

specializzate per i consumatori patologici di cannabis, che possono essere inviati a servizi di aiuto ai giovani o ai SerT. In questi ambulatori si rischia però di esporre i giovani consumatori di cannabis al contatto con consumatori di altre sostanze psicoattive di maggiore età.

Il medico di medicina generale dovrebbe, dopo un adeguato inquadramento, proporre sempre l'invio allo specialista di soggetti adolescenti o già noti per disturbi psichici.

L'impostazione, ipso facto, di una terapia farmacologica appare infatti piuttosto rischiosa, alla luce della possibilità di indurre dipendenza da altre sostanze (quali per esempio le benzodiazepine). Il ricorso a questi farmaci dovrebbe essere adeguatamente monitorato (controllando la frequenza di richiesta di nuove prescrizioni) e dovrebbero essere preferite molecole a lunga emivita, il cui potenziale in termini di sviluppo di dipendenza è ridotto.

Nei casi di poliabuso, va valutata la necessità di un percorso di disintossicazione in regime di ricovero presso una struttura specializzata.

Va eventualmente proposta al paziente l'adesione al «Programma dei dodici passi» presso associazioni quali Alcolisti anonimi (<http://www.alcolisti-anonimi.it>) o Narcotici anonimi (<http://www.na-italia.it>), che ormai godono di una consolidata tradizione anche in Italia e sono diffuse in tutto il territorio nazionale.

Nei casi come quello proposto dal collega, in cui il quadro clinico apparentemente non è complicato e c'è una motivazione di fondo della paziente a interrompere la condotta d'abuso, è plausibile attuare un intervento di tipo motivazionale, secondo il modello dei sei «stadi del cambiamento» (vedi la tabella 2 a pagina 6).

In assenza di un'adeguata alleanza terapeutica su obiettivi condivisi è impossibile iniziare qualsiasi trattamento efficace: l'inquadramento iniziale completo della situazione può contribuire a promuovere questa alleanza.

Le tecniche dell'intervista motivazionale, poi, incoraggiano e danno supporto al paziente, aiutandolo a esplorare e risolvere le sue ambivalenze (Miller 2004). ♦

BIBLIOGRAFIA

- ♦ Lynskey MT et al. Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. *JAMA* 2003; 289: 427.
- ♦ Miller WR et al. Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento. Trento: Centro Studi Erickson, 2004.
- ♦ Moore TH et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007; 370: 319.
- ♦ Stinson FS et al. Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. *Psychol Med* 2006; 36: 1447.

SECONDO PARERE

Tossicodipendenze nell'ambulatorio del medico di famiglia

Fabrizio Valcanover

MEDICINA GENERALE
TRENTO

La legislazione italiana riserva il trattamento del tossicodipendente esclusivamente ai centri autorizzati, i SerT. Al medico di medicina generale spetta solo il compito (per altro obbligatorio per qualsiasi medico) di intervenire in caso di intossicazione acuta. Ai servizi spettano anche la prevenzione e la cura delle patologie organiche correlate all'uso di sostanze psicotrope.

Se questa situazione incontra il favore di molti medici che vedono di buon occhio l'essere sollevati da un compito difficile, povero di gratificazioni professionali e umane, il ruolo di prima linea della medicina generale implica comunque un contatto con i soggetti dipendenti o consumatori occasionali di sostanze psicotrope.

Con relativa frequenza si affrontano situazioni forse ai margini della professione, come i primi con-

tatti di adolescenti con sostanze psicotrope, le preoccupazioni dei genitori, le richieste pressanti di psicofarmaci da parte di dipendenti da eroina di vecchia data, eccetera.

Anche se la diffusione nel mondo giovanile è inquietante, non bisogna dimenticare che l'adolescenza è un periodo del ciclo vitale caratterizzato da sperimentazione e ricerca che espongono il soggetto a molti rischi, tra cui l'uso di sostanze tossiche (come l'alcol). Questa osservazione comporta un diverso approccio, centrato sul contesto e sulla personalità del giovane.

