

Anche in questi Paesi, vi sono comunque da registrare cambiamenti ed evoluzioni (come la direttiva francese già menzionata o una nuova legge in Grecia che separa il traffico di piccole quantità di droga dalla repressione del grande traffico, nella esigenza di evitare pene severe ai tossicodipendenti, che rivendono una parte delle sostanze destinate al loro uso personale o per finanziare la loro dipendenza).

Un secondo elemento è in relazione alla quantità posseduta. Logicamente, le piccole quantità sono un indice di valutazione, ma nelle diverse legislazioni non sempre è il limite che separa una quantità concepita come spaccio da una considerata per uso personale. Ogni giudice decide in maniera autonoma, a seconda delle circostanze che interagiscono nel reato.

Lo stato psicofisico dell'individuo, è largamente tenuto in considerazione. La persona con evidenti segni di tossicodipendenza, spesso già conosciuta dalla polizia, viene generalmente indirizzata verso soluzioni terapeutiche o di sostegno. Un problema diverso si pone, invece, per coloro non sono ancora propriamente dentro "il circuito della droga". E', infatti, in aumento il numero di consumatori occasionali (i cosiddetti "consumatori da week end") portati davanti alla Giustizia.

Largamente presa in considerazione è anche la natura degli stupefacenti posseduti. Si rileva un consenso a livello delle prassi rispetto ai derivati della cannabis, marijuana e hashish, che vengono giudicati in maniera più lieve rispetto a sostanze definite più pericolose.

La recidività nel reato di possesso di stupefacenti è vista come un'aggravante. Paradossalmente, ci si aspetta che un tossicodipendente non ripeta il reato di possesso di stupefacenti più volte nella propria vita; nei fatti, però, la casistica dimostra che un tossicodipendente appare ripetutamente davanti agli organi giudiziari (da una a tre volte nei primi trent'anni di vita).

Rispetto allo spaccio o alla rivendita di sostanze stupefacenti, lo stato di tossicodipendenza è considerato come una attenuante del reato di traffico, anche se le condanne rivestono

comunque una serietà maggiore rispetto a quelle messe in atto per il semplice possesso. La casistica dimostra come l'individuo abbia, di fatto, tre possibilità per acquisire la droga: usare uno stipendio precario, derivante da lavori precari o saltuari; piccoli furti in casa, poi ad amici ed infine a terzi (più raramente di ciò che si possa credere); vendere parte della sostanza illecita per auto finanziarsi il consumo.

Quest'ultimo espediente viene messo in atto dalla stragrande maggior parte dei tossicodipendenti. Ciò fa sì, in accordo agli impianti giuridici degli Stati dell'UE, che i soggetti finiscano per rientrare in una categoria di reati gravi, che implicano uno sicuro ingresso nel circuito penale.

Si può quindi affermare che, pur in presenza di molte divergenze, per i reati riconducibili ad un consumo personale (sia patologico, sia pseudo-ricreativo) vi è una tendenza verso una depenalizzazione *de facto*, o verso approcci medico/sociali, volta anche a ben separarli dai reati che riguardano il traffico di sostanze stupefacenti a mero scopo di lucro.

Di certo, tra le due categorie vi è una zona grigia, non ancora completamente individuata. A questa, si applicano risposte che variano notevolmente tra nazione e nazione. Si è comunque di fronte ad una materia in divenire, che negli ultimi anni ha visto l'affermarsi di una tendenza in base a cui è venuto maturandosi un basilare principio: terapia invece di punizione.

L'adozione di questo principio, può essere interpretata come la necessità di dare una risposta più positiva al problema, cioè a far sì che i tossicodipendenti (benché delinquenti *stricto sensu*) non vengano perseguiti per cause imputabili al loro stato di salute psicofisica, e possano essere aiutati a uscire dalla loro dipendenza. Questa tendenza non deve essere interpretata in nessun senso come un ammorbidimento delle posizioni o una banalizzazione del problema, ma come una adattamento delle risposte dello Stato differenziate a seconda che l'individuo sia un "malato" bisognoso di assistenza, che consumi droga per una ricerca di soddisfazione estrema, o che sia un elemento pericoloso per la società,

capace di favorire l'entrata nel giro della droga di altri individui.

In pratica, ciò si traduce con il largo uso delle cosiddette "misure alternative". Si tratta di interventi dell'autorità giudicante che, sospendendo un procedimento investigativo/giudiziario verso un individuo tossicodipendente che abbia commesso un reato legato alla droga al quale normalmente corrisponderebbe una pena amministrativa o penale, consenta al suddetto individuo di curare la propria dipendenza (ritenuta come causa scatenante il reato).

In teoria, constatato il reato (minore), l'individuo viene fermato o arrestato ed il procedimento viene sospeso in ragione dello stato psicofisico dell'individuo, cui si propone un programma terapeutico, al quale deve accedere di sua propria volontà.

Sempre in teoria, eseguito con successo il programma, l'individuo è libero ed il caso viene chiuso.

Non entreremo nelle diverse possibilità, previste dalla legislazione degli Stati membri, rispetto a chi sia eleggibile all'accesso a questo tipo di programma, a quale debba essere la sua durata, o a quando esso debba essere considerato interrotto.

Ciò che è importante notare è come il principio "terapia invece di punizione" venga ad essere messo in pratica anche attraverso queste misure, tanto da apparire come il 'live motif' dell'approccio legale al tossicodipendente in Europa - campo di estremo interesse in cui l'OEDT approfondirà la ricerca e la valutazione.

