

Tossicodipendenze: tra classificazione e politiche socio-sanitarie

Laura Amato¹, Marina Davoli¹

E-mail: l.amato@deplazio.it
m.davoli@deplazio.it

Drug addiction: between classification and social and health policies.

Summary. Recent changes in Italian legislation about drug use suggest a reflection, in order to plan health policies useful to reducing the magnitude of the problem. On the one hand, the classification between soft and hard drugs is misleading: it is not the substance but the consumption habits that can be considered light or heavy. On the other hand, the adoption of strict regulations inattentive to harm reduction has not yielded positive results in terms of drug use spreading. Finally, the association between cannabis use and the onset of psychotic disorders deserve to be confirmed by further studies.

All'inizio dello scorso gennaio lo stato del Colorado ha legalizzato la marijuana. A febbraio 2014, una sentenza della Corte costituzionale italiana ha dichiarato illegittima la legge n. 49 del 21 febbraio 2006 – più conosciuta come legge Fini-Giovanardi – la quale equiparava le cosiddette droghe “leggere” a quelle “pesanti”¹. Queste notizie di attualità offrono l'opportunità per discutere il rapporto tra evidenze scientifiche e politiche delle droghe.

Il primo punto di riflessione riguarda la distinzione tra droghe diverse: le varie sostanze psicoattive, dal tabacco all'eroina, hanno tutte livelli diversi di tossicità che assumono diversa gravità in rapporto con le caratteristiche dell'individuo che ne fa uso e il contesto in cui vengono consumate². Da una classificazione di droghe leggere e droghe pesanti dovremo passare a una distinzione tra uso leggero e uso pesante di sostanze. Purtroppo, però, questi termini utilizzati dai media hanno finito per condizionare anche l'ambito della clinica delle dipendenze così che molto spesso anche gli addetti ai lavori utilizzano questi impropri aggettivi nonostante non esista una base scientifica a supporto di tale differenziazione. Piuttosto, nasce da un banale equivoco linguistico. I termini *soft* (leggero) e *hard* (pesante) relativi alle droghe traggono origine dai luoghi dove le sostanze venivano un tempo consumate. *Soft* era relativo al campus universitario, luogo “leggero”, dove si consumava cannabis in forma di hashish o marijuana. *Hard*, in-

vece, faceva riferimento ai quartieri più duri di New York: Bronx, Harlem, luoghi “pesanti” dove si consumava eroina e cocaina. Questa superficiale distinzione tra le varie sostanze psicoattive non è, purtroppo, quasi mai legata agli effetti sulla salute delle sostanze stesse. Basti pensare che, nelle classifiche di potenziale rischio, il fumo di tabacco, i cui effetti dannosi sulla salute sono ampiamente dimostrati, continua a essere considerato un'abitudine meno dannosa di altre come, per esempio, il consumo di cannabis i cui effetti sulla salute sono quantomeno meno noti.

Nello specifico del dibattito oggi in corso, la cannabis è una droga, così come lo sono l'alcol, il tabacco, la cocaina, l'eroina e tutte le numerose sostanze psicoattive. Serve discutere se farne uso esponga a rischi maggiori o minori rispetto al consumo di altre sostanze psicoattive ma legali? Forse sarebbe più utile provare a comprendere se la normativa che sanziona il consumo di una sostanza sia utile o dannosa. Le evidenze disponibili non sono, come spesso avviene, in grado di dare una risposta esaustiva a questa domanda. Verificare sperimentalmente se la proibizione riesca a limitare la diffusione di una sostanza rispetto a quanto si sarebbe verificato con una normativa meno severa è praticamente impossibile. Tuttavia, il confronto tra la diffusione della cannabis nei Paesi con normativa sanzionatoria e in quelli nei quali l'uso è decriminalizzato o legalizzato mostra che nei secondi l'incidenza dell'uso della droga è generalmente simile o addirittura inferiore. Per esempio, in Olanda, una politica più tollerante rispetto a quella di altri Paesi ha portato a un'incidenza dell'uso di droga inferiore rispetto a quello di Paesi vicini o paragonabili per cultura o dati demografici. Sarebbe opportuno riflettere sulla scarsa efficacia delle politiche fondate sulla proibizione delle sostanze così come dell'amplificazione dei rischi a prescindere dalle modalità di uso delle sostanze stesse. Non hanno funzionato le normative più severe basate su dati di ricerca scelti e valutati con un approccio viziato da un pregiudizio e trascurando le evidenze sull'utilità e sull'efficacia della riduzione del danno. Fa riflettere, a questo proposito, come nonostante il divieto di vendita di tabacco e alcol ai minori di 16 anni il numero di giovani fumatori e consumatori di alcolici continua a crescere proprio tra i giovanissimi. La riduzione del danno è una strategia operativa che accetta che molti consumatori non sono in grado o non intendono smettere di usare le sostanze. Per questo, piuttosto che su astinenza, cura e prevenzione, i programmi di riduzione del danno si focalizzano sui rischi correlati al consumo, tentando di attenuarli. Va per esempio in questa direzione la distribuzione gratuita di siringhe per le persone dipendenti da eroina al fine di contrastare il perico-

