari

Al giorno d'oggi incidono in maniera preponderante; riguardano tutti gli strati sociali anche se con motivazioni diverse. Prevalentemente è interessata la media borghesia presso la quale non infrequentemente al senso di comunione familiare si è sostituito un esasperato senso del profitto con naufragio dei più semplici valori morali. L'infedeltà coniugale, l'egoismo nell'ambito del gruppo familiare, le esigenze affettive molto spesso disattese impediscono il realizzarsi di una valida maturazione psicologica nei ragazzi provenienti da queste famiglie. Da non poche analisi emerge una volontà punitiva nei riguardi di genitori identificati come colpevoli di notevoli distrazioni educative.

Fattori casuali

Incidono prevalentemente su giovani provenienti da strati sociali medio-bassi. Spesso le famiglie di provenienza sono bene equilibrate, le basi educative complessivamente buone. La struttura psicologica di questi ragazzi è tuttavia fragile per cui, in particolari situazioni, possono essere attratti in gruppi di cui ammirano la spregiudicatezza e dalla cui personalità sono dominati. La integrazione in questi gruppi avviene generalmente attraverso le droghe leggere. Fortunatamente, questi ragazzi sono quelli che in via teorica possono essere più facilmente recuperati non avendo profonde motivazioni per fare o per farsi del male. È su questa fascia che bisogna subito accentrare l'attenzione se intanto si vuole limitare la diffusione del consumo e dello spaccio.

DROGHE PIU FREQUENTEMENTE UTILIZZATE IN ITALIA

Le sostanze stupefacenti più frequentemente utilizzate in Italia sono:

- a) Haschich;
- b) Eroina;
- c) Cocaina;
- d) Morfina;
- e) Metadone.

L'eroina, nonostante i costi relativamente elevati, è la sostanza che viene venduta in maggiori quantità. È la droga degli emarginati e dei piccoli delinquenti; è quella che si trova con maggiore facilità ma è anche quella che si presenta con i minori requisiti di sicurezza. È la sostanza attraverso la quale si ricerca la separazione dall'Io, la fuga dalla realtà, la impossibile soddisfazione di frustrazioni di natura sessuale. È la sostanza per la quale più frequentemente si stabilisce una dipendenza psichica, ciò che spinge alla continua ricerca di nuove dosi con il terrore della crisi di astinenza che *raramente si verifica e che infrequentemente ha riscontri veramente tragici*.

La dipendenza fisica si instaura con maggiore difficoltà rispetto alla dipendenza psichica.

Il consumatore di eroina difficilmente conosce le vere quantità di droga assunta a causa dei diversi tipi di taglio. Spesso sulla base delle notizie riferite dal paziente o dalla famiglia dello stesso, reputiamo di trovarci di fronte ad un eroinomane che in realtà tale non è. Questo fatto è di estrema importanza per due ordini di motivi:

a) potremmo essere indotti ad iniziare una terapia farmacologica quando in realtà questa non è necessaria;

b) potremmo aver paura di sospendere bruscamente la somministrazione di farmaci per paura di una sindrome di astinenza quando questa in realtà non verrebbe a verificarsi.

L'haschich, che troppa stampa e personaggi di spicco del mondo politico e culturale ritengono innocuo, è, purtroppo, per molti giovani, l'inizio di un cammino spesso tragico. La famiglia ha generalmente pochi segni su cui fondare il sospetto dell'utilizzo da parte del proprio congiunto di sostanze a carattere stupefacente.

Non vi sono infatti segni fisici tali che possano in maniera particolare richiamare l'attenzione.

La cocaina, dati gli alti costi, trova accoglienza in modo precipuo in circoli chiusi, alta borghesia, delinquenza d'alto bordo. In realtà i cocainomani riconosciuti sono molto meno di quelli che abitualmente fanno uso di questa sostanza.

Per ciò che riguarda il metadone cloridrato il problema è abbastanza complesso. Questa sostanza viene correntemente utilizzata per le terapie di mantenimento non sempre in ma-

niera corretta né per ciò che riguarda i tempi di utilizzo né per ciò che riguarda i dosaggi. Ci pare di dover sottolineare che con la distribuzione fatta secondo le modalità attuali i tossicodipendenti possono disporre per lunghi periodi di tempo di dosi non sempre congrue, tanto che alla nostra osservazione sono pervenuti dei metadone-dipendenti.

La morfina, poi, consegnata direttamente ai tossicodipendenti ha degli effetti catastrofici; necessità di dosi sempre più elevate, non elimina l'effetto buco e comporta tutti i rischi legati alla introduzione in vena.

In alcune circostanze, quando si debba fare diagnosi di tossicodipendenza non vi è possibilità per motivi di urgenza di ricorrere alla determinazione dei metaboliti degli oppiacei in quanto tale determinazione necessita di tempi prolungati. Talora né la soggettività né la obiettività permettono di fare una diagnosi precisa.

