

COCAINA: PROFILI DEI SOGGETTI IN BASE ALLE MODALITÀ D'USO, AGLI ASPETTI COMPORTAMENTALI E SOCIALI

Giovanni Serpelloni*, Sara Bertoncelli**

* Osservatorio Regionale sulle Dipendenze Regione Veneto

** Consulente Osservatorio Regionale sulle Dipendenze Regione Veneto - Progetto NOP (National Outcome Project)

INTRODUZIONE

Al fine di definire strategie efficaci e nuove organizzazioni sociosanitarie per rispondere al problema della dipendenza da cocaina, risulta indispensabile analizzare e comprendere le diverse tipologie di consumatori di questa sostanza. Come è risaputo, infatti, affinché i programmi preventivi e terapeutici siano attrattivi ed efficaci, è necessario differenziare le offerte in base agli specifici bisogni e alle caratteristiche dei diversi gruppi di utenti che, come potremmo verificare in seguito, presentano peculiarità cliniche, sociali e comportamentali molto eterogenee. Il rapporto con la sostanza, infatti, varia molto da persona a persona, in base a diversi fattori:

1. vulnerabilità individuale a sviluppare dipendenza (1);
2. effetti percepiti in relazione alle proprie condizioni (funzionalità dell'assunzione);
3. situazioni e contesti sociali in grado di condizionare il comportamento del singolo;
4. assunzione contemporanea di altre sostanze (che da una parte sono in grado di modulare fortemente l'azione della cocaina e dall'altra creano di per sé un ulteriore rischio di dipendenza);
5. facilità e opportunità di approvvigionamento (disponibilità della sostanza).

In questo articolo, quindi, alla luce di vari studi ed indagini eseguiti in questi anni da diversi autori e dal nostro gruppo di lavoro, presenteremo una serie di notizie utili per cercare di analizzare e comprendere i diversi profili clinici e comportamentali esistenti, con la finalità di orientare gli operatori nella pratica clinica, migliorare le strategie di outreach e di prevenzione (primaria, secondaria e della ricaduta) e differenziare le offerte di trattamento.

Va tuttavia ricordato che, i dati più numerosi disponibili in letteratura, si riferiscono a persone già in trattamento (e quindi con una storia di dipendenza perdurante da almeno 4 o 5 anni), poiché esiste ancora oggi un'ampia fascia di popolazione che non arriva precocemente in contatto con le varie strutture sanitarie specialistiche per intraprendere un'appropriata terapia.

Molte persone con dipendenza da cocaina, inoltre, non accedono ai servizi pubblici ma preferiscono percorsi riabilitativi all'interno della sanità privata che, molto spesso, risulta più gradita, molto probabilmente anche per le caratteristiche di maggiore riservatezza, le condizioni alberghiere che offre e il minor affollamento di utenti con problematicità evidenti e manifeste.

FONTI PER L'ANALISI DEI DATI E DELLE INFORMAZIONI SULL'USO DI COCAINA

Dallo studio IPSAD 2001 e 2003 del C.N.R. (2), da una serie di osservazioni di casistiche personali e dai dati di uno studio Multicentrico Europeo (3), è possibile tracciare un profilo delle caratteristiche generali delle persone dipendenti da cocaina afferenti ai servizi per le tossicodipendenze.

I dati generali confermano che in tutta l'Europa Occidentale, il consumo di sostanze psicotrope presenta un trend in aumento in senso assoluto e relativo, a discapito delle sostanze oppiacee, il quale uso resta comunque elevato. La cocaina, infatti, concorre per circa il 10% di tutte le richieste di trattamento dell'Unione Europea ed è riferita come droga primaria dal 7% dei nuovi pazienti che fanno richiesta di trattamento nei servizi per le tossicodipendenze. Essa è inoltre riferita come droga secondaria dal 13% dei nuovi pazienti che fanno richiesta di trattamento nei centri terapeutici ambulatoriali. In generale, circa il 70% dei nuovi pazienti consumatori di cocaina fa uso di cocaina idrocloride (cocaina in polvere), perlopiù inalata, mentre consuma crack il rimanente 30%. Circa il 5% dice di iniettarsi la droga (4).

I dati relativi alla situazione europea si riferiscono in parte a quelli forniti dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e Tossicodipendenze, in parte ai risultati dello studio multicentrico europeo "Support needs for cocaine and crack users in Europe". Quest'ultimo è stato condotto in nove capitali europee nel periodo 2002-2003 e include interviste a consumatori di cocaina e crack al fine di comprendere il loro comportamento d'abuso, il loro stato sociale ed economico e i loro bisogni specifici. In ogni capitale, sono stati analizzati tre gruppi di consumatori costituiti da 70 soggetti circa ciascuno: 70 consumatori di cocaina in trattamento per dipendenza, spesso terapia metadonica (gruppo trattamento); 70 consumatori appartenenti alla vecchia scena di strada, spesso emarginati socialmente e non in trattamento (gruppo strada); 70 consumatori di cocaina e crack socialmente integrati, che spesso assumono la sostanza in contesti ricreativi (gruppo party).

Anche i dati sull'accesso ai Sert del Ministero della Salute sono fonti interessanti di informazioni, nonostante si riferiscano principalmente a soggetti in trattamento, molto spesso utilizzatori anche di eroina.

La Relazione al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia (5), evidenzia un incremento significativo dell'uso di cocaina passando dal 2001 al 2003. I vari studi mostrano che nel 2003 circa il 5% di soggetti appartenenti alla popolazione generale (di età compresa tra i 15 e i 44 anni) riferiva di aver fatto uso di cocaina "almeno una volta nella vita" e l'1.5% di averne fatto uso negli ultimi 12 mesi (dato in aumento in tutte le fasce d'età considerate).

