



Uso problematico di oggetti psicoattivi

Malattia cronica recidivante: note per un percorso di falsificazione

La comparsa del paradigma della “**malattiacronicorecidivante**” a circoscrivere la definizione circa la natura dei fenomeni di cui si occupano, a vario titolo, gli specialisti, di variabilissimo profilo professionale, delle “dipendenze” si è verificata ad un certo punto dello sviluppo della neonata clinica della “addiction”.

Nei poco più di 30 anni dalla nascita degli interventi “trattamentali” delle “tossicodipendenze” possiamo sicuramente identificare una lunga fase iniziale, circa la metà del percorso, nel quale per la stragrande maggioranza degli operatori del settore, anche per quelli con una formazione più strettamente sanitaria come i medici, inscrivere le “tossicodipendenze” in un qualsivoglia cassetto della clinica medica o più specificamente della clinica psichiatrica da un lato o della tossicologia medica dall’altro sarebbe stata considerata un’operazione scorretta, una forzatura, una delle proteiformi manifestazioni della medicalizzazione della società paragonabile all’appropriarsi da parte del “potere medico” di eventi fisiologici del ciclo di vita, la nascita, la morte, le mestruazioni e così via.

In quegli stessi anni il termine “**cronico**” era spesso considerato sinonimo di cura impropria, inadatta (il più delle volte con la stigmatizzazione degli interventi farmacologici con oppio agonisti a lungo termine), messa in atto da operatori “disumanizzati” a fronte delle “vere” cure, la Comunità terapeutica, la terapia familiare e così via.

La **recidivanza** era invece il più delle volte attribuita a colpa, incuria, superficialità del tossicodipendente stesso, non sufficientemente scrupoloso nell’applicare con costanza e attenzione quanto *appreso* nel percorso di cura. Già, perché i percorsi di trattamento erano per lo più configurati come itinerari di apprendimento, a tappe via via più dure, con forti connotazioni iniziatriche.

In realtà in Italia già sul finire degli anni ’70 e negli anni ’80 c’era chi contrapponeva al modello di cui sopra che potremmo chiamare, prendendo in prestito uno dei più famosi titoli di Pedro Almodovar, de “La mala educacion” o per dirla con uno slogan che ci ha accompagnato a lungo, degli “stili di vita sbagliati”, un modello “scientifico” di impronta biologicista; seppure importanti erano però esperienze “di nicchia”, con scarso appeal nei confronti dei servizi pubblici e pressoché nullo di quelli del privato sociale. A molti degli operatori dei servizi i pionieri dell’eziopatogenesi biologica delle tossicodipendenze davano allora l’impressione di esser freschi e frettolosi lettori di letteratura scientifica d’oltreoceano trasferita alla nostra realtà in modo scolastico, poco critico e poco rispettoso della specificità delle nostra cultura scientifica, così intrisa di elementi umanistici a differenza di quella anglosassone, percepita, forse ingiustamente, come “fredda”, meccanicistica.

Dalla metà dello scorso decennio l’interpretazione biologica (e tutte le conseguenze sul piano trattamentale) ha via via sedotto quote sempre maggiori di operatori sino ad impadronirsi appieno della scena, almeno nel ristretto mondo dei tecnici di settore, soprattutto in ambito pubblico.

Perché invece l’opinione pubblica, i policy makers, l’universo dei servizi sociali e sanitari non di settore, il mondo giudiziario e della scuola sono invece rimasti – del tutto insensibili (o più

spesso ignoranti per colpa loro ed un poco nostra) rispetto alle crescenti evidenze neurobiologiche – strettamente fedeli alla “sindrome di Pinocchio” per la quale per ciascun nuovo tossicodipendente ci vuole un “bravo” Lucignolo di turno ed alle cure del “bastone” (la coercizione/punizione ope legis; la “terra bruciata”, la privazione di diritti ...) e della “carota” (l’operatrice “fatina dagli occhi turchini” che si occupa di te se stai buono, se rigghi diritto, aiutandoti a diventare un bambino vero...).

Ma come è avvenuta la conquista della scena da parte del paradigma “malattiacronicorecidivante”? Sicuramente vi sono degli elementi virtuosi.

