PREVENZIONE DROGA

ANNALI DEL
DISTRETTO SCOLASTICO 38

CULTURA E TERRITORIO

Hic Ver assiduum atque alienis mensibus Æstas:
Bis gravidæ Pecudes, bis pomis utilis arbos.

Virgil. Georg. L. II.

ANNO 1995 SUPPLEMENTO n° 1

PREVENZIONE DROGA

Distretto Scolastico 38
Castellammare di Stabia

Cultura e Territorio

Annali del Distretto Scolastico 38

Redazione e Amministrazione
Via Virgilio n.114 - Fax (081) 8712560
80053 Castellammare di Stabia

Anno 1995 - Supplemento n. 1

Direttore
CIRO ABAGNALE

Direttore Responsabile
ANTONIO COLONNA

Capiredattori
GIUSEPPE CENTONZE - GIUSEPPE D'ANGELO - ANTONINO DI VUOLO

Redazione
ANGELO ACAMPORA, TOMMASO CONTALDI, ENRICO DE SIMONE, ANTONIO FERRARA, GIUSEPPE FIENGA, ROSANNA OVALLESCO, ALBINA PATERNO', GIOVANNI ROMANO, CATELLO SALVATI, GENNARINO SOMMA, GERARDO SORRENTINO, FRANCESCO STARACE, SERGIO TROIANO, CATELLO VANACORE

Progetto grafico
LUIGI CACCIOPPOLI

Segretario di redazione
SEBASTIANO DE ROSA

Proprietà Letteraria Riservata

Registrazione Tribunale di napoli N. 3636/87
Tipografia BOCASUD s.n.c. - C.mare di Stabia - Tel. 8726890

In copertina:
da RICHARD de SAINT-NON, *Voyage pittoresque ou description des Royaumes de Naples et de Sicile*, Paris 1781-1786. (Collezione Giuseppe D'Angelo).

Il sussidio informativo elaborato dagli amici del Servizio Tossicodipendenze di Castellammare di Stabia mi è stato consegnato in bozza nelle ore in cui si spegneva Vincenzo Muccioli.

La sua grande opera è sicuramente seme di nuovo impegno per quanti nella Scuola e nella Sanità lavorano per la salute dei giovani e per una gioventù sana che deve affrontare il mare avventuroso del terzo Millennio.

Ringrazio il Ser.T. e i dirigenti dell'A.S.L. NA 5 che offrono al Distretto Scolastico 38 ed alla sua ultradecennale rivista "Cultura e Territorio" l'occasione di contribuire concretamente, con la pubblicazione di questo opuscolo, al progetto di prevenzione delle tossicodipendenze che da anni viene crescendo sul nostro territorio.

La scuola del decentramento amministrativo e dell'autonomia finanziaria, didattica ed organizzativa ha bisogno della collaborazione continua del sistema sanitario, che si cimenta ugualmente con il suo nuovo modello organizzativo.

Questi grandi rinnovamenti non sarebbero stati possibili però senza la fatica instancabile e spesso non compresa di persone della scuola e di operatori sanitari che contro le difficoltà del tempo hanno costruito il futuro.

Oggi sembra venuto il momento di mettere insieme energie e competenze.

I giovani, prima ancora i fanciulli ed i bambini, delle nostre zone hanno il diritto ed il dovere di stare bene, di studiare bene e poi di preparare con il lavoro altri stadi migliorativi dello stare bene.

Questo è il principale obiettivo dei programmi scolastici e sanitari, della politica sociale.

Questo è un modo per onorare la memoria di chi ha saputo compromettersi nella sfida per il bene.

ROSARIO CAPUANO
Presidente del Distretto Scolastico 38
di Castellammare di Stabia

Questo lavoro nasce come strumento informativo al Focus On "Conoscenze e prevenzione delle tossicodipendenze" e vuole essere una testimonianza dell'impegno di questo Ser.T. a continuare il lavoro di collaborazione con il Distretto scolastico n. 38, iniziato già tre anni or sono.

Ed è la dimostrazione che, con gli uomini giusti e tanto entusiasmo, è possibile al di là delle belle intenzioni, instaurare un rapporto di scambio in termini reali tra istituzioni, realizzando sinergie che tornano a vantaggio sia degli operatori impegnati, sia, soprattutto, dell'utente - cittadino che è, e deve essere, il punto di riferimento di quanti operano nel sociale.

Tale collaborazione, che trae supporto da specifiche normative, non sarebbe stata comunque possibile senza la disponibilità e professionalità degli operatori del Ser.T. e del mondo della scuola che hanno avuto il pregio, innanzitutto, di crederci.

BRUNO AIELLO
Coordinatore Referente Unità Operativa Ser.T.
Distretti n. 78 e 89

PREMESSA

"Quando gli adulti 'fanno' per gli adolescenti per paura che diventino mascalzoni, tossici, delinquenti e altro, vuol dire che hanno smesso di occuparsi di loro e che sono solo preoccupati o spaventati..."

(Da un commento di "Animazione Sociale" del '93).

Occuparsi correttamente significa innanzitutto **"conoscere": dei 6122 giovani studenti**, frequentanti gli Istituti medio-superiori nell'ambito del **Distretto Scolastico n. 38**, **intervistati** ai fini di una ricerca conoscitiva (*)

il 16,99% fuma sigarette, il 24,65% beve alcolici,

il 5,7% ha avuto esperienza di sostanze stupefacenti,

il 7,78% ha fatto uso, in vario modo, di psicofarmaci.

(*) La ricerca completa è a disposizione presso il Ser.T. di Castellammare di Stabia, via Virgilio, 18, per ogni eventuale consultazione.

Per il 46,69% degli intervistati la droga è "un male psico-fisico" ed il 71,2% è convinto che il fenomeno sia in aumento ed è interessato (65,46%) a degli incontri sull'argomento perché ritiene che è comunque bene parlarne (44,25%).

Il 72,71% è convinto di saper cosa significa tossicodipendenza, ma, alla domanda più diretta sulla conoscenza delle sostanze, gli intervistati denotano confusione e, se "solo" il 20% non sa che la morfina è uno stupefacente, ben l'80% non conosce la differenza di effetto tra le varie sostanze stupefacenti.

Ritengono la scuola innanzitutto (43%) e la famiglia (34,01%) i luoghi più idonei in cui parlarne.

Tra quelli che hanno avuto esperienza di tossicodipendenza ben il 62,2% lo ha fatto per semplice curiosità o perché lo fanno gli amici (12,5%).

Dalla conoscenza è scaturito un programma di interventi che ha previsto una serie di attività (nel triennio 93/95):

1) attivazione di una consulenza stabile all'interno degli Istituti Superiori (C.I.C.) con frequenza settimanale (416 studenti presentatisi spontaneamente);
2) seminari di aggiornamento e/o informazione per alunni, docenti, genitori presso Istituti medi inferiori e superiori;
3) installazione in quindici Istituti di una cassetta postale per la corrispondenza degli studenti;
4) attivazione di un progetto sperimentale rivolto agli alunni di tre Istituti di secondo grado che ha coinvolto 120 studenti per un totale di trenta incontri;
5) redazione di un periodico "PARLIAMONE" stampato dal Ser.T. in proprio.

Popolazione studentesca approssimativamente contattata: circa 6000 studenti.

E' nell'ottica di un prosieguo sempre più congruo rispetto alle esigenze che si colloca questo sussidio elaborato dagli operatori del SER.T, che, lungi dal voler essere una trattazione del tema "droga", si prefigge un solo scopo complessivo: far capire a quante più persone possibile che sta nascendo un nuovo modo di "produzione sociale", di lavoro, di tempo di servizio, di interesse culturale, di sacrificio, di fraternità, di fare cultura anche attraverso il riordino di una materia vasta e ampiamente trattata ma, forse, non sufficientemente presentata.

Ciò nel tentativo di evitare fughe verso l'irrazionale e di integrare lo sforzo di tutti, consapevoli che spetta a "noi" tentare di costruire il nostro comune avvenire.

Ci conforta che non siamo oggi i soli a pensare così. Altre persone, altri gruppi, altre Istituzioni (e qui ci corre l'obbligo di sottolineare la sensibilità del Distretto Scolastico n. 38) si stanno muovendo in questa ottica.

Certamente altri e più significativi momenti seguiranno a questo, magari impostati e gestiti da altri, ma sempre e comunque nell' ottica della speranza.

CAPITOLO PRIMO

INTRODUZIONE

L'etimo del termine **"droga"** non è stato ancora chiarito: probabilmente indica una sostanza secca e sembra derivare dal neozelandese "droog", equivalente al basso tedesco "droghe", da cui l'attuale "troken" tedesco e "dry" inglese.

Per gli autori anglosassoni "drug" si identifica con farmaco.

Per gli autori latini **"droga"** è una sostanza (vegetale, animale, minerale) che contiene principi attivi, cioè quelle sostanze dotate di effetti farmacologici.

Nell'uso comune **per droga si intende una sostanza che**, introdotta in un organismo vivente, **può modificare una o più funzioni**. Essendo la **malattia** (da un punto di vista medico) qualcosa di eminentemente funzionale, una **condizione dinamica**, spesso si crea il concetto, accreditato anche in ambienti scientifici:

DROGA = MALATTIA

A) CONCETTO DI "MALATTIA SOCIALE"

A differenza di quella individuale la **MALATTIA SOCIALE** interessa l'intera comunità ed ha il seguente **CARATTERE TIPICO**:

Andamento cronicizzante della malattia

↙ **Costo**

↘ **Possibile esito invalidante**

Il concetto di **MALATTIA SOCIALE**, applicato al **PROBLEMA DROGA**, sminuisce il significato della sola tossicità farmacologica e psicologica dando peso anche agli **EFFETTI DEL FENOMENO SULLA SOCIETA'**.