DIFFERENZE GEOGRAFICHE IN ITALIA

I dati emessi dal Ministero della Salute in Italia (5) sottolineano una diversa distribuzione geografica per quanto riguarda il consumo di psicotrope e di cocaina nello specifico. Le Regioni Italiane più interessate dal fenomeno cocaina sono quelle del Nord (24% Nord-Ovest, 19% nord-Est), mentre appare meno diffuso nelle Regioni del Sud (21%). Dal confronto 2001-2003 emerge, però, un significativo incremento dell'esposizione al consumo nelle Regioni del Centro, dove la prevalenza dei consumatori è passata dal 3,7% al 6,8%.

Per quanto riguarda la popolazione degli studenti nello specifico, il confronto tra aree geografiche segnala un aumento dal 3,7% al 6,9% nelle Regioni del Centro-Sud e una diminuzione nelle aree del Nord-Est e nelle Isole.

CLASSI DI ETÀ

Il 4,6% della popolazione adulta, in Italia, ha sperimentato la cocaina almeno una volta nella vita. La classe di età più esposta ai consumi di cocaina sembra essere quella dei più giovani, con età compresa tra i 15 e i 24 anni. Le percentuali più elevate relative ai primi utilizzatori sono riportate tra i 15 e i 19 anni (35%) e tra i 20 e i 24 (25%). L'età media di primo utilizzo in Europa è 21.7 anni. Il 70% dei consumatori di cocaina in trattamento si colloca nel gruppo di età compresa tra i 20 e i 34 anni e l'età media è di 30.7 anni (4).

Raddoppia anche il numero di soggetti tra i 35 e i 44 anni che riferisce l'uso di una o più volte nel corso della vita (5).

DIFFERENZE TRA SESSI: L'INTERESSAMENTO DEL SESSO FEMMINILE

Prendendo in considerazione i dati relativi alla popolazione di consumatori in trattamento in Italia, il sesso femminile appare molto meno interessato dal fenomeno cocaina (15 uomini per ogni donna) (4). È interessante notare, però, che tra il 2001 e il 2003 si è assistito ad un incremento dell'uso pari al doppio.

Anche dallo studio Multicentrico Europeo (3), condotto su 1855 soggetti all'interno dei servizi per il trattamento (treatment), negli ambienti di strada (scene) e negli ambienti di intrattenimento (party), le percentuali relative al consumo di cocaina nelle donne, rispetto ai gruppi analizzati, sono risultate rispettivamente del 28%, 31%, 37%.

Una particolare attenzione, inoltre, va rivolta al fenomeno dell'abuso di sostanze nelle donne con Disturbi del Comportamento Alimentare. Sebbene, infatti, la cocaina sia stata spesso riferita da queste donne come uno strumento utile per il controllo del senso di fame e del peso, questa associazione è stata raramente oggetto di ricerca. Di recente uno studio longitudinale del Dipartimento di Psichiatria del Massachusetts (6), ha indagato l'utilizzo di sostanze nelle donne con una diagnosi di Anoressia Nervosa (136 soggetti) e Bulimia Nervosa (110 soggetti). I risultati indicano che il 17% delle donne intervistate riportava una storia di disturbo da abuso di sostanze nel passato e 19 soggetti del campione riferivano un consumo di sostanze anche durante il periodo dello studio (AN:9; BN:10). Le droghe illegali più utilizzate erano amfetamine, cocaina e marijuana, indifferentemente dalla diagnosi specifica di Disturbo Alimentare.

ETÀ DI INIZIO E TEMPO DI LATENZA PER LA RICHIESTA DI TRATTAMENTO

Dai dati rilevati dagli utenti in carico presso i Sert per l'anno 2004 in Italia si possono evidenziare alcune informazioni interessanti.

La valutazione dell'età di inizio dell'uso delle sostanze legali (alcol e tabacco), che indica il primo approccio con una sperimentazione di effetti psicoattivi e con gli stili di vita associati, rappresenta un importante indicatore di rischio, suggerendo l'appartenenza dei pazienti a possibili sottogruppi della popolazione caratterizzata da forme di vulnerabilità. Si rammenta che a fare uso più precocemente di sostanze, secondo le evidenze della letteratura, sarebbero soggetti con attitudine antisociale e con storia familiare positiva per l'alcolismo o dipendenza generale. Nei soggetti che presentano come droga di scelta la cocaina, sembra che il contatto con le sostanze legali sia molto più tardivo rispetto a quanti hanno instaurato una dipendenza da eroina. L'uso di sostanze legali prima dei 18 anni, infatti, viene riferito dal 50% dei soggetti dipendenti da cocaina rispetto all'85% degli eroinomani (5). Il tempo medio che trascorre dal primo uso

di cocaina alla prima richiesta di aiuto e di trattamento è intorno ai 4-5 anni. Tale divario viene evidenziato anche a livello europeo, dove tra l'età media del primo utilizzo (21.7 anni) e l'età media dei pazienti in trattamento per consumo primario (30.7 anni) intercorrono 9 anni (4).

SCOLARITÀ E OCCUPAZIONE

Per quanto riguarda la scolarità, non si registrano grosse differenze tra gli utenti afferenti ai servizi, anche se gli utilizzatori di cocaina tendenzialmente sono maggiormente scolarizzati rispetto agli assuntori di eroina.

Maggiori livelli di occupazione appaiono caratterizzare i pazienti che accedono ai Servizi per problematiche connesse con l'uso di cocaina (circa il 65%), rispetto alle altre categorie di assuntori. Similmente, livelli crescenti di scolarità elevata si evidenziano tra i pazienti che giungono ai servizi a causa della cocaina, della cannabis e dell'alcol, rispetto a coloro che usano eroina o amfetamino-derivati. Peraltro, le caratteristiche socio-culturali dei pazienti dei servizi non mettono sufficientemente in rilievo le possibili differenze relative alla droga di scelta: verosimilmente i cocainomani che non accedono ai servizi pubblici potrebbero presentare distinzioni socio-culturali più accentuate rispetto agli eroinomani (5).

