



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, più spesso in contesti ed ambienti ben precisi. Si tratta per lo più 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: Cocaïne 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 già noto concetto che anche sostanze ritenute innocue o addirittura usate a scopo farmaceutico (caffea, nitrito di amile, taurina) possano diventare vere droghe, a seconda delle quantità e delle modalità di utilizzo. Si tratta spesso di sostanze meno costose dell' eroina, più facilmente reperibili e assumibili in modo agevole anche in locali pubblici. Non danno in genere dipendenza fisica e non istigano alla criminalità. 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 è nata nel 1912 come anorettante nel laboratorio della Merck; si diffondono negli anni 70 come recreational drug negli ambienti studenteschi controcorrente americani e giungono in Europa nel decennio successivo, fino a giungere ad una diffusione ubiquitaria.

PROBLEMATICHE PARTICOLARI

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 è standardizzabile, neanche dal consumatore, stante il confezionamento anonimo e artigianale delle pillole.

Si verifica quasi sempre il fenomeno della poliassunzione cioè del consumo contemporaneo di sostanze diverse dagli effetti talora antitetici.

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI

Per l' ecstasy, sostanza più studiata:

Olanda (1992) 3,3% dei giovani tra 12 e 18 anni (2,3% delle femmine, 6,9% dei maschi).

Spagna (1996) 1,6% dei giovani di età superiore ai 15 anni, 5% tra i 19 e i 25 anni, con prevalenza maggiore nei maschi e nelle grandi città.

Inghilterra (1996) il 59% degli studenti universitari intervistati ha dichiarato di usare stupefacenti (nella lista: cannabis, LSD, anfetamine, ecstasy e altro). I maschi stanno alle femmine nel rapporto di 4:1.

In Italia:

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.



GLIEFFETTI

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 concentrazione, 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, sanità pubblica e medicina pratica, n. 2, 2000)