

AU-CNS onlus



Helping people to understand
neuroscientific updates

Associazione per l'Utilizzo delle
Conoscenze Neuroscientifiche
a fini Sociali
Petrarca, Lucca - Pisa



Istituto di Scienze del Comportamento
'G. De Liso'
Carrara - Pisa

Aggiornamenti in **PSICHIATRIA**

IV

Diretti da
Giulio Perugi e Iero Maremmani

PRINCIPI DI BUONA PRATICA CLINICA PER
IL TRATTAMENTO DEI TOSSICODIPENDENTI
DA EROINA IN CARCERE

PACINIeditore
MEDICINA

AU-CNS
Onlus

Aggiornamenti in PSICHIATRIA

supplemento a **HEROIN ADDICTION AND RELATED CLINICAL PROBLEMS**

Direttori Scientifici

GIULIO PERUGI - Pisa
ICRO MAREMMANI - Pisa

Comitato di Redazione

MATTEO PACINI - Carrara
SONIA LUBRANO - Carrara

Direttore Responsabile

ICRO MAREMMANI - Pisa

Comitato Scientifico Editoriale

MARCO BATTAGLIA - Milano
ROBERTO BRUGNOLI - Roma
GRAZIELLA DE MONTIS - Sassari
JOSEPH A. DELTITO - Rowayton, CT, USA
CARLA GAMBARANA - Siena
ANDREAS HERFURT - Muenster, G
MERCEDES LOVRECIC - Ljubljana, SLO
GABRIELE MASI - Pisa
LUCA PANI - Cagliari
PIER PAOLO PANI - Cagliari
GIORGIO PEREZ - Milano
SALVATORE SIGNORETTA - Carrara
FABRIZIO STARACE - Napoli
ALESSANDRO TAGLIAMONTE - Siena
CRISTINA TONI - Carrara

Segreteria

AU-CNS onlus
Via XX Settembre, 83
55045 - Pietrasanta, Lucca
Tel. 0584-790073
Fax 0584-72081
E-mail: aucns.onlus@inwind.it

Istituto di Scienze del Comportamento
"G. De Lisio"
Viale Monzoni, 3
54031 - Carrara
Tel. e Fax 0585-855388
E-mail: iscdelisisio@virgilio.it

Edizione

Pacini Editore S.p.A.
Via Gherardesca, 1
56121 Ospedaletto (Pisa)
Tel. 050-313011
Fax 050-3130300

AU-CNS onlus
Via XX Settembre, 83
55045 - Pietrasanta, Lucca
Tel. 0584-790073
Fax 0584-72081
E-mail: aucns.onlus@inwind.it

Aggiornamenti in Psichiatria

Supplemento alla rivista Heroin Addiction & Related Clinical Problems Vol 5(1)-2003

Registrazione del Tribunale di Pisa n° 5 del 9-3-2000

© 2003 Tutti i diritti sono riservati.

Nessuna parte può essere riprodotta in alcun modo (comprese fotocopie), senza il permesso scritto dell'editore

Finito di stampare nel mese di Maggio 2003 presso le Industrie Grafiche della Pacini Editore S.p.A. - Pisa

Aggiornamenti in **PSICHIATRIA**

PRINCIPI DI BUONA PRATICA CLINICA PER IL TRATTAMENTO DEI TOSSICODIP- ENDENTI DA EROINA IN CARCERE

a cura di

Francesco Ceraudo e Icro Maremmani

INDICE

Il binomio Droga-Carcere. La strategia di riduzione del danno. Necessità di linee guida nella strategia terapeutica della disassuefazione dalle sostanze stupefacenti	
F. CERAUDO, L. GUARENTE, R. CALABRIA	1- 8
La dipendenza da eroina ed i farmaci utilizzati per il suo trattamento	
I. MAREMMANI, S. LUBRANO	9 - 16
Principi di buona pratica clinica per l'utilizzo degli agonisti degli oppiacei in carcere	
I. MAREMMANI, M. PACINI	17 - 32

HEROIN ADDICTION AND RELATED CLINICAL PROBLEMS

THE OFFICIAL JOURNAL OF

EUROPEAN OPIATE ADDICTION TREATMENT ASSOCIATION

STATES: AUSTRIA, BELGIUM, BULGARIA, CROATIA, DENMARK, FRANCE, GERMANY, GREECE, IRELAND, NORWAY, POLAND, RUSSIA, SPAIN, SLOVENIA, SLOVAK REPUBLIC, SWEDEN, THE NETHERLANDS, UNITED KINGDOM

BOARDS OF DIRECTORS: ICRO MAREMMANI (PRESIDENT); MARC REISINGER (VICE-PRESIDENT); ALESSANDRO TAGLIAMONTE (GENERAL SECRETARY); OLOF BLIX, COLIN BREWER, JACK DERKS, GERARD FRIEDRICK, DIDIER TOUZEAU (EXECUTIVE COMMITTEE)

EDITOR

ICRO MAREMMANI, MD,

Pisa, Italy, EU

EDITORIAL BOARD

MARC AURIACOMBE, MD

Bordeaux, France, EU

JAMES BELL, MD

Surry Hills, Australia

OLOF BLIX, MD

Bergen, Norway

COLIN BREWER, MD

London, United Kingdom, EU

BARBARA BROERS, MD

Geneva, Switzerland

ERNST BUNING, PhD

Amsterdam, The Netherlands, EU

MIGUEL CASAS, MD

Barcelona, Spain, EU

ANNE COPPEL, MD

Paris, France, EU

JEAN JACQUES DEGLON, MD

Geneva, Switzerland

JACK TM DERKS, PhD

Maastricht, The Netherlands, EU

VINCENT P. DOLE, MD

New York, NY, USA

MICHAEL FARREL, MD

London, United Kingdom, EU

LORETTA FINNEGAN, MD

Bethesda, MD, USA

GABRIELE FISHER, MD

Vienna, Austria, EU

GILBERTO GERRA, MD

Parma, Italy, EU

GIAN LUIGI GESSA, MD

Cagliari, Italy, EU

MICHAEL GOSSOP, PhD

London, United Kingdom, EU

LEIFT GRONBLADH, MD

Uppsala, Sweden, EU

JEAN-MARIE GUFFENS, MD

Saint-Tropez, France, EU

LARS M. GUNNE, MD

Uppsala, Sweden, EU

CHRISTIAN JUNET, MD

Geneva, Switzerland

ANDREJ KASTELIC, MD

Ljubljana, Slovenia

ELIZABETH KHURI, MD

New York, NY, USA

MICHAEL KRAUSZ, MD

Hamburg, Germany, EU

MARY JANE KREEK, MD

New York, NY, USA

MERCEDES LOVRECIC, MD

Ljubljana, Slovenia

JOYCE LOWINSON, MD

New York, NY, USA

SARZ MAXWELL, MD

Chicago, IL, USA

ROBERT NEWMAN, MD

New York, NY, USA

CHARLES P. O'BRIEN, MD

Philadelphia, PA, USA

LUBOMIR OKRUHLICA, MD

Bratislava, Slovak Republic

PIER PAOLO PANI, MD

Cagliari, Italy, EU

MARK PARRINO, MPA

Washington, DC, USA

THOMAS J. PAYTE, MD

San Antonio, TX, USA

ERIC PICARD, MD

Bruxelles, Belgium, EU

MARC REISINGER, MD

Bruxelles, Belgium, EU

RAINER SCHMID, MD

Vienna, Austria, EU

MARC SHINDERMAN, MD

Chicago, IL, USA

BORGE SOMMER, MD

Ringkobing, Denmark, EU

ALESSANDRO TAGLIAMONTE, MD

Siena, Italy, EU

MARTA TORRENS, MD

Barcelona, Spain, EU

DIDIER TOUZEAU, MD

Paris, France, EU

CARLO VETERE, MD

Roma, Italy, EU

JOSH C. vHOHENBERG-vSOER, MD†

Hamburg, Germany, EU

PETER VOSSENBERG, MD

Deventer, The Netherlands, EU

GEORGE E. WOODY, MD

Philadelphia, PA, USA

EDITORIAL COORDINATOR

MARILENA L. GUARESCHI, PhD

Pietrasanta, Lucca, Italy, EU

IL BINOMIO DROGA-CARCERE. LA STRATEGIA DI RIDUZIONE DEL DANNO. NECESSITA' DI LINEE GUIDA NELLA STRATEGIA TERAPEUTICA DELLA DISASSUEFAZIONE DALLE SOSTANZE STUPEFACENTI

Francesco Ceraudo¹, Lucia Guarente², Roberto Calabria³

¹Presidente del Consiglio Internazionale dei Servizi Medici Penitenziari
Dirigente Sanitario Casa Circondariale "Don Bosco" Pisa

²Responsabile Nazionale AMAPI Medici Presidio Tossicodipendenze

³Segretario Regionale AMAPI - Sez. Calabria

RIASSUNTO

La detenzione è una procedura storicamente deputata ad arrestare individui sociopatici. Tuttavia, per alcune categorie di soggetti, la sociopatia è l'epifenomeno di un disturbo del comportamento che non consiste, di per sé, in un orientamento antisociale, ma finisce per produrre un contrasto con l'ambiente circostante. E' questo il caso di molti disturbi mentali, inclusa la tossicodipendenza. Nell'incontro tra tossicodipendenza e carcere spesso la rigidità della detenzione finisce per "perdere" nei confronti della "ineluttabilità" della malattia, cosicché il comportamento tossicomane prosegue all'interno del carcere, magari con rischi maggiori per la salute.

Almeno per un parte dei tossicodipendenti la detenzione potrebbe essere tradotta in opportunità di terapia, come già negli ultimi anni mediante le misure alternative alla carcerazione che implicano un rapporto terapeutico con una struttura esterna. Anche per coloro che non possono beneficiare di tali misure, la qualità di vita carceraria può essere migliorata mediante un intervento medico. Per questi soggetti, si può ulteriormente ipotizzare che, in condizioni migliori di detenzione e di controllo comportamentale, il carcere divenga un setting utile all'impostazione e alla gestione iniziale di una terapia specifica.

Parole chiave: Carcere - Tossicodipendenza - Misure alternative - Terapia specifica

SUMMARY

Traditionally, imprisonment has been aimed at achieving rapid control upon sociopathic individuals. However, for some categories, sociopathy turns out to be a consequence of a behavioural disorder, which would not imply itself an antisocial inclination, but is eventually likely to stand against the environment. Such is the case of several mental diseases, including drug addiction. When drug addiction is dealt with inside prisons, the strictness of environmental control would often be overwhelmed by the ineluctability of the disease, so that drug use is bound to take place inside as well, and with greater health-related risks.

For a subgroup of addicts, at least, imprisonment may be translated into a therapeutic facility, along the recently launched therapeutic parole, an alternative to custody which implies a stable therapeutic supervision after release. For those addicts too, who cannot be allowed to stay free, the prison may function as useful to the initiation and the building up of a specific therapeutical intervention.

Key words: Prison - Drug addiction - Alternative measures - Specificity of intervention

Il binomio DROGA-CARCERE ha assunto negli ultimi tempi dimensioni sconvolgenti ed allarmanti ed ha innescato effetti reattivi preoccupanti.

Il 35% della popolazione detenuta, che al momento attuale e per la prima volta nella storia del nostro paese ha raggiunto la cifra di 58.000, risulta costituito da tossicodipendenti.

In grandi strutture carcerarie come Milano, Torino, Roma, Genova, Firenze, Bologna, Napoli la presenza di tossicodipendenti supera anche il

60%.

Al carcere "Don Bosco" di Pisa sono attualmente presenti 106 tossicodipendenti (37%) di cui 54 in trattamento metadonico e 6 con buprenorfina.

Le carceri, al momento attuale, rappresentano dei serbatoi, degli enormi magazzini dove la società, senza porsi eccessive remore, continua a scaricare i tossicodipendenti, immaginando forse così di poterli neutralizzare e rendere magari inoffensivi.

Questi, invece, non hanno futuro dietro le sbarre, perché il carcere può soltanto amplificare a dismisura i problemi esistenziali. Ne è inconfutabile testimonianza l'alto numero di tossicodipendenti che tenta di suicidarsi in carcere.

Il tossicodipendente non deve finire in carcere, in quanto la detenzione presenta più rischi di quanti ne eviti.

La droga non è soltanto un prodotto, è un modo di vita.

Il tossicodipendente è agganciato contemporaneamente alla sua droga e al modo in cui conviveva con essa.

Del resto il soggetto che fa ricorso alla droga porta con sé elementi di disorganizzazione affettiva, di difficoltà di comunicazione, di incapacità di accogliere istanze quotidiane di rapporto.

Sceglie questa soluzione nel tentativo di risolvere l'attualità della sua presenza con la connessione dell'esistere in mezzo agli altri.

Non trovando in sé possibilità di adeguamento e quindi di accettazione sociale, ricerca artificialmente delle condizioni per sopravvivere.

In questi termini i giovani si allontanano da loro stessi, per sottrarsi alla sofferenza, all'assenza di prospettive dinamiche.

Il loro mondo diventa ermetico, pieno di incognite e soprattutto limitato a quel microcosmo che in definitiva li rassicura dagli insulti esteriori.

Sfidano la morte, ma in definitiva la temono.

Con la droga è cominciata la lotta contro la ragione.

La droga è la distruzione del momento presente, è una nuova visione del mondo, attraverso una immaginazione virtuale e senza freni.

Il tossicodipendente porta sulle spalle un carico di sofferenze e vive con un grande sforzo psichico.

Quando una persona così conformata incontra la droga, osiamo dire che sperimenta un sentimento di libertà e di benessere che non ha mai avuto la possibilità di conoscere prima.

La droga lo difende dall'angoscia e si configura in modo fantastico come *una sorta di luna*

di miele, secondo l'espressione colorita di alcuni autori.

“*Una società senza droghe è un'illusione — dice Claude Olievenstein — Qui o altrove, domani come ieri ogni comunità non può vivere senza ammortizzatori chimici.*”

“*La paura, l'angoscia, la noia, la solitudine sono parti integranti della condizione umana, sono elementi costitutivi del fascino esercitato dalle droghe. L'uomo è per sua natura portato a dimenticare che il consumo di esse comporta spesso altre sofferenze. I paradisi artificiali durano poco e lasciano purtroppo un retrogusto amarissimo.*”

Chi sono i tossicodipendenti che finiscono in carcere?

Sono soprattutto *i cani senza collare*, vite che provengono da realtà di emarginazione sociale, di prostituzione, di devianza.

La tossicodipendenza ha canalizzato l'ordinaria devianza giovanile e ha scambiato poi dinamiche, storie, scelte con la delinquenza ordinaria.

I giovani sono i consumatori più facilmente reperibili di tutte le droghe e risalendo nell'analisi retrospettiva si individuano la ricerca di nuovi modi di vivere, il rifiuto delle istituzioni, il desiderio di nuove strutture sociali e talora persino la scelta di vivere ai margini.