Gli elementi comuni alla maggior parte degli Stati membri, nell'applicazione delle misure alternative, sono:

- il reato esente da violenza è definibile come minore;
- vi è necessità di un trattamento ;
- è presente la volontà dell'individuo.

Elementi su cui è necessario riflettere sono invece:

- la disponibilità di centri di trattamento (e le eventuali liste d'attesa);
- la valutazione dell'efficacia delle misure di intervento (che non devono rappresentare solo una favorevole scappatoia da pene ben più dure);
- l'adeguatezza della risposta terapeutica e sociale alle nuove tendenze d'abuso.

Vi sono altri elementi su cui la riflessione è necessaria, come le cosiddette "fixing rooms" o i programmi con sostanze stupefacenti, che si registrano come nuove tendenze, ma anche come nuove posizioni contrastanti sia tra Stati membri che all'interno di singoli Paesi.

Per un numero crescente di Stati dell'UE, la riduzione del danno rappresenta un elemento cardine delle politiche sulla droga, legate oggi al riconoscimento di valore sancito dal art. 152 del trattato di Amsterdam, in merito alla riduzione degli effetti negativi della droga sulla salute.

E' comunque da registrare la differenza di posizioni degli Stati membri sia sulla definizione di politiche di riduzione del danno sia sugli interventi a queste correlati.

Conclusioni

Il principio base affermatosi negli ultimi anni in Europa in materia di politiche anti-droga è quello dell'"approccio bilanciato" (balanced approach) tra azioni nel campo della riduzione della domanda e della riduzione dell'offerta.

Si registra infatti la tendenza alla non perseguibilità penale per semplice uso di stupefacenti ed alla separazione, sempre più evidente, tra i reati riconducibili ad un consumo personale e quelli riconducibili al traffico per fini di lucro.

Questa tendenza non va immaginata come un abbassamento della guardia, o come un diritto alla droga, o come una non applicazione degli accordi internazionali, bensì come una presa di posizione pragmatica: il carcere è uno strumento molto costoso e poco efficace nella prevenzione e nel trattamento delle tossicodipendenze.

Dal punto di vista del traffico di sostanze stupefacenti, la strategia sancita dalle leggi e dai trattati europei orienta oggi gli Stati membri, verso una maggiore e più efficace cooperazione degli organi di polizia, giudiziari, e doganali, al fine di armonizzare gli sforzi contro il traffico e la produzione illecita di stupefacenti, contro la criminalità ad essi legata e contro il riciclaggio del denaro sporco.

Rimane da ricordare che gli Stati membri dell'UE sono chiamati a stabilire obiettivi e target comuni, in linea con la strategia europea anti-droga 2000 - 2004, adottata dal Consiglio europeo di Helsinki al fine di affrontare il problema degli stupefacenti in maniera concertata e mediante azioni comuni.

PAGINA BIANCA

ALLEGATI

Tavole statistiche

Bibliografia

Links di maggiore interesse

PAGINA BIANCA

Tavole statistiche

Ministero della Sanità (Dipartimento per la Prevenzione)

Distribuzione regionale e per anni del numero di soggetti in trattamento presso i Ser.T..	Tav. 2/01
Distribuzione per anni e per classi di età dei soggetti in trattamento presso i Ser.T..	Tav. 2/02
Età media dei soggetti in trattamento presso i Ser.T..	Tav. 2/03
Distribuzione percentuale per Regioni e per sostanze d'abuso primarie dei soggetti in trattamento presso i Ser.T. - Anni 1998 e 1999.	Tav. 2/04
Distribuzione percentuale per sostanza stupefacente d'abuso dei soggetti in trattamento presso i Ser.T..	Tav. 2/05
Distribuzione per Regione e per percentuale di positività ai test diagnostici effettuati sui soggetti in trattamento presso i Ser.T..	Tav. 2/06
Percentuale di positività al test sierologico anti HIV dei soggetti in trattamento presso i Ser.T..	Tav. 2/07
Percentuale di soggetti in trattamento presso i Ser.T. per condizione rispetto all'infezione del virus dell'Epatite B.	Tav. 2/08
Percentuale di soggetti in trattamento presso i Ser.T. positivi al test del virus dell'Epatite C.	Tav. 2/09
Tipologie di trattamento dei soggetti in carico ai Ser.T. - Anni 1998 e 1999	Tav. 2/10
Tipologie di trattamento psico-sociale e/o riabilitativo dei soggetti in carico ai Ser.T. - Anni 1998 e 1999	Tav. 2/11
Tipologie di trattamento dei soggetti in carico ai Ser.T. nel periodo 1995-1999	Tav. 2/12

Ministero dell'Interno (Direzione Generale dei Servizi Civili - Direzione centrale della documentazione)

