

Editoriale

La legalizzazione della cannabis: tra irresponsabilità politica e deresponsabilizzazione degli psichiatri

Legalization of cannabis: between political irresponsibility and loss of responsibility of psychiatrists

GIUSEPPE BERSANI, ANGELA IANNITELLI

E-mail: giuseppe.bersani@uniroma1.it

Dipartimento di Scienze e Biotechnologie Medico-Chirurgiche, Facoltà di Farmacia e Medicina, Sapienza Università di Roma

SUMMARY. In Italy a political parliamentary majority, recognized by all the press as “cross party”, is going to approve the law that will legalize the use of cannabis. As diversified in different Countries, it is a phenomenon which affects substantially homogeneous many European nations, as well as several states of the USA and other Countries of the world. The authors, after listing the main harmful effects of cannabis, especially in young people, on cognitive functions and on the onset of several psychotic disorders, express the need for reflection by the mental health experts on a problem of extreme relevance and urgency care.

KEY WORDS: cannabinoids, psychosis, epidemiology, cannabis legalization.

In Italia, una maggioranza politica parlamentare, da tutta la stampa definita come “trasversale”, sta per approvare la legge che legalizzerà l’uso della cannabis. Anche se il testo della legge non è ancora definitivo, è molto verosimile che esso consentirà la detenzione personale di dosi di cannabis in quantità superiore a quella attualmente stabilita, la coltivazione in casa di un certo numero di piante, la creazione di “Cannabis Social Club”, l’autorizzazione alla vendita al dettaglio in negozi dedicati, con licenza dei Monopoli, etc. Per quanto diversificato nei vari Paesi, si tratta di un fenomeno che interessa in modo sostanzialmente omogeneo ormai molte Nazioni europee, oltre che molti Stati degli USA e altri Paesi del mondo. Le considerazioni al riguardo quindi devono essere estese a quella che è una tendenza palesemente in atto a livello internazionale e non limitate alla realtà italiana. A favore della legalizzazione dell’uso della cannabis in Italia è schierato un vastissimo fronte molto eterogeneo sul piano politico e culturale, dai “movimenti” storicamente antiproibizionisti ai moderni adepti all’etica del “politicamente corretto”, passando per una variegata galassia di sostenitori della medicina naturale (spesso gli stessi che aborriscono l’uso dei farmaci nella cura dei disturbi mentali...), di gruppi e individualità più o meno apertamente orientati su posizioni “antiscientifiche”, di medici, quasi sempre estranei al campo delle neuroscienze, che a fronte di aneddotiche esperienze sul possibile effetto terapeutico della cannabis su importanti sintomi o malattie somatiche (dolore, nausea, quadri neurologici di varia natura, etc.), ne sostengono comunque il libero impiego, al di fuori di qualunque studio clinico controllato sulla base di una rigorosa metodologia scientifica, come avviene per qualunque farmaco per cui venga previsto il possibile uso terapeutico. Per non parlare del mondo della

cosiddetta “informazione on line”, in cui siti, gruppi, dibattiti, forum e altro forniscono, sotto il comune denominatore del rifiuto della verifica scientifica, acceso sostegno a qualunque ipotesi di liberalizzazione, accompagnato a ogni tipo di accuse verso i rari sostenitori di diverse opinioni. Assunto di base comune di tali posizioni è quello della “innocuità” della cannabis, considerata non in grado di indurre dipendenza e libera da importanti o duraturi effetti a livello somatico o psichico, al di fuori di quelli volutamente ricercati dai suoi consumatori. Le voci, peraltro non molto numerose, di “esperti”, medici, psichiatri, farmacologi, tossicologi, etc., che sottolineano le possibili conseguenze somatiche e, soprattutto, psichiatriche dell’uso di cannabis e la gamma dei rischi associati alla sua liberalizzazione, appaiono per lo più comunque isolate, soverchiate dal coro dei sostenitori della mancanza di pericoli legata al suo uso, se non del suo effetto benefico, e della necessità storica, in nome della libertà di scelta, del rifiuto di divieti di origine moralistica e di adesione all’ideologia del “politically correct”, di liberalizzarne la diffusione. Incompetenza e superficialità da parte dei rappresentanti politici, quasi sempre più attenti alla ricerca del consenso che alla realtà obiettiva dei fatti e spesso purtroppo acriticamente sostenuti da una parte degli organi di stampa, concorrono nel presentare come necessaria e scevra di possibili conseguenze negative l’imminente decisione legislativa.