Costituisce talora una delle risposte all'angoscia della nostra epoca o viene inteso come tentativo di introspezione il proprio io mortificato.

Nei lunghi momenti di sincerità e di sofferenza umanità accanto al Medico Penitenziario fioriscono i luoghi comuni del tossicodipendente:

famiglie disgregate o in crisi, figli abbandonati al proprio destino, illusioni o delusioni di amori giovanili, ricerca di un lavoro, posti di lavoro sempre più lontani, società di consumo che tende all'emarginazione e non agevola l'integrazione dei giovani.

I valori tradizionali, di conseguenza, vengono svuotati del loro contenuto e del loro significato.

Gravi problemi esistenziali, gravi problemi di

adattamento caratterizzano la vita del tossicodipendente in carcere.

Il tossicodipendente subisce l'emarginazione del carcere, ma subisce l'emarginazione ulteriore della malattia, in quanto viene considerato dagli altri come un potenziale portatore dell'infezione da HIV.

In definitiva egli in carcere soffre le pene dell'inferno, propriamente, perché non ha la minima capacità di adattarsi al nuovo ambiente e rivivrà in modo drammatico la miseria della propria esistenza quotidiana.

In questa realtà allucinante, piena di desolazione e di abbandono, non ha futuro, perché dietro le sbarre i problemi del tossicodipendente si acquisiscono, si amplificano.

Finire in carcere significa aggiungere emarginazione a emarginazione, sofferenza a sofferenza con la prospettiva infelice di produrre solo frutti avvelenati.

L'impatto con il carcere è sconvolgente, nel contesto soprattutto di una promiscuità forzata che violenta ogni seppur minima intimità.

Al momento attuale per il tossicodipendente il carcere costituisce una tappa obbligata, una meta conclusiva, una sorta di consacrazione definitiva.

Si tratta della consacrazione della sua condizione di tossicodipendenza il cui percorso arriva ad una meta conclusiva.

Il rifiuto di sé e degli altri trova il suo riconoscimento nel rifiuto, simbolico e reale ad un tempo, che la collettività opera nei suoi confronti attraverso il carcere, il luogo della definizione negativa, della esclusione e della stigmatizzazione.

Si realizza, quindi, una condizione ideale sul piano psicologico per rendere strutturale la situazione del tossicodipendente: *la cella, l'inerzia, la conversazione ininterrotta sul tema preferito, la ricerca della sostanza e di ogni surrogato non hanno alternative.*

La rete di rapporti che tale luogo offre, realizza o perfeziona è la connessione tra due circuiti: quello della delinquenza in genere e quello del traffico delle sostanze.

Il carcere, inoltre, nella sua negativa maesto-

sità, ha una indubbia efficacia persuasiva.

Assistiamo nei singoli casi alla definitiva strutturazione della tossicodipendenza con l'inserimento in pianta stabile del *tossico* nei circuiti della droga e della delinquenza.

La caratteristica essenziale di questa operatività negativa del carcere consiste nella omogeneizzazione di tutte le situazioni, nella negazione più assoluta delle specificità di ciascuna.

E' invece necessario prenderli in carico singolarmente nella loro condizione, nei loro problemi e nelle loro prospettive.

Fare questo non significa conversare con loro, essere genericamente vicini alla loro condizione, ma vuol dire farli uscire dall'inerzia in cui prima la piazza e ora il carcere li affondano.

Il vero lassismo è non prendersi carico delle persone, abbandonandole all'operare delle dinamiche distruttive nelle quali sono entrate.

Se riusciamo a intervenire incisivamente, potremo utilizzare il carcere per delineare percorsi alternativi e sostitutivi allo stesso.

Il carcere rappresenta un'efficace lezione di realtà e rimanda al tossicodipendente un'immagine avvilita e avvilita di ciò che è diventato, un'immagine che può produrre nel soggetto il senso di aver toccato il fondo, da cui si può pensare soltanto a risalire.

La vulnerabilità psicologica, di cui parla con sicura autorevolezza il Premio Nobel Rita Levi Montalcini, nel tossicodipendente è veramente disarmante, ma egli è capace di non desistere di fronte a nulla, quando decide di acquisire specifiche finalità:

così si ingegna ad annusare con la testa dentro una busta di plastica i vapori del fornellino a gas o confeziona cocktails improvvisati con alcuni particolari farmaci.

Si è sentito talora affermare che il carcere possa costituire una sorta di frontiera protettiva alla tossicodipendenza sulla stregua della testimonianza fornita a Napoli anche dalle cosiddette madri-coraggio che sono arrivate al punto di denunciare i propri figli, facendoli finire in galera, pur di tentare disperatamente di sottrarli al mercato della morte.

Niente di più falso, anche perché la droga circola in carcere e può incentivare inesorabilmente ulteriore proselitismo, a causa dell'aumentata vulnerabilità psicologica dei detenuti stessi.

Il passaggio della droga in carcere costituisce poi un altro capitolo sconcertante e viene ad alimentare un turpe commercio interno (*cessione di una dose di eroina in cambio di una prestazione sessuale*).

Ultimamente è stato arrestato all'aeroporto di Firenze un ragazzo colombiano che aveva ingerito 118 ovuli di cocaina. Purtroppo 12 ovuli si sono rotti con conseguenze inenarrabili per i gravissimi processi ischemici a livello intestinale.

Attualmente dopo svariati interventi chirurgici versa in stato comatoso con una prognosi severissima *quoad vitam*.

Talora sono i familiari stessi dei detenuti che si rendono latori di droga attraverso le vie più originali e singolari. Ricordo il caso di una partita di droga introdotta dentro un piatto di cannelloni ripieni o sotto i tacchi delle scarpe o sotto i francobolli attraverso la posta.

Talora sono gli stessi detenuti ad introdurla mimetizzandola solitamente nell'ano o nella vagina avvolta nella carta stagnola o in ovuli ingeriti prima di rientrare in carcere dai permessi o dal regime di semilibertà (recente il caso di Torino dove tre detenuti sono deceduti per overdose). Talvolta il passaggio di droga si verifica durante il colloquio con i propri familiari attraverso i baci in bocca.

Se la società non riesce a prefigurare per i tossicodipendenti altre risposte rispetto al carcere nel miraggio di un alibi impossibile, si deve consegnare irrimediabilmente ad una densa zona d'ombra, ad un fallimento senza riscatto.

Dopo la legge 162/90, l'Amministrazione Penitenziaria ha operato in queste direttive:

- A. Organizzare sezioni distinte per i tossicodipendenti detenuti in tutti gli Istituti
- B. Implementare l'operare dei servizi pubblici delle tossicodipendenze all'interno del carcere
- C. Istituire Presidi interni composti da un Medico, un Infermiere e uno Psicologo per se-

guire le sezioni dei tossicodipendenti.

D. Adibire alcuni Istituti a cosiddetta custodia attenuata esclusivamente per i tossicodipendenti.

I risultati non sono stati positivi, anche perché molti progetti sono rimasti come al solito sulla carta e poi obiettivamente le condizioni di sovrannumero dei tossicodipendenti, unitamente alla debolezza numerica degli Operatori Penitenziari, hanno finito per neutralizzare miseramente ogni tentativo di seria progettualità.

Di fronte a questo abisso di necessità cosa si può fare, cosa si deve fare?

Intanto niente ideologie forsennate.

Non se ne sente proprio la necessità.

Ci porterebbero subito fuori strada.

Dobbiamo piuttosto prendere atto del fallimento delle politiche repressive e sperimentare nuovi percorsi soprattutto nell'ottica della strategia della riduzione del danno.

Non è facile, né semplice mettere da parte le certezze assolute del proibizionismo!

Bisogna avere il coraggio, bisogna avvertire l'esigenza di fare i conti finalmente con la realtà, altrimenti corriamo il rischio dell'omologazione *"con i cani che abbaiano alla luna"*.

Non valgono emotività o tendenze a valutazioni riduttive, non valgono e non servono allarmismi di sorta; soltanto un'analisi pacata, seria, coraggiosa può essere un buon punto di partenza, un'attenta base di valutazione.

Ecco perché noi Medici Penitenziari diciamo che non possiamo prefigurare il carcere come una risposta sociale alla tossicodipendenza.

In definitiva la società non può e non deve delegare al carcere un problema che non sa, non può o non vuole risolvere.

La tossicodipendenza esige prevenzione e cura, non punizione.

Esige solidarietà, non segregazione.

Perché allora il carcere per il tossicodipendente?

Perché infliggere allora ulteriore sofferenza?

Una cosa è certa.

Il carcere non ha, non può avere neanche ef-

fetto deterrente per chi è abitualmente dedito ad assumere sostanze stupefacenti.

Ciò risulta facilmente deducibile dalla incredibile percentuale di recidive che si possono riscontrare tra i tossicodipendenti.

Gli obiettivi principali della cosiddetta strategia di riduzione del danno risultano rappresentati da:

- A. Contenimento dei danni e dei rischi (individuali e collettivi) connessi con l'uso di stupefacenti.
- B. Diminuzione dei morti per overdose.
- C. Riduzione della trasmissione del virus HIV, nonché di altre malattie conseguenti allo scambio promiscuo di siringhe.
- D. Miglioramento delle condizioni di salute del tossicodipendente.
- E. Limitazione dei processi di criminalizzazione indotti dall'uso di stupefacenti.

La riduzione del danno è pertanto in contrasto con il modello dell'astinenza che deriva piuttosto dalla scelta di una strategia fatta di legislazione punitiva e di paternalismo medico e religioso.

Il tema fa parte della politica di riduzione del danno cioè quell'approccio terapeutico che, nei confronti dei tossicodipendenti allo stato non raggiungibili da interventi di tipo riabilitativo, dà valore prioritario alla tutela della salute e della stessa vita della persona.

La riduzione del danno non è uno slogan politico o ideologico, ma un insieme di interventi pragmatici mirati a ridurre i danni alla salute per le persone tossicodipendenti.

Le strategie di riduzione del danno hanno consentito di agganciare migliaia di tossicodipendenti, che non si erano mai rivolti ai servizi e di inserirli in percorsi terapeutici e riabilitativi.

Per riduzione del danno in carcere non si intende solo la somministrazione di metadone o buprenorfina, ma tutto ciò che serve per diminuire, appunto, i danni che un eroinomane può recare a sé e agli altri.

La terapia metadonica trova una significativa, indispensabile collocazione in carcere, apportando importanti benefici, tra cui bisogna considerare:

- efficacia nel controllare in termini adeguati i sintomi di astinenza;
- migliora la qualità della vita;
- stabilizzazione di stili di vita più adattivi con maggior attenzione alla propria salute, agli interessi affettivi e sociali;
- facilita l'adattamento all'ambiente carcerario con maggiore disponibilità alle attività lavorative e ai rapporti relazionali con i propri compagni e con gli operatori penitenziari;
- garantisce stabilità al tono dell'umore ed evita il ricorso smodato alle benzodiazepine;
- prepara in termini adeguati il rientro del soggetto in società, dopo aver scontato la pena;
- riduce drasticamente i tentativi di suicidio e i gli altri gesti di autolesionismo e la mortalità per overdose;
- nella comorbidità psichiatrica consente una migliore compensazione del soggetto;
- attua la strategia della riduzione del danno.

Il metadone è il trattamento più richiesto dai tossicodipendenti in carcere e senza dubbio il più indicato per attrarre coloro che hanno più scarsa motivazione al cambiamento e minore fiducia nelle proprie capacità di cambiare.

Esistono moltissimi studi che confermano l'utilità del metadone in misura superiore a qualunque altro trattamento.

Resta da precisare che, nonostante sia un trattamento sicuro ed affidabile, ancora non viene utilizzato abbastanza e in modo appropriato in carcere.

Da un'indagine epidemiologica condotta dall'Ufficio IV del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria risulta che il trattamento metadonico viene praticato in 125 Istituti Penitenziari su 212.

I detenuti tossicodipendenti presi in carico con il metadone sono circa 3.500, di cui il 55,4% con terapia a scalare e il 44,6% con terapia a mantenimento.

Persiste un'abitudine inveterata e quanto meno scorretta di un forte, ingiustificabile utilizzo di benzodiazepine, con le quali impropriamente si cerca di calmierare ogni necessità.

Da queste valutazioni emerge l'esigenza di

allestire delle linee-guida per la gestione del tossicodipendente in carcere, al fine di uniformare un trattamento terapeutico particolarmente incisivo.

Questo deve valere soprattutto per quei 92 Istituti penitenziari che, a distanza ormai di 13 anni dal disposto legislativo (*Legge 162/90*), sono ancora privi della relativa Convenzione con il SERT e dove ognuno si muove per spirito di iniziativa, anche se talora i pregiudizi e le difficoltà logistiche ed organizzative si frappongono ampiamente e di fatto impediscono il trattamento metadonico, neutralizzando ogni tentativo di rispettare almeno la continuità terapeutica.

Residuano ancora forti pregiudizi e resistenze ideologiche nell'autorità giudiziaria nei confronti dei soggetti in trattamento metadonico, mentre non perdono l'occasione di banalizzare o addirittura criminalizzare coloro che sono in trattamento metadonico considerando il metadone alla stregua di una *droga di stato*.

Nella comorbidità si parla legittimamente di doppia diagnosi, ma in carcere questa doppia diagnosi può interessare soggetti affetti da infezione da HIV e allora si deve parlare propriamente di tripla diagnosi.

In carcere il trattamento metadonico è quello che fornisce i risultati più apprezzabili in riferimento soprattutto alla complessità del caso.

Tra gli strumenti a disposizione in carcere per un intervento sanitario nell'ambito della tossicodipendenza, il metadone rappresenta quello di gran lunga più incisivo per l'aggancio immediato che riesce a realizzare anche con il tossicodipendente più problematico.

I programmi di disintossicazione a lungo termine con trattamento metadonico trovano nel carcere una congeniale estrinsecazione ed hanno come obiettivo principale la riabilitazione psico-sociale del tossicodipendente-detenuto.

Approcci farmacologici di tipo diverso (ad es. clonidina) hanno dimostrato limiti invalicabili, frammentarietà d'intervento e soprattutto scarsa compliance da parte del tossicodipendente-detenuto.

Nessuna misura coercitiva deve essere presa

nei confronti dei tossicodipendenti, nessuna pressione deve essere esercitata.

Il consenso del paziente è la condizione preliminare a ogni iniziativa terapeutica, perché la battaglia contro la droga deve essere combattuta soprattutto dal soggetto stesso.

Bisogna stimolare i loro interessi, bisogna delineare importanti prospettive. Se ciò accadesse potrebbe essere contrastato l'effetto negativo delle aggregazioni carcerarie.

“La tossicomania è mobile, plastica — dice Claude Olievenstein — resiste adattandosi a tutte le situazioni, a tutte le repressioni, perché nasce da un bisogno, da una mancanza, da una sfida, da una ricerca febbrile di altro”.

Fino a pochi anni fa si diceva al tossicomane incallito *“o ti curi, o tocchi il fondo e magari crepi”*.

