



## Consumo di cocaina in Europa: implicazioni per il servizio di assistenza

Si stima che 12 milioni (ossia il 3,5 %) di adulti europei, di età compresa tra 15 e 64 anni, abbiano provato la cocaina e che 4,5 milioni (l'1,3 %) ne abbiano fatto uso nell'arco dell'ultimo anno. In generale, l'offerta e il consumo di cocaina in Europa, e i problemi a questo collegati, sono aumentati nel corso dell'ultimo decennio, mentre i prezzi sono diminuiti. Questa tendenza generale nasconde però una variabilità elevata da paese a paese. Alcuni paesi, come Regno Unito, Spagna e Italia, hanno registrato aumenti consistenti nel consumo di cocaina, mentre altri paesi, in

particolare dell'Europa orientale, hanno segnalato soltanto un consumo molto limitato.

Il consumo di cocaina apre nuove sfide per i servizi terapeutici per tossicodipendenti in Europa. Sebbene tali servizi possano usufruire dell'esperienza acquisita nella soluzione dei problemi legati al consumo di altri tipi di droghe, la farmacologia della cocaina, la diversità a livello sociale dei consumatori e il concomitante uso di altre sostanze psicoattive complicano l'elaborazione e la programmazione delle risposte. Inoltre, a differenza delle cure utilizzate per i consumatori di

oppiacei, per i consumatori di cocaina non sono attualmente disponibili terapie sostitutive di cui sia dimostrata l'efficacia né terapie farmacologiche alternative.

Il presente documento affronta una serie di problematiche importanti legate all'erogazione di servizi terapeutici per questo genere di consumatori. Come possono essere raggiunti e aiutati i vari gruppi di consumatori? Che tipo di trattamento dovrebbe essere messo a disposizione dei tossicodipendenti da cocaina? Sono necessari nuovi servizi specializzati oppure devono essere adattati quelli esistenti?

### Definizione

La **cocaina** è il sale cloridrato prodotto dalle foglie della pianta della coca (*Erythroxylon coca Lam*), coltivata principalmente nell'America meridionale. La cocaina in polvere viene in genere sniffata (inspirata) e, meno frequentemente, iniettata. Produce euforia e soppressione dell'appetito, e ha effetti negativi multipli sulla salute (cfr. «Problematiche sanitarie»).

La forma della cocaina che viene fumata si chiama **crack** e si ottiene dalla cocaina idrocloride. Il crack produce effetti immediati ed è associato a modelli di consumo problematici.

### Elementi chiave in sintesi

1. In Europa 4,5 milioni di adulti (l'1,3 %) hanno fatto uso di cocaina nell'ultimo anno. Il consumo di cocaina ha mostrato una generale tendenza all'aumento nell'ultimo decennio, nonostante le variazioni rilevate tra gli Stati membri dell'UE, con percentuali che vanno dallo 0,1 % al 3,0 % della popolazione.
2. Il consumo di cocaina può indurre dipendenza; il numero di domande di trattamento per tossicodipendenza da cocaina è aumentato. Al consumo di cocaina sono associati problemi psichiatrici, cardiovascolari e altri problemi di salute. Il consumo di cocaina per via parenterale comporta il rischio di trasmissione di malattie trasmissibili attraverso il sangue, come l'infezione da HIV e l'epatite C.
3. È possibile individuare tre gruppi principali di consumatori problematici di cocaina: gli individui socialmente ben integrati; i consumatori di oppiacei, alcuni dei quali sono pazienti in terapia sostitutiva; i consumatori di crack emarginati.
4. Questi gruppi si differenziano nei modelli di consumo e nelle condizioni di salute e di vita. Le loro esigenze vanno dall'accesso a informazioni sui rischi relativi al consumo di cocaina a cure specifiche o a specifici interventi di riduzione dei danni.
5. Le risposte che attualmente possono essere date ai problemi legati al consumo di cocaina fanno ampio affidamento sui servizi assistenziali esistenti, che sono stati creati per il trattamento del consumo di oppiacei e del consumo di stupefacenti in ambienti ricreativi. È possibile che sia necessario adattare questi servizi per soddisfare le esigenze specifiche dei consumatori di cocaina e di crack.
6. Tra i possibili miglioramenti da apportare si annoverano: strategie specifiche per cocaina e crack; formazione e ricerca sul trattamento della dipendenza da cocaina; interventi di prossimità; servizi terapeutici adattati a gruppi specifici di consumatori di cocaina e crack.

