

Un caso di tossicodipendenza

Matteo Pacini¹

Abstract

Methadone maintenance is one of the well-known harm reduction strategies for public health intervention in heroin addiction. The significance of methadone treatment in preventing needle sharing, which in turn reduces the risk of HIV and HCV transmission among injectors, has been demonstrated. Methadone maintenance is also considered gathering site where heroin addicts can effectively acquire knowledge on harm reduction and drug rehabilitation. We report a case of a 34-years-old patient with a history of heroin abuse. Therapy with methadone was essential for an adequate management of the case. The article describe difficulties and complexities of heroin abuse management and the therapeutic role of methadone.

Keywords: heroin, drug abuse, methadone
A case of drug abuse
CMI 2008; 2(3): 135-141

¹ Psichiatra,
Istituto di Scienze
del Comportamento
G. De Lisio,
Università di Pisa

INTRODUZIONE

Il caso che vado ad illustrarvi è uno dei tanti esempi, pur nella sua particolarità, di una malattia molto chiacchierata ma poco compresa in termini scientifici, quasi che la sua riduzione a parametri e stereotipi fosse un modo miope e rinunciatario e non una tecnica per gestirla più prontamente e con maggiori garanzie. La malattia in questione è la dipendenza da eroina, che nel nostro Paese ha attraversato un periodo epidemico negli anni '70 per poi divenire endemica, cioè stabile, da anni. Tutt'oggi, oltre i due terzi dei casi gestiti dai Servizi per le Tossicodipendenze riguardano l'eroina, e la tendenza rivela una nuova fase di crescita dei nuovi casi per anno.

Dopo anni di attività clinica in questo settore, la cosa più atroce e tragica di questa condizione mi appare sempre la stessa: quando in Italia il problema esplodeva, in ritardo di oltre un decennio rispetto per esempio agli Stati Uniti, le terapie efficaci

erano già disponibili. Ricordo invece, almeno fino all'inizio della mia esperienza di psichiatria, di aver sempre sentito parlare, ovunque, compreso l'ambiente medico, della tossicodipendenza da eroina come di una condizione dagli esiti incerti che poteva eccezionalmente guarire ma per ragioni non chiare. Tutt'oggi, trovo sconcertante come l'approccio a una malattia che ha causato migliaia di morti, decimando generazioni di giovani e rovinando migliaia di famiglie, oscilli spesso in maniera inconcludente tra

Perché descriviamo questo caso

Per fornire al medico indicazioni circa la gestione della dipendenza da eroina, patologia spesso poco approfondita e compresa. Al contrario, oggi vi sono criteri diagnostici, di trattamento e di gestione standardizzati, che, se seguiti in modo corretto, rendono più rapide e probabili le remissioni

Corresponding author
Dott. Matteo Pacini
paciland@virgilio.it

il dramma e il semplicismo dell'idea che "basta dire no", e che uno slogan spiritoso e sdrammatizzante (tipo "o ci sei, o ti fai") possa sbloccare la coscienza dei tossicomani. Tra dramma e spiritosaggini continuano ad ammalarsi, a rovinarsi e a morire ogni anno nuove persone.

CASO CLINICO

Quando il paziente si presentò alla nostra osservazione, a 34 anni compiuti, era sposato e padre di un bambino ed era reduce dall'ultima esperienza che dovrebbe "far aprire gli occhi", in questo caso il carcere, e da un ricovero per disintossicazione. Sia da solo che insieme alla moglie aveva tentato in tutto una quindicina di volte, per non contare i tentativi autogestiti, di porre fine al problema con l'eroina.

In poche parole, questo comportamento si riproponeva, e si imponeva al centro della sua vita, e ogni volta creava i presupposti per far crollare quel che di buono i due riuscivano a ricostruire. Vivere con l'eroina era come avere un mutuo da pagare con rate quotidiane, a volte più di una rata al giorno, senza sapere quando si sarebbe estinto e fino a dove sarebbe aumentato il tasso.