Adesso, invece, a quelli che non vogliono saperne di smettere, si mettono a disposizione siringhe e preservativi, si propone il metadone o la buprenorfina o si formulano consigli su come evitare l'overdose o le malattie (anche per non infettare gli altri) e sul cosiddetto *“farsi sicuro”* o *“aiutiamoli a non farsi male”*.

Questo significa saper delineare elementi di prospettiva a piccoli passi confortati dalle esperienze maturate in altri paesi (Svizzera, Olanda, Danimarca, Spagna ecc.).

Tutto ciò ovviamente non vuol dire *“gettare la spugna”*.

In questa ottica si fa strada il convincimento che può essere ammessa una sperimentazione controllata di somministrazione di eroina con particolare riferimento ai soggetti più duri e incalliti, come già viene sperimentato nel carcere di Zurigo.

Le politiche di riduzione del danno, inizialmente intraviste come un cedimento nell'ambito della scelta repressiva, si sono progressivamente configurate come un'opzione di razionalizzazione del problema droga.

Da un lato evitano la contrapposizione frontale con la scelta proibizionista, dato che non mettono in questione l'attuale modello che prevede in ogni caso la punizione del traffico

di droghe.

Dall'altro, prendono atto del fallimento del proibizionismo nel raggiungere l'obiettivo principale che è quello di ridurre o eliminare il consumo e riconoscono gli enormi danni che la scelta repressiva indirettamente causa alla salute.

L'assioma che la società non si accontenta di reprimere il mercato della droga, ma rieduca i tossicodipendenti attraverso il carcere è una prospettiva totalmente fallimentare.

Continuare a pensare questo significa consegnarsi ad una densa zona d'ombra.

I numeri parlano chiaro e dicono che i tossicodipendenti in carcere sono sempre più numerosi.

Esiste un universo in cui si accendono, malgrado tutto, barlumi di speranza.

Un universo fatto di uomini e donne che aiutano altri ad uscire dal dolore e dalla dipendenza, senza mai far pressione sulla loro volontà, perché tutto si fonda sull'iniziativa di questi altri, sul loro coraggio, la loro energia, i loro sforzi per venirne fuori.

Di fronte ai problemi drammatici rappresentati dalle droghe nessuno può illudersi di avere la ricetta miracolosa, anche perché, in definitiva, la droga racchiude un mistero che rende terribilmente modesti.

Questo programma di recupero si deve basare sulla responsabilizzazione del tossicodipendente per tentare di restituirgli il valore dei sentimenti, dell'amore, del rispetto.

Bisogna aiutare a coltivare i sentimenti, mentre ormai i sentimenti sono stati sostituiti dai desideri.

Desideri di cose e di tutto.

Infiniti problemi pone la tossicodipendenza, ma questi problemi non devono essere motivo di scoraggiamento.

Questi problemi al contrario devono essere una sfida alla nostra professionalità.

Non dobbiamo buttare facilmente la spugna in segno di resa, ma dobbiamo piuttosto tenere costantemente presente che i tossicodipendenti non sono dei drogati e basta, ma sono piuttosto

dei malati particolari a cui va rivolta ogni nostra attenzione e cura.

Di fronte al gravissimo dramma della tossicodipendenza si impone una mobilitazione delle coscienze.

L'impegno deve essere comune, di tutti.

In simili circostanze non è possibile accordare alibi ad alcuno.

Se la droga è un problema dell'uomo, è anche vero che la lotta alla droga coinvolge da vicino tutte le componenti della società.

Vi è la necessità di creare la coscienza che questo è un problema sociale che riguarda tutti.

Per il tossicodipendente è necessario partire dalla fatica e dal dolore in cui la sua esperienza elusiva lo ha costretto, affrontando le origini del suo errore all'interno della sua storia, ricercando con cura le ragioni della sua fragilità, conoscendo le mura spesse in cui ha dovuto rinchiudersi.

Il tema della tossicodipendenza, purtroppo, al momento attuale, si presenta tra l'indifferenza e la lacerazione.

Fare prevenzione seria non deve significare limitarsi a dire quali sostanze fanno male o quali sostanze possono uccidere.

Significa piuttosto educare ai valori della vita, perché la droga non è un problema fisico, ma è anzitutto un problema esistenziale.

E il recupero di un tossicodipendente non vuol dire somministrargli questa o quella medicina, ma vuol dire soprattutto aiutarlo a riscoprire la sua dignità di uomo, il senso del suo cammino, il significato del dolore, della solidarietà e del coraggio per guardare dentro e dietro e ricominciare tutto da capo.

Aggiornamenti in Psichiatria

LA DIPENDENZA DA EROINA ED I FARMACI AGONISTI DEGLI OPIACEI UTILIZZATI PER IL SUO TRATTAMENTO

Icro Maremmani^{1,2,3}, Sonia Lubrano²

¹PISA-SIA (Study and Intervention on Addictions) Group, Ospedale Universitario “Santa Chiara”, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

²Istituto di Scienze del Comportamento, Carrara

³Associazione per l’Utilizzo delle Conoscenze Neuroscientifiche a fini Sociali (onlus), Pietrasanta (Lucca)

RIASSUNTO

La tossicodipendenza è definibile come una condizione di interesse medico. Il concetto di tossicodipendenza come malattia è incentrata sul disturbo del comportamento consistente nella spinta a ricercare e consumare la sostanza, e sull’assetto cognitivo in cui la sostanza assume un carattere prioritario. Il decorso spontaneo di questa malattia prevede la cronicità sia come persistenza che come recidivismo. Dalla cronicità delle alterazioni cognitive e comportamentali origina la “ deriva” morale e sociale del tossicomane, secondaria nel tempo e nel significato clinico ai sintomi nucleari della malattia. La terapia di prima linea nel controllo della tossicodipendenza consiste appunto nella chemioterapia di mantenimento con agonisti tonici, i quali, grazie a peculiarità farmacocinetiche, sono dotati di proprietà terapeutiche e privi di proprietà additive.

Parole chiave: Tossicodipendenza come malattia - mantenimento con agonisti - agonisti tonici degli oppiacei.

SUMMARY

Drug addiction is definable as a condition of medical interest. The concept of addiction as a disease is focused on a behavioural disorder characterised by an overwhelming drive to seek and take a substance. The former is accompanied by a thought disturbance in which the substance is the dominant priority. The spontaneous course of drug addiction implies chronicity, both as persistence and as relapse proneness. Chronicity on one side, cognitive and behavioural anomalies on the other contribute to determine the moral and social deviance typical of drug addicts, which appears to be just secondary, both in chronological and clinical terms, to the core symptoms of the disease. The upfront strategy of intervention upon drug addiction consists in a regimen of medical maintenance by chemical agents such as tonic opioid agonists, which are suitable as therapeutic means and free of own addictive potential due to peculiar pharmacokinetic profiles.

Key words: Addiction as an illness - Agonist maintenance - Tonic opiate agonists.

LA TOSSICODIPENDENZA COME MALATTIA

Le attuali acquisizioni nel settore delle tossicodipendenze sono ormai suffragate da anni di ricerche sia biochimiche che cliniche e permettono, in definitiva, di affermare che le tossicodipendenze sono malattie, che vanno inquadrare come patologie organiche del cervello e che sono caratterizzate, nella loro stragrande maggioranza, da un andamento recidivante, ossia possono ripresentarsi anche dopo un lungo periodo nel quale il soggetto è riuscito ad interrompere l’uso della sostanza nociva [16]. Rimane, dunque, poco spazio per le teorie di tipo sociale o psicologico, che inquadravano questa malattia

come una serie di comportamenti correlati ora a deviazioni del soggetto rispetto ai tradizionali “valori esistenziali”, ora a particolari tratti di personalità [3]. Certamente non si può negare che il moderno sistema di sviluppo della società occidentale, basato essenzialmente sul consumismo, ha probabilmente favorito l’incontro tra l’uomo e la sostanza d’abuso, né tantomeno affermare che modificazioni del comportamento indotte dalla psicoterapia, nelle sue varie forme, siano inutili in un percorso riabilitativo; tuttavia la genesi della tossicodipendenza può essere affrontata solo in chiave multifattoriale, con particolare riferimento all’uso stesso della sostanza e ad aspetti psichiatrici o derivabili dall’uso della

sostanza, basti pensare ai Disturbi dell'Umore, ai Disturbi d'Ansia e di Personalità (tra questi, in particolare, al Disturbo Borderline).

L'individuo, che per svariati motivi ha incontrato la sostanza di abuso e ne ha iniziato l'assunzione, può, dunque, in tempi più o meno brevi, provocarsi una malattia alla cui base stanno consistenti e talora irreversibili danni nel funzionamento del S.N.C.. La dipendenza e la conseguente ricerca della sostanza sono solo, in questo caso, un sintomo clinico, come il mal di pancia nell'indigestione, di un problema di funzionamento del SNC. Dato poi che le aree cerebrali colpite sono anche quelle preposte al controllo delle pulsioni e dei comportamenti, sarà facile spiegare il grave quadro clinico che colpisce il tossicodipendente. In altre parole, fermarsi ad osservare unicamente il disagio sociale e i comportamenti devianti del tossicomane, e dire che questi sono la causa della malattia, corrisponde a confondere il sintomo con la malattia stessa.

Una solida cultura ha alimentato una potente campagna che tende a staccare la tossicodipendenza dalla medicina e ha avviato una attiva diffusione di false informazioni. Del resto per "l'uomo della strada" è più facile pensare al tossicodipendente, che gli ha appena rubato l'autoradio o che ha sparato alla propria madre, come a un criminale anziché come ad un malato da curare. Tuttavia occorre che tutti, familiari compresi, riescano ad acquisire un nuovo modello di lettura della tossicodipendenza, basato sull'osservazione scientifica anziché su opinioni personali più o meno suffragate.

I tossicodipendenti possono essere divisi in 4 gruppi.

1. Gli "stabili": pazienti che si uniformano ai valori convenzionali, svolgono un'attività lavorativa lecita, sono generalmente rispettosi della legge e non frequentano altri tossicodipendenti.
2. I "duri" o "distruttori": pazienti altamente identificati con la sottocultura della droga, che non hanno un lavoro legale e vivono dei proventi delle attività criminali.

3. "Coloro che vivono in due mondi": pazienti che possono essere dediti ad attività criminali e frequentare altri tossicomani, ma che possono anche avere un lavoro rispettabile.
4. "I solitari": pazienti non coinvolti né nella sottocultura della droga né nella cultura convenzionale. Non hanno un lavoro abituale e vivono di assistenza pubblica più che dei proventi delle loro attività criminali. Questi tossicodipendenti, senza legami sociali, possono presentare gravi disturbi psicopatologici [11].

Il tossicodipendente ha specifiche aree cerebrali danneggiate dall'abuso di sostanze e un gran numero di circuiti neuronali possibili sedi di malfunzionamento. Tali sistemi sono per lo più deputati allo svolgimento, o, come più appropriatamente si dice, alla modulazione di fondamentali funzioni quali la percezione del dolore, il tono dell'umore, la gratificazione, le pulsioni, il comportamento, la memoria e alcune importanti regolazioni del sistema ormonale. Nel tossicodipendente si possono riconoscere perlomeno tre chiare sindromi: quella che caratterizza la fase acuta dopo la sospensione dell'oppiaceo e che è detta sindrome d'astinenza; un'altra ancora, che si configura come un irresistibile desiderio della sostanza tale da provocarne l'uso compulsivo e che è detta sindrome da "craving"; l'ultima quella "metabolico-cerebrale", caratterizzata dalla incapacità del soggetto di avere un funzionamento "normale" nella sua vita psichica e relazionale, con una evidente irritabilità e aumento della quota ansiosa. In questo caso si parla di "sindrome ipoforica post-eroica" [17- 19].

La sintomatologia della crisi di astinenza è certamente la più eclatante delle tre. Si verifica circa 8-10 ore dopo l'interruzione di uso cronico di oppiacei ad azione breve, come l'eroina e la morfina. All'inizio il soggetto presenta elevazione della quota ansiosa, sudorazione, lacrimazione, rinorrea, cioè secrezione nasale, sbadigli e anche craving. Successivamente possono comparire insonnia, vampate di calore, dolore alle ossa e ai muscoli, crampi addominali, aumento del diametro della pupilla e tremori.

Dopo circa 36 ore possono manifestarsi agitazione, nausea, vomito, diarrea, aumento della pressione sanguigna, della temperatura, del polso, del ritmo respiratorio. I sintomi raggiungono il loro culmine 48-72 ore dopo l'ultima assunzione, dopodiché i sintomi recedono in 7-10 giorni, anche se il sonno e l'umore possono permanere disturbati per mesi.

Appare utile anche un cenno al quadro clinico della overdose. Il rischio di overdose è maggiore se:

1. Il soggetto è inesperto e non ha ancora sviluppato la tolleranza, non ha cioè dovuto aumentare le dosi per provare lo stesso effetto. In questo caso può commettere uno sbaglio riguardo alla quantità di sostanza che può utilizzare.
2. Un utilizzatore esperto, dopo un periodo di non assunzione della sostanza, anche di breve durata, la utilizza nuovamente.
3. Vengono usati insieme oppioidi, sedativi o altre sostanze.
4. Per motivi di mercato, si viene ad utilizzare eroina più pura.

La sintomatologia, in sintesi, è compresa in una triade: coma, pupille a capocchia di spillo e depressione del respiro.

TERAPIA DELLA TOSSICODIPENDENZA DA EROINA

La scoperta di farmaci efficaci nella dipendenza da eroina non esclude affatto l'utilità di interventi psicosociali. E' indubbio infatti che lo scompensamento psichico dell'individuo arreca danno a tutta la sua vita di relazione. Il soggetto tossicodipendente deve quindi intraprendere terapie che utilizzino metodi di intervento "integrati", detti anche bio-psico-sociali [14; 15].

Il trattamento medico della overdose consiste nella normalizzazione della ventilazione polmonare e quindi nella somministrazione di naloxone endovena. Il naloxone è un antagonista puro dei derivati dell'oppio ed è anche utile quando gli oppioidi sono assunti insieme ad alcool o sedativi del Sistema Nervoso Centrale.