Eppure, la letteratura scientifica, per chi volesse obiettivamente documentarsi sull’argomento, è vastissima e assolutamente concorde nell’indicare rischi e conseguenze psichiatriche dell’assunzione di cannabis. Solo alcuni elementi fondamentali possono essere qui brevemente ricordati. La cannabis, cioè diverse preparazioni (marijuana, hashish, etc.) di parti della pianta di *Cannabis Sativa*, contiene una miscela di

molte e diverse sostanze psicoattive, i cosiddetti “cannabinoidi naturali”, dei quali il più noto e attivo è il Delta 9-THC, che interagiscono con i recettori cerebrali e periferici dei cosiddetti “endocannabinoidi”. Il sistema endocannabinoide modula a livello cerebrale l’attività di tutti i principali sistemi di neurotrasmissione, tra cui, forse principalmente, quello dopaminergico, le cui alterazioni rappresentano un elemento centrale nei disturbi psicotici, nei disturbi dell’umore, nelle alterazioni delle condotte istintuali, nell’apprendimento e nella cognitività in senso generale.

L’interazione dei cannabinoidi naturali esogeni, quali quelli della cannabis, con i recettori del sistema endocannabinoide comporta una serie complessa di alterazioni della normale fisiologia cerebrale, come anche, nell’età dell’organizzazione e della maturazione del cervello, delle deviazioni del normale neurosviluppo, con conseguenze praticamente non recuperabili nelle fasi successive di questo. Se si considera il fenomeno dell’anticipo nettissimo dell’età di inizio di assunzione di cannabis, oggi assai frequente nella prima adolescenza, in un’epoca in cui il cervello è ancora in una fase maturativa ben lontana dal suo completamento, che avviene oltre l’età di 20 anni, risulta evidente la gravità del rischio connesso a tale assunzione, come anche la gravità della sua sottovalutazione¹.

Sul piano clinico, sono ampiamente descritte ormai da diversi anni^{2,3} diverse manifestazioni psichiatriche potenzialmente secondarie all’uso continuativo di cannabis. Tra queste, l’induzione di disturbi psicotici clinicamente non distinguibili dalla schizofrenia e spesso persistenti sotto tale forma anche dopo l’eventuale sospensione dell’assunzione⁴, l’induzione di alterazioni affettive ad andamento bipolare, anche queste spesso, una volta slatentizzate, in grado di mantenere un successivo decorso autonomo⁵, quadri affettivi a sfondo depressivo e decorso cronico, con prevalenza di sintomatologia mista affettiva e negativa, spesso associata a difficoltà cognitive, configuranti il quadro della cosiddetta “sindrome amotivazionale”^{6,7}. La “doppia diagnosi”, cioè la coesistenza di diagnosi di disturbo mentale e di disturbo di assunzione di sostanze, è oggi forse altrettanto frequente della diagnosi di singoli disturbi mentali maggiori e costituisce un fattore spesso insormontabile di resistenza ai trattamenti farmacologici^{8,9}.

Ma è il danno a livello cognitivo quello che appare essere l’elemento più caratterizzante le conseguenze dell’uso di cannabinoidi, con deficit della memoria nelle sue varie forme, della concentrazione, dell’apprendimento. Le difficoltà di studio, o l’interruzione degli studi, di moltissimi giovani consumatori devono essere considerati conseguenza di tale deficit, associato al calo di motivazione e interesse connesso alle conseguenze affettive dell’uso della sostanza¹⁰. L’ipotesi contraria, fortemente proposta dai sostenitori dell’innocuità della cannabis, cioè quella della “automedicazione”, ovvero dell’uso della sostanza allo scopo di mitigare preesistenti forme di sofferenza emotiva, non ha mai ricevuto alcun riscontro sperimentale, anche se è evidente che un effetto patogeno di una sostanza non può che essere più marcato in soggetti già affetti da forme, anche subsindromiche, di sofferenza psicologica.

