



emcdda.europa.eu

Cocaine and 'base/crack' cocaine

EMCDDA 2001 selected issue

In EMCDDA 2001 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union

Questioni specifiche

Questo capitolo illustra tre questioni specifiche riguardanti il problema della droga in Europa: cocaina e cocaina «base/crack», malattie infettive e droghe sintetiche.

Cocaina e cocaina «base/crack»

Nell'UE aumenta la preoccupazione per il crescente consumo di cocaina, anche se le reali tendenze del consumo di cocaina e le relative conseguenze sono difficili da verificare. In primo luogo, ad esempio, i dati nazionali provenienti da indagini o centri terapeutici non riflettono le variazioni intervenute nella prevalenza ed i problemi che si presentano a macchia di leopardo all'interno di determinate città, oppure i cambiamenti che si concentrano in particolari ambienti sociali. In secondo luogo, le informazioni correnti in merito alla cocaina mancano spesso di definizioni chiare, scientifiche: per esempio, i sistemi di informazione fanno raramente la distinzione tra la cocaina «base/crack» ed il cloridrato di cocaina, oppure tra le diverse modalità di preparazione della cocaina «base/crack». Queste diverse forme di cocaina hanno diverse specificità di mercato, diversi modelli di consumo e contribuiscono all'insorgenza di problemi diversi, i quali tutti devono essere compresi affinché le politiche siano efficaci e vengano date risposte che portino ad una riduzione della domanda.

Prevalenza, modelli e problemi

Prevalenza

Né le indagini tra la popolazione, né le indagini condotte nelle scuole rivelano un generale incremento nel livello dei consumi di cocaina nell'UE. Soltanto nel Regno Unito è stato confermato l'aumento della prevalenza del consumo una tantum di cocaina tra i giovani di età compresa tra i 16 ed i 29 anni. Il punto focale nazionale italiano segnala che da una serie di fonti emerge che in Italia il consumo di cocaina viene al secondo posto, dopo la cannabis e prima del consumo di anfetamine od ecstasy.

Da un'indagine europea condotta nel 1999 nelle scuole, emerge che il consumo sperimentale di cocaina (prevalenza una tantum) tra gli studenti di 15-16 anni rimane basso e che è molto più basso del consumo di cannabis.

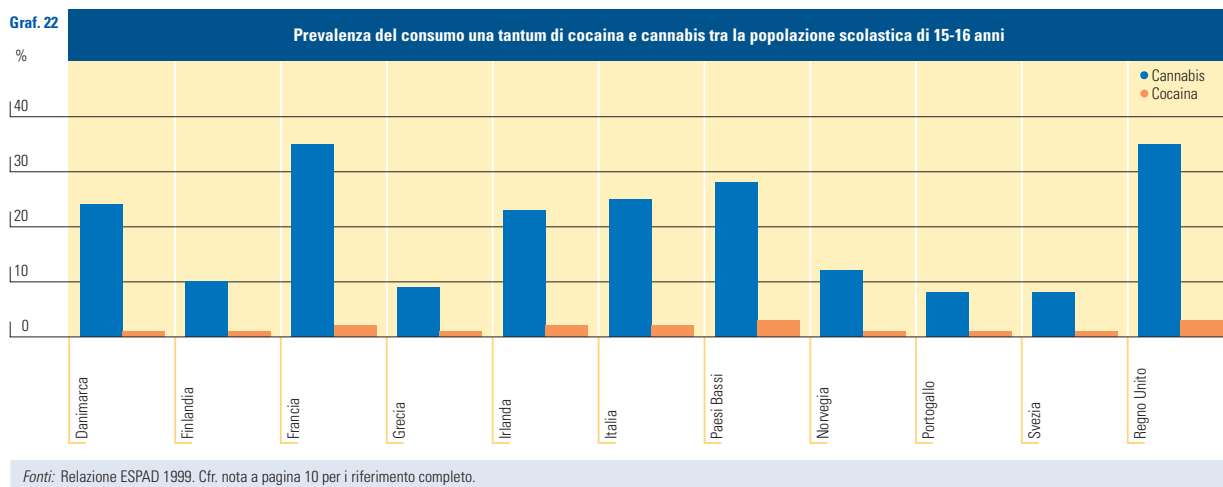
Che cosa sono la cocaina ed il crack?