Per cui il danno non è solo quello sofferto dal "drogato", ma anche dalla società in cui egli vive. Da qui nasce la necessità di difendersi, cosa **MOLTO DIFFICILE** per la "droga": **LA DIFFUSIONE DELLA DROGA, infatti, E' SOSTENUTA DA UNA EFFICIENTE ORGANIZZAZIONE COMMERCIALE CHE NE TRAE PROFITTI ENORMI**.

B) CONCETTO DI FARMACO

"Tutte le sostanze sono veleno; non ve n'è una che non sia un veleno. E' la dose giusta che differenzia un veleno da un rimedio"

Paracelso

Per **farmaco** si intende una sostanza capace di determinare un effetto positivo in un organismo vivente.

Per **tossico (o veleno)** si intende una sostanza capace di determinare un effetto negativo in un organismo vivente.

Ogni farmaco è un potenziale veleno
ogni veleno è un potenziale farmaco

Non esiste quindi una demarcazione tra farmaco e tossico, nel senso che anche una sostanza che svolge un effetto di regola favorevole può diventare tossica in rapporto alla:

- DOSE DI ASSUNZIONE
- VIA DI SOMMINISTRAZIONE
- EVENTUALE COMBINAZIONE FARMACOLOGICA

Come pure distinguiamo:

- TOSSICITA' FARMACOLOGICA
- TOSSICITA' PSICOLOGICA
- TOSSICITA' SOCIALE

Infatti la stessa **diffusione ed accettazione** delle varie sostanze è condizionata dalla cultura e dai fattori sociali propri delle diverse culture.

C) BREVI NOTE STORICO-LEGISLATIVE

NON ESISTE UNA DROGA LECITA ED UNA ILLECITA
(salvo l'eroina)
MA SOLO UN USO LECITO O ILLECITO

La droga è sempre esistita:

dell'**oppio** ritroviamo menzione nelle tavolette sumeriche di Uruk (3000 a. C.);
del **nepente** (lenitivo dello spirito e del corpo) ne narra Omero nell'Odissea;
Erodoto ricorda che la **canapa indiana** era nota ai Greci;
i sacerdoti Maya utilizzavano il **Peyotl** e **Psilocybe** (i c.d. funghi sacri), sostanze ad azione allucinogena.

Una sostanza può essere **accettata** presso alcune società e **negata** in altre.

L'**alcool** ha una storia che si perde nella notte dei tempi e si è diffuso come:
vino nei paesi mediterranei;
birra di orzo e di luppolo nel Nord Europa;
birra di mais nell'America del Sud;
sakè (**vino di riso**) in Giappone e in Cina;
Kefir nella Siberia Orientale, ecc.

Sotto forma di distillato nasce e si diffonde in particolare come:
vodka nella ex URSS;
grappa nell'Europa centrale;
cognac nella Francia;
whisky nella Scozia, ecc.

Di contro gli alcoolici sono proibiti, per motivi religiosi, nel mondo arabo.

Il **tabacco** ha una diffusione pressoché universale, con esclusione di alcune tribù e sette (i Sikh dell'India, i Kirshaki della Siberia e della Mongolia, i Mauri de Riff, i Cristiani dell'Abissinia, ecc.), anche qui per motivazioni di ordine religioso.

L'**oppio** ha avuto una notevole diffusione in paesi quali la Persia, l'India, la Cina e la Turchia a partire dall'VIII secolo, importato dagli Arabi. Oggi è molto diffuso nell'Asia.

La **coca**, sotto forma di foglie da masticare, era già diffusa in America meridionale da tempi immemorabili.

Il **kat**, sotto forma di foglie e di gemme, trova massima diffusione nello Yemen, in Somalia, in Abissinia.

La **kava** è diffusa negli arcipelaghi australiani.

Il **betel** nelle isole e in gran parte dei paesi costieri dell'Oceano Pacifico ed Indiano.

IN ITALIA

1923: viene varata la PRIMA LEGGE SUGLI STUPEFACENTI (**N. 396**).

1951: entra nella farmacopea italiana il **METADONE.** Diventa così prescrivibile per usi terapeutici.

1954: viene approvata la **legge N. 1041** in materia di stupefacenti.

1975: approvazione della **legge N. 685** che disciplina stupefacenti e sostanze psicotrope, modificata con **legge N. 162 del 1990**.

1990: viene approvato **il D.P.R. N. 309**, testo unico in materia di sostanze stupefacenti e/o psicotrope.

CAPITOLO SECONDO

SOSTANZE PSICOATTIVE

(o "STUPEFACENTI" o "DROGA" o "PSICO- DROGA")

A) DEFINIZIONE

SOSTANZE CAPACI DI PROVOCARE UNO STATO PSICHICO A CARATTERE (quasi sempre) "POSITIVO E DESIDERATO" E DAL CUI "**ABUSO**" DERIVA LO STATO DI **TOSSICOMANIA**;

B) TOSSICOMANIA (Sec. O.M.S.)

UNO STATO DI INTOSSICAZIONE PERIODICA O CRONICA, PRODOTTO DALL'ASSUNZIONE RIPETUTA DI UNA SOSTANZA.

a) CARATTERI

I) - Desiderio irresistibile o bisogno (**obbligo**) di continuare ad assumere la sostanza e di procurarsela con ogni mezzo;

II) - Tendenza ad aumentare la dose;

III) - Dipendenza fisica e/o psichica;

IV) - Effetti dannosi all' individuo e alla società.

b) PROPRIETA' DI UNA SOSTANZA TOSSICOMANIGENA

1) A B I T U.D I N E 2) D I P E N D E N Z A

UNA SOSTANZA PER GENERARE LA TOSSICOMANIA DEVE AVERE DUE PROPRIETA':

I) - **ABITUDINE** (Tolleranza, Assuefazione, Mitridatismo)
Fenomeno per cui l'organismo tollera dosi progressivamente crescenti del farmaco, verso il quale diventa sempre meno sensibile;

II) - **DIPENDENZA** (Farmacomania)
Bisogno o desiderio incoercibile di una sostanza, allo scopo di procurarsi uno stato piacevole.

L A D I P E N D E N Z A
può essere:

- **FISICA**: quando, in seguito all'interruzione della somministrazione, insorgono disturbi fisici;

- **PSICHICA**: quando, in seguito alla sospensione del farmaco, insorge sofferenza emotiva.

IN UN SOGGETTO IN CUI SI SIA INSTAURATA LA DIPENDENZA, INTERROMPENDO LA SOMMINISTRAZIONE DELLA SOSTANZA, COMPAIONO **DISTURBI** COSIDDETTI DA **ASTINENZA**, DI VARIO GRADO, DI NATURA SOMATICA E/O PSICHICA.

C) CLASSIFICAZIONE

Numerosi sono i criteri per classificare le sostanze psicoattive:

a) CLASSIFICAZIONE IN BASE ALLA NATURA DEGLI EFFETTI PSICHICI

1) ANALGESICI-NARCOTICI (derivati dell' Oppio)
   - ° **MORFINA**
   - ° **CODEINA**
   - ° **EROINA**
   - ° **METADONE**

2) DEPRESSORI DEL SISTEMA NERVOSO
   - ° **ALCOOL**
   - ° **TRANQUILLANTI**
   - ° **BARBITURICI**

3) STIMOLANTI DEL SISTEMA NERVOSO
   - ° **AMFETAMINE**
   - ° **COCAINA**
   - ° **FUMO**
   - ° **ECSTASY**

4) PSICHEDELICI O ALLUCINOGENI
   - ° MAGGIORI
   - **- LSD**
   - **- MESCALINA**
   - **- PSILOCIBINA**

   - ° MINORI
   - **- MARIJUANA**
   - **- HASHISH**
   - **- OLIO DI HASHISH**

b) CLASSIFICAZIONE IN BASE AL TIPO DI DIPENDENZA

1) CON DIPENDENZA PSICHICA E FISICA

OPPIO E DERIVATI NATURALI:
Morfina
Eroina

OPPIOIDI SINTETICI
Meperidina
Metadone

ALCOOL

BARBITURICI

2) CON LA SOLA DIPENDENZA PSICHICA
(in alcuni casi con debole o dubbia dipendenza fisica)

AMFETAMINA E DERIVATI

COCAINA

LSD E DERIVATI

PSILOCIBINA, MESCALINA

SOLVENTI VOLATILI

DERIVATI CANNABIS INDICA

CAFFE', THE, TABACCO.

CAPITOLO TERZO

ANALGESICI-NARCOTICI

A) OPPIO

Succo che si ottiene incidendo la capsula non matura del **PAPAVER SOMNIFERUM** : il succo lattiginoso, essiccato all'aria, forma una massa gommosa bruna.

I principi attivi sono rappresentati da diversi **ALCALOIDI** tra cui si ricordano: Morfina, Codeina, Papaverina.

- DERIVATI SEMISINTETICI:
Eroina (Diacetil - morfina).

- DERIVATI SINTETICI:
Metadone.

INDICAZIONI TERAPEUTICHE:
Azione analgesica e sedativa per la tosse.

B) MORFINA

Viene prodotta dall'industria farmaceutica in **FIALE** (per via intramuscolo o endovena).

Sul mercato nero esiste come **POLVERE** (Fumo, OS).
I SUOI DERIVATI POSSONO ESSERE REFERTATI NELLE URINE PER LUNGO TEMPO (anche diversi giorni).

Agisce:
SUL SISTEMA NERVOSO CENTRALE, DIGERENTE RESPIRATORIO, RENALE

Basta introdurre lievi modificazioni nella struttura base della morfina per alterarne le proprietà.