Dati relativi ai segnalati ai sensi dell'Articolo 75 T.U. n° 309 - 9 Ottobre 1990.	Tav. 2/13
Distribuzione delle sostanze usate dalle persone segnalate ai Prefetti ai sensi dell'Articolo 75 del T.U. n° 309 - 9 Ottobre 1990 - Dati 1998 e 1999.	Tav. 2/14
Distribuzione per classi di età e sesso degli assuntori di sostanze stupefacenti segnalati ai Prefetti (Articolo 75 T.U. n° 309 - 9 Ottobre 1990) - Situazione al 31 Dicembre 1998 e al 31 Dicembre 1999.	Tav. 2/15
Distribuzione regionale delle strutture socio riabilitative e dei soggetti in trattamento alla data del 31 Dicembre 1999.	Tav. 2/16
Numero di tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative.	Tav. 2/17
Numero medio annuale di strutture socio-riabilitative per le tossicodipendenze.	Tav. 2/18
Distribuzione per tipo di strutture socio-riabilitative e per sesso dei tossicodipendenti in trattamento alla data del 31 Dicembre 1998 e del 31 Dicembre 1999.	Tav. 2/19
Distribuzione e ripartizione territoriale del numero dei tossicodipendenti in trattamento alla data del 31 Dicembre 1998 e del 31 Dicembre 1999 presso le strutture riabilitative.	Tav. 2/20
Distribuzione per Regione delle strutture socio riabilitative e dei tossicodipendenti in trattamento - Situazione al 31 Dicembre 1998 e al 31 Dicembre 1999.	Tav. 2/21

Ministero dell'Interno (Direzione centrale dei Servizi Antidroga)

Operazioni Antidroga.	Tav. 2/22
Distribuzione per Regione delle operazioni antidroga per tipologia di sostanze stupefacenti – Anno 1998.	Tav. 2/23a
Tipologia delle operazioni antidroga per sostanza stupefacente – Anno 1998.	Tav. 2/24a
Distribuzione per Regione delle operazioni antidroga per tipologia di sostanze stupefacenti – Anno 1999.	Tav. 2/23b
Tipologia delle operazioni antidroga per sostanza stupefacente – Anno 1999	Tav. 2/24b
Attività antidroga svolta dalla Polizia di Stato, dall'Arma dei Carabinieri e dal Corpo della Guardia di Finanza – Anno 1998.	Tav. 2/25a
Attività antidroga svolta dalla Polizia di Stato, dall'Arma dei Carabinieri e dal Corpo della Guardia di Finanza – Anno 1999.	Tav. 2/25b
Distribuzione regionale delle quantità delle principali sostanze stupefacenti Sequestrate – Anno 1998.	Tav. 2/26a
Distribuzione regionale delle quantità delle principali sostanze stupefacenti Sequestrate – Anno 1998.	Tav. 2/26b
Quantità delle principali sostanze stupefacenti sequestrate.	Tav. 2/27
Persone deferite alle Autorità Giudiziarie.	Tav. 2/28
Distribuzione regionale delle presone deferite alle Autorità Giudiziarie – Anno 1998.	Tav. 2/29a
Distribuzione regionale delle presone deferite alle Autorità Giudiziarie – Anno 1999.	Tav. 2/29b
Distribuzione regionale delle persone deferite alle Autorità Giudiziarie per tipologia di sostanze stupefacenti – Anno 1998.	Tav. 2/30a
Persone deferite alle Autorità Giudiziarie per tipologia di sostanza stupefacente – Anno 1998.	Tav. 2/31a
Distribuzione regionale delle persone deferite alle Autorità Giudiziarie per tipologia di sostanze stupefacenti – Anno 1999.	Tav. 2/30b
Persone deferite alle Autorità Giudiziarie per tipologia di sostanza stupefacente – Anno 1999.	Tav. 2/31b
Persone deferite alle Autorità Giudiziarie per titolo di reato contestato – Anno 1998 e 1999.	Tav. 2/32
Stranieri deferiti alle Autorità Giudiziarie.	Tav. 2/33
Italiani e stranieri deferiti alle Autorità giudiziarie – Anno 1998 e 1999	Tav. 2/34
Minorenni deferiti alle Autorità Giudiziarie.	Tav. 2/35
Decessi per abuso di sostanze stupefacenti: serie storica per sesso e nazionalità.	Tav. 2/36
Distribuzione per Regione dei decessi per abuso di sostanze stupefacenti – Anno 1998.	Tav. 2/37a
Distribuzione per Regione dei decessi per abuso di sostanze stupefacenti – Anno 1999.	Tav. 2/37b

Ministero della Giustizia (Dip. Amministrazione Penitenziaria e Uff. Centrale Giustizia Minorile)

Reati in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope ai sensi del T.U. n° 309 - 9 Ottobre 1990 e procedimenti penali pendenti alla data del 31 Dicembre 1998 e del 31 Dicembre 1999.	Tav. 2/38
Detenuti tossicodipendenti, alcooldipendenti ed in trattamento metadonico - Anno 1999.	Tav. 2/39
Detenuti affetti da HIV secondo gli stadi di infezione - Anno 1999.	Tav. 2/40
Detenuti presenti e tossicodipendenti ristretti per reati di cui al D.P.R. n° 309 del 1990 e per altri reati - Anno 1999.	Tav. 2/41
Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per tipo di Servizio e per Paese di provenienza - Anno 1999.	Tav. 2/42
Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per nazionalità e sostanza assunta - Anno 1999.	Tav. 2/43
Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per nazionalità e modalità di rilevazione della condizione di assuntore - Anno 1999.	Tav. 2/44
Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per nazionalità e tipo di intervento attuato dal Servizio - Anno 1999.	Tav. 2/45
Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per nazionalità e "qualità" dell'assunzione - Anno 1999.	Tav. 2/46
Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile per nazionalità e categoria di reato - Anno 1999.	Tav. 2/47
Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi della Giustizia Minorile: riepilogo periodo 1995-1999.	Tav. 2/48