- (1) Gli operatori hanno cominciato a studiare ed a scrollarsi di dosso, almeno in parte, il fardello del primato della morale (il più delle volte in questo campo in Italia monopolizzata dal mondo della Chiesa cattolico-romana, come se non esistesse anche una morale laica del fare solo le cose che si è in grado di dimostrare che servano o che abbiano buone probabilità di servire senza appellarsi a dogmi indimostrabili.); si sono ricordati di essere medici, psicologi, infermieri e così via. L’approdo della malattia anche come riparo dalle dinamiche colpa/punizione.
- (2) La maggior parte dei decorsi osservati, anche delle persone che sembravano aver fatto tutto il percorso prescritto senza alcuna remora ed incertezza, talora diventando a loro volta “curatori” di altri soggetti, presentavano ad un certo punto, dopo settimane mesi e talora anche molti anni, inspiegabili ricomparsa di comportamenti d’uso che si credevano oramai del tutto estinti.
- (3) La scoperta della natura multiforme dell’addiction che, nascendo con un sintomo, l’uso problematico di uno specifico oggetto/sostanza poteva ricomparire a distanza di tempo con un sintomo apparentemente altro, un altro oggetto/sostanza. In ciò, nella lettura meno scotomizzata delle manifestazioni cliniche, è stato fondamentale l’apporto della “uscita dal ghetto della droga” con il diffondersi nei servizi dell’attività dapprima in campo alcoologico e poi via via il tabacco, il gambling, i disturbi da sovraalimentazione, l’uso problematico delle tecnologia di intrattenimento e comunicazione.

Altrettanto sicuramente ci sono state forse delle “pigrizie” intellettuali:

“...è importante sottolineare che non tutti i casi di addizione (addiction in originale) sono cronici. Molti tra quelli che soddisfano completamente i criteri diagnostici per dipendenza da sostanze guariscono (recover) completamente, anche senza trattamento. Altri hanno lunghe remissioni dopo il trattamento. Comunque molti di quelli che sviluppano disordini additivi incontrano molteplici recidive dopo i trattamenti e si ritiene che conservino una propensione continuativa a ricadere per anni o forse per la vita...”

Mc Lellan A.T. et al. “Have we evaluated addiction treatment correctly? Implications from a chronic care perspective”, *Addiction*, 97, 249-52, 2002

Il Mc Lellan che ci ricorda che vi sono i tossicodipendenti che “guariscono” è lo stesso, badiamo bene, che ci ha di molto semplificato la vita in questi ultimi anni ricordandoci che l’addiction deve essere “laicizzata” e trattata alla stregua del diabete, dell’ipertensione e così via.

Ci diceva però anche - in quest’articolo sull’importanza di non applicare categorie valutative adatte alle malattie acute ai trattamenti per le t.dipendenze – che ci sono quelli che “*recover completely*” e, tra questi, oltre a quelli che raggiungono la guarigione con un trattamento ci sono anche coloro che la ottengono “*...even without treatment*”.

Ciò che ci ha detto Mc Lellan sulla **cronicità** è di estrema importanza e ci apre molti scenari che vale la pena di esplorare con calma.

Ma prima proviamo ad affrontare di per sé il paradigma “**malattia**”; incominciamo con le parole di Mirko Grmek, uno dei massimi studiosi della storia della medicina, recentemente scomparso, recuperate da un'intervista rilasciata quasi 20 anni fa: “...effettivamente, gran parte della gente pensa che le malattie esistano come tali, che cioè esista “la” tubercolosi, che esista “il” tifo. Le cose sono molto più complesse: **né per un filosofo, né per un medico le malattie esistono, come tali, ma solo come concetti**. Il concetto di malattia è un concetto molto complesso che si è sviluppato attraverso la storia, diventando sempre più complesso ma, e questo è un problema della medicina e della filosofia attuali, diventando anche contraddittorio.Inizialmente, nel pensiero arcaico, la malattia - secondo una teoria ontologica - è un essere che penetra nell'organismo, un essere, come un demone o uno spirito. In un certo senso ciò vale ancora oggi nel linguaggio comune laddove si dice che uno è **preso da una malattia**. Gli antichi, medici e pensatori greci, prima di Ippocrate — i presocratici, diciamo — hanno rotto questo concetto ontologico e ne hanno fatto un concetto dinamico: **la malattia è un processo**, è qualche cosa che fa parte dell'uomo, o dell'animale, è un modo del vivere, non più una cosa separata.