Il neonato la cui madre ha fatto uso continuato di MORFINA (o di altro derivato dell'OPPIO) alla nascita presenta una **SINDROME DA ASTINENZA** caratterizzata da:

- DISTURBI RESPIRATORI - PIANTO A TONI ACUTI
- IRRITABILITA' - IPERTONO - TREMORI - CONVULSIONI
- DIARREA

LA SINDROME DA ASTINENZA NEL NEONATO, SE NON OPPORTUNAMENTE TRATTATA, PUO' ANCHE DARE LA MORTE.

EFFETTI SUL SISTEMA NERVOSO CENTRALE

- **"SITUAZIONE CONFORTEVOLE" nei riguardi degli stimoli dolorosi** (il soggetto li riconosce ma non li percepisce come tali) (**AZIONE ANALGESICA**);
- **VARIAZIONE DELL' UMORE CON IPERATTIVITA' e LOQUACITA'** (variabili da un individuo all'altro);
- **SONNOLENZA E DEPRESSIONE DEL RESPIRO.**

EFFETTI SUGLI ALTRI APPARATI

DIGERENTE: Stitichezza, Nausea, Vomito, Coliche biliari.
RESPIRATORIO: Broncospasmo.
RENALE: Riduzione della diuresi.

OVERDOSE (SOVRADOSAGGIO)

- MARCATA RIDUZIONE della **PRESSIONE ARTERIOSA (IPOTENSIONE)**.
- RESTRINGIMENTO DEL DIAMETRO PUPILLARE (**MIOSI**).
- DEPRESSIONE del CENTRO del RESPIRO.

↓

C O M A

SINDROME DA ASTINENZA ACUTA

Interviene 6-8 ore dall'ultima dose assunta e raggiunge il culmine nelle 24 ore.

TEMPI DI INSORGENZA, INTENSITA', CARATTERISTICHE dipendono dal GRADO DI DIPENDENZA E DALLA PERSONALITA' DELL' INDIVIDUO.

SINTOMI PRINCIPALI:
Agitazione psico-motoria, sbadigli, midriasi, (pupilla dilatata), irritabilità, insonnia, vomito, nausea, diarrea, pilo-erezione, rinorrea, lacrimazione, ipertensione arteriosa, tachicardia, dolori muscolari e ossei. (SI RISOLVE IN 3-4 GIORNI)

SINDROME DA ASTINENZA TARDIVA

Caratterizzata da: **DISTURBI PSICHICI** (ansia, depressione)
CRAVING.

C) E R O I N A

E' una sostanza illegale (ne è proibita sia la produzione che la distribuzione).

- Derivato di semisintesi della MORFINA (diacetilmorfina);
- E' 5-6 volte più potente della MORFINA.
- Nell'organismo viene rapidamente trasformata in MORFINA.

DIFFERENZE RISPETTO ALLA MORFINA:

- MAGGIORE POTENZA DI AZIONE;
- MAGGIORE RAPIDITA' NEL CREARE DIPENDENZA FISICA;
- MAGGIORE INTENSITA' DELLA SINDROME DA ASTINENZA;
- MINORE DURATA D'AZIONE;
- DIVERSA PERCEZIONE;
  PER L'AZIONE INIZIALE; PER MESCOLANZA CON ALTRE SOSTANZE

VIE DI ASSUNZIONE:

- **ENDOVENOSA** (più comunemente);

- **"SNIFFING"** (può dare anch'esso DIPENDENZA, ma per DOSI MAGGIORI e prolungata assunzione continuata);

- **FUMO**.

EFFETTI DELL'EROINA:

- LEGATI DIRETTAMENTE ALLA SOSTANZA PURA;
- DOVUTI ALLA SOSTANZA DA TAGLIO;
- CAUSATI DALL'INTRODUZIONE DI MATERIALE NON STERILE

EFFETTI CLINICI

DISTINGUIAMO TRE STADI:

1) PRIMO STADIO (cosiddetto **DEL BENESSERE**)

- DURA QUALCHE MESE;
- RAPPORTO POSITIVO CON LA SOSTANZA (**luna di miele**)

IL SOGGETTO E' ATTIVO, OTTIMISTA, HA LA SENSAZIONE DI BENESSERE E MAGGIORE SICUREZZA; LAVORA PIU' FACILMENTE, SUPERA MEGLIO LE DIFFICOLTA' E LE FRUSTRAZIONI.

2) SECONDO STADIO (cosiddetto **DELLA SAGGEZZA**)

- DURA ALCUNI MESI;
  4/5 mesi EROINA - 1/2 anni MORFINA

- VERA E PROPRIA DIPENDENZA

SENSAZIONE DI CALMA PSICOLOGICA,PACATEZZA DEI DESIDERI, SENSO DI ISOLAMENTO, IMPERTURBABILITA', VISSUTO INTERIORE DI BENESSERE; LA VITA DI RELAZIONE PERDE SIGNIFICATO; ATTENUAZIONE, FINO ALL'ANNULLAMENTO, DEGLI STIMOLI SESSUALI; BISOGNO DI AUMENTARE LA DOSE.

3) **TERZO STADIO** (cosiddetto **DEL "DIO DEL MALE" O DELL'OSSESSIONE**)

- TUTTO SI ACCENTRA SULLA SOSTANZA: PREOCCUPAZIONE DI AVERLA PER SFUGGIRE ALLE SOFFERENZE DELL'ASTINENZA (UNICA MOTIVAZIONE).

- IMPOSSIBILITA' DI APPLICARSI A QUALSIASI TIPO DI ATTIVITA'; INIZIANO LE ESPERIENZE ANTISOCIALI (SPACCIO, REATI CONTRO LA PROPRIETA').

- COMPARSA DEI SEGNI DELLA TOSSICOSI: dolori gastrici, coliche, sudorazione, tremori, perdita dell'istinto sessuale etc.

C A U S E D I M O R T A L I T A'

PER ASSUNZIONE ENDOVENOSA DI **EROINA**

- **OVERDOSE**: per assunzione della stessa dose utilizzata in precedenza, dopo divezzamento dalla sostanza; per assunzione di una dose la cui purezza è notevolmente superiore a quella presunta.

- **TAGLIO**: presenza di sostanze altamente lesive per l'organismo. Le sostanze da "taglio" più comunemente usate sono: **amfetamine, chinino, barbiturici, mannitolo, saccarosio, bicarbonato di sodio, talco ed altre purchè sotto forma di polvere bianca**.

- **INCIDENTI STRADALI O DI ALTRO TIPO**

- **MALATTIE CONCOMITANTI** (per l'uso di siringhe non sterili): Epatiti fulminanti, Endocarditi, Sepsi, A I D S.

D) METADONE

ANALGESICO DI SINTESI

HA LA STESSA AZIONE DELLA MORFINA.

DA' TOLLERANZA E DIPENDENZA FISICA.

RISPETTO ALLA MORFINA PRESENTA ALCUNE DIFFERENZE (soprattutto in corso di trattamento cronico):

a) **MAGGIORE DURATA D'AZIONE** (24-36 ore), per cui è possibile una sola somministrazione al giorno ed è attivo anche per VIA ORALE.

b) **NON DA' ALCUN EFFETTO EUFORIZZANTE** (assenza del 'flash').

c) **SINDROME DA ASTINENZA MENO INTENSA, MA PIU' PROLUNGATA** (compare 24-36 ore dopo l'ultima assunzione).

TALI DIFFERENZE HANNO COSTITUITO I PRESUPPOSTI FARMACOLOGICI A FAVORE DELL'USO DEL METADONE NELLA TERAPIA DI DISASSUEFAZIONE DALL'EROINA.

E) TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELLE TOSSICODIPENDENZE DA OPPIACEI

1) **DETOSSICAZIONE RAPIDA**:

mediante somministrazione di farmaci sostitutivi (metadone).

mediante somministrazione di farmaci non sostitutivi (farmaci sintomatici);

2) **DETOSSICAZIONE LENTA**:

mediante somministrazione di metadone a scalare a lungo termine;

3) **DETOSSICAZIONE ULTRA RAPIDA**:

è stata recentemente messa a punto una metodica sperimentale che permetterebbe la detossicazione in circa 24 ore attraverso una terapia combinata di narcosi e antagonisti (naloxone, naltrexone).

CAPITOLO QUARTO

DEPRESSORI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE

A) ALCOOL

"SOSTANZA AMPIAMENTE DIFFUSA E CULTURALMENTE ACCETTATA NEI PAESI OCCIDENTALI"

Principale ingrediente chimico del vino, birra e liquori.
Si forma spontaneamente per una reazione di fermentazione dello zucchero in presenza di lievito.

IN PASSATO VENIVA USATO COME NARCOTICO. ATTUALMENTE NON VI E' ALCUNA AZIONE CHE NON POSSA ESSERE RAGGIUNTA CON SUSSIDI MEDICI DIVERSI E MENO TOSSICI.

Ve ne sono diversi TIPI:

- **ALCOOL ETILICO**: liquido incolore, infiammabile ad effetto tossico, contenuto nelle suddette bevande;

- **ALCOOL METILICO**: presente in piccole tracce in superalcolici. Molto tossico per il fegato e per il Sistema Nervoso Centrale. E' PARTICOLARMENTE PERICOLOSO SE PRESENTE IN QUANTITA' SIGNIFICATIVE (si ricorda il "vino al metanolo").

VIENE RAPIDAMENTE ASSORBITO (2-6 ore); SI DISTRIBUISCE A TUTTI I TESSUTI, MA SOPRATTUTTO AL SISTEMA NERVOSO. VIENE METABOLIZZATO QUASI INTERAMENTE (98%) DAL FEGATO.