Ministero della Difesa (Sanità Militare)

Distribuzione dei consumatori di sostanze in ambito militare secondo la regione di residenza - Anni 1998 e 1999.	Tav. 2/49
Distribuzione dei consumatori in ambito militare secondo lo stato civile - Anni 1998 e 1999	Tav. 2/50
Distribuzione dei consumatori in ambito militare secondo l'attività lavorativa prima dell'incorporamento - Anni 1998 e 1999	Tav. 2/51
Distribuzione dei consumatori in ambito militare secondo il titolo di studio - Anni 1998 e 1999	Tav. 2/52
Distribuzione dei consumatori secondo la Forza Armata di appartenenza - Anni 1998 e 1999	Tav. 2/53
Distribuzione dei consumatori secondo la posizione di leva - Anni 1998 e 1999	Tav. 2/54
Distribuzione dei consumatori secondo la posizione militare - Anni 1998 e 1999	Tav. 2/55
Distribuzione dei consumatori secondo la categoria - Anni 1998 e 1999	Tav. 2/56
Distribuzione dei consumatori secondo la frequenza d'uso - Anni 1998 e 1999	Tav. 2/57
Distribuzione dei consumatori secondo il periodo d'assunzione - Anni 1998 e 1999	Tav. 2/58
Distribuzione dei consumatori secondo il motivo d'assunzione - Anni 1998 e 1999	Tav. 2/59
Sostanze stupefacenti maggiormente utilizzate in ambito militare - Anni 1998 e 1999	Tav. 2/60

Presidenza del Consiglio dei Ministri (Dipartimento per gli Affari Sociali)

Risorse finanziarie del Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga, quota parte del 25% assegnata alle Amministrazioni centrali dello Stato per gli esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: ripartizione per tipo di Amministrazione.	Tav.6/01
Risorse finanziarie del Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga assegnate alle Amministrazioni centrali dello Stato per gli esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: ripartizione per tipo di Amministrazione e per numero di progetti finanziati.	Tav.6/02
Risorse finanziarie del Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga assegnate alle Amministrazioni centrali dello Stato per gli esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: ripartizione per tipo di Amministrazione e per tipologia dei progetti	Tav.6/03
Risorse finanziarie del Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga assegnate alle Amministrazioni Regionali e delle Province Autonome per gli esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: criteri di ripartizione regionale della quota parte del 75% del fondo.	Tav.6/04
Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: stato di attuazione regionale degli atti amministrativi per la gestione del Fondo.	Tav.6/05
Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: risorse trasferite alle Regioni e Province Autonome e finanziamenti concessi agli Enti che hanno presentato domande per la realizzazione dei progetti.	Tav.6/06
Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: distribuzione regionale dei progetti, fino ad ora finanziati, per tipologia.	Tav.6/07
Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: distribuzione regionale dei progetti, fino ad ora finanziati, per Ente richiedente.	Tav.6/08
Fondo Nazionale d'intervento per la lotta alla droga esercizi finanziari 1997, 1998 e 1999: distribuzione regionale dei progetti, fino ad ora finanziati, per finalità.	Tav.6/09

Bibliografia ragionata

Cannabis

Una mole considerevole di ricerche ha arricchito le conoscenze sulla cannabis nel 1999.

Sempre più consolidate le acquisizioni per cui la cannabis sarebbe capace di attivare il sistema della gratificazione (Tanda, Loddo, Di Chiara; 1999) facilitando l'insorgere di un vero e proprio condizionamento additivo.

Piuttosto preoccupanti le segnalazioni che indicano interazioni sinergiche tra i sistemi cerebrali attivati dalla cannabis e quello coinvolto dagli oppioidi: tali interazioni potrebbero fornire un substrato biochimico alle valutazioni epidemiologiche che suggeriscono un aumentato rischio di eroino-dipendenza per i fumatori di cannabis (Welch and Eads 1999; Manzanares et al., 1999; Ambrosio et al., 1999).

Tra gli elementi scientifici di rilievo da segnalare riguardo alla cannabis, emergono misurazioni di indici che possono essere utilizzati come predittivi dell'intenzione a reiterare l'uso della sostanza da parte degli adolescenti: in particolare, la percezione degli effetti positivi sulla sfera relazionale e sul tono dell'umore, nonché la percezione della diffusione dell'uso tra i coetanei sembrano assumere questo ruolo predittivo (Boys et al., 1999).

Un forte "link" tra il consumo di nicotina e l'utilizzo della cannabis sembra essere confermato (Lewinsohn et al., 1999): a questo proposito, appare chiaro che non è pensabile un lavoro di prevenzione limitato alle sostanze illegali, ma occorre che sia esteso alla prevenzione in generale dell'impiego precoce di tutte le sostanze psicoattive.

Non ancora chiaro il reale impatto dell'utilizzo di cannabis sulla insorgenza di forme psicotiche: difficile infatti discriminare tra i reali effetti della sostanza e la possibile compresenza di disturbi psichiatrici preesistenti, o l'associazione dell'impiego di altre droghe (Dalmau et al., 1999).

Una crescente consapevolezza rispetto al coinvolgimento del sistema recettoriale della cannabis nelle disfunzioni biochimiche che accompagnano la schizofrenia si sta facendo strada nella comunità scientifica (Leweke et al., 1999).

