

## INTRODUZIONE

Il policromo e variegato «mondo della droga» è fatto di due componenti. Una è l'umanità dei consumatori di droga. L'altra è rappresentata dai mezzi, le droghe, che consentono loro di raggiungere, e di mantenere spesso dolorosamente, una condizione mentale che apprezzano come felicità o normalità. Da ciò consegue che la questione delle droghe – pesanti/leggere, vecchie/nuove – deve vertere necessariamente sul loro impatto sull'organo che condiziona la felicità o la condizione di normalità: il cervello che fin dalla medicina ippocratica ha preso il posto del cuore come motore della vita di relazione.

Non è questa la sede idonea all'analisi del perché 'il mondo della droga' nella cultura occidentale è stato più che altro motivo d'aneddoto e curiosità fino agli anni successivi al secondo conflitto mondiale. Sino ad allora si usava citare le grandi personalità drogate: Thomas De Quincey per la morfina; Sigmund Freud, Arthur Conan Doyle e Robert Stevenson per la cocaina e Charles Baudelaire, per l'hashish. Nella seconda parte del Novecento ci si è trovati, invece, di fronte a un fenomeno di massa prevalentemente giovanile. Ciò richiederebbe un'interpretazione di eventi esistenziali sociali e culturali, di eguale importanza a quella degli eventi fisici, ma al di fuori della nostra competenza.

È, invece, proprio il binomio droghe-cervello al centro del nostro lavoro. Tutte le droghe agiscono sul sistema nervoso centrale. Sorge da questo punto di vista la problematica farmacologica e tossicologica che ha animato dibattiti accesi. L'eroina è attiva sul cervello ed è una droga, come la cocaina, l'alcol e la cannabis e le nuove sostanze stupefacenti, ma intere classi farmacologiche, benefiche e di largo impiego, sono attive sul cervello e non sono droghe: tale è il caso dei farmaci antiepilettici, antiparkinson e delle sempre più vaste categorie degli antidepressivi e degli antipsicotici, tipici e/o atipici. Una scelta di campo interpretativa di tale dissonanza è necessaria e molti partecipi osservatori del fenomeno droga l'hanno compiuta, forse, con un'eccessiva semplificazione che suona: tutte le droghe attivano il *pleasure brain* (cervello del piacere), non sono droghe i farmaci del cervello che non lo attivano.

Avendo questo ordine di problemi come cornice generale, in questo libro ci siamo concentrati su un un gruppo di sostanze intorno alle quali sembra essersi delineato negli ultimi decenni fenomeni e tipologie spe-

cifiche di abuso, tali da suggerire alla comunità scientifica internazionale anche una nuova nomenclatura. Il termine «drugs», usato nel titolo, si riferisce sia a farmaci impiegati in terapia, sia a sostanze d'abuso che non trovano applicazioni terapeutiche, ma sono usati comunemente in luoghi di aggregazione o «club». Questi ultimi sono da intendersi nel senso più ampio come luoghi di incontro di massa, quali, ad esempio, le discoteche e le mega manifestazioni pubbliche di solito a sfondo musicale; altri luoghi di socializzazione che hanno finalità diverse, ma rientrano nel senso in cui «club» è usato in questo lavoro, sono le palestre e le *beauty farms*. Da ciò consegue che i soggetti che usano le *club drugs* appartengono prevalentemente alla classe di età dell'adolescenza e della prima giovinezza. L'uso delle *club drugs* da parte dei giovani è in genere motivato dall'effetto antifatica, dalla stimolazione della capacità di socializzare, dalla disinibizione che esse procurano; insomma dalla ricerca di una condizione di benessere psicofisico, che è spesso temporaneo. Una di esse, il  $\gamma$ -idrossibutirrato di sodio (GHB), è anche usata come induttore di *fitness* fisico per un supposto effetto anabolizzante ed è per questo diffuso nelle palestre come *body builder*. Le *club drugs* più comuni sono il cosiddetto «ecstasy», il cui nome scientifico è metilen-diossi-metamfetamina (MDMA); il citato GHB, o il suo precursore gamma-butilrolattone (GBL) e il flunitrazepam (FNZ), conosciuto comunemente come Roipnol. È a queste sostanze che il National Institute of Drug Abuse statunitense (NIDA) ha attribuito nel 2005 la definizione ufficiale di *club drugs*.

L'ecstasy è un derivato dell'amfetamina, che ha in comune con questa la capacità di far dimenticare la fatica e la necessità del sonno fisiologico. Più dell'amfetamina, produce un effetto positivo sul tono dell'umore. Di qui l'aumento della capacità di socializzazione: il «club» dove l'ecstasy è più usato è la discoteca e il concerto di massa, dove è necessario stare svegli, dimenticare la fatica e aumentare la partecipazione. Il flunitrazepam (FNZ) ha come nome di commercio «Roipnol» in quanto appartenente alla famiglia delle benzodiazepine (BDZ), il gruppo farmacologico più usato nella terapia dell'insonnia, dell'ansia e dell'epilessia. La ragione della sua diffusione in club privati e discoteche consiste nella proprietà di potenziare la disinibizione, specie in associazione con le bevande alcoliche. Anche il GHB ha un nome commerciale, «Alcover», che lo indica come farmaco utile nella sindrome di astinenza da alcol e nell'attenuazione del *craving*, il desiderio insopprimibile d'alcol, dell'etilista detossificato. Proprio grazie alle sue proprietà intrinseche alcolmimetiche, anche il GHB facilita la perdita dell'inibizione, ancora una volta potenziando l'euforia alcol-indotta. Come si è accennato, esso viene usato anche nelle palestre o nei luoghi di cultura fisica in quanto gli viene volgarmente attribuita un'efficacia per la costruzione delle masse muscolari.