I tentativi, poi, erano per lo più soluzioni per arginare l'uso pesante, quotidiano e non più soddisfacente di eroina e riprovare ad usarla in maniera "controllata", a dosi minori, con minor spesa e sentendola meglio. La morte era passata vicina per ragioni non direttamente connesse alla droga. Una promettente carriera con prospettive di guadagno ottime era stata invece "bruciata" anche a causa della droga.

Dagli altri il paziente era presentato come un individuo aggressivo, già dalla prima adolescenza, facile alla rissa o all'aggressione per futili motivi, brillante sotto certi aspetti ma socialmente pericoloso e soprattutto impulsivo, avventato, anche a suo rischio e pericolo.

Dopo un'apparente richiesta di trattamento, il paziente manifesta un atteggiamento direttivo. Egli chiarisce di volere una terapia "diversa" da quelle precedenti, imperniata su un suo impegno a star lontano dall'eroina; indica egli stesso la via: usare al meglio gli psicofarmaci, in particolare gli antidepressivi, per tenerlo lontano dal desiderio di usare droghe, e come misura immediata disintossicarsi dal metadone che durante il ricovero aveva assunto fino alla dose di 40 mg/die.

Posto di fronte alle diverse alternative terapeutiche, dimostrava assoluta avversione nei riguardi di cure che «creavano dipendenza, sostituivano una dipendenza con un'altra e non gli impedivano di usare eroina». Affermava che il farmaco ideale per lui, tra quelli specificamente indicati nella dipendenza da eroina, era naltrexone (antagonista), poiché, non permettendogli di ottenere l'effetto piacevole dell'eroina, gli avrebbe consentito di non assumerla più. Di fronte alla proposta di utilizzare metadone secondo un programma di mantenimento, e a dose superiore a quella fino ad allora assunta, obiettava che il metadone non poteva fare la differenza, perché "se voleva farsi lo avrebbe potuto fare" e che se mai avesse smesso di farsi sarebbe stato per sua decisione, perché è una cosa "di testa", specialmente nel suo caso. Ripeteva che la sua personalità lo rendeva diverso da altri tossicomani, e che nel suo caso bisognava trovare soltanto il momento giusto: dato che era morto recentemente il padre, e che lui aveva giurato sulla sua tomba che sarebbe guarito "senza niente" e "una volta per tutte", sentiva che il momento giusto era arrivato. Al commento che questo tentativo era già stato fatto innumerevoli altre volte, con esito fallimentare, ribatteva che "proprio perché ci ho provato dieci volte, e qualcuna ero quasi sul punto di riuscirci, l'undicesima sarà la volta buona".

La proposta fu un programma standard per la dipendenza da eroina, che prevedeva la fase di induzione (aumento farmacologicamente guidato) della tolleranza agli oppiacei tramite metadone a dose crescente, seguito da una fase di mantenimento. L'obiettivo sarebbe stato quello di portare ad estinzione l'impulso a cercare la droga, secondo quello che il paziente stesso voleva ottenere. La reazione fu negativa: il paziente si riteneva "non capito", e che non vi fosse alcuna necessità di "cronicizzare" la dipendenza con una cura lunga. Per quanto concerne la disintossicazione, il paziente ripeteva che il metadone doveva essere tolto rapidamente, perché più a lungo lo avesse preso, più difficile sarebbe stato "levarselo", e che aveva effetti devastanti sul fisico nel lungo termine, specialmente a dosi alte (cioè, secondo il paziente, sopra i 40 mg/die). A tal proposito chiedeva la possibilità di essere inviato a un centro di disintossicazione ultrarapida, perché una disintossicazione rapida era il miglior modo di "troncare" con la dipendenza, e iniziare l'astinenza supportata nella maniera migliore dagli altri, dall'ambiente,

dalle circostanze e soprattutto dalla propria forza di volontà.