FREQUENZE D'USO E MODALITÀ DI ASSUNZIONE

Relativamente a questo aspetto, risulta utile focalizzare l'attenzione sul target giovanile.

In Italia, l'assunzione di cocaina tra gli studenti (5), valutata "almeno una volta nella vita" viene, infatti, riferita nel 4,8% dei casi e l'uso negli ultimi 12 mesi nel 3,5% dei casi. L'aumento fra il 2000 e il 2004 è attribuibile, in via prevalente, agli studenti con età pari a 19 anni. Tra i soggetti che riferiscono di aver provato la cocaina almeno una volta nella vita, si osserva che già a 16 anni, oltre il 2% degli studenti ha avuto almeno un contatto con la sostanza, valore che a 19 anni supera il 10%. La via di assunzione prevalente resta quella inalatoria.

La cocaina, in fase avanzata di dipendenza, viene spesso utilizzata in solitudine, mentre, soprattutto nelle fasi iniziali di assunzione, la situazione di gruppo appare quella preferita (45%).

Lo studio Multicentrico Europeo (3) sottolinea delle differenze interessanti anche per quanto riguarda le vie di somministrazione, specifiche per target di gruppo e per tipologia di sostanza. Il gruppo "trattamento" e quello "strada" presentano una percentuale maggiore per quanto riguarda l'iniezione di cocaina in polvere (rispettivamente 59% e 61%), mentre il gruppo "party" riporta la via inalatoria nel 94% dei casi. Relativamente al crack, il gruppo party riferisce esclusivamente casi di crack fumato, mentre gli altri due gruppi presentano anche casi di crack iniettato (gruppo "trattamento" 13%, gruppo "strada" 10%).

USO ASSOCIATO CON ALTRE DROGHE E SOSTANZE

Per quanto riguarda il fenomeno del policonsumo, circa un terzo dei consumatori appartenenti alla popolazione giovanile riferisce di aver fatto uso di più sostanze illegali nel corso della vita.

Spesso, infatti, il trattamento della dipendenza da cocaina viene complicato dalla presenza contemporanea di altre dipendenze che devono essere affrontate dal clinico contestualmente.

La cocaina viene, quindi, utilizzata in molti casi in associazione con altre droghe e sostanze

alcoliche. Le varie casistiche riportano percentuali molto diversificate in relazione anche al gruppo di indagine (popolazione generale o persone in trattamento presso i servizi). L'associazione prevalente negli utilizzatori di cocaina è quella con la cannabis (65-68% dei soggetti). Se si considera l'associazione di tre o più sostanze la combinazione della cocaina-amfetamine-cannabis è la più frequente (22-24%), seguita da cannabis-cocaina-allucinogeni (7-9%) (5). Relativamente ai pazienti che afferiscono ai Sert, il consumo contemporaneo di eroina si attesta intorno al 50%, mentre il consumo contemporaneo di alcol è intorno al 22%.

Dallo studio Multicentrico Europeo già citato (3) risulta che, con forti variabilità in base al paese e alla sede del rilevamento dati ("servizio di trattamento", "strada", party), le persone intervistate hanno dichiarato di fare uso contemporaneo prevalentemente di alcol, eroina, farmaci non prescritti e cannabis. La differenza fondamentale di prevalenza di sostanze secondarie, utilizzate dai diversi gruppi, si riscontra nel gruppo "party" dove è molto poco presente l'uso associato di cocaina ed eroina (3%) e molto diffusa l'associazione di cocaina e alcol (69%) e cocaina-cannabis (62%). Circa il 60% dei soggetti intervistati utilizzava anche farmaci non prescritti.

L'utilizzo di eroina risulta più frequente nei gruppi "trattamento" e "strada" (rispettivamente 33% e 54%) e il 50% dei soggetti intervistati ha dichiarato di utilizzarla spesso successivamente all'assunzione di cocaina al fine di sedarne gli effetti di sovraeccitazione. Chiaramente, questo espone il soggetto ad un rischio aggiuntivo di dipendenza da oppiacei. Un'ulteriore osservazione deriva dal fatto che circa il 45% dei soggetti ha dichiarato di fare uso contemporaneo di cocaina ed eroina con assunzione miscelata (speedballing).

Uno studio recente di Gossop et al. (7) ha indagato le differenze nell'assunzione di alcol esistenti tra consumatori di cocaina-polvere e di crack. I risultati segnalano un abuso comune alle due categorie di assuntori, nonostante i consumatori di cocaina in polvere riportino un consumo maggiore.

In molti paesi europei, inoltre, seppure in Italia la prevalenza sia minore, esiste una fascia di cocainomani, solitamente emarginata e con tassi di criminalizzazione maggiori, che utilizza contestualmente crack.

CONDIZIONI SOCIALI E USO DI COCAINA

Lo studio multicentrico europeo (3) ha verificato che l'uso di cocaina è in aumento anche presso le persone socialmente emarginate: tossicodipendenti senza casa, giovani gangs, prostitute, immigrati irregolari, gruppi sociali emarginati. In questi gruppi si trova un'aumentata prevalenza soprattutto di uso di crack: due terzi dei neri che chiedono di entrare in terapia per droga a Londra sono prevalentemente consumatori di crack e il 30% di pazienti consumatori di crack nei Paesi Bassi è di origine non olandese (4).

