



Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze

ISSN 1609-6169

# REPORT QUALITÀ 2007

EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA DROGA  
IN EUROPA





Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze

# RELAZIONALI 2007

EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA DROGA  
IN EUROPA

## Avvertenza

Questa pubblicazione dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) è protetta da copyright. L'OEDT declina ogni responsabilità, reale o presunta, per l'uso che venga fatto delle informazioni contenute nel presente documento. Il contenuto della presente pubblicazione non rispecchia necessariamente il parere ufficiale dei partner dell'OEDT, degli Stati membri dell'UE o di qualsiasi istituzione o agenzia dell'Unione europea o delle Comunità europee.

Numerose altre informazioni sull'Unione europea sono disponibili su Internet attraverso il server Europa (<http://europa.eu>).

Europe Direct è un servizio a vostra disposizione per aiutarvi a trovare le risposte ai vostri interrogativi sull'Unione europea

Numero verde unico (\*):  
**00 800 6 7 8 9 10 11**

(\* ) Alcuni gestori di telefonia mobile non consentono l'accesso ai numeri 00 800 o non ne accettano la gratuità.

La presente relazione è disponibile in bulgaro, ceco, danese, estone, finlandese, francese, greco, inglese, italiano, lettone, lituano, neerlandese, polacco, portoghese, rumeno, slovacco, sloveno, spagnolo, svedese, tedesco, ungherese, turco e norvegese. Tutte le traduzioni sono state effettuate dal Centro di traduzione degli organismi dell'Unione europea.

Una scheda bibliografica figura alla fine del volume.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, 2007

ISBN 978-92-9168-294-2

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2007

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

*Printed in Belgium*

STAMPATO SU CARTA SBIANCATA SENZA CLORO



Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, 1149-045 Lisbon, Portugal  
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>

## Indice

Prefazione	5
Ringraziamenti	7
Introduzione	9
Commento: la situazione della droga in Europa	11
Capitolo 1	
<b>Misure politiche e legislative</b>	<b>18</b>
Capitolo 2	
<b>La risposta ai problemi della droga in Europa: panoramica</b>	<b>28</b>
Capitolo 3	
<b>Cannabis</b>	<b>37</b>
Capitolo 4	
<b>Anfetamine, ecstasy e LSD</b>	<b>48</b>
Capitolo 5	
<b>Cocaina e cocaina crack</b>	<b>57</b>
Capitolo 6	
<b>Consumo di oppiacei e iniezione di droga</b>	<b>63</b>
Capitolo 7	
<b>Tendenze nuove ed emergenti nel consumo di droga e azioni intraprese nei confronti di nuove sostanze stupefacenti</b>	<b>73</b>
Capitolo 8	
<b>Malattie infettive e decessi correlati alla droga</b>	<b>78</b>
Riferimenti bibliografici	91



## Prefazione

Quella che state per leggere è la 12<sup>a</sup> relazione annuale dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze. Al pari delle sue precedenti edizioni, essa fornisce un aggiornamento esaustivo della situazione attuale in tema di consumo di sostanze stupefacenti in Europa, oltre a illustrare i progressi compiuti nel monitoraggio del consumo, grazie all'adozione di un sistema informativo completo, sostenibile e solido dal punto di vista metodologico.

La relazione si pone l'obiettivo di dare risposta a due domande fondamentali: che cosa si sa sul consumo di droga in Europa e sui problemi ad esso connessi? E che cosa ci suggerisce l'esperienza per elaborare una risposta efficace ai problemi legati al consumo di droga? Queste domande sono importanti perché i responsabili politici europei, a prescindere dalle opinioni politiche o dalle convinzioni ideologiche, ormai riconoscono che il problema delle droghe pone una serie complessa di questioni per le quali non esiste una soluzione a portata di mano. Essi riconoscono che il cammino da percorrere in futuro prevede l'analisi dei dati disponibili riguardo alle dimensioni e alla natura del problema e la valutazione del rapporto costi/benefici delle diverse modalità di intervento. In questo senso la relazione conferma anche l'impegno europeo a favore di politiche equilibrate e fondate sull'esperienza, oltre all'attenzione continua riservata a questo problema rispetto alla possibilità di affidarsi a soluzioni temporanee. Per questo motivo l'Europa può essere orgogliosa di aver reagito in modo razionale e al contempo umano a una questione così delicata e che presenta spesso risvolti emotivi.

Questa relazione vuole anche offrire spunti di riflessione sui progressi compiuti nel reagire al problema della droga in Europa, cosa che risulta essere particolarmente opportuna in questo momento, poiché presto dovremo confrontarci con i risultati raggiunti in questo ambito sia in Europa che a livello internazionale. Nel 2008, infatti, la Commissione europea inizierà a valutare l'impatto del piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga, attualmente in corso, mentre la Commissione stupefacenti delle Nazioni Unite (CND) discuterà sui progressi compiuti nel raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite del 1998.

In Europa, la situazione delle droghe rappresenta tuttora una sfida difficile sia per le politiche sociali e della salute

che in tema di applicazione della legge, tant'è che non è difficile individuare problematiche che suscitano forte preoccupazione. Noi siamo del parere, tuttavia, che è importante anche riconoscere i progressi compiuti, se ce ne sono. In Europa, un numero sempre maggiore di Stati membri sta adottando un approccio strategico e pianificato per risolvere il problema della droga e si osserva anche un incremento significativo degli investimenti nelle attività di prevenzione, trattamento e riduzione del danno, oltre a una migliore collaborazione e a una maggiore attenzione per la riduzione dell'offerta. Il consumo di stupefacenti in generale si mantiene ai massimi storici, ma nella maggior parte del territorio si è stabilizzato e in alcune zone si notano addirittura segnali che meritano di essere interpretati con un cauto ottimismo. L'Unione europea e i suoi Stati membri sostengono con vigore i programmi internazionali e, in un contesto globale, è gratificante vedere che, in alcuni settori di spicco, la situazione in Europa sembra essere relativamente positiva.

Poiché la nostra è un'agenzia addetta al monitoraggio, noi abbiamo a che fare con fatti e cifre: ci impegniamo a mantenere un comportamento scientificamente rigoroso e imparziale, interpretando le informazioni disponibili senza pregiudizi o preconcetti. Questo è il nostro compito, e in qualità di presidente del consiglio di amministrazione e di direttore vogliamo sottolineare che non intendiamo scendere a compromessi su questo punto e che siamo orgogliosi degli standard elevati del nostro lavoro. Sebbene il rigore scientifico sia essenziale per il nostro lavoro, non possiamo dimenticare che dietro alle cifre su cui lavoriamo ci sono esseri umani in carne e ossa, le cui vite sono state toccate e talvolta distrutte dai problemi di droga. Dietro alla freddezza delle statistiche sulle domande di trattamento, dietro ai dati sui decessi correlati al consumo di stupefacenti e dietro alle condotte criminose si nascondono famiglie straziate, perdite di potenziale e bambini che crescono in comunità insicure. Per elaborare risposte efficaci al problema delle droghe dobbiamo essere obiettivi nell'analisi dei dati, senza mai diventare indifferenti all'argomento.

**Marcel Reimen**

Presidente del consiglio di amministrazione dell'OEDT

**Wolfgang Götz**

Direttore dell'OEDT





## Ringraziamenti

L'OEDT desidera ringraziare per il loro contributo alla pubblicazione della relazione:

- i responsabili dei punti focali nazionali Reitox e il loro personale;
- i servizi che in ogni Stato membro si sono occupati della raccolta dei dati da usare per la relazione;
- i membri del consiglio di amministrazione e del comitato scientifico dell'OEDT;
- il Parlamento europeo, il Consiglio dell'Unione europea — in particolare il gruppo orizzontale «Droga» — e la Commissione europea;
- il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), l'Agenzia europea per i medicinali e l'Europol;
- il gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, l'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa, l'Interpol, l'Organizzazione mondiale delle dogane, il progetto ESPAD e il Consiglio svedese di informazione su alcool ed altre droghe (CAN), nonché il Centro europeo per il monitoraggio epidemiologico dell'AIDS (EuroHIV);
- il Centro di traduzione degli organismi dell'Unione europea e l'Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee;
- Prepress Projects Ltd.

### Punti focali nazionali Reitox

Reitox è la rete informativa europea sulle droghe e sulle tossicodipendenze. La rete è costituita da punti focali nazionali dislocati negli Stati membri dell'Unione europea, in Norvegia, nei paesi candidati all'adesione e presso la Commissione europea. I punti focali, sotto la responsabilità dei rispettivi governi, sono le autorità nazionali che forniscono all'OEDT informazioni relative alla droga.

Le informazioni per contattare i punti focali nazionali si trovano al seguente indirizzo:  
<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



## Introduzione

La relazione annuale si basa sulle informazioni fornite all'OEDT dagli Stati membri dell'Unione europea, dai paesi candidati all'adesione e dalla Norvegia (che partecipa all'attività dell'OEDT dal 2001) sotto forma di relazioni nazionali. I dati statistici qui riportati si riferiscono al 2005 (o all'ultimo anno disponibile). I grafici e le tabelle contenuti nella presente relazione possono riferirsi a un gruppo ristretto di paesi dell'UE: la selezione viene fatta in base ai paesi sui quali sono disponibili informazioni per il periodo oggetto della relazione.

Una versione online della relazione annuale è disponibile in 23 lingue (<http://annualreport.emcdda.europa.eu>).

Il bollettino statistico 2007 dell'OEDT (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) contiene l'insieme completo delle tabelle sulle quali è basata l'analisi statistica contenuta nella relazione annuale. Fornisce inoltre informazioni particolareggiate sulla metodologia utilizzata, nonché oltre 100 ulteriori grafici statistici.

I profili statistici nazionali (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) riportano una sintesi grafica di alto livello dei principali aspetti del fenomeno della droga in ciascun paese.

La relazione è accompagnata da tre analisi approfondite che esaminano le seguenti problematiche:

- Droghe e guida di veicoli
- Consumo di droga tra minorenni
- Cocaina e cocaina crack: un crescente problema di salute pubblica.

Le questioni specifiche (*selected issues*) sono disponibili in forma cartacea e online (<http://issues07.emcdda.europa.eu>) soltanto in inglese.

Le relazioni nazionali dei punti focali Reitox danno una descrizione e un'analisi dettagliata del fenomeno della droga in ciascun paese e sono disponibili sul sito web dell'OEDT ([http://www.emcdda.europa.eu /?nnodeid=435](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435)).



## Commento: la situazione della droga in Europa

### **Sempre più importate il ruolo svolto dall'Europa nell'appoggiare le azioni globali finalizzate a ridurre i problemi di droga**

Né le tendenze nel consumo di stupefacenti né le persone coinvolte nella produzione e nel traffico di droga rispettano i confini nazionali o geografici. È quindi importante riconoscere che il problema della droga in Europa fa parte di un fenomeno globale di più ampie dimensioni e che i modelli di consumo degli stupefacenti nel nostro continente sono influenzati e al tempo stesso influenzano gli aspetti di questo fenomeno altrove. Di questa situazione ha tenuto conto l'attuale piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga, che si prefigge di garantire un maggior coordinamento europeo negli affari nazionali e che ammette la necessità di sostenere i programmi volti a ridurre la domanda e l'offerta di stupefacenti nei paesi vicini e nei paesi produttori. L'Europa investe risorse ingenti nelle azioni di sostegno internazionali: un recente audit effettuato dalla Commissione europea rivela che la Comunità europea sta finanziando misure di riduzione della domanda e dell'offerta di stupefacenti nei paesi terzi nell'ordine di almeno 750 milioni di euro. Inoltre, l'Unione europea è attualmente il principale donatore internazionale impegnato ad appoggiare le attività dell'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC).

Oltre al sostegno finanziario, è dimostrato che i paesi europei hanno preso sul serio l'impegno fatto a livello internazionale di elaborare risposte adeguate ai problemi della droga. Nel 2008 la comunità internazionale valuterà i progressi compiuti in riferimento agli obiettivi fissati nel 1998 nella sessione speciale delle Nazioni Unite sulla lotta al fenomeno della droga a livello mondiale. Per integrare i dati disponibili a livello internazionale l'OECD parteciperà al processo di revisione, fornendo una valutazione più dettagliata della situazione europea. Come si evince dai dati presentati in questa relazione, nell'arco degli ultimi 10 anni gli Stati membri dell'UE hanno sviluppato meccanismi di coordinamento a livello europeo e nazionale sempre più completi, solitamente basati su strategie e piani d'azione. Inoltre, hanno drasticamente migliorato le informazioni disponibili sulla situazione degli stupefacenti e hanno investito maggiori risorse in interventi volti sia al contenimento della domanda sia alla riduzione dell'offerta. Pur ammettendo che il consumo di stupefacenti rappresenta una sfida di dimensioni enormi per le politiche sociali e di salute pubblica in Europa, è giusto anche riconoscere questi sviluppi positivi.

### **Inserire l'Europa in un contesto globale**

Il consumo di stupefacenti è un problema globale e, per esplorare utilmente la dimensione relativa del problema della

droga in Europa, è opportuno confrontare i dati europei con le informazioni provenienti da altri paesi. La difficoltà è che soltanto alcune regioni del mondo forniscono dati relativamente completi e solidi. USA, Canada e Australia possono offrire punti di confronto significativi sulle stime della prevalenza del consumo di stupefacenti nell'ultimo anno. Dalle stime dell'UNODC emerge che la prevalenza del consumo di oppiacei in questi paesi è simile, in larga misura, alla prevalenza nell'Unione europea, con percentuali comprese tra lo 0,4 e lo 0,6 %, leggermente inferiori per il Canada e leggermente superiori per gli Stati Uniti. Il consumo stimato di cannabis è, in media, nettamente inferiore nell'Unione europea rispetto a USA, Canada o Australia. Per quanto riguarda le sostanze stimolanti, i livelli del consumo di ecstasy sono più o meno simili in tutto il mondo, anche se l'Australia riferisce tassi di prevalenza elevati e, nel caso dell'anfetamina, la prevalenza è maggiore in Australia e USA rispetto a Europa e Canada. La prevalenza del consumo di cocaina è più alta in USA e Canada che non nell'Unione europea e in Australia. L'assenza di dati comparabili rende difficile valutare l'impatto sulla salute del consumo di droga nei vari paesi, sebbene da un confronto cauto delle percentuali stimate delle infezioni da HIV di nuova diagnosi correlate al consumo di stupefacenti per via parenterale nel 2005 emergano percentuali per Australia, Canada e Unione europea inferiori ai 10 casi per milione di abitanti e circa 36 casi per milione negli USA.

### **Quantificare la complessità: definire obiettivi sensati ed elaborare utili misure sintetiche**

L'obiettivo di tutte le strategie europee in materia di stupefacenti è di ridurre il consumo di droga e i danni ad esso associati, sia per i consumatori sia per le comunità in cui vivono. Questo obiettivo politico può essere formulato in termini lineari, ma è importante riconoscere che il consumo di droga è un fenomeno complesso e sfaccettato e che qualsiasi tentativo di valutare l'impatto delle politiche in questo settore deve tener conto di questa realtà. Una conclusione positiva della relazione è che le politiche europee in materia di stupefacenti sono via via più consapevoli della necessità di concentrarsi su attività specifiche e di delineare obiettivi sensati. Ne è una dimostrazione il passaggio generale che si sta osservando in Europa verso strategie nazionali in materia di lotta agli stupefacenti corredate da piani d'azione più particolareggiati e limitati nel tempo; per quanto riguarda il coordinamento in Europa, questo cambiamento si nota anche nella revisione annuale dell'attuale piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta agli stupefacenti, con l'eliminazione o la modifica di indicatori a seguito della valutazione della loro efficacia.

Per la valutazione delle azioni è chiaramente utile adottare un approccio più mirato. Altrettanto utile, tuttavia è riuscire

a ottenere misure sintetiche che consentano di descrivere con più facilità gli aspetti più complessi. Benché creare queste scale e misure sia un compito tutt'altro che facile, una serie di recenti sviluppi in questo settore si è dimostrata promettente. Nella presente relazione è riportata una nuova analisi dei dati sulla spesa pubblica europea collegata agli stupefacenti. Anche se ancora parziali, questi dati mostrano che ogni anno in Europa vengono spese somme di denaro considerevoli per ridurre la domanda e l'offerta di stupefacenti: un importo compreso tra 13 e 36 miliardi di euro, senza contare che queste cifre non tengono conto dei costi sociali del consumo di stupefacenti.

Tra i progressi che potrebbero rivelarsi utili in questa direzione c'è l'introduzione di indici in grado di cogliere i diversi costi e danni del consumo di sostanze illecite, come l'indice del danno da stupefacenti, elaborato di recente nel Regno Unito. Il danno è anche uno dei concetti chiave alla base dell'indicatore proposto non molto tempo fa dall'UNODC, vale a dire l'indice relativo alle sostanze illecite (IDI). Approcci di questo tipo possono rivelarsi utili in futuro per analizzare le politiche attuate, ma dipendono dalla qualità dei dati su cui si fonda la misura composita e dalla capacità di questi dati di corrispondere al significato dell'obiettivo.

### **La riduzione del danno è ora una componente esplicita dell'approccio europeo**

Si registrano ancora differenze notevoli tra i paesi europei, in termini sia di natura che di entità del problema droga a livello nazionale, e quindi anche a livello della gamma e della struttura della risposta. Nonostante ciò, c'è ampio accordo sui principi generali, e cioè che le politiche in materia di stupefacenti devono essere equilibrate, esaustive e basate sulle evidenze («evidence-based»). Per quanto riguarda la riduzione della domanda, la necessità di avviare attività di prevenzione, trattamento e reinserimento sociale è ormai accettata da tutti. Il tema della riduzione del danno è sempre stato più controverso. Questo atteggiamento sta cambiando e la riduzione del danno oggi fa parte di un pacchetto completo di misure di riduzione della domanda che sembra essere diventato una componente esplicita dell'approccio europeo. Ne è la dimostrazione il fatto che sia la terapia di sostituzione con oppiacei, sia i programmi di scambio di aghi e siringhe sono ormai disponibili praticamente in tutti gli Stati membri dell'UE, per quanto il livello di fornitura del servizio sia estremamente vario. Un'altra conferma si trova nella recente relazione della Commissione europea, da cui è emerso che la raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 ha contribuito a incoraggiare gli Stati membri a elaborare e ampliare le attività di riduzione del danno.

### **Carceri: i servizi per i tossicodipendenti rimangono insufficienti**

Un'importante conclusione tratta dall'analisi dei progressi compiuti nell'attuazione della raccomandazione del Consiglio

è che, nonostante i risultati positivi raccolti in altri settori, l'offerta di servizi di ogni genere nelle carceri continua a essere scarsa. Benché alcuni Stati membri abbiano introdotto programmi per indirizzare i responsabili di reati con problemi di droga verso il trattamento, in alternativa all'applicazione di sanzioni, i tossicodipendenti continuano a essere una proporzione significativa della popolazione dei detenuti praticamente in tutti i paesi. L'OEDT sta collaborando con l'Organizzazione mondiale della sanità per istituire una banca dati per la raccolta di indicatori sanitari nelle carceri. Il principio generale secondo cui i detenuti devono poter accedere alle stesse opzioni terapeutiche disponibili nella più ampia collettività spesso non è rispettato nel caso dei tossicodipendenti. Non solo molte persone che entrano in carcere hanno problemi con la droga, ma — secondo gli studi realizzati — il consumo di droga spesso continua anche in carcere. L'assenza di servizi per i tossicodipendenti in carcere fa temere seriamente che non si tratti soltanto di un'opportunità di intervento persa per ridurre il futuro consumo di stupefacenti e le condotte criminose, bensì anche che i vantaggi per la salute ottenuti altrove possano essere minati dall'insufficienza di servizi in questo ambiente.

### **Identificare e condividere le conoscenze sugli interventi efficaci**

Sempre più il dibattito su tutti i tipi di attività di riduzione della domanda si incentra sull'individuazione degli interventi che si sono dimostrati efficaci e che non producono conseguenze negative indesiderate. Poiché qualsiasi intervento se fatto male è inutile o addirittura controproducente, è indispensabile che questa attività sia volta anche a individuare le misure di buona prassi e di controllo della qualità. Il nuovo regolamento dell'OEDT sottolinea l'importanza di riconoscere e disseminare le buone prassi. Una delle principali difficoltà a questo proposito è rappresentata dalle realtà in cui vengono applicati gli interventi di riduzione della domanda. Gli studi controllati attendibili, che rappresentano lo standard ideale per la maggior parte degli interventi medici, spesso sono difficili da progettare se non semplicemente irrealizzabili. La complessità legata alla valutazione delle prove di efficacia e alla ricerca di norme di controllo della qualità è trattata nel capitolo 2 della presente relazione.

### **Cannabis: forse raggiunto il picco della popolarità, con il maggiore riconoscimento dei problemi per la salute pubblica**

Quasi un quarto di tutti gli adulti ha provato la cannabis almeno una volta nella vita, e una persona su 14 ne ha fatto uso nell'ultimo anno. La cannabis è quindi la sostanza illecita più frequentemente utilizzata in Europa. Più che nella popolazione in generale, tuttavia, si tratta della sostanza illecita di gran lunga più diffusa tra giovani e giovanissimi. Il consumo di droga tra gli adolescenti, che sono in fase di crescita sia fisica che sociale, può essere un aspetto particolarmente problematico. Questo argomento

### In breve: stime sul consumo di droga in Europa

(Le stime riportate si riferiscono alla popolazione adulta e sono le più recenti disponibili. Per i dati completi e tutte le note metodologiche si veda il bollettino statistico 2007).

#### Cannabis

Prevalenza una tantum: almeno 70 milioni o un europeo adulto su cinque.

Consumo nell'ultimo anno: circa 23 milioni di europei adulti o un terzo dei consumatori una tantum.

Consumo negli ultimi 30 giorni: più di 13 milioni di europei.

Variazioni da paese a paese nel consumo nell'ultimo anno: 1,0-11,2 %.

#### Cocaina

Prevalenza una tantum: almeno 12 milioni o circa il 4 % degli europei adulti.

Consumo nell'ultimo anno: 4,5 milioni di europei adulti o un terzo dei consumatori una tantum.

Consumo negli ultimi 30 giorni: circa 2 milioni.

Variazioni da paese a paese nel consumo nell'ultimo anno: 0,1-3 %.

#### Ecstasy

Prevalenza una tantum: circa 9,5 milioni di europei adulti (3 % degli europei adulti).

Consumo nell'ultimo anno: 3 milioni o un terzo dei consumatori una tantum.

Consumo negli ultimi 30 giorni: più di 1 milione.

Variazioni da paese a paese nel consumo nell'ultimo anno: 0,2-3,5 %.

#### Anfetamine

Prevalenza una tantum: quasi 11 milioni o il 3,5 % circa degli adulti europei.

Consumo nell'ultimo anno: 2 milioni, un quinto dei consumatori una tantum.

Consumo negli ultimi 30 giorni: meno di 1 milione.

Variazioni da paese a paese nel consumo nell'ultimo anno: 0,0-1,3 %.

#### Oppiacei

Consumo problematico di oppiacei: tra 1 e 8 casi ogni 1 000 persone adulte (età compresa tra 15 e 64 anni).

Più di 7 500 decessi acuti legati al consumo di droga, con circa il 70 % dei casi legato al consumo di oppiacei (dati del 2004).

Principale sostanza usata dal 50 % dei soggetti che chiedono di entrare in terapia per consumo di stupefacenti.

Più di 585 000 consumatori di oppiacei è stato sottoposto nel 2005 a trattamento con terapia sostitutiva.

è trattato in dettaglio nella questione specifica sul consumo di stupefacenti tra minorenni. L'importanza di capire le implicazioni dell'iniziazione precoce al consumo di cannabis e di individuare quelle che potrebbero rappresentare risposte adeguate a tale fenomeno è una delle sfide complesse che il

consumo di cannabis sta ponendo alle politiche europee in materia di salute pubblica e di lotta alla droga.

Una tendenza generale delle politiche europee è quella di allontanarsi dalle risposte di tipo giudiziario in caso di detenzione e consumo di piccole quantità di cannabis per orientarsi piuttosto verso approcci mirati alla prevenzione o al trattamento. Nonostante ciò, nel periodo 2000-2005, i reati collegati al consumo di cannabis sono aumentati notevolmente (36 %) e, nella maggior parte dei paesi, la cannabis è la sostanza che è più di frequente menzionata nelle sentenze di condanna per consumo o detenzione di stupefacenti. La situazione, tuttavia, potrebbe cambiare, perché oggi gran parte dei paesi riferisce una diminuzione del numero di reati da cannabis segnalati, il che potrebbe indicare che le autorità di polizia stanno spostando le proprie attività in direzione diversa dal consumo di cannabis.

Anche se questo argomento è ampiamente dibattuto nei mezzi di informazione e in seno all'opinione pubblica, non è facile intravedere una relazione diretta o semplice tra politiche di applicazione della legge e prevalenza generale del consumo di cannabis. Nonostante le differenze rilevate da paese a paese in termini di tempistica ed entità del fenomeno, l'Europa ha assistito a un incremento marcato del consumo di cannabis negli anni novanta, cui è seguita una tendenza più stabile, sia pur ancora in lieve aumento a partire dal 2000. In questi ultimi anni si è quindi andato delineando un quadro più omogeneo a livello europeo rispetto al passato. Inoltre, la maggior parte dei dati recenti suggerisce che, soprattutto nei paesi ad alta prevalenza, il consumo di cannabis sta attraversando una fase più stabile, se non addirittura una fase calante. E, per quanto i dati siano ancora relativamente scarsi, non mancano le prove che la popolarità di questa sostanza tra le fasce più giovani della popolazione è in calo in taluni paesi. Se è vero che le tendenze nazionali sono diverse da paese a paese, altrettanto certo è che si può cominciare a pensare, con cauto ottimismo, che l'escalation del consumo di cannabis osservata in Europa a partire dagli anni novanta abbia ormai raggiunto l'apice.

Se l'Europa sta davvero entrando in un periodo caratterizzato da un consumo più stabile di questa sostanza, altrettanto innegabile è che gli attuali livelli di consumo sono estremamente alti rispetto agli standard storici. È stato dimostrato che soltanto una proporzione relativamente piccola di consumatori di cannabis fa uso di questa sostanza con regolarità e in maniera intensiva, ma si tratta comunque di un numero significativo di persone. Un corpus sempre più consistente di studi scientifici e di esperienze cliniche contribuisce oggi a comprendere meglio le necessità dei consumatori con problemi di cannabis, anche se rimane da capire pienamente la serie dei problemi che i consumatori di cannabis, in generale, possono sperimentare. I dati sui trattamenti compilati dall'OEDT dimostrano che il numero delle nuove domande di trattamento da parte dei consumatori di cannabis è quasi triplicato rispetto al 1999, pur trattandosi di una tendenza in via di stabilizzazione. L'interpretazione

di questa tendenza è resa più complicata da una serie di motivi, tra cui l'aumento dei servizi per i problemi collegati al consumo di cannabis, oltre che un aumento della consapevolezza di tali problemi; c'è anche da tener conto del fatto che una percentuale significativa di soggetti viene obbligatoriamente indirizzata ai servizi terapeutici da parte del sistema della giustizia penale o da altre strutture sociali. Pare anche che le necessità dei consumatori di cannabis che entrano in contatto con i servizi terapeutici siano diversificate, così come le risposte che vengono fornite, che vanno da brevi interventi orientati alla prevenzione su su fino ad approcci terapeutici più formali.

La situazione del consumo di cannabis in Europa è complicata ulteriormente da una serie di fattori di mercato, e questo problema è influenzato altresì dall'assenza di dati di buona qualità sulla percentuale relativa e la disponibilità di vari prodotti della cannabis nell'UE. L'Europa rimane il principale mercato mondiale della resina di cannabis, che viene prodotta in larga misura nell'Africa settentrionale. Anche le foglie di cannabis sono disponibili in Europa, benché il quantitativo di resina sequestrato sia 10 volte superiore a quello delle foglie di cannabis. Questo quadro potrebbe tuttavia cambiare in futuro: nel 2005 i sequestri di resina di cannabis sono diminuiti leggermente, mentre i sequestri di foglie di cannabis hanno continuato ad aumentare, così come le intercettazioni di piante di cannabis. La metà dei paesi europei ha riferito una certa produzione di cannabis a livello nazionale nel 2005. Alcune forme di cannabis prodotta a livello domestico possono avere una potenza relativamente alta; inoltre, la produzione nazionale influisce anche sulle attività di controllo degli stupefacenti.

Il consumo di cannabis fa sorgere una serie complessa di problemi in materia di stupefacenti, salute pubblica e politiche sociali in Europa. Un aspetto positivo è che gli Stati membri sembrano iniziare a comprendere meglio le implicazioni del consumo diffuso di questa sostanza e che il dibattito è sempre più mirato e meno incline a sottovalutare o sopravvalutare il fenomeno.

### Cocaina: di nuovo in crescita le stime sul consumo

Nella presente relazione l'OEDT ha riesaminato le proprie stime del consumo di cocaina, calcolando che 4,5 milioni di europei hanno fatto uso della sostanza nell'ultimo anno, rispetto ai 3,5 milioni riportati nella relazione annuale 2006. Il quadro generale riferito lo scorso anno, che indicava una situazione in via di stabilizzazione, è messo in discussione anche dai nuovi dati, che indicano un incremento generale del consumo. Le nuove statistiche confermano che la cocaina è, nel complesso, la seconda sostanza illecita usata più di frequente in Europa, presente dopo la cannabis e prima di ecstasy e anfetamine in tutte le rilevazioni. I dati sul consumo di cocaina nell'ultimo mese sono più del doppio rispetto al consumo di ecstasy. Benché i recenti incrementi si spieghino con un numero maggiore di paesi che denunciano al giorno d'oggi una percentuale significativa di persone che fanno uso

di cocaina, la variabilità da paese a paese continua a essere alta, con bassi tassi di consumo registrati nella maggior parte dei paesi dell'Europa orientale.

Tassi di prevalenza aumentati si osservano anche nei nuovi dati messi a disposizione da Spagna e Regno Unito, i due Stati con la più alta prevalenza in Europa, sebbene non si tratti in entrambi i casi di incrementi marcati. In questi due paesi i tassi di prevalenza nell'ultimo anno tra i giovani adulti sono simili o maggiori rispetto a quelli descritti negli USA. Preoccupa inoltre il fatto che, in entrambi i paesi, il consumo di cocaina tra i giovani sia relativamente alto (circa il 4-6 % tra i ragazzi di 15-16 anni). In Spagna un'analisi suggerisce che il recente aumento è dovuto a un incremento del consumo nella fascia di età compresa tra i 15 e i 24 anni. È importante notare che le stime di chi lamenta problemi gravi con la cocaina sono nettamente inferiori. Anche se questo genere di informazione è messa a disposizione soltanto da tre paesi (Spagna, Italia, Regno Unito), il dato varia comunque tra lo 0,3 e lo 0,6 % della popolazione adulta. Il consumo di cocaina crack rimane raro in Europa, ma — ove presente — è comunque responsabile di problemi localizzati gravi.

Altri indicatori dimostrano una tendenza all'aumento, a confermare l'importanza crescente della cocaina all'interno del fenomeno «droga» in Europa. Sono aumentati sia il numero dei sequestri sia il quantitativo di sostanza intercettata, forse in conseguenza di un'accresciuta attenzione rivolta al mercato europeo, nonché probabilmente di un aumento delle attività di interdizione. Le azioni di coordinamento finalizzate a contrastare il traffico di cocaina si stanno diffondendo in Europa. Si prevede di costituire a breve una nuova task force intergovernativa, con avrò sede in Portogallo, una scelta questa dettata dall'importanza crescente accordata da questo paese all'interdizione della cocaina. Benché questi sequestri record non abbiano inciso minimamente sulle tendenze dei prezzi, che continuano a calare, possono tuttavia aver determinato variazioni dei livelli di purezza della sostanza.

Finora l'aumento dei livelli di consumo della cocaina ha avuto conseguenze soltanto modeste sugli indicatori sanitari, tendenza che tuttavia può cambiare in futuro. Ogni anno sono riferiti in Europa circa 400 decessi correlati alla cocaina e c'è il sospetto che le morti per motivi cardiovascolari in cui la cocaina risulta una sostanza aggravante possano passare ampiamente inosservate. Sono in crescita le domande di accesso al trattamento da parte dei cocainomani. Nel 2005 la cocaina era la sostanza primaria osservata nel 13 % circa di tutte le domande di trattamento, una percentuale che aumenta al 22 % se si considerano i soggetti che chiedono di entrare in terapia per la prima volta. Il numero delle nuove domande di accesso al trattamento è più o meno triplicato negli ultimi cinque anni, fino a superare le 33 000 domande. La cocaina è inoltre menzionata come droga secondaria nel 15 % circa dei casi. Cresce infine la consapevolezza che l'uso concomitante di cocaina complica il trattamento della dipendenza da oppiacei in alcuni paesi. Nonostante ciò, le domande generali di trattamento per una dipendenza da



cocaina sono minori rispetto alle domande registrate per problemi di consumo di cannabis e sono nettamente inferiori rispetto alle domande collegate al consumo di oppiacei.