La cocaina è una droga stimolante estratta dalle foglie di una pianta, l'Erythroxylon coca, che è stata sviluppata alla metà del XIX secolo per curare un'ampia varietà di malattie. Il nome chimico della droga processata è cloridrato di cocaina, che viene generalmente venduta «sulla strada» sotto forma di una polvere cristallina nota con una serie di espressioni gergali diverse, come «coca» «neve» e «Charlie». Viene generalmente aspirata con le narici e meno frequentemente disciolta in acqua ed iniettata.

La cocaina «base/crack» è un'espressione gergale per la cocaina che è stata trattata per essere fumata o per inalare i vapori e dare così effetti immediati ed intensi. Ci sono almeno tre metodi di produzione della cocaina «base/crack» (1). Un metodo dà luogo ad un prodotto più puro: aggiungendo acqua calda ed ammoniaca o bicarbonato di sodio e togliendo i liquidi in eccesso che contengono i diluenti. Un altro metodo dà luogo ad una più bassa concentrazione di cocaina: riscaldando una pasta di cocaina e bicarbonato di sodio in un forno a micro-onde con tutti i diluenti che rimangono nel prodotto finale.

La cocaina e la cocaina «base/crack» si distinguono, di solito, sulla base dell'aspetto fisico e della purezza, con un'ulteriore complicazione data dal fatto che alcuni tipi di cocaina «base/crack» sono fisicamente simili al cloridrato di cocaina.

2001 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea



In tutti gli Stati membri interessati dall'indagine, la cocaina è stata segnalata essere meno disponibile dell'ecstasy, anche se le variazioni tra i paesi sono considerevoli. La cocaina è segnalata essere più facilmente disponibile fra gli studenti di 15-16 anni dell'Irlanda e del Regno Unito (21 % e 20 % rispettivamente) e meno facilmente disponibile in Finlandia (6 %). Tuttavia, in tutti i paesi dell'UE oggetto dell'indagine, la disponibilità di cocaina è risultata essere considerevolmente inferiore rispetto al medesimo gruppo di età negli USA (2). La disapprovazione nei confronti del consumo di cocaina è molto elevata e più o meno forte in tutti i paesi partecipanti, pari ai livelli di disapprovazione nei confronti dell'eroina.

Modelli

Per quanto non stia avvenendo nulla di drammatico nella popolazione a livello nazionale, ci sono livelli più marcati di cocaina in alcuni ambienti sociali. Ricerche condotte in passato tra i consumatori di cocaina avevano rivelato l'esistenza di confini rigidi tra chi consuma cocaina in polvere (cloridrato) ad uso ricreativo, chi è consumatore problematico di cocaina «base/crack» e chi si inietta la cocaina. Un'ampia gamma di modelli di consumo della cocaina in polvere ad uso ricreativo si trova tra i gruppi di individui che frequentano i night-club e le discoteche e che consumano la cocaina in polvere per scopi sociali ed utilitaristici. Chi consuma cocaina ad uso ricreativo è altra cosa rispetto ai gruppi emarginati, come i giovani senza fissa dimora, chi è dedito alla

Tabella 3 Confronto della prevalenza del consumo una tantum di cocaina tra determinati ambienti di consumatori e tutta la popolazione

	Prevalenza una tantum tra frequentatori di club			Giovani adulti della popolazione generale		
	% Prevalenza una tantum	Dimensioni campione	(Anno) e fonte	% Prevalenza una tantum	Dimensioni campione	Anno e fascia di età
Austria	42	50	(1999) Raver austriaci	–	–	–
Belgio	45	154	(1998) Festival rock, comunità francofona	–	–	–
Danimarca	–	–	–	3,1	14 228	2000 16-34 anni
Finlandia	–	–	–	1,2	2 568	1998 15-34 anni
Francia	56	896	(1999) Feste tecno-rave, Médecins du monde	1,9	2 003	1999 15-34 anni
Germania Ex occidentale	–	–	–	2,2	6 380	1997 18-39 anni
Ex orientale	–	–	–	0,4	1 620	1997 18-39 anni
Paesi Bassi	48	456	(1998) Frequentatori di club, Amsterdam Questionario (23% di risposte)	3,7	22 000	1997/98 15-34 anni
Spagna	–	–	–	4,8	12 488	1999 15-34 anni
Regno Unito	62	517	(1997) Release drugs and dance (1)	6,4	10 293	1998 16-34 anni
	18	–	–	–	–	–
	50	100	(1999) Frequentatori di club, Liverpool (2)	–	–	–
Irlanda del Nord	45	106	(2000) Consumatori di ecstasy in Irlanda del Nord	–	–	–

(1) Release (1997), Release Dance and Drugs Survey: an insight into the culture, London.