In termini statistici solo esemplificativi, in una review viene riportato il dato che l’attuale popolazione generale di pazienti schizofrenici sarebbe minore dell’8% in assenza di uso di cannabis³. In Olanda è stato riscontrato un anticipo di 1,8

anni nell’età di esordio della schizofrenia in soggetti assuntori rispetto a non assuntori¹¹. Una recente indagine ha evidenziato come in età adulta gli individui che avevano assunto cannabis in età adolescenziale precoce, con successiva interruzione, presentavano una differenza di 8 punti in meno di QI rispetto ai coetanei non consumatori¹⁰.

La letteratura epidemiologica che lega l’assunzione di cannabinoidi – con particolare riguardo all’età precoce, al dosaggio giornaliero e alla continuità di questa – a conseguenze di natura psichiatrica è vastissima e, fatte salve le necessarie variabilità di natura clinica, assolutamente univoca. Alterazioni obiettive di neuroimaging cerebrale, sia strutturale che funzionale, supportano tali dati, sia pure con la variabilità inevitabilmente associata all’eterogeneità stessa delle situazioni cliniche^{12,13}.

Davanti a questa evidenza, le voci dei competenti, cioè degli esperti della salute mentale, psichiatri, neurologi, neuropsichiatri infantili, psicologi, etc., sono isolate, spesso fievoli, quando anche non discordanti, comunque assolutamente minoritarie rispetto a quelle di chi propone soluzioni destinate, di fatto anche se non nelle intenzioni, a rendere più facile l’uso di cannabis, con il naturale incremento delle sue possibili conseguenze. Forse esautorate da richieste di parere dagli organi politici, deresponsabilizzate, le associazioni scientifiche tacciono o non riescono comunque a fare sentire la loro voce come la situazione richiederebbe. Come in altre situazioni che comportino implicazioni anche di natura etica, oltre che di competenza clinica e scientifica, si assiste al fenomeno del silenzio della Psichiatria. È evidente che sarebbe invece di assoluta necessità l’approfondimento del dibattito, anche con le necessarie discordanze di opinioni e con la discussione, o confutazione, di obiezioni la cui fondatezza appare per lo meno opinabile.

Tra queste, sostenuta da moltissime voci, quella che giustifica, o ritiene necessaria la liberalizzazione della cannabis, in quanto sono già in libero commercio altre sostanze tossiche di amplissimo uso, quali alcol e tabacco. “E allora l’alcol...?” è l’acritica formula di rito dei sostenitori di un “relativismo tossicologico” che non si pone il problema delle conseguenze negative dell’uso di un nuovo “veleno”, solo in rapporto alla preesistente diffusione di altri, peraltro totalmente diversi, anche se non meno lesivi nei loro effetti tossici e nelle loro conseguenze mediche e sociali, oltre che mentali.

Ma il tema dell’alcol introduce all’altra comunissima convinzione dell’assenza di rischio di dipendenza da cannabis. L’evidenza clinica è semplicemente opposta e clinicamente complessa. L’assenza di specifici segni di astinenza somatica non corrisponde all’assenza di assuefazione psicologica all’uso della sostanza, del quale la cronicità rappresenta la caratteristica certamente più frequente se non esattamente costante.

La negazione dell’affermazione che l’uso di cannabinoidi “apre le porte” all’uso di altre sostanze è corretta se riferita alla tossicodipendenza “per definizione”, quella da eroina o altri oppiacei, ma è del tutto erronea nel caso di altre sostanze d’abuso, quali l’alcol, appunto, la cui diffusione tra soggetti di età sempre più giovanile va di pari passo con quella dei cannabinoidi e, soprattutto, con la cocaina¹⁴. Il frequentissimo uso di cocaina tra i consumatori cronici di cannabis, che rappresenta spesso inizialmente il tentativo di contrastare la stessa sindrome amotivazionale indotta dalla sostanza ma assume nel tempo i caratteri di una seconda, associata, forma

La legalizzazione della cannabis: tra irresponsabilità politica e deresponsabilizzazione degli psichiatri

di dipendenza e di ulteriore fattore di induzione di disturbi mentali, è esemplificativo del rischio di allargamento o di facilitazione dell'uso di altre sostanze psicoattive. Tra queste, i derivati anfetaminici, la MDMA, il mondo complesso e oscuro delle novel psychoactive substances (NPS), tra cui, in primo luogo, i cannabinoidi sintetici, sostanze in grado di ripetere, con modalità ancora più accentuate e gravi, effetti psicotropi e conseguenze psichiatriche dei cannabinoidi naturali. La "spiceophrenia", quadro clinico schizofrenico cronico indotto da "spice", una delle tante sostanze di questa classe, rappresenta solo un esempio dei rischi connessi al loro uso, nella quasi totalità dei casi preceduto o associato all'assunzione di cannabis.