### **HIV: valutazione nel complesso positiva, ma i nuovi casi di infezione mostrano che non bisogna abbassare la guardia**

Negli anni novanta l'esperienza o la potenziale minaccia di un'epidemia di infezione da HIV di ampie proporzioni tra i consumatori di droga per via parenterale è stata un catalizzatore per lo sviluppo di servizi mirati a questo gruppo di tossicodipendenti. Con l'espansione dei servizi, l'epidemia da HIV osservata in precedenza in Europa è stata ampiamente evitata, anche se non sono mancati taluni episodi problematici localizzati in alcuni paesi, soprattutto negli Stati baltici, e se in alcuni Stati colpiti in precedenza da epidemie i tassi di prevalenza dell'HIV tra gli IDU sono rimasti abbastanza alti. In generale, se il consumo di stupefacenti per via parenterale è diminuito come via di trasmissione dell'HIV, l'OEDT calcola che, nel 2005, questo fattore era responsabile di circa 3 500 nuovi casi diagnosticati di infezione da HIV nell'Unione

europea. Questa cifra potrebbe sembrare bassa rispetto ai dati storici, ma descrive comunque un problema di salute pubblica non trascurabile.

L'analisi dei dati più recenti rivela che, nella maggior parte dei paesi, le percentuali di nuove infezioni correlate al consumo di stupefacenti per via parenterale rimangono basse e che, nella maggior parte dei paesi dell'Unione europea, la prevalenza dell'HIV tra gli IDU è diminuita tra il 2001 e il 2005. Di conseguenza, soprattutto nelle zone dove la prevalenza era elevata in passato, i casi di infezione riconducibili a questa via di trasmissione sembrano essere in diminuzione. La situazione rimane preoccupante in Estonia, Lettonia e Lituania, dove comunque si registra, nei dati più recenti, una relativa tendenza alla diminuzione del numero di nuove infezioni.

Questa valutazione deve essere interpretata con cautela, perché i dati in alcune importanti zone sono scarsi e gli studi delle tendenze temporali negli ultimi cinque anni hanno indicato un aumento, in talune aree o campioni, in circa un terzo dei paesi. Inoltre in qualche paese c'è motivo di

### **Afghanistan: le misure di sviluppo alternativo possono influire?**

La sostenibilità della situazione generale stabile o in via di miglioramento che è stata osservata per quanto riguarda il consumo di eroina in Europa è messa in discussione dall'aumento della produzione di oppio in Afghanistan. Le stime riferite al 2006 rivelano che la produzione è cresciuta del 43 % in conseguenza di un sostanziale incremento della superficie coltivata.

I sequestri di oppiacei e i laboratori smantellati sembrano indicare che un quantitativo sempre maggiore di oppio prodotto in Afghanistan venga trasformato in morfina o in eroina prima di essere esportato (CND, 2007). L'eroina entra successivamente in Europa seguendo due principali rotte di traffico: la tradizionale via dei Balcani, che è il più importante percorso utilizzato per il contrabbando di eroina, e la più recente cosiddetta «via della seta» (cfr. il capitolo 6).

Le differenze regionali rilevate in Afghanistan mettono in luce il potenziale di crescita economica a cui è necessario puntare per ridurre la coltivazione del papavero, ma fanno capire anche che questa crescita potrebbe essere minata dall'assenza di sicurezza politica, dalla corruzione e dai problemi infrastrutturali che affliggono il paese. Ridurre la coltivazione è una misura che può essere introdotta in tempi rapidi, ma che altrettanto rapidamente può essere vanificata. Nella provincia di Nangarhar, per esempio, nella zona orientale del paese, il livello di coltivazione di papavero da oppio è precipitato del 96 % nel biennio 2004-2005, ma da allora, qui come in numerosi altri distretti, questa coltivazione è stata reintrodotta ai livelli originari, in parte anche per rispondere ai bisogni economici di regioni densamente popolate, che non sono state in grado di diversificare verso la produzione di altre colture pregiate e di raccogliere le opportunità di reddito non collegate dall'agricoltura (Mansfield, comunicazione personale e 2007).

In altre zone della regione orientale, invece, è assai probabile che i livelli di coltivazione rimangano trascurabili e persino nelle province meridionali di Kandahar e di Helmand ci si possono attendere riduzioni della coltivazione di papavero nelle aree situate in prossimità dei capoluoghi di provincia. I fattori che contribuiscono a questo sviluppo positivo sembrano essere un maggior controllo da parte del governo e una diversificazione efficace verso la produzione agricola, due elementi che hanno consentito alla popolazione di dedicarsi alla produzione di colture remunerative e alle autorità di governo di introdurre infrastrutture funzionanti a livello di trasporti e commercializzazione. Nella fascia settentrionale e nordorientale del paese, l'aumento dei salari e l'abbattimento dei prezzi dell'oppio hanno avuto come effetto quello di scoraggiare la coltivazione del papavero; inoltre, alcune coltivazioni di ortaggi permettono effettivamente di ottenere guadagni più sostanziosi rispetto al papavero. In queste zone la diversificazione delle colture è stata affiancata da interventi di lotta agli stupefacenti e da un maggior coinvolgimento del governo, tale per cui si è diffusa la percezione generale che, al bisogno, le misure finalizzate a proibire la coltivazione dell'oppio sarebbero state realmente applicate.

L'aumento del costo del lavoro e l'abbattimento dei prezzi hanno assottigliato le rendite dovute alla produzione di papavero da oppio e, in alcune aree, la popolazione guadagna di più dedicandosi ad attività alternative, soprattutto nelle regioni in cui esistono anche opportunità di reddito diverse rispetto all'agricoltura. Queste opportunità di lecito guadagno, tuttavia, non sono accessibili a tutti e in molte zone gli agricoltori hanno poche alternative, soprattutto a causa degli elevati costi di trasporto, di una rete viaria ancora inadeguata e dei problemi derivanti da una situazione di insicurezza. È proprio qui che la corruzione e l'insicurezza riducono le opportunità della popolazione di commercializzare prodotti leciti e impediscono la crescita economica e la diversificazione dei raccolti, anche a una distanza relativamente breve dai principali centri provinciali.

preoccupazione a causa dei livelli relativamente alti delle nuove infezioni o per il fatto che si è registrato un piccolo aumento della prevalenza, anche se le percentuali generali rimangono basse. Poiché si è visto di recente che le infezioni da HIV possono diffondersi rapidamente nelle popolazioni vulnerabili, si comprende quanto sia necessario continuare a orientare e a sviluppare servizi specifici per le popolazioni a rischio.

### **L'epatite C rimane l'epidemia nascosta dell'Europa**

L'OEDT ha calcolato che potrebbero esserci 200 000 europei con un'infezione da HIV che in passato hanno fatto uso di stupefacenti per via parenterale o che sono ancora dediti a questo consumo. Anche se l'opinione pubblica è bene informata sui rischi di trasmissione dell'HIV posti dal consumo di droga per via parenterale, non si deve dimenticare che esiste circa 1 milione di IDU occasionali che contraggono il virus dell'epatite C (HCV), compresa tra questi una percentuale significativa di persone che non fanno più uso di droga.

L'epatite C può avere gravi conseguenze sulla salute, tra cui tumori e morte; tuttavia, soddisfare le esigenze dei soggetti con HCV può comportare grossi sacrifici per i bilanci sanitari. In Europa la percentuale di casi di HCV è alta tra gli IDU ed è stato dimostrato che i giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale continuano a contrarre questa malattia nei primi anni del consumo di droga, cosa che limita le possibilità di intervento. A differenza dell'epatite B, per cui gli interventi sembrano apportare benefici, i dati relativi all'HCV non mostrano un andamento chiaramente interpretabile, ma le differenze rilevate da paese a paese possono far capire quali tipi di intervento possono rappresentare azioni efficaci in questo settore.

### **Il consumo di eroina è stabile, ma è preoccupante l'aumento dei problemi relativi agli oppiacei sintetici**

Si calcola che la potenziale produzione mondiale di eroina, prevalentemente in Afghanistan, sia tornata a crescere nel 2006, fino a superare le 600 tonnellate. Ci si pone quindi una domanda per l'Europa: quali conseguenze avrà questo incremento sul problema degli stupefacenti? L'aumento della produzione di eroina non appare ancora nella maggior parte degli indicatori del consumo di eroina, che nel complesso è stabile. Elementi tratti dall'analisi dei dati sul trattamento e sulle overdosi di stupefacenti suggeriscono che la popolazione che fa uso di questa sostanza in Europa continua a invecchiare, anche se la situazione dei paesi dell'Europa orientale è meno chiara. In generale, le stime del consumo problematico di droga fanno pensare che la situazione si stia stabilizzando. Tuttavia, la diminuzione del prezzo della sostanza e l'aumento del numero di giovani consumatori di eroina che entrano in terapia in alcuni paesi sottolineano la necessità di non abbassare la guardia.

Sebbene non vi siano attualmente elementi precisi che indichino che il consumo di eroina stia acquistando popolarità tra i giovani, da diverse relazioni risulta che il consumo di oppiacei sintetici potrebbe essere un crescente problema in alcune regioni europee e che gli oppiacei sintetici potrebbero addirittura sostituirsi all'eroina in taluni Stati. In Austria una proporzione crescente di soggetti che chiedono di entrare in terapia ha meno di 25 anni e si rivolge ai servizi terapeutici per problemi dovuti al consumo di oppiacei che hanno subito diversione da utilizzi legittimi. Analogamente, il Belgio riferisce un aumento del consumo illecito di metadone, mentre in Danimarca questa sostanza è menzionata di frequente nei decessi correlati al consumo di stupefacenti. La buprenorfina, una sostanza considerata da qualcuno come poco interessante per il mercato illecito, comincia a essere riferita con una certa frequenza nella Repubblica ceca, dove se ne registra anche un uso per via parenterale; questa sostanza inoltre potrebbe aver rimpiazzato l'eroina in Finlandia, mentre le attività di monitoraggio in Francia puntano il dito contro il consumo illecito di buprenorfina, compreso il consumo per via parenterale da parte dei giovani, che hanno iniziato a consumare oppiacei proprio con questa sostanza e non con l'eroina.

### **Diminuisce la tendenza al calo dei decessi per overdose**

L'OEDT riferisce regolarmente in merito all'andamento dei decessi acuti correlati agli stupefacenti in Europa: si tratta in prevalenza di decessi dovuti a overdose, in genere per eroina o altri oppiacei, anche se nella maggior parte dei casi si tratta di consumo concomitante di più sostanze. I decessi per overdose rappresentano una causa importante di mortalità tra giovani adulti, che potrebbe essere evitata.

Dal 2000 molti paesi dell'UE riferiscono diminuzioni del numero di decessi correlati al consumo di stupefacenti, forse grazie a un aumento dell'offerta di servizi o a variazioni intervenute nel numero di consumatori di eroina per via parenterale. Questo andamento positivo tuttavia si è interrotto nel 2004 e nel 2005. Particolarmente allarmante è il fatto che in alcuni paesi è cresciuta la percentuale dei giovani tra le persone che muoiono a causa della droga. Ridurre i decessi correlati agli stupefacenti costituisce un obiettivo irrinunciabile per la salute pubblica, per raggiungere il quale è necessario comprendere le ragioni che hanno determinato l'interruzione di questa tendenza.

I decessi per overdose non sono l'unico rischio per la salute cui sono esposti i tossicodipendenti. Emerge dagli studi che la mortalità per tutte le cause è eccessivamente alta tra i consumatori problematici di droga: fino a 10 volte rispetto alla popolazione in generale. Da qui la necessità di elaborare un approccio più completo per rispondere alle esigenze di salute fisica e mentale di questo gruppo della popolazione, se si vogliono ridurre in maniera significativa la morbilità e la mortalità associate al consumo cronico di stupefacenti.



## Capitolo 1

### Misure politiche e legislative

In questo capitolo sono descritte le politiche in materia di stupefacenti concernenti l'UE nel suo complesso e i singoli Stati membri, nonché il rapporto tra questi due livelli del processo di definizione politica. Un'attività di raccolta di dati realizzata dall'OEDT nel corso del periodo oggetto della relazione consente di avere una panoramica delle attuali strategie nazionali in materia di droga e dei quadri istituzionali presenti in Europa. In una sezione distinta dedicata alle spese pubbliche legate al fenomeno della droga è riportata una discussione sui costi degli stupefacenti a carico della società. Sulla base dei dati relativi alla spesa pubblica nazionale riferiti dagli Stati membri viene fatta una prima approssimazione dell'importo totale speso dai governi europei per la droga. In un capitolo relativo ai recenti cambiamenti introdotti nelle normative nazionali sono illustrate le modifiche apportate a livello legislativo per tener conto della riduzione dell'offerta e degli approcci giuridici ai test per il rilevamento della droga. In un capitolo dedicato ai crimini correlati alla droga è presentata una panoramica delle più recenti statistiche sulle violazioni delle normative sugli stupefacenti e delle tendenze dei fatti criminosi collegati all'uso di oppiacei e cannabis. Il capitolo si conclude con una sezione riservata alla ricerca sugli stupefacenti in Europa.

### Strategie nazionali in materia di droga

#### Situazione generale e nuovi sviluppi

All'inizio del 2007 tutti gli Stati membri dell'UE, a eccezione di Italia, Malta e Austria, disponevano di una strategia nazionale in materia di droga, spesso corredata da un piano d'azione. All'epoca erano in vigore in Europa oltre 35 documenti diversi di pianificazione nazionale in materia di stupefacenti, riferiti a un periodo compreso tra poco meno di due anni (piano d'azione ceco) e più di dieci anni (strategia nazionale olandese in materia di droga).

Una notevole tendenza osservata negli ultimi anni riguarda il passaggio da un unico documento di pianificazione nazionale all'adozione di due strumenti complementari: un quadro strategico e un piano d'azione. Questo approccio, che permette una migliore concettualizzazione degli obiettivi di breve, medio e lungo termine, è attualmente in uso in quasi la metà degli Stati membri dell'UE ed è ancora più diffuso negli Stati che hanno aderito all'UE nel 2004 e nel 2007: di questi dodici paesi, otto possiedono sia una strategia in materia di droga sia un piano d'azione.

Il fatto di associare piani d'azione alle strategie in materia di droga permette di definire in maniera più dettagliata gli obiettivi, le azioni, le responsabilità e il calendario di attuazione. Alcuni paesi, tra cui Cipro, Lettonia e Romania, hanno inserito nelle proprie strategie nazionali e nei piani d'azione processi d'attuazione particolareggiati. Questa impostazione, che viene utilizzata da qualche tempo anche in altri Stati membri (per esempio, Spagna, Irlanda, Regno Unito), è sempre più diffusa ed è stata adottata anche nell'attuale piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga.

Nel 2006 quattro Stati membri (Grecia, Polonia, Portogallo, Svezia) e la Turchia, oltre che l'Irlanda del Nord e il Regno Unito, hanno approvato nuove strategie o piani d'azione in materia di stupefacenti. In nessuno di questi casi si trattava del primo progetto di questo genere e in tutti questi casi veniva precisato, nelle relazioni nazionali, che i nuovi documenti strategici sugli stupefacenti avevano beneficiato dell'esperienza dei precedenti. Nel 2007 due Stati membri (Malta e Austria) e la Norvegia devono adottare nuove strategie nazionali in materia di droga, mentre Repubblica ceca, Estonia, Francia e Ungheria realizzeranno nuovi piani d'azione.

#### Contenuto

Ridurre il consumo di droga, in generale, e il consumo problematico di sostanze stupefacenti, più in particolare, rappresenta un obiettivo centrale delle strategie nazionali in materia di droga e dei relativi piani d'azione di tutti gli Stati membri dell'UE, dei paesi candidati all'adesione e della Norvegia. Anche l'obiettivo di prevenire e ridurre il danno individuale e collettivo causato dal consumo di sostanze stupefacenti è un traguardo condiviso da tutti i paesi. Un'altra caratteristica comune è l'approccio cosiddetto «globale», per cui si intravede un collegamento tra gli interventi mirati a ridurre l'offerta di droga e quelli orientati ad abbattere la domanda. Altrettanto diffuso è l'approccio «equilibrato», che punta a dare priorità sia alla riduzione dell'offerta che alla diminuzione della domanda. Tutti questi elementi fanno parte anche della strategia dell'Unione europea in materia di lotta contro gli stupefacenti.

La gamma delle sostanze psicoattive comprese nelle strategie nazionali in materia di droga è un ambito in cui si registrano differenze notevoli tra i paesi europei, come emerge dai nuovi documenti adottati nel 2006. Di questi, due si riferiscono

## Il nuovo regolamento dell'OEDT

Il 12 dicembre 2006 il Parlamento europeo e il Consiglio dell'Unione europea hanno sottoscritto il nuovo regolamento dell'OEDT che è entrato in vigore nel gennaio 2007.

Il nuovo regolamento sottolinea l'importanza degli indicatori di base e ribadisce che la loro messa a punto è un prerequisito indispensabile per consentire al Centro di svolgere le proprie mansioni. Viene dato risalto inoltre alla necessità di creare un sistema informativo sensibile alle tendenze nuove ed emergenti.

Il nuovo documento amplifica la portata del mandato dell'OEDT. Un'attenzione particolare è rivolta adesso alla fornitura di informazioni sul consumo combinato di sostanze psicoattive lecite e illecite e sulle migliori prassi negli Stati membri. L'OEDT è in grado altresì di elaborare strumenti e mezzi per aiutare gli Stati membri a monitorare e valutare le politiche nazionali in materia di stupefacenti e per assistere la Commissione europea a fare lo stesso a livello comunitario. Tutti questi nuovi elementi

consentiranno all'agenzia di tratteggiare un quadro più completo del fenomeno della droga.

Il nuovo regolamento riconosce maggiore importanza alla collaborazione con le agenzie partner, soprattutto l'Europol nel caso del monitoraggio delle nuove sostanze psicoattive, nonché con altre organizzazioni quali l'OMS, le Nazioni Unite o le autorità statistiche competenti, e ciò allo scopo di ottimizzare l'efficienza. Il nuovo regolamento accenna ai paesi a cui l'OEDT può trasferire il suo know-how, su richiesta della Commissione europea e con l'approvazione del consiglio di amministrazione.

Il nuovo regolamento definisce inoltre con maggior chiarezza il ruolo della rete Reitox dei punti focali nazionali. La rifusione modifica infine le norme relative al comitato scientifico, che fornirà all'agenzia la consulenza di un organismo coerente e indipendente di eminenti scienziati. Oltre a contribuire alla qualità del lavoro dell'OEDT, il comitato scientifico fungerà anche da ponte verso la più ampia comunità scientifica e il mondo della ricerca.

prevalentemente alle sostanze illecite (Polonia, Portogallo), pur mostrando qualche legame tra le strategie in materia di droga e le strategie relative al consumo di alcol e tabacco, due trattano sia le sostanze illecite che l'alcol (Grecia, Irlanda del Nord, Regno Unito) e uno (Turchia) riguarda tutte le sostanze che inducono dipendenza.

Inoltre, la Svezia ha adottato contemporaneamente due piani d'azione tra loro correlati: uno relativo all'alcol e l'altro alle sostanze illecite. In alcuni paesi si sono osservati per alcuni anni tentativi di riunire le politiche riguardanti le sostanze lecite e quelle illecite (per esempio, Germania, Francia) <sup>(1)</sup>. Probabilmente l'ambito di applicazione delle future strategie in materia di droga e la loro possibile integrazione con altre strategie relative alla sfera della salute pubblica rimarrà, negli anni a venire, un tema di notevole importanza.

Le strategie nazionali in materia di droga e i piani d'azione ad esse collegati comprendono, solitamente, interventi in tutti i settori della prevenzione, del trattamento e del recupero, della riduzione dei danni e della diminuzione dell'offerta. Tuttavia, la portata dei singoli interventi e l'importanza ad essi attribuita varia da paese a paese <sup>(2)</sup>. Tale diversità si può spiegare con le differenze riscontrate a livello di dimensioni e caratteristiche del problema, oltre che con la varietà delle politiche sociali e sanitarie adottate in Europa. Anche le risorse finanziarie, l'opinione pubblica e la cultura politica sono elementi fondamentali, ed è possibile dimostrare che i paesi accomunati da talune peculiarità specifiche adottano politiche simili in materia di droga (Kouvonen et al., 2006).

## Valutazione

Il fatto che nell'Unione europea esista una diversità di strategie nazionali in materia di droga con obiettivi tuttavia comuni può essere considerato un punto di forza, che consente di realizzare un'analisi comparativa dei vari tipi di approccio.

La valutazione delle strategie nazionali in materia di droga e dei piani d'azione ad esse correlati è quindi importante, non soltanto per analizzare gli sforzi profusi a livello nazionale, bensì anche per migliorare la comprensione generale dell'efficacia delle strategie in materia. L'Unione europea e i suoi Stati membri hanno già investito risorse significative in questo campo.

Quasi tutti i paesi europei menzionano l'obiettivo di valutare le proprie strategie nazionali in materia di droga. I governi vogliono sapere se le loro politiche vengono effettivamente messe in atto e se i risultati attesi vengono effettivamente raggiunti. In due Stati membri (Belgio e Slovenia) l'ambito della valutazione è stato limitato a una serie di progetti selezionati. Nella maggior parte degli altri paesi, nonché a livello europeo, la realizzazione delle azioni indicate nella strategia nazionale viene sistematicamente monitorata. Ciò permette di effettuare revisioni dell'andamento, per poter utilizzare i risultati di questo esercizio allo scopo di migliorare o aggiornare le strategie o i piani d'azione esistenti.

Meno frequenti in Europa sono invece le valutazioni globali, che interessano il processo, i suoi risultati e il suo esito complessivo, nonché l'impatto prodotto. Alcuni paesi (Estonia, Grecia, Spagna, Polonia e Svezia) riferiscono in merito alla pianificazione di una valutazione interna sulla base di revisioni dei progressi dell'attuazione e di altri dati epidemiologici e criminologici correlati. In alcuni casi (Lussemburgo, Portogallo) questa valutazione verrà affidata a un organismo esterno.

In sintesi, le revisioni sull'andamento delle attività di attuazione delle strategie nazionali in materia di droga e dei piani d'azione stanno diventando la prassi in Europa. Il prossimo passo, vale a dire la realizzazione di valutazioni dei risultati raggiunti e dell'impatto prodotto, è ancora in una fase iniziale e la prossima valutazione dell'impatto del piano

<sup>(1)</sup> Cfr. la questione specifica (2006) «Politiche europee in materia di droga: estese oltre le droghe illecite?».

<sup>(2)</sup> Cfr. il capitolo 2.

d'azione dell'UE in materia di lotta agli stupefacenti per il periodo 2005-2008, per la quale la Commissione europea ha ordinato uno studio finalizzato alla concezione di una metodologia, potrebbe rappresentare un valido esempio. Qualcosa si muove anche nel campo della creazione di indici, concepiti per valutare l'impatto delle strategie nazionali in materia di droga o la situazione complessiva del fenomeno. Sia il Regno Unito sia l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC) hanno investito enormi risorse in questa direzione.

### Indici per le politiche in materia di droga

L'indice di danno da stupefacenti (DHI) del Regno Unito è stato introdotto per registrare i costi sociali dei danni causati dal consumo problematico di qualsiasi tipo di sostanza illecita. L'indice viene utilizzato per valutare quattro tipi di danni: impatto sulla salute, danni per la collettività, reati nazionali correlati agli stupefacenti e reati di natura commerciale correlati agli stupefacenti. L'indice, tuttavia, non vuole essere una sintesi completa della situazione del fenomeno «droga» nel paese, perché gli indicatori sono esclusivamente circoscritti a quelli per i quali esistono già dati solidi, e le cifre e le tendenze relative ai risultati vengono utilizzate come riferimento per valutare l'andamento futuro (MacDonald et al., 2005). L'indice relativo alle sostanze illecite (IDI) dell'UNODC tiene conto di tre dimensioni del fenomeno «droga»: la produzione di stupefacenti, il traffico di stupefacenti e il consumo di droga. Il risultato è un punteggio generale, basato su un «danno/fattore di rischio pro capite», che dovrebbe cogliere la portata di tutti i problemi legati agli stupefacenti che si registrano in un determinato paese (UNODC, 2005).

La concettualizzazione di entrambi gli strumenti ha tenuto conto di interessanti sviluppi metodologici e ha consentito una prima analisi dell'uso degli indici generali per valutare le strategie in materia di droga e monitorare la situazione complessiva del fenomeno. Una prima osservazione da fare è che questi strumenti possono essere utili per un follow-up di tipo longitudinale della situazione nazionale, ma che — per capire cosa sta accadendo esattamente — il risultato dovrebbe essere contestualizzato nell'analisi dei singoli indicatori presenti negli indici. Il ricorso a un indice generale per il confronto tra paesi potrebbe essere più difficile, a causa dei limiti rilevati nei pool di dati esistenti e dell'assenza di variabili contestuali (per esempio, la situazione geografica) nell'analisi.

### Meccanismi di coordinamento

Se è vero che esistono al giorno d'oggi meccanismi formali di coordinamento nel settore degli stupefacenti in quasi tutti gli Stati membri e in Norvegia, altrettanto certo è che si nota una diversità marcata nei sistemi esistenti, che è il riflesso delle differenze esistenti nelle strutture politiche tra i vari paesi. Nonostante ciò, è possibile individuare delle caratteristiche generali e darne una descrizione.

La maggior parte degli Stati possiede, a livello nazionale e regionale o locale, meccanismi di coordinamento in materia di droga. A livello nazionale esiste, di norma, una commissione interministeriale sugli stupefacenti, spesso affiancata da un'agenzia nazionale per il coordinamento in materia di droga e/o da un coordinatore nazionale in materia di droga, responsabile del coordinamento quotidiano delle attività. A livello regionale o locale sono presenti, nella maggior parte dei paesi, agenzie per il coordinamento in materia di droga e/o coordinatori in materia di droga.

Gli Stati europei possiedono meccanismi di coordinamento a livello nazionale che sono collegati in maniera diversa alle entità regionali o locali. In alcuni paesi, soprattutto se con struttura federale (per esempio, Belgio, Germania), vengono utilizzati sistemi di coordinamento verticali, in maniera tale da garantire la collaborazione tra i vari organi di coordinamento che agiscono in maniera autonoma. In altri paesi (Finlandia e Portogallo, per fare un esempio), il coordinamento a livello regionale o locale è posto sotto la diretta supervisione degli organismi di coordinamento nazionali.

L'analisi comparativa dei meccanismi di coordinamento in materia di droga nell'Unione europea è resa difficile dalla diversità dei sistemi esistenti. Tuttavia, uno studio commissionato dall'OEDT ha dimostrato che è possibile valutare i sistemi di coordinamento concentrandosi sulla loro «qualità di attuazione», un concetto utile per studiarne la capacità di produrre risultati (Kenis, 2006). Questo approccio verrà ulteriormente sviluppato in modo da poterlo utilizzare nella valutazione dei sistemi nazionali di coordinamento in materia di droga.

## Spesa pubblica nel campo della droga

La spesa pubblica collegata al fenomeno della droga riferita dai paesi europei va da 200 000 euro a 2 290 milioni di euro <sup>(3)</sup>. L'elevata variabilità si può spiegare, in parte, con le diverse dimensioni degli Stati membri e, in parte, con le differenze registrate da paese a paese nel tipo di spesa riferito e nella completezza dei dati disponibili. La maggior parte degli Stati ha comunicato esclusivamente le spese sostenute in relazione all'attuazione dei programmi politici nazionali in materia di droga, senza menzionare gli altri costi collegati alla riduzione della domanda e dell'offerta di stupefacenti. Inoltre, spesso non tutti i principali ambiti della spesa pubblica legata al fenomeno della droga sono stati inseriti: soltanto 15 paesi su 23 hanno fornito informazioni dettagliate sulle spese sostenute per le «attività sanitarie e sociali» (trattamento, riduzione del danno, ricerca medica, attività formative, preventive e sociali) e soltanto 14 Stati trasmettono dettagli sui costi collegati alle «misure di applicazione delle leggi» (attività che coinvolgono forze di polizia, esercito, tribunali, carceri, funzionari doganali e guardia di finanza). Ancora più rare (sette paesi) sono state le informazioni relative alla spesa sostenuta in altri settori (per esempio, il settore amministrativo, il coordinamento, il

(3) Le cifre generali sulle spese pubbliche collegate agli stupefacenti nel 2005 negli Stati membri dell'UE e in Norvegia sono state raccolte dai corrispondenti punti focali nazionali.



## I costi del consumo di stupefacenti

Gli studi sui costi del consumo di stupefacenti possono essere un'importante fonte di informazioni per l'elaborazione e la gestione delle politiche in materia di lotta alla droga.

I costi legati al consumo di stupefacenti possono essere ripartiti in due grandi categorie: i costi diretti e quelli indiretti. I costi diretti sono quelli per cui vengono effettuati dei pagamenti e, in genere, comprendono le spese sostenute nei settori della prevenzione, del trattamento, della riduzione del danno e delle azioni di polizia. I costi indiretti corrispondono al valore dei servizi produttivi non realizzati a causa del consumo di stupefacenti e solitamente consistono nella perdita di produttività riconducibile alla morbilità e alla mortalità imputabili alle droghe. Tra i costi collegati agli stupefacenti possono essere fatti rientrare anche i costi non tangibili del dolore e della sofferenza, solitamente legati a interventi sulla qualità della vita, anche se questa categoria di costi spesso non viene menzionata, per la difficoltà a quantificarla in maniera accurata dal punto di vista monetario.

Uno studio dei costi legati a questo fenomeno può essere condotto da più prospettive diverse, ciascuna delle quali potrebbe implicare costi diversi: per esempio, i costi per la società nel suo complesso, per il governo, per il sistema sanitario, per i contribuenti terzi, nonché per i tossicodipendenti e le loro famiglie.

### La prospettiva sociale

I costi sociali correlati al consumo di droga rappresentano la totalità dei costi a carico della società, diretti e indiretti, riconducibili al consumo di stupefacenti. Il risultato, espresso in termini monetari, è una stima dell'onere complessivo che il consumo di droga fa gravare sulla collettività (Single et al., 2001).

Determinare il costo sociale del consumo di droga è un esercizio che implica una serie di vantaggi. In primo luogo, fa capire quante risorse vengono spese dalla collettività per questioni legate al consumo di droga e implicitamente quantifica il risparmio che si potrebbe avere se si riuscisse a sradicare una volta per tutte questo fenomeno. In secondo luogo, esso isola le diverse componenti del costo e dell'entità del contributo proveniente da ciascun settore della società. Queste informazioni possono contribuire a determinare le priorità di finanziamento,

individuando le aree che possono essere caratterizzate da inefficienze e offrendo la possibilità di risparmiare risorse.

### La prospettiva della spesa pubblica

Il concetto di «spesa pubblica» fa riferimento al valore di beni e servizi acquistati dal governo di uno Stato (ossia, dalla sua amministrazione centrale, regionale e locale) nello svolgimento delle sue funzioni (sanità, giustizia, ordine pubblico, istruzione, servizi sociali). L'analisi della spesa pubblica di uno Stato fornisce informazioni utili sulla capacità di un governo di investire risorse in maniera efficace ed efficiente.

Il calcolo della spesa pubblica legata al consumo di stupefacenti è un'operazione diversa dal calcolo dei costi sociali di questo fenomeno. La spesa pubblica, infatti, rappresenta soltanto una parte dei costi sociali, perlopiù costituita da costi diretti. I costi indiretti sono esplicitamente esclusi, essendo costi sostenuti dai privati (per esempio, compagnie assicurative private). Si può iniziare a esaminare la spesa pubblica diretta esplicitamente correlata agli stupefacenti partendo da una disamina esaustiva dei documenti contabili ufficiali (per esempio, i bilanci o le relazioni di fine anno). Il calcolo comincia a diventare complesso nel caso di spese non dichiaratamente destinate a questo fenomeno, ma comunque riconducibili a interventi realizzati nell'ambito di programmi dotati di obiettivi di più ampia portata (per esempio, il bilancio generale destinato alle operazioni di polizia). In tal caso, le spese dirette correlate al consumo di stupefacenti ma non contraddistinte come tali devono essere calcolate sulla scorta di approcci modellati.

