LE "NUOVE DROGHE"

Data 30 maggio 2000
Categoria scienze_varie

Il termine "nuove droghe" comprende genericamente, senza un reale riferimento cronologico, una serie di composti (recreational drugs) assunti prevalentemente dalla popolazione giovanile a scopo ludico, piu' spesso in contesti ed ambienti ben precisi. Si tratta per lo piu' di derivati anfetaminici (a prevalente effetto eccitante ed euforizzante) talora accompagnati (come nell' ecstasy) da una componente allucinogena. Si parla di "nuove droghe" in quanto sono vissute dai consumatori con connotazioni ben diverse dall' eroina, e sollecitano domande e interventi differenti.

Tab.1

Nome commerciale Principio attivo

Brown: Liquido iniettabile a base di codeina, idrocodone, diidrocodeina,
Bufotenina: Alcaloide indolico estratto dalla secrezione sierosa delle ghiandole del rospo Bufo vulgaris
Cat: Metacatinone (a base di efedrina)
Coca: Cocaina HCL (cloridrato)
DMT: Sostanza cristallina estratta dai semi di alcune piante delle Antille
Ecstasy - MDMA 3,4 : metilendiossimetanfetamina
Efedrina: Alcaloide estratto dalla pianta Ephedra (prodotta quasi esclusivamente in laboratorio)
Fumo: Tetraidrocannabinolo (TNC)
Funghi allucinogeni: Psilocibina, psilocina
Herbal ecstasy: Mix di caffeina, efedrina, acido benzoico
LSD: Dietilammide dell' acido lisergico
Popper: Nitrito di amile
Red bull: (Smart drug) Caffeina e taurina
Special k: Ketamina

E' importante ribadire il gia' noto concetto che anche sostanze ritenute innocue o addirittura usate a scopo farmaceutico (caffeina, nitrito di amile, taurina) possano diventare vere droghe, a seconda delle quantita' e delle modalita' di utilizzo. Si tratta spesso di sostanze meno costose dell' eroina, piu' facilmente reperibili e assumibili in modo agevole anche in locali pubblici. Non danno in genere dipendenza fisica e non istigano alla criminalita'. Per tutta questa serie di motivi i consumatori non si ritengono "drogati" e prendono le distanze dai consumatori di eroina e similari.

Non sono cronologicamente nuove : l' Ecstasy e' nata nel 1912 come anoressizzante nel laboratorio della Merck; si diffonde negli anni 70 come recreational drug negli ambienti studenteschi controcorrente americani e giunge in Europa nel decennio successivo, fino a giungere ad una diffusione ubiquitaria.

PROBLEMATICHEPARTICOLARI

I consumatori di tali sostanze non si ritengono drogati, non si rivolgono ai servizi socio-assistenziali, non sono identificabili dall' esterno.
Il loro consumo non e' standardizzabile, neanche dal consumatore, stante il confezionamento anonimo e artigianale delle pillole.
Si verifica quasi sempre il fenomeno della poliassunzione cioe' del consumo contemporaneo di sostanze diverse dagli effetti talora antitetici.

ASPETTIEPIDEMIOLOGICI

Per l' ecstasy, sostanza piu' studiata:
Olanda (1992) 3,3% dei giovani tra 1 12 e i 18 anni (2,3% delle femmine, 6,9% dei maschi.
Spagna (1996) 1,6% dei giovani di eta' superiore ai 15 anni, 5% tra i 19 e i 25 anni, con prevalenza maggiore nei maschi e nelle grandi citta'.
Inghilterra (1996) il 59% degli studenti universitari intervistati ha dichiarato di usare stupefacenti (nell' ordine: cannabis, LSD, anfetamine, ecstasy e altro). I maschi stanno alle femmine nel rapporto di 4:1.
InItalia:

ASL "Alto Vicentino" (1995): 10% dei soggetti (studenti scuole superiori e frequentatori di discoteche)
Nizzoli e coll.: 19% dei soggetti intervistati presso uno spazio della sinistra giovanile nell' ambito di una manifestazione politica.
Distretto Militare di Torino: 4,9% dei soggetti (maschi, 18 anni) ha dichiarato di aver consumato MDMA almeno una volta nella vita.

GLI EFFETTI

A breve termine: (da qualche minuto a 4-6 ore dall' assunzione): variazioni dello stato d'animo, delle relazioni interpersonali, del comportamento sessuale, delle percezioni cognitive; possono accompagnarsi sensazioni fisiche talora fastidiose quali secchezza delle fauci, sudorazione profusa, crampi e contrazioni muscolari.
A medio termine: (fino a 24 ore dopo, e talora di piu'): affaticamento, anoressia, abulia, cefalea, difficolta' di conentrazione,depressione.
A lungo termine: il quadro non e' chiaro: sono stati riportati studi di laboratorio che evidenzierebbero degenerazioni delle proiezioni assoniche serotoninergiche; si ipotizzano pure anomalie psichiatriche dipendenti dall' alterazione del metabolismo della serotonina.

In letteratura sono stati segnalati casi di eventi sanitari (talora decessi) conseguenti all' uso delle nuove droghe. Si tratta pero' di case reports, spesso complicati da dati confondenti (quali la variabilita' delle dosi assunte, la poliassunzione di altre sostanze, sia stupefacenti che non) per cui non e' possibile valutare con certezza il nesso di causalita'. Per l' MDMA sono stati riportati:

3 casi di psicosi,
1 caso di morte per ipertermia,
1 caso di morte per emorragia gastrointestinale,
1 caso di epatite acuta,
1 caso di insufficienza renale acuta,
1 caso di iponatremia.
Sono stati riportati 4 casi di morte per CID in seguito a poliassunzione (MDMA/MDA/Anfetamine).
Uno studio condotto in 15 ospedali spagnoli ha riscontrato (in sei mesi) 73 urgenze correlate al consumo di nuove droghe contro le 6768 registrate per gli oppioidi.
La difficolta' di effettuare uno studio controllato ad hoc, legata anche a motivi etici, non permette ancora di valutare con certezza il reale impatto sanitario delle nuove droghe, il cui consumo si sta tuttavia sempre piu' diffondendo.

(R. Siquilini, B. Mitola, Professione, sanita' pubblica e medicina pratica, n. 2, 2000)