Il disegno di legge prevede, ovviamente, l'esclusione dei minori da ogni forma di accesso alla cannabis. Ma proprio la realtà obiettiva dell'enorme diffusione dell'uso di alcolici tra i minorenni, in presenza di leggi che ne vietano a loro la vendita, dimostra quanto insufficiente possa essere il controllo di tale norma, in un contesto attuale in cui la diffusione della sostanza tra i minori è già di amplissima e, soprattutto, di crescente diffusione. Aggirare il divieto di procurarsi alcolici già è oggi per un minorenne più facile che aggirare il divieto di attraversare la strada al di fuori delle strisce pedonali. Quale enorme superficialità, o ipocrisia, può far pensare ai nostri prossimi legislatori che le cose andrebbero diversamente rispetto al divieto di accesso alla cannabis?

Il fronte dei liberalizzatori è potentemente supportato dai sostenitori dell'"uso terapeutico" della cannabis, cioè del suo impiego nel trattamento di condizioni somatiche anche gravi o altrimenti incurabili, quali dolore oncologico, nausea da chemioterapia, malattie neurodegenerative ed altre. È di evidenza semplicemente ovvia come tali proprietà debbano essere approfondite e, se confermate, utilizzate clinicamente nel modo più ampio possibile. Ma altrettanto ovvio è che questo deve avvenire in un contesto e secondo modalità sperimentali obiettive, in studi controllati che prendano in esame non l'effetto dello "spinello", associazione non verificabile di decine di sostanze attive, ma le proprietà e gli effetti di ognuna di queste, Delta9-THC, cannabidiolo, cannabinolo e altre, attive su diverse popolazioni di recettori per gli endocannabinoidi e dotate di effetti non sovrapponibili e spesso anche contrastanti tra di loro. Nessuno dei farmaci oggi in commercio nel mondo è sfuggito a questa preliminare procedura di verifica obiettiva della propria azione e nessun motivo logico o scientifico sussiste perché questo non debba avvenire per i cannabinoidi, la cui potenza di azione, patogena oltre che potenzialmente terapeutica, è evidentemente altissima. Al di fuori di questo contesto, si apre il mondo dell'effetto aneddottico, del pregiudizio antiscientifico o antifarmaceutico, che evidentemente niente ha a che fare con la conoscenza obiettiva del fenomeno e, soprattutto, in termini etici, con le primarie esigenze dei soggetti malati potenziali fruitori di nuovi strumenti terapeutici.

Un'obiezione, politica prima che clinica, è che la legalizzazione faciliterà il controllo della diffusione della cannabis, contrasterà la criminalità organizzata e, in definitiva, si prefiggerà di ridurre in generale l'uso di cannabinoidi. Senza entrare nello specifico campo politico, che non compete queste osservazioni, è comunque corretto chiedersi se è verosimile che la messa a disposizione di una sostanza già di amplissima e, praticamente anche se non legalmente, libera diffusione possa contribuire alla riduzione del suo uso, o non sia piuttosto

ben più probabile, o inevitabile, il contrario. A meno che il fondamento ispiratore della legge non sia quello, non detto, del "modello metadone", che si è prefisso il controllo sociale degli eroinomani prima della cura della loro tossicodipendenza, di fatto segregandoli a vita nel ghetto del circuito SerT/metadone.

La vendita controllata di cannabis sarà, secondo il disegno di legge, sotto il controllo dei Monopoli, e questo comporterà per lo Stato un introito economico importante. Con un cinismo che sarebbe grottesco se non fosse tragico, la legge prevede che il 5% di tali introiti siano destinati "alla lotta alla droga...". È indubbio che la legalizzazione della cannabis comporterà una riduzione dei costi legati al contrasto della sua diffusione, che peraltro avviene sempre in canali di vendita in cui i cannabinoidi sono associati ad altre sostanze ancora illegali, con una reale riduzione dei costi, quindi molto minore di quanto sostenuto. Ma è eticamente accettabile abbassare la guardia davanti alla diffusione di una sostanza tossica solo per ridurre i costi legati al suo contrasto? E, cinismo per cinismo, hanno pensato i prossimi legislatori ai costi economici e sociali del trattamento farmacologico, assistenziale, riabilitativo a vita dell'8% dei pazienti schizofrenici in più secondari all'uso di cannabis, il cui numero non potrà verosimilmente che aumentare? Hanno pensato ai costi sociali dell'allargamento di una fascia di popolazione, oggi ancora giovanile, destinata negli anni al rischio di non raggiungere adeguati livelli lavorativi, di inserimento sociale, di produttività?