(2) Henderson, S (2000), «Protecting and Promoting the Health of Club-goers in Liverpool: An information campaign evaluation and Market Research Project», 1999-2000.

Fonte: Punti focali nazionali e riferimenti come indicati.

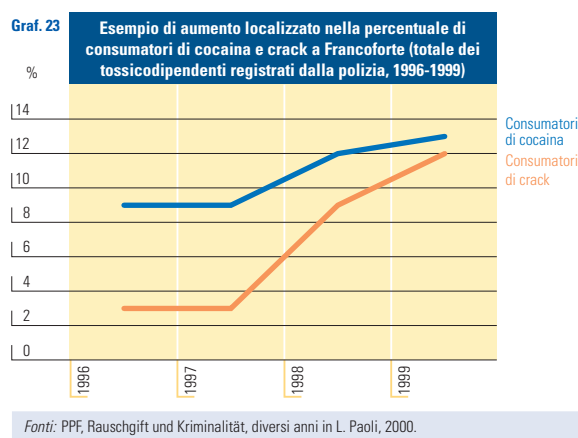
Questioni specifiche

prostituzione ed i consumatori problematici di eroina che fumano cocaina «base/crack», oppure si iniettano cocaina mescolata con eroina, in aree a macchia di leopardo all'interno di determinate città. Tuttavia, il confine tra la cocaina in polvere e la cocaina «base/crack» può risultare indebolito dalla tendenza emergente di fumare la cocaina durante la vita notturna o ad uso ricreativo, nonché dai recenti cambiamenti intervenuti sul mercato. In primo luogo, in cinque Stati membri - Paesi Bassi, Francia, Grecia, Regno Unito ed Italia - è stata segnalata la nuova tendenza a mescolare la cocaina «base/crack» con il tabacco in un «joint» da fumare. In secondo luogo, i servizi giudiziari scientifici hanno segnalato che in alcuni casi la cocaina «base/crack» è fisicamente simile alla cocaina in polvere (cloridrato), il che rende difficile distinguerle, per la polizia e per i consumatori inesperti (8). In terzo luogo, nel Regno Unito, ci sono indicazioni che la cocaina «base/crack» da fumare viene ricostruita e banalizzata con nomi nuovi, come «rock» (sassi) e «stone» (pietre), che servono a distinguere la cocaina pronta da fumare dalla cocaina «base/crack», migliorandone l'immagine sul mercato ed avvicinandola alla cocaina in polvere (4).

La prevalenza del consumo di cocaina è molto più elevata tra i sottosegmenti della popolazione dove è elevata la prevalenza del consumo di altri stupefacenti, piuttosto che tra la popolazione dei giovani. La tabella 3 (*Prevalenza del consumo una tantum di cocaina in determinati ambienti di consumatori*) illustra l'esistenza di una sostanziale differenza tra la prevalenza relativamente elevata di cocaina assunta una tantum tra i giovani che vanno in discoteca o nei club e la prevalenza, molto più bassa, che si registra tra la popolazione più generale dei giovani. Il costo relativamente elevato della cocaina unito alla breve durata dei suoi effetti, contribuiscono a limitare un consumo regolare ad uso ricreativo: un livello elevato di reddito disponibile può essere un fattore significativo per un consumo regolare. Negli ambienti in cui si svolge la vita notturna, alcuni individui tendono a bere più alcol del solito, insieme con la cocaina. La cocaina serve ad aumentare la socialità, moderando gli effetti indesiderati dell'alcol.