Dopo quindici giorni di terapia con metadone a dose crescente (50 mg la prima settimana e 60 mg la seconda settimana), il paziente non si presentò all'appuntamento. Colleghi del Day Hospital dello stesso Dipartimento lo riaccompagnarono a qualche giorno di distanza presso l'ambulatorio, riferendo che il paziente si era rivolto al Servizio richiedendo una disintossicazione rapida o l'invio in un centro che la praticasse, ma i colleghi avevano ritenuto precario l'equilibrio psichico e non congrua la richiesta rispetto alla prognosi e alle aspettative. Nel colloquio si ribadì la strategia terapeutica, che prevedeva il raggiungimento di una dose efficace, con un periodo di mantenimento non definibile a priori, durante il quale si sarebbe svolta la riabilitazione. Il paziente, di fronte alla fermezza con cui da una parte si affermavano i dati di efficacia della terapia proposta, dall'altra si giudicavano pericolosi, oltre che inutili, progetti di rapida disintossicazione, si animò e si dimostrò scettico. La moglie dimostrò invece di essere convinta, ma temeva di contraddirlo e di dissociarsi dalla sua linea. Un altro medico, che ascoltava la conversazione, scuoteva la testa come per dire che «non c'è niente da fare, non c'è modo di farlo ragionare». Sentendosi in qualche modo messo «in minoranza», il paziente chiese, come fosse una provocazione, una previsione precisa circa la dose di farmaco che sarebbe servita per ottenere il risultato che gli si prospettava, il tempo entro cui, secondo noi, non si sarebbe più drogato. La risposta, che lo sorprende perché non se ne aspetta una, è «la dose media è 100 mg al giorno, ma visto che hai un disturbo dell'umore associato probabilmente sarà sui 150 mg, e ci vorranno più o meno sei mesi». Il paziente, incredulo, ripete: «Tra sei mesi quindi lei mi dice che non mi drogo più?». Alla conferma di questa previsione, il commento è: «Allora dottore prendo 150 mg e aspetto il tempo che mi ha detto, ma se non funziona e mi continuo a drogare la vengo a cercare... Se per lei va bene...»

Il programma riprende, la dose di metadone è aumentata gradualmente fino a 150 mg (circa in 3 mesi), segue una fase con dose stabile. Le urine sono inizialmente positive, la percentuale delle positività su campioni settimanali è del 100% nei primi due mesi, del 75% nel terzo e quarto mese, nel quinto mese vi è una sola positività. Le urine successive rimarranno negative. Ogni

Effetti a breve termine	Effetti a lungo termine
<ul style="list-style-type: none"> • Euforia, amplificazione e distorsione dei sensi, riduzione dell'ansia • Distacco dalla realtà, deficit della capacità critica e riduzione dello stato di coscienza • Rash • Depressione respiratoria • Nausea e vomito • Sedazione e analgesia • Ipotensione • Inibizione della peristalsi • Miosi • Prurito • Inibizione dell'eiaculazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Dipendenza (<i>addiction</i>) • Maggiore incidenza infezioni, es. infezioni batteriche, HIV, epatite (nel caso di uso ev) • Collasso venoso (insufficienza venosa periferica) • Accessi • Artriti e patologie reumatologiche (nel caso di uso ev) • Tolleranza, assuefazione • Ridotta tolleranza al dolore • Disforia • Odontopatia con carie del colletto • Disregolazione ormonale nella donna

settimana, il colloquio di aggiornamento è una specie di riproposizione dello stesso dibattito: il paziente ripete le «sue» soluzioni, ma mantiene l'impegno di proseguire la terapia concordata. Quando la dose arriva intorno ai 100 mg, il colloquio è più breve, il paziente ribadisce ancora le sue posizioni e il suo scetticismo, ma in maniera meno agguerrita e più sommaria. La settimana successiva vi è solo un accenno di confronto sul metodo terapeutico, e il paziente sembra non tenerci molto, per la prima volta, a sostenere le sue posizioni su forza di volontà, disintossicazione, dipendenza dai farmaci, ecc. Nell'uscire dall'ambulatorio il paziente si ferma sulla soglia, si volta un attimo e con un mezzo sorriso dice: «Sa una cosa dottore? Più metadone prendo, e più la penso come lei».

