

“Ma cosa vuoi che sia una canna prima di guidare?” Pregiudizi e questioni aperte circa gli effetti disturbanti della cannabis sulla prestazione di guida

Fulvio Fantozzi

Introduzione

Circa un anno fa l'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (EMCDDA) di Lisbona ha pubblicato un documento dal titolo “Cannabis e guida, domande e risposte per i decisori politici” [1]. Questo documento contribuisce a una riflessione seria e aggiornata sugli effetti del principio attivo della cannabis, il tetraidrocannabinolo (THC), in particolare sulla capacità di guida. In Italia non ci risulta sia disponibile un documento ufficiale di spessore e utilità paragonabile a quanto scritto dall'EMCDDA.

Questo breve commentario nasce dall'esperienza di un medico addittologo della vecchia guardia, ex-Ser.T., pionieristicamente impegnato, come tale, nella Commissione Medica Locale di Modena in veste di alcolologo e successivamente, da libero professionista, coinvolto in analoghe trincee valutative in qualche modo afferenti alla Medicina del Traffico, come medico legale di parte in contenziosi penali ex-art. 187 del C.d.S. (Codice della Strada): *guida in stato di alterazione psichica da sostanze stupefacenti e psicotrope*. Nella pratica di tutti i giorni, è capitato di incontrare una moltitudine di genitori più o meno preoccupati e poi insegnanti, datori di lavoro dubbiosi, ragazzi dediti alla cannabis, i quali spesso ripetono il solito grottesco ritornello: “ma dottore come faccio a smettere di fumare le canne? Le fumano tutti quelli della mia età!”. E che poi, mettendosi in trattamento, cominciano a capire la tendenziosità e la falsità di tali ritornelli così come di

altre espressioni permissive, una tra tutte: “cosa vuoi che sia una canna!?”.

Il messaggio del documento

Molti di noi, nella propria pratica clinica, hanno percepito che, per la salute in generale e per la guida dei veicoli in particolare, le sostanze psicoattive assunte attraverso il fumo non sono meno dannose e inabilitanti delle droghe illegali iniettate (eroina e cocaina), inalate come polveri (cocaina) o ingerite come pasticche (metamfetamine e nuove sostanze psicoattive). L'esperienza professionale insegna che quando si ragiona sul binomio guida e sostanze psicoattive, le classificazioni propagandate dai decisori politici, fautori di norme, o dai

mass media, spesso erogatori di *fake news* scientifiche, e basate sulla distinzione tra “droghe leggere” e “droghe pesanti”, sono irrazionali e controproducenti in quanto l'attributo leggero o pesante dovrebbe essere contestualizzato! Ovvero, non esistono droghe leggere o pesanti *tout court*, poiché tutto dipende dal parametro che si intende oggettivare. Per il codice penale il THC è “leggero” rispetto a cocaina ed eroina, all'*hooking*, ossia la capacità di uncinare il consumatore abituale e renderlo fisicamente dipendente, e alle condotte violente criminose; ma il THC è invece “pesante”, quanto e probabilmente più dell'alcool, allorché il parametro considerato riguarda la sicurezza alla guida di chi lo assume (Figura 1).

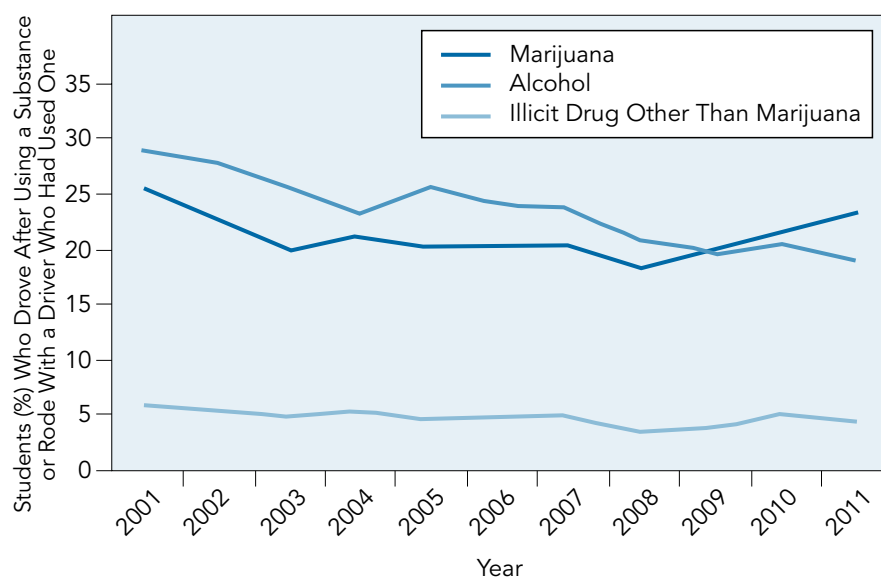


Figura 1 Percentuale di giovani studenti che hanno guidato sotto l'effetto di sostanze (cannabis, alcool, droghe illegali oltre alla cannabis) o hanno viaggiato con un conducente che ne aveva fatto uso.