Si può dire che per l'uomo primitivo la malattia è qualche cosa che sta fuori della natura. Ci sono, per dire il vero, due specie di malattie completamente diverse: una è la malattia con la causa ovvia: un trauma, la malattia dovuta al raffreddore. Ma ci sono delle **malattie che vengono senza nessuna causa ovvia** e queste sono **considerate come punizione divina**, come un intervento delle forze che sono fuori della natura. Per esempio troviamo nell'epopea omerica il singolare che definisce “la” malattia come qualcosa che viene da fuori. Viene da un Dio. Da Apollo, ad esempio, viene la peste. Poi vediamo in alcuni scrittori, ad esempio in Esiodo, che le malattie divengono numerose. Nel mito di Pandora le malattie uscite dal vaso, agiscono automaticamente, cioè per loro volontà. Non sono più dipendenti dagli Dei. Le malattie sono così entrate nella natura e nei più antichi testi di medicina, le collezioni ippocratiche, il Corpus hippocraticum, le malattie vengono finalmente concepite come parte della natura. **La malattia diviene una modalità della vita e obbedisce esattamente alle stesse leggi della vita “normale”**. La malattia è così entrata nella natura. Con lo sviluppo del pensiero medico e scientifico, la malattia si concepisce, ad esempio in Galeno, come qualche cosa che si oppone alla natura. Essa è in effetti parte della natura ma è opposta alle leggi dello sviluppo, alle leggi generali dell'esistenza....

...effettivamente le malattie sono concepite in generale con certi modelli. Uno dei più antichi modelli è il **modello agonistico della guerra**, della battaglia: c'è qualche cosa che attacca l'organismo e l'organismo si difende. Questa rappresentazione rimane fino ad oggi, immagine che divenne di grande attualità nell'800, quando si scoprono gli agenti, gli elementi vitali delle malattie. Esistono però anche altre immagini come quella economica o dell'equilibrio naturale. La **malattia sarebbe una perdita di equilibrio**. Nel Corpus Hippocraticum l'immagine dominante è legata alla tradizione greca che di solito si collega a Pitagora e, più in generale, con una dimensione di armonia. La **malattia è perdita di armonia**. ...

...per capire bene bisogna distinguere due domande o problemi separati: l'uno è il **problema di malattia/salute**, cioè di che cosa sia la “normalità” o cosa sia “normale”; l'altro problema, molto distinto da questo, è quello delle entità nosologiche, delle singole malattie. Ora il primo problema è: come definire il “normale”. La definizione ovvia sarebbe che “normale” è quello che è più frequente. Ma questo è falso perché ci sono società, popolazioni, per le quali uno stato patologico è più frequente rispetto alla salute. Noi consideriamo “normale” un'assenza di malattia. Il “normale” si può definirlo in vari altri modi ma si giunge quasi sempre a una definizione di norma biologica, di ideale. Un organismo ha un tipo “ideale” di esistenza, di miglior modo di esistere, e la “normalità” si definisce tutta in tal modo (deviare da questa norma è per il “normale” ciò che è patologico). Bisogna sottolineare che si è arrivati con grande difficoltà al concetto di una unità “normale” o patologica. Non c'è un passaggio brutale dall'una all'altra. C'è invece una linea di continuità che separa questi due campi concettuali. E per molto tempo questo concetto resta nell'opinione di pochi. Una volta scomparso, **nell'800 si riscopre tale concetto di differenza qualitativa che si riduce in effetti a una differenza quantitativa**. Questo per la coppia normale/patologico.

L'altro **problema** è quello **dell'entità nosologica**. Per Ippocrate le entità nosologiche non esistono e non esistono perché non c'è una chiara, possibile separazione. Questo perché la sua definizione della malattia è una perturbazione quantitativa e qualitativa dei quattro umori che consentono infinite possibilità di combinazione. ... Storicamente il concetto clinico interviene successivamente. I massimi esponenti di esso