Vediamo ora i trattamenti specifici per la dipendenza da eroina. Per aiutare un eroinomane

si possono fare due cose: o "ridurre il danno" o inserire il soggetto in un programma terapeutico. Ridurre il danno significa ridurre al massimo le conseguenze sociali della malattia: la criminalità, la diffusione della AIDS, il mercato clandestino. Così facendo ridurremo anche il numero dei consumatori di eroina e quindi vi sarà un minor rischio di contatto con i tossicodipendenti da parte dei giovani che non usano droghe. La riduzione del danno è molto importante in quanto cerca di combattere la condizione di clandestinità in cui il tossicodipendente viene, di fatto, a vivere. La regola vuole, infatti, che i drogati si rivolgano ai Servizi Pubblici o alle Comunità Terapeutiche solo quando la situazione è ormai insostenibile, ossia in uno stato avanzato della malattia. Per ridurre il danno si può distribuire per le strade metadone ai soggetti in astinenza, siringhe monouso per chi non vuole altra forma di aiuto; si deve, poi, insegnare ai tossicodipendenti da strada le tecniche di primo soccorso in caso di overdose (occorre rifornirli gratuitamente di fiale di Narcan, il salvavita), vanno spiegati loro chiaramente i rischi e le conseguenze dell'uso continuato di eroina, nonché le modalità di cura e riabilitazione oggi disponibili. Per fare tutto ciò dovrebbero essere organizzate delle vere e proprie "unità di strada", composte sia da volontari che da operatori specializzati nel settore. Anche i medici di famiglia e il personale paramedico addetto alle autoambulanze dovrebbe conoscere questo tipo di intervento. Si dovrebbe cioè creare una fitta rete di contatto tra servizi sanitari ed eroinomani tale da garantire sia un facile accesso alle strutture terapeutiche, sia la rottura definitiva della "cultura della strada". Il difetto principale della "riduzione del danno" è però il fatto che questo tipo di intervento non è una vera e propria modalità terapeutica e quindi non può aiutare il paziente nel suo programma di riabilitazione.

Quali sono i principali programmi terapeutici in cui possono essere inseriti i tossicodipendenti da eroina? In base alla diagnosi formulata da personale esperto, e comunque sempre dal medico, il paziente viene inserito nel tipo di programma a lui più congeniale. Questa prima indicazione,

tuttavia, non deve essere intesa come vincolante o rigida, bensì aperta e intercambiabile con altre modalità terapeutiche. I pazienti possono generalmente essere divisi in due gruppi:

- a) pazienti trattabili in condizione di “drug-free”, ossia senza l'intervento di farmaci o comunque senza l'aiuto di farmaci agonisti degli oppiacei. Questo vuol dire che chi si cura con antagonisti degli oppiacei deve essere considerato “drug-free”. Il Naltrexone, per intenderci, non è simile al Metadone; addirittura non ha azione farmacologica, nel senso che protegge solo il paziente da un eventuale ricaduta nell'uso della droga.
- b) pazienti da trattare con terapia farmacologica sostitutiva.

I pazienti inquadrabili nel primo gruppo dovrebbero avere buoni livelli di adattamento sociale e una famiglia molto attenta e comprensiva alle spalle. Bisogna tuttavia sottolineare come la condizione di “drug-free” sia pericolosa se il paziente ricorre nuovamente all'eroina da strada, magari occultando tale pratica all'operatore (rischio di overdose); in questo caso il naltrexone è un'ottima ancora di sicurezza. Medico e familiari devono vigilare attentamente su eventuali comportamenti a rischio del paziente; in questo caso l'eroinomane dovrebbe essere immediatamente inserito in un programma con farmaco sostitutivo.

I metodi “drug free” possono così essere schematizzati:

1. Programmi “drug free” con o senza ausilio di farmaci antagonisti per gli oppiacei.
2. Trattamento in “Comunità Aperta”, che favorisce il reinserimento del soggetto nel tessuto sociale già durante il trattamento. Anche in questo caso ci si potrà giovare di terapia farmacologica con antagonisti.
3. Trattamento in “Comunità Residenziale”. Questa metodologia potrà essere utilizzata solo dopo revisione dei modelli attualmente proposti.

I pazienti da trattare con terapia farmacologica sostitutiva comprendono la maggioranza dei tossicodipendenti da eroina che quotidianamente si

presentano ai Servizi. Questi soggetti non possono utilizzare i programmi “drug free” dai quali trarrebbero più danni che benefici. Nonostante ciò spesso questi pazienti richiedono insistentemente di essere disintossicati. Tale richiesta è supportata dalle false nozioni della cultura da strada per la quale la dipendenza è qualcosa di direttamente correlato alla volontà dell'individuo. La terapia farmacologica sostitutiva, che va intesa come trattamento metadonico o buprenorfinico a lungo termine, si divide in 4 fasi progressive (induzione, stabilizzazione, mantenimento e disintossicazione) e si propone, molto in sintesi, di “liberare il soggetto dalla schiavitù dell'eroina”, bloccandone l'appetizione, cioè il craving, e di reinserirlo gradualmente nella vita lavorativa e di relazione.

Il trattamento del tossicodipendente è dunque ambulatoriale, ma a volte il paziente va ospedalizzato, soprattutto se sono presenti alcune delle seguenti condizioni:

1. Incapacità di cessare l'uso di sostanze nonostante ripetuti tentativi di disintossicazione operati ambulatorialmente.
2. Assenza di un adeguato supporto sociale durante il programma di trattamento ambulatoriale o presenza di quelle situazioni ambientali che rinforzano l'uso continuativo di droghe.
3. Sintomi o segni medici (tra cui ovviamente quelli psichiatrici) che richiedano una stretta sorveglianza di ordine sanitario, per esempio episodi psicotici, grave depressione del tono dell'umore o estrema debilitazione fisica.

FARMACI UTILIZZABILI NEL TRATTAMENTO DELLA DIPENDENZA DA EROINA

Il Metadone

Il metadone è principalmente un agonista dei recettori μ per gli oppiacei ed ha proprietà farmacologiche qualitativamente pressoché uguali a quelle della morfina. Il mantenimento metadonico rappresenta il trattamento più efficace per la dipendenza da oppiacei. Scoperto all'inizio degli anni '60 [6- 8], è un trattamento general-

mente ambulatoriale, di lunga durata, efficace e sicuro [23]. Con questo metodo sono curati, in tutto il mondo, più di duecentomila tossicomani, più della metà dei quali degli U.S.A. [13].

Il metadone è un agonista degli oppiacei, esplica una attività anticraving e sviluppa tolleranza all'effetto stupefacente. L'effetto anticraving del metadone è rivolto non solo alla componente fobica che anticipa la sindrome d'astinenza e al blocco degli effetti farmacologici dell'eroina, ma anche e più specificatamente all'azione sul meccanismo di rinforzo positivo. Nei pazienti in trattamento con metadone, in altre parole, la funzione oppioide non viene persa; si mantiene attiva ed il paziente, sotto l'azione del farmaco, sperimenta un senso di normale benessere. Questo stato di benessere è ben più difficile da ottenere durante una terapia a lungo termine con naltrexone. Dunque gli antagonisti degli oppiacei non possono essere considerati dei veri e propri farmaci anticraving. Nei soggetti in terapia con antagonisti rimane, spesso, uno stato di appetizione verso l'eroina che condiziona quasi sempre la ricaduta.

Riguardo al dosaggio da utilizzare nel trattamento è necessario considerare tre situazioni:

Dosaggio antiastinenziale, in genere non superiore a 30 mg/die. A questa dose non vi è bloccaggio dei recettori per gli oppioidi e non vi è un'azione curativa sul comportamento appetitivi verso la sostanza che continua ad essere ricercata anche in assenza di sintomatologia astinenziale.

Blocking dosage, in genere compreso fra 60 ed 80 mg/die. Questo dosaggio non consente al soggetto di esperire gli effetti euforizzanti dell'eroina, se utilizzata. Tuttavia l'eroinomane può continuare ad usare eroina, in quanto il desiderio della sostanza, a volte, permane. In più, non riuscendo ad ottenere l'effetto euforico l'eroinomane può assumere benzodiazepine o alcool per superare la propria tolleranza agli oppiacei ed ottenere, comunque, un effetto stupefacente.

Dosaggio anticraving, (80-120 mg/die). Generalmente è in grado di bloccare l'appetizione compulsiva che sta alla base del comportamento

di ricerca della sostanza. Per particolari gruppi di pazienti, come quelli con doppia diagnosi (depressione, disturbo bipolare, psicosi e comportamenti violenti auto ed etero diretti), i dosaggi possono essere anche maggiori.

Mentre la dose bloccante i recettori è, dunque, relativamente costante nella sua efficacia, la dose anticraving è molto più soggettiva. In pratica non esiste un limite preconstituito e vi sono evidenze cliniche di soggetti che hanno sperimentato tale azione a dosaggi molto superiori a quelli standard (80-120 mg/die). La necessità di modificare la dose può anche dipendere da fattori psichici o socio-ambientali intercorrenti. E' spesso clinicamente osservabile la comparsa di craving in soggetti stabilizzati da tempo in occasione di eventi di perdita o di cambiamento (morte di persone care o cambiamento di lavoro). In questo caso il craving si rimane manifesta come una sensazione di discomfort che richiede un adeguamento del dosaggio ad un livello superiore per un periodo relativamente breve.

Il metadone possiede tutti i principali criteri che un agente farmacologico per il trattamento dell'addiction deve avere. Ha una lunga emivita, presenta scarsi effetti collaterali anche se utilizzato a lungo termine e non ha nessun effetto tossico. Si è, inoltre, dimostrato molto efficace in associazione alla psicoterapia, specialmente ad impronta cognitivo-comportamentale, per promuovere il maggior grado possibile di riabilitazione sociale.

Nel trattamento a lungo termine con metadone non è possibile dimostrare down-regulation o up-regulation dei recettori oppioidi, mentre il trattamento con antagonisti causa, in genere, una up-regulation [10].

Il metadone permette una normalizzazione del rilascio e dei livelli periferici di beta-endorfina e dei suoi livelli nel liquido cefalo-rachidiano. La normalizzazione del sistema oppioide endogeno si può avere solo durante il trattamento a lungo termine e non con dosaggi intermittenti, brusche interruzioni dell'assunzione di oppiacei o con l'utilizzo di oppiacei short-acting come l'eroina [10].

Il trattamento a lungo termine con il metadone è di fondamentale importanza nella riduzione della diffusione di patologie legate all'uso endovenoso della sostanza, quali l'infezione da HIV, l'epatite virale e la tubercolosi. Riducendo l'uso illecito degli oppiacei si previene l'uso di siringhe contaminate e questo ha portato ad una significativa riduzione del numero di pazienti affetti dal virus HIV [4; 21; 22]. Nel 1994 negli U.S.A. più del 50% dei dipendenti da oppiacei erano infetti da HIV. Degli individui entrati in trattamento metadonico prima dell'epidemia di AIDS, a New York nel 1978 solo il 9% si è rivelato sieropositivo [5]. Negli ultimi anni c'è stata una riduzione dei casi di AIDS negli omosessuali ed un aumento dell'incidenza di casi legato alla trasmissione eterosessuale, strettamente correlata alla continua crescita dei casi di infezione tra coloro che usano sostanze per via endovenosa [1; 2]. L'AIDS, tuttavia, si è ridotta tra i tossicodipendenti in trattamento metadonico rispetto ai pazienti che non curano la loro tossicodipendenza [12; 27]. Anche nei soggetti in trattamento con antivirali il dosaggio di metadone deve essere aumentato per mantenere inalterati i livelli plasmatici del farmaco.

Gli svantaggi del metadone sono rappresentati dalla dipendenza fisica che si instaura durante il trattamento e che condiziona una lenta disintossicazione. In più, l'azione agonista piena può provocare overdose in soggetti non tolleranti o scarsamente tolleranti agli oppiacei.

LA BUPRENORFINA

La buprenorfina è un agonista parziale dei recettori μ per gli oppiacei. Questo significa che, a differenza del metadone, non presenta un'azione lineare fra potere oppiaceo e dosaggio assunto. Al di sopra di un certo dosaggio, infatti, non si ha aumento dell'azione oppiaceo, ma essa dura più a lungo nel tempo consentendo somministrazioni non necessariamente giornaliere (effetto soffitta).

La buprenorfina è stata proposta come un'alternativa al metadone soprattutto per la sua estrema sicurezza nell'uso. Il farmaco può essere somministrato per via sublinguale sotto forma di

soluzione etanolica al 30%. Questa formulazione clinica è però inadatta per un uso terapeutico routinario e quindi sono normalmente utilizzate compresse sublinguali contenenti 0,4 mg, 2 mg e 8 mg di buprenorfina. L'uso della buprenorfina per il trattamento della dipendenza da oppiacei su larga scala è avvenuto, per la prima volta, in Francia nel 1995. Si stima che più di 30.000 pazienti siano attualmente in trattamento in quel paese.

La via di somministrazione sublinguale è da preferire in quanto consente un migliore assorbimento del farmaco. Il dosaggio può variare fino a 32 mg/ml, ma già dai 16 mg si assiste al cosiddetto effetto soffitta. La soluzione etanolica orale non può essere usata correntemente in terapia, tuttavia occorre ricordare che la biodisponibilità della buprenorfina in compresse è solo il 50% di quella della soluzione e quindi queste due formulazioni non sono bioequivalenti. In genere si tende ad applicare al dosaggio delle compresse un fattore di moltiplicazione pari a 2.

Rispetto all'eroina, la buprenorfina ha una lunga durata di azione, fino a 24-48 ore e induce una quota di euforia ben più modesta di quella causata dall'eroina o dal metadone; inoltre anche il livello di dipendenza fisica è notevolmente inferiore a quello dell'eroina e del metadone. Il livello di dipendenza può essere correlato all'intensità dei sintomi astinenziali prodotti da una brusca sospensione dell'oppiaceo o precipitata da un antagonista, naloxone o naltrexone. I livelli di astinenza prodotti dalla sospensione della soluzione orale di buprenorfina si sono rivelati marcatamente inferiori rispetto a quelli dell'astinenza da eroina, metadone o morfina. Analogamente basse dosi di naloxone capaci di produrre astinenza in dipendenti da oppiacei, non producono tale effetto nei soggetti in mantenimento con buprenorfina, sebbene alte dosi di naloxone o naltrexone siano capaci di produrre alcuni effetti astinenziali [24].

La buprenorfina possiede un limite all'intensità del suo stesso effetto, che si esplica generalmente fra gli 8 ed i 32 mg e corrisponde all'azione di 60 mg di metadone.

Nel passaggio dal trattamento a metadone a quello a buprenorfina il paziente potrebbe avvertire un certo disagio astinenziale. Per questo motivo la transizione deve avvenire in modo graduale e quando il metadone è intorno ai 20-30 mg al massimo. La stessa cosa non avviene con gli oppiacei a breve durata di azione quali l'eroina e la morfina [25; 26].

La retention rate del trattamento con buprenorfina è elevata [9]. L'efficacia clinica della buprenorfina è dose-dipendente e la dose minima efficace corrisponde a 4 mg/die. Dosi sublinguali fino a 16 mg/die si sono rivelate efficaci per la maggior parte dei pazienti. Tuttavia, non esiste una correlazione lineare tra l'aumento della dose sopra i 4 mg/die. e l'aumento della risposta clinica. Ciò suggerisce che, una volta raggiunto un risultato terapeutico soddisfacente, i benefici di un ulteriore aumento del dosaggio possono essere limitati.

Uno dei punti chiave del trattamento con la buprenorfina è dato dalla sua sicurezza alle alte dosi. Valutando i dati sull'uso di soluzioni da 1 mg a 32 mg esiste un limite massimo alla depressione respiratoria indotta dalla buprenorfina. Il livello massimo di interferenza con l'attività respiratoria si ha per dosi comprese tra 16 e 32 mg e non raggiunge la gravità degli effetti indotta dagli altri oppiacei [25].