In conclusione di queste brevi riflessioni, tra una scelta politica imminente forse non del tutto ben ponderata e responsabile e la deresponsabilizzazione e il silenzio di chi avrebbe la competenza per mettere in guardia contro le praticamente inevitabili conseguenze di tale scelta, una considerazione clinica ed etica. Se è indubbio che sia il deficit cognitivo l'effetto più significativo e, purtroppo, stabile dell'assunzione, in qualunque età ma soprattutto in quella giovanile, di cannabis, una previsione obiettiva può essere quella dello sviluppo in corso di nuove stratificazioni delle popolazioni. Pur considerando la complessità e variabilità dei fattori coinvolti, i dati epidemiologici avvertono circa il rischio di formazione di diverse nuove "classi" sociali, stratificate in rapporto allo sviluppo cognitivo e agli effetti su di questo dell'uso precoce di cannabis. In una società che tende finalmente a eliminare ogni differenziazione legata a censo, razza, genere, etc., il rischio reale di avere in futuro una nuova divisione, tra soggetti consumatori o non consumatori di cannabis in età giovanile, è meno infondato di quanto possa apparire e potrebbe criticamente condurre a scenari oggi ancora non chiaramente prevedibili nella loro potenziale drammaticità. Sarà questo un risultato politicamente corretto?

BIBLIOGRAFIA

1. Lubman DI, Cheetham A, Yücel M. Cannabis and adolescent brain development. *Pharmacol Ther* 2015; 148: 1-16.
2. Dekker N, Meijer J, Koeter M, et al.; GROUP Investigators. Age at onset of non-affective psychosis in relation to cannabis use, other drug use and gender. *Psychol Med* 2012; 42: 1903-11.
3. Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 110-7.
4. Di Forti M, Marconi A, Carra E, et al. Proportion of patients in

Bersani G, Iannitelli A

- south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study. *Lancet Psychiatry* 2015; on line, 2: 1-6.
5. Feingold D, Weiser M, Rehm J, Shaul L-R. The association between cannabis use and mood disorders: a longitudinal study. *J Affect Disord* 2015; 172: 211-8.
 6. Rovai L, Maremmani AGI, Pacini M, et al. Negative dimension in psychiatry. Amotivational syndrome as a paradigm of negative symptoms in substance abuse. *Riv Psichiatr* 2013; 48: 1-9.
 7. Bersani G, Bersani FS, Caroti E, et al. Negative symptoms as key features of depression among cannabis users: a preliminary report. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2015, in press.
 8. Bersani G, Orlandi V, Kotzalidis GD, Pancheri P. Cannabis and schizophrenia: impact on onset, course, psychopathology and outcomes. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002; 252: 86-92.
 9. Iannitelli A, Castra R, Antenucci M. Doppia diagnosi o comorbidità? Definizioni e osservazioni cliniche. *Ann Ist Sup Sanità* 2002; 38: 233-9.
 10. Meier MH, Caspi A, Ambler A, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2012; 2: 109: E2657-64.
 11. Stepniak B, Papiol S, Hammer C, et al. Accumulated environmental risk determining age at schizophrenia onset: a deep phenotyping-based study. *Lancet Psychiatry* 2014; 1: 444-53.
 12. Cousijn J, Wiers RW, Ridderinkhof KR, van den Brink W, Velthuis DJ, Goudriaan AE. Grey matter alterations associated with cannabis use: results of a VBM study in heavy cannabis users and healthy controls. *Neuroimage* 2012; 59: 3845-51.
 13. Sneider JT, Mashhoon Y, Silveri MM. A Review of magnetic resonance spectroscopy studies in marijuana using adolescents and adults. *Addict Res Ther* 2013; Suppl 4. pii: 010.
 14. Gratteri N, Nicaso A. Oro bianco. Milano: Mondadori, 2015.