La settimana successiva sarà la prima senza eroina.

DISCUSSIONE

Questo caso è un caso di tossicodipendenza. La tossicodipendenza non è una malattia complessa, ma difficile. La differenza che passa tra complesso e difficile è una questione di rapporto medico-paziente: tecnicamente, è possibile prevedere la risposta in maniera standardizzata, con riferimenti precisi in termini di dosaggio del farmaco (in questo caso metadone) e di tempi di risposta.

Esiste un decorso standard che può essere previsto e quindi corrispondere a una «prognosi», il che consente di «stare a vedere» come evolve la situazione e di dare per scontata la ricaduta se non si interviene. Esiste un decorso terapeutico che prevede una

Tabella I

Effetti dell'uso di eroina

latenza prima della comparsa della risposta, che di solito è graduale.

Tutto questo però non semplifica la situazione: il 90% dello sforzo per arrivare a una soluzione è teso a far collaborare il paziente per il tempo necessario a permettere al farmaco di agire, o meglio per permettere al soggetto di agire avendo assunto il farmaco, ovviamente alla dose corretta. La supposta complessità della tossicodipendenza è un grosso fraintendimento: i fattori, innumerevoli, che possono essere descritti nelle vite dei tossicodipendenti, condizionano l'uso delle droghe, ma per definizione stessa della malattia "tossicodipendenza" non hanno più un peso significativo quando il "drogato" è divenuto "tossicomane". Riconoscere un tossicomane distinguendolo da una persona che si droga, con problemi annessi e connessi, è il primo passo per poter dare una risposta terapeutica sensata.

Un drogato "non patologico", cioè problematico ma non dipendente, non necessariamente ha bisogno di un trattamento di fondo, e può rispondere alle più svariate forme di intervento, dalla residenza protetta alla disintossicazione, o anche spontaneamente smettere di drogarsi, con la piena libertà di scelta sul fatto di rimanere o meno astinente. Un tossicomane non ha questa libertà, e non la riavrà da solo. La diagnosi di tossicodipendenza si fa accertando semplicemente il seguente disturbo: la persona cerca di astenersi da un comportamento che continua a mettere comunque in atto, contro le proprie intenzioni ma secondo un istinto non evidentemente non controllabile. Quando il progetto prevede il restare lontano dall'eroina, ma il "movimento in avanti" non può che passare attraverso l'eroina, si è dentro una tossicodipendenza. Ogni ragione e intenzione si scontra con un istinto che rema in senso contrario, e per sua natura biologica è più forte, più rapido. La parte superiore del cervello è superata in partenza dalla parte istintuale, che guida senza un senso, ma secondo una smania (*craving*) il comportamento.

Una volta posta la diagnosi, si apre automaticamente un ventaglio di **opzioni terapeutiche**; attualmente per la dipendenza da eroina si può affermare quanto segue:

- i trattamenti di provata efficacia comprendono trattamenti farmacologici a base di antagonisti (naltrexone) e agonisti (metadone, buprenorfina) [1];
- i trattamenti di provata efficacia prevedono una fase lunga di mantenimento, du-

rante la quale e grazie alla quale si svolge la riabilitazione del paziente;

- i trattamenti a breve termine, come la disintossicazione, non hanno alcun impatto sul rischio di ricaduta, che è per definizione scontato nella tossicodipendenza. Nell'impostazione di un trattamento efficace, la disintossicazione non è un passaggio necessario, e, quando praticato in ambiente protetto (carcere, ospedale) con successivo ritorno del paziente all'ambiente naturale, può aumentare il rischio di overdose.

Il trattamento con metadone

Dei trattamenti sopraelencati, il mantenimento con metadone è il più studiato, e quello di efficacia maggiore [2,3].

I primi parametri da tener presenti sono:

- la probabilità che un paziente abbia un beneficio immediato;
- la probabilità che rimanga in trattamento;
- la probabilità che, quindi, grazie al trattamento, risolva il problema.