In questi casi presso la C.C. di Pisa adottiamo il Narcan-test oculare che, pur nei suoi limiti, ci permette di affrontare evenienze emergenti. Esso consiste nell'instillare alcune gocce di Narcan sulla congiuntiva e di valutare la reattività pupillare.

Nonostante le reazioni non sempre eclatanti nella loro evidenza il test di cui sopra ci ha consentito di affrontare con tempestività casi di astinenza incipienti.

TERAPIA DELLA CRISI DI ASTINENZA

Come prima detto, la crisi di astinenza si verifica con una frequenza inferiore a quella che i pazienti spesso denunciano. Non vi è però dubbio che soprattutto nuovi arrivati in ambito penitenziario possano presentare il corteo sintomatologico che caratterizza tale crisi.

La somministrazione di metadone cloridrato p.o. è spesso resa impossibile dal vomito; è poi, da tener conto, che tale sostanza è caratterizzata da un lento assorbimento per cui, nei casi acuti, il suo utilizzo è sconsigliato. Le emergenze, comunque, potranno essere affrontate con la somministrazione e.v. di Clonidina sotto costante controllo dei valori pressori, in paziente in clinostatismo al fine di evitare occasionali feno-

meni artostatici che peraltro, sulla base della nostra esperienza, raramente si verificano. Superata la crisi si potrà impostare una terapia a scalare con metadone cloridrato.

In mancanza di Clonidina, farmaco di scelta, rimane la morfina somministrata, a dosaggi strettamente terapeutici, per via endovenosa. Normalmente sono sufficienti, dai due ai quattro etg. Anche in questo caso il proseguo della terapia verrà fondato sul metadone a dosaggi a scalare. Sarà bene, superate le emergenze e nel corso della terapia a scalare non negare ansiolitici al fine di contenere lo stato di angoscia e di fobia del futuro normalmente presenti in questi pazienti.

SCHEMI DI CORRETTA UTILIZZAZIONE DEL METADONE E DELLA MORFINA A SCALARE

Prima di iniziare ogni terapia con questa sostanza è opportuno verificare la funzionalità epatica del paziente. L'utilità di questo semplice accertamento risalta se si tiene conto del fatto che un fegato complessivamente deficitario metabolizza con difficoltà per cui bisogna contenere i dosaggi pena fenomeni di accumulo che potrebbero essere anche fatali. In linea di massima è consigliabile l'utilizzo del metadone in soggetti le cui condizioni fisiche generali siano sufficientemente valide. Il paziente dovrà essere inoltre avvertito del grave rischio che comporta l'associazione del metadone con l'acool.

Al paziente va fatto presente che, posta la volontà di uscire dal tunnel droga, la dipendenza fisica può essere vinta in brevissimo tempo. Il metadone andrà somministrato a dosaggi relativamente modesti, al massimo 30mg/die, scalando più rapidamente possibile (1mg/die o, meglio ancora, 3mg/die ogni due giorni). Il prolungare la terapia a scalare potrebbe comportare la insorgenza di una metadone-dipendenza. Ad un tempo sarà opportuno verificare la funzionalità dell'apparato respiratorio e dell'apparato cardiocircolatorio. Non bisogna infatti sottovalutare la depressione evocata da diverse sostanze sul centro del respiro per cui il rischio di un edema polmonare che può insorgere nelle ore notturne è da tenere in debita considerazione. Anche per questo motivo è consigliabile la somministrazione nelle prime ore della giornata.

*Schema base nella somministrazione
del metadone:*

Giornate	Metadone mg.
1 ^a	30
2 ^a	30
3 ^a	27
4 ^a	27
5 ^a	24
6 ^a	24
7 ^a	21
8 ^a	21
9 ^a	18
10 ^a	18
11 ^a	18
12 ^a	15
13 ^a	15
14 ^a	12
15 ^a	12
16 ^a	9
17 ^a	9
18 ^a	6
19 ^a	6
20 ^a	3

Più delicato il problema si presenta con la Morfina. Innanzi tutto crediamo fermamente che non debba essere consegnata, in ambiente aperto, direttamente al paziente che la inietterebbe in vena. Tale sostanza si è tuttavia mostrata di grande utilità nei casi di dipendenza da metadone e nelle circostanze in cui, per vomito incoercibile, non si può utilizzare il metadone per os. È inoltre consigliabile in quei pazienti affetti da epatopatie croniche nei quali, con altre sostanze, potrebbero verificarsi fenomeni di accumulo. Anche nei pazienti trattati con morfina si dovrà scalare rapidamente ed, ai mas-

simi dosaggi, si dovrà frazionare la somministrazione in tre volte.

È intuitiva, a questo punto, la necessità di cambiare le attuali strutture sanitarie per la cura dei tossicodipendenti. Riteniamo che ogni medico debba avere in cura un numero limitato di pazienti. L'approccio farmacologico deve essere preceduto da un accurato studio psicologico del paziente al fine di mettere in risalto le motivazioni, attivare la molla dell'autocritica e stimolare la volontà alla collaborazione.