Punti da considerare

I punti da ponderare del documento EMCDDA in esame sono, a mio avviso, i seguenti:

1. L'uso ricreativo di cannabis è un tema importante per la guida anche e soprattutto negli Stati che lo hanno legalizzato/regolamentato di recente (vedi Canada). Innanzitutto, in tali Paesi, le leggi concernenti la guida dopo avere fumato spinelli dovrebbero essere equiparate il più possibile a quelle inerenti il connubio alcool e guida. Dunque, dovrebbe essere vigente non più il divieto di avere liquidi biologici THC-positivi *tout court* (ottica qualitativa), ma piuttosto il divieto di avere nei liquidi biologici una concentrazione di THC superiore a una determinata soglia (ottica quantitativa). Inoltre, sul piano politico/sanitario dovrebbe essere studiato l'impatto dell'allargamento del bacino di utenza del THC da parte soprattutto di popolazioni giovanili, che si accosterebbero alla cannabis stante la caduta del divieto legale: se aumenta il numero di persone che consumano cannabis, quanto e come aumenterà il numero di conducenti che guideranno sotto effetto di THC? La questione deve essere ancora dibattuta, perché finora le ricerche hanno dato risultati contrastanti: la legalizzazione dell'uso ricreativo di cannabis in nove Stati degli U.S.A. ha causato o non ha causato la lievitazione del fenomeno della guida sotto effetto di THC? A tale proposito si dovrebbe tenere presente, infatti, il *bias* secondo cui il maggior numero di conducenti trovati sotto effetto può essere il mero risultato di un maggior numero di test effettuati dalla polizia immediatamente dopo la legalizzazione per un comprensibile fenomeno di iperattenzione alla problematica [3].
2. La portata dell'effetto sulla guida dell'uso di cannabis è difficile da analizzare e comparare nei diversi Paesi europei per via di differenti metodologie di studio utilizzate.
3. Studi basati sul *self-report* o im-

postati, invece, su analisi di campioni biologici prelevati "sul campo" o meglio "sulla strada" possono portare a risultati diversi nello stesso campione esaminato e le variazioni dei criteri adottati in studi metodologicamente irreprensibili divengono dirimenti. Ad esempio la scelta del *cut-off* usato nei vari laboratori per refertare come THC positivo un test su di una matrice biologica è intuitivo che possa risultare dirimente, con inevitabile stravolgimento del risultato dello studio a causa della sovrastima (se fisso un *cut-off* bassissimo) o sottostima (se lo fisso invece alto) del dato della prevalenza dei conducenti THC positivi nel campione esaminato!

4. Innumerevoli fattori rendono il consumo di cannabis più o meno pericoloso per la guida: ad esempio inalazione *versus* ingestione di prodotti contenenti THC (preparazioni fumabili *versus* preparazioni edibili), abitudine o occasionalità dell'uso e, ancora, "monouso" *versus* uso concomitante di altre sostanze psicoattive, alcool soprattutto.

5. Quello che è ormai assodato, anche nella giurisprudenza dei vari Stati, è che la presenza del THC in un liquido biologico, specie nelle urine, prelevato subito dopo un incidente stradale, non significa *sic et simpliciter* che il conducente al momento dell'incidente fosse in stato di alterazione psichica da THC, ma solo che aveva fatto uso di cannabis prima dell'incidente. E questo vale anche per la matrice biologica del sangue. In Italia invece trovare THC nel sangue a concentrazioni superiori a quella coincidente col *cut-off* fissato dai laboratori analisi legalmente accreditati significa automaticamente e inderogabilmente comprovare lo stato di alterazione psichica ex-art. 187 del Codice della Strada (C.d.S.). In concreto, la rilevazione nel sangue di THC, ma a concentrazioni basse, non è detto che comprovi l'assunzione recente di cannabis, ma potrebbe costituire la semplice prova di un consumo progressivo, ma

non recente da parte di un consumatore abituale.

6. Le metanalisi degli studi epidemiologici, fino al 2017, attestano un incremento del rischio di incidente stradale dovuto a THC di 1,5-2 volte; laddove, invece, un conducente non fumatore di cannabis, ma che abbia bevuto prima di guidare e abbia un tasso alcolemico attorno a un grammo di alcool per litro di sangue rischia da 5 a 30 volte di più di avere un incidente rispetto a chi non ha bevuto [4]. Vi sono però critiche su questo specifico dato, nel senso che potrebbe esservi una sottostima della positività per THC del campione di sangue nei vari studi sul campo, sottostima derivata dall'intervallo di tempo spesso troppo lungo tra incidente e prelievo di sangue, da 1 a 3 ore spesso, intervallo che favorirebbe la negativizzazione del campione stesso.