## 1. Consumo crescente di cocaina in Europa

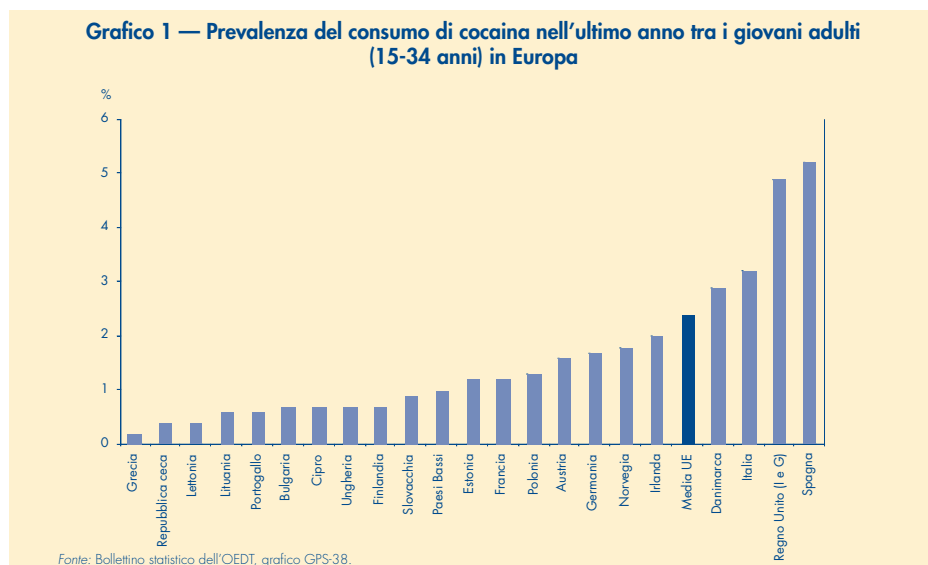
Seconda solo alla cannabis, la cocaina è oggetto di un traffico intenso nel mondo. Si calcola che nel 2005 siano state sequestrate in tutto il mondo 752 tonnellate di cocaina, di cui 107 tonnellate in Europa. La metà dei sequestri europei è stata effettuata in Spagna. In generale, dal 2000 sono aumentati in Europa sia i quantitativi sequestrati e sia il numero dei sequestri, fino a raggiungere la cifra di circa 70 000 sequestri nel 2005. In media, il prezzo della cocaina è diminuito nella maggior parte dei paesi che hanno fornito dati a riguardo.

Le indagini realizzate nella popolazione in generale mostrano un aumento nel consumo di cocaina in molti paesi dell'UE, sebbene si tratti di un incremento che, in alcuni Stati membri con la prevalenza più elevata (Regno Unito, Spagna), potrebbe essere in fase di rallentamento. Il consumo di cocaina è più frequente tra i giovani adulti tra i 15 e i 34 anni (grafico 1) e tra i maschi. Questa sostanza viene spesso assunta assieme ad altri stupefacenti illeciti e ad alcool.

## 2. Problematiche sanitarie

È dimostrato che il consumo di cocaina produce effetti negativi sulla salute, in particolare tra i consumatori abituali. Rimane difficile, tuttavia, stimare la morbilità e la mortalità direttamente legate al consumo di cocaina.