EFFETTI DELL'ALCOOL

Variano in rapporto a:

- **CONDIZIONI PSICO-FISICHE DEL CONSUMATORE**;
- **RAPIDITA' DELL' ASSUNZIONE**;
- **STOMACO VUOTO O PIENO**;
- **RAPIDITA' DI METABOLIZZAZIONE DELL' ORGANISMO**;
- **TIPO DI BEVANDA** (a parità di dose);
- **RAZZA E SESSO**.

E' ANCHE IMPORTANTE L' AMBIENTE IN CUI VIENE ASSUNTO: in osteria, in casa, da solo, con amici.

CARATTERI DELLA TOSSICODIPENDENZA DA ALCOOL

- **ALCOLISMO MINORE**: per soggetti che assumono QUANTITA' DI VINO ECCESSIVE (es. 1 litro al giorno, di 13°, per oltre 5 anni), SOPRATTUTTO PER ABITUDINI ALIMENTARI LEGATE AL COSTUME. DANNO SOPRATTUTTO EPATICO.

- **ALCOLISMO MAGGIORE**: per soggetti che assumono GROSSE QUANTITA' DI ALCOOLICI DI TUTTI I TIPI, CON CARATTERISTICHE SOVRAPPONIBILI ALLE TOSSICODIPENDENZE DA OPPIACEI.

L'ingestione acuta di abbondanti quantità determina **INIZIALE EUFORIA** (di intensità variabile in rapporto allo stato psichico, ambientale, sociale), successivamente si hanno

ALTERAZIONI IN SENSO DEPRESSIVO DEL SISTEMA NERVOSO

↓

COMA

(Tasso di alcool presente nel sangue pari o superiore a 4 gr/l)

Un'azione importante per i RISVOLTI SOCIALI è la **MODIFICAZIONE DELLA PERCEZIONE E DELL'ATTENZIONE** con INCREMENTO DELLA FREQUENZA DI INCIDENTI STRADALI E SUL LAVORO.

L'assunzione continuata determina **COMPROMISSIONE DI VARI ORGANI** (FEGATO, CUORE, RENE, PANCREAS, SISTEMA NERVOSO, STOMACO).

DA' TOLLERANZA E DIPENDENZA FISICA. UNA CARATTERISTICA E' IL **DELIRIUM TREMENS**.

SINDROME DA ASTINENZA DA ALCOOL

- **TREMORI**: per lo più mattutini, si accompagnano a NAUSEA, VOMITO, DISTURBI NEUROVEGETATIVI (sudorazione, tachicardia), IRRITABILITA' ed IPEREMOTIVITA'.

Tale sintomatologia compare dopo l'astinenza di una sola notte, raggiunge il massimo grado dopo 24 ore dall'inizio e scompare dopo alcuni giorni; in questi casi, si accompagna ad insonnia.

- **PERCEZIONI SENSORIALI** che vanno dalle illusioni alle allucinazioni vere e proprie. LE ALTERAZIONI VISIVE SI MANIFESTANO SOTTO FORMA DI OMBRE ALLARMANTI CON PRESENZA DI PICCOLI ANIMALI O INSETTI, RONZII, RUMORI O VERE E PROPRIE PERCEZIONI DI VOCI PER LO PIU' IMPERIOSE.

Questi fenomeni possono durare da qualche istante a qualche giorno (**PARANOIA ALCOOLICA**).

Si può avere IPERTERMIA, COMA e MORTE.

TERAPIA: Uso di tranquillanti quali Benzodiazepine (spesso insufficienti) e Neurolettici (soprattutto derivati da Tiotixene)

- **EPILESSIA ALCOOLICA**: quadro controverso che si riferisce a casi in cui ATTACCHI CONVULSIVI, tipo "**GRANDE MALE**", si manifestano nelle prime 48 ore di ASTINENZA, in soggetti che non avevano mai presentato tale sintomatologia. Generalmente precedono un episodio di DELIRIUM TREMENS o uno CONFUSO ONIRICO.

DELIRIUM TREMENS

Si osserva soprattutto come ASTINENZA DA UNA INTOSSICAZIONE ALCOOLICA DI LUNGA DURATA (almeno 10 anni).

PERIODO PRODROMICO *PRE-DELIRIUM* (2-3 gg.):

INSONNIA, TREMORI, EPISODI CONFUSIONALI-ONIRICI, SETE INTENSA.

QUADRO CLASSICO:

a) **TURBE PSICHICHE** : Stato confusionale e fenomeni allucinatori con agitazione psicomotoria. Le alterazioni del rapporto di realtà determinano i cosiddetti COMPORTAMENTI PROFESSIONALI, in cui il paziente simula la propria attività lavorativa;

b) **TURBE NEUROLOGICHE**: intensi tremori irregolari e diffusi a tutto il corpo, disartrie, incoordinazione motoria, turbe dell'equilibrio;

c) **SINTOMI GENERALI**:

FEBBRE, TACHICARDIA, SUDORAZIONE PROFUSA, MODIFICAZIONE ELETTROLITICA, DISIDRATAZIONE.

PROGNOSI DEL DELIRIUM TREMENS

Molto severa in passato, oggi nettamente migliorata.

B) TRANQUILLANTI

- **MAGGIORI**, utilizzati nella terapia di varie malattie psichiatriche;
- **MINORI**, ad attività ansiolitica ed anticonvulsivante.

Quelli usati più frequentemente appartengono alla famiglia delle **BENZODIAZEPINE**, e solo ad esse ci riferiremo.

Proprio per la loro attività equilibratrice della emotività e dell'ansia **si prestano molto facilmente all'abuso**.

Frequente è l'associazione con l'ALCOOL (che va evitata perchè gli alcoolici accentuano lo stato depressivo) **e col CAFFE'** (che va evitata perché accentua l'ansietà e fa richiedere dosi più elevate di ansiolitici).

DANNO TOLLERANZA E DIPENDENZA

INTOSSICAZIONE (OVERDOSE)

- ASTENIA, SONNOLENZA;
- VERTIGINI, ATASSIA, DISORIENTAMENTO;
- FENOMENI PARADOSSI DI AGITAZIONE;
- IPOTENSIONE E MODIFICAZIONI DELLA FREQUENZA CARDIACA;

SINDROME DA ASTINENZA

- ANSIA, TENSIONE, APPRENSIVITA';
- CONFUSIONE, INSONNIA;
- ANORESSIA, NAUSEA, VOMITO;
- TREMORI, DEBOLEZZA MUSCOLARE;
- IPOTENSIONE POSTURALE;
- IPERTERMIA;
- CONTRAZIONI MUSCOLARI, CONVULSIONI;
- PSICOSI CONFUSIONALI.

C) BARBITURICI

DEPRESSORI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE

Attualmente vengono usati in ANESTESIA e come farmaci CONTRO L'EPILESSIA.

A VOLTE SI ASSOCIANO CON ALTRE SOSTANZE (antidolorifici). **L'ALCOOL NE POTENZIA L'EFFETTO** (molti suicidi sono dovuti all'associazione delle due sostanze).

Danno **TOLLERANZA E DIPENDENZA FISICA.**

INTOSSICAZIONE

Ricorda l'ubriachezza alcoolica con mancanza, ovviamente, dell'alito vinoso.

- POSSIBILITA' DI ADDORMENTARSI IN OCCASIONI PARADOSSALI (a scuola, mentre ci si nutre).
- MANCANZA DI INTERESSE;
- ANDATURA INCERTA E TRABALLANTE;
- PERDITA DI COSCIENZA;
- COMA.

SINDROME DA ASTINENZA DA BARBITURICI

In ordine crescente di gravità:

- ANSIA
- DISTURBI DEL SONNO
- NAUSEA, VOMITO
- IRRITABILITA'
- AGITAZIONE
- TREMORI
- IPOTENSIONE POSTURALE
- CONVULSIONI
- EPISODI PSICOTICI
- IPERTERMIA
- MORTE

CAPITOLO QUINTO

PSICOSTIMOLANTI

Farmaci che aumentano la PERFORMANCE, la capacità di ATTENZIONE, le ASSOCIAZIONI IDEATIVE;

- **AMFETAMINE**
- **COCAINA**
- **ECSTASY**
- **FUMO DI SIGARETTA**

A) AMFETAMINA

Sostanza un tempo liberamente distribuita. Usata come FARMACO ANTI-FAME e ANTIFATICA.

DA' TOLLERANZA MA NON DIPENDENZA FISICA. DA' NOTEVOLE DIPENDENZA PSICHICA.

(Dopo un uso prolungato, il soggetto che cessa l'assunzione cade in uno stato di APATIA e DEPRESSIONE tale da essere spinto alla sua assunzione).

L'ASSUNZIONE CRONICA può associarsi ad una **PSICOSI TOSSICA e a DANNI PERMANENTI o IRREVERSIBILI del SISTEMA NERVOSO**.

Il suo uso è molto diminuito con la regolamentazione cui è stato sottoposto con la **LEGGE N. 685 (1975)**.

INTOSSICAZIONE ACUTA

Si verifica in soggetti che le usano PER VIA ENDOVENOSA

E' caratterizzata da:
- Ansietà, irritabilità, atteggiamento aggressivo ed ostile
- Allucinazioni, confusione
- Delirio, stati di panico
- Bocca secca
- Midriasi, tremori
- Tachicardia, ipertensione, aritmie
- Riflesso pupillare più vivace
- Crampi addominali
- All'esame del cavo orale: presenza di ulcerazioni del frenulo e della lingua per movimenti stereotipi.

SINDROME DA ASTINENZA DA AMFETAMINE

INTENSO DESIDERIO DI ASSUMERLE
STATO DEPRESSIVO
APATIA
MANCANZA DI INIZIATIVE
IDEE SUICIDE

La caratteristica principale è **L'IPERSONNIA** (che può permanere per alcuni giorni), a cui segue un **QUADRO DEPRESSIVO**.