Lo scopo principale del calcolo dei costi sociali è registrare l'onere posto sulla collettività rispetto alle spese che la società è costretta ad assumersi per risolvere questi problemi (compresi i possibili effetti indiretti). In sostanza, si tratta di una questione di efficacia ed efficienza: i governi investono le proprie risorse in maniera ragionevole e puntando il mirino contro i problemi giusti? Alcuni autori, tuttavia, (Reuter, 2006) hanno affermato che, per motivi di carattere politico, la spesa pubblica è più importante dei costi sociali. Il bilancio destinato agli stupefacenti contribuisce a illustrare le politiche che un governo sta utilizzando per ridurre il consumo di droga e i problemi a questo correlati, un primo passo indispensabile per capire se il livello e i contenuti di tali politiche sono adeguati.

monitoraggio e la cooperazione internazionale), così come le informazioni sui bilanci regionali e municipali (sei paesi).

Sei paesi hanno fornito informazioni sulla spesa sostenuta per affrontare il problema della droga (tabella 1). In questi paesi, le spese pubbliche collegate alle droghe hanno rappresentato una percentuale compresa tra lo 0,11 e lo 0,96 % della spesa generale complessiva del governo nell'arco di un anno (valore mediano: 0,32 %) o tra lo 0,05 % e lo 0,46 % del prodotto interno lordo (PIL) (valore mediano: 0,15 %). Le attività di polizia hanno rappresentato il 24-77 % della spesa totale, mentre le risorse restanti sono state spese per le attività di «assistenza sanitaria e sociale».

La totalità dei paesi europei ha riferito una spesa pubblica complessiva correlata agli stupefacenti di 8,1 miliardi di euro. Questa cifra tende probabilmente a sottostimare l'entità reale della spesa pubblica in questo settore, se si considera il numero ancora limitato di segnalazioni fatte al riguardo. Il 76 % delle spese pubbliche complessive segnalate dagli Stati membri dell'UE e dalla Norvegia riguarda i sei paesi inseriti nella tabella 1. In base ai dati forniti da questi sei paesi, si calcola che la spesa pubblica totale relativa agli stupefacenti sostenuta dai paesi europei si collochi tra 13 miliardi di euro e 36 miliardi di euro (\*). Queste cifre rappresentano lo 0,12-0,33 % del PIL dell'UE (25 paesi) nel 2005.

(\*) Dei sei paesi, quattro (Ungheria, Paesi Bassi, Finlandia e Svezia) hanno trasmesso approcci modellati particolareggiati delle loro cifre. Applicando ai restanti paesi il valore del primo e del terzo quartile della distribuzione della percentuale delle spese governative generali complessive (0,18 % e 0,69 %, rispettivamente) e della percentuale del PIL (0,08 % e 0,37 %, rispettivamente) speso dallo Stato dai sei paesi selezionati, si ottiene un intervallo della spesa generale complessiva accumulata.

**Tabella 1: confronto tra paesi con dati completi e altri dettagli sulla composizione della loro spesa pubblica relativa agli stupefacenti**

Stato	Spesa totale riferita			Proporzione della spesa totale riservata a	
	importo (milioni di euro)	in proporzione alla spesa pubblica totale <sup>(1)</sup> (%)	in proporzione al PIL <sup>(2)</sup> (%)	sanità e assistenza sociale <sup>(3)</sup> (%)	azioni di polizia <sup>(4)</sup> (%)
Belgio <sup>(5)</sup>	185,9	0,14	0,07	43	54
Ungheria	43,5	0,11	0,05	23	77
Paesi Bassi	2185,5	0,96	0,43	25	75
Finlandia	272,0	0,36	0,18	76	24
Svezia (2002)	1200,0	0,80	0,46	60	40
Regno Unito	2290,0	0,29	0,13	51	49

<sup>(1)</sup> Spese totali generali del governo nel corso dell'anno (fonte: Eurostat).

<sup>(2)</sup> Prodotto interno lordo nel corso dell'anno (fonte: Eurostat).

<sup>(3)</sup> Spese per sanità e assistenza sociale tra cui interventi terapeutici, di riduzione dei danni, ricerca in ambito sanitario, e azioni educative, preventive e in materia di assistenza sociale. Per la Finlandia, oltre alla «prevenzione dell'abuso di sostanze», l'importo indicato comprende anche i danni alla proprietà e le attività di monitoraggio e ricerca.

<sup>(4)</sup> Tra i costi per le azioni di polizia sono comprese le spese per polizia, esercito, autorità giudiziarie, carceri, autorità doganali e guardia di finanza.

<sup>(5)</sup> Il Belgio ha destinato anche il 3 % della spesa complessiva riferita ad «attività di gestione delle politiche».

Fonti: punti focali nazionali ed Eurostat.

A livello di UE la Commissione europea metterà a disposizione risorse ingenti, nell'ambito del nuovo bilancio 2007-2013, per risolvere il problema degli stupefacenti. Un nuovo strumento di finanziamento per la prevenzione e l'informazione in materia di droga, per un importo di 21 milioni di euro, è in fase di negoziazione e potrebbe essere adottato entro la fine del 2007, mettendo 3 milioni di euro a disposizione di progetti transnazionali quest'anno. Anche altri nuovi strumenti finanziari, come il Programma di prevenzione e lotta contro la criminalità, il Programma in materia di salute pubblica 2007-2013 e il Settimo programma quadro di RST per il 2007-2013, offrono opportunità di finanziamento alle organizzazioni che si occupano di aspetti diversi del fenomeno della droga. Inoltre, a partire dal 2005, la Commissione europea e gli Stati membri hanno cofinanziato progetti di assistenza in materia di stupefacenti nei paesi terzi, per un valore di oltre 750 milioni di euro.

In risposta al piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga per il periodo 2005-2008 l'OEDT sta lavorando allo sviluppo di una metodologia che consentirà agli Stati membri, ai paesi candidati e alla Norvegia di compilare dati standardizzati sulla spesa nel campo della droga. In questo modo l'OEDT potrà fare una stima sia della spesa pubblica complessiva relativa al settore della droga sia della sua ripartizione in attività diverse.

## Sviluppi giuridici e politici nell'UE

Alla fine del 2006, la Commissione europea ha presentato la sua prima revisione dell'andamento <sup>(5)</sup> relativa all'attuazione del piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta

contro la droga (2005-2008), che contiene una valutazione della misura in cui sono state compiute le attività pianificate per il 2006 e sono stati raggiunti gli obiettivi del piano per il 2006. L'OEDT ha contribuito a questo progetto producendo una serie di relazioni. Un'azione analoga è stata svolta nel 2007, prima della presentazione alla Commissione europea, nel 2008, della valutazione definitiva dell'impatto del piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta alla droga.

Nel giugno 2006, la Commissione europea ha pubblicato un libro verde sul ruolo della società civile nella politica in materia di droga nell'Unione europea <sup>(6)</sup>, come previsto nel piano d'azione in materia di lotta alla droga. Scopo del libro verde è capire come organizzare nel migliore dei modi un dialogo strutturato e permanente con le organizzazioni della società civile attive nel settore della lotta agli stupefacenti. Le parti interessate sono state invitate a fornire commenti su due possibili tipi di dialogo strutturato: un forum della società civile

### Segnalazioni sul costo sociale del consumo di droga

Un numero soltanto limitato di paesi riferisce informazioni sul costo sociale del consumo di droga. In Finlandia (dati del 2004), il costo indiretto legato al consumo di stupefacenti, tra cui l'abuso di farmaci, è stato stimato nell'ordine dei 400-800 milioni di euro, di cui 306-701 milioni di euro attribuiti al costo di vite perdute prematuramente, mentre le perdite in termini di produttività ammontano a 61-102 milioni di euro. Il costo sociale dell'uso di sostanze illecite è stato stimato in 907 milioni di euro in Francia (2003) e in 29,7 milioni di euro in Lussemburgo (2004).

<sup>(5)</sup> [http://ec.europa.eu/justice\\_home/doc\\_centre/drugs/strategy/doc/sec\\_2006\\_1803\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf)

<sup>(6)</sup> [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/it/com/2006/com2006\\_0316it01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/it/com/2006/com2006_0316it01.pdf)



sulle droghe, onde offrire una piattaforma per dare spazio periodicamente a consultazioni informali, o un collegamento tematico delle reti esistenti.

Il coinvolgimento della società civile nella politica in materia di droga nell'Unione europea rappresenta anche uno dei principali obiettivi del programma specifico Prevenzione e informazione in materia di droga per il periodo 2007-2013 <sup>(7)</sup>, che è stato proposto dalla Commissione europea nell'ambito del programma generale per i diritti fondamentali e la giustizia. Gli obiettivi generali del programma sugli stupefacenti sono contribuire a fare dell'Europa uno spazio libero, sicuro e giusto, migliorando le informazioni sugli effetti del consumo di stupefacenti e prevenendo e riducendo il consumo, la dipendenza e i danni correlati agli stupefacenti. Per il periodo 2007-2013 il programma beneficerà di un bilancio complessivo di 21 milioni di euro. Il programma è ancora in fase di discussione in seno al Parlamento europeo e al Consiglio, in previsione della sua adozione nell'ambito della procedura di codecisione.

## Evoluzione della legislazione nazionale

### Riduzione dell'offerta

Negli ultimi anni gli Stati membri hanno introdotto numerose modifiche alla legislazione nel campo della riduzione della domanda, ma nel 2006 un gruppo di paesi ha iniziato a introdurre misure per migliorare il contesto normativo in materia di traffico di stupefacenti e questioni relative alla riduzione dell'offerta.

In Irlanda, tra le modifiche sostanziali figura il varo della legge sulla giustizia penale del 2006, che definisce nuovi reati (offerta di sostanze stupefacenti ai carcerati), contiene disposizioni per il controllo dei comportamenti antisociali e avanza proposte per rafforzare l'imposizione della pena minima obbligatoria di 10 anni in caso di traffico di stupefacenti per un valore al dettaglio pari o superiore a 13 000 euro. È punita per legge l'appartenenza a un'«organizzazione criminale» (secondo la definizione giuridica) o il fatto di favorirne le attività; è stato inoltre istituito un registro dei trasgressori in materia di stupefacenti, che impone alle persone condannate per traffico di stupefacenti l'obbligo di comunicare alle forze di polizia il proprio domicilio al momento della scarcerazione. In Ungheria, invece, sono state apportate modifiche di carattere procedurale, con l'introduzione di una disposizione sulla sede della polizia nazionale, con cui si è cercato di codificare tutte le attività di polizia correlate agli stupefacenti e ai loro precursori in un'unica legge generale, per contribuire a migliorare la lotta ai reati correlati con gli stupefacenti.

Sono state inoltre introdotte nuove procedure o migliorate le procedure esistenti in relazione all'uso di taluni strumenti per contrastare il traffico di stupefacenti. In Estonia la legge sugli stupefacenti e le sostanze psicotrope e le leggi a questa associate sono state modificate nel maggio 2005 al fine di

ampliare la portata della sorveglianza. In Romania una legge entrata in vigore nel giugno 2006 ha introdotto il mandato d'arresto europeo e definito una serie di procedure per il suo utilizzo, nonché provvedimenti per migliorare la cooperazione giudiziaria, la sorveglianza e, infine, il perseguimento e trasferimento a livello transfrontaliero delle procedure legali. In Bulgaria il nuovo codice di procedura penale adottato nell'ottobre 2005 disciplina la consegna controllata, le transazioni riservate e le indagini segrete. È d'obbligo menzionare inoltre le disposizioni per la protezione provvisoria dei testimoni nei procedimenti in materia di droga e, in talune circostanze, per la protezione dell'identità dei testimoni, nonché le norme speciali per l'escussione di questi testi e il ricorso ad agenti segreti.

Strumenti analoghi sono a disposizione dei magistrati in altri paesi. Nella Repubblica ceca il perseguimento dei reati in materia di stupefacenti invoca spesso le disposizioni del codice di procedura penale, che prevede la protezione dell'identità dei testi e la sorveglianza delle persone. La legge sulla protezione dei testi è stata inoltre ampiamente applicata in procedimenti in materia di droga a Cipro.

Il recente aumento del traffico di cocaina ha fatto puntare i riflettori sull'area caraibica. Nei Paesi Bassi è operativo, dall'inizio del 2003, uno speciale tribunale dotato di strutture carcerarie presso l'aeroporto di Schiphol. Dall'inizio del 2005 sono stati effettuati controlli su tutti i voli provenienti da alcuni paesi critici della regione caraibica. Nel 2004 sono stati arrestati ogni mese, in media, 290 corrieri della droga, una cifra questa che è scesa a 80 al mese all'inizio del 2006. In Francia una legge entrata in vigore nell'ottobre 2005 rafforza la cooperazione con la regione dei Caraibi, allo scopo di intercettare il traffico illecito di stupefacenti per mare e per cielo.

### Normativa sui test per il rilevamento della droga

Alcuni paesi hanno riferito di aver adottato una normativa che consente, definisce o disciplina i test per il rilevamento della droga per autisti, arrestati, detenuti o impiegati in diverse situazioni.

I controlli casuali effettuati sugli autisti a bordo strada, utilizzando dispositivi per il test rapido sul posto, sono ora autorizzati in Lituania, in conformità con la risoluzione che approva il programma nazionale sul traffico sicuro nelle strade per il 2005-2010, e in Lussemburgo, nell'ambito del progetto di legge del 2004 che modifica la legge sul controllo del traffico. In Lettonia la legge penale modificata ora punisce gli autisti che si presume siano alla guida di un autoveicolo sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o che si rifiutano di sottoporsi a un test, con la possibilità di comminare una pena detentiva nel caso di rifiuti ripetuti nell'arco di un anno. Sempre in Lettonia, la legge modificata «sulla polizia» stabilisce ora che una persona può essere trasferita in un centro ospedaliero per verificare se abbia fatto uso di sostanze alcoliche o di narcotici o sostanze psicotrope o tossiche; la legge rimanda ai regolamenti ministeriali per i dettagli della procedura. Le

(7) COM(2006) 230 def.

procedure relative ai test eseguiti sulle persone alla guida di un autoveicolo sono descritte in maniera più particolareggiata nella questione specifica sulle droghe e la guida del 2007.

In Scozia, oltre che in Inghilterra e Galles, particolari gruppi di persone in stato di arresto possono essere sottoposte a test; in Irlanda, le nuove norme sul carcere, pubblicate nel giugno 2005 dal ministero di Giustizia, Uguaglianza e Riforma delle leggi, introduce la possibilità di effettuare test obbligatori per il rilevamento della droga sui carcerati. Ciò nell'interesse dell'ordine pubblico, della sicurezza e della salute; il test verrebbe eseguito su campioni di urine, saliva e/o capelli.

In Norvegia non è più consentito realizzare test di rilevamento della droga sul posto di lavoro senza la previa autorizzazione del dipendente o del candidato a una posizione. Dall'epoca in cui è entrata in vigore la sezione 9-4 della legge sull'ambiente di lavoro 2005, un datore di lavoro può chiedere a un dipendente o a un candidato di sottoporsi a un test per il rilevamento della droga soltanto nelle circostanze previste da statuti e regolamenti, o nel caso in cui svolgere una certa mansione sotto l'effetto di sostanze stupefacenti rappresenti un rischio elevato, o se il datore di lavoro ritenga che l'esecuzione del test sia necessaria per proteggere la vita e la salute dei dipendenti o di terzi. Il nuovo decreto del governo finlandese in materia di test per il rilevamento della droga sul lavoro fissa un elenco esaustivo di disposizioni sul consenso nonché sui requisiti di qualità per i laboratori che eseguono i test, i campioni e i risultati dei test.

Nella Repubblica ceca le norme che disciplinano l'esecuzione di test sulla droga da parte di agenti di polizia, guardie carcerarie o datori di lavoro sono dettate oggi dalla legge 379/2005 coll. in materia di «Misure sulla protezione dei danni provocati da tabacco, alcolici e altre sostanze che provocano dipendenza». Un esame effettuato da professionisti è obbligatorio laddove si possa ragionevolmente presumere che l'uso di tali sostanze metterebbe il soggetto in questione nella condizione di procurare danni a se stesso o ad altri. La legge specifica inoltre quando un agente di polizia, una guardia carceraria o un datore di lavoro sono autorizzati a eseguire l'esame dell'aria espirata o a prelevare un campione di saliva. Gli esami medici (esame dell'aria espirata e prelievo di campioni di materiale biologico) possono essere svolti esclusivamente in strutture sanitarie con un'adeguata competenza professionale e operativa.

## Reati correlati agli stupefacenti

La prevenzione dei reati correlati agli stupefacenti è una delle principali priorità dell'agenda europea, come dimostra il fatto che l'attuale strategia dell'Unione europea in materia di droga individua questo obiettivo tra le tappe indispensabili per garantire un elevato livello di sicurezza alla popolazione.

Tra le attività previste nel 2007 dal piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga per il periodo 2005-2008 vi è l'adozione di una definizione comune di «reato correlato agli stupefacenti», sulla base di una proposta della Commissione europea scaturita da studi realizzati dall'OEDT. L'interpretazione dell'espressione «reato correlato agli stupefacenti» varia a seconda delle discipline e dei professionisti; si può tuttavia pensare che tale concetto comprenda le seguenti quattro categorie: *reati di tipo psicofarmacologico* (commessi sotto l'influsso di una sostanza psicoattiva), *reati economici compulsivi* (commessi allo scopo di procurarsi denaro/merci/sostanze stupefacenti a fronte di una dipendenza da droghe), *reati sistemici* (compiuti nell'ambito degli ingranaggi dei mercati illeciti delle sostanze stupefacenti) e *violazioni delle normative sugli stupefacenti* (compresi il consumo, la detenzione, lo spaccio, il traffico ecc.) (cfr. anche OEDT, 2007a).

Le definizioni dei primi tre aspetti di reati correlati agli stupefacenti sono talvolta difficili da applicare nella pratica e le informazioni disponibili sono scarse e lacunose. Dati sulle «segnalazioni»<sup>(8)</sup> di condotte violatorie delle normative in materia di droga sono solitamente disponibili in tutti i paesi europei analizzati nella presente relazione. Questi dati, tuttavia, riflettono non solo le differenze esistenti a livello di legislazioni nazionali, bensì anche le diverse modalità di applicazione e imposizione delle leggi nonché le priorità e le risorse assegnate dalla giustizia penale a reati specifici. Inoltre, i relativi sistemi informativi variano considerevolmente da un paese all'altro, con particolare riferimento alle prassi di segnalazione e registrazione (dati registrati, quando e come). Di conseguenza, può essere difficile fare paragoni tra paesi; quando si esamina l'andamento medio in Europa è quindi più utile paragonare tra loro le tendenze, anziché le cifre assolute, e tener conto del numero di abitanti a livello nazionale. In generale, a livello europeo il numero di «segnalazioni» di infrazioni della norma in materia di stupefacenti è aumentato in media del 47 % tra il 2000 e il 2005 (grafico 1). I dati rivelano tendenze crescenti in tutti i paesi che hanno fornito informazioni, a eccezione di Lettonia, Portogallo e Slovenia, dove si è registrato un calo generale nel quinquennio in esame<sup>(9)</sup>.

Varia anche la proporzione tra reati connessi al consumo e reati collegati al traffico: nella maggior parte dei paesi europei la maggioranza dei reati riguarda l'uso di droga o la detenzione per uso personale, con cifre che nel 2005 raggiungevano in Spagna il 91 %<sup>(10)</sup>. Tuttavia, nella Repubblica ceca, in Lussemburgo, nei Paesi Bassi, in Turchia e in Norvegia prevalgono le infrazioni collegate allo spaccio e al traffico di sostanze stupefacenti, con una percentuale che raggiunge il 92 % (Repubblica ceca) di tutte le condotte violatorie delle normative in materia di droga.

<sup>(8)</sup> Il termine «segnalazioni» per reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti è riportato tra virgolette, perché racchiude concetti diversi a seconda dei vari paesi (relazioni di polizia di persone sospettate di aver commesso reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti, accuse di reato contro la suddetta legge ecc.). Per un'esatta definizione, per ogni paese, si fa riferimento alle note metodologiche sui reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti contenute nel bollettino statistico 2007.

<sup>(9)</sup> Cfr. la tabella DLO-1 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(10)</sup> Cfr. la tabella DLO-2 nel bollettino statistico 2007.

Nella maggior parte dei paesi europei la cannabis è la sostanza illecita più spesso menzionata nell'ambito dei reati per droga <sup>(11)</sup>. In questi paesi i reati correlati alla cannabis rappresentavano nel 2005 una percentuale variabile tra il 42 e il 74 % di tutti i reati per droga. Nella Repubblica ceca hanno prevalso i reati riguardanti le metanfetamine, che in totale hanno rappresentato il 53 % di tutti i reati per droga; in Lussemburgo, invece, è la cocaina la sostanza maggiormente segnalata (35 % di tutti i reati per droga).

Nel 2000-2005 il numero di «segnalazioni» di reati correlati alla cannabis è rimasto stabile o è aumentato nella maggior parte dei paesi dichiaranti, determinando un aumento complessivo del 36 % a livello comunitario (grafico 1). Una tendenza inversa si è registrata, invece, nella Repubblica ceca (2002-2005) e in Slovenia (2001-2005).

Benché in tutti i paesi dichiaranti, ad eccezione di Lussemburgo e Paesi Bassi, la cannabis sia menzionata più di frequente nei reati per uso/detenzione di stupefacenti, la percentuale di reati dovuti all'uso di stupefacenti in cui è coinvolta la cannabis è diminuita dal 2000 in alcuni paesi (Grecia, Italia, Cipro, Austria, Slovenia e Turchia) e, nell'ultimo anno per il quale si dispone di dati (2004-2005), anche nella maggioranza dei paesi dichiaranti, forse in conseguenza di un possibile allentamento delle misure punitive delle forze di polizia di questi Stati nei confronti dei consumatori di cannabis <sup>(12)</sup>.

In riferimento allo stesso quinquennio i reati per droga riguardanti la cocaina sono aumentati in tutti i paesi europei, a eccezione della Germania, dove il dato è rimasto relativamente stabile. Nello stesso periodo la media europea è aumentata del 62 % (grafico 1).

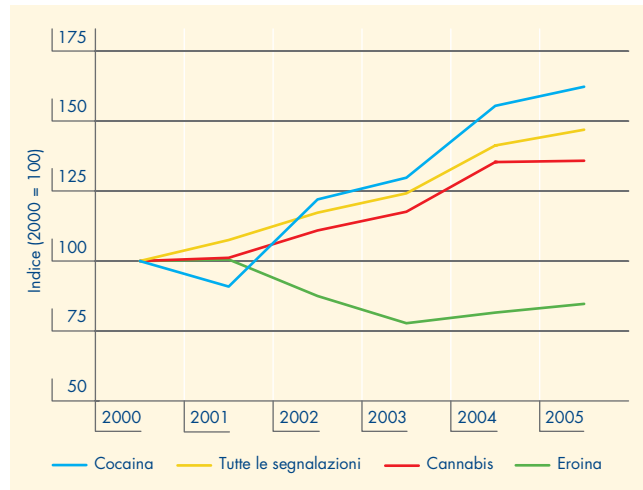
Nel periodo 2000-2005 le «segnalazioni» di reati per droga riguardanti l'eroina mostrano un quadro diverso rispetto a sostanze come la cannabis o la cocaina, con un calo medio complessivo nell'Unione europea del 15 %, riconducibile perlopiù agli anni tra il 2001 e il 2003. Nel periodo in esame, tuttavia, le tendenze nazionali per i reati correlati all'eroina sono divergenti e un terzo dei paesi dichiaranti ha riferito una tendenza all'aumento <sup>(13)</sup>.

## La ricerca sul problema della droga

### Finanziamento

La ricerca relativa alla droga in Europa, secondo quanto riferito dai punti focali nazionali, è finanziata con fondi pubblici nazionali ed europei. Alcuni Stati membri riferiscono che la ricerca sulla droga è finanziata da fondi per la ricerca nazionale generale (Germania, Paesi Bassi, Finlandia, Regno Unito), da fondi destinati alla ricerca del ministero della

**Grafico 1:** tendenze indicizzate nelle segnalazioni di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti negli Stati membri dell'UE, 2000-2005



**NB:** le tendenze rappresentano le informazioni disponibili sul numero di segnalazioni nazionali di reati contro la legge sugli stupefacenti (di natura penale e non) riferite da tutte le forze di polizia degli Stati membri dell'UE; tutte le serie sono indicizzate su una base di 100 nel 2000 e ponderate in base al numero di abitanti, in modo da ottenere un andamento generale per l'UE. Poiché le definizioni e le unità degli studi sono estremamente diverse da paese a paese, viene usata l'espressione generica di «segnalazioni di reati contro la legge sugli stupefacenti»; per ulteriori informazioni cfr. «Reati contro la legge sugli stupefacenti: metodi e definizioni» nel bollettino statistico 2007. I paesi per i quali non erano disponibili informazioni per due o più anni consecutivi sono stati esclusi dal calcolo: l'andamento generale è basato quindi sui dati di 24 paesi, l'andamento per l'eroina sui dati di 14 paesi, quello per la cocaina sui dati di 14 paesi e quello per la cannabis sui dati di 15 paesi; Per ulteriori informazioni cfr. il grafico DLO-6 nel bollettino statistico.

**Fonte:** punti focali nazionali Reitox e, per i dati demografici, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

Sanità (Italia) o da fondi controllati dall'organismo nazionale per il coordinamento della lotta agli stupefacenti (Francia, Svezia). In Romania, la ricerca è finanziata da organizzazioni internazionali come il Fondo globale.

### Attività di ricerca

Se si considerano le pubblicazioni scientifiche peer-reviewed come un indicatore dell'attività scientifica, un'analisi delle pubblicazioni riferite agli anni 2005 e 2006 e menzionate nelle relazioni nazionali rivela un modello di priorità di ricerca per temi che tende a variare da paese a paese.

Il trattamento delle tossicodipendenze sembra essere un tema di ricerca importante, nell'ambito del quale la maggior parte degli studi prende in esame aspetti diversi delle terapie sostitutive. La ricerca sulla prevenzione riguarda invece una proporzione di gran lunga inferiore della letteratura scientifica menzionata nelle relazioni nazionali. Dei cinque indicatori chiave individuati dall'OEDT, le pubblicazioni sulle malattie infettive sono le più numerose, seguite a ruota dalle pubblicazioni sulla prevalenza del consumo di droga tra i giovani.

<sup>(11)</sup> Cfr. la tabella DLO-3 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(12)</sup> Vale la pena sottolineare che in alcuni degli Stati in cui si è registrata una diminuzione in percentuale dei reati correlati al consumo di stupefacenti le cifre assolute di reati di questo genere in cui è coinvolta la cannabis sono in aumento.

<sup>(13)</sup> La media europea non riflette l'aumento dei reati per droga riguardanti l'eroina riscontrato nella metà dei paesi referenti, soprattutto perché non sono stati inclusi nella media europea gli Stati che non hanno fornito dati per due anni consecutivi, ma anche per il fatto che la media europea tiene conto del numero di abitanti (dando quindi maggior peso a dati provenienti da alcuni paesi rispetto ad altri).

Le pubblicazioni scientifiche citate nelle relazioni nazionali sono diverse a seconda del paese. Gli studi sul trattamento, in particolare dei consumatori di stupefacenti affetti da epatite C, vengono menzionati con particolare frequenza nella relazione tedesca, mentre quella olandese è più incentrata sulle nuove metodologie terapeutiche. Gli studi riportati dal Regno Unito sono più orientati ad aspetti quali il consumo problematico di stupefacenti, i reati e il mercato. I pochi riferimenti alla ricerca neuroscientifica provengono in buona parte dai Paesi Bassi, benché in Francia il MILDT abbia finanziato anche una serie di progetti di ricerca in questo settore.

I programmi di ricerca avviati di recente testimoniano di analoghe priorità accordate alla ricerca nazionale tra gli Stati membri. In Germania le risorse destinate alla ricerca nazionale, tra cui la ricerca di base, sono orientate al perfezionamento dei servizi terapeutici per soddisfare la domanda di cure. Nel 2006 i Paesi Bassi hanno lanciato un programma di ricerca intitolato «Comportamenti a rischio e dipendenza». Nel Regno Unito sono iniziati di recente studi sulla qualità dei sistemi terapeutici e sui giovanissimi consumatori di droga problematici. I nuovi Stati membri sono invece maggiormente concentrati sulla creazione di una base scientifica per i rispettivi sistemi di monitoraggio, per esempio attraverso indagini condotte tra i giovani.

### La ricerca nell'Unione europea

I fondi comunitari destinati alla ricerca in materia di stupefacenti vengono erogati nell'ambito di programmi

quadro di ricerca, il più recente dei quali (il Settimo programma quadro per il 2007-2013) è stato varato alla fine del 2006. I progetti di ricerca che hanno riferito i propri risultati nel periodo 2005/2006 sono scaturiti dal tema «Qualità della vita» del quinto programma quadro di ricerca dell'Unione europea (1998-2002). Per citarne alcuni: «Trattamento quasi obbligatorio dei consumatori di droga che commettono reati in Europa» (QCT), «Bisogno di aiuto dei consumatori di cocaina e crack in Europa» (Cocineu) e «Servizi integrati destinati alla diagnosi duale e alla guarigione ottimale dalla tossicodipendenza» (Isadora).

### **Droghe e guida di veicoli, in *Questioni specifiche, OEDT 2007***

Le sostanze psicoattive possono compromettere la capacità di una persona di guidare un'automobile, al punto da accrescere il rischio di incidenti e infortuni. Una questione specifica dedicata al tema «Droga e guida di veicoli» fornisce una panoramica sui risultati di diversi tipi di studi condotti su questo argomento, soprattutto nel caso di droghe come la cannabis e le benzodiazepine, e sintetizza gli approcci preventivi e giuridici adottati nei confronti di questo comportamento problematico.

Questa questione specifica è disponibile soltanto in lingua inglese, in formato cartaceo e in formato elettronico su Internet (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



## Capitolo 2

### La risposta ai problemi della droga in Europa: panoramica

Il piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga (2005-2008) chiede espressamente agli Stati membri di fornire metodi efficaci e diversificati di prevenzione, trattamento, riduzione dei danni e reintegrazione sociale che siano facilmente accessibili. Questi aspetti del fenomeno degli stupefacenti in Europa saranno discussi più nel dettaglio in questo capitolo.

Le strategie di prevenzione possono essere mirate a gruppi diversi, dalla popolazione in generale a specifici gruppi a rischio, applicando di volta in volta metodi distinti. Le misure di cura e di riduzione dei danni sono disponibili anche per consumatori di stupefacenti e tossicodipendenti, e in un numero notevolmente elevato di paesi la loro efficacia è stata valutata nell'ambito di studi dei risultati. Le misure di riduzione dei danni puntano a prevenire i decessi per droga e a ridurre i danni per la salute, come le infezioni da HIV o l'epatite C. La dipendenza dall'eroina viene solitamente trattata con una terapia sostitutiva, mentre per la dipendenza da cannabis, anfetamine e cocaina sono stati elaborati appositi programmi di cura. Se la terapia ha successo, il passo successivo è la reintegrazione sociale. Come si avrà modo di spiegare in appresso, le condizioni di vita di molti consumatori di droga non sono buone e le strategie di reintegrazione sociale devono spesso superare grossi ostacoli.

Per ciascun tipo di intervento vengono forniti esempi relativi a paesi diversi; inoltre, vengono discussi i risultati degli studi a sostegno dell'efficacia o meno di tali interventi.

#### Prevenzione

In generale, gli effetti delle strategie di prevenzione individuali non possono essere misurati con i cambiamenti della prevalenza del consumo di droga a livello di popolazione. Tuttavia, ogni strategia di prevenzione può essere confrontata con una raccolta di prove per determinare se si tratti o meno di un intervento basato su prove di efficacia. Ciò richiede la presenza di buone informazioni sui contenuti, la portata e il numero degli interventi di prevenzione.

#### Miglioramento delle informazioni disponibili: monitoraggio, controllo della qualità e valutazione

Gli Stati membri monitorano gli interventi di prevenzione con sempre maggior frequenza e, di conseguenza, forniscono dati sui contenuti e la disponibilità di tali interventi. Germania, Paesi Bassi e Norvegia hanno ampliato la portata delle

informazioni. Grecia, Cipro, Lituania e Italia monitorano la prevenzione nelle scuole, mentre in Grecia, Polonia, Svezia e Finlandia si stanno analizzando servizi di prevenzione in contesti di comunità, e la Francia ha istituito un sistema centralizzato per il monitoraggio della prevenzione della droga. Alcuni Stati (Repubblica ceca, la regione autonoma della Galizia in Spagna, Ungheria e Norvegia) stanno già esaminando le prove necessarie per l'ammissione ai finanziamenti degli interventi, e stanno valutando l'opportunità di introdurre sistemi di accreditamento. Portogallo, Finlandia e Romania hanno fissato criteri di qualità minimi per i programmi di prevenzione.