7. La pratica dell'ingestione di prodotti a base di cannabis, poco diffusa in Italia, e quella del *dabbing* ossia il fumare cannabis ad alta concentrazione di THC (65-75%) invalsa negli U.S.A., ma di non improbabile imminente ingresso negli scenari europei e italiani o viceversa a bassa concentrazione di THC (la cosiddetta "*cannabis light*") introducono elementi di ulteriore complessità, così come la potenziale fruibilità di cannabinoidi sintetici noti come *Spice* e *Skunk*. Non esistono studi definitivi sulla entità della maggior pericolosità del *dabbing* e al contrario circa la putativa sicurezza per la guida del consumo di *cannabis light*.

8. In alcuni Stati extra-europei, come gli U.S.A. e il Canada, vi sono procedure codificate piuttosto sensibili e precise, alternative rispetto al più comodo e immediato test tossicologico su saliva, in grado di consentire agli operatori non sanitari di accertare lo stato di stupefazione da THC alla guida, come il *Drug Evaluation and Classification* (DEC) [5] che però richiede 1 ora di tempo ogni volta e il previo addestramento delle forze di polizia.

9. Il test su saliva per THC identifica

conducenti che sono solo potenzialmente sotto effetto di THC. Se il test è positivo, si dovrebbe procedere subito con un test su sangue perché il test su saliva è di solo *screening* e ammette una quota apprezzabile di false positività. Qui la questione della soglia (*cut-off*), al di sopra della quale considerare il test su sangue per il THC positivo, è decisiva. In molti Paesi il *cut-off* legale è stato fissato tra 1% e 2%; in Olanda e Norvegia, per esempio, si è optato per graduare la punizione a seconda del valore di concentrazione rilevato e in alcuni Stati degli U.S.A., in cui la cannabis ricreazionale è legale, "l'asticella" è stata alzata addirittura al 5%. Se il *cut-off* è 1 ng/ml, la quota di conducenti considerati positiva è quasi 3 volte maggiore di quella referata come positiva con *cut-off* di 3 ng/ml. D'altra parte una menomazione significativa in termini di capacità di guida è stata dimostrata solo per concentrazioni di THC tra il 2% e il 5% [6].

10. Nel caso di uso abituale di cannabis basse concentrazioni di THC possono essere svelate nel sangue ben dopo che qualsiasi effetto inabilitante sulla guida è scomparso, per cui davvero utilizzare *cut-off*

prossimi all'1% diverrebbe eccessivamente penalizzante.

11. Di converso, a favore di chiunque abbia fumato cannabis e poi guidato sta l'intervallo di tempo tra test su saliva positivo e test su sangue come si è visto anche di 2-3 ore: più il tempo passa più la probabilità di trovare THC nel sangue diminuisce e quindi aumenta la possibilità di farla franca.

12. Vi è grande confusione, specialmente tra i giovani conducenti, circa il rischio di incidente stradale mentre si è sotto l'effetto di THC. Nello specifico, si tende a credere che nel mettersi alla guida uno spinello faccia meno male di una birra e si confonde, pertanto, il minor rischio percepito rispetto all'alcool con il rischio zero: le due cose non coincidono in quanto rischio minore non vuol dire rischio zero! Altre convinzioni erronee, che inducono chi fuma spinelli a guidare con maggiore disinvoltura rispetto a chi beve alcool, sono legate all'idea che sotto l'effetto di THC vi sia minor voglia di prendersi rischi e sia più difficile essere scoperti.

13. Vi è il timore secondo cui la reazione a un giro di vite su THC e guida potrebbe portare a nuovi scenari con l'abitudine compensa-

tiva a consumare cannabinoidi sintetici, non rinvenibili con i comuni test di *screening* su urine e saliva; su questo tema vi è molta preoccupazione e sono in corso di allestimento nuovi *kit* in grado di individuare tali droghe di sintesi nei fluidi biologici dei conducenti fermati per sospetta stupefazione alla guida.

14. È in ugual modo emergente il delicato tema di come valutare le persone in cura per patologie ove il THC sia considerato terapeutico e quindi legalmente prescritto in sede medica: qui il concetto, già precedentemente sottolineato, che basse e persistenti concentrazioni ematiche di THC sono del tutto sganciate da effetti disturbanti sulla guida nell'assuntore abituale pare essere particolarmente in primo piano. Si ritiene, infatti, che si debbano applicare le stesse cautele previste per la collettività (ma anche le stesse garanzie a tutela dell'autonomia personale di chi si sta curando e che desidera condurre una vita normale) nei casi in cui i conducenti assumano analgesici oppioidi oppure oppioidi sostitutivi dell'eroina come terapia di mantenimento e nei casi in cui i soggetti, sotto particolari condizioni, possano vedersi riconoscere l'idoneità alla guida ancorché per brevi periodi di tempo.