Problemi

Tra il 1994 ed il 1999 il numero dei pazienti che hanno chiesto una terapia per problemi associati con la cocaina in quanto droga principale — rispetto al numero totale dei pazienti che hanno richiesto la terapia — è aumentato considerevolmente in Spagna e nei Paesi Bassi. Anche la Germania, la Grecia e l'Italia mostrano un proporzionale aumento delle terapie per cocaina;



L'Irlanda ha registrato un aumento fino al 1998 (22). Il Regno Unito ed il Belgio, sia di lingua francofona che fiamminga, hanno anch'essi registrato un incremento. C'è una carenza di ricerche comparabili sui consumatori di cocaina che sono in terapia nell'UE; l'aumento proporzionale dei pazienti che cercano un aiuto a fronte di problemi dovuti alla cocaina può stare ad indicare un reale aumento dei problemi dovuti alla cocaina, ma può essere anche il risultato di un minor numero di pazienti che cercano un aiuto a fronte di problemi dovuti ad oppiacei, oppure può essere il risultato di ex pazienti di oppiacei che si sono convertiti alla cocaina come loro droga principale. Anche lo sviluppo di servizi che attraggano sempre di più i consumatori di cocaina può influenzare i dati relativi alle terapie. Alcuni servizi terapeutici per le tossicodipendenze hanno segnalato che, tra i pazienti che sono in terapia per la dipendenza da eroina, c'è stato un aumento nel consumo di cocaina, particolarmente fumata come cocaina «base/crack» oppure assunta per via parenterale insieme con l'eroina.

Il grafico 23 fornisce un esempio di un aumento localizzato dei consumatori di cocaina «base/crack», che non si riscontra a livello nazionale. A Francoforte, la percentuale dei consumatori di «crack» sul totale dei tossicodipendenti registrati dalla polizia è aumentato di quattro volte tra il 1996 ed il 1999.

I fornitori di servizi sanitari ed i consumatori di cocaina raramente registrano degli eventi letali, oppure una cattiva salute fisica, in quanto conseguenza diretta del fatto di sniffare cocaina in polvere e perché chi consuma cocaina ad uso ricreativo tende a consumarla unitamente a grandi quantità di alcol, oppure ad altre droghe, per cui è difficile identificare le cause di esperienze negative. Tuttavia, il Lussemburgo, i Paesi Bassi e l'Italia registrano un aumento del numero di eventi letali per questa droga

(22) Grafico 15 OL: Cocaina: evoluzione dei nuovi pazienti ammessi a terapia (versione on line).

e la Spagna registra un aumento dei ricoveri al pronto soccorso in cui è implicata la cocaina unitamente ad altri stupefacenti. L'accresciuta consapevolezza, fra il personale che opera al pronto soccorso degli ospedali, del ruolo potenziale della cocaina nei disturbi cardiovascolari potrebbe portare a livelli più elevati di segnalazione (4).

Sono stati identificati problemi gravi di salute, sociali e psicologici, associati con il fatto di fumare cocaina «base/crack», particolarmente tra i gruppi emarginati, come i consumatori problematici di oppiacei, i giovani senza fissa dimora ed altri giovani svantaggiati, nonché le prostitute. Non è chiara la misura in cui i problemi siano una diretta conseguenza del consumo di questa forma di cocaina in sé per sé, oppure della frequenza e dell'entità del consumo, oppure di preesistenti problemi di droga e sociopsicologici.

Mercato

Nel 1999, il numero dei sequestri di cocaina è aumentato considerevolmente in Lussemburgo e Svezia, mentre è diminuito in Austria, Belgio e Danimarca. I prezzi al dettaglio della cocaina variano dai 24 euro al grammo ai 170 euro, con città come Amsterdam e Francoforte che si trovano all'estremo più basso ed alcuni Stati membri, come la Svezia e la Finlandia, all'estremo più alto. Nel Regno Unito ed in Francia i prezzi al dettaglio sono diminuiti, ma la purezza è rimasta generalmente elevata, tra il 55 % ed il 70 %, fino alla fine del 1999 quando, nel Regno Unito, c'è stato un brusco calo della purezza media del crack (10). Le variazioni geografiche dei prezzi all'interno degli Stati membri sono marcate. Piccole quantità di cocaina, inferiori ad un grammo oppure sotto forma di «balls» (palline) o «rocks» (sassi), sono disponibili in alcune città per meno di 15 euro, particolarmente là dove la droga circola alla luce del sole e dove la concentrazione di cocaina può scendere considerevolmente (per esempio, Francoforte, Milano, Parigi, Londra, Manchester e Liverpool). La distribuzione di cocaina avviene essenzialmente attraverso catene di amici di amici, ma in alcune città avviene apertamente negli ambienti della vita notturna e per la strada. Lo spaccio in ambito domestico ed i servizi di consegna sono stati grandemente facilitati dalla maggiore comodità e protezione (sotto forma di anonimato) che i telefoni cellulari permettono agli spacciatori (4,5,6,7).