Terminata la desassuefazione si devono creare i presupposti per il reinserimento sociale che, senza dubbio, è reso più semplice se il soggetto studia o ha già una occupazione. Dato che il problema droga esiste, noi riteniamo che sia dovere della classe medica parlare il più a lungo possibile con il tossicodipendente dei rischi che comporta l'utilizzo di certe sostanze.

Uno dei problemi che si sono posti con maggiore evidenza è il condizionamento psicologico del « buco », inteso non tanto come modalità tecnica per l'assunzione della sostanza stupefacente, quanto come rituale, un qualche cosa di magico che per il solo fatto di realizzarsi evoca uno stato di benessere psico-fisico.

È questo un momento particolarmente delicato nella vita del tossicodipendente, in quanto l'attenzione dello stesso sulle dosi e sulla qualità delle droghe assunte è quanto mai superficiale.

A nostro parere il primo problema da affrontare è quello di interrompere il rituale del buco evitando, in prima istanza, le somministrazioni per via endovenosa di qualunque farmaco a meno che non si pongano impellenti necessità per una somministrazione per tale via. Se è vero, come è vero, che il « buco » come ogni rituale connesso con l'assunzione di sostanze stupefacenti deve essere eliminato, non si può negare che un non semplice traguardo di questo tipo possa essere conseguito instaurando un ben definito rapporto fra operatore sanitario e paziente.

Non infrequentemente si parte dal principio che un rapporto di tipo amichevole nel senso più comune del termine possa favorire la reintegrazione del soggetto attraverso un suo recupero psichico. In questo tipo di rapporto è bene non assumere un atteggiamento di passiva accettazione delle richieste

del tossico-dipendente che per le sue particolari condizioni psico-fisiche è portato ad incrementare la domanda di farmaci vari.

È quindi necessario calarsi profondamente nella realtà psichica e clinica del soggetto, ma, dopo aver fatto comprendere le motivazioni e le finalità di certe scelte terapeutiche, il medico deve in ogni caso non derogare dalle scelte fatte.

RIASSUNTO

È preciso compito dello psicologo lo studio della tossicità psicologica indotta da una certa sostanza sulla particolare situazione psicologico-esistenziale di un individuo.

L'operatore medico nell'ambito penitenziario si trova, in prima persona, a dover affrontare casi clinici ed umani ed a sintetizzare, talvolta in situazioni non facili, esigenze farmacologiche, psicologiche e sociologiche.

Gli Autori sintetizzano la loro esperienza acquisita in otto anni di osservazione presso la casa circondariale di Pisa ed evidenziano la necessità di cambiare le attuali strutture sanitarie per la cura dei tossicodipendenti.

RESUME

La tâche précise du psychologue consiste à étudier la toxicité psychologique d'une certaine substance par rapport à la particulière situation psychologico-existentielle d'un individu.

Le personnel médical opérant dans le cadre pénitentiaire se trouve directement en face de cas cliniques et humains, et doit synthétiser, parfois dans des situations non faciles, les besoins pharmacologiques, psychologiques et sociologiques.

Les auteurs résument l'expérience qu'ils ont accumulée pendant huit ans d'observation dans la maison de la circonscription juridique de Pise, et mettent en relief la nécessité de changer les structures sanitaires actuelles pour les soins aux toxicomanes.

SUMMARY

The study of the psychological damage caused by a particular substance to the particular psychological and existential situation of an individual is a precise task for the psychologist.

The medical operator working in prisons finds himself personally having to tackle clinical and human cases and to synthesize pharmacological, psychological and sociological requirements, sometimes in difficult situations.

The authors sum up their experience acquired in eight years of observation at the remand centre in Pisa and point out the need to change the existing medical structures for the treatment of drug addicts.

RESUMEN

Es preciso deber del psicólogo estudiar la acción tóxico-psicológica producida por una cierta substancia en la particular situación psicológico-existencial de un individuo.

El agente médico dentro del penitenciario se halla, en primera persona, teniendo que afrontar casos clínicos y humanos así como a veces, sintetizando situaciones nada fáciles, necesidades farmacológicas, psicológicas y sociológicas.

Los autores resumen la experiencia que adquirieron en ocho años de observación en la Casa Distritual de Pisa además de poner en evidencia que es necesario cambiar las estructuras sanitarias que existen para tratar a los drogadictos.

ZUSAMMENFASSUNG

Es ist Aufgabe des Psychologen, die von einer bestimmten Substanz verursachte psychologische Toxizität in Bezug auf die psychologisch-existenzielle Situation des Individuums zu studieren.

Der im Gefängnis wirkende Arzt sieht sich mit klinischen und menschlichen Fällen konfrontiert und muss, in oft nicht einfachen Situationen, pharmakologische, psychologische und soziologische Erfordernisse vereinigen.

Die Autoren fassen ihre Erfahrungen während der achtkährigen Beobachtungen in der Strafanstalt von Pisa zusammen und unterstreichen die Notwendigkeit von Veränderungen in den Strukturen zur ärztlichen Betreuung, um Drogensüchtige behandeln zu können.