Un discorso a parte merita l'uso dei derivati della cannabis, probabilmente la sostanza psicotropa più consumata al mondo (140 milioni di consumatori secondo stime ONU), che non presenta tossicità acuta. Da più di cento anni nel →

Effetti principali di alcune sostanze di uso più comune		TABELLA
sostanze stimolanti il SNC: cocaina, anfetamine, ecstasy	derivati della cannabis: marijuana (foglie), hashish (resina)	
rischio in caso di overdose		
tremori, convulsioni, coma, colpo apoplettico, infarto	rara nell'uso non combinato con altre sostanze. Ad alte dosi: allucinazioni, delirio, paranoia, confusione, ansia	
rischi dell'uso cronico		
<ul style="list-style-type: none"> ◆ perdita di peso e/o malnutrizione ◆ erosione e perforazione del setto nasale (cocaina per via inalatoria) ◆ infezioni (cocaina per via iniettiva) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ disturbi respiratori ◆ in soggetti predisposti slatentizzazione di patologie psichiatriche maggiori 	
sindrome di astinenza nei consumatori cronici		
<ul style="list-style-type: none"> ◆ cocaina: insonnia, tremori, dolori muscolari, depressione con rischio di suicidio in soggetti predisposti; nelle prime settimane di astinenza possibile manifestazione di un desiderio compulsivo per la sostanza (craving) ◆ altre sostanze: scarsa, non necessita di trattamento 	pressoché inesistente: in alcuni soggetti con uso cronico, insonnia e nervosismo per qualche giorno	

mondo occidentale esiste un serrato dibattito, che ha coinvolto anche il mondo scientifico, sulla relativa innocuità dei cannabinoidi e sull'opportunità o meno di depenalizzarne l'uso.

E' controversa la possibilità che i derivati della cannabis siano il primo passo verso l'uso di sostanze più dannose (la cosiddetta escalation).

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

La marijuana e i derivati della cannabis sono sicuramente le sostanze più usate da giovani e meno giovani. I consumatori sono poco visibili (a meno che non abbiano guai con la legge), visto che la bassa tossicità, l'assenza di una overdose e la discutibile presenza di fenomeni di dipendenza ne favoriscono un uso occulto.

E' più probabile che patologie psichiatriche maggiori o minori possano insorgere nei consumatori di derivati della cannabis, visto che il tipo di effetto farmacologico di queste sostanze (simile, in forma più attenuata, a quello degli allucinogeni e quindi non sedativo, né ansiolitico, né stimolante) può comportare esperienze soggettive spiacevoli e angoscienti in relazione al tipo di personalità, alla condizione psicologica del momento e al contesto in cui è usata.

Quando l'uso è continuativo o frequente, conviene concentrarsi sull'esplorazione dei problemi che a queste sostanze vengono associati e partire da essi. Nell'ottica della politica del minor danno, a chi continua a utilizzare droga è opportuno spiegare effetti e rischi e raccomandare l'astinenza in situazioni in cui è indispensabile molta concentrazione (per esempio guidare la macchina). Questo tipo di strategia non è accettato da chi punta all'astensione totale di qualsiasi droga; è bene ricordarsi, però, che a volte va privilegiato l'instaurarsi di un rapporto di fiducia stabile e duraturo, anche a scapito di una saltuaria mancata astinenza.

I GIOVANI E GLI ADOLESCENTI

Il medico di medicina generale può impostare una relazione potenzialmente terapeutica con i soggetti consumatori abituali od occasionali di sostanze psicotrope, con particolare cautela se si tratta di pazienti molto giovani e adolescenti.

In queste situazioni bisogna essere in grado di cogliere l'eventuale disagio nelle relazioni familiari e saper distinguere l'atteggiamento di opposizione generazionale tipico dell'adolescente da un'eccessiva ansia dei genitori o da problemi di affettività e d'identità sia del giovane sia della famiglia. La lunga conoscenza del nucleo di riferimento può aiutare, ma anche essere un ostacolo, perché il medico può essere (o apparire) pregiudizialmente schierato con i genitori.

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

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

In ogni caso, è sempre opportuno ribadire che la detenzione di quantità non modiche di droghe è attualmente un reato penalmente perseguibile (e il concetto di modica quantità rimane tuttora di diversa interpretazione in ambito giuridico) e che il detentore può essere indagato per spaccio. Comunque, anche in assenza di sanzioni penali, rimane l'obbligo di segnalazione ai SerT. ◆