È stata segnalata la maggiore disponibilità di cocaina («base/crack») pronta da fumare in un certo numero di città europee (Amsterdam, Rotterdam, Londra, Liverpool, Manchester, Francoforte, Milano e Parigi), ma i metodi di preparazione (ed i conseguenti livelli di concentrazione

della cocaina, che possono arrivare fino al 100 %) variano e creano confusione per i sistemi informativi sulle droghe; la mancanza di una definizione scientifica per termini gergali come «crack» e «base» pone dei problemi in merito alle risposte educative e di prevenzione. Sulla strada si può già trovare la cocaina mescolata con eroina.

La Spagna, il Belgio ed i Paesi Bassi hanno segnalato di essere grandi punti di transito per la cocaina proveniente dall'America latina (Colombia, Brasile e Venezuela in particolare) e diretta al resto dell'UE. Nel 1999, è stato segnalato lo smantellamento in Spagna di sei laboratori per la lavorazione della cocaina, per cui i successivi aumenti del prezzo all'ingrosso della cocaina in Spagna sono stati attribuiti a questo.

Progetti di intervento e nuovi approcci

Nell'area della riduzione della domanda, la risposta dell'UE all'aumento del consumo di cocaina e di crack ha assunto tre forme principali. Nel corso degli anni novanta, un piccolo numero di città ha sviluppato dei servizi specializzati per affrontare i problemi primari legati alla cocaina e per occuparsi di gruppi particolarmente vulnerabili: parliamo di Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. a Francoforte e di «Take Five» a Rotterdam. Alcuni Stati membri segnalano lo sforzo di adeguare le strutture esistenti per far fronte alle esigenze dei consumatori problematici di cocaina e crack. Ad esempio, in Francia e nel Regno Unito tra i professionisti interessati sono state sviluppate delle strategie pluridisciplinari, volte alla raccolta ed allo scambio di informazioni riguardanti le esigenze dei consumatori di cocaina e crack, al fine di sviluppare adeguati corsi di formazione ed adeguare i modelli ed i servizi di terapia esistenti per fornire il tipo di servizio maggiormente efficace rispetto alle necessità dei consumatori di cocaina e «crack». In terzo luogo, alcuni Stati membri hanno posto l'enfasi sulla necessità di affrontare la criminalità e le conseguenze per la salute in generale del consumo di vari tipi di droga.

Dal settore privato è difficile ottenere dati sulle risposte ai problemi legati alla cocaina, ma, ciononostante, questo settore svolge probabilmente un ruolo significativo nella terapia dei consumatori problematici di cocaina socialmente privilegiati.

Esempi di terapia per i problemi legati alla cocaina

Nelle relazioni fornite dagli Stati membri, sono poche le risposte terapeutiche che sono state descritte. Tuttavia, la Germania ed i Paesi Bassi hanno illustrato degli interventi specificatamente studiati per i problemi legati alla cocaina.

Questioni specifiche

A Francoforte, l'organizzazione per i giovani Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. offre un processo terapeutico mirato alla dipendenza da cocaina, che viene adattato alle esigenze di ciascun paziente. La fase iniziale, la «fase d'urto», che dura alcuni giorni, avviene o in forma ambulatoriale con supporto psicosociale, oppure in ambito ospedaliero come processo di disintossicazione. La fase successiva copre sei settimane di terapia residenziale, dove il paziente segue un programma giornaliero, che comprende sessioni terapeutiche individuali e di gruppo. La fase di convalescenza, in ambiente ospedaliero o ambulatoriale, mira a ristabilire o migliorare i contatti ed i rapporti con la famiglia, i parenti o i partner.