La buprenorfina sembra essere sicura anche nel caso di un sovradosaggio. Tuttavia, dati provenienti dall'esperienza francese mostrano una forte probabilità di interazione tra buprenorfina e benzodiazepine. Questa associazione farmacologica aumenta notevolmente il rischio di depressione respiratoria. In Francia più di 30.000 tossicodipendenti hanno ricevuto oltre 14 milioni di compresse di buprenorfina nel primo anno della sua commercializzazione. 17 sono stati i pazienti deceduti per overdose da buprenorfina e benzodiazepine o alcool. In tutti questi casi la buprenorfina era stata utilizzata per via endovenosa.

Vi è un sostanziale accordo sul fatto che 8 mg di buprenorfina corrispondono a circa 60 mg di metadone. Tuttavia non c'è una correlazione

lineare tra i due farmaci, poiché l'effetto agonista della buprenorfina raggiunge un livello massimo ad un valore 2-4 volte superiore a questa dose (16-32 mg sublinguale), mentre quello prodotto dal metadone sembra aumentare sempre proporzionalmente alla dose. Questa proprietà della buprenorfina presenta vantaggi e svantaggi. E' probabile che la buprenorfina, a causa del suo minor potere oppiaceo, non sia adatta per il trattamento di pazienti fortemente dipendenti. Per lo scarso e limitato effetto agonista, tuttavia, la buprenorfina potrebbe essere usata come farmaco agonista di prima scelta, riservando il metadone per quei pazienti che non rispondono a 8-16 mg di buprenorfina.

La buprenorfina sembra, infine, avere un effetto anticraving sulla cocaina [20]; ma non è chiaro se questo effetto si esplica attraverso la riduzione del craving per gli oppiacei, come fa il metadone per i soggetti eroinomani abusatori di cocaina.

BIBLIOGRAFIA

1. Center for Disease Control (1994): Heterosexually acquired AIDS - United States, 1993. Morbidity and Mortality Weekly Report. 43: 155-160.
2. Center for Disease Control (1994): Update: trends in AIDS diagnosis and reporting under the expanded surveillance definition for adolescents and adults -United States 1993. Morbidity and Mortality Weekly Report. 43: 826-831.
3. Cirillo M., Maremmani I., and Nardini R. (1984): Il diavolo non esiste. Per un approccio diverso al problema della tossicodipendenza, Assessorato alla Cultura, Comune di Pietrasanta.
4. Des Jarlais DC., Friedman SR., Novick DM., Sotharan JL., Thomas P., Yancovitz SR., Mildvan D., Weber J., Kreek MJ., Maslansky R. (1989): HIV 1 infection among intravenous drug users in Manhattan, New York City 1977 to 1987. JAMA. 261: 1008-1012.
5. Des Jarlais DC., Marmor M., Cohen H., Yancovitz S., Garber J., Friedman S., Kreek MJ., Miescher A., Khuri E., Friedman SM. (1984): Antibodies to a retrovirus etiologically associated with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) in populations with increased incidences of the syndrome. Morbidity and Mortality Weekly Report. 33: 377-379.
6. Dole V. P. (1966): Methadone maintenance. A report of two years of experience to Committee on Problems

- Drug Dependence, Narcotic Rehabilitation Center, New York NY.
7. Dole V. P., Nyswander M. E. (1966): Rehabilitation of heroin addicts after blockade with methadone. *New York State Medical Journal*. 66(15): 2011-2017.
 8. Dole V. P., Nyswander M. E., Kreek M. J. (1966): Narcotic Blockade. *Archives of Internal Medicine*. 118: 304-309.
 9. Johnson RE., Jaffe JH., Fudala PJ. (1992): A controlled comparative trial of buprenorphine and methadone treatment for opioid dependence. *JAMA*. 267: 2750-2755.
 10. Kreek M. J. (1992): Rationale for maintenance pharmacotherapy of opiate dependence. *Res Publ Assoc Res Nerv Ment Dis*. 70: 205-230.
 11. Lahmeyer H. W., Channon R. A., Schlemmer F. J. (1988): Psychoactive substance abuse. In J. A. Flaherty, R. A. Channon, J. Devis Eds, *Psychiatry Diagnosis and Therapy*. Appleton e Lange, San Mateo, CA.
 12. Longshore D., Hsieh SC., Anglin MD. (1994): Reducing HIV risk behaviour among injection in drug users: effect of methadone maintenance treatment on number of sex partners. *International Journal of Addictions*. 29: 741-757.
 13. Lowinson JH., Marion IJ., Joseph H., Dole VP. (1992): Methadone maintenance. In JH. Lowinson, P. Ruiz, RB. Millman, JG. Langrod Eds, *Substance abuse: a comprehensive textbook*. Williams and Wilkins, Baltimore. pp. 550-561.
 14. Maremmani I. (1994): Comprehensive treatment of heroin dependence in Italy. Theory of different levels of intervention, i.d. 'breaking through a wall of prejudices'. *The Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences*. 4(2): 95-98.
 15. Maremmani I. (1999): Treating Heroin Addicts i.e. "Breaking through a Wall of Prejudices". *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*. 1(1): 1-8.
 16. Maremmani I., Zolesi O., Daini L., Castrogiovanni P. (1999): Disturbi Correlati a Sostanze. Oppiacei. In G. B. Cassano, P. Pancheri, L. Pavan, A. Pazzagli, L. Ravizza, R. Rossi, E. Smeraldi, V. Volterra Eds, *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, Milano. pp. 1352-1377.
 17. Martin W. R. (1972): Pathophysiology of narcotic addiction: possible role of protracted abstinence in relapse. In C. J. D. Zarafonetic Ed., *Drug abuse*. Lea and Febiger, Philadelphia. pp. 153-159.
 18. Martin W. R., Hewett B. B., Baken A. J., Heartzen C. A. (1977): Aspects of the psychopathology and pathophysiology of addiction. *Drug and Alcohol Dependence*. 2: 185-202.
 19. Martin W. R., Jasinski D. R. (1969): Physiological parameters of morphine dependence in man, early abstinence, protracted abstinence. *Journal of Psychiatric Research*. 7: 9-17.
 20. Mello N. K., Mendelson J. H., Kuehnle J. C., Sellers M. S. (1981): Operant analysis of human heroin self-administration and the effects of naltrexone. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*. 216: 45-54.
 21. Metzger DS., Woody GE., McLellan AT., O'Brien CP., Druley P., Navaline H., DePhilippis D., Stolley P., Abrutyn E. (1993): Human immunodeficiency virus seroconversion among intravenous drug users in-and out-of-treatment: an 18-month prospective follow-up. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 6: 1049-1056.
 22. Novick DM., Khan I., Kreek MJ. (1986): Acquired immunodeficiency syndrome and infection with hepatitis viruses in individuals abusing drugs by injection. *Bulletin on Narcotics*. 38: 15-25.
 23. Novick DM., Richman BL., Friedman JM., Friedman JE., Fried C., Wilson JP., Townley A., Kreek MJ. (1993): The medical status of methadone maintenance patients in treatment for 11-18 years. *Drug and Alcohol Dependence*. 33: 235-245.
 24. Stitzer ML., Schuh KJ., Walsh SL., Preston KL., Bigelow GE. (1994): The effects of buprenorphine in morphine-maintained subject. In LS. Harris Ed., *Problems of drug dependence 1993*. NIDA Research Monograph Series. NIDA, Baltimore. pp. 383.
 25. Stitzer ML., Walsh SL., Preston KL., Bigelow GE. (1993): Comparison of the acute effects of buprenorphine and methadone in non-dependent humans. In LS. Harris Ed., *Problems of the drug dependence, 1992*. NIDA Research Monograph Series. NIDA, Baltimore. pp. 333.
 26. Stitzer ML., Walsh SL., Preston KL., Cone EJ., Bigelow GE. (1994): Clinical pharmacology of buprenorphine: ceiling effects at high doses. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 55: 569-580.
 27. Watkins KE., Metzger D., Woody G., McLellan AT. (1992): High-risk sexual behaviours of intravenous drug users in- and out-of-treatment: implications for the spread of HIV infection. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 18: 389-398.

PRINCIPI DI BUONA PRATICA CLINICA PER IL TRATTAMENTO DEI TOSSICODIPENDENTI DA EROINA IN CARCERE

Icro Maremmani^{1,2,3}, Matteo Pacini^{1,2}

¹PISA-SIA (Study and Intervention on Addictions) Group, Ospedale Universitario “Santa Chiara”, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie, Università di Pisa

²Istituto di Scienze del Comportamento, Carrara

³Associazione per l’Utilizzo delle Conoscenze Neuroscientifiche a fini Sociali (onlus), Pietrasanta (Lucca)

RIASSUNTO

Il trattamento della tossicodipendenza è mirato ad ottenere un risultato di equilibrio e benessere soggettivo che prescinde dalle condizioni in cui si trova il soggetto all’inizio della terapia. Se la detenzione è una tappa frequente nella storia degli eroinomani, è auspicabile che il contesto carcerario si avvalga della tecnica medica che riesce a produrre salute e stabilità comportamentale in condizioni di libertà. Il mantenimento con agonisti, con metadone o buprenorfina, è fattibile all’interno del carcere, secondo gli stessi principi con cui si svolge all’esterno: se in prima istanza gli agonisti garantiscono una migliore gestione carceraria del soggetto, dall’altra facilitano la prospettiva della riacquisizione della libertà: la terapia iniziata “dietro le sbarre” costruisce una garanzia farmacologica da sfruttare per un futuro da soggetti liberi. Il percorso ipotizzabile è diverso a seconda della gravità tossicomane: nei casi meno gravi, il carcere può costituire un transito dalla libertà in condizioni di malattia ad una misura alternativa in condizioni di terapia. Nei casi hard-core, il carcere può agire, con il suo carattere coercitivo e chiuso, come protezione ai fini di un avvio e di una stabilità terapeutica, il che corrisponde se non altro ad una migliore qualità di vita carceraria. In questo modo la terapia non troverebbe più nel carcere un ostacolo, e il carcere realizzerebbe un ruolo importante di canalizzazione verso la terapia, la salute mentale e l’equilibrio sociale.

Parole chiave: Tossicodipendenza - Mantenimento - Agonisti degli oppiacei - Carcere

SUMMARY

The intervention upon drug addiction aims at the achievement of a satisfactory level of individual well being, which does not vary despite different starting conditions. Custody is common in the natural course of addictive history: therefore, it is worthwhile that the prison system implement medical skills which have proven effective on behavioural control and health preservation for free individuals. Agonist maintenance by methadone or buprenorphine is feasible within prison walls, according to the same principles adopted outside. Firstly, agonist drugs do grant a safer dealing with the jailed addict. On the other hand, they will favour the perspective of possible release: therapies started while behind bars pave the way towards a life of freedom. Different schedules are suitable for different grades of addictive severity. Less severe patients may be forced out of an ill-free life into a solution of therapeutical parole. Hard-core addicts may benefit from prison’s own isolation, as far as they are initiated and stabilized on therapeutical regimens during custody. Such a solution will at least grant them a better quality of prison life. In this view, the prison system would play a crucial role in leading addicts towards therapy, mental health and social adjustment.

Key words: Addiction - Maintenance - Opiate agonists - Prison

IL RAZIONALE DI UNA TERAPIA METADONICA DENTRO E FUORI DAL CARCERE

La terapia con agonisti è ad oggi il nucleo d’intervento più efficace nell’approccio alla tossicodipendenza da oppiacei. Altre tipologie di intervento possono rivestire un ruolo significativo,

ma nella posizione di interventi ancillari intorno a questo nucleo, o come canali di avvicinamento e introduzione in un programma con agonisti. La chiave di volta del trattamento con agonisti consiste nella prevenzione della ricaduta attraverso il controllo della spinta specifica verso l’eroina. Altri vantaggi farmacologici sono rappresentati dal blocco degli effetti acuti dell’eroina e della

compensazione in acuto dello squilibrio astinenziale. L'uso degli agonisti come strumento di ripristino della tolleranza basale (detossificazione) non costituisce un trattamento specifico per la tossicomania. Inoltre, dietro l'apparente risoluzione degli squilibri somatici, la tolleranza psichica e soprattutto la tolleranza al craving per l'eroina sono tutt'altro che risolte. Attualmente, questa è la condizione in cui si trovano la maggior parte dei detenuti tossicomanici italiani, che non sono incanalati verso l'opzione di un programma con metadone o buprenorfina: eppure per essi la malattia resta la stessa prima, durante e dopo la carcerazione, e la stessa rispetto ai tossicomanici non detenuti.

L'opposizione logica maggiore consisterebbe nell'inutilità di una terapia anticraving o di un blocco farmacologico degli effetti dell'eroina, laddove non dovrebbe esserci occasione di assumere sostanze stupefacenti. Al di là delle questioni relative alla sicurezza delle carceri, è possibile contrapporre a questa obiezione un argomento prettamente medico. La terapia con agonisti è uno strumento per ottenere, sostanzialmente, la prevenzione della ricaduta. Contemporaneamente, essa offre la possibilità di sostituire la funzione cerebrale lesa dall'uso cronico di eroina, e non, secondo il concetto erroneo di terapia sostitutiva, di sostituire gli effetti dell'eroina. Sfruttare il tempo di detenzione come tempo terapeutico riveste un'utilità che prescinde dall'effettiva possibilità di utilizzare o meno sostanze. Se è vero che la valutazione finale dell'efficacia deve riferirsi all'ambiente naturale del soggetto, istituire un regime terapeutico con caratteristiche standard di dosaggio e con una sufficiente articolazione significa aumentare le probabilità che i futuri ex-detenuti rimangano legati ad un contesto terapeutico, e siano comunque a minor rischio di incidenti droga-correlati (primo fra tutti l'overdose a ridosso della scarcerazione). Del resto, sia gli studiosi di soluzioni farmacologiche [50], sia gli studiosi di altre soluzioni, come la comunità terapeutiche [9; 18; 23] sostengono la possibilità e l'opportunità di interventi in ambito carcerario, nella misura in cui l'obiettivo finale

è comunque la prevenzione della ricaduta. Poter costruire scientificamente l'affidabilità di un soggetto mentre si trova in un contesto coercitivo è la vera promessa delle terapie con agonisti per i tossicomanici detenuti. Con la scarcerazione, ad essi è restituita una libertà sociale e una libertà dell'automatismo tossicomanico per il quale la libertà è in realtà certezza di ricaduta. Inoltre, la libertà individuale è accoppiata, mediante il mantenimento della protezione farmacologica, ad una garanzia di controllo della sociopatia associata [38].