Un dato interessante che emerge dallo studio Europeo è che circa il 50% delle persone intervistate erano socialmente integrate. Sembrerebbe, quindi, essere finita l'epoca in cui la cocaina era una sorta di droga d'élite per particolari e ristretti ambienti sociali, come quelli degli artisti e dell'alta moda. Conseguentemente alla diminuzione del costo negli ultimi anni (che l'ha resa sempre più disponibile anche a persone con basso potere d'acquisto) e al cambiamento della motivazione all'uso (sempre più in relazione al miglioramento della performance e al divertimento a tutti i costi), la cocaina è diventata una droga "alla moda", trasversale a tutte le fasce sociali, altamente compatibile con i valori e i ritmi della nostra società. Questa diffusione e normalizzazione dell'uso contribuisce alla scarsa individuabilità di alcuni consumatori (medici, av-

vocati, impiegati, manager, insegnanti) che, non avendo mai avuto problemi con la giustizia e contatti con i servizi di cura, restano cittadini insospettabili e invisibili alle statistiche.

Da un servizio pubblicato sul mensile *Espansione* nel 2003, la categoria di lavoratori più esposta al consumo di cocaina sembrerebbe quella dei manager. Il profilo del consumatore-lavoratore a rischio che emerge da questo quadro è infatti, quello di un uomo o una donna con incarichi di responsabilità come quelli dei "middle-manager", tra i 36 e i 45 anni di età, che si occupa di marketing e di vendite. Solitamente i manager in carriera di questa indagine, che ricoprono un certo ruolo di responsabilità, abusano soprattutto di alcol (45%), di psicofarmaci (31%) e di cocaina (13%). L'assunzione avviene spesso prima di andare in ufficio, oppure nella stanza di lavoro, in bagno o nel parcheggio. I motivi riportati sono: stress da eccessivo carico di lavoro, inadeguatezza al ruolo, il sentirsi fragile (8).

SITUAZIONE LEGALE

La maggior parte delle persone contattate con uso prevalente di cocaina (80%), non presentavano problemi legali tali da condizionare la loro socialità. Chiaramente vi sono varianti individuali anche il relazione all'attività di cessione e spaccio che spesso è presente in questi soggetti. Questa osservazione relativa alla situazione legale, differenzia molto gli assuntori di cocaina dagli utilizzatori di eroina e di altre droghe.

Anche in questi soggetti però, si possono attivare situazioni legali o illegali (strozzinaggio e ricatto) correlate alla situazione di indebitamento che spesso si realizza per l'acquisto della droga.

Confrontando i dati forniti dal Ministero dell'Interno e dalle schede di segnalazione presenti presso un campione di Prefetture, l'andamento temporale tra il 2000 e il 2004 mostra un incremento del numero di soggetti segnalati in possesso di cocaina (10%), una stabilità per la cannabis e le amfetamine e un decremento per l'eroina.

Le segnalazioni tra i giovani (15-24 anni) sono in aumento rispetto a quelle per eroina che sembrano diminuire (5% per cocaina, 3% per eroina). I giovani adulti tra i 25 e i 34 anni di età mostrano percentuali simili per quanto riguarda le segnalazioni per possesso di cocaina ed eroina (rispettivamente 11% e 12%). I soggetti con età uguale o superiore ai 35 anni rappresentano solo il 10% del totale delle segnalazioni del periodo considerato, e si ripartiscono in funzione delle sostanze di segnalazione per il 56% cannabis, per il 22% eroina, per il 16% cocaina, per l'1% allucinogeni e amfetamine (5).

CARATTERISTICHE E PROBLEMATICHE PSICOPATOLOGICHE GENERALI

Per quanto riguarda le caratteristiche psicopatologiche prevalenti di questi soggetti, esse si differenziano molto a seconda delle varie casistiche, della durata dell'assunzione della sostanza e della fase clinica in cui il soggetto si trova in uno specifico momento (che può dipendere da molti fattori esterni ed interni). Risulta, inoltre, difficile stabilire se tali problematiche siano antecedenti o posteriori all'abuso. Ricordiamo che, secondo il DSM IV, i disturbi correlati alla cocaina si possono dividere in due macrocategorie: i disturbi correlati all'uso di cocaina (dipendenza e abuso) e quelli indotti da tale uso (a tale proposito si rimanda all'articolo specifico: "*Clinica dei disturbi psichici correlati al consumo di cocaina e criteri diagnostici*" M. Faccio, G. Serpelloni)

Quello che si può notare è, comunque, un minor grado di comportamenti antisociali rispetto

ai soggetti assuntori di eroina, con una maggiore presenza, però, di disturbi psichiatrici, secondo il DSM IV, in asse I e asse 2 rispetto agli utenti utilizzatori di eroina (9).

L'autostima risulta di solito ben conservata, con una tendenza, però a sovrastimare le proprie capacità, sottovalutando le difficoltà e i limiti dell'ambiente.

Fondamentalmente in questi pazienti è stata osservata una difficoltà di comunicazione con l'esterno accompagnata, spesso, da un'interpretazione distorta della realtà. Tale dato è supportato dalle rilevazioni tramite MMPI 2, che mostrano un'area psicotica aumentata del 27%.

Dai dati relativi allo studio ESPAD (5), emerge una correlazione tra facilità ai conflitti, attitudini aggressive ed esperienza d'uso di sostanze nel corso della vita. Il rischio di avere comportamenti aggressivi risulta circa 3 volte superiore nei soggetti che hanno utilizzato sostanze rispetto ai coetanei che non hanno mai fatto uso. Il rischio aumenta se si approfondisce l'analisi per tipo di sostanza assunta. Rispetto ai comportamenti aggressivi gli studenti che usano cannabis presentano un rischio 2 volte superiore, quelli che usano cocaina 8 volte superiore, quelli che usano amfetamino-derivati 10 volte superiore rispetto ai coetanei astinenti. Da un lato le sostanze psicotrope illegali potrebbero avere indotto il comportamento aggressivo; dall'altro a sperimentare le droghe potrebbero essere proprio gli adolescenti più aggressivi per le loro caratteristiche di personalità.

Molti pazienti cocainomani sono arrivati alla nostra osservazione per la presenza di stati paranoici, deliranti ed allucinatori (con perdita di contatto con la realtà), schizofrenia, disturbi dell'umore e disturbi d'ansia (spesso anche attacchi di panico). Queste osservazioni sono state confermate anche da altri autori (10) in casistiche analoghe.