Le informazioni provenienti da Ungheria e Paesi Bassi farebbero pensare che l'esistenza di sistemi di controllo della prevenzione e di criteri di qualità contribuisce a migliorare le segnalazioni sui progetti e le valutazioni e ad accrescere la qualità degli interventi.

La maggior parte dei programmi di prevenzione non viene valutata. I programmi che vengono valutati sono solitamente giudicati in base alla «portata e all'accettazione dell'intervento» anziché del «livello di raggiungimento degli obiettivi» (relazione nazionale greca).

Negli ultimi anni è stato svolto un riesame dell'efficacia della prevenzione in Germania (Bühler e Kröger, 2006) e nel Regno Unito (Canning et al., 2004; Jones et al., 2006), nonché da parte dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) (Hawks et al., 2002). Queste attività sono utili per stabilire la buona prassi nelle strategie di prevenzione. Lo studio più recente ed esaustivo (Bühler e Kröger, 2006) ha valutato 49 studi di elevata qualità, tra cui esami e metanalisi, sulla prevenzione dell'abuso di sostanze stupefacenti, traendo conclusioni sulle strategie efficaci di prevenzione della droga. Nei capitoli che seguono si discute l'efficacia delle diverse tipologie di strategia di prevenzione, sulla base dei risultati di questo e di altri studi.

#### Campagne con mezzi di informazione di massa

Hawks et al. (2002), in linea con l'Health Development Agency (HDA, 2004), concludono che «di per sé, l'uso dei mezzi di informazione di massa, soprattutto in presenza di altre influenze contrarie, non ha dimostrato di essere uno strumento valido per ridurre le varie tipologie di consumo di sostanze psicoattive, però ha dimostrato di contribuire ad accrescere il livello di informazione e, quindi, a sostenere le



### Prassi «evidence-based»

Le prassi «evidence-based» sono interventi (per esempio, il trattamento della tossicodipendenza) che hanno dimostrato in maniera coerente, sulla base di indagini scientifiche (per esempio, studi di ricerca), di produrre risultati preferiti dai pazienti (per esempio, riduzione del consumo di stupefacenti). I criteri solitamente utilizzati per stabilire se un intervento può essere considerato prassi «evidence-based» sono l'efficacia e l'efficienza (Brown et al., 2000; Flay et al., 2005).

L'efficacia determina la capacità di un intervento di produrre risultati positivi in condizioni di ricerca ideali. Teoricamente l'efficacia si stabilisce svolgendo uno studio controllato in cui l'intervento in esame viene somministrato ad alcuni partecipanti, mentre un gruppo di controllo riceve un altro intervento o non riceve alcun intervento o, ancor meglio, svolgendo uno studio controllato randomizzato, in cui i partecipanti vengono distribuiti casualmente nel gruppo di studio o nel gruppo di controllo (Cochrane Collaboration, 2007). Si ritiene, in generale, che soltanto gli studi controllati randomizzati o gli studi controllati, preferibilmente associati a una valutazione del processo, possano stabilire l'efficacia di un intervento e quindi fornire una base per le future prassi e politiche.

Purtroppo, tuttavia, la distribuzione casuale dei partecipanti nel gruppo trattato o nel gruppo di controllo non sempre è possibile.

L'efficienza consente di misurare la capacità di un intervento di produrre risultati positivi in circostanze normali. Spesso gli interventi che si dimostrano promettenti negli studi controllati vengono realizzati in comunità per stabilirne il grado di funzionamento in condizioni routinarie. Gli studi sull'efficienza,

per esempio gli studi nazionali sugli esiti di un trattamento, si prefiggono lo scopo principale di esaminare l'impatto di un intervento sulla salute o di analizzare altri importanti risultati, con l'obiettivo di dimostrare cosa effettivamente funziona.

La raccolta di queste prove tuttavia è complicata dalla divergenza di opinioni circa la valutazione della qualità degli studi di ricerca che analizzano l'efficacia o l'efficienza e in merito al metodo di ricerca (quantitativo o qualitativo) più appropriato per determinare le prove del buon funzionamento. Di conseguenza, le conclusioni sull'efficienza o meno di un intervento possono essere diverse. Rimane difficile stabilire come valutare e ponderare i vari elementi di prova nel processo decisionale. Questa fase è resa ancor più complessa nel caso di interventi per cui non è ancora stata individuata una base probatoria esaustiva, ma che, in base all'esperienza, sembrano essere efficaci.

Nonostante queste difficoltà, il principio da cui trarre ispirazione è che gli elementi scientifici raccolti possono aiutare a migliorare la prassi e le politiche sanitarie; inoltre, è necessario promuovere il dibattito sulle prassi «evidence-based», tenendo conto di criteri chiari per la valutazione delle prove.

Per contribuire a questo scambio e favorire la diffusione delle prassi «evidence-based», l'OEDT sta creando un portale online che fornirà una panoramica dei dati scientifici più recenti relativi all'efficacia dei vari interventi e degli strumenti disponibili per migliorare la qualità degli interventi nonché esempi concreti di buone prassi attuati negli Stati membri dell'UE. Una fonte importante di informazioni per il portale è rappresentata dalla Cochrane Collaboration.

iniziative politiche». Altri elementi però suggeriscono che le campagne nei mezzi di informazione di massa possono avere effetti positivi, se utilizzate per rafforzare altre strategie (Bühler e Kröger, 2006).

In una valutazione della campagna «Know the score» («Conoscere la posta in gioco») realizzata in Scozia per prevenire l'uso di cocaina, Binnie et al. (2006) hanno scoperto che il 30 % dei consumatori aveva meno probabilità di assumere cocaina dopo aver visto la pubblicità, mentre il 56 % degli intervistati ha riferito che la campagna non ha inciso sulle loro abitudini e l'11 % ha dichiarato che il loro consumo sarebbe probabilmente aumentato. Inoltre, la recente rivalutazione della campagna sulla cannabis del governo statunitense ha confermato i precedenti risultati, e cioè che, se la campagna non aveva prodotto effetti sulla condotta dei giovani che non consumano droga nei confronti della cannabis (nonostante le percentuali positive di persone che ne serbano ricordo e la distinzione per gruppi bersaglio), l'esposizione alla campagna aveva però prodotto effetti negativi sulla percezione che i giovani hanno del consumo di marijuana da parte altrui (GAO, 2006).

In un paio di casi isolati, tuttavia, si è registrata un'intensificazione dell'attenzione dalla semplice sensibilizzazione (scopo della maggior parte delle

campagne mediatiche) alla fornitura di informazioni di tipo socio-emozionale (il tentativo di modificare la percezione, per esempio, in relazione al consumo di cannabis). Nei Paesi Bassi, per esempio, è stato trasmesso, nell'ambito di una campagna, il messaggio «Se non fumi la cannabis non sei un pazzo, perché l'80 % dei giovani non la fuma» (14). Inoltre, alcuni elementi della campagna di prevenzione irlandese in materia di droga cercano di smantellare diverse leggende che si sono create riguardo alla cannabis, per esempio che si tratti di una sostanza «biologica» e «naturale».

### Strategie ambientali sulle sostanze lecite

È stato dimostrato che aumentare il prezzo di una sostanza e/o il limite d'età applicato per legge per il suo consumo produce un effetto positivo sulla riduzione dei consumi; queste strategie tuttavia possono essere adottate soltanto nel caso di sostanze lecite come l'alcol e il tabacco (Bühler e Kröger, 2006). Questo genere di strategie ambientali ha rappresentato finora un fenomeno tipicamente nordico o americano, orientato prevalentemente alle sostanze alcoliche e con risultati promettenti (Lohrmann et al. 2005; Stafström et al., 2006). Sempre più si osservano tuttavia approcci collettivi globali che affrontano il problema di alcol e tabacco in maniera simile al problema delle sostanze

(14) Cfr. <http://www.drugsinfo.nl>

illecite. Belgio, Bulgaria, Danimarca, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Slovacchia e Norvegia riferiscono senza distinzioni l'esistenza di strategie collettive o di dibattiti a livello di comunità sull'imposizione di ulteriori tasse o sull'introduzione di norme che regolino la vendita di alcol e tabacco. Queste strategie hanno tutte come obiettivo quello di ridurre il consumo tra i giovani, creando spazi senza alcol o incrementando la sicurezza negli ambienti notturni. Per quanto concerne le scuole, studi recenti condotti in Europa (Kuntsche e Jordan, 2006) e altrove (Aveyard et al., 2004) confermano che il contesto normativo e le reti informali possono influenzare notevolmente i comportamenti di consumo di sostanze lecite e cannabis. All'introduzione di regole a livello scolastico viene riservata un'attenzione crescente in Germania, Irlanda e Italia <sup>(15)</sup>.

### Prevenzione universale

Programmi interattivi fondati sul modello dell'influsso sociale o della competenza nello sviluppo personale si sono rivelati efficaci nelle scuole, mentre le misure individuali, applicate in maniera isolata (per esempio, la sola comunicazione delle informazioni, l'educazione affettiva o altre iniziative non interattive) sono state valutate negativamente (Bühler e Kröger, 2006). Per motivi organizzativi, la prevenzione nelle scuole è solitamente di competenza delle autorità locali, soprattutto nei paesi nordici, in Francia e in Polonia.

Alcuni commentatori suggeriscono che i programmi complementari sulla salute generale e sullo sviluppo personale inducono maggiori cambiamenti rispetto ai soli programmi di istruzione basati sulle competenze personali, a suggerire che l'impostazione migliore è quella di integrare gli interventi nell'ambito di un curriculum sanitario con solide fondamenta (Hawks et al., 2002). Sembra che ciò stia avvenendo nella maggior parte degli Stati membri. Inoltre, alcuni Stati membri (per esempio, Italia, Lituania, Paesi Bassi, Slovacchia, Regno Unito) affrontano il problema della prevenzione della droga in associazione ad aspetti sociali e sanitari quali la violenza, i disturbi mentali, l'esclusione sociale, lo scarso rendimento scolastico e il consumo di alcol e tabacco, il tutto nell'ambito di interventi di prevenzione nella sfera della salute pubblica, cosa questa che consente di appuntare maggiore attenzione sulle risposte specifiche alle esigenze dei gruppi vulnerabili.

Una delle ragioni addotte di frequente per la mancata attuazione di programmi modello è che tali programmi non si adeguerebbero alle condizioni locali e non risponderebbero alle esigenze delle singole comunità (Ives, 2006). Si può ribattere a queste argomentazioni dicendo che i vantaggi dei programmi di prevenzione standardizzati consistono nel poter usufruire di protocolli con chiare linee guida, che permettono la creazione di infrastrutture di erogazione stabili e di sistemi di formazione degli insegnanti, favorendo in tal modo

l'adozione di standard di attuazione comuni, anche nelle più disparate condizioni a livello di scuole e comunità.

In molti Stati membri (Bulgaria, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Austria, Romania) i programmi di prevenzione sono caratterizzati da attività di sensibilizzazione, informazione e organizzazione di eventi isolati (tra cui visite di esperti) <sup>(16)</sup>, nonostante sia stato dimostrato che altri metodi possono essere più efficaci.

Nelle scuole sono diffusi i programmi di influsso sociale, soprattutto nel Regno Unito e nei paesi che offrono programmi standardizzati come la Germania, l'Irlanda, la Grecia, la Spagna, la Norvegia e, tra poco, la Danimarca.

Per quanto concerne la prevenzione universale a livello comunitario, 12 Stati membri riferiscono che, in tutte o buona parte delle municipalità, sono disponibili piani in materia di lotta alla droga, mentre in dieci paesi tali progetti rappresentano una priorità politica. Questi schemi di intervento prendono generalmente la forma di eventi informativi e, in misura minore, offrono attività alternative per il tempo libero. La prevenzione universale a livello familiare consiste perlopiù in serate di incontro con i genitori o in riunioni informative, e meno spesso in proposte formative intensive per i genitori.

### Prevenzione selettiva

Gli Stati membri dedicano un'attenzione sempre maggiore alle strategie di prevenzione orientate a intere comunità vulnerabili <sup>(17)</sup>. Ciò significa che queste comunità devono essere individuate, per esempio sulla scorta di strumenti di valutazione standardizzati come l'«index of multiple deprivation» britannico oppure mediante indicatori socioeconomici quali gli standard relativi all'alloggio o all'istruzione (numero di alunni che perdono anni di scuola o numero di alunni oggetto di sussidi).

Una volta individuate le comunità bersaglio (per esempio, la Francia ha classificato le «zone urbane sensibili» o, nel caso delle scuole, le «zone prioritarie a livello scolastico»), è possibile indirizzare ulteriori risorse verso questi gruppi svantaggiati della popolazione. In Irlanda, a Cipro e nel Regno Unito progetti di prevenzione selettiva sono già stati realizzati nella maggior parte di queste aree, mentre il Portogallo sta per mettere a punto una strategia analoga. Le tipologie delle iniziative attuate vanno dai servizi di consulenza presenti in Estonia, Grecia, Francia e Slovacchia ai progetti di prossimità in Lussemburgo e Austria, talvolta specificamente mirati a gruppi etnici. Infine, alcuni nuovi Stati membri (Bulgaria, Ungheria, Lituania, Polonia e Romania) forniscono molte informazioni su interventi destinati alle famiglie vulnerabili. Nella gran parte degli Stati membri gli interventi si concentrano sull'uso di sostanze stupefacenti in famiglia, anche se alcuni paesi (Grecia, Lituania, Ungheria

<sup>(15)</sup> Cfr. anche <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>

<sup>(16)</sup> Dati tratti dai questionari strutturati (SQ) 22 e 25.

<sup>(17)</sup> Per ulteriori informazioni sulla prevenzione selettiva, e in particolare su gruppi a rischio e fattori di rischio, cfr. le precedenti relazioni annuali e la questione specifica sul consumo di stupefacenti tra minorenni (2007).



e Regno Unito) hanno adottato una prospettiva più ampia, inglobando tutte le famiglie socialmente svantaggiate.

Pur essendo utilizzati anche nella prevenzione universale, gli approcci che si basano su attività tra pari vengono segnalati con sempre maggior frequenza per la fornitura della prevenzione selettiva (Irlanda, Paesi Bassi, Austria, Polonia e Norvegia). Parkin e McKeganey (2000), nella loro revisione di questo genere di approcci, sono giunti alla conclusione che l'impatto maggiore di questi progetti si rileva sugli stessi educatori coetanei, piuttosto che sul gruppo bersaglio. Pare che questi approcci siano più efficaci nel perfezionare le conoscenze e nel modificare gli atteggiamenti piuttosto che nel modificare i comportamenti. I progetti tra pari vengono raramente valutati; tuttavia, quando ciò accade (si pensi allo «Stile libero» realizzato in Norvegia), la valutazione è orientata, solitamente, soltanto sul successo nel reclutamento di giovani leader nelle scuole e sull'eventuale potenziamento delle conoscenze o delle attitudini dei leader.

Sebbene la prevenzione selettiva stia diventando una metodologia sempre più popolare, si deve comunque usare una certa cautela, soprattutto nel coinvolgere giovani a rischio nei programmi tra pari (Cho et al., 2005; Dishion e Dodge, 2005), dal momento che non si possono escludere tra i gruppi vulnerabili «effetti contagiosi» negativi. Questi effetti indesiderati, scatenati dall'intervento stesso, possono indurre un maggior consumo di stupefacenti o un aumento dei comportamenti a rischio. Si tratta, comunque, di esiti che non sono caratteristici esclusivamente della prevenzione selettiva, ma che si possono osservare anche nel caso delle campagne informative mediatiche nonché in occasione degli eventi di prevenzione individuali (cfr. sopra).

## Risposte al trattamento e alla riduzione dei danni

### Recenti sviluppi nei sistemi terapeutici

La maggior parte degli interventi terapeutici diretti ai consumatori di stupefacenti vengono eseguiti a livello ambulatoriale, anche negli studi di medici generici. È continuata, negli ultimi anni, l'espansione delle reti per il trattamento ambulatoriale e in alcuni paesi (tra cui Bulgaria, Estonia, Grecia, Lituania, Romania e Finlandia) si è registrata un'ulteriore espansione geografica; il numero di strutture ospedaliere, invece, è rimasto invariato nella maggior parte degli Stati.

Tra i paesi in cui l'estensione geografica nazionale delle strutture specializzate nella cura della tossicodipendenza risulta estremamente frammentata vi sono Lettonia, Ungheria, Slovacchia e Romania. Nonostante la recente crescita della rete dei fornitori di servizi, continuano a esistere in Grecia, in Ungheria e in Polonia liste di attesa per l'accesso a una terapia sostitutiva.

Le cure in strutture ospedaliere, che in passato rappresentavano l'approccio prevalente al trattamento della tossicodipendenza da eroina in molti paesi europei, sono relativamente meno frequenti e la maggior parte dei consumatori di oppiacei viene seguita in regime ambulatoriale. I servizi ospedalieri, tuttavia, sono sempre più importanti per l'assistenza dei consumatori di droga più anziani e con una dipendenza di lunga data, che hanno esigenze terapeutiche complesse per la coesistenza di gravi comorbidità somatiche e psichiatriche. La filosofia delle strutture ospedaliere e il loro modo di operare si sono evoluti negli anni, in risposta all'evoluzione delle esigenze dei pazienti. È più facile al giorno d'oggi beneficiare di un'assistenza medica e terapeutica erogata in un'unica struttura, compresi le cure psichiatriche, la terapia antiretrovirale estremamente attiva (HAART) e il trattamento delle epatopatie, mentre è in crescita anche il ricorso a trattamenti di mantenimento per stabilizzare i pazienti.

### Caratteristiche dei consumatori di droga in cura in regime ambulatoriale

I dati ottenuti dall'indicatore della domanda di accesso al trattamento (TDI) possono essere utilizzati per classificare lo stato socioeconomico dei pazienti che frequentano i centri terapeutici e, in una certa misura, tutti i consumatori di stupefacenti <sup>(18)</sup>. Poiché nella maggioranza degli Stati l'accesso al trattamento ambulatoriale è più semplice e meno selettivo, è opportuno estrapolare da questo gruppo di pazienti l'intero gruppo di tossicodipendenti.

Nel 2005, 20 paesi europei su 29 hanno fornito informazioni su 315 000 pazienti in cura per tossicodipendenza presso centri terapeutici di tipo ambulatoriale. I dati sono stati raccolti da oltre 4 000 unità terapeutiche, in rappresentanza del 65 % circa di tutte le unità terapeutiche operanti in regime ambulatoriale. Circa la metà (53 %) dei pazienti ambulatoriali assume una terapia per uso primario di oppiacei, mentre l'altra metà viene curata per il consumo primario di altre sostanze stupefacenti, tra cui soprattutto cannabis (22 %) e cocaina (16 %). La droga menzionata più frequentemente come sostanza primaria è diversa da paese a paese.

Circa l'80 % dei pazienti ambulatoriali è costituito da uomini di circa 30 anni di età (28 anni tra i consumatori che accedono per la prima volta alle cure), le cui condizioni di vita sono, in linea di massima, scadenti rispetto alla popolazione in generale di pari età. Il 60 % circa dei pazienti ambulatoriali, inoltre, è in possesso del solo diploma di scuola elementare e circa un decimo non ha nemmeno completato il percorso di studi della scuola primaria. Circa la metà dei pazienti aveva una regolare occupazione prima di sottoporsi alla terapia ambulatoriale, mentre l'altra metà era disoccupata. La maggior parte ha un alloggio stabile (85 %); di questi il 40 % vive con i genitori e il 19 % da solo. Una significativa minoranza dei tossicodipendenti in cura in regime ambulatoriale (15 %) vive con dei figli, da solo o con il proprio partner, un fatto questo che basta a dar conto della

<sup>(18)</sup> Cfr. le tabelle e i grafici TDI nel bollettino statistico 2007 per ulteriori dettagli sulle cifre menzionate in questo capitolo.

complessità delle condizioni di vita dei consumatori di droga e a illustrare i fattori di rischio per i bambini.

Le informazioni sulla situazione socioeconomica dei tossicodipendenti in cura sono integrate dalle informazioni nazionali, provenienti da alcuni paesi, ripartite per principale sostanza stupefacente assunta. In Germania, per esempio, il 67 % dei consumatori di eroina è disoccupato o economicamente non attivo rispetto al 53 % dei cocainomani e al 35 % dei consumatori di cannabis in terapia, mentre il 74 % dei pazienti consumatori di oppiacei ha un titolo di studio basso rispetto al 63 % dei consumatori di cocaina (Sonntag et al., 2006).

### Nuovi sviluppi

In alcuni paesi sono state create strutture specializzate riservate a gruppi specifici di tossicodipendenti come, per esempio, le donne, i consumatori di droga per via parenterale senza fissa dimora, le prostitute o i giovani e giovanissimi (cfr. la questione specifica sul consumo di droga tra minorenni). In altri paesi le opzioni terapeutiche di tipo farmacologico sono state ampliate per venire incontro ai bisogni di specifici gruppi di consumatori, allo scopo di allargare la portata dell'assistenza. Il trattamento di mantenimento con buprenorfina, per esempio, è oggi autorizzato a Malta <sup>(19)</sup>.

### Trattamento di gruppi diversi di consumatori di droga

Gli Stati membri ammettono sempre più l'importanza di fornire adeguati servizi terapeutici ai consumatori problematici di cannabis e cocaina. Nel caso della cannabis, i programmi di trattamento, consulenza e prevenzione in Europa sono spesso interrelati tra loro, in maniera tale da raggiungere il maggior numero di utenti. Nel tentativo di coinvolgere i consumatori di cannabis a metà strada tra il consumo sperimentale e quello problematico, si stanno mettendo a punto nuove strategie di comunicazione come, per esempio, Internet. Attualmente sono in fase di sviluppo servizi e programmi specifici per il trattamento della cannabis, che finora non sono ancora stati utilizzati ampiamente in Europa (cfr. il capitolo 3).

Inoltre, gli Stati membri che segnalano un numero elevato di domande di accesso a trattamenti di disintossicazione dalla cocaina stanno iniziando a commissionare ricerche in questo campo, dove alle difficoltà generali si aggiunge il problema che i consumatori di cocaina in polvere e di cocaina crack sono solitamente membri di gruppi sociali estremamente diversi (cfr. il capitolo 5). Attualmente, tuttavia, a causa della mancanza di servizi specifici, la stragrande maggioranza dei consumatori di psicostimolanti (compresi i consumatori di anfetamine) viene curata attraverso i tradizionali servizi terapeutici orientati agli oppiacei, nei quali si registra la necessità di formare adeguatamente il personale sanitario e medico in tutto il territorio europeo.

### Trattamento della dipendenza da eroina

La terapia sostitutiva, dopo essere stata approvata a livello politico in risposta al consumo di eroina nella seconda metà

### Quadri giuridici della terapia sostitutiva

Nel 2006 è stata realizzata un'indagine tra la rete specializzata di corrispondenti legali per raccogliere ulteriori informazioni sulle norme e sui regolamenti ufficiali relativi ai criteri di ammissione alla terapia sostitutiva nonché sulla prassi di prescrizione e distribuzione dei farmaci. Diciassette paesi hanno trasmesso dati, che sono stati integrati con le informazioni contenute in una relazione del 2003 sulla banca dati giuridica europea sulle sostanze stupefacenti <sup>(1)</sup>.

L'ambito di applicazione del quadro giuridico è estremamente vario a seconda degli Stati membri. In alcuni paesi, per esempio il Belgio, la terapia sostitutiva è disciplinata da una legge parlamentare speciale, mentre in altri (Cipro) la sua attuazione è soggetta all'interpretazione delle norme in materia di sostanze controllate. Si rileva una sorta di compromesso tra efficacia del quadro giuridico e flessibilità.

Le sostanze che possono essere impiegate per la terapia sostitutiva sono solitamente designate per legge. Nella maggior parte dei casi è consentito l'impiego di metadone e buprenorfina o del solo metadone, benché alcuni paesi autorizzino altresì l'uso di altre sostanze (morfina o codeina). Similmente, in quasi tutti gli Stati i criteri di ammissione al trattamento sono definiti per legge o attraverso decreti o linee guida ministeriali. I criteri più diffusi sono la diagnosi di dipendenza e un'età minima, anche se può essere menzionato come obbligatorio il requisito di una precedente terapia somministrata senza esito positivo. In alcuni paesi le sanzioni in caso di infrazione delle norme previste sono definite da leggi nazionali, mentre in altri l'applicazione di sanzioni è lasciata alla discrezione dei singoli centri terapeutici.

È in genere definito per legge anche il profilo del prescrittore. In linea di massima si tratta di medici operanti presso centri terapeutici, sebbene in alcuni Stati qualsiasi medico o altri operatori sanitari qualificati o accreditati abbiano la facoltà di prescrivere la terapia. Nella pratica, tuttavia, è raro che un medico non inserito in un centro terapeutico dia inizio a una terapia sostitutiva <sup>(2)</sup>. Raramente la legge stabilisce le dosi massime prescrivibili. Per evitare le duplicazioni molti paesi ricorrono ad appositi moduli per la prescrizione; alcuni Stati dispongono di un registro centrale e altri, in misura limitata, di speciali tessere identificative. Le strutture autorizzate all'erogazione dei farmaci sono in genere specificate nella legislazione e si tratta, perlopiù, di farmacie e centri terapeutici. Non è escluso tuttavia che in alcuni paesi anche i medici possano erogare farmaci. Infine, nella maggior parte degli Stati è stato definito per legge o tramite linee guida o semplicemente viene tollerato un sistema per l'assunzione delle dosi a casa propria; questa evenienza tuttavia è esplicitamente vietata in altri paesi.

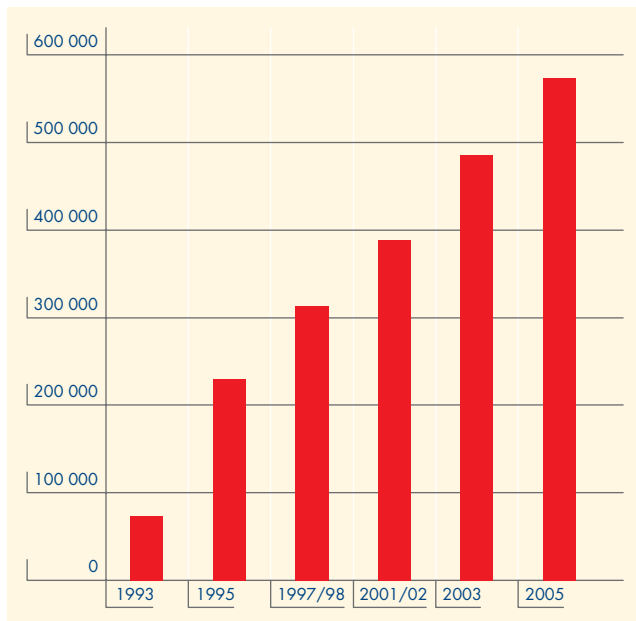
<sup>(1)</sup> Ulteriori informazioni sono reperibili all'indirizzo <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

<sup>(2)</sup> Cfr. la tabella HSR-6 nel bollettino statistico 2007.

degli anni ottanta, è diventata nel tempo l'opzione terapeutica prevalente per il trattamento della dipendenza da oppiacei nella maggior parte dei paesi (grafico 2).

<sup>(19)</sup> Cfr. «Prassi prescrittiva per la terapia sostitutiva in Europa», pag. 67.

**Grafico 2:** stima della disponibilità di terapie sostitutive a base di oppiacei negli Stati membri dell'UE-15, 1993-2005



NB: Per ulteriori informazioni cfr. le tabelle HSR-7 e HSR-8 e i grafici HSR-1 e HSR-5 nel bollettino statistico 2007.

Fonte: punti focali nazionali e relazioni nazionali; cfr. il grafico HSR-5 nel bollettino statistico 2007 per un elenco dettagliato delle fonti.

Le principali sostanze sostitutive utilizzate sono metadone e buprenorfina. Idealmente, il trattamento farmacologico dovrebbe essere associato alla terapia psicologica e al supporto sociale. La terapia sostitutiva viene somministrata, in genere, in regime ambulatoriale, presso unità specializzate nella cura della tossicodipendenza nonché, in numero sempre crescente, negli studi medici privati. In alcuni paesi (per esempio, Germania, Francia e Regno Unito), i medici generici sono intensamente impegnati nella cura dei tossicodipendenti. In altri il livello di coinvolgimento dei medici locali è ancora limitato, sia per ragioni di carattere legale sia per mancanza di interesse nei confronti di questo tipo di intervento<sup>(20)</sup>. Anche il controllo della qualità ha rappresentato in alcuni paesi una priorità, con un conseguente inasprimento delle norme in materia, un aumento dei requisiti formativi o l'introduzione di standard più elevati di supervisione e monitoraggio<sup>(21)</sup>. Il trattamento della dipendenza da oppiacei sarà esaminato più nel dettaglio nel capitolo 6.

### Risposte alla riduzione dei danni

La prevenzione delle malattie infettive e una riduzione dei decessi correlati al consumo di droga sono gli obiettivi cardine della risposta dell'UE al fenomeno della tossicodipendenza; l'attuale piano d'azione ha, tra i suoi obiettivi, quello di migliorare la disponibilità e l'accessibilità dei servizi e delle strutture per prevenire e ridurre i danni a carico della salute.

Nell'aprile 2007 la Commissione europea ha presentato al Consiglio e al Parlamento europeo una relazione sull'attuazione della raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato dalla tossicodipendenza<sup>(22)</sup>. Si legge nella relazione che in tutti gli Stati membri la riduzione dei danni provocati dalla droga costituisce un obiettivo chiaramente individuato di sanità pubblica a livello nazionale. Il documento generale richiesto dalla Commissione a sostegno della relazione offre un quadro esaustivo a livello europeo delle politiche e degli interventi di riduzione del danno per la salute. Il documento utilizza informazioni fornite perlopiù da autorità politiche, esperti Reitox e associazioni cittadine. Nel documento figurano inventari ben forniti, suddivisi per paese<sup>(23)</sup>.

La raccomandazione del Consiglio ha contribuito ad accrescere il numero di paesi disposti ad allineare le proprie politiche nazionali con la strategia europea, garantendo quindi maggiore attenzione all'espansione dei servizi di riduzione dei danni per la salute. Il maggiore impatto si è registrato, apparentemente, tra i paesi che hanno aderito all'UE nel 2004.

### Reinserimento sociale

Un alloggio precario, una storia lavorativa a singhiozzo e periodi di carcerazione sono parametri che caratterizzano lo stato di esclusione sociale tipico di numerosi tossicodipendenti. In molti paesi europei il numero dei consumatori problematici di droga che viene coinvolto e mantenuto con successo negli interventi terapeutici e che è sottoposto a una terapia sostitutiva ha raggiunto il massimo storico, determinando di conseguenza un aumento significativo della domanda di alloggio, istruzione, occupazione e assistenza legale. I sistemi assistenziali devono quindi rispondere alla sfida di trovare nuove risposte a nuovi profili di pazienti, spesso con bisogni sfaccettati. Il reinserimento sociale rappresenta in questo momento un fattore determinante importante per il successo terapeutico nel lungo termine.

In alcuni Stati il reinserimento sociale attira a sé l'attenzione del mondo politico e gli investimenti; in alcuni paesi i nuovi standard per il trattamento di mantenimento impongono che si mettano a disposizione dei pazienti servizi di assistenza sociale e di reinserimento. Per fare un esempio, la revisione intermedia della strategia irlandese in materia di lotta agli stupefacenti raccomandava l'introduzione del recupero come quinto pilastro della strategia, mentre il ministero danese dell'Occupazione e quello degli Affari sociali hanno lanciato nuovi programmi destinati ai gruppi vulnerabili («responsabilità condivisa»). Un altro esempio è la strategia del governo norvegese di prevenzione e di

<sup>(20)</sup> Cfr. «Quadri giuridici della terapia sostitutiva» (pag. 32) e <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nodeid=5036>

<sup>(21)</sup> Cfr. anche la pag. 67.

<sup>(22)</sup> Raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato dalla tossicodipendenza, GU L 165 del 3.7.2003, pagg. 31-33.

<sup>(23)</sup> Entrambi i documenti sono disponibili al seguente indirizzo: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/drug\\_rec\\_en.htm#1](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1)

lotta al vagabondaggio, che fissa obiettivi misurabili come la riduzione degli sfratti e il miglioramento dell'accesso ad alloggi permanenti, tale per cui l'alloggio provvisorio dovrà diventare un'eccezione. Sempre in Norvegia un piano d'azione per contrastare la povertà prevede uno schema di sovvenzione attraverso il quale, nel 2006, sono stati distribuiti 6,5 milioni di euro per la fornitura di servizi ospedalieri di follow-up per i senzatetto, gli alcolizzati e i tossicodipendenti. In aggiunta, Grecia, Francia, Italia, Lituania, Austria, Portogallo e Slovacchia partecipano all'iniziativa EQUAL della Commissione nell'ambito dell'occupazione e dell'inclusione sociale <sup>(24)</sup>.