Il trattamento metadonico di mantenimento è il regime più affidabile, qualunque sia la tipologia di paziente tossicodipendente. I pazienti meno gravi sono da avviare comunque al trattamento più affidabile.

L'affidabilità del trattamento metadonico è relativa a due fattori: la dose e la durata del trattamento.

Per capire i principi di funzionamento di questo metodo, è utile raccontarne le origini. A metà anni '60 negli Stati Uniti i tossicomani erano un problema di ordine pubblico, e sembravano ingestibili a livello carcerario. Su uno "zoccolo duro" di tossicomani criminali fu provato un programma pilota di terapia metadonica, basato sulla cosiddetta teoria metabolica di Dole e Nyswander [4]: la tossicomania, anche dopo l'assenza prolungata dell'eroina, era comunque contrassegnata da uno squilibrio nel metabolismo cerebrale, e dal persistere di alcuni sintomi di "deficit oppiaceo", da cui il concetto di "astinenza protratta", o "astinenza post-astinenziale". Associato a questo deficit oppiaceo era il rischio di ricaduta e la smania ricorrente di riassumere narcotici (il "recidivismo"). L'esposizione all'eroina aveva in un certo senso abituato irreversibilmente il cervello a non tollerare l'assenza prolungata di eroina, non per un malessere attuale e vivo, ma come la privazione di un benessere assoluto.

Se così era, un apporto esterno di sostanza con lo stesso tropismo (cioè che si attaccava agli stessi “punti cerebrali”), ma privo del suo effetto “euforizzante”, avrebbe potuto “saziare” il cervello fino a spingere la voglia di eroina, e nel contempo ripianare la carenza di funzione oppiaceo. La conferma di questa teoria negli anni successivi è alla base della diffusione del trattamento metadonico.

Prima ancora che questo effetto *anti-craving* (anti-desiderio) fosse dimostrato, il metodo elaborato da Dole e Nyswander si basava su un’idea pratica, cioè il “blocco narcotico”. Somministrando metadone a dosi crescenti, si sarebbe indotta una progressiva assuefazione, superiore a quella inducibile con l’eroina, cosicché i tossicomani non avrebbero potuto più “sentire” l’eroina, anche a dosi elevate.

Il “blocco” si può ottenere anche, e più rapidamente, usando un antagonista (naltrexone), ma il blocco ottenuto mediante il metadone aveva una marcia in più: il tossicomane che ha ancora smania, ma non riesce più a sentire l’eroina, se e appena può abbandona il trattamento e ritorna all’eroina. Questo è facile con naltrexone, che può essere sospeso senza conseguenze. In chi è invece assuefatto a 100 mg o più di metadone, la sospensione brusca è seguita da un’astinenza lunga e intensa; in più, il paziente reso tollerante a 100 mg o più che non assuma la sua dose giornaliera e usi eroina, non ha molte probabilità di sentire qualcosa, e dovrebbe attendere di essere nel mezzo dell’astinenza da metadone per poter ancora usare eroina con piacere.

Il paziente quindi rimane “legato” al programma il tempo sufficiente perché si sviluppi piano piano l’azione anti-desiderio. Il desiderio, durante il trattamento con metadone, tende ad estinguersi in maniera dose-dipendente, mentre per chi rimane in trattamento con naltrexone il desiderio si riduce ma in maniera indiretta, per un “mancato effetto dell’eroina” e non per un effetto “anti-desiderio”, e può comunque rimanere una smania significativa, con maggior rischio di ricorso a surrogati (ansiolitici e alcol).