Anche dal punto di vista delle implicazioni mediche indesiderate, il fumo di cannabis sembra essere dannoso per il tratto respiratorio, per il sistema immunitario e il conseguente rischio di infezioni, per l'apparato cardiovascolare e il deficit del funzionamento cognitivo (Hubbard et al., 1999; Grotenhermen, 1999).

Tra le segnalazioni riguardo alla connessione tra incidenti stradali, episodi di violenza e impiego di cannabis, da citare quella dello studio jamaicano che mostra come tra le vittime degli incidenti e di scontri interpersonali con contenuto violento (risse) almeno il 50% dei soggetti fossero sotto l'effetto della cannabis (McDonald et al., 1999): anche su questo versante appare non del tutto esplorata la dimensione dell'aggressività in relazione all'uso di cannabis.

Tra gli effetti della marijuana sulla gravidanza, è accertata una riduzione del peso e della lunghezza del nascituro, mentre sono state segnalate alterazioni cognitive e attentive dei bambini nati da madre fumatrice nei primi anni della scuola materna (Walker et al., 1999).

Si fanno strada nuovamente ipotesi inerenti l'uso terapeutico della cannabis, sempre riguardo alla nausea indotta dalla chemioterapia nei pazienti oncologici, come facilitante l'appetito in soggetti debilitati, come antispastico e antidolorifico (Hollister, 2000); viene suggerita da alcuni Autori la necessità di identificare cannabinoidi privi di effetti psicoattivi e adatti appunto a questo ruolo terapeutico (Pertwee, 1999).

Ecstasy

Anche sull'ecstasy continua il dibattito nel mondo scientifico, che approfondisce le conoscenze riguardo agli effetti sul cervello e sul comportamento degli amfetamino-derivati.

Evidenze sperimentali recenti prodotte sia da gruppi di ricerca nel nostro Paese che negli Stati Uniti sottolineano l'esistenza di alterazioni della serotonina che persistono anche a notevole distanza di tempo dalla sospensione della sostanza (Gerra et al., 2000; Ricaurte et al., 2000).

Mentre questi Autori sostengono che solo parte delle alterazioni a carico dei neurotrasmettitori rilevate nei consumatori di ecstasy potrebbero essere indotte dalla sostanza e invece potrebbe trattarsi di alterazioni preesistenti e associate ad aspetti del temperamento e della personalità, un gruppo di ricercatori spagnoli attribuisce con maggiore certezza i disturbi associati all'assunzione di ecstasy nell'uomo agli effetti neurotossici del farmaco (Bone Pine et al., 2000).

Sono confermate, comunque, le associazioni tra temperamento "novelty seeker", il bisogno di livelli di gratificazione al di fuori dell'ordinario, alterazioni del tono dell'umore, difficoltà dell'adattamento sociale e la "preference" per gli amfetamino-derivati (Gerra et al., in press), tutte caratteristiche psicocomportamentali che comunque si presentano nella storia di una tipologia di consumatori prima dell'incontro con l'ecstasy in elevata frequenza.

Studi che utilizzano tecniche di "brain imaging", che forniscono immagini del cervello, hanno evidenziato alterazioni del sistema serotoninergico associate a deficit della memoria (Reneman et al., 2000).

Ancora rilevati dalle ricerche più recenti gli effetti euforizzanti, stimolanti, caratterizzati da agitazione, comportamento bizzarro con conseguente possibile rischio per l'impiego dell'automobile sotto l'effetto dell'ecstasy (Morland, 2000; Obrocki et al., 1999).

Casi di episodi a carattere psicotico con forme di delirio sono stati rilevati anche nel nostro

Paese e pubblicati durante il 1999 (Alciati et al., 1999).

Anche i disturbi del sonno, i disordini cognitivi, gli attacchi di panico, la depressione e severe paranoie sono state attribuite alle conseguenze neurotossiche dell'ecstasy in studi pubblicati nel 1999 (Bailly, 1999).

Qualche iniziale segnalazione riguardo alla capacità dell'ecstasy di interferire sul sistema immunitario viene dall'Istituto Superiore di Sanità (Pacifici et al., 1999).

In un modello che mette a confronto l'uomo e l'animale da esperimento ancora l'Istituto Superiore di Sanità suggerisce come l'adolescenza sia un periodo di maggiore vulnerabilità per le alterazioni indotte dall'ecstasy, come se gli amfetamino-derivati fossero capaci di produrre nell'età evolutiva effetti non più rilevabili nell'adulto (Laviola and Gerra, 1999).

Sempre nel 1999 sono stati evidenziati rischi per anomalie congenite a carico di bambini esposti all'ecstasy durante la vita uterina (McElhatton et al., 1999).

Una valutazione analitica accurata degli psicostimolanti venduti come ecstasy nelle discoteche ha rilevato con sempre maggior frequenza la presenza di sostanze estremamente pericolose e completamente diverse dai classici amfetamino-derivati (Galliot-Guilley et al., 1999).

Dal punto di vista epidemiologico, un report pubblicato recentemente, ma i cui dati sono stati raccolti alla fine del 1998, mostra come una percentuale di giovani adulti europei tra lo 0.5% e il 3.0% abbia usato ecstasy (Christophersen, 2000).

Cocaina

Mentre nel nostro Paese tutti i servizi hanno avuto a che fare con la cocaina in modo molto più frequente e intensivo rispetto agli anni precedenti, anche la ricerca fornisce nuove conoscenze.