L'UE ha inoltre incoraggiato la creazione di un quadro denominato «Metodo aperto di coordinamento» (OMC), in cui gli Stati membri coordinano le proprie politiche di lotta alla povertà e all'esclusione sociale attraverso un processo di scambi di politiche e di mutuo apprendimento.

Le misure di reinserimento rispecchiano le diverse realtà socioculturali ed economiche nazionali in Europa, ma presentano differenze anche in termini di obiettivi, gruppi bersaglio e condizioni di attuazione. Per esempio, Bulgaria

e Romania sono gli unici paesi che menzionano progetti specifici di reinserimento sociale dei bambini di strada.

In molti paesi i programmi e le azioni non sono specificamente mirati ai tossicodipendenti ma sono destinati, in generale, ai gruppi sociali vulnerabili e vengono solitamente realizzati a livello locale o regionale. Ecco quindi che i «plans de prévention de proximité» (PPP), introdotti dal governo vallone nel 2003, affrontano il fenomeno della povertà e quello della tossicodipendenza come due problemi strettamente correlati tra loro, mentre in Danimarca la legge sui servizi sociali impone alle municipalità l'obbligo di offrire a tutti i tossicodipendenti un piano d'azione sociale. Parimenti, i governi locali in Polonia hanno l'obbligo giuridico di reintegrare socialmente i consumatori di droga e nei Paesi Bassi la maggior parte dei servizi di reinserimento sociale viene avviata dalle municipalità. In Germania, infine, sono i Länder o le municipalità a occuparsi di asilo, istruzione e alloggio, mentre i programmi federali per disabili offrono opportunità di integrazione professionale dei tossicodipendenti.

L'assistenza prestata a livello di alloggio spazia dai ricoveri di emergenza diurni agli ostelli, alle strutture residenziali di breve

### Studi nazionali sull'esito dei trattamenti

Tre Stati membri (Irlanda, Italia e Regno Unito) hanno condotto studi nazionali sull'esito dei trattamenti allo scopo di analizzare l'efficacia delle terapie instaurate esaminando una coorte di consumatori problematici di stupefacenti nel tempo, sottoposti a modalità terapeutiche diverse in ambienti diversi. Un'importante caratteristica di questi studi è che vengono esaminati i risultati prodotti da trattamenti avviati nell'ambito di servizi già esistenti, in circostanze di pratica clinica quotidiana. Tra le modalità terapeutiche più diffuse interessate dagli studi c'erano la terapia di mantenimento con metadone, il trattamento con metadone a riduzione scalare, gli interventi di disintossicazione e gli interventi in regime di astinenza come le comunità terapeutiche e i servizi di consulenza. Tra le principali variabili utilizzate negli studi si annoverano il consumo di droga, la salute fisica e psicologica, il tasso di pazienti che rimangono in terapia e le condotte criminose.

In Italia lo studio Vedette (1998-2001) si prefiggeva l'obiettivo di valutare l'efficacia del trattamento erogato in centri terapeutici pubblici disseminati sul territorio. Le principali variabili legate all'esito degli interventi erano il mantenimento in terapia e il tasso di mortalità tra i consumatori di eroina. Finora sono stati avviati nel Regno Unito tre studi sull'esito dei trattamenti. Il primo (NTORS, *National Treatment Outcome Research Study*), condotto dal *National Addiction Centre* in Inghilterra e Galles tra il 1995 e il 2000, indagava gli esiti delle terapie nell'ambito di programmi realizzati in regime ospedaliero o in comunità. Lo studio ha registrato una serie di risultati positivi, come una più alta percentuale di astinenza dal consumo di sostanze illecite, una riduzione nella frequenza del consumo di droga, una riduzione dei reati e un miglioramento della salute. Meno soddisfacenti sono apparsi tuttavia alcuni

esiti a più lungo termine, rilevati nel quinquennio in esame: per esempio, i primi risultati positivi ottenuti in termini di diminuzione dell'uso del crack sono stati in parte invalidati a distanza di 4-5 anni e molti tossicodipendenti hanno continuato a consumare ingenti quantitativi di alcol (Gossop et al., 2001).

Un aggiornamento dello studio NTORS verrà fornito dallo studio DTORS (*Drug Treatment Outcomes Research Study*) svolto dall'Università di Manchester. Si tratta di uno studio iniziato nel 2006 e che si prefigge l'obiettivo di seguire i consumatori di stupefacenti residenti in Inghilterra per un periodo iniziale di 12 mesi. Lo scopo è valutare l'impatto del trattamento della tossicodipendenza su una serie di misurazioni degli esiti, incentrandosi sull'analisi dei tipi di percorsi terapeutici in grado di produrre i migliori risultati su determinati sottogruppi di tossicodipendenti. In Scozia, lo studio DORIS (*Drug Outcome Research Study*), realizzato a cura dell'Università di Glasgow, è iniziato nel 2001 con l'obiettivo di valutare l'impatto e l'efficacia dei servizi di cura della tossicodipendenza erogati da strutture terapeutiche, tra cui anche i servizi presenti nelle carceri. I tossicodipendenti partecipanti sono stati seguiti per un periodo massimo di 33 mesi.

In Irlanda lo studio ROSIE (*Research Outcome Study*), condotto dall'Università nazionale dell'Irlanda, Maynooth, è iniziato nel 2003 con lo scopo di valutare l'efficacia delle terapie della tossicodipendenza attraverso il follow-up dei consumatori di oppiacei in cura per un periodo massimo di tre anni, documentando i cambiamenti osservati (Cox et al., 2006). Dopo un follow-up di un anno, sono state rilevate riduzioni marcate del consumo di droga e dei reati commessi, nonché un tasso di mortalità basso ed esiti positivi in termini di disturbi fisici e mentali lamentati dai partecipanti.

<sup>(24)</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/equal/index\\_en.cfm](http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm)

termine fino a soluzioni di compromesso in appartamenti o alloggi assistiti e contribuiti per l'affitto. Per evitare di vincolare i pazienti a una dipendenza dai servizi nel lungo termine, si stanno esaminando approcci innovativi nella sfera degli alloggi sovvenzionati o della gestione finanziaria. In Danimarca, per esempio, i pazienti sistemati in appartamenti ai fini del reinserimento ricevono una formazione in materia di alloggi per ridurre i problemi che queste persone potrebbero incontrare in futuro quando saranno chiamate a gestire un appartamento proprio; nel Regno Unito, invece, i pazienti ricevono consigli su come fare la spesa, cucinare e gestire il bilancio familiare.

Se la creazione di nuove opportunità di formazione e di accesso all'istruzione è una soluzione radicata in molti Stati, non è facile ottenere per questi gruppi posti di lavoro retribuiti. Tuttavia, per il gruppo bersaglio si tratta di un'opportunità estremamente importante, non solo perché offre una stabilità economica, ma anche perché rafforza l'autostima e lo status sociale e perché regolarizza il ritmo di vita. Tra le nuove soluzioni adottate per reinserire i pazienti nel mondo del lavoro retribuito vale la pena menzionare le società create con aziende private, i sistemi di tutoraggio e l'offerta di incentivi quali contributi sugli stipendi degli apprendisti o prestiti per l'avvio di un'impresa. In alcuni paesi le strutture riservate alla cura della tossicodipendenza hanno creato imprese socioeconomiche proprie, nelle quali vengono impiegati in maniera redditizia i loro stessi pazienti. Altre iniziative puntano al miglioramento della situazione lavorativa dei pazienti ottimizzando la corrispondenza tra profili, aspettative e competenze dei tossicodipendenti e le realtà della vita lavorativa. L'iniziativa per lo scambio di posti di lavoro, a Vienna, funge da intermediario tra pazienti, agenzie per la lotta alla tossicodipendenza e servizi di pubblico impiego, e offre una consulenza specifica per accrescere i tassi

di successo sul lavoro. Contribuisce inoltre a individuare soluzioni per quei pazienti il cui reinserimento professionale rappresenta un obiettivo difficilmente raggiungibile.

Particolarmente difficile è il reinserimento dei consumatori di eroina emarginati e non più giovani, con livelli elevati di malattie somatiche e mentali. In Belgio, i tossicodipendenti con problemi psichiatrici possono essere assistiti in unità specializzate per tossicodipendenze presso ospedali generici o psichiatrici o in altre strutture di cura psichiatriche. La Danimarca riferisce che i tossicodipendenti con problemi psichiatrici vengono accolti in strutture di cura psichiatriche, mentre case di accoglienza alternative vengono utilizzate per offrire ricovero ai tossicodipendenti non più giovani, che non sono in grado di mantenersi a causa delle loro abitudini di consumo di droghe, di problemi di demenza o di problemi comportamentali. Nei Paesi Bassi, è stata adottata nel 2007 una nuova legge sugli aiuti sociali, che assoggetta la tossicodipendenza alle stesse norme di (altri) problemi psichiatrici cronici. Tuttavia, la creazione di una grossa struttura ospedaliera centralizzata, destinata ad accogliere 120 tossicodipendenti senz'altro con problemi psichiatrici, è stata osteggiata da più parti a livello locale. Per i pazienti con problemi di salute mentale l'intervento professionale volto a ricreare una rete di persone di riferimento e di supporto è considerato un fattore determinante del processo di reinserimento sociale.

In alcuni paesi (per esempio Bulgaria, Repubblica ceca, Grecia, Slovenia) i programmi strutturati di reinserimento vengono forniti soltanto a coronamento di un ciclo di trattamento della tossicodipendenza orientato all'astinenza e terminato con esito positivo, mentre non sono attualmente previste misure di reinserimento specifiche per pazienti in terapia di mantenimento.





## Capitolo 3

# Cannabis

### Introduzione: evoluzione del quadro del consumo di cannabis in Europa

La cannabis è la sostanza illecita più consumata al mondo, al centro del dibattito europeo sulla droga fin dagli anni sessanta, quando il suo uso è divenuto praticamente sinonimo di una crescente controcultura giovanile. Nonostante questa familiarità, la comprensione dei modelli del consumo di cannabis in Europa continua a essere un compito complesso. Un fattore importante di questo quadro è rappresentato dai diversi prodotti di cannabis disponibili oggi sul mercato europeo. Storicamente, sono disponibili in Europa tre principali forme di cannabis: la resina di cannabis, le foglie di cannabis e, anche se molto meno frequente, l'olio di cannabis. Per molti, fumare la resina di cannabis assieme al tabacco rimane la via di assunzione consueta di questa sostanza, anche se, altrove nel mondo, questo modello di consumo è relativamente raro. Se l'Europa continua a essere il mercato globale dominante della resina di cannabis, in alcuni altri mercati i prodotti a base di foglie di cannabis stanno prendendo piede e divengono predominanti. Negli ultimi anni questo scenario si è fatto ancor più complicato a fronte di un aumento della disponibilità della cannabis prodotta in Europa; alcune coltivazioni vengono gestite in condizioni controllate e possono avere una potenza relativamente alta. Questo tipo di cannabis è diventato un prodotto specifico di per sé in molti paesi e questo rende difficile la valutazione dell'impatto sulla salute pubblica dei modelli mutevoli del consumo di cannabis.

### Offerta e disponibilità

#### Produzione e traffico

Poiché la cannabis cresce in ambienti diversi e si trova allo stato selvatico in molte aree del mondo, è estremamente difficile produrre stime convincenti della produzione globale. Dopo una tendenza all'aumento registrata nell'arco di più anni, l'UNODC, tenendo conto delle informazioni sulla diversificazione della produzione di cannabis, ha ridotto le stime globali della produzione di foglie di cannabis dalle 45 000 tonnellate nel 2004 alle 42 000 tonnellate nel 2005, soprattutto a causa del calo delle stime sulla produzione provenienti dall'America settentrionale, a seguito di un'intensificazione degli sforzi di sradicamento della cannabis. Si calcola oggi che circa la metà di tutta la cannabis venga prodotta nelle Americhe (46 %), seguite da Africa (26 %) e Asia (22 %) (UNODC, 2007).

#### Interpretazione dei dati sui sequestri e di altre informazioni sul mercato

Normalmente i sequestri di stupefacenti in un paese sono considerati un indicatore indiretto dell'offerta e della disponibilità di queste sostanze, sebbene non indipendente dalle risorse, dalle priorità e dalle strategie delle forze dell'ordine, nonché dalla vulnerabilità degli spacciatori nei confronti delle strategie nazionali e internazionali di riduzione dell'offerta e dalle pratiche di segnalazione. I quantitativi sequestrati possono variare notevolmente da un anno all'altro, per esempio se in un anno alcuni dei sequestri interessano quantitativi ingenti. Per tale motivo il numero di intercettazioni è considerato talvolta un migliore indicatore di tendenza. In tutti i paesi, una grande percentuale del numero di sequestri avviene al livello dello spaccio al dettaglio (nelle strade). Quando si conoscono, l'origine e la destinazione delle sostanze sequestrate possono fornire indicazioni sulle vie del traffico e sulle aree di produzione. Il prezzo e la purezza degli stupefacenti a livello di spaccio al dettaglio vengono segnalati dalla maggior parte degli Stati membri. Tuttavia i dati provengono da fonti diverse e non sempre sono comparabili, il che rende difficile operare un confronto tra paesi.

Per esaminare i sequestri di stupefacenti in Europa in un contesto più ampio vengono presentate in questa relazione informazioni sintetiche sulla situazione globale. L'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine produce una relazione annuale sulla situazione internazionale degli stupefacenti che rappresenta una fonte importante di informazioni per le stime su scala mondiale riportate nella presente relazione. Si noti che la compilazione di questo genere di informazioni comporta una serie di difficoltà e che, in molte parti del mondo, i sistemi informativi sono ancora rudimentali. Pertanto, questi dati devono essere intesi come le migliori approssimazioni possibili delle risorse informative attualmente disponibili.

Il Marocco rimane il principale produttore internazionale di resina di cannabis; benché recenti indagini suggeriscano che la superficie coltivata a cannabis sia diminuita del 40 % circa tra il 2004 e il 2005, si ritiene comunque che il paese produca circa il 70 % della resina di cannabis consumata in Europa. In base a stime della superficie totale coltivata, nel 2005 il Marocco aveva una produzione potenziale di 1 066 tonnellate. La stragrande maggioranza della cannabis prodotta in Marocco è destinata ai mercati europeo e nordafricano (CND, 2007; UNODC e governo del Marocco, 2007). La resina di cannabis viene importata

illecitamente in Europa attraverso la penisola iberica. Anche se il Marocco è di gran lunga il principale produttore di resina per il mercato europeo, si ritiene che sia disponibile, soprattutto negli Stati dell'Europa centrale, anche resina proveniente da altri paesi (Moldova e India).

Se la resina di cannabis in Europa tende a essere un prodotto alquanto uniforme, lo stesso non può dirsi per le foglie di cannabis. All'origine dei sequestri riferiti nel 2005 vi sono Albania, Paesi Bassi, gli Stati della ex Jugoslavia, Angola e Sudafrica. Per quanto la produzione domestica di foglie di cannabis sia un fenomeno difficile da monitorare sistematicamente, nel 2005 questa forma di produzione è stata osservata nella metà dei paesi dichiaranti. Parte della cannabis prodotta in Europa viene coltivata all'aria aperta e, praticamente, non si distingue dalla cannabis in foglie importata. Tuttavia, la cannabis a potenza relativamente alta, coltivata in condizioni intensive, sembra avere le caratteristiche per diventare una parte importante e probabilmente crescente del mercato in molti paesi; le attrezzature che consentono agli utenti di produrre cannabis a livello domestico sono oggi ampiamente disponibili in Internet o, in alcuni paesi, presso fornitori specializzati. Il fatto che questa forma dello stupefacente venga coltivata all'interno e spesso in stretta prossimità rispetto al mercato di destinazione può significare che le partite di cannabis vengono intercettate meno frequentemente e, quindi, che la produzione sia meno visibile nei dati disponibili.

### Sequestri

Nel 2005 i sequestri globali di resina di cannabis hanno interessato 1 302 tonnellate, rispetto alle 4 644 tonnellate di foglie di cannabis; entrambi i totali sono inferiori rispetto alle cifre del 2004. L'Europa occidentale e centrale ha continuato a essere la regione in cui è stata sequestrata la maggior quantità di resina (70 %), mentre la maggior parte delle foglie di cannabis sono state sequestrate nell'America settentrionale (64 %) (UNODC, 2007).

Nel 2005 sono stati effettuati in Europa circa 303 000 sequestri di resina di cannabis, per un totale di 909 tonnellate<sup>(25)</sup>; circa la metà dei sequestri, per un totale approssimativo di tre quarti del quantitativo complessivo intercettato, è stata effettuata in Spagna<sup>(26)</sup>. Un leggero incremento nel numero dei sequestri di resina riferiti nel 2005 è segno della tendenza continua all'aumento che si osserva dal 2000. Lo stesso tuttavia non può dirsi per il quantitativo di resina intercettata, che nel 2005 è diminuito, dopo essere cresciuto negli anni tra il 2000 e il 2004. La posizione relativa della resina di cannabis e delle foglie di cannabis si spiega con il fatto che, nel 2005, i sequestri sono stati soltanto la metà circa per quanto riguarda le foglie di cannabis (152 000), pari a meno di un decimo del quantitativo sequestrato (66 tonnellate). Il numero di sequestri di foglie di cannabis in Europa è aumentato costantemente negli ultimi cinque anni, anche se il quadro dei quantitativi sequestrati

### L'uso personale di cannabis: il quadro giuridico

Nonostante l'esistenza di approcci giuridici diversi tra gli Stati membri<sup>(1)</sup>, è possibile individuare una tendenza generale in Europa nello sviluppo di misure punitive alternative alla carcerazione per i casi di detenzione e uso di piccole quantità di cannabis a scopo personale, in assenza di aggravanti. Spesso la cannabis viene distinta oggi da altre sostanze illecite dalla legislazione stessa, dalle ordinanze destinate ai pubblici ministeri o dalla pratica giudiziaria. Nella maggior parte dei paesi europei si è passati dalle pene detentive alle ammende, alle cauzioni, alla libertà vigilata, all'esenzione dalla pena, alla consulenza. Esempi di questa evoluzione si riflettono in una serie di misure recenti, tra cui l'abolizione della pena detentiva per questo reato in Lussemburgo nel 2001 e in Belgio nel 2003, e la riduzione delle pene detentive in Grecia nel 2003 e nel Regno Unito nel 2004. Ordinanze destinate agli agenti di polizia o ai pubblici ministeri sono state emanate in Belgio nel 2003 e nel 2005, in Francia nel 2005, nel Regno Unito nel 2004 e nel 2006. Nel 2006 la Repubblica ceca stava per introdurre nel codice penale classi diverse per sostanze diverse dai medicinali, ma questo progetto è stato rigettato per motivi di natura totalmente diversa. Nonostante ciò, in Europa il numero di reati collegati alla cannabis continua a crescere (cfr. il capitolo 1).

Il dibattito sulla cannabis rimane aperto così come rimangono irrisolte le divergenze sui costi e i benefici delle diverse risposte introdotte a livello di salute pubblica e giustizia penale. Queste discrepanze si riflettono nel fatto che non tutte le misure adottate hanno comportato un alleggerimento delle pene; al contrario, in alcuni paesi le pene si sono esacerbate oppure la situazione è sottoposta a una revisione critica. Nel 2004 un'ordinanza indirizzata ai pubblici ministeri in Danimarca imponeva l'applicazione di ammende, anziché di moniti, mentre in Italia è stata eliminata, nel 2006, la differenza giuridica tra sostanze non medicinali, per scoraggiare la distinzione tra droghe «leggere» e «pesanti». Altri Stati hanno rivisto le loro attuali strategie di risposta al problema del consumo di cannabis; i Paesi Bassi, per esempio, hanno pubblicato nel 2005 una strategia specifica per questa sostanza, mentre la Germania ha condotto uno studio analitico dell'applicazione di pene in caso di semplice detenzione di cannabis.

Le politiche collegate al consumo di questa sostanza rimangono un problema che genera vivaci dibattiti e disaccordo nell'opinione pubblica. Ne sono un esempio i risultati della recente indagine dell'Eurobarometro (2006), nell'ambito della quale è stato chiesto ai cittadini europei di commentare la dichiarazione che il consumo personale di cannabis dovrebbe essere legalizzato in tutto il territorio europeo. Poco più dei due terzi (68 %) degli intervistati erano contrari a questa ipotesi, mentre un quarto (26 %) la condivideva. In tutti i paesi, nonostante le differenze riscontrate nel numero di persone inserite nei campioni favorevoli a mantenere il divieto sull'uso di queste sostanze, la loro posizione era sempre maggioritaria.

(1) Per una discussione più ampia dell'argomento si rimanda alla rassegna tematica dell'ELDD: <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nodeid=5036>

(25) I dati sui sequestri di sostanze stupefacenti in Europa su cui si basa questa sezione sono riportati nelle tabelle SZR-1, SZR-2, SZR-3 e SZR-4 del bollettino statistico 2007.

(26) L'affermazione andrebbe verificata alla luce dei dati ancora mancanti riferiti al 2005, una volta che si renderanno disponibili. Per poter fare previsioni, i dati mancanti del 2005 sono stati sostituiti con i dati del 2004.



appare meno chiaro, con un possibile incremento nel 2005 dopo un periodo di riduzione negli anni tra il 2001 e il 2004. Le conclusioni a questo riguardo sono, di necessità, preliminari, poiché il Regno Unito, responsabile della maggior parte dei sequestri di foglie di cannabis in termini sia di numeri sia di volume, non ha ancora riferito i dati relativi al 2005.

Nel 2005 un totale di circa 13 500 sequestri in Europa ha permesso di intercettare approssimativamente 24 milioni di piante di cannabis (la maggior parte delle quali in Turchia) e 13,6 tonnellate di piante di cannabis (perlopiù in Spagna). In generale, il numero di sequestri di piante di cannabis in Europa mostra una tendenza continua alla crescita a partire dal 2000. Se osserviamo gli Stati membri dell'UE, il numero di piante di cannabis sequestrate ha raggiunto l'apice nel 2001, per poi tornare a crescere dal 2003, mentre in Turchia, dopo un incremento nel periodo 2001-2003, il numero di piante di cannabis sequestrate è diminuito nel 2004 per poi tornare a risalire nel 2005.

### Prezzo e potenza

Nel 2005 il prezzo medio o tipico al dettaglio di resina di cannabis e foglie di cannabis era diverso sia all'interno di uno stesso paese sia tra paesi; la maggior parte degli Stati ha riferito prezzi dei prodotti della cannabis compresi tra 4 e 10 euro al grammo <sup>(27)</sup>. Tuttavia, i prezzi medi o tipici riferiti per entrambi i tipi di cannabis andavano da 2 fino a oltre 15 euro al grammo. I prezzi medi della resina di cannabis, corretti dell'inflazione, sono diminuiti nel periodo 2000-2005 in tutti i paesi dichiaranti, a eccezione della Polonia, dove sono rimasti stabili. Anche i prezzi medi delle foglie di cannabis, corretti dell'inflazione, sono diminuiti o hanno mantenuto un livello stabile nell'arco dello stesso periodo in tutti i paesi dichiaranti, salvo la Slovenia <sup>(28)</sup>.

La potenza dei prodotti di cannabis è determinata dal loro tenore in  $\Delta^9$ -tetraidrocannabinolo (THC), il principale principio attivo (OEDT, 2004). Nel 2005 il tenore medio o tipico di THC riferito della resina di cannabis al dettaglio era compreso tra meno dell'1 % e il 17 %; questa gamma di variazione è difficile da spiegare, vista l'origine comune della maggior parte della resina europea. La potenza delle foglie di cannabis riferita andava da meno dell'1 % a poco oltre il 15 %. Nei dati pervenuti non è possibile distinguere tra foglie di cannabis prodotte a livello domestico e foglie importate; i Paesi Bassi, tuttavia, sono riusciti a calcolare una percentuale del 17,7 % per le foglie di cannabis prodotte localmente <sup>(29)</sup>.

## Prevalenza e modelli di consumo della cannabis

### Tra la popolazione in generale

I più recenti dati provenienti da indagini confermano il quadro ormai noto, e cioè che la cannabis rappresenta la sostanza

illecita più frequentemente utilizzata in Europa. Negli anni novanta il consumo di questa sostanza, in particolare tra i giovani, è cresciuto praticamente in tutti i paesi. Alcuni tra

### Le indagini, uno strumento importante per comprendere i modelli e le tendenze del consumo di stupefacenti in Europa

Il consumo di stupefacenti presso la popolazione in generale o nelle scuole viene valutato con indagini che servono a stimare la percentuale della popolazione che dichiara di aver fatto uso di droga in determinati periodi di tempo: consumo una tantum, nell'ultimo anno o nell'ultimo mese.

L'OEDT, in collaborazione con gli esperti nazionali, ha elaborato un insieme di punti fondamentali comuni (il cosiddetto «Questionario europeo», EMQ) da utilizzare nelle indagini tra gli adulti, che sono stati impiegati nella maggior parte degli Stati membri dell'Unione europea. I dettagli dell'EMQ sono reperibili nel «Manuale per le indagini sul consumo di droga nella popolazione generale» (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Tuttavia, continuano a esserci differenze da paese a paese sia nella metodologia sia nell'anno della raccolta dei dati e le piccole differenze da paese a paese devono essere interpretate con cautela <sup>(1)</sup>.

Poiché la realizzazione di indagini comporta spese elevate, sono pochi i paesi che raccolgono informazioni ogni anno. In questa relazione i dati vengono presentati in base alle più recenti indagini disponibili, che nella maggior parte dei casi risalgono agli anni tra il 2003 e il 2006.

In genere, per riferire i dati delle indagini, vengono usate tre diverse misure di consumo di stupefacenti nel tempo. Il consumo o la prevalenza una tantum è l'unità più ampia, che solitamente viene utilizzata per segnalare le informazioni riferite ai gruppi molto giovani della popolazione, per esempio gli studenti, ma la sua efficacia nel riflettere la situazione attuale tra gli adulti è limitata, anche se non è escluso che possa fornire dati utili sui modelli di consumo e l'incidenza. La presente relazione si basa perlopiù sui dati relativi al consumo nell'ultimo anno e nell'ultimo mese, poiché si tratta di misurazioni che riflettono meglio la situazione attuale; in particolare, il consumo nell'ultimo mese è spesso utile come indice approssimativo del consumo regolare. È importante individuare chiaramente i soggetti che fanno uso regolare di stupefacenti o le cui abitudini nel consumo di stupefacenti sono diventate una fonte di problemi; sono stati fatti progressi in tal senso con la creazione di scale per valutare le forme più intense di consumo. Laddove disponibili, tali informazioni sono state inserite (cfr. il riquadro sullo sviluppo di scale psicometriche, pag. 42).

<sup>(1)</sup> Le fasce di età standard delle rilevazioni dell'OEDT sono le seguenti: tutti gli adulti (dai 15 ai 64 anni) e giovani adulti (dai 15 ai 34 anni). I dati provenienti da taluni paesi si riferiscono a categorie di età leggermente diverse (per esempio, 16-64, 18-64, 16-59 anni). Per ulteriori informazioni sulla metodologia delle indagini nella popolazione e la metodologia usata in ciascuna indagine nazionale si rimanda al bollettino statistico 2007.

<sup>(27)</sup> Cfr. la tabella PPP-1 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(28)</sup> I dati sul prezzo di resina e di foglie di cannabis sono stati analizzati per 19 paesi (in cui erano disponibili dati per almeno tre anni consecutivi).

<sup>(29)</sup> I dati sulla potenza della cannabis sono riportati nelle tabelle PPP-2 e PPP-5 del bollettino statistico 2007.

i dati più recenti, tuttavia, suggerirebbero che la tendenza alla crescita si sta appiattendendo, nonostante siano stati raggiunti picchi storici. Un aspetto secondario da non sottovalutare consiste nell'esaminare le tendenze tra coloro che utilizzano la sostanza in maniera intensiva e per lunghi periodi di tempo. In questo caso, i dati non sono così chiari, ma vi è il timore che più giovani utilizzino la cannabis in questo modo, un fatto che si riflette in parte nell'aumento delle richieste di trattamento della dipendenza da cannabis registrato in alcuni paesi.

Si calcola in maniera conservativa che la cannabis sia stata utilizzata almeno una volta (prevalenza una tantum) da oltre 70 milioni di adulti europei, per una media di quasi un quarto (22 %) di tutte le persone di età compresa tra i 15 e i 64 anni <sup>(30)</sup>. Le cifre nazionali sono estremamente diverse da paese a paese, e vanno dal 2 al 37 %, con le percentuali più basse registrate in Bulgaria, a Malta e in Romania, e quelle più alte in Danimarca (36,5 %), Francia (30,6 %), Regno Unito (29,8 %) e Italia (29,3 %) <sup>(31)</sup>. Nonostante questa ampia gamma totale, 12 paesi europei sui 26 che hanno fornito informazioni hanno riferito tassi di prevalenza una tantum compresi tra il 10 e il 25 % <sup>(32)</sup>.

Spostando il punto di riferimento dal consumo una tantum al consumo nell'ultimo anno, i livelli riferiti di consumo di cannabis diminuiscono, pur rimanendo comunque alti. Si calcola che più di 23 milioni di adulti europei abbiano usato la cannabis nel corso dell'ultimo anno, per una percentuale media del 7 % di tutte le persone di 15-64 anni di età. Le cifre nazionali vanno dall'1 all'11,2 %, con le percentuali più basse registrate in Bulgaria, Grecia e a Malta, e quelle più alte in Italia (11,2 %), Spagna (11,2 %), Repubblica ceca (9,3 %) e Regno Unito (8,7 %). Ancora una volta, nonostante l'ampia gamma generale, 13 paesi su 25 dichiaranti hanno segnalato percentuali di consumo una tantum comprese tra il 4 e il 9 % (grafico 3).

Le stime della prevalenza nell'ultimo mese comprendono anche quei soggetti che fanno uso di cannabis con più regolarità, anche se non necessariamente in modo intensivo. Si stima che 13,4 milioni di adulti europei abbiano consumato questa sostanza nell'ultimo mese, per una media di circa 4 % di tutte le persone di 15-64 anni di età. Le cifre nazionali sono comprese tra lo 0,5 e l'8,7 %. Le cifre più basse sono riferite da Bulgaria, Malta, Lituania e Svezia, quelle più alte da Spagna (8,7 %), Italia (5,8 %), Regno Unito (5,2 %) e Francia (4,8 %). Dei 26 paesi dichiaranti, le cifre relative a 13 paesi sono comprese tra il 2 e il 6 % <sup>(33)</sup>.

## Consumo di cannabis tra giovani adulti

Il consumo di cannabis è sproporzionatamente alto tra i giovani, con percentuali, diverse a seconda del paese interessato, comprese tra il 3 e il 49,5 % dei giovani adulti europei (15-34 anni) che riferiscono di aver fatto uso di questa sostanza almeno una volta nella vita; inoltre, il 3-20 % riferisce un consumo nel corso dell'ultimo anno e l'1,5-15,5 % ammette un consumo nell'ultimo mese. Le più elevate cifre una tantum sono state segnalate da Danimarca, Francia, Regno Unito e Spagna, mentre i livelli più alti denunciati di prevalenza nel corso dell'ultimo anno sono comunicati da Spagna, Repubblica ceca, Francia e Italia. In media, il 30 % dei giovani adulti riferisce un consumo una tantum e il 13 % un consumo nell'ultimo anno; più del 7 % ammette un consumo nell'ultimo mese. Per fare un confronto, le stime relative al consumo nell'ultimo anno e nell'ultimo mese raccolte tra adulti di età compresa tra i 35 e i 64 anni sono, rispettivamente, del 3 e dell'1,6 % <sup>(34)</sup>.

Spostando invece l'attenzione ai giovani tra i 15 e i 24 anni, le stime sulla prevalenza una tantum vanno dal 3 al 44 % (con la maggior parte dei paesi che riferisce percentuali del 20-40 %). Le percentuali relative al consumo nell'ultimo anno oscillano tra il 4 e il 28 % (10-25 % nella maggioranza dei paesi), mentre i tassi del consumo nell'ultimo mese sono tra l'1 e il 19 % (5-12 % in buona parte dei paesi). Tra i maschi di questo gruppo di età le stime sulla prevalenza sono ancora più alte. Il consumo una tantum è stato riferito dall'11-51 % dei giovani di sesso maschile (25-45 % nella maggior parte dei paesi), l'uso nell'ultimo anno dal 5-35 % (15-30 % in buona parte dei paesi) e l'uso nell'ultimo mese dall'1,7-23,7 % (6-20 % nella maggioranza dei paesi) <sup>(35)</sup>.