Le dosi utilizzate nel trattamento metadonico corrispondono a ben oltre quelle sufficienti a coprire l’astinenza. Del resto, il danno in termini di “legame” con la sostanza è il primo a strutturarsi, seguito anche dall’assuefazione somatica, per cui è naturale che serva più stimolo oppiaceo per estinguere il desiderio che non per estinguere l’astinenza. Nel trattamento metadonico, quel

qualcosa di più “oppiaceo” che passa per il cervello del paziente non serve a coprire un buco, ma a controbilanciare quel “qualcosa di più” di desiderio che si è sviluppato, come in una bilancia a due piatti. Il piatto della voglia ritorna a posto quando il piatto dell’oppio si appesantisce. Il trucco del gioco sta nel fatto che l’oppio “terapeutico” non induce esso stesso tossicomania, ma semplicemente inganna il cervello con un falso messaggio equivalente alla presenza stabile di una quantità elevata di oppiaceo. Le dosi medie efficaci corrispondono a livelli circolanti, e anche i soggetti che per os necessitano di dosi molto più alte (fino a oltre 1.000 mg) o per cui bastano poche decine di mg (più rari) hanno in realtà livelli di metadone circolante uguali. La dose per os, come per altri farmaci, è solo una variabile farmacocinetica ma non l’unica. La necessità di raggiungere le dosi efficaci spingendo in alto la tolleranza del paziente impone una grande cautela, poiché gli oppiacei in sovradosaggio sono potenzialmente letali, compresi quelli terapeutici, e quindi la procedura richiede settimane di graduali aumenti. Nel frattempo, il paziente risulta sempre più protetto da overdose con eroina, per lo stesso meccanismo del “blocco narcotico” e perché il metadone presente occupa i siti recettoriali dell’eroina, schermandone l’azione.

Le affermazioni dei pazienti rispetto a questa realtà sono sintomatiche della tendenza a seguire la smania per l’eroina, oppure della scarsa consapevolezza di avere una malattia (cioè una prognosi). Il paziente che ricerca una soluzione rapida, 99 volte su 100 ha in mente di riprendere fiato per poi ritornare a usare eroina da una posizione più agevole, cosa che comunque non durerà che pochi giorni: la ricaduta non è un nuovo episodio, ma una ripresa di un meccanismo che non si è azzerato, ma è rimasto pronto a ripartire da dove lo si era lasciato.

L’idea che “basta dire no” o che è sufficiente la “forza di volontà” sono erranee: avere speranza è utile se spinge a tener duro e a cercare una soluzione, mentre è deleterio se distoglie da una soluzione concreta e dà in pasto a una certezza di ricaduta. Il rifiuto della “dipendenza” dai farmaci è un rifiuto più o meno consapevole dell’esistenza della malattia.

Una terapia non può indurre, mantenere o spostare su un altro oggetto la tossicomania, altrimenti non sarebbe terapeutica ma dannosa, o comunque inutile. Infatti, la terapia è lo strumento irrinunciabile per interrom-

pere il corso naturale della tossicomania, e se evidentemente la soluzione del problema dipende dall'efficacia della terapia, il malato curato dipende dalla terapia finché la malattia non si è spenta. Le malattie croniche si concludono soltanto con la morte del malato, o tardivamente dopo aver prodotto danni estesi e irreversibili.

Il gioco di parole tra "dipendenza" come "tossicodipendenza" e "dipendenza" da una terapia efficace è fumo negli occhi: la dipendenza "tossica" è una malattia psichica proprio perché non si riesce a evitare la fonte della propria distruzione, mentre la "dipendenza" terapeutica è un appoggio su cui poter contare per tenere a bada una malattia che da sola altrimenti non se ne va. In tutti e due i casi, la dipendenza è data dalla malattia, e mai dalla terapia.

La preoccupazione dei pazienti di rimanere legati al farmaco se assunto "a lungo" e a dose "elevata" è fasulla, accade di solito il contrario per chi segue un regime di mantenimento a dose efficace. Invece, a rimanere legati alle terapie inutili sono proprio coloro che, per il rifiuto di un regime a lungo termine, passano anni a ripetere disintossicazioni, trattamenti a breve termine, "scalaggi" più o meno rapidi del farmaco, ecc.