B) COCAINA

Sostanza naturale ottenuta dalle foglie della **ERYTROXILON COCA**, pianta coltivata in Perù, Bolivia (Ande Peruviane).

Azioni attribuite:

- **ELEVA IL TONO DELL'UMORE;**
- **AUMENTA L'ATTIVITA' MENTALE;**
- **RIDUCE IL SENSO DI FAME E DI FATICA;**
- **AFRODISIACA.**

L'USO CONSENTITO (specie dei suoi derivati) E' COME ANESTETICO LOCALE.

Ha azione breve (a differenza dell' Amfetamina).

Attualmente è molto DIFFUSA TRA TUTTI GLI STRATI SOCIALI (un tempo era detta "LA DROGA DEI RICCHI" per l'alto costo).

DA' TOLLERANZA E DIPENDENZA PSICHICA:

l'interruzione provoca uno STATO DEPRESSIVO.
Come l'amfetamina, provoca psicosi tossiche e alterazioni del sistema nervoso in seguito ad assunzione ripetuta.

VIA PREFERENZIALE DI ASSUNZIONE: **SNIFFING (per cui dà la necrosi del setto nasale). Può essere inalata sotto forma di fumo: CRACK.**

Da qualche tempo viene assunta **PER VIA ENDOVENOSA** da tossicodipendenti da oppiacei che uniscono l'azione stimolante della Cocaina a quella deprimente dell'Eroina.

C) ECSTASY

ANCHE LA DROGA HA LE SUE MODE

Le ultime "sfilate" propongono modelli più economici adattabili alle tendenze regionali e demografiche. Tra queste la più famosa è la **M.D.M.A. o ECSTASY**, sostanza in commercio **da circa un decennio** e che va sempre più diffondendosi e **facendo presa su una popolazione molto giovane** in cerca di una molecola capace di staccare il senso della realtà, della realtà vera.

L'uso dell'ecstasy appare per il momento ristretto al fine settimana e si può quindi definire come **la droga da discoteca** per eccellenza.

L'assunzione di questa sostanza causa nell'uomo incremento dell'attività fisica, un miglioramento dell'umore e alterazione della percezione. La molecola presenta aspetti analoghi nella struttura con l'amfetamina (psicostimolante) e la mescalina (allucinogeno).

EFFETTI PIU' FREQUENTEMENTE RIPORTATI PER L'USO RICREATIVO DI ECSTASY:

LOQUACITA'
APERTURA MENTALE
INTIMITA' CON GLI ALTRI
EUFORIA
SPENSIERATEZZA
ACCONDISCENDENZA

EFFETTI COLLATERALI PIU' FREQUENTEMENTE RIPORTATI:

PERDITA DELL'APPETITO
BOCCA ARIDA
TACHICARDIA
INSONNIA
TENSIONE DELLA MASCELLA
DIGRIGNAMENTO DEI DENTI
SUDORAZIONE
SCARSA CONCENTRAZIONE POLIURIA

EFFETTI DI TOSSICITA' SISTEMICA:
ARITMIA
ASISTOLIA
COLLASSO CARDIOVASCOLARE
INSUFFICIENZA RENALE ACUTA
EPATOSSICITA'

EFFETTI NEUROPSICHIATRICI MANIFESTATISI:
(effetti acuti 24 h)

ANSIA
PSICOSI
INSONNIA
DIMINUZIONE DELL'APPETITO
DISORIENTAMENTO
CONFUSIONE
NAUSEA
VOMITO

EFFETTI SUBACUTI:
(1 mese)

INSONNIA
SONNOLENZA
DEPRESSIONE
ANSIA
IRRITABILITA'

EFFETTI CRONICI:
(oltre 1 mese)

PANICO
PSICOSI
DEPRESSIONE GRAVE
TURBE DELLA MEMORIA

Gli effetti tossici si aggravano in presenza di affaticamento muscolare e di aumento della temperatura corporea causati da danze sfrenate in locali affollati con scarsa ventilazione (**danza della morte**).

Il tipico caso si presenta con **collasso, iperpiressia, tachipnea, tachicardia, agitazione psicomotoria, convulsione, CID e decesso nel giro di 2-60h** (overdose).

Una correlazione tra l'uso ripetuto di ecstasy e farmaci di tolleranza e dipendenza non è sostenuta da dati clinici, tuttavia si rivela in alcuni individui l'uso di quantità di ecstasy crescenti per mantenere costanti gli effetti psicoattivi di gratificazione.

Non è stata identificata una stretta correlazione tra dose di M.D.M.A. e severità delle conseguenze.

La sensibilità agli effetti tossici potrebbe essere determinata su base genetica.

D) FUMO DI SIGARETTA

Contiene numerose sostanze responsabili dell'AZIONE FARMACOLOGICA e TOSSICA.

LA NICOTINA E' IL COMPONENTE PIU' IMPORTANTE; GLI ALTRI, PERO', RINFORZANO L'EFFETTO DELLE SIGARETTE E LA POTENZIALITA' D'INDURRE ABITUDINE (DIPENDENZA).

a) N I C O T I N A

Isolata nel 1809 da VAUQUELIN. Il nome è legato a **JEAN NICOT**, un diplomatico francese responsabile dell'introduzione del TABACCO in Francia (1600 circa).

HA UN'AZIONE STIMOLANTE IL SISTEMA CARDIO-CIRCOLATORIO (Tachicardia, Ipertensione, Azione vasocostrittrice a livello delle arterie) **E IL SISTEMA NERVOSO**.

RIGUARDO ALLE **FUNZIONI MENTALI**:
- STIMOLA I PROCESSI DI APPRENDIMENTO E MEMORIZZAZIONE;
- AUMENTA L'ATTENZIONE;

SUGLI ALTRI APPARATI DETERMINA:
- MIDRIASI;
- DILATAZIONE PICCOLI BRONCHI;
- DIMINUZIONE MOTILITA' GASTROINTESTINALE;
- DIMINUZIONE SINTESI GLICOGENO;
- AUMENTO NEL SANGUE DEGLI ACIDI GRASSI LIBERI;
- STIMOLAZIONE DEL CENTRO DEL VOMITO, NAUSEA.

Si distinguono:
- **TABACCHI POVERI DI NICOTINA** (0,5% del peso).
- **TABACCHI RICCHI DI NICOTINA** (1-10% del peso).

Data l'azione della nicotina, può aversi un effetto anche mortale. **LA DOSE MORTALE PER L'UOMO E' STATA CALCOLATA IN 2-6 GRAMMI**.

b) **OSSIDO DI CARBONIO**

E' contenuto nella percentuale dell'1,5%.

Dopo la nicotina è la SOSTANZA CON PIU' SPICCATA AZIONE FARMACOLOGICA.

AZIONE PRINCIPALE:
RIDUCE LA CAPACITA' DI TRASPORTO DELL'OSSIGENO.

Da vari Autori è ritenuto RESPONSABILE DELL'AUMENTO DELL'INCIDENZA DI **MALATTIE CARDIOVASCOLARI NEI FUMATORI.**

EFFETTI SOMATICI DEL FUMO DI TABACCO

ACUTI: classici malesseri che seguono talora all'uso della prima sigaretta.

NAUSEA
VOMITO
VERTIGINI
CEFALEA

CRONICI: per consumo regolare e continuato nel tempo del fumo.

Danno a carico degli APPARATI:
RESPIRATORIO
CARDIOCIRCOLATORIO
GASTROINTESTINALE
SISTEMA NERVOSO: MODIFICAZIONI DELL'ATTIVITA' CEREBRALE (EEG) (aumentata frequenza di onde alfa da IPERECCITABILITA' delle cellule nervose), TENDENTI A NORMALIZZARSI IN CASO DI SOSPENSIONE DEL FUMO.

SINDROME DA ASTINENZA DA TABACCO

E' caratterizzata da:

- ALTERAZIONI DELL'ATTIVITA' ELETTRICA CEREBRALE (EEG): simile a quella che si ha nel sonno.

- AUMENTO DELL'IRRITABILITA' E DELL'AGGRESSIVITA';

- STATO DI AGITAZIONE CON TREMORI (fino alle convulsioni);

- TENDENZA ALLA DEPRESSIONE E ALL'ANSIA.

N.B. L'affermazione che la sigaretta toglie l'ansia e l'agitazione è vera; ma tali sintomi provengono dal fenomeno della dipendenza e quindi dallo stato di intossicazione cronica.

E' stato ipotizzato che le sigarette siano UN FATTORE DI RISCHIO, UNA ABITUDINE CHE PRECORRE L'USO DI SOSTANZE ILLECITE.

Dall'indagine citata risulta che: il 97,33% dei giovani intervistati non fumatori non ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti, tale percentuale cala al 69% dei fumatori.

IL TABACCO DETERMINA oltre che DIPENDENZA anche TOLLERANZA.

CAPITOLO SESTO

ALLUCINOGENI O SOSTANZE PSICHEDELICHE

Farmaci che agiscono sulle SENSAZIONI, sull' EMOTIVITA', sulla FORMAZIONE DEL PENSIERO e sullo STATO DI COSCIENZA. In rapporto alla DOSE e alla QUALITA' della sostanza vi sono:

- TURBE DELLA PERCEZIONE
(DELIRI, ALLUCINAZIONI);

- DISORIENTAMENTO NEL TEMPO E NELLO SPAZIO.

A) L S D (Dietilamide dell'acido lisergico)

DA' TOLLERANZA MA NON DIPENDENZA FISICA.