Alcuni adolescenti sono stati portati alla nostra osservazione per disturbi del sonno, disturbi sessuali e forte diminuzione dell'appetito, con sospetto di anoressia (in seguito scoperta essere in relazione con l'assunzione di cocaina, cannabis ed amfetamine). È da ricordare che l'associazione uso di sostanze – anoressia – bulimia è segnalata anche in attuali studi in merito (6).

Va segnalato, anche, che molti pazienti affetti da gioco d'azzardo patologico sono utilizzatori di cocaina (11).

Altre caratteristiche psichiche importanti correlate all'abuso di cocaina possono essere: il tentato suicidio (12-13), l'umore depresso, l'irritabilità, l'agitazione psicomotoria, la diminuzione della motivazione, l'aumento della vigilanza e dell'ansia nonché dell'aggressività (14).

CONDIZIONI SANITARIE RISCONTRABILI

I soggetti utilizzatori di cocaina sono per lo più giovani adulti e quindi prevalentemente in buone condizioni di salute, ma possono presentare alcuni sintomi sentinella che è utile conoscere al fine di identificare possibili utilizzatori che accedono alle strutture sanitarie per sintomi fisici.

Molto spesso i pazienti arrivano alla prima osservazione per l'insorgenza di sintomatologia che necessita di interventi di urgenza come, per esempio, quella cardiologica o l'overdose.

La patologia cardiovascolare è senz'altro quella più importante sia per le manifestazioni che per le conseguenze cliniche. I sintomi più rilevabili sono: le aritmie, il dolore toracico secondario ad ischemia o infarto del miocardio, l'ipertensione arteriosa (15).

Da uno studio condotto dall'Università del Texas (16) risulta che tra i pazienti che giungono al pronto soccorso riferendo dolore toracico non di origine traumatica, in una percentuale tra il 14 e il 25% negli ospedali urbani e del 7% in quelli della periferia, si riscontrano tracce di me-

taboliti della cocaina nelle analisi delle urine. In condizioni di urgenza cardiologica, specialmente nel caso dei pazienti più giovani e con una storia di abuso da sostanze e assenza di fattori di rischio per aterosclerosi, si consiglia perciò di analizzare la presenza della sostanza nel sangue e nelle urine.

L'uso di cocaina, inoltre, si associa al rischio di contrarre HIV sia per complicanze dirette dovute alla modalità di assunzione (somministrazione parenterale: uso promiscuo di siringhe, contaminazione di parafrenalia) sia per quelle indirette collegate agli effetti della sostanza sul comportamento sessuale. La disinibizione e la diminuzione della capacità critica indotte dagli effetti della sostanza rendono, infatti, più probabili i rapporti occasionali non protetti, aumentando perciò il rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili quali: HIV, sifilide, epatite B e gonorrea (17-19).

Infine, in merito alle morti droga-correlate, dati interessanti provengono dalla Sezione di Tossicologia Forense dell'Università di Milano (5). Nei casi di decesso risultati positivi alla cocaina, circa il 25% delle morti sono attribuibili ad overdose, il 31% ad incidenti stradali e il restante 43% ad altre cause (suicidi, omicidi, incendio).

MOTIVAZIONI RIFERITE ALL'USO

Le motivazioni riferite all'uso sono diverse a seconda della tipologia del paziente e del suo gruppo sociale di riferimento. Conoscere la percezione soggettiva dei pazienti circa le cause della loro dipendenza è utile, non tanto per analizzare l'eziologia della dipendenza quanto ai fini di un miglior management clinico.

Il gruppo dei "Manager" riferisce spesso che l'uso è sostenuto da uno stress da eccessivo carico di lavoro e/o dalla percezione di inadeguatezza al ruolo o ancora il sentirsi fragili e per aumentare le loro performance ed essere competitivi.

Alcuni adulti hanno riportato come motivazione all'uso della cocaina, la necessità di un maggiore controllo del peso corporeo (20).

Nei gruppi giovanili, invece, vengono riferite motivazioni diverse, quali: ricerca di esperienze piacevoli forti; aumento del divertimento; aumento delle potenzialità relazionali; adeguamento ai comportamenti del gruppo ed esitamento dell'estromissione; aumento della performance fisica e/o sessuale (21).

MOTIVAZIONI RIFERITE AL TRATTAMENTO

Dalla casistica personale è possibile evincere che le motivazioni prevalenti al trattamento nel gruppo dei giovani consumatori siano: la pressione sociale esercitata dai genitori che hanno scoperto l'uso di sostanze da parte dei figli; problemi correlati alla segnalazione fatta dalle forze dell'ordine; preoccupazioni insorte nel soggetto dopo la comparsa di sintomi incontrollabili (soprattutto psichici) e incidenti stradali correlati all'uso di sostanze. Spesso la richiesta di trattamento da parte dei genitori è motivata dalla comparsa di forti variazioni comportamentali e delle abitudini da parte dell'adolescente, che talvolta presenta anche episodi di aggressività espressa (sia verbale che fisica). Fondamentalmente sono quindi una serie di fattori esterni che inducono l'adolescente alla cura o ad assecondare le richieste dei genitori, e spesso ciò si accompagna ad un basso grado di motivazione reale all'interruzione dell'uso.

Diverso è il caso dei consumatori più anziani, con alto grado di inserimento sociale e pro-

duttivo. Solitamente la richiesta di aiuto avviene parallelamente alla comparsa di forti e non più gestibili disturbi fisici e psichici (soprattutto episodi di aggressività e disturbi depressivi), con un'importante compromissione delle relazioni sociali e della performance lavorativa del soggetto.

Un'ulteriore spinta importante al cambiamento sembra derivare dai debiti e dalle conseguenze correlate, come la pressione e i ricatti dei creditori.