I pazienti di solito pensano che la soluzione migliore sia qualcosa che blocca o interferisce con l'effetto dell'eroina (naltrexone, ma anche per esempio, disulfiram negli alcolisti). Questo pensiero è assurdo se si pensa che la prima e decisiva interferenza con un comportamento, in situazioni normali, dovrebbe essere l'intenzione di non metterlo in atto. Il danno, lo sconforto e la distruzione portate dalla dipendenza dovrebbero essere un motivo più che valido per astenersi, se le cose fossero sotto controllo. Anziché riconoscere che il problema viene "da dentro" come rottura dell'equilibrio tra istinto e intenzione, il tossicomane medio continua a spostare l'attenzione "sull'esterno", come se ogni volta fosse la sostanza a decidere se farsi o non farsi usare.

La terapia deve invece puntare sul controllo del comportamento e non sull'effetto della droga. Quando il tossicomane sta meglio, non è più disperato e la visione delle cose cambia radicalmente, purtroppo sbilanciandosi sul versante opposto: insorge cioè il pensiero che la soluzione possa venire "da dentro", spontaneamente e senza un intervento esterno. L'intervento medico, per convincere il paziente a lasciare che un fattore esterno (il farmaco) agisca gradualmente sul nucleo "interno" del problema è oltremodo

difficoltoso: il paziente ragiona pensando «il problema è fuori, la soluzione è dentro»: invece è la malattia ad essere dentro al soggetto, mentre la terapia proviene dall'esterno e deve essere introdotta tante volte prima di poter funzionare appieno.

In tutto questo, anche il paziente vive questa contraddizione in maniera cosciente, e quando parla della propria dipendenza, senza dover decidere sulla terapia, è di solito chiarissimo: anzi, ascoltarlo è indispensabile per porre diagnosi, perché sono le sue contraddizioni e la sua perdita della libertà che definiscono la malattia tossicomane. Che va diagnosticata sempre rispetto all'individuo, mai rispetto alla sostanza in sé (quantità, licità) o alla società (condotte problematiche, problemi legali, status socioeconomico).

Per fortuna la terapia stessa sterza il pensiero del tossicomane verso quello del medico, e gli consente di entrare in possesso della visione corretta per proteggersi dalla recidiva, continuando la terapia e comprendendone lo scopo.

Purtroppo, i ritardi nel trattamento sono legati anche a una pratica medica non uniforme sul territorio e a volte platealmente errata. Gli errori da parte medica sono fondamentalmente due: il primo è quello di scambiare il trattamento di mantenimento come una "scuola di pensiero". La scuola di pensiero può identificarsi con una teoria o un'interpretazione, ma i dati di efficacia restano e vanno conosciuti. Sostituire alla "scuola di pensiero" un'altra "scuola di pensiero" senza però prospettive di affidabilità non è una dimostrazione di democrazia, ma un torto che si fa ai pazienti. Ritenersi soddisfatti perché con il metodo X "qualcuno" ce l'ha fatta è un comportamento irresponsabile, perché applicando invece il metodo scientificamente efficace potevano farcela, oltre che quel qualcuno, anche centinaia di altri.