La cocaina e il crack agiscono sul cosiddetto sistema della ricompensa a livello cerebrale e il consumo ripetuto può portare alla dipendenza. La cocaina è la terza droga più frequentemente segnalata tra i motivi che spingono i pazienti a sottoporsi a un trattamento di disintossicazione nell'UE (13 % di tutte le richieste di terapia nel 2005). Esistono, tuttavia, variazioni considerevoli da paese a paese. In Spagna e nei Paesi Bassi la cocaina interessa rispettivamente il 40 % e il 35 % di tutte le richieste di trattamento, mentre rasenta lo 0 % in Finlandia e lo 0,1 % in Lituania. Il numero di richieste di trattamento legate al consumo di cocaina è aumentato negli ultimi anni, in particolare tra coloro che si sottopongono a una cura per la prima volta (grafico 2). Nel 2005 più di una persona su cinque che per la prima volta ha presentato



domanda di trattamento (21,5 %) aveva problemi legati al consumo di cocaina.

Il consumo acuto e cronico di cocaina, spesso in combinazione con altre sostanze, può provocare molteplici disturbi (cardiovascolari, cerebrovascolari, neurologici, psichiatrici ecc.). L'assunzione di cocaina per iniezione comporta inoltre il rischio di malattie trasmesse dal sangue come l'infezione da HIV e l'epatite C. I decessi improvvisi dovuti a un'overdose di cocaina non sono segnalati di frequente e nei rari casi menzionati è riportata un'esposizione massiccia. La maggior parte dei decessi riferiti legati al consumo di cocaina sono la conseguenza della sua tossicità cronica, che provoca complicazioni di tipo cardiovascolare e neurologico.

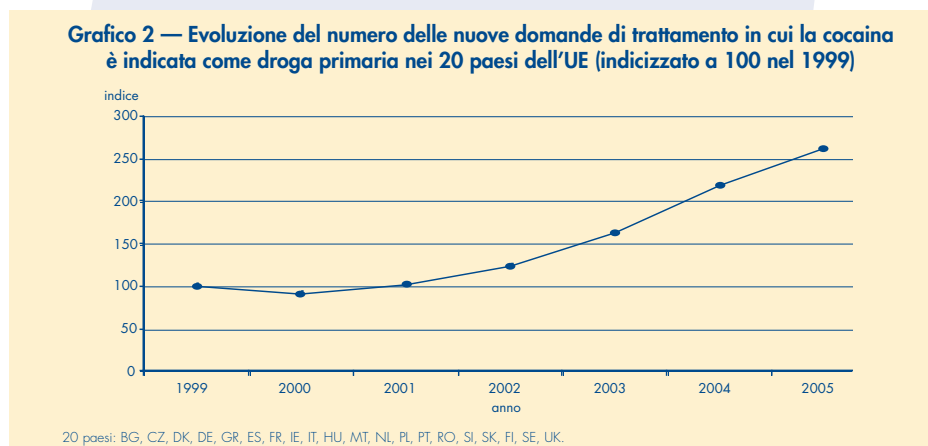
## 3. Gruppi di consumatori diversi

Si possono individuare consumatori di cocaina in vari gruppi sociali. Per esempio,

dalle indagini effettuate negli ambienti ricreativi notturni emergono tassi di prevalenza da 5 a 20 volte superiori tra i frequentatori delle discoteche rispetto alla popolazione generale. Gli studi effettuati sui consumatori di cocaina che non sono in terapia rivelano, di norma, il profilo demografico di un consumatore istruito e socialmente integrato. Inoltre, gli studi e i dati sul trattamento consentono di distinguere tre diversi profili o gruppi di consumatori problematici di cocaina.

Il primo gruppo fa uso di cocaina in polvere, da sola o in combinazione con cannabis e/o alcool. Questo gruppo è perlopiù composto da soggetti di sesso maschile, spesso indirizzati alla terapia dal sistema di giustizia penale o su pressione delle reti sociale e familiare. Si tratta di soggetti relativamente ben integrati nella società, con condizioni di vita stabili e un regolare impiego.