A Rotterdam, «Take Five», un programma terapeutico per forti consumatori di cocaina «base/crack» è attivo dal 1996. Il programma, gestito dai servizi sanitari comunali, funziona come un servizio a bassa soglia. Nella prima fase, gli operatori delle unità di strada contattano sul posto i consumatori di cocaina «base/crack», come punti di spaccio, locali appositi per il consumo di stupefacenti o centri di crisi. Nella seconda fase, il paziente frequenta un «centro non stop» che offre supporto 24 ore su 24, e dove, su richiesta, sono disponibili un medico generico e degli psichiatri. Lo scopo della terza fase è quello di stabilizzare la salute del paziente e cominciare la riabilitazione. Dall'esperimento di Rotterdam emerge che l'agopuntura è molto popolare tra i pazienti, perché li rilassa.

Questioni politiche

Nell'UE c'è un mercato di consumatori di stupefacenti ad uso ricreativo, con un reddito disponibile, che guardano con sospetto al contenuto inaffidabile delle pasticche di «ecstasy» ed alla possibilità di correre rischi per la salute, di tipo acuto o a lungo termine, oppure non ne possono più delle loro esperienze passate di MDMA e dei suoi spiacevoli effetti, all'inizio e fin verso la metà della settimana. La ricerca mostra che, nell'ottica dei consumatori di cocaina ad uso ricreativo, la cocaina è considerata più prevedibile, versatile e discreta dell'ecstasy e che gli effetti a posteriori della cocaina sono considerati meno gravi o spiacevoli e più brevi rispetto agli effetti a posteriori di ecstasy o anfetamine (3).

La ricerca condotta sui consumatori di cocaina ha identificato chiare distinzioni sociali e sottoculture rigidamente separate tra i consumatori di cocaina in polvere (cloridrato) ed i fumatori di cocaina «base/crack», ma questi confini possono essere messi in gioco dai cambiamenti recentemente intervenuti sul mercato e dalla tendenza emergente di fumare «joints», derivante da cocaina

«base/crack» mescolata con tabacco, negli ambienti della vita notturna e del tempo libero. Il risultato di questi cambiamenti può indebolire i tabù esistenti nei confronti della cocaina «base/crack» da fumare, che hanno fornito quel controllo informale che ha impedito la diffusione del crack nella corrente principale della cultura delle droghe ad uso ricreativo. Questi segnali di erosione dei controlli sociali informali circa il consumo della cocaina «base/crack» rendono una risposta precoce quanto mai urgente.

Un'immagine positiva, pratica e opulenta dell'uso della polvere di cocaina e forse anche di cocaina «base/crack» combinata con l'esistenza di potenziali ricchi consumatori, potrebbe condurre alla diffusione del consumo di cocaina nell'UE, compresa la «base/crack». Si dovrebbe prendere in dovuta considerazione tale potenziale di diffusione, in quanto la copertura mediatica tendenziosa di «base/crack» può condurre alla creazione di miti circa il suo consumo distogliendo così l'attenzione dai problemi strutturali persistenti cui devono far fronte alcuni settori dei centri urbani (9).

Fonti

(Relazione 2000 dei punti focali nazionali)

- (1) The Forensic Science Service, *Drug Abuse Trends No 9*, Metropolitan Forensic Science Laboratory, Londra, 1999.
- (2) Relazione ESPAD 1999. Cfr. nota a pagina 10 per il riferimento completo.
- (3) *Boys, A., e al, Cocaine Trends: A Qualitative Study of Young People and Cocaine Use*, National Addiction Centre, Londra, 2001.
- (4) Ghuran, A. e Nolan, J., «Recreational drug misuse: issues for the cardiologist», *Heart volume 83*, 2000, pagg. 627-633.
- (5) Brain, K., Parker, H. e Bottomley T., «Evolving Crack Cocaine Careers: New Users, Quitters and Long Term Combination Drug Users», *NW England University of Manchester*, 1998.
- (6) Paoli, L., *Pilot Project to Describe and Analyse Local Drug Markets: First-year report to the EMCDDA*, Max Planck Institute, Friburgo, 2000.
- (7) Blanken, P., Barendregt, C. e Zuidmulder, L., «Retail level drug dealing in Rotterdam», *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*, OEDT, Serie scientifica monografica n. 4, 2000.
- (8) «Drug Abuse Trends», *Issue No 10 New Series*, ottobre/dicembre 1999.
- (9) Hartman, D. e Golub, A., «The Social Construction of the Crack Epidemic», *Print Media Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 31, ca pag. 4, 1999.
- (10) Bollettino statistico del ministero degli Interni, 2000.