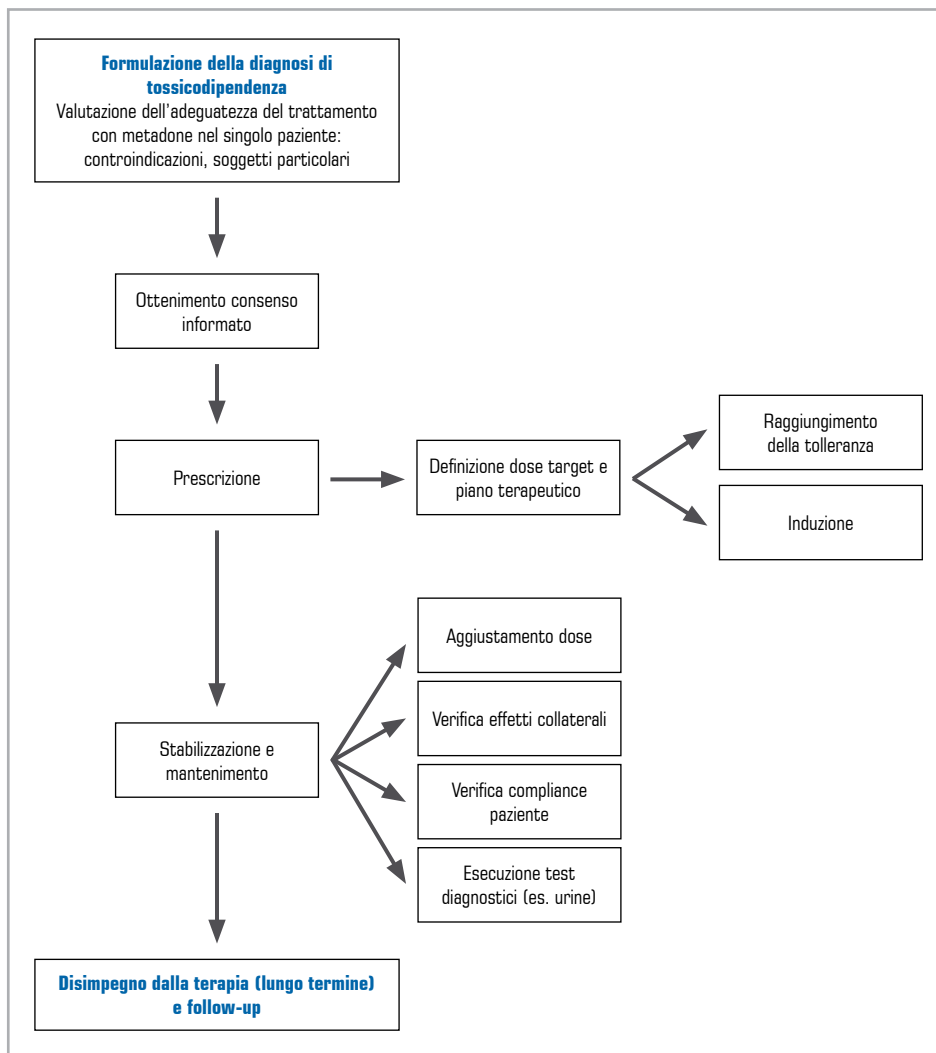
Il secondo errore è quello di rimanere "bloccati" nella gestione delle terapie per l'idea che ogni caso è un caso a sé, e che quindi il problema sia e rimanga multifattoriale, non riducibile a uno schema terapeutico o a un insieme di criteri diagnostici. Questo atteggiamento non è lungimirante, ma è presbite, perché è la negazione del concetto di malattia, che, ricordiamo, è la codifica di una storia decennale di malattie di singoli individui.

La standardizzazione del trattamento è il mezzo per permettere ad ogni storia particolare di liberarsi dalla prigione, uguale per tutti, in cui la malattia costringe a stare.

Poter diagnosticare la tossicomania con un criterio preciso è una conquista, perché consente di adattare il trattamento alla prognosi. Sapere che data una diagnosi e una prognosi il trattamento può essere standardizzato è una conquista terapeutica che rende più rapidi e probabili le remissioni.

Si tratta quindi di una malattia difficile, ma non complessa per la quale esiste una cura tra le più studiate della storia della medicina, efficace, salvavita, disponibile da quarant'anni. Sconsigliarla è qualcosa di più che ignoranza. Intraprenderla è qualcosa di più che una speranza.

TRATTAMENTO CON METADONE DELLA DIPENDENZA DA OPIOIDI



BIBLIOGRAFIA

1. Van den Brink W, Haasen C. Evidenced-based treatment of opioid-dependent patients. *Can J Psychiatry* 2006; 51: 635-46
2. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 2: CD002209
3. Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 16: CD002207
4. Dole VP, Nyswander ME. Heroin addiction. A metabolic disease. *Arch Intern Med* 1967; 120: 19-24