GRUPPI PARTICOLARI

Riportiamo qui alcune descrizioni relative ad alcuni gruppi particolari di consumatori di cocaina che possono avere profili clinici e comportamentali specifici:

- Extracomunitari:

Da due diverse indagini, svolte nel 2004 (Dipartimento Nazionale per le Politiche Anti-droga e Istituto di fisiologia Clinica del C.N.R.)(5), emergono alcuni dati interessanti circa il fenomeno delle tossicodipendenze tra la popolazione immigrata presente sul territorio romano. Secondo il 59% circa degli intervistati, la sostanza principalmente utilizzata dai propri connazionali è la cannabis; seguono la cocaina (11%) ed inalanti (8%). L'analisi delle sostanze utilizzate in funzione della nazionalità evidenzia come l'utilizzo di cocaina sia riferito principalmente da soggetti di nazionalità colombiana (45%), seguiti dai soggetti tunisini (21,7%) e dai soggetti rumeni (17%). Tra i motivi che spingerebbero al consumo vi sarebbero la curiosità e la ricerca del divertimento. In Italia la maggior parte delle persone extracomunitarie afferenti ai Sert, utilizza come droga primaria cocaina in associazione con alcol.

- Sportivi:

L'uso degli stimolanti nello sport, principalmente per migliorare la performance, ridurre la stanchezza ed aumentare l'euforia, presenta un aumento dei trend di prevalenza. Dal 1993 al 2000, gli sportivi risultati positivi per cocaina si sono triplicati. Non è chiaro, però, se la motivazione all'uso della cocaina tra gli sportivi sia attribuibile più al miglioramento della performance o ai motivi ricreazionali. Risulta, infatti, difficile stabilire se, i dati ricavati dalle analisi effettuate dai laboratori accreditati CIO, rappresentino esclusivamente un problema di doping o anche un problema di tossicodipendenza. La posizione degli esperti è quella di rimarcare l'aspetto di dualità inscindibile della motivazione all'assunzione di cocaina tra gli sportivi. Esiste, infatti, un segmento di popolazione a rischio, che oltre ai noti fattori sociali ed individuali, è sottoposta anche a quelli specificatamente legati all'agonismo (aumento della performance) che, sommandosi, possono portare da un uso inizialmente occasionale della cocaina ad un potenziale conseguente abuso (vedi per approfondimenti capitolo *Cocaina nel doping sportivo*, Chiamulera C., Leone R., Fumagalli G.)

- Adolescenti minorenni:

Se focalizziamo l'attenzione sugli adolescenti minorenni, attraverso i dati del servizio della giustizia minorile, si può notare come la principale sostanza d'uso rimanga la cannabis, utilizzata da quasi l'80% dei soggetti esaminati, mentre la cocaina si attesta intorno a circa il 9%, poco lontano dall'8% dell'eroina. Molto spesso questi soggetti utilizzano cannabis in associazione con cocaina (21%). Il problema nei minori è comunque rilevante e destinato a crescere, anche in relazione alle politiche di vendita che sta attuando il mercato illegale. Le

offerte sono, infatti, sempre più appetibili e raggiungibili, sia per la grande diffusione che per la riduzione significativa dei prezzi.

ACCESSO AI SERVIZI DI CURA

Negli ultimi anni si è assistito ad un significativo incremento della quota di soggetti ammessi ad un trattamento presso i Sert, in relazione all'uso primario di cocaina. Nel 2001 erano il 6% dell'utenza complessiva, mentre nell'ultimo anno rappresentano circa il 12% dell'utenza dei servizi. A ciò si sommano i soggetti che utilizzano la cocaina come droga secondaria (29,5%), arrivando quindi ad una percentuale di utenza totale che utilizza in vario modo cocaina di oltre il 40%.

Questo grado di accesso deve, comunque, essere considerato inferiore rispetto ai bisogni del territorio che vede il coinvolgimento anche di tipologie di pazienti che non gradiscono accedere agli attuali servizi pubblici, particolarmente orientati ai pazienti con dipendenza da eroina e/o alcol. Un dato interessante a tal proposito proviene dalle segnalazioni dei gruppi di auto-aiuto con accesso anonimo, dove la percentuale di soggetti afferenti con problemi cocaina-correlati rappresentano una percentuale oscillante intorno al 44% rispetto alle altre droghe (22).

CLASSIFICAZIONI SULLE DIVERSE TIPOLOGIE PREVALENTI DI CONSUMATORI

Per finalità relative alla pratica clinica e all'agevolazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche, vi è la necessità di introdurre varie classificazioni dei pazienti utilizzatori di cocaina. Bisogna tener conto che esse possono variare fortemente in base ai criteri che si utilizzano e che risentono a loro volta della finalità per la quale vengono definite.

Come risulterà chiaro, anche dalla lettura di altri articoli di questo manuale, esistono molti fattori in grado di condizionare il comportamento degli utilizzatori di cocaina, che sono in relazione sia all'assunzione della sostanza sia alla modalità con cui essi entrano in contatto con i servizi, restano all'interno delle cure impostate, recidivano e rientrano in trattamento. Il nostro obiettivo non è, pertanto, quello di realizzare una classificazione unica ed esaustiva che comprenda tutti i criteri esistenti per definire le caratteristiche cliniche di un paziente, ma quello di fornire una serie coerente di classificazioni sulla base di diversi criteri in modo da poter agevolare e migliorare le pratiche cliniche.