Sul versante neurobiologico le modalità d'azione della cocaina sono stati ulteriormente investigati. Un rapporto sempre più stretto tra coinvolgimento della dopamina a sostegno della azione gratificante della cocaina e l'attivazione dell'asse ormonale che consente la risposta allo stress, cioè la secrezione degli steroidi della surrene, è stato nuovamente confermato (Barrot et al., 2000).

La cocaina sarebbe capace di indurre l'espressione di parti del patrimonio genetico, proprio inerenti il controllo del trasportatore sinaptico della dopamina, e alcune modificazioni puntiformi nel patrimonio genetico potrebbero costituire gli elementi di una maggiore vulnerabilità per la cocaina (Lin et al., 2000).

Una importante ipotesi, formulata di recente, cerca di spiegare il perché l'autosomministrazione di cocaina continui anche quando gli effetti piacevoli sono ridotti dal sopravvento della tolleranza e prevalgono gli effetti indesiderati: proprio in questa fase prevarrebbe, rispetto al meccanismo sostenuto dalla dopamina nel nucleo della gratificazione, una iperattivazione della corteccia orbito-frontale, sede del controllo generale del comportamento e della tendenza a reiterare le azioni in modo compulsivo (Volkow and Fowler, 2000).

Altri interessanti studi hanno approfondito il rapporto tra tono dell'umore e craving per la cocaina, percezione euforizzante della stessa e sintomatologia astinenziale: ancora una volta emerge come il ruolo della droga debba essere considerato anche in relazione allo stato psicologico dell'assuntore (Robbins et al., 2000).

Nuove acquisizioni che riguardano i substrati psicobiologici capaci di condizionare i meccanismi della ricaduta nell'abuso di cocaina potrebbero tra non molto tradursi in importanti

suggerimenti pratici per la strutturazione dei programmi terapeutici integrati: un condizionamento alla ricaduta attraverso l'esposizione alla sostanza (effetto priming) sarebbe sostenuto dal sistema mesolimbico della dopamina, mentre una ricaduta provocata da condizioni stressanti coinvolgerebbe il sistema della noradrenalina e l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (Stewart, 2000).

Appare evidente che il sinergismo tra interventi psicofarmacologici specifici e modificazioni delle condizioni relazionali e sociali del paziente potrebbe in futuro antagonizzare specifici rischi di ricaduta.

Anche nel campo del poliabuso, che vede spesso il consumo di cocaina associato a quello di alcool, nuove acquisizioni lasciano pensare ad alterazioni della sensibilità ad un farmaco indotte dalla contemporanea assunzione di un'altra droga.

La cocaina ridurrebbe le risposte all'alcool alterando il sistema della gratificazione che evidentemente rappresenta un substrato comune per le due sostanze (Volkow et al., 2000): si possono immaginare le implicazioni pratiche di questa scarsa responsività all'alcool dei cocainomani, nel senso di una possibile maggiore induzione al bere.

Lo sviluppo di nuovi farmaci da utilizzare contro la cocaina non ha dato ancora i risultati sperati, anche se emergono strategie che possono rivelarsi una risposta per particolari condizioni e tipologie di pazienti.

La strada di un vaccino contro la cocaina che annulli la molecola con un sistema connesso a una risposta immunitaria è stata percorsa negli ultimi mesi, ma si tratta ancora di valutazioni sugli animali da esperimento (Kantak et al., 2000).

Altre segnalazioni riguardano il disulfiram, farmaco utilizzato come aversivante per l'alcool, che avrebbe la capacità di ridurre gli effetti della cocaina (Petrakis et al., 2000). La lamotrigina, inibitore del release dell'acido glutamico, è stata anch'essa sperimentata con successo nell'uomo, seppure in studi ancora iniziali

(Winther et al., 2000); questo introduce il tema del ruolo dei recettori NMDA e del possibile ruolo degli aminoacidi eccitatori nell'azione della cocaina.

La venlafaxina, antidepressivo ad ampio spettro, che coinvolge sia il sistema della serotonina che quello della noradrenalina, sarebbe efficace nel trattare la dipendenza da cocaina nei soggetti depressi (McDowell et al., 2000).

Studi su antagonisti NMDA sono in corso sia alla NIDA (Herman et al., unpublished data) che alla Columbia University (Foltin and Fischman, unpublished data).

Il panorama degli interventi psicosociali per la terapia della dipendenza da cocaina non si è arricchito in modo consistente negli ultimi tempi: rimangono validi gli interventi cognitivo-comportamentali e la terapia di gruppo o i gruppi self-help.

Sul piano comportamentistico l'impiego di sistemi di incentivi economici per scoraggiare l'uso di cocaina è stato recentemente pubblicato come metodo efficace (Higgins et al., 2000).

La valutazione degli effetti teratogeni della cocaina e soprattutto di teratologia comportamentale, non ha evidenziato elementi sicuramente dirimenti nell'uomo: l'interferenza di concause sociali, psichiatriche e connesse con le difficoltà e gli stress tipici della marginalità, spesso interferiscono sui disturbi dei bambini nati da madre cocainomane, in modo così intenso da rendere difficile l'attribuzione alla cocaina dei disturbi stessi (Potter et al., 2000; Vorhees et al., 2000); quando la cocaina sia assunta durante il terzo trimestre di gravidanza le conseguenze sul bambino sembrano non essere drammatiche.