È evidente che l'uso sporadico di queste tre sostanze non offre motivo sufficiente per un allarme tossicologico. Rimane tuttavia da definire la tossicologia acuta e cronica delle *club drugs* in rapporto al loro uso continuato, anche se secondo un ritmo saltuario e stereotipato, che si può esem-

plificare con l'abitudine di assumerle ogni fine settimana, come avviene spesso nel caso della MDMA, del flunitrazepam o del GHB. È motivo di allarme tossicologico la loro interazione positiva con le bevande alcoliche, cui spesso possono essere ricondotte le morti del sabato notte. È ulteriore motivo d'attenzione la possibilità che i consumatori delle *club drugs* costituiscano una nuova categoria di tossicodipendenti.

La storia naturale della tossicodipendenza insegna che, allo stato attuale, esistono due tipologie di dipendenza. Esistono ancora i mono-tossicomani, coloro che iniziano e rimangono fedeli negli anni a una sola droga d'abuso. Il tipico esempio è l'eroina, che è tuttora una mono-droga iniziale in aumento in alcune zone degli Stati Uniti; anche in Italia, comunque, si verifica il fenomeno di nuovi tossicomani che ricorrono all'eroina come unica sostanza d'abuso. Con la diffusione della cultura della droga e del conseguente mercato, tuttavia, la tipologia della mono-tossicomania è sempre più frequentemente sostituita dalla poli-tossicomania. L'associazione cocaina-eroina, per esempio, è diventata quasi abituale. La larga diffusione della politossicomania accertata negli Stati Uniti trova conferma anche nel nostro paese (Community Epidemiology Work Group, 1999; Mannaioni, 1998-2000; Community Epidemiology Workshop Group, 1998; Tabella 1).

Tabella 1. Rapporto percentuale (%) tra monotossicomania e politossicomania in coorti afferenti alla Unità Operativa di Tossicologia, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze (AOUC) per patologia tossicologica acuta e cronica negli anni corrispondenti. Sia nella patologia acuta che nella patologia cronica la percentuale di pazienti politossicomani è stabile nel corso dei tre anni presi in esame.

PATOLOGIA ACUTA		1998	1999	2000
OVERDOSE OPIOIDI	Tot.	111	82	106
	Politox.	53 (47,8%)	32 (39%)	53 (50%)
PATOLOGIA CRONICA		1998	1999	2000
Detossificazione da oppioidi	Tot.	160	115	131
	Politox.	25 (15,6%)	26 (22,6%)	18 (13,7%)
Detossificazione da farmaci	Tot.	39	62	31
	Politox	23 (58,9%)	8 (12,9%)	6 (19,3%)
Detossificazione da alcol	Tot.	193	223	209
	Politox	13 (6,7%)	18 (8,7%)	17 (8,1%)

I giovani consumatori di *club drugs* potrebbero costituire una terza categoria di tossicodipendenza a sé stante. Da qui la necessità di valutare i possibili danni acuti e cronici che possono derivare dall'uso di ecstasy, GHB e Roipnol (Community Epidemiology Work Group, 1991). Abbiamo

ritenuto, tuttavia, utile non limitarci all'analisi delle tre sostanze inserite nella nomenclatura del Food and Drug Administration (FDA) come *club drugs*. Abbiamo dedicato, perciò, un capitolo ciascuno ai profili di tossicità della *Cannabis indica* nelle sue forme popolari (marijuana, hashish) e della cocaina fumabile (*crack*), che se non sono propriamente classificabili tra le *club drugs*, certamente vengono co-abusate insieme a ecstasy, GHB e Roipnol. Infine, nell'ultimo capitolo abbiamo ritenuto utile riportare anche il profilo tossicologico degli inalanti e delle *smart drugs*, in quanto l'abuso delle prime e l'uso delle seconde nei luoghi di aggregazione è piuttosto diffuso tra i giovani.

Proponendoci, dunque, in particolare l'obiettivo di descrivere i possibili danni derivanti dall'abuso di questo gruppo di sostanze, abbiamo concepito i capitoli che seguono secondo una struttura sostanzialmente comune che prende in esame dapprima la «storia naturale» di queste sostanze, per poi descriverne il modo d'azione sull'organismo umano e infine sia gli effetti «ricreazionali» che quelli tossici.

Gli autori desiderano ringraziare la Dott.ssa Rosanna Mastroianni per l'impagabile aiuto nella ricerca bibliografica, nell'iconografia e nella stesura del testo.