Se utilizziamo il criterio della frequenza d'uso possiamo distinguere i pazienti in:

1. Sperimentatori:
 - di solito con età compresa fra i 15-18 anni;
 - uso prevalentemente saltuario, non ancora periodico o ritualizzato con scadenze prefissate;
 - finalità principale soggettiva di tipo socializzante, integrativa gruppale o per finalità empatiche.
2. Weekend drug-user:
 - età compresa fra i 17-24 anni;
 - uso prevalentemente periodico e ritualizzato (dalle 2 alle 5 assunzioni al giorno), spesso in contesti ricreativi come discoteche o night club con scadenze prefissate. Utilizzo di grandi quantità di sostanza per tutta la durata del fine settimana spesso associata ad alcol. Si segnala l'abitudine ad utilizzare l'eroina inalata o fumata come "controdroga" della do-

- menica notte, al fine di ridurre la sovraeccitazione derivante dal prolungato uso di cocaina;
- finalità principale soggettiva di tipo socializzante, integrativa gruppale o per finalità empatiche.
3. Assuntori continuativi regolari:
- età compresa tra i 19 e i 35 anni;
 - uso continuativo quotidiano (dalle 5 alle 15 assunzioni al giorno con forti variabilità soggettive) con differenze nei pattern d'uso, in base, anche, alle caratteristiche compulsive proprie del soggetto. Nel 40% dei casi, la droga può essere assunta nel con modalità che può avere una durata oscillante tra le 12 e le 32 ore e con una frequenza mediana di uso che può andare dai 35 ai 45 minuti;
 - finalità principale di tipo soggettivo. La droga viene assunta per soddisfare un bisogno di "riequilibrio" o raggiungimento di uno stato di performance psicofisica desiderato e necessario per poter espletare il proprio lavoro o le proprie attività ricreative/sociali. Perde valore la ritualizzazione sociale e l'assunzione avviene spesso in solitudine.
- Di questo gruppo di pazienti esistono diversi sottotipi:
- 3.A. Consumatori primari: Persone che utilizzano primariamente e quasi esclusivamente la cocaina;
- 3.B. Poli-consumatori: Persone che utilizzano contemporaneamente anche altre droghe e sostanze (fondamentalmente eroina e alcol).

I pazienti possono essere ulteriormente distinti in base alla via di assunzione della cocaina:

1. Assuntore per via inalatoria (cocaina sniffata, via prevalente al 97% nei soggetti all'inizio dell'assunzione e successivamente con uso continuativo);
2. Assuntore per via respiratoria (cocaina fumata, rara 5%);
3. Assuntore per via iniettiva (cocaina iniettata, via prevalente (60%) nelle dipendenze gravi e nei pazienti in trattamento).

Un altro criterio di classificazione può essere quello relativo alla modalità di assunzione:

1. Assunzione non ripetitiva, irregolare, saltuaria con modalità occasionale "no binges";
2. Assunzione con modalità "binges", cioè ripetitiva, eccessiva, ravvicinata e compulsiva, presente in circa il 42% dei soggetti che fanno un uso regolare di cocaina e nel 33% in quelli che ne fanno un uso non regolare.

Il paziente, inoltre, può essere classificato anche in base alla fase clinica:

1	Paziente in fase di iniziazione	Soggetto che assume saltuariamente la sostanza, da breve tempo, in assenza di dipendenza.
2	Intossicazione acuta (overdose)	Consequente ad un sovradosaggio di assunzione della sostanza con gravi conseguenze e pericolo di vita.
3	Astinenza / Craving	Consequente a non assunzione della sostanza, desiderio/ricerca della sostanza accompagnata da sintomi psicofisici.
4	Intossicazione cronica con dipendenza:	
	4.1 dipendenza con refrattarietà al trattamento (precontemplazione)	Presenza di addiction con indisponibilità al trattamento, negazione del problema e non percezione del rischio.
	4.2 dipendenza con disponibilità attiva al trattamento (azione)	Presenza di addiction con disponibilità al trattamento, riconoscimento del problema e adeguata percezione del rischio.
	4.3 dipendenza in trattamento intensivo	Soggetto in trattamento presso strutture residenziali o ospedaliere con un programma intensivo di cura.
	4.4 dipendenza in trattamento semi intensivo stabilizzato	Soggetto in trattamento presso strutture residenziali o ambulatoriali o di gruppo, che mantiene una buona adherence alle cure e ai controlli, con stabilizzazione del quadro clinico.
5	In dimissione	Soggetto in fase di terminazione del trattamento.
6	Paziente in fase quiescente post-trattamento (nel periodo dei 12 mesi post-dimissione)	Soggetto dimesso dal trattamento semi intensivo, in fase di reinserimento e riabilitazione, consolidamento della condizione drug free (astinente).
7	Paziente in recidiva.	Paziente in fase di ricaduta con riassunzione (occasionale o continuativa) della sostanza.

Infine, il “National Institute on Drug Abuse” (NIDA) (23) propone una classificazione (simile a quella operata da Cloninger per le persone dipendenti da alcol) (24) sulla base dei fattori che portano all’abuso, la gravità dei sintomi e le conseguenze dell’uso intensivo.

Caratteristiche	Tipo A	Tipo B
Cause dell’abuso	Prevalentemente ambientale	Prevalentemente genetica
Genere sessuale	Maschi e femmine indistintamente	Prevalentemente maschi
Personalità	Basso tasso di impulsività e ricerca di sensazioni, alto evitamento del danno	Alto tasso di impulsività e ricerca di sensazioni forti
Fattori infantili	Fattori di rischio precoci	Disturbi del comportamento
Età di inizio	Tardiva	Precoce
Gravità d’abuso della sostanza	Meno grave e più episodico	Maggiormente grave e cronico, poliabuso
Psicopatologia	Gravità minore e prevalentemente di tipo affettivo	Gravità maggiore e prevalentemente di tipo antisociale

AMBIENTI DI CURA

Le risposte alla domanda di trattamento devono necessariamente essere modellate sulla diversa tipologia di assuntori di cocaina. Molto dipende, infatti, dal gruppo sociale a cui il consumatore appartiene e dal suo modello di consumo. Gli ambienti di cura tradizionali vanno pertanto differenziati da quelli per il trattamento della dipendenza da eroina, non tanto con il criterio di attivare unità operative per ogni singola sostanza, ma con quello di differenziare l'offerta sulla base delle caratteristiche ed esigenze specifiche di ogni utente:

1. servizi a bassa soglia per ridurre il rischio per la salute collegato, soprattutto, all'uso di crack e diminuire il tasso di criminalità associato all'uso di questa sostanza;
2. trattamenti ambulatoriali con attenzione particolare alla tutela della privacy e flessibilità negli orari in modo da consentire un'accessibilità compatibile con gli orari di lavoro;
3. trattamenti residenziali con trattamento intensivo e formula alberghiera per utenti che richiedono un percorso di disintossicazione medica assistita, che desiderano mantenere l'anonimato e che sono impossibilitati ad assentarsi per lungo periodo dal lavoro;
4. trattamenti semiresidenziali post-trattamento per persone che richiedono un percorso di sostegno e riabilitazione dopo le cure e che possono assentarsi per lungo periodo dal lavoro.

Per approfondimenti sulle diverse offerte di trattamento presenti a livello internazionale si rimanda al capitolo *“Offerte terapeutiche e di supporto psicologico per le persone con dipendenza da cocaina: rassegna dei piani governativi e dei centri di trattamento”* G. Serpelloni, S. Bertonecelli.

CONCLUSIONI

Da questa descrizione sintetica, ma senz'altro utile per l'inquadramento generale dell'utenza che necessita di assistenza e cure, si evince un quadro molto eterogeneo. Le persone che utilizzano cocaina, infatti, presentano differenze comportamentali, sociali, psichiche e biogenetiche molto elevate, anche se tali differenze tendono ad appianarsi nella fase di dipendenza cronica. Cogliere le diversità segnalate ha sicuramente molta importanza soprattutto nella fase di aggancio precoce e di mantenimento in trattamento dove, fattori rilevanti sono le caratteristiche dei servizi e dell'offerta così come vengono percepite dai soggetti.

In Italia esistono ancora pochi studi ed indagini quantitative sulle caratteristiche dei soggetti utilizzatori di cocaina e si sente quindi la necessità di approfondire questa conoscenza, soprattutto sulla base di quello che sta succedendo in Europa e negli Stati Uniti dove il fenomeno è iniziato molti anni prima e la diffusione di sostanze ancora più pericolose della cocaina, quale è il crack, stanno diventando serie e pesanti minacce alla salute della comunità ed in particolare dei giovani.

BIBLIOGRAFIA

1. Serpelloni G., Gerra G., Zaimovic A., Bertani M.E., e Gruppo di lavoro sulla vulnerabilità, Modellistica interpretativa della vulnerabilità all'addiction, in Serpelloni G., Gerra G., Vulnerabilità all'addiction.,1-72, 2002.
2. Elaborazione dati IPSAD Italia 2001 e IPSAD Italia 2003.

3. Peinzleve M., et al. (2004), "Cocaine use in Europe - A multi-centre Study: patterns of use in different groups" in "European Addiction Research, 2004, 10:147-155.
4. O.E.D.T. (Osservatorio Europeo delle Tossicodipendenze), Relazione annuale sull'evoluzione del problema della droga nell'Unione Europea - 2005.
5. Relazione al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia, 2004, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga.
6. Herzog DB., et all. Drug abuse in women with eating disorders, *Int J Eat Disord*, 2006 Mar 24.
7. Gossop M., Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder, *Alcohol and alcoholism*, 2006, 41(2):121-125.
8. Porqueddu M., Alcol e droga, il lato oscuro dei manager, *Corriere della Sera*, 13 Ottobre 2003.
9. Serpelloni G. et all. Analisi della casistica del Dipartimento delle Dipendenze dell'ULSS 20 di Verona, Rapporto di attività 2005 (dati non pubblicati).
10. Mauri M et all. Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2006
11. Gladys W. Et all. Phathological Gambling among cocaine dependent outpatients. *Am J Psychiatry*, 2000
12. Darke s. et all. Attempted suicide among injecting and non-injecting cocaine user in Sydney, Australia. *Urban Health*, 2004
13. Alec R. Characteristic of Cocaine dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry*. 2001
14. Matthews J., Substance related disorders: cocaine and narcotics. In *Psychiatry update and board preparation*, Macgraw Hill, 2000
15. Lange RA et all. Cardiovascular complications of cocaine use. *N Engl J Med*. 2001
16. Richard A., Lange M.D., David Hillis M.D., Cardiovascular Complications of Cocaine Use, *N England J Med*, Vol. 345, No. 5, August 2, 2001.
17. Marx R., et all. Crack, sex and STD. *Sex Transm Dis.*, 1991; 18:92-101.
18. Rolfs RT., Goldberg M., Sharrar RG., Risk factors for syphilis: cocaine use and prostitution. *Am J Public Health*. 1990; 80:853-7.
19. Darrow WW. et all., Risky sexual behaviors associated with recreational drug use among men who have sex with men in an international resort area: challenges and opportunities, *J Urban Health*, 2005.
20. Cochrane C et al. The role of weight control as a motivation for cocaine abuse. *Addict Behav*, 1998
21. Orlandini D. et all. Le rappresentazioni sociali delle droghe nei giovani e negli adulti, Regione Veneto. 2001
22. Dato emerso dalla somministrazione di un questionario elaborato dal Comitato di Pubblica Informazione Italiana, durante al XXII Convention Italiana del Maggio 2005 dei Narcotici Anonimi.
23. NIDA NOTES, Type A or B? Classification may help in treating cocaine Abuse, Volume 11, Number 4, September/October 1996.
24. Nordstrom G., Berglund M., Type 1 and Type 2 alcoholics (Cloninger & Bohman) have different patterns of succesfull long-term adjustment. *Br J Add*, 1987, 82(7):761-0.