Un aumento del rischio per le malattie sessualmente trasmesse e in particolare per l'HIV è confermato dagli ultimi studi nei soggetti che consumano cocaina, verosimilmente in relazione al senso di onnipotenza associato alla disinibizione che rende più frequente i rapporti sessuali non protetti (Hoffman et al., 2000).

Da ricordare infine l'attenzione per i processi della prevenzione, che ha dimostrato un ruolo importante nel ridurre l'assunzione della cocaina in una popolazione sottoposta a programmi di educazione alla salute (Grunbaum et al., 2000).

Alcool

La ricerca sull'alcool ha approfondito ulteriormente le conoscenze riguardo ai pattern psicobiologici che caratterizzano le tipologie degli alcoolisti: in particolare, due tipologie sembrano essere identificate a conferma di precedenti classificazioni, l'una connotata dalla propensione alla devianza e l'altra dalla ricerca del piacere e dello stimolo che l'alcool produce; le aspettative per gli effetti positivi dell'alcool sembrano connesse con quest'ultima tipologia e diviene evidente come queste caratteristiche necessitino di trattamenti fortemente differenziati (Finn et al., 2000).

Elementi riguardo alla genetica dell'alcoolismo si sono andati aggiungendo negli ultimi mesi alle conoscenze esistenti: anche un polimorfismo per il gene che codifica per l'alcool-deidrogenasi, l'enzima deputato al metabolismo dell'alcool, sembra costituire un altro elemento per comprendere la vulnerabilità per l'alcoolismo (Pastino et al., 2000).

Ancora geneticamente determinato il temperamento "novelty seeking", la ricerca di novità e sensazioni sempre al di fuori dell'ordinario e della quotidianità, che sarebbe strettamente associato con il rischio di sviluppare la dipendenza e l'abuso di alcool (Johnson and Cropsey, 2000; Liraud and Verdoux, 2000).

Anche nel 1999 le ricerche hanno puntato sulla comorbidità psichiatrica associata alla dipendenza da alcool, psicopatologie che verrebbero a complicare in modo notevole i problemi dell'alcoolista e che in gran parte preesistono all'abuso di sostanze.

In particolare è stata ribadita la comorbidità con il disturbo di personalità antisociale (Waldman and Slutske, 2000) e con i disturbi d'ansia (Kushner et al., 2000), questi ultimi facili a sostenere circoli viziosi tra sostanza e sintomi

psichici attraverso tentativi inefficaci di automedicazione con l'alcool.

L'associazione tra alcool e violenza sia all'interno della coppia (Coker et al., 2000), che nel caratterizzare i comportamenti trasgressivi degli adolescenti (Rossow et al., 1999), è stata ancora oggetto di studi, verificando una correlazione che potrebbe non essere del tutto sostenuta dagli effetti della sostanza, ma in parte dalla personalità dei consumatori.

I danni prodotti dall'alcolismo coinvolgono come è noto vari organi ed apparati: tra le acquisizioni pubblicate più di recente ritroviamo alcune interpretazioni riguardo alle cause della pancreatite acuta, così drammatica e così comune nell'alcoolista, che coinvolgerebbero il danno neurologico da alcool e il reflusso duodenale (McCutcheon, 2000). Altri studi confermano la capacità dell'abuso di alcool di indurre un deficit del funzionamento cognitivo negli adolescenti (Brown et al., 2000).

Sempre più frequente l'associazione di droghe illegali con l'abuso alcoolico, soprattutto per le nuove generazioni: motivi sociali o il tentativo di implementare ed estendere gli effetti gratificanti delle due sostanze sostengono l'abuso di alcool e cannabis insieme (Simons et al., 2000).

L'associazione di alcool e cocaina e l'impossibilità di alcuni consumatori a utilizzare la cocaina senza poter inibire gli effetti indesiderati della stessa con l'etanolo, consentono un notevole vantaggio terapeutico poiché bloccando l'assunzione di alcoolici di fatto si va a "minare" la relazione del paziente con la sostanza illegale (Magura and rosenblum, 2000).

E ancora i ricercatori suggeriscono come ulteriori studi debbano essere impostati al fine di comprendere i rapporti tra abuso alcoolico e fumo di metamfetamina (ice), associazione in particolare rilevata tra i più giovani e gli adolescenti (Furr et al., 2000).

Nuovi farmaci per il trattamento dell'alcolismo, proposti in precedenza, sono stati pienamente sperimentati durante il 1999: in particolare l'acamprosate, registrato qualche anno fa negli

Stati Uniti, è stato trovato efficace e anche vantaggioso sul piano della farmacoeconomia (Foster and McLellan, 1999), così come il naltrexone ha confermato la sua validità come anti-gratificante per l'alcool oltre che come antagonista per l'eroina (Fiellin et al., 2000).

Anche per l'alcool la ricerca farmacologica si è diretta recentemente verso i recettori NMDA, appunto i recettori degli aminoacidi eccitatori che tanta parte hanno sia nell'azione dell'alcool che nell'astinenza da alcool: gli antagonisti NMDA potrebbero essere utili nel trattamento dei sintomi d'astinenza e forse anche nella stabilizzazione dei disturbi affettivi degli alcoolisti (Bisaga and Popik, 2000).