IL CARCERE COME OCCASIONE DI TERAPIA

La definizione OMS di tossicodipendenza come malattia (1950) ha rappresentato la ratifica di una mutata consapevolezza degli aspetti psicopatologici legati al fenomeno "droga". In linea con tale visione (L. 297/85), l'intervento sul tossicodipendente non ha più riconosciuto nel carcere un momento o un setting specifico, ma ci si è orientati verso la possibilità di un trattamento extra-carcerario attraverso misure alternative alla detenzione. La legge 663/1986 riconosce i pazienti dipendenti da sostanze come categoria da dirottare verso una soluzione terapeutica piuttosto che detentiva, introducendo l'affidamento in prova: in questo modo il carcere continua a rappresentare un momento sociale e non terapeutico, ma diviene un passaggio potenzialmente cruciale nella storia della malattia tossicomanica. D'altra parte, l'affidamento terapeutico non è applicabile a qualsiasi caso penale. La tutela della malattia tossicomanica per coloro che non possono beneficiare dell'affidamento terapeutico è comunque sancita dalla legge 162/1990, che indica la necessità di sviluppare percorsi terapeutici e riabilitativi nel contesto del periodo di carcerazione, e la necessità di continuità tra interventi esterni e interni al carcere. In definitiva, per reati di gravità limitata, quali quelli più specifici e frequenti nello stereotipo tossicomanico, le specificità della malattia prevalgono sulla genericità della detenzione, e in ultima analisi le misure terapeutiche si traducono anche nel controllo della pericolosità sociale. Per ogni tipo di reato, anche nell'im-

possibilità legale di mantenere libero il soggetto tossicomane, la tossicomania è comunque riconosciuta come un problema medico che merita un intervento mirato. Infatti, è stato precisato che “i servizi sanitari per i detenuti dovrebbero essere equivalenti a quelli forniti all'esterno del carcere”, e che “sarebbe necessaria la continuità di trattamento per i detenuti all'entrata e all'uscita dal carcere, che comprenda la cooperazione tra Istituti penitenziari ed enti esterni” (risoluzioni della Conferenza di Oldenburg, Svezia su Carcere e Tossicodipendenze, 12 - 14 marzo 1999); e ancora “le risposte ai consumatori di droga detenuti in carcere devono tenere presente che i detenuti provengono dalla comunità e torneranno nella comunità” (ibidem). Il carcere, così come la comunità terapeutica, divengono contesti utili per impostare una terapia secondo parametri tali da garantirne il funzionamento una volta che il paziente sia tornato nella comunità sociale. Il controllo esercitato all'interno della struttura carceraria può favorire l'impostazione di un trattamento che, per individui malati liberi, non rappresenterebbe un'opzione realistica. In altre parole, individui che in condizioni di libertà non richiedono o non aderiscono al trattamento, in condizioni di detenzione potrebbero trovare un'opportunità terapeutica.

Negli anni più recenti si è provveduto a modificare la struttura carceraria in modo da creare spazi speciali dedicati alla dipendenza, secondo le indicazioni del Testo Unico 309/90. Tuttavia, questo approccio può perdere il carattere di specificità suggerito dalla legge, e perdersi nel tentativo fuori target di offrire alla popolazione tossicodipendente carceraria generiche facilitazioni ambientali, ricreative e riabilitative.

A nostro parere, l'attenzione dovrebbe essere rivolta allo sfruttamento di alcune caratteristiche proprie e necessarie del sistema carcerario per l'attuazione di misure terapeutiche proprie e necessarie per il controllo della tossicodipendenza. In altre parole, il carcere, quando inevitabile per legge, potrebbe diventare un'occasione di terapia e si potrebbe parlare di terapia “in occasione di detenzione”.

EFFETTO DEI TRATTAMENTI CON AGONISTI SULLA CRIMINALITÀ TOSSICOMANICA E SULLA GESTIONE DEI DETENUTI TOSSICOMANI

Trattamento specifico per la dipendenza e prevenzione del recidivismo criminale

L'incidenza di incarcerazione tra eroinomani in terapia di mantenimento è pari al 5% a 7 anni [35], al 2% a 12 anni [46]. L'essere in mantenimento metadonico è protettivo e si associa a basso rischio di carcerazione sia nel paragone tra tossicomani trattati e non trattati [12; 20; 23; 25; 30- 32; 34; 37; 40; 44; 52], sia negli stessi soggetti prima e dopo l'ingresso in trattamento [3; 13; 15; 39]. La protezione prodotta dal trattamento si esaurisce con la ripresa delle condotte tossicomane, e quindi non tanto nell'immediatezza di una sindrome da sospensione o di un'iniziale astinenza dall'uso, ma nel medio-lungo termine, quando la spinta verso la sostanza produce una ricaduta rapidamente disadattiva. Colombo e collaboratori riportano come oltre il 75% dei detenuti tossicomani abbiano terminato l'ultimo trattamento oltre 60 giorni prima dell'incarcerazione, e solo il 3% sia incarcerato a pochi giorni dall'uscita dal trattamento [6]. Il rapporto tra mantenimento metadonico e criminalità è evidente anche dalla variazione, nel periodo 1986-1995, della percentuale di tossicodipendenti incarcerati che erano in trattamento metadonico. Infatti, il numero assoluto di tossicodipendenti detenuti aumenta da circa 6000 nel 1986 a più di 13000 nel 1995. Diversamente, la percentuale di soggetti in trattamento con metadone all'ingresso in carcere presenta un primo aumento, nella seconda metà degli anni '80, come riflesso della diffusione del trattamento metadonico sul territorio nazionale; e si riduce drasticamente a cavallo degli anni '90, dal 33% al 3% (Fonte Ministero della Giustizia, tabella 1). In Francia, la diffusione negli anni '90 del trattamento con agonisti ha prodotto una graduale riduzione della quota di detenuti che all'ingresso assumevano agonisti. Lo stesso ministero della sanità francese ha interpretato tale fenomeno come la prova che un trattamento in corso “tiene lontano” il sogget-

TABELLA 1. TOSSICOMANI RECLUSI IN TRATTAMENTO METADONICO			
Rilevamento	Tossicodipendenti reclusi	Tossicodipendenti in trattamento metadonico	
		N	%
31-12-1986	6.102	252	4.13
31-12-1987	5.221	1.742	33.37
31-12-1988	7.500	750	10.00
15-6-1989	8.790	1.916	21.80
31-12-1990	7.299	184	2.52
30-6-1991	9.623	273	2.84
31-12-1991	11.540	378	3.28
30-6-1992	13.970	237	1.70
31-12-1995	13.448	391	2.90

to tossicomane dal carcere [21; 49].

Tra gli eroinomani che hanno avuto problemi legali droga-correlati, la prevalenza di coinvolgimento in attività criminali e/o incarcerazione a 20 anni è del 41% [16].

La storia criminale di soggetti eroinomani subisce una significativa variazione in termini di incidenza di carcerazione [3; 15; 35], numero di carcerazioni e tempo totale di carcerazione durante la permanenza in un programma di mantenimento metadonico [20]. I pazienti che accettano un mantenimento a 60 mg hanno minore probabilità di essere reincarcerati rispetto ai soggetti che assumono 30 mg e rifiutano dosi potenzialmente bloccanti [2; 48].

Trattamenti non specifici non modificano la storia tossicomane e criminologica di popolazioni di ex-detenuti [41].

Vantaggi del mantenimento metadonico per il carcere

In Canada, a rompere il ghiaccio è stato un detenuto eroinomane, che nel 1999 ha denunciato le autorità carcerarie di Kent che gli avevano negato la possibilità di iniziare un programma di

mantenimento metadonico durante la detenzione [33]. In Irlanda, la richiesta di estendere il trattamento metadonico in carcere è stata avanzata dal corpo di polizia penitenziaria [24].

Nel periodo 1989-1995 le morti droga-correlate nel carcere di Amburgo si verificano soltanto nel gruppo di eroinomani detenuti non in mantenimento con metadone [14].

Disforia, aggressività e autolesionismo

L'aggressività del soggetto eroinomane sembra svilupparsi su due linee distinte. Da una parte, gli elevati livelli di aggressività durante l'intossicazione cronica correlano con una maggiore gravità della malattia e con il craving per l'eroina. Una minoranza di eroinomani, particolarmente aggressivi rispetto alla media, si caratterizzano per una maggiore gravità della sintomatologia astinenziali ma anche per una substrato harm-avoidant (che tende cioè all'evitamento del danno), che potrebbe indicare una predisposizione biologica al danno da assunzione cronica di eroina. Sensibilità agli effetti psicotossici dell'eroina (disforia-aggressività) e alla dipendenza (rapidità di passaggio dall'uso occasionale al-

l'uso regolare) sembrano procedere di pari passo, come ad indicare un substrato predisponente a divenire contemporaneamente eroinomani ed eroinomani aggressivi. Nell'eroinomane medio, il livello di aggressività è correlata al craving, ed è quindi un equivalente tossicomano. In ambito carcerario, le condotte aggressive, i suicidi e l'autolesionismo rappresentano gli aspetti psicopatologici di rilievo tra i tossicomani. La frequenza di suicidio e di condotte autolesive non aumenta durante la fase astinenziale [19]. La cattiva pratica di sospendere, più o meno gradualmente, il trattamento con agonisti durante la detenzione può quindi sembrare scevra da rischi, ma gli effetti del deficit oppioideergico si rendono evidenti nel tempo. Possono quindi verificarsi atti impulsivi auto/eteroaggressivi "a ciel sereno" in soggetti recentemente privati della terapia ("detossificati"). Nell'ambiente naturale, i soggetti aggressivi traggono maggior beneficio dai trattamenti con agonisti, anche quando la dose è contenuta. Tuttavia, un controllo soddisfacente dell'aggressività richiede un dosaggio proporzionale al livello iniziale dell'aggressività stessa. Viceversa, il trattamento naltrexonico correla con livelli di aggressività e rischio suicidario maggiore rispetto al metadone, in pazienti paragonabili per i suddetti aspetti all'ingresso nel programma. Il contenimento dell'aggressività, assieme al contenimento dei comportamenti di ricerca dell'eroina sono probabilmente i motivi che hanno spinto il corpo di polizia penitenziaria irlandese a richiedere formalmente di estendere il trattamento metadonico ai tossicomani detenuti [24]

Condotte a rischio sanitario

In assenza di copertura con agonisti, si può ragionevolmente ipotizzare che il controllo carcerario sulla circolazione delle sostanze riduca il rischio di assunzione delle stesse all'interno; d'altra parte, vista la promiscuità dell'ambiente e la concentrazione nello stesso ambiente, sintonizzati sullo stesso craving, gli episodi che sfuggono al regime di controllo presentano una quota di rischio maggiore [8; 21; 27; 43]. Inoltre, il rischio carcerario droga-correlata può essere

particolarmente elevato per la concentrazione in ambiente carcerario di eroinomani più gravi sul piano del discontrollo degli impulsi, quali ad esempio quelli con comorbidità per disturbo antisociale di personalità [8]. Il vantaggio del mantenimento metadonico in carcere è per l'appunto quello di produrre un'inversione di tendenza nei comportamenti impulsivi associati all'uso di sostanze: se in presenza di terapia gli eroinomani detenuti presentano una certa attenzione per la propria incolumità anche quando continuano ad iniettarsi stupefacenti, in assenza di terapia l'urgenza legata al craving in condizioni di penuria della sostanza finisce per amplificare il rischio igienico, e l'aggressività droga-correlata è controllata dall'azione oppioide-agonista.

Se l'uso di eroina prosegue anche dentro al carcere, e riprende prontamente dopo la scarcerazione con i ritmi e le modalità precedenti, le condotte a rischio infettivo (scambio di siringhe, sesso non protetto) sono invece rare per i tossicomani detenuti in mantenimento metadonico [8; 51]. In uno rilievo tedesco [45] il rischio di sieroconversione è stato stimato nullo tra i detenuti in mantenimento metadonico rispetto ad un valore di 5,9/100 anni-persona in una popolazione carceraria non selezionata e ad un corrispettivo di 8,9/100 anni-persona tra detenuti che non assumevano metadone.

Posto che una terapia specifica, ovvero mirata al controllo del craving e della ricaduta, è la prima scelta anche e soprattutto per i tossicomani detenuti, nei casi in cui la soluzione suddetta sia impraticabile per ragioni mediche o per un assoluto rifiuto da parte del detenuto anche in un contesto coercitivo, la somministrazione controllata di eroina è scientificamente ammessa, a patto che i detenuti utilizzatori siano isolati dagli altri [32].

La distribuzione di siringhe sterili in carcere non incoraggia l'uso di sostanze, ma è invece efficace nel ridurre il rischio infettivologico (tasso di sieroconversione, scambio di siringhe) [32].

E' possibile quindi abbinare ad un intervento specifico a base di agonisti un intervento di riduzione del danno, poiché il secondo non tende

a neutralizzare il primo, ma minimizza il rischio associato a quella quota di attività “iniettiva” che sfugge alla terapia anticraving.

In conclusione, il rischio carcerario associato all’uso di stupefacenti all’interno del carcere può articolarsi in due fronti: il sistema poliziesco deve minimizzare l’afflusso di stupefacenti e l’incidenza di assunzione; gli interventi specifici devono amplificare questo controllo agendo sull’individuo e indirettamente sulla comunità tossicomana in carcere e, contemporaneamente, minimizzare il rischio associato alle assunzioni. Del resto, in condizioni non coercitive, il trattamento con agonisti costituisce lo strumento più semplice ed economico per il contenimento dell’uso di sostanze.

IL RUOLO DELLA DETENZIONE NELLA STORIA NATURALE E TERAPEUTICA DELLA TOSSICOMANIA.

Un problema medico o carcerario?

La carcerazione costituisce, di fatto, un limite fisico al rapporto con le sostanze. Nonostante questo, la semplice interruzione dell’assunzione non è di per sé sufficiente a depotenziare la spinta tossicomana, specialmente nel caso degli oppiacei. Questa è la ragione per cui esiste una domanda carceraria di stupefacenti, e di conseguenza la necessità di controllare l’afflusso e la diffusione degli stessi all’interno del carcere. Le misure di controllo sono sicuramente importanti nel ridurre il fenomeno dell’uso, ma aspecifiche nei riguardi della dipendenza. Il motore primario dell’uso di sostanze non deriva dall’ambiente carcerario: in altre parole, non si tratta di un orientamento collettivo dettato dalle condizioni carcerarie, ma piuttosto una concentrazione di spinte individuali nate fuori dal carcere. Si possono definire pertanto due linee di intervento: una, aspecifica, di riduzione dell’offerta di stupefacenti (supply-reduction), di competenza poliziesco-carceraria; l’altra di riduzione della domanda di stupefacenti, di competenza medica, e specificamente mirata al controllo del comportamento dei consumatori (demand-reduction)[47]. Anche il problema dell’iniziazione in carcere, trova il suo momento fondamentale nella disponibilità

delle sostanze in carcere, a sua volta motivata dalla presenza di una domanda tossicomana. In condizioni di non-terapia, fuori e dentro dal carcere, o in ambiente carcerario di diversa concezione, i tossicomani inizieranno alle sostanze altri detenuti. Se il setting carcerario è utile nel migliorare il disagio ambientale, il controllo di un problema medico richiede l’intervento specifico e individuale, che diviene secondariamente intervento di comunità.