sono l'inglese Thomas Sydenham e Giorgio Vesalio, da Dubrovnik, che lavora come professore medico e insegnante a Roma. Essi creano un nuovo tipo di specie, definendo la malattia come un insieme dei sintomi clinici. Questa è una nuova forma di ontologia non più come quella arcaica, fatta di esseri reali, ma è un'ontologia di esseri astratti. In tal modo con questa nuova forma di "ontologia" si hanno definizioni chiare e si può trattare le malattie come enti separati. E qui nasce anche il problema della classificazione delle malattie che praticamente non esisteva nell'antica medicina.Invece con la nuova patologia clinica, parliamo piuttosto della nosologia, la teoria delle malattie e si incontrano necessariamente delle difficoltà. La necessità delle classificazioni - si parla della nosografia - come descrizione della malattia e della nosologia, cioè la classificazione della malattia. Tutto ciò accade nell'epoca in cui i naturalisti riescono a fare una classificazione, che ad essi sembra naturale, delle piante e degli animali e si spera così di fare anche una classificazione naturale delle malattie. La cosa non riesce, e non è riuscita fino ad oggi. Non è riuscita perché **dopo l'avvento del concetto clinico che identifica la malattia coi sintomi**, interviene un punto di vista completamente nuovo, rivoluzionario: **il concetto anatomico. La malattia viene considerata come una lesione, come un cambiamento di struttura.** Essa non è più provocata dalla lesione ma la lesione stessa è la malattia. Allora la diagnosi, che prima era cosa facilissima - era insomma descrivere con poche parole un quadro clinico (e non si poteva sbagliare) - adesso è una cosa delicata e complicata grazie alla scuola anatomo/clinica francese, della Parigi degli inizi dell'800. **La malattia è qualche cosa che bisogna riconoscere attraverso la diagnosi. dunque un passaggio dal concetto clinico al concetto anatomico. Devo però insistere su di una particolarità: ogni nuovo tipo di concetto, ogni nuova definizione di malattia, non abolisce la precedente ma si sovrappone ad essa. Da ciò nascono le difficoltà interne, queste concezioni interne a cui attualmente lavoriamo..... ogni nuova società, ogni nuova popolazione può essere in parte descritta o meglio capita se si determina, se si vede quali sono le malattie dominanti"**

E' evidente a tutti che mentre il consumo rituale o dipendente di sostanze psicoattive ha accompagnato l'intera storia dell'umanità (a leggere Samorini "Animali che si drogano" non solo dell'umanità ...) solo negli ultimi decenni si parla di "tossicodipendenza": limitandosi alla sola vicenda dell'eroina, tutti coloro che abbiano un poco di curiosità sul tema sanno che per alcuni decenni dalla sua introduzione in clinica alla fine dell'800 il suo uso non era in alcun modo classificabile come "evento indesiderato/indesiderabile" né tantomeno come malattia. Così per chi ne faceva uso per lenire i dolori mestruali e chi la utilizzava per sedare la tosse o addirittura chi la assumeva come sostituto della morfina. La comparsa della "dipendenza" al più era considerato una sorta di effetto collaterale che però non produceva alcun problema serio sino a che l'approvvigionamento non fosse divenuto difficile. La storia della medicina moderna è piena di aneddoti riguardanti l'uso, spesso dipendente, di oppiacei e/o di cocaina da parte di questo o quell'illustre pioniere di una certa tecnica chirurgica piuttosto che di una nuova interpretazione di un quadro sindromico.

Solo una parte degli oggetti psicoattivi appetiti in un quadro di addiction possono, se assunti cronicamente, determinare con una relazione dose/risposta quadri di **malattia**; sono i cosiddetti "veleni" (l'alcool, i cancerogeni contenuti nel fumo delle sigarette, la cocaina...) e non tutte le sostanze d'abuso vi appartengono. L'eroina è la più clamorosa delle assenze.

Teniamo peraltro conto che mentre per la cirrosi epatica o per il cancro della laringe e anche, se vogliamo (anche se la relazione causa/effetto è meno "ferrea") per la psicosi paranoide da cocaina è difficile uscire dal paradigma della malattia, è invece più difficile l'inclusione per il comportamento che li determina.

Il comportamento "rischioso" – sia esso il correre in automobile o l'assumere quantità esorbitanti di alcool in acuto o in cronico – è di per se difficile da classificare tout court come malattia. Anche per gli elementi di volontarietà che normalmente sono assenti dalla malattia (è vero che l'allora Ministro della Sanità Donat Cattin disse che l'AIDS "se lo prende chi se lo va a cercare ..." ma anche allora "l'andarselo a cercare" mettendo in atto comportamenti sessuali "esagerati" o "inconsueti", anche voluti, era difficilmente rubricabile come malattia).

