

Dipendenze... da chi, da cosa?

Maurizio Bonati

Dipartimento di Sanità Pubblica
IRCCS – Istituto di Ricerche Farmacologiche
Mario Negri, Milano
maurizio.bonati@marionegri.it

L'Ospedale Forlanini di Roma è uno storico nosocomio inaugurato nel '34 per la cura della tubercolosi, immerso in un ampio parco a Monteverde. Da anni è stato: "dismesso" e inglobato nell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, abbandonato, saccheggiato da ladri, trasformato in dormitorio autogestito da "reietti e fuorilegge"¹. Il tutto in una cronica dimenticanza (ignavia), disinteresse e rimandi delle istituzioni preposte. Entrambi, istituzioni e occupanti, liberi di agire in autonomia, fuori da ogni controllo e responsabilità. Il 9 giugno u.s. in quello che un tempo era il reparto di rianimazione, oggi nel degrado più assoluto, viene ritrovato il corpo di Sara, 16 anni, tossicodipendente. Lo trova la mamma, anche lei con una storia di dipendenza la cui madre (la nonna di Sara) è morta anni fa di overdose: tre generazioni della stessa famiglia, tre donne. Una storia estrema che dovrebbe far riflettere tutti, anche sui limiti e l'impotenza degli interventi (Sara che abbandona la scuola, fugge da casa, ritrovata viene affidata ai servizi sociali, ospitata in una casa famiglia resiste pochi giorni e calandosi da una finestra cade riportando numerose fratture, dimessa viene affidata ad una comunità di recupero da cui però scappa). Una storia che rimanda al passato e che desta scalpore come allora, nel 1978, quando una serie di articoli sul settimanale *Stern* documentò il sordido mondo della tossicodipendenza giovanile a Berlino abitato da una moltitudine di giovanissime ragazze².

Oggi sappiamo che i fattori di rischio nell'uso di sostanze sono diversi per genere³, ma poco è stato fatto nel differenziare interventi preventivi e terapeutici mirati e appropriati. In termine di frequenze d'uso il rapporto femmine/maschi è 1/2 tra gli oltre 3 milioni di consumatori italiani di stupefacenti stimati (sia occasionali che dipendenti) di cui almeno un quarto studenti (>19 anni)⁴. Gli utenti con disturbo da uso di sostanze in trattamento presso i Ser.T/Ser.D sono circa 200mila, una popolazione che nel corso degli anni è progressivamente invecchiata ed è costituita prevalentemente da pazienti maschi (M/F 6/1). I decessi droga-indotti nel 2013 sono stati 333, un quinto di quelli registrati venti anni or sono. Circa il consumo delle sostanze stupefacenti, con la sola eccezione della cannabis (25% dei consumatori ne fa uso) quelle di maggior impiego (cocaina, allucinogeni, stimolanti ed eroina) hanno avuto un decremento nel corso dell'ultimo decennio. Tuttavia, una pletera di nuove sostanze (almeno oltre un migliaio) sono potenzialmente disponibili sul mercato. Sono i cannabinoidi sintetici (presenti anche in miscele di erbe da fumare, incensi e profumatori ambientali), i catinoni sintetici, le fenetilamine, la ketamina e gli analoghi della fenciclidina, le cocaine sintetiche, ecc. Le molecole originarie sono vecchie conoscenze della far-

I fattori di rischio nell'uso di sostanze sono diversi per genere, ma poco è stato fatto in termini di interventi preventivi e terapeutici mirati.

macopea, alcune abbandonate nel percorso del loro sviluppo per la predominanza degli effetti avversi su quelli potenzialmente terapeutici, che semplici reazioni chimiche fatte in laboratori clandestini consentono di immettere sul mercato⁵. È per es. il caso dell'aggiunta di un butile e due atomi di idrogeno ai cannabinoidi classici per ottenere un naftoilindolo con attività agonistica sui recettori CB1 sino a 28 volte superiore a quella del Δ^9 -THC. Oppure l'aggiunta di un carbonile all'efedrina o all'anfetamina per ottenere il mefedrone, tra i catinoni il più diffuso, che simula gli effetti della cocaina. Sostanze che invadono il mercato ad opera del crimine organizzato, di facile reperibilità anche tramite internet, commercializzate come sali da bagno, fertilizzanti per piante, francobolli, prodotti naturali per l'igiene del corpo, ecc. In tale contesto e in quello delle strategie internazionali di salute pubblica di contrasto all'uso di sostanze⁶ il dibattito politico e le iniziative istituzionali italiani sembrano datati.