Agisce a dosi minime, è POCO TOSSICA, i pericoli sono legati alla **IMPREVEDIBILITA' DEGLI EFFETTI PSICHICI** che provoca (**"BRUTTI VIAGGI"** con EFFETTI PSICOTICI, CONFUSIONE MENTALE, INCIDENTI GRAVI fino al SUICIDIO) e alla possibilità di **ALTERAZIONI CROMOSOMICHE, CON ALTA INCIDENZA DI MALFORMAZIONI FETALI.**

INTOSSICAZIONE DA LSD

Comprende due quadri clinici fondamentali:
a) VIAGGIO LISERGICO

L'LSD induce RILEVANTI MODIFICAZIONI della PERCEZIONE (Deliri, Allucinazioni), nell' ORIENTAMENTO TEMPORO-SPAZIALE, nella CAPACITA' DI GIUDIZIO, sull' AFFETTIVITA' o sulla PROPRIA IMMAGINE CORPOREA.

Esperienza comune per i consumatori è l'effetto talora di **TERRORE PANICO,** che porta a PERDITA DI CONTROLLO e a SOPRAFFAZIONE DELLA PAURA con ATTEGGIAMENTI AUTODISTRUTTIVI.

La caratteristica principale è dunque una **REAZIONE ANSIOSA,** accompagnata in varia misura da EFFETTI TOSSICO-SOMATICI.

Danno reazioni analoghe altre sostanze, quali:

MESCALINA, PSILOCIBINA, DIMETIL-TRIPTAMINA.

L'LSD viene assunto per OS (con mancanza dunque di effetti acuti, soprattutto psicotici, che conseguono in genere alla somministrazione endovenosa).

b) FLASHBACKS

I "VIAGGI" RICORRONO SPONTANEAMENTE, ANCHE DOPO MOLTI MESI DALL'ULTIMA ESPERIENZA CON LSD.

POSSONO INSORGERE ALL'IMPROVVISO, TALORA CON NOTEVOLE INTENSITA'.

Possono essere:

- ATTENUATI E DURARE POCHI MINUTI.
- ACUTISSIMI E DURARE ALCUNE ORE.

Distinguiamo **TRE CATEGORIE DI FLASHBACKS** (tutte e tre accompagnate a reazioni acute di panico):

1) **PERCETTIVI:** riguardano prevalentemente la PERCEZIONE VISIVA e si manifestano con:

- **INTENSIFICAZIONE DEI COLORI;**
- **ILLUSIONI VISIVE;**
- **ALLUCINAZIONI** (insetti, animali) o **PSEUDO ALLUCINAZIONI** (visioni di figure geometriche).

2) **SOMATICI:** SENSAZIONI DI DEPERSONALIZZAZIONE CON ALTERAZIONI DELL'IMMAGINE DEL PROPRIO CORPO (es. sensazione di perdita di un arto, parestesia, dolore).

3) **EMOTIVI:** si ha ricreazione dello stress emotivo, legato alla reazione acuta da LSD.

SI HA UN VISSUTO DI ANNULLAMENTO, DI PAURA, CHE PUO' SPINGERE TALORA AL SUICIDIO.

In casi di emergenza, OGNI TECNICA CHE TENDE A FAVORIRE IL VOMITO O LA LAVANDA GASTRICA E' INUTILE PERCHE' **L'LSD E' ATTIVO IN DOSI MOLTO PICCOLE CHE VENGONO ASSORBITE MOLTO RAPIDAMENTE.**

SINDROME DA ASTINENZA

L' LSD DA' SOLO **DIPENDENZA DI TIPO PSICHICO**

NON E' NOTA UNA SINDROME DA ASTINENZA, NEMMENO DI CARATTERE PSICHICO.

B) DERIVATI DELLA CANAPA INDIANA (CANNABIS INDICA)

- **MARIJUANA:** preparazione mista dell'intera pianta (sommità fiorita, foglie, semi e steli).
- **HASHISH:** è la resina che si libera dalla Cannabis Sativa.
- **OLIO DI HASHISH:** distillato delle resine.

Il principio attivo è il **THC**, la cui concentrazione determina l'intensità degli effetti. Ad alte dosi, il **THC** può avere azioni del tutto sovrapponibili a quelle dell'uso degli ALLUCINOGENI; però **LA CONCENTRAZIONE DI THC E' COSI' BASSA CHE E' RARISSIMA UNA SINTOMATOLOGIA ALLUCINATORIA SIMILE A QUELLA DEI TIPICI ALLUCINOGENI.**

Via di assunzione più frequente:
- **INALATORIA (Fumo ———> "SPINELLO"**
- **ORALE (Decotti)**

EFFETTI PRINCIPALI

Notevolmente influenzati dallo STATO PSICHICO, AMBIENTALE e SOCIALE in cui si trova l'individuo che ne fa uso:

- **EUFORIA - BENESSERE FISICO E PSICHICO**
- **DISTORSIONE DELLO SPAZIO E DEL TEMPO.**

FENOMENI FISICI INDICATIVI

- **OCCHI INIETTATI DI SANGUE**
- **AUMENTO DELL'APPETITO**
- **RIDOTTA SALIVAZIONE**
- **IRRITAZIONE DELLE PRIME VIE AEREE**

I derivati della CANNABIS NON DANNO DIPENDENZA NE' TOLLERANZA, ESISTE anzi UNA TOLLERANZA INVERSA (l'effetto aumenta con la ASSUNZIONE RIPETUTA).

CAPITOLO SETTIMO

DROGA E MALATTIE CORRELATE

Il tossicodipendente molto frequentemente deve ricorrere a **cure medico-internistiche**, non tanto nell'ambito di un programma di disintossicazione, ma per patologie legate al peculiare stile di vita ed alle condizioni igienico-sanitarie in cui vive e che possono indurre quadri di notevole gravità.

A determinarle **sono** l'uso di **materiale non sterile**, sia della sostanza iniettata, che del mezzo di iniezione (condizioni non igieniche, scambio di siringhe).

Tra le **patologie** che più frequentemente colpiscono i tossicodipendenti ricordiamo l' **AIDS**, le **EPATITI** e le **"MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE"** propriamente dette.

A) **A I D S** (Sindrome da Immuno Deficienza Acquisita)

L' **A I D S** .negli ultimi anni è diventata un' importante **CAUSA DI MORTE TRA I GIOVANI:**

dal 1987 al 1994, presso il Ser.T. di Castellammare di Stabia, sono stati testati per l' HIV 469 soggetti di cui 88 (pari al 18%) sono risultati positivi.

In 45 di questi (51,14%) si è riscontrata AIDS conclamata; al momento 21 (48,89%) sono deceduti (età media corretta 33 anni).(*)

L' AIDS è UN QUADRO MORBOSO provocato da un **VIRUS** appartenente alla classe dei Retrovirus (**sierotipi HIV1 e HIV2**).

Malgrado la variabilità che si riscontra tra individuo e individuo l'infezione da HIV evolve, nella generalità dei casi, secondo un andamento che comprende:

- **infezione primaria**
- **fase di latenza asintomatica**
- **ARC**
- **sindrome da immunodeficienza acquisita**

(*) I dati completi della ricerca sono disponibili presso il Ser.T. di Castellammare di Stabia.

INFEZIONE PRIMARIA

- Entro 3-6 settimane dal contagio il 30 - 70% dei soggetti contagiati dall' HIV sviluppa una sindrome clinica acuta simil-influenzale caratterizzata da febbre, letargia, astenia, faringite.

FASE DI LATENZA

- Alla fase acuta subentra un periodo di assenza di segni clinici che perdura per alcuni anni (sieropositivo asintomatico). In tale fase è possibile diagnosticare la malattia solo tramite lo specifico test di laboratorio.

A R C

- E' così detta quella fase della malattia in cui si ha comparsa di una caratteristica linfoadenopatia generalizzata.

SINDROME DA IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA

- Da questa fase si ha un progressivo deterioramento del sistema immunitario che favorisce l'insorgenza di quadri clinici dapprima lievi (calo ponderale, anemia) poi sempre più gravi che rappresentano le principali cause di morte nei pazienti con AIDS.

MODALITA' DI TRASMISSIONE DEL VIRUS

L'HIV penetra nell'organismo per via parenterale tramite i liquidi biologici: il sangue, lo sperma, le secrezioni vaginali.

L'infezione non si trasmette con la saliva, il sudore, le lacrime; sono stati invece riportati casi di contagio di neonati mediante l'assunzione di latte da madri infette.

Il sangue, lo sperma, le secrezioni vaginali possono trasmettere facilmente l'infezione perchè presentano più alte concentrazioni virali mentre il contatto con altri materiali organici (sudore, urine, feci, latte, saliva, lacrime, ecc.) nei quali pure il virus è stato isolato, non rappresenta in genere pericolo di contagio in quanto la concentrazione di virus libero presente in essi è estremamente bassa.

La saliva non è di per sé infettante e pertanto non esiste possibilità di contagio attraverso bicchieri, tazze e stoviglie precedentemente usate da soggetti infetti.

Recentemente sarebbe stato isolato un inibitore dell' HIV nella saliva umana.

E' bene sottolineare che, **sebbene la saliva non sia di per sé infettante, in un contesto sessuale ripetitivo** e talora traumatizzante, potrebbe veicolare e trasmettere il virus in considerazione delle microlesioni presenti sulla mucosa orale documentate dalla elevata concentrazione di sangue riscontrato nella saliva soprattutto in quella di soggetti tossicodipendenti *sieropositivi*.