## Modelli del consumo di cannabis

Come si è detto poc'anzi, l'uso della cannabis, così come della maggior parte delle altre sostanze illecite, è notevolmente alto tra i più giovani, nonostante le marcate differenze da paese a paese. Inoltre, il consumo di questa sostanza è nettamente superiore tra gli uomini che tra le donne, anche se queste differenze tendono a essere meno pronunciate tra i giovani. In generale, la proporzione uomini-donne aumenta nelle stime dell'uso più recenti; anche in questo caso, tuttavia, si osservano spiccate differenze da paese a paese: per esempio, i rapporti di genere per l'uso riferito della cannabis nell'ultimo anno vanno da 1,5 in Italia a 1,14 in Lituania (cfr. la questione specifica sugli aspetti di genere e il consumo di droga).

<sup>(30)</sup> La proporzione media è stata calcolata come media dei tassi di prevalenza nazionali ponderata in base alla popolazione della relativa fascia di età in ciascun paese. Le cifre complessive sono state calcolate moltiplicando la prevalenza nella popolazione interessata in ogni paese e, nei paesi per i quali non erano disponibili informazioni, imputando la prevalenza media. Le cifre riportate esprimono probabilmente un livello minimo, poiché potrebbe esserci sottosegnalazione.

<sup>(31)</sup> In questo testo, per ragioni pratiche, le cifre del Regno Unito si fondano sui dati raccolti dall'Indagine britannica sui reati del 2006 (riferita a Inghilterra e Galles). Esistono stime aggiuntive per Scozia e Irlanda del Nord, mentre è disponibile una stima combinata per il Regno Unito (presentata nel bollettino statistico).

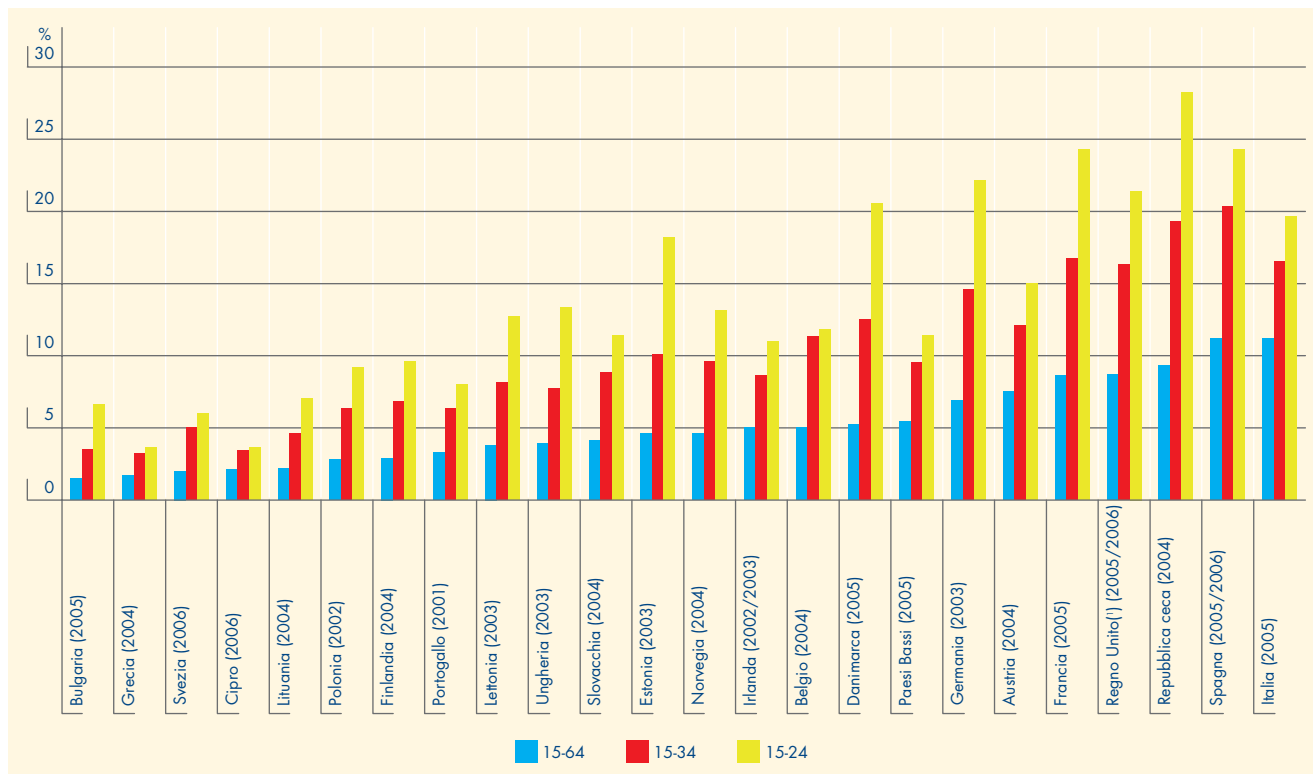
<sup>(32)</sup> Cfr. la tabella GPS-8 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(33)</sup> Cfr. la tabella GPS-12 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(34)</sup> Cfr. le tabelle GPS-9, GPS-11 e GPS-13 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(35)</sup> Cfr. le tabelle GPS-17, GPS-18 e GPS-19 e i grafici GPS-1, GPS-3, GPS-7 e GPS-12 nel bollettino statistico 2007.

**Grafico 3:** prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cannabis tra tutti gli adulti (15-64 anni) e i giovani adulti (15-34 anni e 15-24 anni)



(1) Inghilterra e Galles.

NB: I dati provengono dalle più recenti indagini nazionali disponibili in ogni paese all'epoca della segnalazione. I paesi sono ordinati in base alla prevalenza generale (tutti gli adulti). Per ulteriori informazioni cfr. le tabelle GPS-10, GPS-11 e GPS-18 nel bollettino statistico 2007.

Fonte: relazioni nazionali Reitox (2006), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

Per molti, il consumo di cannabis tende a essere discontinuo dopo un breve periodo di sperimentazione e i tassi sul consumo solitamente diminuiscono con l'aumentare dell'età. Rimane tuttavia difficile tracciare un andamento dell'esperienza del consumo di cannabis sulla base dei dati disponibili e individuare l'evoluzione nel tempo dei modelli di consumo. È possibile ricavare informazioni al riguardo paragonando il consumo una tantum riferito con più recenti misurazioni del consumo. In media, questa analisi suggerisce che il 32 % di tutti gli adulti (15-64 anni) che hanno fatto uso di cannabis lo ha fatto nell'ultimo anno e il 18 % nell'ultimo mese. Queste percentuali, talvolta definite «percentuali di continuità» variano notevolmente da paese a paese e sono influenzate da una serie di fattori, tra cui lo sviluppo storico del consumo di cannabis all'interno di un paese e il numero di nuovi casi. Nonostante ciò, riuscire a capire quale sia la percentuale di consumatori di cannabis che adotta modelli di consumo regolari e di lungo termine

sarebbe utile probabilmente per comprendere il potenziale impatto sulla salute pubblica dell'uso di questa sostanza. Al di là del timore che il numero dei consumatori di cannabis regolari o intensivi possa crescere <sup>(36)</sup>, attualmente sono disponibili pochissime informazioni che consentono di esaminare questo aspetto. Attualmente l'OEDT sta lavorando a stretto contatto con una serie di Stati membri al fine di elaborare un migliore approccio metodologico in relazione a questo aspetto. Una stima approssimativa effettuata dall'OEDT nel 2004, sulla scorta di dati limitati, suggeriva che l'1 % circa degli adulti europei, pari a circa 3 milioni di persone, potrebbe essere un «consumatore quotidiano o quasi quotidiano» di cannabis. Questa stima dovrebbe essere aggiornata a breve. Alcuni Stati hanno segnalato un aumento del consumo regolare o intensivo di cannabis, ma soltanto la Spagna ha trasmesso dati comparabili sull'«uso quotidiano» <sup>(37)</sup>, che è passato dallo 0,7 % nel 1997 al 2 % nel 2006.

<sup>(36)</sup> Non esiste finora una definizione universalmente accettata di «consumo intensivo di cannabis». Si tratta comunque di un'espressione dal significato ampio, con cui si indica un consumo superiore a una certa soglia di frequenza. Esso non implica necessariamente l'esistenza di una «dipendenza/abuso» o di problemi di altro genere, ma si ritiene possa accrescere il rischio delle conseguenze negative, tra cui la dipendenza. In questo capitolo le cifre si riferiscono al «consumo quotidiano o quasi quotidiano» (definito come consumo esteso a 20 o più giorni degli ultimi 30 giorni). Questo punto di riferimento è stato spesso utilizzato nell'ambito degli studi e può essere derivato dal questionario europeo sui modelli di consumo. Gli studi metodologici in corso (nazionali e dell'OEDT) contribuiranno a comprendere meglio i rapporti esistenti tra consumo intensivo/frequente e problemi (cfr. riquadro sullo sviluppo di scale psicometriche, pag. 42).

<sup>(37)</sup> 1997 (0,7 %), 1999 (0,8 %), 2001 (1,5 %), 2003 (1,5 %), 2005/2006 (2 %). Questa unità di misura (consumo per 30 giorni negli ultimi 30 giorni) si distingue da quella usata in precedenza «consumo quotidiano o quasi quotidiano» (consumo per 20 giorni o più negli ultimi 30 giorni), che produce una stima più elevata. In Francia si definisce «consumatore regolare» la persona che fa uso della sostanza «10 volte o più negli ultimi 30 giorni» (4,3 % degli uomini, 1,3 % delle donne). Nel Regno Unito si considera «uso frequente» un «consumo superiore a una volta al mese nel corso dell'ultimo anno»; questo dato non è paragonabile ai dati utilizzati in questo capitolo.

### **Sviluppo di scale psicometriche per individuare il consumo intensivo, dipendente e problematico di cannabis nei dati raccolti attraverso le indagini**

Le descrizioni sul consumo di stupefacenti ottenute dalle indagini si basano su un comportamento dichiarato dagli stessi soggetti intervistati nell'arco di intervalli di tempo diversi. Storicamente, il consumo quotidiano non è stato monitorato in maniera sistematica, in particolare per il fatto che nella maggior parte dei paesi la prevalenza del consumo di cannabis era bassa. Inoltre, l'approccio secondo cui l'attenzione viene ristretta al consumo nell'ultimo mese non consente di calcolare con precisione il numero di consumatori intensivi. Tuttavia, si può dire che il consumo di cannabis sia aumentato in tutta l'Europa e che, parallelamente, sono aumentati anche i timori correlati a questo problema, al punto che questo approccio deve essere riconsiderato. Infatti, quasi tutti i paesi dell'UE al giorno d'oggi raccolgono informazioni sul numero di giorni in cui questa sostanza è stata assunta nel mese precedente l'intervista. Sulla base di queste informazioni si calcola che vi siano circa 3 milioni di persone che fanno uso di cannabis con frequenza quotidiana o quasi.

L'OEDT sta lavorando con gli esperti nazionali per migliorare la segnalazione di questo genere di consumo intensivo nei dati provenienti dalle indagini condotte nella popolazione. Nonostante ciò, questo meccanismo rappresenta uno strumento ancora troppo rudimentale per consentire di individuare i consumatori problematici di cannabis o quelli con una dipendenza da questa sostanza. Queste informazioni sono indispensabili per capire l'impatto sulla salute pubblica del consumo di cannabis e, attualmente, sono uno degli aspetti chiave di cui si sta occupando il gruppo di esperti sulle indagini dell'OEDT.

Sono in corso attività per elaborare un quadro metodologico e concettuale utile per monitorare le «forme intensive di consumo di stupefacenti», che potrebbe essere impiegato nelle indagini sulla popolazione per individuare con maggior precisione i soggetti alle prese con determinati problemi. Alcuni Stati hanno iniziato a misurare la «dipendenza» o il «consumo problematico» di cannabis nella popolazione in generale, con progetti pionieristici in corso in Francia, Germania, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito e, più di recente, Spagna.

Un esempio delle ragioni dell'importanza di queste attività è dato dall'esperienza dell'indagine francese del 2005, nell'ambito della quale è stata utilizzata la scala sperimentale CAST (*cannabis abuse screening test*, test di screening dell'abuso di cannabis): da un'analisi preliminare è emerso che almeno il 16 % dei soggetti che hanno fatto uso di questa sostanza nell'ultimo anno e il 58 % dei consumatori quotidiani potrebbero essere esposti al rischio del consumo problematico.

A questo proposito è importante anche avere più informazioni per capire meglio i fattori associati all'uso discontinuo. Come si è detto, la maggior parte di coloro che iniziano a fare uso di cannabis interrompono questa abitudine dopo un certo intervallo di tempo. Comprendere i fattori legati a questa

decisione è ovviamente importante per la concezione degli interventi in questo ambito. Alcune informazioni al riguardo sono disponibili in quantità via via crescente; per esempio, l'indagine condotta in Francia tra la popolazione nel 2005 ha consentito di rilevare che, tra coloro che hanno fatto uso di cannabis almeno una volta nella vita, ma che non riferivano un consumo nell'ultimo anno, la maggior parte degli intervistati (80 %) dichiarava semplicemente di non essere interessata a consumare questa droga, e ciò nonostante il fatto che la maggior parte degli adulti (quasi il 60 %) ritenessero di potersela facilmente procurare, se l'avessero voluto.

### **Tendenze nel consumo di cannabis tra gli adulti**

La registrazione delle tendenze nel consumo di droga in Europa è resa difficile dall'assenza, in molti paesi, di serie temporali di dati. Tuttavia, a partire dagli anni novanta un numero crescente di paesi ha avviato una serie di indagini e alcuni cominciano a presentare informazioni molto utili sull'evoluzione nel lungo termine.

Le serie temporali prodotte dalle indagini possono gettar luce sullo sviluppo del consumo di cannabis in Europa. Uno dei risultati raccolti è che esistono differenze temporali rilevanti tra Stato e Stato e che si osservano ondate di popolarità nel consumo di questa sostanza a partire dagli anni sessanta, epoca in cui ha cominciato a essere in voga <sup>(38)</sup>. Ne sono un esempio i dati trasmessi dalla Svezia (relazione nazionale Reitox 2005), dove negli anni settanta si è registrato un livello relativamente alto di sperimentazione tra coscritti e studenti, cui è seguito un calo sostanziale negli anni ottanta e, quindi, un nuovo aumento negli anni novanta, fino a raggiungere livelli simili a quelli degli anni settanta, ancora una volta alternato a una diminuzione in anni più recenti. Un simile andamento si osserva anche nei dati finlandesi, caratterizzati da importanti oscillazioni nel consumo di droga: prima negli anni sessanta e, nuovamente, negli anni novanta.

Dall'indagine emerge che il consumo di cannabis è cresciuto in maniera netta negli anni novanta in quasi tutti gli Stati dell'Unione europea. Il consumo ha continuato ad aumentare fin di recente in molti paesi, anche se vi sono oggi segnali di stabilizzazione in alcuni Stati, soprattutto in quello che può essere considerato il gruppo «ad alta prevalenza». A questo riguardo si veda l'esempio del Regno Unito, che in generale sembra spesso trainare le tendenze relative al consumo di stupefacenti. All'inizio degli anni novanta il Regno Unito emergeva come paese ad alta prevalenza, che segnalava le più alte cifre sulla prevalenza in Europa in riferimento alla maggior parte delle misurazioni. Tuttavia, i tassi di prevalenza nell'ultimo anno tra i giovani adulti (16-34 anni) sono stabili dal 1998 e sono andati diminuendo tra il 2003 e il 2006 (dal 20 al 16,3 %). È interessante notare, nella fascia d'età più giovane (16-24 anni), un calo crescente a partire dal 1998, a suggerire che il consumo di cannabis è meno diffuso tra i giovani <sup>(39)</sup>.

<sup>(38)</sup> Cfr. anche il grafico 4 nella relazione annuale 2004.

<sup>(39)</sup> Cfr. il grafico GPS-10 nel bollettino statistico 2007.

In Francia, Spagna e Italia il consumo di cannabis si è avvicinato, negli ultimi anni (2002, 2003 e 2005, rispettivamente), ai tassi di prevalenza britannici, dopo un periodo di costante incremento. Ancora una volta, si intravedono segni di stabilizzazione della situazione: la Francia ha riferito un calo nei consumi nel 2005; per quanto riguarda la Spagna, benché le relazioni nazionali indichino un leggero incremento fino al 2006, in generale i dati più recenti rivelerebbero una tendenza al livellamento. Nella Repubblica ceca, un paese con un'alta prevalenza, non è facile tracciare una tendenza sulla scorta dei dati disponibili, ma le informazioni riferite ai giovani adulti farebbero pensare a un leggero calo dei livelli di consumo.

Tra i paesi a media e bassa prevalenza nell'ultimo anno nel gruppo dei giovani adulti (15-34 anni), i dati più recenti provenienti da Danimarca e Paesi Bassi mostrano una lieve diminuzione, mentre i livelli di consumo sembrano in aumento in Estonia, Germania, Ungheria, Slovacchia e Norvegia <sup>(40)</sup>. Tuttavia, la gran parte di questi incrementi è ridotta e, in generale, meno pronunciata nelle stime più recenti.

Finlandia e Svezia rimangono tra i paesi che riferiscono i più bassi livelli di consumo di cannabis e, nonostante le stime sulla prevalenza rivelino una tendenza all'aumento, non vi sono elementi che proverebbero una convergenza con i paesi a più alta prevalenza. Gli aumenti osservati in Svezia tra il 2000 e il 2004 nel dato relativo alla prevalenza nell'ultimo anno tra i giovani adulti (dall'1,3 al 5,3 %), per quanto incisivi, sono difficili da interpretare, a causa dei cambiamenti metodologici introdotti nelle modalità di conduzione delle indagini, e le stime sulla prevalenza raccolte dalle indagini del 2004, 2005 e 2006 suggeriscono una situazione stabile.

### Prevalenza tra gli studenti

Un altro utile sguardo sui modelli e le tendenze di consumo della cannabis è fornito dai dati rilevati nel corso delle indagini realizzate nelle scuole, che mostrano un aumento del livello di consumo di questa sostanza in molti paesi dell'Unione europea tra la fine degli anni novanta e l'inizio del nuovo millennio.

Nel complesso, il quadro generale che si può trarre sulla base delle informazioni fornite dalle indagini nelle scuole riflette la situazione già rilevata nelle indagini condotte tra gli adulti. I tassi più elevati di prevalenza *in tantum* nel consumo di cannabis tra gli studenti di 15-16 anni in Europa sono riferiti da Belgio, Repubblica ceca, Irlanda, Spagna, Francia e Regno Unito, che riferiscono percentuali comprese tra il 30 e il 44 %, mentre Germania, Italia, Paesi Bassi, Slovenia e Slovacchia segnalano una prevalenza superiore al 25 %. Per contro, Grecia, Cipro, Romania, Svezia,

Turchia e Norvegia trasmettono stime sul consumo *in tantum* inferiori al 10 %.

L'analisi dei dati raccolti dai primi tre cicli dell'indagine dell'ESPAD (progetto di indagine europea nelle scuole sul consumo di alcol e di altre droghe) (1996-2003) evidenziano differenze geografiche marcate nell'andamento della prevalenza *in tantum* del consumo di cannabis tra gli studenti di 15-16 anni. È possibile, a questo riguardo, classificare i paesi in tre gruppi geografici. In Irlanda e Regno Unito, che hanno alle spalle una lunga storia di consumo di cannabis, la prevalenza *in tantum* è elevata, ma è rimasta stabile nell'ultimo decennio. Negli Stati membri dell'Europa orientale e centrale, nonché in Danimarca, Spagna, Francia, Italia e Portogallo, la prevalenza *in tantum* del consumo di cannabis è cresciuta nettamente tra il 1995 e il 2003. Nel terzo gruppo di Stati membri (Finlandia e Svezia al nord, Grecia, Cipro e Malta al sud) e in Norvegia le stime sulla prevalenza *in tantum* tra gli studenti sono rimaste a livelli relativamente bassi (attorno al 10 % o meno). I dati ricavati dal prossimo ciclo dello studio ESPAD dovrebbero essere disponibili il prossimo anno.

Soltanto quattro paesi (Italia, Polonia, Svezia, Regno Unito) hanno riferito nuovi dati raccolti dalle indagini nazionali condotte nelle scuole nel 2005, mentre il Belgio ha segnalato un'indagine realizzata nella regione delle Fiandre. In Svezia la situazione è apparsa stabile, con lievi diminuzioni visibili nelle altre quattro indagini.

## Cannabis: dati relativi alla domanda di trattamento <sup>(41)</sup>

### Caratteristiche generali delle domande di trattamento

Su un totale di circa 326 000 domande di trattamento rilevate nel 2005 (dati provenienti da 21 paesi), la cannabis costituisce la ragione principale della richiesta di trattamento in circa il 20 % dei casi e si colloca quindi al secondo posto tra le droghe segnalate più di frequente, subito dopo l'eroina. Solitamente, le richieste di trattamento per consumo primario di cannabis sono rivolte in buona parte ai centri che erogano un servizio in regime ambulatoriale <sup>(42)</sup>.

Spesso i pazienti ricoverati in ospedale per tossicodipendenza sono consumatori problematici anche di altre sostanze, in aggiunta alla droga primaria per la quale chiedono di sottoporsi al trattamento; raramente è il caso questo dei consumatori di cannabis, tra i quali invece prevale l'uso di una sola sostanza (la cannabis, appunto). Non mancano, tuttavia, esempi di pazienti che usano la cannabis in combinazione con altre sostanze, la maggior parte delle volte alcol (37 %) e anfetamine o ecstasy (28 %). Dopo l'alcol (38 %), la cannabis è menzionata come la seconda sostanza

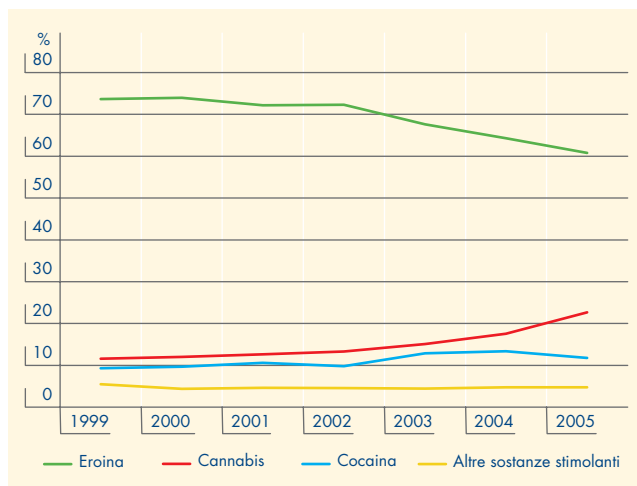
<sup>(40)</sup> Cfr. il grafico GPS-4 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(41)</sup> L'analisi della distribuzione generale e delle tendenze poggia sui dati relativi ai pazienti che fanno domanda di trattamento in tutti i centri terapeutici; l'analisi del profilo dei pazienti e dei modelli di consumo di sostanze stupefacenti si fonda invece prevalentemente sui dati provenienti da centri terapeutici che operano in regime ambulatoriale.

<sup>(42)</sup> Cfr. il grafico TDI-2 nel bollettino statistico 2007.



**Grafico 4:** tendenze nel modello di utilizzo dei servizi terapeutici (1999-2005): sostanza principale per la quale i pazienti chiedono il trattamento in percentuale rispetto a tutte le domande



NB: In base ai dati trasmessi da 21 Stati membri dell'UE: Bulgaria, Repubblica ceca, Danimarca, Germania, Irlanda, Grecia, Spagna, Francia, Italia, Cipro, Lituania, Lussemburgo, Ungheria, Malta, Paesi Bassi, Romania, Slovenia, Slovacchia, Finlandia, Svezia e Regno Unito.  
I dati mancanti sono stati interpolati per ciascun paese mantenendo la tendenza media dell'UE nei dati disponibili per ciascun anno.  
Per ulteriori informazioni e per le note dettagliate cfr. il grafico TDI-3 nel bollettino statistico 2007.

Fonte: punti focali nazionali Reitox.

secondaria segnalata più di frequente da chi si sottopone a una terapia <sup>(43)</sup>.

### Aumento delle domande di trattamento

Su un totale di circa 130 000 nuove domande di trattamento, la cannabis costituisce la ragione principale della richiesta di trattamento nel 29 % dei pazienti che per la prima volta si rivolgono ai servizi sanitari, poco dopo l'eroina (35 %; dati provenienti da 22 paesi) <sup>(44)</sup>. Benché sia difficile fare commenti precisi sull'andamento a causa della scarsa disponibilità di dati, si possono tuttavia rilevare le tendenze più marcate nelle domande di trattamento che riguardano la cannabis. Tra il 1999 e il 2005 il numero complessivo delle domande di trattamento per cannabis, sia di quelle nuove che di tutte quelle segnalate, è quasi triplicato. Nonostante ciò, la tendenza all'aumento sembra essersi stabilizzata nei dati più recenti. In tutti i paesi (a eccezione della Lituania), la percentuale riferita alle persone che per la prima volta chiedono di poter entrare in trattamento per consumo primario di cannabis è più alta rispetto alla percentuale corrispondente registrata tra tutti i pazienti <sup>(45)</sup>.

Nel periodo 1999-2005 la proporzione di tutti i nuovi pazienti che hanno fatto richiesta di trattamento per consumo di cannabis è cresciuta in tutti i paesi per i quali si dispone di informazioni (grafico 4). Si osservano, tuttavia, interessanti

variazioni da paese a paese: citano la cannabis meno del 5 % di tutti i soggetti sottoposti a cure in Bulgaria, Lituania, Polonia e Romania e oltre il 30 % dei pazienti in Ungheria e Francia. Per quanto concerne gli altri paesi, in 12 di questi la percentuale dei consumatori di cannabis tra i pazienti è compresa tra il 5 e il 20 %, mentre in 7 è compresa tra il 21 e il 29 %. Analogamente, tra le nuove domande di trattamento si registrano variazioni notevoli da paese a paese; in particolare, la cannabis è menzionata da meno del 10 % dei nuovi pazienti in Bulgaria, Lituania, Lussemburgo, Polonia e Romania e da oltre il 50 % in Danimarca, Germania, Francia e Ungheria <sup>(46)</sup>.

L'aumento della domanda di trattamento per consumo di cannabis non sembra avere una spiegazione semplice. Rimane ancora da chiarire, infatti, fino a che punto l'aumento delle richieste di trattamento sia il risultato di incrementi nella prevalenza del consumo intensivo di cannabis nella popolazione e dei problemi a questo correlati e fino a che punto sia invece la conseguenza di un'accresciuta percezione dei rischi. Altri fattori possono aver contribuito a questo fenomeno, tra cui una migliore copertura dei dati da parte delle strutture sanitarie che seguono i pazienti consumatori di cannabis in regime ambulatoriale (le strutture tipiche verso cui sono indirizzate le domande di trattamento) e, forse, un aumento delle diagnosi e delle segnalazioni del consumo problematico di questa sostanza. Si deve infine considerare l'influsso di altre due possibili cause, ossia la diversificazione dell'offerta terapeutica (per esempio, l'apertura di centri per la cura della tossicodipendenza da cannabis in Francia, alla fine del 2004) e l'aumento del numero di persone segnalate ai servizi sanitari da parte del sistema giudiziario. Nel primo caso, in risposta a un aumento della domanda di trattamento per consumo di cannabis, alcuni paesi hanno messo a punto programmi specifici destinati agli adolescenti o ai giovani, con un'offerta terapeutica più mirata verso i consumatori di cannabis. Per questa sostanza, l'aumento della domanda ha indotto un aumento dell'offerta che, a sua volta, ha accentuato la domanda. Nel secondo caso, le persone segnalate dal sistema della giustizia penale sono spesso autori di reati associati al consumo di cannabis. I risultati degli studi dimostrano che la maggioranza delle persone indirizzate al trattamento dal sistema giudiziario sono consumatori principali di cannabis. In questo scenario, un aumento del numero delle segnalazioni da parte del sistema giudiziario ha senz'altro contribuito all'incremento della domanda di trattamento per questa tossicodipendenza.

### Profili dei pazienti

Indipendentemente dai fattori che contribuiscono a spiegare l'incremento della domanda di trattamento dei consumatori di cannabis, le caratteristiche dei soggetti che finiscono per rivolgersi ai centri sanitari sono interessanti, per quanto

<sup>(43)</sup> Cfr. le tabelle TDI-22 e TDI-23 (parte i) e (parte iv) nel bollettino statistico 2007.

<sup>(44)</sup> Cfr. il grafico TDI-2 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(45)</sup> Cfr. le tabelle TDI-3 (parte iii) e TDI-5 (parte ii) nel bollettino statistico 2007.

<sup>(46)</sup> Cfr. le tabelle TDI-5 (parte ii) e TDI-4 (parte ii) nel bollettino statistico 2007.

non si possa affermare che questa minuscola frazione della popolazione dei consumatori di tale sostanza sia rappresentativa. Se si osserva il profilo dei pazienti ammessi al trattamento per consumo primario di cannabis, si riscontrano con maggior frequenza le seguenti caratteristiche: giovane, di sesso maschile, studente (piuttosto che occupato o disoccupato) e convivente con i genitori (quindi senza un alloggio indipendente) <sup>(47)</sup>. Rispetto ad altri tossicodipendenti in cura, tra le persone che entrano in terapia per consumo primario di cannabis si riscontra la più alta proporzione di soggetti di sesso maschile e di giovanissimi (età media: 24,5 anni). Chi si affida ai servizi sanitari per la prima volta ha un'età ancora inferiore rispetto alla totalità dei pazienti consumatori di cannabis (età media: 23,8 anni); sono nuovi pazienti in cura per una tossicodipendenza da cannabis, rispettivamente, il 67 e l'80 % delle persone di 15-19 anni di età o di età inferiore ai 15 anni. Negli ultimi tre anni, tuttavia, è stato riferito un aumento dell'età dei nuovi pazienti in cura per questo tipo di tossicodipendenza <sup>(48)</sup>. Nel complesso, i pazienti in cura per una dipendenza dalla cannabis possono essere ripartiti in tre gruppi: i soggetti che ne fanno un uso occasionale (34 %), i soggetti che riferiscono di farne uso una volta fino a più volte in una settimana (27 %) e i soggetti che ammettono un consumo quotidiano di cannabis (39 %).

È probabile che queste differenze nel consumo riferito di sostanze stupefacenti tra i pazienti consumatori di cannabis siano il frutto dei diversi percorsi attraverso i quali queste persone approdano ai servizi assistenziali, e si potrebbe ipotizzare che l'incremento delle segnalazioni da parte del sistema della giustizia penale possa essere associato ad alcuni tra i soggetti dediti a un consumo basso di cannabis che si sottopongono a una terapia. Si rilevano differenze da paese a paese nella frequenza del consumo di cannabis, con oltre la metà dei paesi che riferisce più del 30 % di pazienti come consumatori quotidiani e con l'altra metà che segnala una percentuale inferiore al 30 %. Paesi Bassi, Danimarca e Spagna denunciano le più alte percentuali di consumatori regolari tra le persone in trattamento, mentre Ungheria, Germania e Italia dichiarano la proporzione più alta di consumatori occasionali <sup>(49)</sup>. Inoltre, come si avrà modo di discutere in seguito, il fulcro delle risposte al consumo intensivo di cannabis può essere spostato sulla prevenzione anziché sul trattamento, e queste differenze nella pratica nazionale possono interferire con i dati generali segnalati; ecco spiegato quindi in parte il motivo per cui alcuni paesi ad alta prevalenza riferiscono cifre ridotte sul trattamento per consumo di cannabis.

## Risposta ai problemi della cannabis

I dati sul trattamento della dipendenza da cannabis vanno interpretati alla luce della definizione di trattamento per consumo di cannabis in Europa, che attualmente comprende

un ampio continuum di misure che vanno da interventi temporanei al trattamento in regime ospedaliero. In alcuni programmi la risposta è orientata tanto alla prevenzione e alla riduzione del danno quanto al trattamento dei problemi di droga.

Individuare le persone a rischio e intervenire precocemente sono considerate due importanti componenti di tutti i programmi di lotta alla droga; gli insegnanti possono essere i primi a individuare i consumatori di cannabis tra i loro studenti. Germania, Italia e Polonia hanno elaborato programmi destinati agli insegnanti per aiutarli a rispondere al fenomeno del consumo di cannabis e a ricercare l'aiuto di specialisti, se necessario.