A meno di non ricorrere alla malattia mentale: si dice bene "corre come un matto..", "una cosa da pazzi..." e così via. Forse, un poco grossolano, ma forse sta proprio qui l'anello di congiunzione; tra la

“temerarietà” di quelli di 25 anni fa sulle macchine volanti ed il “bere da matti...” dei ragazzi delle happy hours.

Non occorre comunque appellarsi alle argomentazioni antiproibizionistiche per rilevare come alla nascita della **tossicodipendenza** abbia contribuito in modo determinante il progressivo mutare del sistema normativo in cui venivano iscritti determinati comportamenti.

Quindi se di malattia parliamo dobbiamo forzatamente ricordare che si tratta di una malattia particolare in cui non vi è solo l'entrare in rapporto tra un agente “tossico” (la “droga”) ed un organismo ma in cui questo “contatto” si realizza in un concerto di regole (cultura, norme sociali, leggi, usanze...) che qualifica quel comportamento come “malato”.

Tutto ciò non nega - figuriamoci – il nucleo accumbens, la dopamina, la vulnerabilità individuale e il peso dell'ereditarietà, i processi di learning del sistema della gratificazione – ma iscrive le crescenti conoscenze in ambito neurobiologico in un preciso contesto storico-culturale in cui, riprendendo l'invenzione cara a Grmek, l'impatto sulla **patocenosi** “*l'insieme degli stati patologici presenti in una determinata popolazione in un certo momento e spazio*” di un sistema normativo che non interpreta quel comportamento come “malattia” ma neppure come “libera scelta individuale”, non può essere in alcun modo trascurato.

Averlo grosso o piccolo – il nucleo accumbens, si intende... - in altre epoche, in altri mondi forse sarebbe/è come per il naso. Greco, camuso, all'insù una questione di gusti, estetica.

Quindi potrebbe anche darsi che una quota, anche forte, di variabilità naturale nella “fame” di oggetti psicoattivi, dai comportamenti ascetici dei monaci orientali agli “appetiti esagerati” di Jim Orford, da sempre presente nell'homo sapiens e sinora non falciata dai meccanismi della selezione naturale perché evidentemente non così disfunzionale, sia ora artificiosamente “clusterizzata” in gabbie che separano in modo netto fisiologia e patologia; potrebbe essere che le neuroscienze si dedichino con più passione ai casi estremi che a quelli che forniscono la prova della assenza di soluzione di continuità nei comportamenti appetitivi.

D'altronde anche Gilberto Gerra nei suoi torrentizi interventi congressuali spesso dice che essere aggressivi ai tempi delle caverne significava essere vincenti – più cibo, più donne, più prole, più geni trasmessi alle generazioni future altro che patologia!...ora invece i bambini aggressivi hanno la maestra d'appoggio.

Molte delle associazioni dei consumatori di droghe esistenti in giro per il mondo, così come anche alcuni dei consumatori che nel nostro paese hanno più riflettuto sulle proprie vicissitudini rifiutano ostinatamente il paradigma “malattia”. Forse in parte ciò è spiegabile con motivi di orgoglio, forse un po' di ideologismo ma è difficile contestare, almeno per alcuni consumi (paradossalmente l'eroina più della cannabis!) che, di per sé, non comporterebbero, in un mondo in cui l'accesso al consumo stesso non fosse ostacolato dalla legge e/o dalla morale, null'altra conseguenza se non lo sviluppo di una dipendenza (che non è la malattia!), che vi possa essere anche un forte aspetto di libertà individuale.

Forse aveva ragione Claude Olivenstein quando, in risposta polemica all'associazione dei consumatori di droghe francese ASUD che sottotitolava il proprio periodico “Le journal des drogués heureuses” (Il giornale dei drogati felici n.d.r.), intitolava il proprio libro “Il n'y a pas des drogués heureuses” (Non esistono drogati felici n.d.r.) ma forse parte dell'infelicità e della sofferenza – che è in ultima analisi ciò su cui dovremmo intervenire - sta nelle “soluzioni” più che nella “malattia”.