Il secondo gruppo fa uso di oppiacei e di cocaina. Questi soggetti sono ex o attuali



consumatori di eroina che hanno sviluppato anche problemi correlati al consumo di cocaina. Alcuni di loro possono essere in cura con una terapia sostitutiva. Gli studi nazionali che si concentrano sui consumatori di cocaina in terapia riferiscono che questo gruppo è spesso il più numeroso.

Il terzo gruppo fa uso di crack, spesso in associazione con oppiacei. I soggetti che appartengono a questo gruppo sono spesso altamente emarginati e possono comprendere un'elevata percentuale di persone appartenenti a minoranze etniche e di senzatetto, di disoccupati o di persone in condizioni di lavoro precarie. Si tratta della fetta più esigua di questi tre gruppi (il 2,5 % dei pazienti in terapia in tutta Europa) e sono stati individuati solo in poche regioni.

#### 4. Le esigenze dei vari gruppi di consumatori

I consumatori di cocaina e crack rappresentano una popolazione eterogenea, con esigenze specifiche che possono richiedere servizi su misura. I consumatori di cocaina in polvere socialmente integrati possono aver bisogno di ricevere maggiori informazioni sui rischi legati al consumo di questa sostanza. Possono inoltre apparire riluttanti ad avviare o proseguire una terapia fianco a fianco con tossicodipendenti emarginati e possono percepire uno stigma legato ai consumatori che si sottopongono a tali terapie.

Tra i tossicodipendenti da cocaina che sono anche consumatori di eroina e/o che si trovano in terapia sostitutiva, il consumo ininterrotto di cocaina può interferire, se non adeguatamente risolto, con il programma di trattamento e successivamente compromettere il successo della terapia. Analogamente, il consumo contemporaneo di alcool e i frequenti concomitanti disturbi psichiatrici e della personalità (per esempio aggressività, psicosi acuta e comportamento paranoide) nei consumatori di cocaina costituiscono uno dei maggiori problemi per il personale sanitario e i medici. Inoltre, il consumo concomitante di più sostanze accresce nettamente il rischio di ulteriori problemi di salute e il rischio di decesso in questa popolazione.

Infine, il crack viene spesso utilizzato dalla persone emarginate e dai gruppi socialmente svantaggiati (per esempio i senzatetto, i lavoratori e le lavoratrici

del sesso). Questa popolazione presenta un'ampia gamma di problematiche sanitarie e sociali ed è difficile da raggiungere. Si tratta di persone che possono cercare cure e sostegno in uno stadio troppo avanzato della loro dipendenza e per questo il trattamento può risultare ancora più difficile.

#### 5. Misure politiche e interventi

Esiste un numero estremamente ridotto di strategie in materia di droga che sono mirate specificamente al consumo di cocaina e crack; solo Regno Unito e Irlanda hanno attuato strategie a livello nazionale e/o locale. La maggior parte dei paesi europei riferisce che i consumatori di cocaina possono accedere a informazioni concernenti la cocaina e i rischi legati al consumo di cocaina attraverso vari canali quali siti web, help-line telefoniche e interventi in ambienti ricreativi notturni. In alcune città, specialmente quelle in cui si rileva un consumo significativo di crack, sono presenti agenzie specializzate nella riduzione del danno che forniscono anche interventi di prossimità.

Attualmente il trattamento maggiormente riferito in Europa per la cura della dipendenza da cocaina è quello somministrato a livello ambulatoriale, rivolto in primo luogo alle esigenze dei consumatori di oppiacei. È probabile, tuttavia, che i consumatori di cocaina ben integrati nella società cerchino aiuto attraverso altri fornitori di servizi sanitari quali medici generici o cliniche private. C'è un interesse crescente da parte dei paesi con una popolazione consistente di consumatori di cocaina a fornire servizi pensati in maniera specifica per i consumatori di cocaina.