Non esistono elementi scientifici validi su cui possano essere improntati gli interventi terapeutici mirati ai consumatori di cannabis e gli studi in questo settore sono limitati, fondati per lo più su esperienze americane e australiane. In Europa, gli approcci riferiti più di frequente ai problemi causati dal consumo di cannabis sono i seguenti: servizi ambulatoriali di breve termine, consulenza, programmi attuati nelle scuole e attività di prima assistenza a scopo preventivo. In generale, gli interventi sembrano essere fondati su approcci di breve intervento, attraverso una combinazione di interviste motivazionali e fattori cognitivo-comportamentali. Sebbene non esista un ampio consenso su ciò che costituisce una pratica efficace, alcuni studi suggeriscono che questo tipo di impostazione può essere utile. Un'iniziativa europea in questo settore è il progetto Incant, in cui Belgio, Francia, Germania, Paesi Bassi e Svizzera hanno collaborato per analizzare il valore della terapia multidimensionale della famiglia (MDFT) con i consumatori di cannabis. Dopo una valutazione positiva nella fase pilota (Rigter, 2005), il progetto è stato ampliato a costituire uno studio clinico randomizzato controllato multi-sito per confrontare la MDFT con i trattamenti standard dei disturbi legati al consumo di cannabis.

Soltanto 13 Stati membri riferiscono l'esistenza di strutture terapeutiche specializzate per i consumatori problematici di cannabis, a suggerire che molti di questi soggetti vengono seguiti nell'ambito di programmi generici di cura delle tossicodipendenze o di servizi sanitari generici o di servizi di aiuto ai giovani. Si teme che possa essere sbagliato curare i giovani consumatori di cannabis nell'ambito di servizi generici per la lotta alle tossicodipendenze, perché in questo caso i giovani pazienti vengono in contatto con consumatori problematici di altre sostanze di maggiore età. Anche se rimane ancora da spiegare perché ciò può costituire un problema, si tratta comunque di un aspetto di cui tener debito conto nella pianificazione dei servizi in questo settore.

La Francia fornisce un esempio di servizio specializzato per consumatori di cannabis, con la creazione, nel 2005, di 250 centri di consulenza per questa categoria di tossicodipendenti. Si rivolgono oggi a questi centri

<sup>(47)</sup> Cfr. le tabelle TDI-13, TDI-14 e TDI-21 (parte i) e (parte ii) nel bollettino statistico 2007.

<sup>(48)</sup> Cfr. la tabella TDI-10 (parte i), (parte ii) e (parte ix) nel bollettino statistico 2006.

<sup>(49)</sup> Cfr. il grafico TDI-18 (parte iii) e (parte iv) nel bollettino statistico 2007.



2 900 pazienti al mese, di cui circa un terzo (31 %) spontaneamente, un altro terzo dietro segnalazione di altri (31 %) e poco più di un terzo per decisione del giudice (38 %). Tra gli altri esempi di programmi terapeutici specifici per i consumatori di cannabis vale la pena menzionare il «Maria Youth Centre» in Svezia, che fornisce ai consumatori problematici di cannabis un programma di consulenza, seguito da incontri di sostegno. In Germania il Dipartimento di ricerca per le cure ambulatoriali di Dresda ha elaborato e utilizza dal gennaio 2006 una terapia modulare della tossicodipendenza da cannabis correlata ai disturbi per adolescenti (Candis).

### Interventi quasi obbligatori

Nonostante la tendenza generale a indirizzare i consumatori di cannabis che vengono a contatto con il sistema di giustizia penale verso servizi di trattamento e di consulenza anziché comminare una pena, la disponibilità e la struttura di questi meccanismi sono marcatamente diverse in Europa, dove soltanto pochi paesi (Germania, Francia, Lussemburgo, Austria e Svezia) riferiscono di poter offrire programmi o servizi strutturati.

Nel caso dei consumatori di cannabis segnalati a questi servizi dal giudice, gli interventi di cura non sono l'unico genere di risposta osservato. Ai consumatori occasionali vengono spesso offerti corsi intensivi all'estero; per esempio, Germania, Austria e Lussemburgo riferiscono l'esistenza di corsi concepiti per modificare le convinzioni e i modelli di consumo dei consumatori di cannabis <sup>(50)</sup>.

### Il consumo di stupefacenti tra minorenni, in *Questioni specifiche, OEDT 2007*

La questione specifica sull'uso di stupefacenti da parte di cittadini europei giovanissimi (di età inferiore ai 15 anni) ha consentito di rilevare che la prevalenza del consumo di stupefacenti in questa fascia della popolazione è bassa e riflette, perlopiù, un uso a fini sperimentali. Il consumo regolare di stupefacenti da parte dei giovanissimi è raro e spesso riguarda una fetta altamente problematica della popolazione.

La risposta primaria al consumo di droga tra i giovani con meno di 15 anni si basa ampiamente sulle strategie di prevenzione e intervento precoce. Nonostante ciò, dalle stime effettuate nell'ambito della questione specifica emerge che circa

### Nuove strategie di comunicazione per raggiungere i consumatori di cannabis

Una serie di programmi innovativi in Europa si prefigge lo scopo di sfruttare nuovi strumenti di comunicazione per entrare in contatto con i consumatori di cannabis. In alcuni paesi (Germania, Regno Unito) sono stati introdotti interventi brevi realizzati attraverso Internet, che consentono ai consumatori di cannabis di tenere sotto controllo il consumo e di individuare autonomamente i problemi a questo correlati. Un esempio di questo approccio è il progetto tedesco «quit the shit» <sup>(51)</sup>, che offre sostegno ai consumatori che desiderano porre fine alla loro abitudine. Uno studio di valutazione ha rilevato che le persone che aderiscono a questo servizio dichiarano di aver diminuito il consumo di tale sostanza, in termini sia di quantitativo utilizzato sia di numero di giorni di consumo.

In Danimarca, il progetto SMASH offre un sostegno e una consulenza anonimi ai giovani consumatori di cannabis, allo scopo di ridurre gli effetti nocivi di questa abitudine, di fornire informazioni e di garantire a questi soggetti un appoggio per poter porre fine al consumo di questa sostanza <sup>(52)</sup>. Il progetto prevede l'abbonamento a due pacchetti di SMS. Il primo (denominato «hashfacts») fornisce informazioni reali sul consumo di cannabis; il secondo, offre sostegno e motivazione a chi è intenzionato a smettere di assumere questa sostanza. I giovani partecipanti hanno inoltre la possibilità di ricevere consigli personali attraverso messaggi di testo, sempre finalizzati a interrompere il consumo di cannabis o perlomeno a ridurlo. Un servizio analogo è attivo anche in Irlanda, sia pur maggiormente incentrato sulla divulgazione di informazioni.

4 000 giovanissimi in Europa si sono sottoposti a un trattamento per tossicodipendenza. Una terapia strutturata in base alle esigenze di questa fascia della popolazione è un'eccezione, ma la maggior parte dei paesi europei ha riconosciuto la necessità di introdurre programmi mirati.

La questione specifica fa un'analisi anche dell'importanza riservata dalle politiche in materia di salute pubblica europee al riconoscimento del nesso tra consumo di sostanze psicoattive lecite e illecite in giovane età e tossicodipendenza nell'età adulta.

Questa questione specifica è disponibile soltanto in lingua inglese, in formato cartaceo e in formato elettronico su Internet (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

<sup>(50)</sup> [http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte\\_KS1/FreD/FreD-Basics/](http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/)

<sup>(51)</sup> <http://www.drugcom.de>

<sup>(52)</sup> <http://www.smash.name>



## Capitolo 4

### Anfetamine, ecstasy e LSD

In molti paesi europei la seconda sostanza illecita usata più di frequente è un tipo di droga prodotta sinteticamente, benché a livello europeo siano più numerosi, al giorno d'oggi, i consumatori di cocaina. Il consumo di queste sostanze da parte della popolazione è generalmente basso, ma i tassi di prevalenza nelle fasce più giovani sono notevolmente maggiori e in certi ambienti sociali o gruppi culturali il consumo di queste sostanze può essere estremamente elevato. In generale, tra le droghe sintetiche illecite più diffuse vi sono le anfetamine (anfetamine e metanfetamine) e l'ecstasy.

Le anfetamine e le metanfetamine sono stimolanti del sistema nervoso centrale. Delle due, le anfetamine sono le sostanze di gran lunga più diffuse in Europa, mentre un consumo significativo di metanfetamina sembra essere limitato a Repubblica ceca e Slovacchia.

#### Anfetamine e metanfetamine: differenze e analogie

Sul mercato delle sostanze illecite, i protagonisti principali nel gruppo delle anfetamine sono l'anfetamina e la metanfetamina (e i loro sali), due sostanze sintetiche strettamente correlate, entrambe appartenenti alla famiglia delle fenetilamine. Queste due sostanze sono stimolanti del sistema nervoso centrale e condividono lo stesso meccanismo d'azione e gli stessi effetti sul comportamento, il grado di tolleranza, l'astinenza e il consumo prolungato (cronico). L'anfetamina è meno potente della metanfetamina, ma in situazioni non controllate gli effetti delle due sostanze sono praticamente indistinguibili.

L'anfetamina e la metanfetamina vengono consumate perlopiù in polvere, benché non manchino le segnalazioni di consumo di «ice», i granuli cristallini puri di sale cloridrato di metanfetamina. Le pasticche a base di anfetamina o metanfetamina possono recare loghi simili a quelli trovati sulle pasticche di MDMA o su altre pasticche di ecstasy.

A seconda delle varie forme in cui sono commercializzate, l'anfetamina e la metanfetamina possono essere ingerite, sniffate, inalate e, più raramente, iniettate in vena. A differenza del sale solfato di anfetamina, il sale cloridrato di metanfetamina, soprattutto nella sua forma cristallina («ice») è sufficientemente volatile per poter essere fumato.

Fonte: Profili degli stupefacenti, OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=25328>).

Il termine «ecstasy» si riferisce a sostanze sintetiche che sono chimicamente correlate alle anfetamine, ma che si differenziano in qualche modo da queste per gli effetti prodotti. All'interno del gruppo ecstasy, la sostanza più nota è la 3,4-metilendioossimetamfetamina (MDMA), sebbene, talvolta, nelle pasticche di ecstasy si ritrovino altri suoi analoghi (MDA, MDEA). La prevalenza del consumo di ecstasy nell'Unione europea è in aumento dagli anni novanta.

Storicamente, il dietilamide dell'acido lisergico (LSD) è di gran lunga la sostanza allucinogena più nota, ma i livelli di consumo generali sono rimasti bassi e, in un certo senso, stabili per molto tempo. Ultimamente vi sono segnali di un aumento della disponibilità e dell'uso di sostanze allucinogene presenti in natura, in particolare dei funghi allucinogeni.

### Offerta e disponibilità <sup>(53)</sup>

#### Anfetamine

Nel 2005 la produzione globale stimata di anfetamine è stata di 88 tonnellate (UNODC, 2007). La produzione illecita, pur essendosi diffusa ad altre regioni del mondo, continua a essere concentrata nell'Europa occidentale e centrale. Nel 2005 sono stati smantellati laboratori illeciti di anfetamine in Belgio, Bulgaria, Germania, Estonia, Lituania, Paesi Bassi e Polonia. La maggior parte delle anfetamine rinvenute sequestrate in Europa proviene da Belgio, Paesi Bassi e Polonia, nonché — in misura minore — da Estonia e Lituania.

Delle 12,9 tonnellate di anfetamine sequestrate in tutto il mondo nel 2005, la maggior parte è stata intercettata in due regioni: l'Europa occidentale e centrale e l'Asia orientale e sudorientale.

Si calcola che nel 2005 siano stati effettuati nell'Unione europea 40 300 sequestri, per un totale di 6,6 tonnellate. Fino al 2004 il Regno Unito è stato il paese che ha fatto registrare i valori più alti in Europa in termini di numero di sequestri e di peso delle anfetamine sequestrate. Nonostante alcune oscillazioni dei dati, a livello europeo sono cresciuti, a partire dal 2000, sia il numero complessivo dei sequestri di anfetamine sia i quantitativi intercettati <sup>(54)</sup>. Nel 2005, tuttavia, la maggioranza dei paesi dichiaranti ha rilevato una tendenza al ribasso nel numero di sequestri di anfetamine.

<sup>(53)</sup> Per informazioni sull'interpretazione dei dati sui sequestri e di altre informazioni sul mercato cfr. la pag. 37. I dati sui sequestri e i volumi intercettati di anfetamine, ecstasy e LSD non sono disponibili per tutti i paesi per il 2005; per ulteriori informazioni cfr. le tabelle sui sequestri riportate nel bollettino statistico 2007.

<sup>(54)</sup> Cfr. le tabelle SZR-11 e SZR-12 nel bollettino statistico 2007.

### Azione internazionale contro la produzione e la diversione dei precursori di droghe

Per prevenire la diversione dei precursori chimici utilizzati nella produzione di sostanze illecite sono state avviate alcune iniziative a livello internazionale: il progetto Coesione punta i riflettori sul permanganato di potassio (usato nella produzione di cocaina) e sull'anidride acetica (impiegata nella produzione di eroina), mentre il progetto Prisma è incentrato sui precursori delle droghe sintetiche (1). Tutti i dati riportati di seguito sono stati tratti dalla relazione dell'INCB sui precursori (INCB, 2007b).

Nel 2005 i sequestri di permanganato di potassio effettuati in tutto il mondo sono stati i più importanti mai riferiti all'INCB, con un totale di 183 tonnellate intercettate da 16 paesi, quasi interamente al di fuori del continente europeo.

Dei 22 400 litri di anidride acetica sequestrati in tutto il mondo nel 2005, soltanto una proporzione trascurabile è stata recuperata in Europa.

Nel 2005 sono stati denunciati all'INCB sequestri per un totale di 41 tonnellate di efedrina e pseudoefedrina (due precursori fondamentali della metanfetamina), la maggior parte dei quali effettuati in Cina, mentre gli Stati membri dell'UE (soprattutto Grecia, Bulgaria, Romania e Repubblica ceca) hanno raccolto, assieme alla Federazione russa, 1,7 tonnellate.

I sequestri mondiali di 1-fenil-2-propanone (P-2-P), usato nella produzione illegale di metanfetamina e anfetamina, hanno consentito di recuperare nel 2005 un totale di 2 900 litri, di cui 1 700 intercettati in Europa (in buona parte in Germania e Paesi Bassi).

La percentuale di 3,4-metilenediossifenil-2-propanone (3,4-MDP-2-P), impiegato nella produzione di MDMA, che è stata recuperata in Europa nell'ambito dei sequestri registrati su scala mondiale è scesa nel 2005 al 38 %, per un totale di 5 100 litri (perlopiù in Francia e Paesi Bassi). L'aumento dei sequestri di 3,4-MDP-2-P in altre regioni sembra suggerire che la produzione illecita di MDMA si stia espandendo al di fuori dell'Europa.

(1) Tutte queste sostanze sono elencate nella tabella I della convenzione delle Nazioni Unite del 1988.

Questo scenario dovrebbe essere confermato sulla scorta dei dati per il Regno Unito riferiti al 2005, una volta che saranno resi disponibili.

Nel 2005 il prezzo medio o tipico al dettaglio dell'anfetamina era compreso tra 7 e 37,5 euro al grammo, con la stragrande maggioranza dei paesi europei che ha riferito prezzi di 10-20 euro al grammo (55). Nel periodo 2000-2005 i prezzi medi dell'anfetamina, corretti dell'inflazione, sono scesi nella maggior parte dei 17 paesi che hanno fornito dati sufficienti.

La purezza media o tipica delle anfetamine al dettaglio nel 2005 è stata decisamente variabile, anche se il maggior numero di paesi europei ha riferito una percentuale di purezza compresa tra il 15 e il 50 % (56).

### Metanfetamine

A livello mondiale la produzione di metanfetamine è stata stimata, nel 2005, in 278 tonnellate. La metanfetamina continua a essere prodotta perlopiù nell'Asia orientale e sudorientale e nell'America settentrionale. In Europa, la produzione illecita di metanfetamine è ancora ampiamente circoscritta alla Repubblica ceca (con il nome locale di «pervitina»); tuttavia, la produzione di questa sostanza è stata riferita anche in Lituania, Moldavia e Slovacchia (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

Nel 2005 i sequestri di metanfetamine in tutto il mondo sono cresciuti fino a raggiungere le 17,1 tonnellate, di cui la metà nell'Asia orientale e sudorientale (Cina, Thailandia) e un terzo nell'America settentrionale (Stati Uniti). Lo stesso anno sono stati segnalati circa 2 200 sequestri in 15 paesi europei, per un totale di circa 104 kg di metanfetamine (57). Il più elevato numero di sequestri e quantitativi di metanfetamine intercettate è stato segnalato da Svezia e Norvegia.

Nel 2005 il prezzo medio o tipico al dettaglio della metanfetamina (riferito soltanto da pochi paesi) era compreso tra 5 euro e 35 euro al grammo. La maggior parte dei paesi ha segnalato invece una purezza media o tipica al dettaglio compresa che andava dal 30 al 65 % (58).

### Ecstasy

Nel 2005 la produzione globale stimata di ecstasy è stata di 113 tonnellate (UNODC, 2007). L'Europa resta il principale centro di produzione dell'ecstasy, sebbene negli ultimi anni la sua importanza relativa sembri in calo, stando alla diffusione della produzione di ecstasy in altre parti del mondo, in particolare nell'America settentrionale, nell'Asia sudorientale e in Oceania (CND, 2006; UNODC, 2006). In Europa la produzione di ecstasy si concentra perlopiù nei Paesi Bassi (nonostante il calo della produzione segnalato), seguiti dal Belgio. Stando alle segnalazioni, l'ecstasy sequestrata in Europa nel 2005 proviene da questi due paesi e, in misura minore, da Polonia e Regno Unito.

Delle 5,3 tonnellate di ecstasy intercettate in tutto il mondo nel 2005, una percentuale importante (38 %) è stata recuperata ancora nell'Europa occidentale e orientale, cui hanno fatto seguito l'Oceania (27 %) e l'America settentrionale (20 %).

Con un totale di 26 500 sequestri, nel 2005 è stato possibile confiscare in Europa circa 16,3 milioni di pasticche di ecstasy (59). I quantitativi più importanti di questa sostanza

(55) Cfr. la tabella PPP-4 nel bollettino statistico 2007.

(56) Cfr. la tabella PPP-8 nel bollettino statistico 2007. Si noti che i livelli medi di purezza delle anfetamine riferiti possono nascondere ampie variazioni del grado di purezza dei campioni analizzati.

(57) Per poter fare previsioni per il Regno Unito, che non ha fornito dati riferiti al 2005, sono stati utilizzati i dati del 2004. Cfr. le tabelle SZR-17 e SZR-18 nel bollettino statistico 2007.

(58) Cfr. le tabelle PPP-4 e PPP-18 nel bollettino statistico 2007.

(59) Cfr. le tabelle SZR-13 e SZR-14 nel bollettino statistico 2007.

hanno continuato a essere intercettati nel Regno Unito, in Belgio, nei Paesi Bassi e in Germania. Dopo il picco del 2001, il numero di sequestri di ecstasy a livello europeo è tornato a scendere a partire dal 2003. I quantitativi complessivi di ecstasy intercettata sono oscillati attorno a 20 milioni di pasticche all'anno tra il 2000 e il 2004. Nel 2005, tuttavia, i dati disponibili mostrano una diminuzione dei quantitativi intercettati nella maggior parte degli Stati. Questo scenario dovrebbe essere confermato sulla scorta dei dati per il Regno Unito riferiti al 2005, una volta che saranno resi disponibili.

Nel 2005 il prezzo medio o tipico al dettaglio delle pasticche di ecstasy andava da meno di 3 euro a 15 euro ciascuna <sup>(60)</sup>. Nel periodo 2000-2005 i prezzi medi al dettaglio dell'ecstasy, corretti dell'inflazione, sono scesi nella maggior parte dei 21 paesi che hanno fornito dati sufficienti.

In Europa la maggior parte delle pasticche di ecstasy vendute contenevano MDMA o un'altra sostanza simile all'ecstasy (MDEA, MDA), solitamente come unica sostanza psicoattiva presente. In dieci Stati membri queste pasticche rappresentavano oltre l'80 % del numero complessivo di pasticche analizzate. Si osservano alcune eccezioni: in Slovenia MDMA/MDEA/MDA si trovano più spesso in combinazione con anfetamine e/o metanfetamine, mentre in Polonia le pasticche analizzate contenevano più di frequente anfetamina e/o metanfetamina come uniche sostanze psicoattive. Il tenore di MDMA nelle pasticche di ecstasy varia notevolmente da lotto a lotto (anche tra quelli che hanno lo stesso logotipo), sia all'interno di ciascun paese sia tra un paese e l'altro. Nel 2005 il tenore medio o tipico di MDMA per pasticca di ecstasy era compreso tra 2 e 130 mg nei paesi dichiaranti, anche se la media riscontrata nella maggior parte di questi paesi andava da 30 a 80 mg di MDMA.

## LSD

Dopo un calo ininterrotto durato alcuni anni, dal 2003 sono tornati ad aumentare sia il numero di sequestri di LSD sia i quantitativi intercettati <sup>(61)</sup>. Anche se l'LSD viene prodotto e venduto in proporzione nettamente minore rispetto alle altre droghe sintetiche, nel 2005 sono state intercettate in Europa, nell'ambito di 800 sequestri effettuati, 850 000 unità di LSD; il 75 % circa del totale è stato sequestrato nei Paesi Bassi. Il costo medio o tipico per i consumatori di un'unità di LSD andava da 4 a 30 euro <sup>(62)</sup>.

## Prevalenza e modelli di consumo nella popolazione in generale e nei giovani

In termini di misura del consumo recente, l'ecstasy è oggi la droga sintetica più frequentemente usata in 17 paesi europei e le anfetamine in 9 paesi <sup>(63)</sup>. Il dato sulla prevalenza una tantum (almeno una volta nella vita) del consumo di anfetamine tende a essere più alto, un fatto questo dovuto alla comparsa dell'ecstasy sul mercato illecito in Europa in tempi più recenti. I dati provenienti dalle indagini nelle scuole suggeriscono che l'uso di ecstasy, anfetamine e sostanze psicotrope diverse dalla cannabis è da imputarsi a piccoli gruppi costituiti da pochi individui. Per esempio, gli studenti che hanno provato l'ecstasy riferiscono anche tassi di prevalenza per il consumo di cocaina e sostanze allucinogene più elevati rispetto alla popolazione di studenti in generale <sup>(64)</sup> e circa cinque volte più alti dei tassi segnalati da studenti che hanno provato la cannabis almeno una volta nella vita.

Tra gli Stati membri dell'UE il consumo di anfetamine o ecstasy sembra relativamente alto soltanto in alcuni paesi: Repubblica ceca, Estonia e Regno Unito nonché, in misura minore, Lettonia e Paesi Bassi.

### Anfetamine

Recenti indagini condotte nella popolazione adulta (15-64 anni) evidenziano che la prevalenza una tantum del consumo di anfetamine in Europa è compresa tra lo 0,1 e il 3,6 %, a eccezione di Danimarca (6,9 %) e Regno Unito (Inghilterra e Galles), dove raggiunge l'11,5 % (il dato riflette un uso più alto in passato, mentre l'uso attuale è più in linea con quello di altri paesi). I paesi con le più alte cifre sul consumo, dopo quelli appena menzionati, sono Norvegia (3,6 %), Germania e Spagna (3,4 %). In media quasi il 3,5 % di tutti gli adulti europei ha provato le anfetamine almeno una volta <sup>(65)</sup>. L'uso nell'ultimo anno è decisamente più basso: pari, in media, allo 0,7 % (in un intervallo dello 0-1,3 %). Sulla scorta delle indagini realizzate nella popolazione in generale, si calcola che quasi 11 milioni di cittadini europei abbiano provato questa sostanza e che circa 2 milioni ne abbiano fatto uso negli ultimi 12 mesi.

Tra i giovani adulti (15-34 anni) dichiara un'esperienza di consumo dell'anfetamina una percentuale compresa tra 0,2 e 16,8 %, benché, escludendo le percentuali riferite a Regno Unito (Inghilterra e Galles) (16,8 %) e Danimarca (12,7 %), l'intervallo scenda a 0,2 %-5,9 % <sup>(66)</sup>. Metà dei

<sup>(60)</sup> Cfr. la tabella PPP-4 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(61)</sup> Cfr. la tabella SZR-15 e PPP-16 nel bollettino statistico 2007.

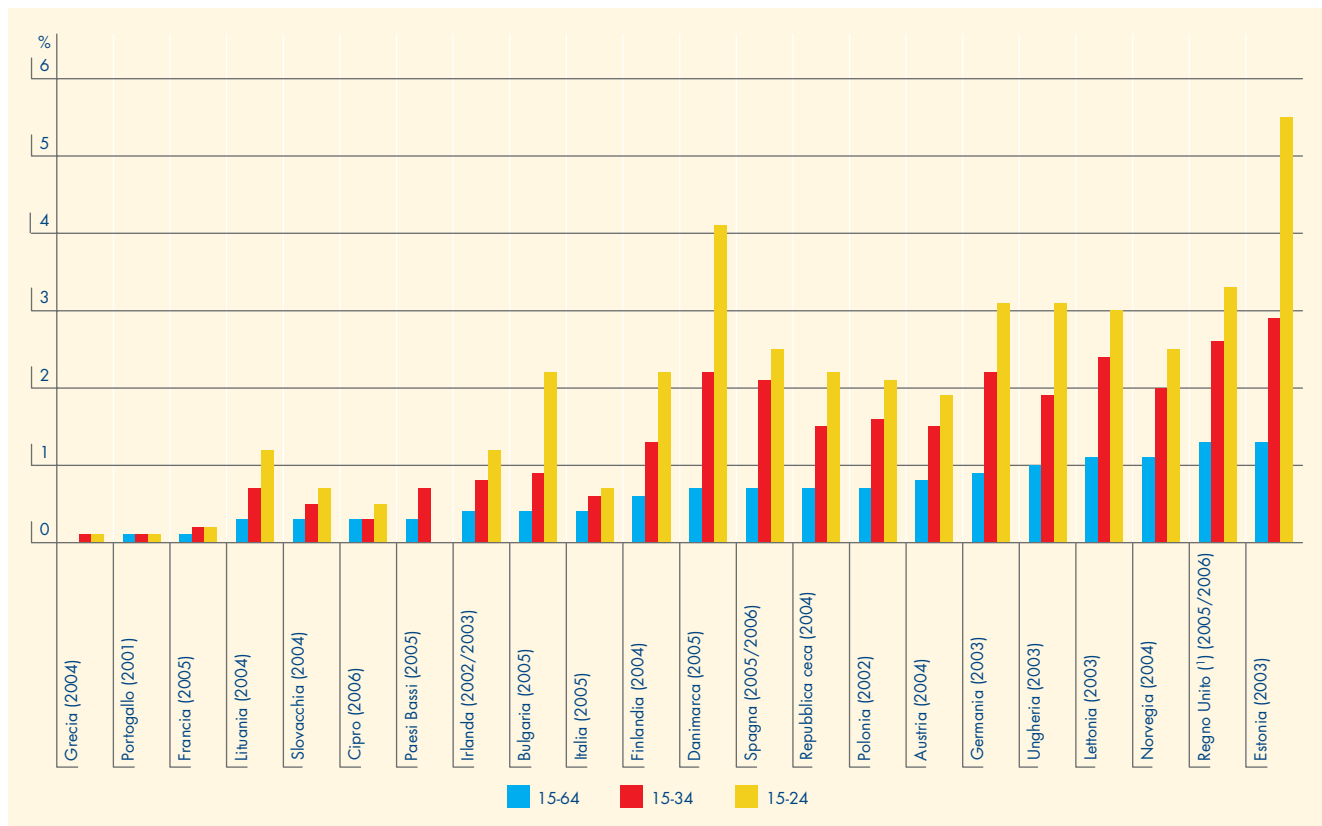
<sup>(62)</sup> Cfr. la tabella PPP-4 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(63)</sup> Nell'ambito delle indagini i dati sul «consumo di anfetamine» non fanno distinzione tra «anfetamina» e «metanfetamina»; in generale, tuttavia, il dato verrà riferito all'uso di anfetamine (solfato o dexamfetamine), dal momento che l'uso delle metanfetamine è raro.

<sup>(64)</sup> Cfr. il grafico EYE-1 (parte iv) nel bollettino statistico 2007.

<sup>(65)</sup> Per il metodo di calcolo si rimanda alla nota 30.

<sup>(66)</sup> Cfr. il grafico GPS-9 nel bollettino statistico 2007.

**Grafico 5:** prevalenza nell'ultimo anno del consumo di anfetamine tra tutti gli adulti (15-64 anni) e i giovani adulti (15-34 anni e 15-24 anni)


(\*) Inghilterra e Galles.

NB: I dati provengono dalle più recenti indagini nazionali disponibili in ogni paese all'epoca della segnalazione. I paesi sono ordinati in base alla prevalenza generale (tutti gli adulti). Per ulteriori informazioni cfr. le tabelle GPS-10, GPS-11 e GPS-18 nel bollettino statistico 2007.

Fonte: relazioni nazionali Reitox (2006), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

paesi per i quali si dispone di informazioni segnalano tassi di prevalenza al di sotto del 4 %, con le percentuali più alte riscontrate, dopo il Regno Unito e la Danimarca, in Norvegia (5,9 %), Germania (5,4 %) e Lettonia (5,3 %). Ha provato l'anfetamina in media il 5,1 % dei giovani europei (67). Il consumo nell'ultimo anno in questa fascia di età va dallo 0,1 al 2,9 %, con Estonia (2,9 %), Regno Unito (2,6 %) e Lettonia (2,4 %) tra i paesi più colpiti dal fenomeno (grafico 5). È interessante notare che, se si considera il consumo negli ultimi 12 mesi, le cifre di Regno Unito e Danimarca sono più allineate alle percentuali degli altri paesi. Si calcola che, in media, l'1,5 % dei giovani europei abbia fatto uso di anfetamine nell'ultimo anno.

Soltanto la Finlandia è in grado di fornire una stima recente del consumo problematico di anfetamine (definito come consumo per via parentelare oppure il consumo a lungo termine/ regolare), che nel 2002 riguardava una cifra compresa tra 10 900 e 18 500 consumatori di anfetamine (3,1-5,3 casi per 1 000 adulti di 15-64 anni), quindi circa il triplo rispetto al numero di consumatori problematici di oppiacei.

### Metanfetamine

I livelli di consumo di metanfetamine in Europa sembrano bassi, a differenza dello scenario internazionale, che ha registrato

una crescita nell'uso di questa sostanza negli ultimi anni. I paesi europei, tuttavia, sono preoccupati che il consumo di questa sostanza possa aumentare negli Stati membri e pertanto hanno messo a punto talune misure precauzionali: nel Regno Unito, per esempio, si è deciso di riclassificare la metanfetamina tra le sostanze più nocive (classe A).

Storicamente l'uso della metanfetamina in Europa si concentra nella Repubblica ceca e, in parte, in Slovacchia. Stime recenti del consumo problematico di questa sostanza sono riferite da due paesi (Repubblica ceca e Slovacchia). Nel 2005 si calcolava nella Repubblica ceca un numero di consumatori di metanfetamine compreso tra 18 400 e 24 000 (2,5-3,2 casi ogni 1 000 adulti di 15-64 anni), ossia pari a quasi il doppio del numero di consumatori problematici di oppiacei, e in Slovacchia un numero di consumatori compreso tra 6 000 e 14 000 (1,5-3,7 casi ogni 1 000 adulti di 15-64 anni), leggermente inferiore al numero stimato di consumatori di oppiacei. La metanfetamina è diventata la droga primaria menzionata più di frequente tra le persone che per la prima volta fanno richiesta di trattamento in Slovacchia, mentre elevati livelli di consumo di metanfetamine sono stati scoperti anche in alcuni sottogruppi della popolazione in Ungheria.

Altrove in Europa non viene riferito un uso significativo di metanfetamina. È importante a questo punto sottolineare

(67) Cfr. il grafico GPS-18 (parte ii) nel bollettino statistico 2007.



due cose: la maggior parte delle indagini non consente di distinguere tra consumo di metanfetamina e consumo di anfetamina; talvolta la metanfetamina è stata rinvenuta nelle pasticche vendute come ecstasy e, pertanto, è stata assunta inconsapevolmente <sup>(68)</sup>.