“ Sarebbe opportuno riflettere sulla scarsa efficacia delle politiche fondate sulla proibizione delle sostanze così come dell'amplificazione dei rischi a prescindere dalle modalità di uso delle sostanze stesse ”



lo di infezioni³. Più in generale rientrano nelle strategie di riduzione del danno tutte le politiche utili a sottrarre le sostanze al mercato illegale, dove la contaminazione, la presenza di sostanze da taglio tossiche, la variabilità della dose e della concentrazione di principio attivo aumentano enormemente i rischi socio-sanitari già correlati all'uso della sostanza in sé.

Infine, proprio nell'ottica di cercare di evidenziare la complessità del problema, non si può non fare un accenno al dibattito scientifico tutt'ora in corso relativo all'associazione tra uso di cannabinoidi e l'insorgere di sintomi psicotici. Il primo studio scientifico in materia risale al 1987 in Svezia su una coorte di coscritti esaminati alla visita di leva e individuati come fumatori di cannabis in età adolescenziale, che erano poi stati esaminati dieci anni dopo dal punto di vista psichiatrico⁴. Nel gruppo dei fumatori, a confronto col gruppo di controllo (soggetti con anamnesi negativa per il fumo di cannabis) si trovò una percentuale significativamente più alta di soggetti con un disturbo mentale psicotico, schizofrenico o schizofreniforme. Successivamente gli studi su cannabis e schizofrenia hanno confermato che la cannabis fumata in età adolescenziale rappresenta effettivamente un fattore di rischio per lo sviluppo di schizofrenia in età adulta e che tale rischio riguarda in particolare una popolazione vulnerabile⁵. Nell'insieme, la maggioranza dei dati disponibili suggerisce un aumento, quantitativamente ancora non noto, del rischio di psicosi associato all'uso di cannabis in interazione con fattori genetici e fattori ambientali, età di inizio di assunzione e, come per tutte le sostanze psicotrope, quantità assunte. Contesto ur-

bano, abuso in età infantile, stress sono stati individuati come i fattori ambientali che in interazione con l'uso di cannabis possono aumentare la probabilità di comparsa di sintomi psicotici. Ma quella tra uso di cannabis e psicosi non sembra essere una forte associazione⁶, considerati i bassi tassi di disturbi psicotici sub-clinici e di psicosi conclamata nell'ampia popolazione di consumatori.

Bibliografia

1. Legge 21 febbraio 2006 n. 49, rubricata "Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 30 dicembre 2005, n. 272, recante misure urgenti per garantire la sicurezza ed i finanziamenti per le prossime Olimpiadi invernali, nonché la funzionalità dell'Amministrazione dell'interno. Disposizioni per favorire il recupero di tossicodipendenti recidivi" in Gazzetta Ufficiale n. 48 del 27/02/2006 (SO 45/2006).
2. Amato L, Pani PP. Tossicodipendenze: una guida alle basi razionali del trattamento. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2013.
3. Gowing L, Farrell MF, Bornemann R, Sullivan LE, Ali R. Oral substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; 2: CD004145. doi: 10.1002/14651858.CD004145.pub3
4. Andreasson S, Allebeck P, Engstrom A, et al. Cannabis and schizophrenia: a longitudinal study of Swedish conscripts. Lancet 1987; 2: 1483-6.
5. Henquet C, Di Forti M, Morrison P, et al. Gene-environment interplay between cannabis and psychosis. Schizophr Bull 2008; 34: 1111-21.
6. Minozzi S, Davoli M, Bargagli AM, Amato L, Vecchi S, Perucci CA. An overview of systematic reviews on cannabis and psychosis: discussing apparently conflicting results. Drug Alcohol Rev 2010; 29: 304-17.