15. Si stanno alacremenente studiando nuove procedure per eliminare alcune problematiche come quella, effettivamente cruciale, dell'intervallo di tempo eccessivo che intercorre tra test di *screening* eseguito "sulla strada" e successivo test su sangue di cui al punto 5. In questo caso, basterebbe fare un test, ovviamente sufficientemente affidabile e preciso, su una goccia di sangue prelevata mediante digipuntura "sulla strada" oppure, per usare un metodo meno invasivo, ricercare il THC nel sudore rinvenibile nelle impronte digitali o ancora nell'aria espirata. Tutte queste metodiche sono però ancora sperimentali, per quanto promettenti.



Annotazioni prospettive e legittime preoccupazioni degli Stati "legalizzatori"

Il documento dell'EMCDDA si conclude con l'auspicio che vi sia presto un cambiamento nella popolazione generale circa l'accettabilità del guidare dopo avere fumato cannabis.

A tale proposito è suggestivo osservare cosa succede in Colorado, Stato degli U.S.A., che ha visto la legalizzazione del fumo di cannabis a scopo ricreativo: quando si tratta di guida sicura "nessun conducente può giudicare quanto il THC lo stia rendendo in quel momento inidoneo alla guida". E inoltre la normativa canadese più recente sancisce che: "qualsiasi quantità di marijuana (nonché hashish, dabbing e preparazioni edibili, N.d.A.) ti mette a rischio di guida pericolosa" (sito

web istituzionale canadese, Dipartimento dei Trasporti).

Lo stesso sito web riporta: "detenere marijuana in un contenitore aperto oppure chiuso, ma non debitamente sigillato/chiuso a chiave all'interno dell'abitacolo di un veicolo oppure il comprovato consumo di marijuana all'interno dell'abitacolo di un veicolo sono condotte illegali. È pure illegale consumare marijuana su qualsiasi pubblica via".

Cannabis light e capacità di guida

In estrema sintesi, la ricerca relativa a se e quanto fumare spinelli, con contenuto di THC inferiore allo 0,2%, possa positivizzare le urine dell'assuntore per il THC è ancora in corso. Osservazioni soprattutto svizzere [7,8] effettuate però su cannabis "meno light" di quella diffusa in Italia in quanto avente con-

centrazioni di THC attorno all'1%, dovrebbero indurre a preoccupazione in quanto livelli di THC sono stati misurati sia nelle urine sia, cosa ben più importante, nel sangue dopo inalazione di cannabis fumata. Il rischio pertanto di enormi problemi di sicurezza alla guida e sul lavoro e di parallele e giustificate grane a livello legale anche per i consumatori italiani di "cannabis light" è consistente. Come dire: la cannabis leggera non dovrebbe essere presa troppo alla leggera quando si tratta di guida sicura.

[Tabaccologia 2019; 2:17-20]

Fulvio Fantozzi

Medico Addittologo,
Libero Professionista, Reggio Emilia
✉ flu_fantibus@libero.it

► *Disclosure: l'autore dichiara l'assenza di conflitto d'interessi.*

Bibliografia

1. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Canadian Centre on Substance Use and Addiction (CCSA). Cannabis and driving: questions and answers for policymaking. Luxembourg: Publications Office of the European Union 2018.
2. O'Malley PM, Johnston LD. Driving after drug or alcohol use by US high school seniors, 2001-2011. *Am J Public Health* 2013;103:2027-34.
3. Davis G. "Colorado policy", Third international symposium on drug-impaired driving, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 23 October 2017.
4. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Thematic Papers. http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/druid_en [Accessed 1 October 2017].
5. Beirness D, Porath AJ. Clearing the smoke on cannabis: cannabis use and driving — an update, Canadian Centre on Substance Use and Addiction. <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Cannabis-Use-Driving-Report-2017-en.pdf> [Accessed 1 October 2017].
6. Ramaekers JG, Moeller MR, van Ruitenbeek P, Theunissen EL, Schneider E, Kauert G. Cognition and motor control as a function of Delta9-THC concentration in serum and oral fluid: limits of impairment. *Drug Alcohol Depend* 2006;85: 114-22.
7. Hädener M, Gelmi TJ, Martin-Fabritius M, et al. Cannabinoid concentrations in confiscated cannabis samples and in whole blood and urine after smoking CBD-rich cannabis as a "tobacco substitute". *Int J Legal Med* 2019;133:821-32.
8. Meier U, Dussy F, Scheurer E, Mercer-Chalmers-Bender K, Hangartner S. Cannabinoid concentrations in blood and urine after smoking cannabidiol joints. *Forensic Sci Int* 2018;291: 62-7.