A seconda della scelta tra terapia e non-terapia, il carcere può divenire un’occasione di amplificazione o di neutralizzazione delle conseguenze individuali e di comunità legati alla dipendenza [50].

Razionale dell’intervento specifico durante la detenzione

Le condizioni di detenzione non influiscono sull’efficacia del mantenimento metadonico nel controllare l’assunzione di narcotici [11]. Per questo, l’accessibilità al trattamento in carcere deve essere equivalente a quella all’esterno [5]. Molti programmi, per quanto utili in chi vi aderisce, non sono tollerabili per una parte dei soggetti tossicomani [43]. Nel trial clinico del “MTC project team” sull’induzione con LAAM nel trimestre precedente la scarcerazione in detenuti già eroinomani prima della detenzione, l’adesione è stata del 92% [22]. Il mantenimento metadonico “a ponte” tra il carcere e l’ambiente esterno, nonostante un tasso di drop-out significativo (40%), consente di stabilire un contatto che tende ad essere rinnovato annualmente anche dai soggetti che non si sottopongono regolarmente al trattamento [26]. Il carattere coercitivo di un programma è utile nell’aumentare la ritenzione e non compromette l’efficacia. Si deve precisare che l’efficacia e la ritenzione in trattamento non dipendono soltanto dal tipo di farmaco utilizzato: il metadone può associarsi ad una bassa efficacia nel prevenire il recidivismo e nel ritenere il paziente in trattamento quando somministrato in maniera aspecifica, ovvero con l’obiettivo generico di ridurre i problemi droga-correlati. Prevedibilmente, gran parte dei soggetti interrompe il trattamento o già in fase di induzione

o subito dopo la scarcerazione, non sussistendo vantaggi contingenti tra prosecuzione della terapia e rapporto con le istituzioni. Comunque, dei 36 pazienti scarcerati dopo aver completato l'induzione, 22 hanno proseguito oltre i primi 6 mesi nell'ambito di un programma di mantenimento metadonico, ed altri 11 sono rimasti in trattamento a breve termine, riducendo così il rischio di ricadute a rischio di overdose nell'immediata prossimità della scarcerazione. I detenuti tossicodipendenti devono poter proseguire la fase del programma terapeutico in corso al momento dell'incarcerazione, e devono poter iniziare un programma metadonico durante la detenzione. Secondo questa filosofia opera il programma KEEP presso la New York City's "Rikers' Island Facility", che conduce il primo esperimento di mantenimento metadonico per tossicodipendenti detenuti. Il primo, importante risultato, è rappresentato dallo sfruttamento efficace della detenzione come occasione di inizio di un programma specifico. L'85% di detenuti non trattati al momento dell'arresto è in trattamento dopo la scarcerazione presso il servizio territoriale [48]. Dal punto di vista medico, l'obiettivo di un programma metadonico gestito all'interno del carcere è duplice: da una parte, l'obiettivo proprio della terapia, ovvero la prevenzione della cronicità e della ricaduta; dall'altro, il miglioramento della qualità di vita all'interno del carcere.

Gli obiettivi del programma metadonico in carcere si possono distinguere in base al termine previsto di scarcerazione e alla fase del programma al momento dell'inizio della detenzione. I pazienti stabilizzati, qualunque sia il termine previsto per il rilascio, devono poter proseguire il trattamento. I pazienti incarcerati in fase di induzione devono poter proseguire l'induzione. La stabilizzazione è un obiettivo raggiungibile in carcere, con la riserva che la stabilità raggiunta non necessariamente reggerà nell'ambiente esterno. Il dosaggio del farmaco e l'associazione di eventuali altri interventi può rendersi necessaria dopo il ritorno all'ambiente di provenienza. Viceversa, un paziente stabiliz-

zato ad un determinato dosaggio e con eventuali altre terapie in corso, potrebbe aver bisogno di un aumento della dose per lo stress originato dalle condizioni coercitive. Se le misure di incremento della copertura terapeutica sono fattibili e spesso consigliate, la riduzione del dosaggio o il disimpegno dal programma durante la carcerazione sono invece controindicate, almeno per le pene brevi. Infatti, il paziente deve essere restituito all'ambiente di provenienza in condizioni di comprovata stabilità (dosaggio di stabilizzazione prima della carcerazione) o di presumibile stabilità (dosaggio medio efficace). In ogni caso, un dosaggio medio è protettivo rispetto al rischio di intossicazione da narcotici dopo la scarcerazione. La riduzione della dose o il disimpegno in ambiente carcerario restituisce all'ambiente un soggetto con un rischio aumentato di discontrollo comportamentale e di sovradosaggio accidentale. Tale pratica non è pertanto corretta. Oltremodo sconsigliata è la sospensione graduale del metadone con l'introduzione di benzodiazepine: in tal modo non solo si priva il paziente di un effetto protettivo specifico fornito dalla terapia metadonica, ma si favorisce l'instaurarsi di poliabuso [29].

Per alcune categorie di pazienti, l'inserimento in un programma metadonico è prioritario, così all'esterno come all'interno del carcere. Si tratta di pazienti nei quali la prosecuzione della tossicomania potrebbe nuocere alle patologie associate, non tanto per gli effetti propri delle sostanze, e quindi per il perpetuarsi dell'intossicazione, quanto per il discontrollo comportamentale e la trascuratezza della persona che caratterizzano lo stile di vita tossicomano.

Un trattamento metadonico in corso favorisce l'adesione del detenuto eroinomane affetto da tubercolosi al trattamento antitubercolare, e la probabilità del completamento del ciclo terapeutico [28].

In chi si è sottoposto ad un trattamento specifico in carcere, minori sono i tassi di reincarcerazione e di recidiva della dipendenza da sostanze a 6 mesi [36]. Questo è in gran parte giustificato da quella quota di programmi che proseguono al

di fuori del carcere, piuttosto che da un effetto preventivo a lungo termine di un trattamento concluso alla scarcerazione [17]

L'adozione di una politica di riduzione della detenzione con l'obbligo di partecipare ad un programma terapeutico ha fondamento scientifico. Il carattere volontario del trattamento non garantisce una maggiore ritenzione: se i soggetti che chiedono spontaneamente un trattamento hanno tassi di carcerazione minori rispetto a coloro che usufruiscono dell'affidamento terapeutico, i volontari interrompono comunque il trattamento per mancanza di compliance. Per i tossicomani detenuti o condannati, il trattamento come alternativa al carcere può quindi essere uno strumento per ottenere una certa compliance [1; 10]. Se l'efficacia di un trattamento può prescindere dalla libera scelta del paziente, la motivazione al trattamento non deve essere considerata requisito essenziale per il suo successo. Del resto, l'ingresso in trattamento spesso è comunque sostenuto da aut-aut psicosociali, quali l'essere allontanato da casa, la fine di una relazione, l'essere allontanato dai figli, la perdita del lavoro o del mantenimento.

Il trattamento metadonico ha anche effetti benefici anche in maniera indiretta. Per esempio, non soltanto riduce l'incidenza di sieroconversione tra i tossicomani sieronegativi, ma riduce i tassi di contagio nei partners degli stessi individui. Allo stesso modo, il controllo della tossicomania nei detenuti già tossicomani può prevenire l'iniziazione in carcere di detenuti. Il problema è di per sé rilevante: il 3-26% dei tossicodipendenti detenuti dichiara di aver assunto eroina per la prima volta in carcere. Globalmente, lo 0,4-21% dei tossicodipendenti iniettori ha iniziato l'uso di eroina in carcere.

SCARCERAZIONE "SICURA"

L'overdose della scarcerazione è significativamente più probabile a ridosso della scarcerazione (prime due settimane) rispetto al periodo che segue [42]. Ciò indica che il fenomeno non deriva tanto da un ritorno all'uso stabile di eroina, o con l'aumentare delle dosi, ma alla mancata soppressione del rischio di ricaduta in

condizioni in cui l'individuo non è tollerante ed ha un craving vivace. Mentre per alcune sostanze, come la cocaina, un periodo di sospensione può essere utile nel favorire l'estinzione del craving, il tempo trascorso in astinenza da eroina, ma in assenza da terapia anticraving, lavora a favore della ricaduta. La scarcerazione di soggetti non più tolleranti agli oppiacei e astinenti in carcere, senza aver assunto terapie con agonisti, è una scarcerazione rischiosa. Paradossalmente, il rischio sarebbe minore se i soggetti avessero proseguito l'uso di eroina durante la detenzione. In nessun caso un intervento medico dovrebbe produrre rischi superiori a quelli della patologia di base.

L'istituzione di un programma di mantenimento, anche per i soggetti che lo interromperanno dopo la scarcerazione, è la misura migliore per garantire una protezione dal sovradosaggio durante e dopo la detenzione, almeno a breve termine [22]. Alla scarcerazione il dosaggio tollerato dovrebbe superare i 60 mg/die.

In nessun caso la scarcerazione, in quanto passaggio "a rischio", deve costituire l'occasione di istituzione di una terapia con naltrexone. Analogamente, è rischioso per il paziente istituire una terapia con naltrexone in carcere per poi verificarne l'efficacia all'esterno.

Naltrexone

L'ammissione di misure alternative al carcere è comprensibilmente vincolata all'adesione ad un piano terapeutico. Questo vincolo si basa sul presupposto che la terapia produca e mantenga nel soggetto una condizione funzionale alla propria riabilitazione e ne garantisca l'affidabilità sul piano comportamentale, in modo da rendere fattibili le iniziative riabilitative.

La compromissione dell'adattamento e della ripresa psicosociale sono certamente in stretto rapporto con il nucleo della malattia tossicomantica. Le condizioni di intossicazione cronica e acuta ricorrente, che senza dubbio producono un'interferenza grossolana con l'adattamento, sono però gerarchicamente subordinate, nell'ottica di un programma terapeutico, ad una condizione di alterazione cognitiva, affettiva e

comportamentale che sostiene una deviazione della progettualità, dell'interesse e dell'attività verso la sostanza. Infatti, mentre il mantenimento dell'astinenza non produce, di per sé, una remissione clinica della tossicomania, l'intervento anti-craving, anche dopo un primo periodo di prosecuzione dell'assunzione di sostanze, produce una spontanea estinzione delle condotte tossicomane. La terapia anticraving con agonisti degli oppiacei, ancora adesso, è spesso definita in termini di terapia sostitutiva, con l'equivoco tra la sostituzione della funzione lesa per effetto dell'intossicazione cronica da oppiacei e la surrogazione dell'effetto stupefacente. Al contrario, i farmaci agonisti terapeutici sono utilizzati, da una parte, proprio grazie all'assenza di un rinforzo positivo simile a quello prodotto dagli agonisti patogeni, e d'altra parte per un effetto anticraving che è strettamente legato all'agonismo per gli stessi recettori.

I farmaci antagonisti sono accettati dai tossicomani meno gravi, per i quali la desiderabilità sociale, almeno in un periodo iniziale, è preferibile all'uso della sostanza. In tali soggetti, la consapevolezza di un blocco farmacologico potenziale, motiva la rinuncia all'uso di oppiacei, seppur in presenza di un desiderio non estinto. Dal punto di vista comportamentale, tuttavia, la minor gravità di questo sottogruppo è testimoniata dall'aderenza ad un trattamento che di per sé non controlla la spinta verso la sostanza e contemporaneamente ne neutralizzerebbe gli effetti. Nei soggetti che aderiscono al trattamento naltrexonico in regime di mantenimento, in cui si effettuino controlli urinari regolari, il farmaco si è dimostrato sicuro ed ha permesso l'adozione di misure alternative alla semplice detenzione [4]. A breve termine (6 mesi), in popolazioni di eroinomani in libertà vigilata che aderiscono spontaneamente ad un trial clinico con naltrexone, il trattamento si dimostra efficace (vs. placebo) nel contenere l'uso di oppiacei e il tasso di revoca della libertà vigilata con reincarcerazione [7]. Tali risultati sono simili a quelli ottenuti su popolazioni esterne di eroinomani, ma sono da riferirsi a quella minoranza di pazienti eroinomani,

con addiction di gravità limitata, che aderiscono ad un regime di mantenimento con naltrexone, e non ad un trattamento a breve termine dopo la detossificazione.

La volontà del soggetto di assumere il naltrexone in vista di un disimpegno dalla terapia non è garanzia di efficacia.

In linea generale, la scarcerazione con naltrexone deve essere evitata per il rischio di ripresa parossistica del craving in condizioni di maggiore disponibilità della sostanza e conseguente rischio di overdose. Alla scarcerazione, la terapia dovrebbe garantire comunque una certa tolleranza agli oppiacei insieme ad una almeno parziale copertura anticraving, ovvero una terapia con agonisti pieni a dosaggio di almeno 60 mg.

CONCLUSIONI

La tossicomania, per sua natura, porta chi ne è affetto a contatti ripetuti con istituzioni militari e giudiziarie. Ognuno di questi "incidenti di percorso" può rappresentare un'ulteriore complicazione o un'occasione di stabilire un contatto terapeutico, e, auspicabilmente, di inserire il paziente nell'ottica di un trattamento specifico. Se il fine è la riabilitazione del paziente e la sua restituzione all'ambiente esterno come elemento funzionale a sé stesso, la terapia di prima scelta in qualsiasi contesto, incluso quello detentivo, dovrebbe corrispondere a quella dimostratasi più efficace naturalisticamente. Il programma di mantenimento con agonisti è al momento quello che offre più garanzie in termini riabilitativi, di prevenzione della ricaduta e di contenimento della sociopatia.

Talora in istituzioni carcerarie o sanitarie, il tossicomane riceve interventi fuori target, in cui l'obiettivo non è la prevenzione della ricaduta ma il semplice raggiungimento di una condizione drug-free, senza alcuna garanzia sul suo mantenimento nell'ambiente naturale.

L'introduzione del mantenimento metadonico, nelle sue varie fasi, all'interno del carcere mira a costruire un continuum terapeutico per il soggetto tossicomane [5], scegliendo la terapia che

meglio controlla i suoi aspetti nucleari (craving e recidivismo) indipendentemente dal contesto e dai cambiamenti ambientali. Il coinvolgimento dell'ambito carcerario in una rete terapeutica è importante, vista l'elevata frequenza di transito dal carcere nella storia naturale dell'eroinismo.

Quando il tempo detentivo è convertito in tempo terapeutico, la soluzione carceraria può assumere un significato.