Ancora sulla malattia; ammesso e non concesso che di malattia si tratti, siamo di fronte ad un'unica malattia con un'estrema variabilità di decorso e prognosi sulla base di una grande variabilità nella vulnerabilità individuale (sia nella componente genetica che in quella ambientale) o si tratta di una costellazione di malattie (con prognosi estremamente variabili) che vediamo come singolo elemento perché non abbiamo ancora strumenti sufficientemente raffinati/potenti?

Ancora; ma allora anche fumare tabacco è malattia ma allora perché bere alcolici non è malattia,

allora c'è anche un problema di **misura**, allora forse è malattia nella misura in cui quel comportamento determina sofferenza, "disturbo" e quindi c'è un'estrema variabilità soggettiva, come per una infestazione parassitaria benigna che ad una persona con un sistema immunitario ben funzionante decorre in modo asintomatico ed in un HIV positivo può portarlo alla morte ...

Ancora; può essere che il paradigma "**malattia**" – rifuggendo processi di reificazione – sia assunto come **assunto provvisorio**, meglio del "vizio" o del "crimine", meno della "libera scelta", come approdo "di fortuna" in questi tempi tempestosi che in tema di libertà puzzano molto di nuovo medioevo? Una sorta di "non punibilità" per "vizio di mente"....

Riprendendo sulla questione della **cronicità** e conseguentemente della **guaribilità**, la prima considerazione che discende dalle affermazioni di Mc Lellan è che, se ci sono 3 "tipi" di addiction:

- quelli che "*incontrano molteplici recidive dopo i trattamenti e si ritiene che conservino una propensione continuativa a ricadere per anni o forse per la vita..*"
- quelli che guariscono dopo un trattamento
- quelli che guariscono **anche senza trattamento**

la principale emergenza clinica è quella di una corretta diagnosi che discrimini il più precocemente possibile tra le 3 condizioni perché trattandole tutt'e 3 alla stessa stregua (tendenzialmente ora come "inguaribili") si rischia di mettere in atto un "tocco" clinico cronicizzante in condizioni naturalmente orientate verso la risoluzione spontanea o assistita.

Fatto altrettanto rilevante (e che potrebbe avere robusti correlati neurobiologici nel processo di sensitizzazione) è che, come nel diabete insulinodipendente è possibile intervenendo presto risparmiare una certa funzionalità delle cellule che producono insulina, un precoce e efficace "compenso" che faccia cessare il più in fretta possibile il comportamento additivo potrebbe influenzare il decorso orientandolo verso la guarigione piuttosto che verso la cronicizzazione. Più nel dettaglio; la differenza tra le 3 condizioni proposte da Mc Lellan potrebbe essere non solo connaturata con elementi biopsicosociali dell'individuo ma anche con la tempestività e l'appropriatezza dell'intervento trattamentale (anche per la ricaduta su altri aspetti, non biologici, ad esempio sui processi di apprendimento sociale).

Ciò, è evidente, ci porrebbe di fronte a pesantissime responsabilità sulle quali troppe poche volte riflettiamo.

Ma poi, **cosa vuol dire cronico**? Che cos'è una **recidiva**?

Le definizioni del *Vocabolario della Lingua italiana "lo Zingarelli"*, 1997:

cronico =

- detto di malattia ad andamento prolungato, con scarsa tendenza alla guarigione

ma anche →

- persistente, radicato, non più eliminabile...

Ma "**scarso**" vuol dire *raro, infrequente oppure parziale, insufficiente*?

Cioè, nelle malattie croniche, sono pochi quelli che guariscono oppure tutti guariscono solo in parte? Oppure tutt'e due?

Nel *Dizionario dei termini tecnici in medicina* (Garnier M, Delamare V., edizione italiana di "Dictionnaire de termes techniques de médecine" 1987)

recidiva = ricomparsa di una **malattia già sofferta** in un periodo più o meno lontano (diversa dalla ricaduta nella quale non c'è una reinfezione)

Nel Vocabolario della Lingua italiana (“lo Zingarelli”, 1997)

recidiva = ricomparsa, specialmente in forma più acuta, di una **malattia già guarita**

Nel Dizionario dei termini tecnici in medicina (Garnier M, Delamare V., edizione italiana di “Dictionnaire de termes techniques de médecine” 1987)

remissione = **diminuzione temporanea dei sintomi** di una malattia, sia acuta che cronica

Nel Vocabolario della Lingua italiana (“lo Zingarelli”, 1997)

remissione = **arresto nell’evoluzione** di una malattia