Dopo decenni l'approvazione del Parlamento italiano di una legge che legalizza l'uso della cannabis farebbe contento anche Giancarlo Arnao⁷ e tutti i sostenitori delle varie forme di cultura alternativa che caratterizzò la fine degli anni Sessanta. Quella di una subcultura giovanile di opposizione che si trasformò da "opposizione attiva" a "marginalità passiva", quella delle ingenue contrapposizioni tra droghe "leggere" e droghe "pesanti", tra droga rivoluzionaria e droga controrivoluzionaria. Se allora la "droga" è stato un elemento simbolico di entusiasmi collettivi e di protesta politica la stagione è stata breve. Lo scenario è rapidamente mutato sebbene sia rimasto irrisolto il nodo etico-politico della punibilità e dell'inefficacia delle misure repressive. La potenziale efficacia terapeutica della cannabis è riconosciuta da secoli nel mondo scientifico⁸, ma la produzione recente di evidenze per il suo uso nella terapia, per es. del dolore oncologico e neuropatico o della nausea e vomito intrattabili, seppure di limitata qualità metodologica, ha condizionato e mutato la discussione sul suo uso "illegale". Questo non vuol dire che la cannabis sia meno pericolosa per la salute se legalizzata. Potrà indurre non a stroncare ma a modificare il mercato illegale delle droghe gestito dalle mafie e dalla criminalità organizzata (per altro già in attuazione), ma il pericolo per la salute rimane. L'uso di fitocannabinoidi può infatti influire in modo anche drammatico sulla regolamentazione del sistema endocannabinoide di molteplici funzioni dell'organismo, in particolare ma non solo sullo sviluppo neurale. Affermare che la cannabis sia una "droga leggera" è una falsa semplificazione del fatto che le varietà botaniche più diffuse hanno una scarsa concentrazione di Δ^9 -THC e un più elevato contenuto di cannabinolo. Quest'ultimo ha proprietà protettive e antipsicotiche antagonizzanti gli effetti del Δ^9 -THC. Ma cosa succederà quando la varietà disponibile sul mercato (o autocoltivata) sarà quella denominata "skunk", già commercializzata in modo illecito, in cui le concentrazioni delle due molecole si ribaltano? Quali controlli? Quali modifiche di legge? L'impressione è che come per l'alcol e il tabacco anche per la cannabis agli insuccessi del proibizionismo subentri il riconoscimento della legalità a cui consegue quella della condizione tributaria.

Più in generale, siamo tutti dipendenti da pregiudizi, disattenzione, disinteresse, ecc. Tutte quelle mancanze che ci rendono complici della storia di Sara. **R&P**

Bibliografia

1. Bourgois P, Schonberg J (traduttore De Pretis S.) Reietti e fuorilegge. Antropologia della violenza nella metropoli americana. Roma: DeriveApprodi Editore, 2011.
2. Christiane F. Noi ragazzi dello Zoo di Berlino. Milano: Rizzoli, 1981.
3. Becker JB, Hu M. Sex differences in drug abuse. *Front Neuroendocrinol* 2008; 29: 36-47.
4. Camera dei Deputati. Atti parlamentari XVII legislature. Relazione sui dati relativi allo stato delle tossicodipendenze in Italia, Anno 2013-2014. Doc. XXX n. 2, 2016.
5. Papaseit E, Farré M, Schifano F, Torrens M. Emerging drugs in Europe. *Curr Opin Psychiatry* 2014; 27: 243-50.
6. Csete J, Kamarulzaman A, Kazatchkine M, et al. Public health and international drug policy. *Lancet* 2016; 387: 1427-80.
7. Arnao G. Rapporto sulle droghe. Milano: Feltrinelli Editore, 1976.
8. Mackenzie S. Indian Hemp in persistent headache. *JAMA*, Chicago 1887; 9: 731-2.