Infine, trattamenti ambulatoriali di disassuefazione da alcool sono stati pubblicati di recente, con l'intento di proporre farmaci che non fossero a loro volta causa di dipendenza e di abuso; a questo proposito sono stati utilizzati la doxepina e la clonidina, farmaci che interferiscono soprattutto sul settore delle monoamine cerebrali, cioè dei neurotrasmettitori che sostengono l'ansia e l'agitazione durante l'astinenza (Soyka and Horak, 2000).

Anche per i soggetti in trattamento metadonico il problema dell'abuso di alcool, da più parti sottolineato, è stato recentemente segnalato come capace di indurre un grave deterioramento della salute dei pazienti (Rittmannsberger et al., 2000).

Uno studio longitudinale che ha seguito soggetti alcoolisti per decenni, seppure attuato su un piccolo campione, mostra come circa il 40% dei soggetti vada incontro a una remissione completa del disturbo in risposta a trattamenti disomogenei: tale dato deve dunque incoraggiare ad investire risorse umane ed economiche nel trattamento dell'alcolismo che, pur essendo considerato dall'OMS una malattia cronica e recidivante, presenta un esito favorevole in una notevole parte dei casi trattati (Ojesjo et al., 2000).

Cannabis

- Tanda G, Loddo P, Di Chiara G Dependence of mesolimbic dopamine transmission on delta9-tetrahydrocannabinol. *Eur J Pharmacol* 1999 Jul 2;376(1-2):23-6
- Welch SP, Eads M Synergistic interactions of endogenous opioids and cannabinoid systems. *Brain Res* 1999 Nov 27;848(1-2):183-90
- Manzanares J, Corchero J, Romero J, Fernandez-Ruiz JJ, Ramos JA, Fuentes JA Pharmacological and biochemical interactions between opioids and cannabinoids. *Trends Pharmacol Sci* 1999 Jul;20(7):287-94
- Ambrosio E, Martin S, Garcia-Lecumberri C, Crespo JA The neurobiology of cannabinoid dependence: sex differences and potential interactions between cannabinoid and opioid systems. *Life Sci* 1999;65(6-7):687-94
- Boys A, Marsden J, Griffiths P, Fountain J, Stillwell G, Strang J Substance use among young people: the relationship between perceived functions and intentions. *Addiction* 1999 Jul;94(7):1043-50
- Lewinsohn PM, Rohde P, Brown RA Level of current and past adolescent cigarette smoking as predictors of future substance use disorders in young adulthood. *Addiction* 1999 Jun;94(6):913-21
- Dalmau A, Bergman B, Brismar B Psychotic disorders among inpatients with abuse of cannabis, amphetamine and opiates. Do dopaminergic stimulants facilitate psychiatric illness? *Eur Psychiatry* 1999 Nov;14(7):366-71
- Leweke FM, Giuffrida A, Wurster U, Emrich HM, Piomelli D Elevated endogenous cannabinoids in schizophrenia. *Neuroreport* 1999 Jun 3;10(8):1665-9
- Hubbard JR, Franco SE, Onaivi ES Marijuana: medical implications. *Am Fam Physician* 1999 Dec;60(9):2583-8, 2593
- Grotenhermen F Some practice-relevant aspects of the pharmacokinetics of THC. *Forsch Komplementarmed* 1999 Oct;6 Suppl 3:37-9
- McDonald A, Duncan ND, Mitchell DI Alcohol, cannabis and cocaine usage in patients with trauma injuries. *West Indian Med J* 1999 Dec;48(4):200-2
- Walker A, Rosenberg M, Balaban-Gil K Neurodevelopmental and neurobehavioral sequelae of selected substances of abuse and psychiatric medications in utero. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1999 Oct;8(4):845-67
- Hollister LE An approach to the medical marijuana controversy. *Drug Alcohol Depend* 2000 Feb 1;58(1-2):3-7
- Pertwee RG Cannabis and cannabinoids: pharmacology and rationale for clinical use. *Forsch Komplementarmed* 1999 Oct;6 Suppl 3:12-5

Ecstasy

- Gerra G, Zaimovic A, Ferri M, Zambelli U, Timpano M, Neri E, Marzocchi GF, Delsignore R, Brambilla F Long-lasting effects of (+/-)3,4 methylenedioxymethamphetamine (ecstasy) on serotonin system function in humans. *Biol Psychiatry* 2000 Jan 15;47(2):127-36
- Ricaurte GA, McCann UD, Szabo Z, Scheffel U Toxicodynamics and long-term toxicity of the recreational drug, 3,4-methylenedioxymethamphetamine. *Toxicol Lett* 2000 Mar 15;112-113:143-6
- Bone Pina I, Ramos Gorostiza P, Villalba Yllan P, Valle Fernandez JPersisting and late onset psychotic disorder due to consumption of ecstasy. *Actas Esp Psiquiatr* 2000 Jan 1;28(1):61-65
- Gerra G., Zaimovic A., Rizzi O., Timpano M., Zambelli U., Ventimiglia C. Substance abuse among high-school students: relationship with social coping and temperament. In press *Bulletin of Narcotics*.
- Reneman L, Booij J, Schmand B, van den Brink W, Gunning B Memory disturbances in "Ecstasy" users are correlated with an altered brain serotonin neurotransmission. *Psychopharmacology (Berl)* 2000 Feb;148(3):322-4
- Morland J Toxicity of drug abuse - amphetamine designer drugs (ecstasy): mental effects and consequences of single dose use. *Toxicol Lett* 2000 Mar 15;112-113:147-52