BIBLIOGRAFIA

1. Anglin M. D., McGlothlin W. H., Speckart G. (1981): The effect of parole on methadone patient behavior. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 8(2): 153-170.
 2. Bellin E., Wesson J., Tomasino V. (1999): High dose

methadone reduces criminal recidivism in opiate addicts. *Addiction Research*. 7(1): 19-29.
 3. Bracy S. A., Simpson D. D. (1982): Status of opioid addicts 5 years after admission to drug abuse treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 9(2): 115-127.
 4. Brahen L. S., Henderson R. K., Capone T., Kordal N. (1984): Naltrexone treatment in a jail work-release program. *J Clin Psychiatry*. 45(9pt2): 49-52.
 5. Chorzelski G. (2000): Co-operation between methadone treatments in prison and in the community. Oral presentation at the conference: "Encouraging Health Promotion for Drug Users within the Criminal Justice System," November 22-25, 2000, Hamburg, Germany.
 6. Colombo S., Merlo G. (1986): Tossicodipendenza e criminalità: uno studio della situazione a Torino. *Boll Farmacodip e Alcoolis*. (1-3): 92-121.

TABELLA 2. GESTIONE DEL PAZIENTE EROINOMANE IN CARCERE IN BASE ALLA CONDIZIONE TOSSICOMANICA				
Condizione tossicomantica	Optimum	Razionale	Da evitare	Misure associate
Tossicomane già in trattamento con metadone	Proseguire	Mantenimento dei risultati ottenuti	Riduzione della dose	Psicoterapia e counseling
Tossicomane in fase di induzione	Terminare induzione e iniziare mantenimento a dosi standard (80-120 mg/die)	Perseguimento della stabilizzazione	Disimpegno farmacologico	Psicoeducazione
Tossicomane in fase di disimpegno	Concludere il disimpegno	Completare il programma	Accelerare il disimpegno	Counseling
Tossicomane in fase di stabilizzazione	Monitoraggio per adeguare la dose di stabilizzazione	Perseguimento della stabilizzazione	Disimpegno farmacologico	Counseling, psicoeducazione
Tossicomane "drug-free" (mai trattato)	Iniziare programma di mantenimento	Sfruttare l'occasione al fine di una iniziazione terapeutica	Nessun intervento	Psicoeducazione, counseling
Tossicomane "drug-free" già trattato ed attivo in eroina	Iniziare programma di mantenimento	Trattare la ricaduta	Disintossicazione	Psicoeducazione, counseling

TABELLA 2. Continua				
Condizione tossicomantica	Optimum	Razionale	Da evitare	Misure associate
Tossicomane "drug-free" già trattato che non usa eroina da alcuni mesi	Monitoraggio	Valutare l'opportunità di reinstaurare la terapia in base alle caratteristiche comportamentali	Considerare il detenuto come un "non tossicomane"	Psicoeducazione
Tossicomane "drug-free" abusatore di alcool e benzodiazepine	Iniziare programma di mantenimento con agonisti degli oppiacei e/o clonazepam	Prevenire e/o trattare abuso da sottomedicazione o polidipendenza	Sola disintossicazione	Psicoeducazione
Tossicomane "drug-free" abusatore di cocaina e solo occasionalmente di eroina	Iniziare programma di mantenimento, rivalutare uso di cocaina	Prevenire e/o trattare abuso da sottomedicazione o polidipendenza	Nessun intervento	Psicoeducazione

7. Cornish J. W., Metzger D., Woody G. E., Wilson D., McLellan A. T., Vandergrift B., O'Brien C. P. (1997): Naltrexone pharmacotherapy for opioid dependent federal probationers. *Subst Abuse Treat.* 14(6): 529-534.
8. Darke S., Kaye S., Finlay-Jones R. (1998): Drug use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients. *Addiction.* 93(8): 1169-1175.
9. De Leon G., Melnick G., Thomas G., Kressel D., Wexler H. K. (1999): Motivation for treatment in a prison-based therapeutic community. *NIDA Research Report.* 26(1): 33-46.
10. Desmond D. P., Maddux J. F. (1996): Compulsory supervision and methadone maintenance. *J Subst Abuse Treat.* 13(1): 79-83.
11. Dolan K., Hall W., Wodak A. (1996): Methadone maintenance reduces injecting in prison. *British Medical Journal.* 312(4 (7039)): 1162.
12. Gori E., Zardi L. (1981): Droga: sconfitta o speranza. *Boll Farmacodip e Alcoolis.* 4(4-6): 124-146.
13. Gossop M., Marsden J., Stewart D., Rolfe A. (2000): Reductions in acquisitive crime and drug use after treatment of addiction problems: 1-year follow-up outcomes. *Drug Alcohol Depend.* 58(1-2): 165-172.
14. Granzow B., Puschel K. (1998): Fatalities during imprisonment in Hamburg 1962-1995. *Arch Kriminol.* 201(1-2): 1-10.
15. Gunne L. M., Gronbladh L. (1981): The Swedish methadone maintenance program: A controlled study. *Drug Alcohol Depend.* 7: 249-256.
16. Harrington P., Cox T. J. (1979): A twenty-year follow-up of narcotic addicts in Tucson, Arizona. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 6(1): 25-37.
17. Hiller M. L., Knight K., Simpson D. D. (1999): Prison-based substance abuse treatment, residential aftercare and recidivism. *Addiction.* 94(6): 833-842.
18. Inciardi J. A., Martin S. S., Butzin C. A., Hooper R. M., Harrison L. D. (1997): An effective model of prison-based treatment for drug-involved offenders. *J Drug Issues.* 27(2): 261-278.
19. Jeanmonod R., Harding T. (1988): The drug addict in prison: Medical response and its limitations. *Soz Praventivmed.* 33(6): 274-280.
20. Keen J., Rowse G., Mathers N., Campbell M., Seivewright N. (2000): Can methadone maintenance for heroin-dependent patients retained in general prac-

TABELLA 3. GESTIONE DEL PAZIENTE EROINOMANE IN CARCERE IN BASE ALLA TIPOLOGIA CARCERARIA				
Tipologia carceraria	Optimum	Razionale	Da evitare	Misure associate
Detenzione brevissima (giorni)	Nessuna modifica del trattamento in atto	Tempo utile insufficiente ad effettuare modifiche	Ridurre il dosaggio di agonista	
Detenzione breve (settimane)	Proseguire il programma verso la stabilizzazione o continuare il mantenimento	Non interrompere il programma in corso	Ridurre il dosaggio o disintossicare il paziente	
Detenzione media (mesi)	Proseguire il programma verso la stabilizzazione o continuare il mantenimento	Non interrompere il programma in corso, per facilitare eventuale ricorso ad affidamento terapeutico	Ridurre il dosaggio o disintossicare il paziente	Psicoeducazione, Psicoterapia breve
Detenzione lunga (anni)	Proseguire il programma verso la stabilizzazione o continuare il mantenimento	Non interrompere il programma in corso, in vista di una riduzione della pena	Disintossicare il paziente o ridurre la dose	Psicoeducazione, Psicoterapia
Scarcerazione programmata	Il rilascio del detenuto deve avvenire ad un dosaggio almeno anticraving standard (80-120) mg/die		Ridurre la dose, disintossicare il paziente e somministrare naltrazone all'uscita	Psicoeducazione pro-trattamento e anti-overdose
Scarcerazione non programmata	Nessuna modifica		Somministrare naltrazone	Psicoeducazione anti-overdose
Tossicomane con figli a carico	Programma di mantenimento	Facilitazione di affidamento terapeutico		Psicoeducazione Counseling

TABELLA 4. GESTIONE DEL PAZIENTE EROINOMANE IN CARCERE IN BASE ALLA TIPOLOGIA CLINICA				
Tipologia clinica	Optimum	Razionale	Da evitare	Misure associate
Eroinomane violento	Mantenimento con agonisti	Effetto antiaggressivo degli oppiacei	Antagonisti Benzodiazepine e neurolettici in cronico	Terapia con acido valproico, clonazepam e neurolettici ad alta potenza in acuto, gabapentin
Eroinomane paranoico	Mantenimento con agonisti	Effetto anti-disforico degli oppiacei	Antagonisti	Neurolettici ad alta potenza
Eroinomane negativista catatonico	Antagonisti	Effetto anticatatonico degli antagonisti		Neurolettici a bassa potenza o atipici
Eroinomane che rifiuta il trattamento	Misure alternative (affidamento terapeutico)	Efficacia terapeutica degli agonisti anche in contesti simil-coercitivi	Lasciar scegliere al soggetto	Psicoeducazione
Eroinomane a rischio suicidario	Mantenimento con agonisti	Effetto antidisforico e antiaggressivo degli oppiacei	Antagonisti, benzodiazepine, in cronico, neurolettici	Terapia antidepressiva e/o stabilizzante
Tossicomani con problemi somatici	Programma di mantenimento	Efficacia degli agonisti nella profilassi delle complicanze da uso ev non sterile		

- tice reduce criminal conviction rates and time spent in prison? Br J Gen Pract. 50(4): 48-49.
21. Keene J. (1997): Drug use among prisoners before, during and after prison. Addiction Research. 4(4): 343-353.
 22. Kinlock T. W., Battjes R. J., Schwartz R. P. (2002): The MTC Project Team A novel opioid maintenance program for prisoners: preliminary findings. J Subst Abuse Treat. 22(3): 141-147.
 23. Knight K., Simpson D. D., Hiller M. L. (1999): Three-year incarceration outcomes for in-prison therapeutic community treatment in Texas. The Prison Journal. 79(3): 337-351.
 24. Lines R. (2001): Irish prison guards call for expansion of methadone access. Can HIV AIDS Policy Law Rev. 6(1-2): 71-74.
 25. Maddux J. F., Desmond D. P. (1997): Outcomes of methadone maintenance 1 year after admission. J Drug Issues. 27(2): 225-238.
 26. Magura S., Rosenblum A., Joseph H. (2000): Eval-

- uation of in-jail methadone maintenance: Preliminary results. In C. G. Leukfeld, F. M. Tims Eds, Drug abuse treatment in prisons and jails . NIDA Res Monogr (N° 118), pp. 192-209.
27. Malliori M., Sypsa V., Psychogiou M., Touloumi G., Skoutelis A., Tassopoulos N., Hatzakis A., Stefanis C. (1998): A survey of bloodborne viruses and associated risk behaviours in Greek prisons. *Addiction*. 93(2): 243-251.
 28. Marco A., Cayla J. A., Serra M., Pedro R., Sanrama C., Guerrero R., Ribot N. (1998): Predictors of adherence to tuberculosis treatment in a supervised therapy programme for prisoners before and after release. Study Group of Adherence to Tuberculosis Treatment of Prisoners. *Eur Respir J*. 12(4): 967-971.
 29. Maremmani I., Shinderman M. S. (1999): Alcohol, benzodiazepines and other drugs use in heroin addicts treated with methadone. Polyabuse or undermedication? *Heroin Add & Rel Clin Probl*. 1(2): 7-13.
 30. Modica A., Modica F. (1989): Tossicodipendenza: aspetti criminologici e medico-legali. *Rassegna di Igiene Mentale*. 3: 845-883.
 31. Moraes Andreade O. (1964): L'action criminogene de cannabis et de stupefiants. *Bulletin Stupefiants*. 16: 78-85.
 32. Nelles J., Fuhrer A., Hercek V., Maurer C., Waldvogel D., Aebischer C., Hirsbrunner H. P. (1997): HIV-Prevention in prison including syringe distribution. Report of the 3rd European Conference on Drug and HIV-Aids Services in Prison, February 1997, Amsterdam, The Netherlands.
 33. No authors listed (1999): Prisoner settles case for right to start methadone in prison. *Can HIV AIDS Policy Law Newsl*. 5(1): 34-35,42.
 34. Patch N. (1972): Crime reduction and Methadone Maintenance. Proceedings of the 30th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence.
 35. Pauchard D., Calanca A. (1983): Catamnestic study of 76 cases of heroin addiction among young adults (5 to 12 year follow-up) . *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr*. 133(2): 321-345.
 36. Pelissier B., Wallace S., O'Neil J. A., Gaes G. G., Camp S., Rhodes W., Saylor W. (2001): Federal prison residential drug treatment reduces substance use and arrests after release. *Am J Dru Alcohol Abuse*. 27(2): 315-337.
 37. Prendergast M. L., Podus D., Chang E., Urada D. (2002): The effectiveness of drug abuse treatment: a meta-analysis of comparison group studies. *Drug Alcohol Depend*. 67(1): 53-72.
 38. Reno R. R., Aiken L. S. (1993): Life activities and life quality of heroin addicts in and out of methadone treatment. *Int J Addict*. 28(3): 211-232.
 39. Rothbard A. B., Alterman A., Rutherford M., Liu F., Zelinski S., McKay J. (1999): Revisiting the effectiveness of methadone treatment on crime reductions in the 1990's. *J Subst Abuse Treat*. 16(4): 329-335.
 40. Schippers G. M., van den Hurk A. A., Breteler M. H., Meerkerk G. J. (1998): Effectiveness of a drug free detention program in a Dutch prison. *Subst Use Misuse*. 33: 1027-1046.
 41. Schippers G. M., van den Hurk A. A., Breteler M. H., Meerkerk G. (1998): Effectiveness of a drug-free detention treatment program in a Dutch prison. *Substance use misuse*. 33(4): 1027-1046.
 42. Seaman S. R., Brettell R. P., Gore S. M. (1998): Mortality from Overdose among Injecting Drug Users Recently Released from Prison: Database Linkage Study. *Br Med J*. 316: 426-428.
 43. Shewan D., Gemmell M., Davies J. B. (1994): Behavioural change amongst drug injectors in Scottish prisons. *Soc Sci Med*. 39(11): 1585-1586.
 44. Spohn C., Piper R. K., Martin T., Davis Frenzel E. (2001): Drug courts and recidivism: the results of an evaluation using two comparison groups and multiple indicators of recidivism. *J Drug Issues*. 31(1): 149-176.
 45. Stark K., Bienzle U., Vonk R., Guggenmoos-Holzmann I. (1997): History of syringe sharing in prison and risk of hepatitis B virus, hepatitis C virus, and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Berlin. *Int J Epidemiol*. 26(6): 1359-1366.
 46. Stimson G. V., Oppenheimer E., Thorley A. (1978): Seven-year follow-up of heroin addicts: drug use and outcome. *Brithis Medical Journal*. 6(1 (6121)): 1190-1192.
 47. Stoever H. (2002): Drug substitution treatment and needle exchange programs in German and European prisons. *J Drug Issues*. 22(426): 573-596.
 48. Tomasino V., Swanson A. J., Nolan J., Shuman H. I. (2001): The key extended entry program (keep): a methadone treatment program for opiate-dependent inmates. *Mt Sinai J Med*. 68(1): 14-20.
 49. Trabut A. (2000): Annual report on the state of the drug problem in the European Union. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Lisbon.
 50. Uchtenhagen A. (1997): Drug prevention outside and inside prison walls. *International Journal of Drug Policy*. 8(1): 56-61.
 51. van Haastrecht H. J., Bax J. S., van den Hoek A. A. (1998): High rates of drug use, but low rates of HIV risk behaviours among injecting drug users during incarceration in Dutch prisons. *Addiction*. 93(9): 1417-1425.
 52. Waldheim K. (1973): L'abus de drigues et la criminalité. *Bulletin Stupefiants*. 25: 36-47.

Places I love, Corsica, France, 1974