Una recente analisi della letteratura sul trattamento della dipendenza da cocaina svolta dall'OEDT ha evidenziato che, al momento, non esiste ancora un agente terapeutico farmacologico efficace, anche se recenti studi sperimentali (per esempio Topiramate, un vaccino contro la cocaina) hanno dato primi risultati promettenti. Gli interventi di tipo comportamentale cognitivo, quali la terapia comportamentale cognitiva, le interviste motivazionali e l'approccio di rinforzo comunitario, associati talvolta a interventi basati su rinforzi positivi (per esempio con incentivi di tipo voucher), si sono dimostrati notevolmente efficaci nel ridurre e prevenire il futuro consumo di

cocaina. Tuttavia, poiché questi approcci e gli studi sulla loro efficacia provengono quasi esclusivamente dagli Stati Uniti, è urgente una ricerca sulla loro trasferibilità in Europa.

#### 6. Prospettive future

A livello politico si dovrebbero sviluppare strategie per servizi destinati ai soli tossicodipendenti da cocaina o da crack laddove la portata del problema meriti una risposta concertata e intensiva, per esempio in alcuni paesi e città europei. Al di fuori di tali ambiti geografici, le politiche sugli stupefacenti dovrebbero tener conto della crescente diversità dei modelli di consumo delle sostanze stupefacenti e delle esigenze dei consumatori problematici di droga.

Il trattamento della dipendenza da cocaina fa affidamento perlopiù sugli interventi psicosociali, con agenti farmacologici utilizzati come supporto da molti medici. Tuttavia, ad oggi non sono emersi agenti farmacologici efficaci per il trattamento dell'astinenza da cocaina, in grado di ridurre il desiderio compulsivo. Pertanto, si dovrebbe dare la priorità assoluta alla ricerca e alla formazione nell'ambito degli interventi psicosociali. Si dovrebbe inoltre incoraggiare lo scambio di esperienze e di buone pratiche tra i medici. Anche la ricerca sugli agenti farmaceutici dovrebbe essere incentivata e i risultati, positivi o negativi che siano, dovrebbero essere resi prontamente disponibili. Infine, i consumatori di cocaina in terapia sostitutiva con oppiacei dovrebbero essere esaminati per accertare che il consumo di cocaina non sia in realtà collegato a una dose troppo bassa di metadone o buprenorfina.

Una sfida è posta anche dagli interventi volti a raggiungere i consumatori problematici di cocaina socialmente integrati e i consumatori di crack emarginati. Un recente studio pilota condotto in Irlanda ha rivelato che la riluttanza dei consumatori di cocaina a partecipare a programmi orientati agli oppiacei potrebbe essere aggirata offrendo loro la possibilità di un accesso speciale di sera o subito prima e dopo il fine settimana. Per i consumatori di crack e le popolazioni emarginate di consumatori di droga deve essere data maggiore priorità agli interventi di prossimità che mirano a ridurre il danno, associati al rinvio al servizio terapeutico.

**Drugs in focus** (Focus sulle droghe) è una serie di note informative politiche ad opera dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT), con sede a Lisbona. Le informative vengono pubblicate tre volte l'anno nelle 23 lingue ufficiali dell'Unione europea ed in lingua turca e norvegese. La lingua originale è l'inglese. È possibile riprodurre qualsiasi voce a condizione che ne sia specificata la fonte.