B) EPATITI

Analogamente all' HIV, **i virus dell' epatite B e C** penetrano nell' organismo per via parenterale, anzi la loro trasmissione è facilitata dal fatto che **risultano essere più resistenti.**

Tali virus provocano talvolta anche epatiti fulminanti che determinano la morte del paziente in poco tempo; oppure possono cronicizzare evolvendo poi in **cirrosi epatica o cancro del fegato.**

C) MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE PROPRIAMENTE DETTE

Le più frequenti sono la **BLENORRAGIA** che si manifesta con una uretrite purulenta. Il contagio avviene **attraverso le secrezioni genitali infette.**

Un' altra malattia con sintomatologia e trasmissione simile alla precedente è l' infezione da **CLAMIDIA.**

LA SIFILIDE è una malattia che **è stata ridimensionata dall'avvento della penicillina ma certamente non è stata debellata.** La manifestazione primaria è un'ulcera che si osserva quasi esclusivamente in sede genitale ed è tipicamente di colore rame.

L' agente eziologico della **CONDILOMATOSI genitale** è un virus: l' HPV (Papilloma virus). Clinicamente si osservano sul pene o sulle piccole labbra delle minuscole vegetazioni carnose acuminate che non danno gravi sintomi e sono a volte visibili soltanto al microscopio.

E' stato dimostrato che **tale virus è responsabile in alta percentuale del tumore del collo dell' utero e di altri tumori della sfera genitale femminile.**

Se si effettua periodicamente un **pap-test**, si riesce comunque a fare diagnosi precoce dell' infezione e a scongiurare la grave complicazione tumorale.

L' ULCERA MOLLE è un' altra malattia ad eziologia virale che, sebbene non frequente, può trasmettersi per via sessuale.

MISURE DI P R O F I L A S S I

L' uso del preservativo (condom), durante i rapporti sessuali, è l'unico mezzo che possa proteggere, con sufficiente margine di sicurezza, da tali patologie infettive. In particolare per le malattie sessualmente trasmesse, bisogna tener presente che per contagiarsi basta il contatto con la mucosa malata, vista l'alta infettività delle secrezioni genitali.

E' accertato che la donna è più esposta, rispetto all'uomo, al contagio attraverso la via sessuale.

APPENDICE

Con l' ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (1980) l'impegno di curare e RIABILITARE il tossicodipendente è demandato all'U.S.L. (attualmente A.S.L.).

Però **IL LIMITE STA NELL'AVER RIDOTTO IL FENOMENO AL LIVELLO DI SEMPLICE SANITARIZZAZIONE.**

Quindi il tossicodipendente sarà sempre più considerato un 'malato' e non un **SOGGETTO CHE HA BISOGNO DI INTERVENTI A DUE LIVELLI: SANITARIO E SOCIO-PSICOLOGICO, NELLA CERTEZZA CHE NON SARA' LA DETOSSICAZIONE A RISOLVERE I PROBLEMI ESISTENZIALI DEL TOSSICODIPENDENTE.**

Una delle possibili risposte è oggi considerata

"LA COMUNITA' TERAPEUTICA"
termine usato in senso lato perchè oggi esistono DIVERSE forme di comunità con finalità, metodologie, strutturazione diverse e spesso secondarie alla visione antropofilosofica che si ha in generale dell'UOMO.

MODELLO TIPO DI ORGANIZZAZIONE DI COMUNITA'

A) RICHIESTA DI AMMISSIONE
B) COLLOQUI DI AMMISSIONE
C) ACCETTAZIONE
D) PROGRAMMA TERAPEUTICO
E) REINSERIMENTO

Alcune Comunità coinvolgono direttamente anche la famiglia, mentre altre hanno anche un momento di prevenzione-informazione.

Ecco di seguito alcuni indirizzi di Comunità Terapeutiche operanti in Campania convenzionate con l' Ente Regione:

ASSOCIAZIONE "IL CAMINO"
SEDE OPERATIVA: MONTE FAITO-VICO EQUENSE (NA)
INDIRIZZO: VIA LA FUNIVIA N. 8
TEL.: 081 8793034; 081 5560742 (fax)

ASSOCIAZIONE "IL PIOPPO"
SEDE OPERATIVA: SOMMA VESUVIANA (NA)
INDIRIZZO: VIA MASSERIA ALLOCCA
TEL.: 081 5317102

ASSOCIAZIONE "IL SENTIERO"
SEDE OPERATIVA: MONTERUSCELLO POZZUOLI (NA)
INDIRIZZO: VIA CASTAGNARO
TEL.: 081 5247369

ASSOCIAZIONE "LA CASA SULLA ROCCIA"
SEDE OPERATIVA: AVELLINO
INDIRIZZO: RIONE SAN TOMMASO N. 85
TEL.: 0825 72420

CENTRO "LA TENDA"
CENTRO ACCOGLIENZA: NAPOLI
INDIRIZZO: VIA SANITA' N. 95/96
TEL.: 081 5444628; 5448272 (fax)
SEDE OPERATIVA: VILLA FILANGIERI T. ANNUNZIATA (NA)
INDIRIZZO: VIA GAMBARDELLA N. 132
TEL.: 081 8611568; 081 5364541 (fax)

CENTRO "LA TENDA"
CENTRO ACCOGLIENZA: **SALERNO**
INDIRIZZO: P.ZZA D. SOMMA N. 11 M.TO SAN SEVERINO (SA)
TEL.: 089 890200; 821071; 821071 (fax)
SEDE OPERATIVA: "LA PAGLIUZZA" GIOVI (SA)
INDIRIZZO: LOC. CASA DE ROSA

ASSOCIAZIONE "LEO"
SEDE OPERATIVA: BRUSCIANO (NA)
INDIRIZZO: VIA MOLARA N. 2
TEL.: 081 8861210

COMUNITA' "SAMAN-LA STELLA"
SEDE OPERATIVA: NAPOLI
INDIRIZZO: VICO CALCE A MATERDEI N. 28
TEL.: 081 5493924; 081 5491247 (fax)
con altre 17 sedi dislocate sul territorio nazionale

CENTRO ANIMAZIONE MISSIONARIA C.A.M.
SEDE OPERATIVA: VICO EQUENSE (NA)
INDIRIZZO: VIA MONS.NATALE N. 76
TEL.: 081 8790665

COMUNITA' "EXODUS"
CENTRO ACCOGLIENZA: NAPOLI
INDIRIZZO: VIA FELICE CAVALLOTTI N. 71
TEL.: 081 458548 con altre 13 sedi dislocate sul territorio nazionale

COMUNITA' "INCONTRO"
CENTRO ACCOGLIENZA: SALERNO
INDIRIZZO: CAVA DEI TIRRENI
TEL.: 089 561268
CENTRO ACCOGLIENZA: NAPOLI
INDIRIZZO: CASA DEL SOLE P.ZZA MIANO
TEL.: 081 7541841
SEDE OPERATIVA: POMIGLIANO D'ARCO
INDIRIZZO: PIAZZA MADONNA DELL'ARCO N. 8
TEL: 081 7542097 con altre sedi dislocate sul territorio nazionale.

COMUNITA' "MARIA FANELLI"
CENTRO ACCOGLIENZA: C.MMARE DI STABIA (NA)
INDIRIZZO: VIA ROMA N.27
TEL.: 081 8727124
SEDE OPERATIVA: PIMONTE (NA)
INDIRIZZO: VIA GESINELLE N. 18

FATTORI DI RISCHIO

1) INDIVIDUALI: .

A) FISIOLOGICI:

CURIOSITA'
IPOVOLITIVITA'
CRISI ADOLESCENZIALI
ETC.

B) PATOLOGICI:

QUADRI PSICO-PATOLOGICI
(ansia, depressione, situazioni
nevrotiche e psicotiche)

2) SOCIALI:

A) MICROGRUPPI:

FAMIGLIA
SCUOLA
CASERMA
FABBRICA

B) MACROGRUPPI:

QUARTIERE
CITTA'
SOCIETA'

M O T I V A Z I O N I (l'oggetto della " droga")

COLLETTIVE:

- culturali
- socio-ambientali
- economiche
- politico-religiose
- gruppali
- familiari

INDIVIDUALI:

- coscienti o **motivazioni specifiche**
- inconsce o **motivazioni profonde**

Il soggetto possiede SEMPRE una o più motivazioni il cui insieme porta al consumo di "droga" attraverso una serie di MODALITA' che, a seconda del fattore determinante e/o dell'effetto desiderato, possono distinguersi nei modi di seguito descritti.

- **DROGA COME PONTE:**

E' la motivazione di chi, solo e/o emarginato, in assenza di possibilità di scelta, si rivolge ad un gruppo di soggetti uniti dall'uso della "droga", creando una **"familiarità privilegiata"** comportante due grosse dinamiche: **SENSAZIONE DI IPERPOTENZA DEL SE' NEL "DROGATO" E ACCENTUAZIONE DI RIPULSA E FASTIDIO NELLA "COLLETTIVITA' SANA" CHE, RIFIUTANDO QUESTA MODALITA' DI GRUPPO, ISOLA ED EMARGINA ANCOR PIU' I SINGOLI.**

- **DROGA COME MODA:**

Resiste come motivazione più frequente, collegata con la curiosità che è **PARTE INTEGRANTE DELLA MODA GENERATA DALLA PUBBLICITA' (a favore o contraria) INTESA COME ERRORI DELLA PROPAGANDA.**

- **DROGA COME STIMOLANTE FISICO E PSICHICO**

- **DROGA COME PIACERE:**

Spesso solo nelle parole sia degli spacciatori che di chi vuole fare proseliti e, nel contempo, giustificarsi.

- **DROGA COME CONTESTAZIONE:**

Il consumo diviene simbolo di trasgressione alle norme imposte da altri (adulti). L'altro aspetto è quello "para-politico". La contestazione è intesa anche nei riguardi del microambiente (famiglia, scuola, lavoro).

- DROGA COME EVASIONE E RIFUGIO, SOGNO E RICERCA DI LIBERTA':

E' l'inverso della droga ponte. Si fugge e si tenta di colmare la solitudine nei confronti di elementi collettivi e sociali, nonché nei riguardi del proprio "io".

- DROGA COME RICERCA:

Come risposta al naturale bisogno di conoscere e di conoscersi. Ha costituito il fattore principale di moda e di "cultura della droga".

- DROGA COME SOLUZIONE:

Tentativo di risoluzione degli eterni problemi dell'uomo, ma anche come suicidio dimostrativo.

- DROGA COME AUTOMEDICAZIONE.

MECCANISMI

La" droga" è un sintomo, in un certo senso aspecifico, che può scaturire da situazioni estremamente variabili e che coinvolgono una certa gamma di persone a loro volta assumenti la sostanza con **modalità, motivazioni, significati diversi.**

Il meccanismo principe a noi pare doversi identificare nella impreparazione di queste persone alla attuale "svolta antropologica" in atto da qualche decennio e in fase evolutiva che ha richiesto alcune condizioni non sufficientemente studiate , considerate, valutate:

- **IL MUTAMENTO E' A LIVELLO UNIVERSALE;**

- **COINVOLGE RADICALMENTE LA GLOBALITA' dell'individuo e dei vigenti sistemi sociali;**

- **E' DISCONTINUO E CON TASSI DI VELOCITA' "PROGRESSIVAMENTE CRESCENTI".**

Da qui un meccanismo che la nostra esperienza ci propone di base, ma che trova scarso riscontro in letteratura specialistica:

RITO E PARTECIPAZIONE:
UN MECCANISMO PER "NON MORIRE"

CARATTERISTICHE PSICOLOGICHE

Per tentare di ottenere una valutazione realistica del singolo "drogato" sono sempre da considerare:

- TIPO DI SOSTANZA USATA
- FATTORI AMBIENTALI E SOCIALI IN CUI TALE COMPORTAMENTO "SI VERIFICA"
- CARATTERISTICHE SOCIALI E PSICOLOGICHE DEI SOGGETTI CHE "LO ADOTTANO"

Le condizioni psicologiche sono estremamente variabili e non riconducibili ad una origine unica. Non c'è elemento di sicura predittività.

Inquadramento nosografico classico:
A) SOGGETTI A STRUTTURA PSICOTICO-NARCISISTICA.
B) SOGGETTI CARATTEROPATICI.
C) SOGGETTI A STRUTTURA NEVROTICA.
D) SOGGETTI A STRUTTURA "NORMALE" SOTTO IL PROFILO PSICHICO.

A nostro parere è fondamentale considerare non tanto la caratteristica psicologica quanto alcuni aspetti di "economia psichica" che qui consideriamo come:

- TENTATIVO, MOLTO PARTICOLARE, DI REGOLARE UN CONFLITTO INTERNO TRA LE ESIGENZE CONTRADDITTORIE DI BISOGNI CHE NON E' POSSIBILE ELABORARE MENTALMENTE E L'INCAPACITA' DI SODDISFARE TALI BISOGNI SE NON CON "UN" COMPORTAMENTO, RIDUCENDO IL DESIDERIO AL BISOGNO (O "NEO-BISOGNO"), DEFORMANDO LA DOMANDA.

LEGENDA:

- **BISOGNO:** stato .di tensione che induce alla ricerca della soddisfazione nell'azione legata alla relazione con l'oggetto specifico cercato come indispensabile per tale soddisfazione.

- **DOMANDA:** aiuto richiesto (cosciente o subcosciente) per cercare di ricreare il clima di calore affettivo vissuto al tempo delle soddisfazioni primitive.

- **DESIDERIO:** rimane nel campo dell'immaginario e si presenta nella forma di una messa in scena fantasmatica che esige una elaborazione mentale.

IL DESIDERIO TRAE ORIGINE DAL BISOGNO E CONDIZIONA LA DOMANDA, SENZA RIDURSI NE' ALL'UNO NE' ALL'ALTRA.

CARATTERISTICHE DI PATOLOGIA FAMILIARE

- Madre iperprotettiva (NYSWANDER)

- Madre come figura dominante (MASSON)

- Patologia psichiatrica nei genitori (BELL) (alcoolismo, epilessia, depressione, suicidio)

- Disorganizzazione familiare(97%) (MC CORD)

- Discordia o separazione dei genitori (ROSENBERS, SMART)

- Urbanizzazione come fattore di disgregazione familiare (GOODE)

- Famiglia che non risolve i bisogni emotivi dell'adolescente (RASOR)

- Narcisismo materno proiettato sul figlio che diventa oggetto di gratificazione (HIRSCK)

- Madre immatura , possessiva, autoritaria, ambivalente; padre distaccato (LEEDS)- Disturbo nel super-io materno che propone modelli di aggressività ai figli (JOHNSON et al.) etc.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

A noi pare di poter concludere che ogni comportamento "drogastico" tende ad esprimere, in modo elastico nella forma e molto di effetto nel messaggio, **UN CERTO NUMERO DI CONTRADDIZIONI nonché UNA PRESSANTE MA CONFUSA RICHIESTA.**

Parallelamente a tali contraddizioni e richieste, le **SOLUZIONI** cercate si rivelano **regressive e proiettive**, perciò anche riduttive del "MAGICO" ma, soprattutto, "DELL'ESTERNO A SE STESSI".

Tali contraddizioni, tali richieste, tali tentativi di soluzione, mascherati da comportamenti più sottili, non sono NELLA MAGGIOR PARTE DEI NOSTRI CONTEMPORANEI?

Allora ci presentiamo sulla scena come se fossimo ciechi allo scopo di ascoltare meglio ma, più ancora, davanti alla inquietante estraneità di un MALE percepito come familiare, lasciamo volentieri che gli "altri" pensino che la "intima virtù" li costringe ad un ruolo di figuranti muti.

SIAMO TUTTI DROGABILI?

INDICE

PREMESSA pag. 5

Cap. I - INTRODUZIONE pag. 9

A) CONCETTO DI MALATTIA SOCIALE pag. 10

B) CONCETTO DI FARMACO pag. 11

C) BREVI NOTE STORICO-LEGISLATIVE pag. 12

Cap. II - SOSTANZE PSICOATTIVE pag. 15

A) DEFINIZIONE pag. 15

B) TOSSICOMANIA pag. 15

C) CLASSIFICAZIONE pag. 17

a) alla natura degli effetti psichici pag. 17

b) al tipo di dipendenza pag. 18

Cap. III - ANALGESICI-NARCOTICI pag. 19

A) OPPIO pag. 19

B) MORFINA pag. 20

C) EROINA. pag. 22

D) METADONE pag. 25

E) TRATTAMENTO DELLE T.D. DA OPPIACEI pag. 26

Cap. IV - DEPRESSORI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE pag. 27

A) ALCOOL pag. 27

B) TRANQUILLANTI pag. 31

C) BARBITURICI pag. 32

Cap. V - FARMACI PSICOSTIMOLANTI pag. 33

A) AMFETAMINA pag. 33

B) COCAINA pag. 35

C) ECSTASY pag. 36

D) FUMO di SIGARETTA pag. 40

Cap. VI - ALLUCINOGENI pag. 43

A) LSD pag. 43

B) DERIVATI della CANAPA INDIANA pag. 46

Cap. VII - DROGA E MALATTIE CORRELATE pag. 47

A) AIDS pag. 48

B) EPATITI pag. 51

C) MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE pag. 51

D) PROFILASSI pag. 52

APPENDICE pag. 53

- COMUNITA' TERAPEUTICA pag. 53
- FATTORI DI RISCHIO pag. 56
- MOTIVAZIONI pag. 57
- MECCANISMI pag. 60
- CARATTERISTICHE PSICOLOGICHE pag. 61
- CARATTERISTICHE DI PATOLOGIA FAMILIARE pag. 63

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE pag. 64

Hanno collaborato per l'elaborazione e la stesura del presente lavoro i seguenti operatori del servizio per le tossicodipendenze dei distretti sanitari 78 - 85 - 89 dell'A.S.L. NA 5:

AIELLO BRUNO	medico
ANTONACCHIO MARIA	medico
CINQUE FRANCESCO	medico
VITIELLO PATRIZIA	medico
FERRANTE STEFANIA	psicologo
FIORITO CONCETTA	psicologo
MORETTI GIANBATTISTA	psicologo
OPPIO STEFANO	psicologo
ABAGNALE ROSA	sociologo
PETTI MARIA	sociologo
ATTANASIO AGATA	ass. soc.
CANNAVACCIUOLO IMMACOLATA	ass. soc.
CASTIGLIANO ANNA	ass. soc.
DE CUNTO GIUSEPPINA	ass. soc.
d'ESPOSITO ANTONIA	ass. soc.
ESPOSITO ANNA	ass. soc.
GENTILE ANNA MARIA	ass. soc.
SCHETTINO ANTONIETTA	ass. soc.
COTTICELLI VITTORIO	inf. prof.
DI NOCERA PALMA	inf. prof.
RUOCCO ANGELA	inf. prof.
SANSONE RAFFAELLA	inf. prof.
VANACORE LUIGI	soc. san.

Benventum
Avellino
Sabbato R.
Vore
Appiane
Teleso
Caudium
Avella
Clanio R.
Vola
Populiane
Voltarno Fl.
Vico
Alife
Calatia
Smesuola
Galaua
Acerra
Veseri
Somma
Trebula
Combaltería
Caput
Partenope
Naples
Palepoli
Casilino
Atella
Cales
Ascimo
Teano
Urbana
Foro Claudio
Literno
Domiciane
Sessa
Sinuessa
Minturno
Formia
Echelle de Milles d'Italie
On compte que trois Milles d'Italie font environ 1 lieue de France.