Per iscrizioni gratuite, si prega di specificare la richiesta via e-mail: [publications@emcdda.europa.eu](mailto:publications@emcdda.europa.eu)

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, P-1149-045 Lisboa

Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

## Conclusioni e considerazioni politiche

1. Si dovrebbero elaborare strategie specifiche mirate al consumo di cocaina o crack nelle aree in cui la portata del problema, come in alcuni paesi e città europee, impone la definizione di una risposta concertata. Altrove, invece, le politiche sugli stupefacenti dovrebbero tener conto della crescente diversità dei modelli di consumo delle droghe e delle esigenze dei consumatori problematici.
2. Si devono sviluppare approcci di prevenzione e riduzione del danno legati al consumo di cocaina, fornendo in particolare informazioni sui rischi correlati (rischi cardiovascolari, psichiatrici ed elevata tossicità di alcune forme di poliassunzione). Tali misure dovrebbero raggiungere sia i consumatori occasionali di cocaina sia quelli abituali.
3. Gli interventi concepiti per raggiungere e aiutare i consumatori problematici di cocaina integrati nella società possono essere sviluppati adattando i servizi esistenti o, in alcuni casi, fornendo servizi terapeutici dedicati.
4. I consumatori di crack e altri tossicodipendenti emarginati dovrebbero poter accedere agli interventi di prossimità per la riduzione del danno, tra cui la segnalazione ai servizi terapeutici.
5. In ogni struttura terapeutica la formazione in materia di interventi psicosociali dovrebbe avere alta priorità, in quanto questo tipo di intervento ha dato i risultati migliori. Si dovrebbe incoraggiare lo scambio di conoscenze e di buone prassi tra i medici e tra altri operatori attivi nella sfera delle tossicodipendenze.
6. Si dovrebbe promuovere la ricerca sul tema degli interventi psicosociali e sui nuovi agenti farmaceutici per il trattamento dei pazienti cocainomani. Si nota inoltre l'esigenza di comprendere meglio il fenomeno della poliassunzione che coinvolge la cocaina, le molteplici varianti di tale consumo e le sue conseguenze.

## Fonti principali

**Decorte, T.** (2000), *The Taming of Cocaine: Cocaine Use in European and American Cities*, VUB University Press, Bruxelles.

**Horgan, J.** (2007), *An Overview of Cocaine Use in Ireland*, National Advisory Committee on Drugs and National Drugs Strategy Team, Dublino.

**OEDT** (2007), *Treatment of Problem Cocaine Use. A Review of the Literature*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.

**OEDT** (2007), *Relazione annuale 2007: questione specifica sulla cocaina*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.

**Kraus, L. e a.** (2004), *Epidemiologie, Prävention und Therapie von Kokainkonsum und kokainbezogene Störungen. Eine Literaturübersicht*, IFT-Berichte, Bd. 144, Monaco.

**Pascual, F., Torres, M. e Calafat, A.** (2001), *Monografía Cocaína, Adicciones*, vol. 13, suplemento 2, Plan Nacional Sobre Drogas, Madrid.

**Prinzleve, M. e a.** (2004), «Cocaine Use in Europe. A Multi-Centre Study: Patterns of Use in Different Groups», *European Addiction Research*, n. 10, 2004, pagg. 147-155.

**Weaver, T. e a.** (2007), *National Evaluation of Crack Cocaine Treatment and Outcome Study (Nectos): A Multi-Centre Evaluation of Dedicated Crack Treatment Services*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NHS, Londra.

## Informazioni sul web

Profili degli stupefacenti forniti dall'OEDT: cocaina e crack  
<http://www.emcdda.europa.eu/index.cfm?nnodeid=25482>

*National Institute on Drug Abuse* (Istituto nazionale statunitense sull'abuso di droghe): Infofacts on Cocaine (Informazioni sulla cocaina)  
<http://www.nida.nih.gov/Infofacts/cocaine.html>



Ufficio delle pubblicazioni  
[Publications.europa.eu](http://Publications.europa.eu)

**EDITORE UFFICIALE:** Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2007

**DIRETTORE:** Wolfgang Götz

**REDAITTORE:** Peter Thomas

**AUTORI:** Frank Zobel, Roland Simon

**IDEAZIONE GRAFICA:** Dutton Merrifield Ltd, Regno Unito

Printed in Belgium