### Ecstasy

Ha provato l'ecstasy una percentuale di adulti compresa tra lo 0,3 e il 7,2 %. Metà dei paesi riferisce una prevalenza una tantum del 2,5 % o meno, con i tassi più alti segnalati da Regno Unito (7,2 %), Repubblica ceca (7,1 %), Spagna (4,4 %) e Paesi Bassi (4,3 %). La prevalenza del consumo di ecstasy nell'ultimo anno va dallo 0,2 % al 3,5 %, ma le percentuali più alte sono quelle riferite da Repubblica ceca (3,5 %), Estonia (1,7 %) e Regno Unito (1,6 %), benché metà dei paesi riferisca una prevalenza dello 0,5 % o inferiore. Si calcola che almeno 9,5 milioni di europei (3 % in media) abbiano provato l'ecstasy e che almeno 3 milioni ne abbiano fatto uso nell'ultimo anno.

Tra i giovani adulti (15-34 anni), la prevalenza del consumo una tantum di ecstasy va dallo 0,5 al 14,6 %; i tassi di prevalenza più alti sono quelli di Repubblica ceca (14,6 %), Regno Unito (13,3 %) e Paesi Bassi (8,1 %) <sup>(69)</sup>. Ha provato l'anfetamina in media oltre il 5 % dei giovani europei.

Nella fascia di età compresa tra 15 e 24 anni, il consumo una tantum di ecstasy va dallo 0,4 al 18,7 %, con i dati più alti riferiti da Repubblica ceca (18,7 %), Regno Unito (10,4 %) e Ungheria (7,9 %) <sup>(70)</sup>. Il consumo nell'ultimo anno va dallo 0,3 % al 12 %, con Repubblica ceca (12 %) ed Estonia (6,1 %) tra i paesi più colpiti dal fenomeno (grafico 6).

Nella fascia d'età 15-24 anni i tassi di prevalenza più elevati del consumo una tantum si riscontrano tra i ragazzi (0,3-23,2 %) rispetto alle ragazze (0,3-13,9 %). Le indagini condotte di recente tra gli studenti mostrano che la prevalenza una tantum del consumo di ecstasy è aumentata contemporaneamente sia tra i ragazzi che tra le ragazze, sebbene si osservi un progressivo aumento del divario di genere con l'aumentare dell'età. Tra i giovani si può notare un marcato incremento dei tassi di prevalenza in caso di un aumento minimo dell'età; per esempio, i dati inviati da 16 paesi mostrano che, rispetto agli studenti più giovani, la prevalenza una tantum del consumo di ecstasy tra gli studenti di 17-18 anni è, nella maggior parte dei casi, spiccatamente alta <sup>(71)</sup>.

### LSD

L'esperienza una tantum del consumo di LSD tra gli adulti è compresa tra lo 0,2 e il 5,5 %, con i due terzi dei paesi che

riferisce una prevalenza tra lo 0,4 e l'1,7 %. Tra i giovani adulti (15-34 anni) la prevalenza una tantum del consumo di LSD va dallo 0,3 al 7,6 %, mentre nel gruppo dei giovani di 15-24 anni è compresa tra lo 0 e il 4,2 %. La prevalenza del consumo di questa sostanza nell'ultimo anno nella fascia di età compresa tra i 15 e i 24 anni supera l'1 % soltanto in sette paesi (Bulgaria, Repubblica ceca, Estonia, Italia, Lettonia, Ungheria e Polonia).

### Tendenze

In tutta l'Europa si raccolgono continuamente informazioni che dimostrerebbero una tendenza alla stabilizzazione o persino alla diminuzione del consumo di anfetamine ed ecstasy. Il consumo di anfetamine tra i giovani adulti (15-34 anni) è diminuito drasticamente nel Regno Unito (Inghilterra e Galles) già a partire dal 1996 nonché, in misura minore, in Danimarca e Repubblica ceca, mentre in altri paesi i dati sulla prevalenza sembrano perlopiù stabili, nonostante siano riferiti alcuni aumenti di poco conto <sup>(72)</sup>.

Un po' più complesso è il quadro riferito al consumo di ecstasy tra i giovani adulti (15-34) <sup>(73)</sup>. Dopo gli aumenti generali del consumo negli anni novanta, ultimamente alcuni paesi, tra cui due paesi ad alta prevalenza (Spagna e Regno Unito) segnalano una tendenza alla stabilizzazione e persino un calo moderato. In alcuni Stati si osserva una diminuzione della prevalenza nella fascia di età compresa tra i 15 e i 24 anni, che tuttavia non si riflette nei giovani adulti di 15-34 anni <sup>(74)</sup>, a suggerire che questa sostanza sta perdendo popolarità nelle fasce più giovani della popolazione. Analizzando i dati di alcuni paesi (Spagna, Danimarca, Regno Unito) viene spontaneo chiedersi se la cocaina stia sostituendo le anfetamine e l'ecstasy come sostanza stimolante d'elezione <sup>(75)</sup>.

I nuovi risultati delle indagini condotte nelle scuole a livello nazionale o regionale non evidenziano variazioni nel 2006 (Italia, Polonia, Svezia; le Fiandre in Belgio), se non una lieve diminuzione del tasso riferito all'uso di anfetamine ed ecstasy almeno una volta nella vita <sup>(76)</sup>.

### Ambienti ricreativi

Studi relativi al consumo di droga negli ambienti ricreativi, ad esempio nelle discoteche, possono offrire utili informazioni sul comportamento dei consumatori regolari e intensivi di sostanze stimolanti. I tassi di consumo di stupefacenti in questi ambienti sono tipicamente alti, ma non possono essere trasferiti all'intera popolazione. Per esempio, studi di persone sottoposte a interviste a fini statistici in alcuni ambienti notturni

<sup>(68)</sup> Cfr. «Anfetamine e metanfetamine: differenze e analogie», pag. 48.

<sup>(69)</sup> Cfr. il grafico GPS-9 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(70)</sup> Cfr. il grafico GPS-17 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(71)</sup> Cfr. il grafico EYE-1 (parte i) nel bollettino statistico 2007.

<sup>(72)</sup> Cfr. il grafico GPS-8 nel bollettino statistico 2007.

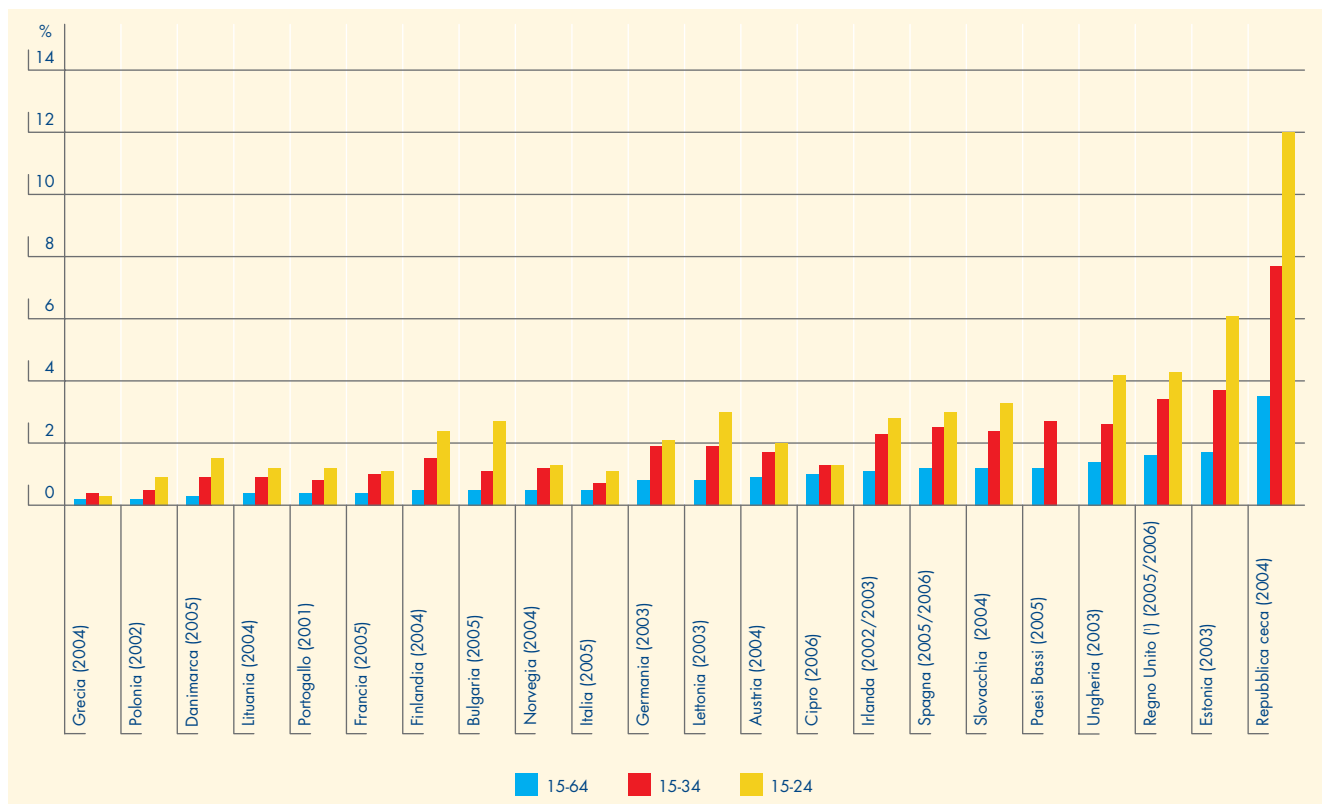
<sup>(73)</sup> Cfr. il grafico GPS-21 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(74)</sup> Cfr. i grafici GPS-4 e GPS-15 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(75)</sup> Cfr. il grafico GPS-20 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(76)</sup> Cfr. il grafico EYE-4 nel bollettino statistico 2007.



**Grafico 6:** prevalenza nell'ultimo anno del consumo di ecstasy tra tutti gli adulti (15-64 anni) e i giovani adulti (15-34 anni e 15-24 anni)


(\*) Inghilterra e Galles.

NB: I dati provengono dalle più recenti indagini nazionali disponibili in ogni paese all'epoca della segnalazione. I paesi sono ordinati in base alla prevalenza generale (tutti gli adulti). Per ulteriori informazioni cfr. le tabelle GPS-10, GPS-11 e GPS-18 nel bollettino statistico 2007.

Fonte: relazioni nazionali Reitox (2006), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

selezionati evidenziano un consumo elevato di ecstasy e un consumo inferiore, ma comunque elevato, di anfetamine<sup>(77)</sup>.

Da un'indagine annuale effettuata dalla rivista musicale britannica *Mixmag* tra i suoi lettori, che consistono di frequentatori regolari di locali, emerge che la percentuale di coloro che possono essere definiti consumatori pesanti di ecstasy (che assumono, in genere, più di quattro pasticche a sera) è più che raddoppiata nel periodo tra il 1999 e il 2003, passando dal 16 al 36 % (McCambrige et al., 2005). Benché la rappresentatività di questo campione sia discutibile, si tratta comunque di un'ulteriore, preoccupante conferma dell'aumento della quantità di pasticche di ecstasy assunte da taluni gruppi di consumatori. Il consumo via via più intensivo di ecstasy, associato alla poliassunzione da parte di consumatori più esperti di ecstasy, è riferito anche in uno studio del Regno Unito pubblicato in Internet (Scholey et al., 2004). È degno di attenzione, tuttavia, il fatto che le segnalazioni provenienti da Amsterdam suggeriscono un calo del consumo di ecstasy nell'ultimo anno e nell'ultimo mese del 20 % tra il 1998 e il 2003; in questo stesso periodo è diminuita inoltre la quantità media di ecstasy utilizzata in ogni occasione (relazioni nazionali Reitox 2005). Secondo un'indagine risalente al 2005, tra

i frequentatori di pub di Amsterdam soltanto il 3 % ha fatto uso di ecstasy nei locali notturni.

Benché i dati disponibili sull'uso combinato di sostanze stupefacenti e alcol rimangano limitati, il consumo di alcol negli ambienti ricreativi notturni, spesso in quantità considerate pericolose per la salute e in associazione a sostanze stimolanti, rappresenta una fonte di crescente preoccupazione.

## Dati relativi alla domanda di trattamento

Il numero delle richieste di trattamento riconducibile all'uso di anfetamine ed ecstasy è relativamente basso. In generale, soltanto in rari casi questa forma di consumo di stupefacenti rappresenta, nella maggior parte dei 21 paesi che hanno fornito informazioni, il motivo principale per rivolgersi a un centro terapeutico specializzato<sup>(78)</sup>. Le domande di trattamento si riferiscono prevalentemente al consumo di anfetamine e solo in minima parte al consumo di ecstasy<sup>(79)</sup>.

Esiste un numero soltanto ristretto di paesi con una proporzione non trascurabile di consumatori di anfetamine ed ecstasy tra i tossicodipendenti. Questi paesi possono

<sup>(77)</sup> Cfr. la questione specifica sul consumo di droga negli ambienti ricreativi (2006).

<sup>(78)</sup> Cfr. il grafico TDI-2 (parte ii) e la tabella TDI-5 nel bollettino statistico del 2007.

<sup>(79)</sup> Cfr. la tabella TDI-1 13 nel bollettino statistico 2007.

essere suddivisi in tre gruppi. Repubblica ceca e Slovacchia riferiscono una percentuale importante di richieste di trattamento in cui le anfetamine sono la sostanza principale responsabile della tossicodipendenza (rispettivamente il 58 e il 24 % di tutti i pazienti); la maggior parte delle volte il problema è riconducibile a un consumo primario di metanfetamine. Nel secondo gruppo di paesi si collocano Svezia, Finlandia e Lettonia, che riferiscono circa un terzo di tutti i pazienti tossicodipendenti che si sottopongono a una cura per consumo prevalente di anfetamine. Infine, Irlanda, Paesi Bassi, Regno Unito e Francia dichiarano percentuali comprese tra l'1 e il 5 % di pazienti che desiderano curare una dipendenza da ecstasy <sup>(80)</sup>.

In tutti i paesi, a eccezione di Grecia e Svezia, la percentuale di nuovi pazienti che fanno domanda di trattamento per uso prevalente di anfetamine ed ecstasy è maggiore rispetto al numero di tutti i pazienti in trattamento per questo tipo di tossicodipendenza <sup>(81)</sup>. Se le spiegazioni possono essere più d'una, il dato è comunque conforme alle statistiche relative all'andamento: dal 1999 al 2005 il numero di domande di trattamento presentate per la prima volta da consumatori primari di anfetamine ed ecstasy è aumentato di oltre 3 000 domande, da 6 500 a 10 000 <sup>(82)</sup>.

I pazienti che si sottopongono a una cura per una tossicodipendenza da stimolanti diversi dalla cocaina hanno, in media, 27 anni (26, se si sottopongono a un trattamento per la prima volta) e hanno assunto la sostanza incriminata per la prima volta all'età di 19 anni <sup>(83)</sup>. I pazienti consumatori di ecstasy rientrano, assieme ai consumatori di cannabis, nella fascia più giovane dei tossicodipendenti che chiedono di iniziare un trattamento. Nei Paesi Bassi la più alta percentuale di donne in terapia per una tossicodipendenza è riferita tra i consumatori di ecstasy. La percentuale di donne tra i consumatori di anfetamine è maggiore rispetto a qualsiasi altro gruppo di tossicodipendenze, con la più alta proporzione di pazienti donne in regime ambulatoriale riferita nella fascia di età più giovane <sup>(84)</sup>.

I consumatori di anfetamine in genere fanno uso di questa sostanza in associazione con altre droghe, principalmente cannabis e alcol; in alcuni paesi l'assunzione per via parenterale è un fatto riferito di frequente <sup>(85)</sup>. La Repubblica ceca riferisce una variazione geografica interessante, con una proporzione più alta di consumatori segnalati fuori dalla capitale; questo dato è analogo alle segnalazioni provenienti dagli USA, dove le aree non metropolitane denunciano tassi di ricovero più alti dovuto al consumo di metanfetamina e anfetamina (Dasis, 2006).

## Risposta al consumo di droga negli ambienti ricreativi

### Attività di prevenzione

In generale, si è registrato uno spostamento di attenzione dall'uno all'altro approccio preventivo, con un riconoscimento crescente riservato al ruolo fondamentale che i fattori correlati allo stile di vita possono ricoprire nel modellare gli atteggiamenti verso il consumo di droga; inoltre, si comincia a dare maggiore importanza alle iniziative volte a mettere in discussione la convinzione che il consumo di droga è un comportamento normale o accettabile. Questo tipo di approccio è particolarmente significativo per le attività di prevenzione realizzate in ambienti culturalmente associati al consumo di sostanze stupefacenti. L'elevata prevalenza del consumo di droghe in alcuni ambienti ricreativi, come i locali notturni, i bar e le discoteche, ha fatto sì che questi ambienti siano stati individuati come obiettivi adeguati per le iniziative di riduzione della domanda di stupefacenti. La necessità di perfezionare ulteriormente le attività di prevenzione negli ambienti ricreativi è menzionata altresì nel piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta alla droga (2005-2008).

Una delle strategie utilizzate è quella di distribuire negli ambienti ricreativi materiale informativo contenente messaggi di prevenzione e, talvolta, di riduzione dei danni. Questo materiale informativo viene solitamente redatto in uno stile amichevole, che riflette la cultura giovanile del gruppo di destinatari, e a volte viene distribuito attraverso unità di informazione mobili. Per poter entrare in contatto con i giovani, le unità di informazione solitamente adottano un atteggiamento scervo da giudizi e, pur sottolineando che la scelta migliore è quella di non drogarsi, possono anche fornire consulenza per ridurre i danni della tossicodipendenza (Belgio, Repubblica ceca, Portogallo e Austria).

Inoltre, alle iniziative che mirano a informare e a persuadere i singoli individui a non fare uso di sostanze stupefacenti, un numero crescente di Stati membri sta affiancando la formulazione di approcci per regolamentare meglio gli ambienti ricreativi. Alcuni di questi approcci, tra cui l'organizzazione di eventi in cui viene esplicitamente bandito l'uso della droga, tentano di modificare l'idea che il consumo di stupefacenti favorisca l'intrattenimento. In un numero sempre maggiore di Stati (Belgio, Danimarca, Irlanda, Italia, Lituania, Paesi Bassi, Regno Unito, Svezia e Norvegia) sembra esserci l'interesse delle municipalità a creare contatti più stretti con l'industria dell'intrattenimento per elaborare approcci finalizzati a limitare la disponibilità di droghe e a

<sup>(80)</sup> Cfr. la tabella TDI-5 (parte ii) nel bollettino statistico 2007.

<sup>(81)</sup> Cfr. le tabelle TDI-4 (parte ii) e TDI-5 (parte ii) nel bollettino statistico 2007.

<sup>(82)</sup> Cfr. il grafico TDI-1 (parte ii) nel bollettino statistico 2007.

<sup>(83)</sup> Cfr. le tabelle TDI-10, TDI-11 e dalla TDI-102 fino alla TDI-109 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(84)</sup> Cfr. le tabelle TDI-21 e TDI-18 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(85)</sup> Cfr. le tabelle TDI-4, TDI-5 (parte ii), TDI-24, TDI-116 e TDI-117 nel bollettino statistico 2007.

ridurre i rischi per la salute nelle discoteche e in altri locali. Per esempio, linee guida per una frequentazione sicura dei locali notturni, come quelle redatte nel Regno Unito <sup>(86)</sup>, sono attualmente in fase di preparazione anche in alcuni altri paesi.

Tra le iniziative più spesso applicate per contrastare il consumo di ecstasy, anfetamine e sostanze psicotrope si annoverano le campagne informative destinate al pubblico e, sempre più spesso, i siti Internet. Le strategie di prevenzione si sono affidate a Internet per stabilire un contatto «a bassa soglia» con i giovani consumatori di ecstasy, anfetamine o altre droghe psicotrope o che stanno pensando di farne uso in futuro. In molti Stati membri gli interventi di informazione e prevenzione sono veicolati attraverso siti Internet, allo scopo di promuovere una riflessione critica tra i giovani sulle loro abitudini legate al consumo di droga. Questi siti forniscono

consigli, per esempio su aspetti quali le serate fuori casa «senza pericoli», i rapporti sessuali sicuri, i rischi legati al traffico stradale, una dieta sana, il turismo in gruppo e alcuni aspetti giuridici (Belgio) <sup>(87)</sup>.

### Trattamento della tossicodipendenza

I servizi di trattamento per i consumatori di ecstasy, anfetamine e altre sostanze psicotrope vengono generalmente forniti da strutture specializzate nella cura dei tossicodipendenti problematici o da strutture ancor più specializzate, riservate ai consumatori di cocaina o di altre sostanze stimolanti. Per ulteriori informazioni sui servizi terapeutici per tossicodipendenti presenti nell'Unione europea si rimanda al capitolo 2 e al capitolo 5.

<sup>(86)</sup> Cfr. la questione specifica sul consumo di droga negli ambienti ricreativi (2006).

<sup>(87)</sup> Alcuni link a questi siti sono reperibili all'indirizzo <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>



## Capitolo 5

### Cocaina e cocaina crack

Con l'aumento del consumo di cocaina, questa sostanza è diventata uno degli obiettivi prioritari della politica europea in materia di lotta alla droga. Alla luce dell'importanza crescente di questo aspetto, i modelli del consumo di cocaina sono analizzati in dettaglio nella questione specifica sulla cocaina (2007).

#### Offerta e disponibilità <sup>(88)</sup>

##### Produzione e traffico

La cocaina, dopo la cannabis, è la droga più venduta al mondo. Nel 2005 i sequestri hanno continuato a crescere a livello mondiale fino a raggiungere un totale di 756 tonnellate, la maggior parte delle quali intercettate nell'America meridionale e, in misura minore, nell'America settentrionale.

La Colombia continua a essere, di gran lunga, la massima fonte di produzione illecita di coca nel mondo, seguita dal Perù e dalla Bolivia (UNODC, 2007). La maggior parte della cocaina sequestrata in Europa proviene dal Sud America, direttamente oppure transitando in America centrale, nei Caraibi e in Africa occidentale.

Il principale punto di ingresso in Europa rimane la penisola iberica, dove il Portogallo sta acquistando una rilevanza sempre più marcata. La cocaina viene inoltre importata direttamente in altri paesi, soprattutto attraverso i Paesi Bassi, che mantengono il ruolo di importante punto di ingresso. Benché Spagna e Paesi Bassi siano considerati ancora punti di distribuzione centrali della cocaina, anche altri paesi, tra cui Belgio, Germania, Francia e Regno Unito, segnalano importazioni da Stati non europei; inoltre, anche la distribuzione potrebbe cominciare a mostrare una certa diversificazione, con segnalazioni di un'accresciuta attività attraverso l'Europa orientale e centrale, oltre che l'individuazione di paesi dell'UE e di Stati vicini come vie di transito secondarie.

##### Sequestri

Nel 2005 sono state intercettate in Europa, nell'ambito di 70 000 sequestri effettuati, 107 tonnellate di cocaina. La maggior parte dei sequestri di cocaina continua a essere riferita nei paesi dell'Europa occidentale, soprattutto in Spagna, dove viene segnalata circa la metà dei sequestri e dei quantitativi di cocaina recuperati in Europa <sup>(89)</sup>. Nel periodo 2000-2005 il numero di sequestri e di quantitativi di cocaina intercettati è aumentato in generale a livello europeo <sup>(90)</sup>. Questo dato si spiega perlopiù con i marcati incrementi registrati in Spagna e Portogallo, il quale nel 2005 ha superato i Paesi Bassi come paese responsabile del maggior numero di intercettazioni di cocaina, subito dopo la Spagna.

##### Prezzo e purezza

Nel 2005 il prezzo medio o tipico al dettaglio della cocaina in Europa è stato estremamente variabile, compreso tra 45 e 120 euro al grammo, con la stragrande maggioranza dei paesi europei che ha riferito prezzi di 50-80 euro al grammo <sup>(91)</sup>. I prezzi medi della cocaina, corretti dell'inflazione, hanno fatto registrare una tendenza generale alla diminuzione nel periodo 2000-2005 in quasi tutti i 19 paesi per i quali si dispone di dati sufficienti.

Nel 2005 la purezza media o tipica della cocaina a livello di prodotto al consumo andava dal 20 al 78 %, ma la maggior parte dei paesi riporta una purezza del 30-60 % <sup>(92)</sup>. I dati disponibili per il 2000-2005 indicano una diminuzione generale della purezza media della cocaina nella maggior parte dei 21 paesi dichiaranti.

#### Prevalenza e modelli di consumo di cocaina

Attualmente la cocaina risulta, dopo la cannabis, la seconda sostanza illecita usata più di frequente in numerosi

<sup>(88)</sup> Cfr. «Interpretazione dei dati sui sequestri e di altre informazioni sul mercato», pag. 37.

<sup>(89)</sup> L'affermazione andrebbe verificata alla luce dei dati ancora mancanti riferiti al 2005, una volta che si renderanno disponibili. Per poter fare previsioni, i dati mancanti nel 2005 sono stati sostituiti con i dati del 2004.

<sup>(90)</sup> Cfr. le tabelle SZR-9 e SZR-10 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(91)</sup> Cfr. la tabella PPP-3 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(92)</sup> Cfr. la tabella PPP-7 nel bollettino statistico 2007.

Stati membri dell'Unione europea e nell'intera Unione europea. In base alle recenti indagini nazionali condotte sulla popolazione nell'UE e in Norvegia, si calcola che oltre 12 milioni di europei abbiano provato almeno una volta la cocaina (prevalenza una tantum), pari a quasi il 4 % della totalità degli adulti <sup>(93)</sup>. Le cifre nazionali sul consumo una tantum riferito sono comprese tra lo 0,2 e il 7,3 %; in cima alle statistiche, con valori superiori al 5 %, figurano Spagna, Italia e Regno Unito <sup>(94)</sup>.

Ammettono di aver fatto uso di cocaina negli ultimi 12 mesi almeno 4,5 milioni di cittadini europei (1,3 % in media). Il consumo negli ultimi 12 mesi è compreso tra lo 0,1 % in Grecia e il 3,0 % in Spagna; anche Italia e Regno Unito denunciano livelli di prevalenza superiori al 2 % <sup>(95)</sup>. I dati raccolti attraverso le indagini suggeriscono che 2 milioni di europei (0,6 % in media) hanno fatto uso di cocaina nell'ultimo mese <sup>(96)</sup>.

Come accade per altre droghe illecite, il consumo di cocaina è più diffuso tra i giovani adulti (15-34 anni). Circa 7,5 milioni di giovani adulti europei (5,3 % in media) ammettono di averla provata almeno una volta nella vita e cinque paesi in particolare riferiscono livelli di prevalenza pari o superiori al 5 % (Germania, Italia, Danimarca, Spagna, Regno Unito) <sup>(97)</sup>. Le stime sul consumo di cocaina riferite a periodi più brevi <sup>(98)</sup> suggeriscono che nell'ultimo anno, sui 3,5 milioni (2,4 %) di giovani adulti che hanno fatto uso di questa sostanza, ne denuncia un consumo nell'ultimo mese un totale di 1,5 milioni (1 %).

Tra gli studenti i tassi di prevalenza generali del consumo di cocaina sono nettamente inferiori rispetto ai dati segnalati per la cannabis. Nella maggior parte dei paesi, ha provato la cocaina almeno una volta nella vita il 2 % o meno degli studenti di 15-16 anni, una percentuale che raggiunge il 6 % soltanto in Spagna e Regno Unito <sup>(99)</sup>. Le informazioni trasmesse da 16 paesi e relative a studenti di 17-18 anni rivelano invece, per questa fascia di età, stime sulla prevalenza del consumo di cocaina decisamente più alte in Spagna, anche se dai dati preliminari per questo paese risulta che di recente si è verificato un calo <sup>(100)</sup>. Nella maggior parte degli altri 15 paesi, la prevalenza è maggiore tra gli studenti di età più matura, ma le differenze non sono così marcate. A parte questo, tuttavia, si deve sottolineare che i tassi di prevalenza del consumo di cocaina nell'ultimo anno e nell'ultimo mese sono di gran lunga inferiori.

L'uso di questa sostanza non è relegato a taluni gruppi sociali; al contrario, il consumo da parte di giovani adulti socialmente integrati in ambienti ricreativi può raggiungere valori più alti rispetto a quelli riscontrati nelle indagini condotte sulla popolazione in generale. Le ricerche realizzate nei locali da ballo in alcuni paesi europei rivelano stime sulla prevalenza del consumo di cocaina oscillanti tra il 10 e il 75 % <sup>(101)</sup>.

I modelli del consumo di cocaina variano enormemente a seconda dei gruppi di consumatori. Tra i consumatori socialmente integrati la droga viene solitamente sniffata; inoltre, molti fanno uso contemporaneamente anche di altre sostanze tra cui alcol, tabacco, cannabis e stimolanti diversi dalla cocaina <sup>(102)</sup>, un tipo di poliassunzione che può esporre tali soggetti a elevati rischi per la salute.

In generale, il consumo di crack in Europa rimane un fenomeno relativamente raro ed è concentrato tra le sottopopolazioni emarginate ed escluse di taluni centri urbani. Nonostante ciò, i fumatori di cocaina rappresentano una proporzione significativa dei soggetti che fanno domanda di entrare in trattamento, pur rimanendo una minoranza. Tra le persone che non riferiscono un consumo per via parenterale di altre sostanze, l'assunzione di cocaina per iniezione non sembra frequente, nemmeno tra i pazienti in terapia (cfr. sotto). Tuttavia, aumentano le segnalazioni di consumatori di eroina per via parenterale che si iniettano anche cocaina, o miscele di cocaina ed eroina.

Stime sulla prevalenza del consumo problematico di cocaina <sup>(103)</sup> sono disponibili soltanto per tre paesi (Spagna, Italia, Regno Unito). I dati pervenuti da questi paesi rivelano un numero di consumatori problematici di cocaina compreso tra 3 e 6 ogni 1 000 adulti (15-64 anni) <sup>(104)</sup>.

### Tendenze relative al consumo di cocaina

I segni di stabilizzazione osservati nel consumo di cocaina tra i giovani adulti nella relazione annuale 2006 non sono confermati dai dati recenti. In tutti i paesi che hanno trasmesso dati provenienti da indagini recenti sono stati riscontrati aumenti della prevalenza del consumo di cocaina nell'ultimo anno nella fascia di età compresa tra i 15 e i 34 anni, anche se non si può escludere una tendenza al livellamento in Spagna e Regno Unito

<sup>(93)</sup> Per il metodo di calcolo si rimanda alla nota 30.

<sup>(94)</sup> Cfr. la tabella GPS-8 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(95)</sup> Cfr. la tabella GPS-10 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(96)</sup> Cfr. la tabella GPS-12 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(97)</sup> Cfr. la tabella GPS-9 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(98)</sup> Cfr. i grafici GPS-11 e GPS-13 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(99)</sup> Cfr. la tabella EYE-3 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(100)</sup> Cfr. la tabella EYE-2 nel bollettino statistico 2007.

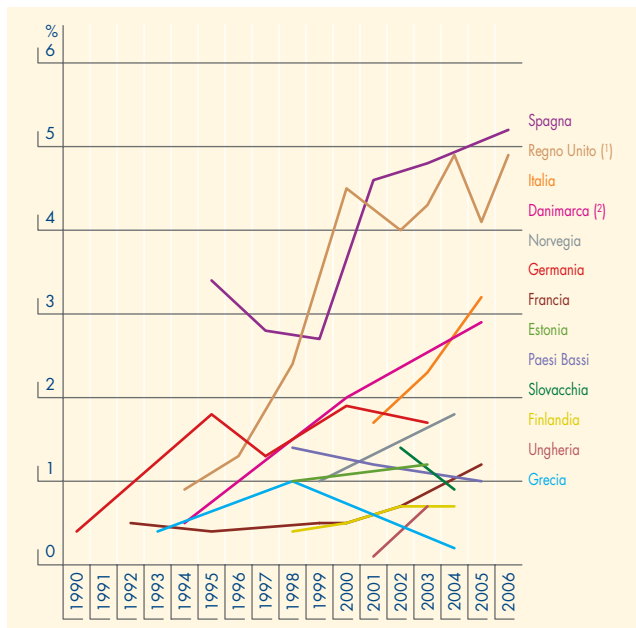
<sup>(101)</sup> Cfr. la questione specifica sul consumo di droga negli ambienti ricreativi (2006).

<sup>(102)</sup> Cfr. il grafico 15 nella relazione annuale del 2006.

<sup>(103)</sup> Definito come consumo di cocaina nel lungo termine e/o regolare e/o per via parenterale.

<sup>(104)</sup> Cfr. la tabella PDU-2 nel bollettino statistico 2007 e la questione specifica sulla cocaina (2007).

**Grafico 7:** tendenze della prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cocaina tra i giovani adulti (15-34 anni)



(1) Inghilterra e Galles.

(2) In Danimarca il dato del 1994 corrisponde alle «droghe pesanti».

NB: I dati provengono dalle più recenti indagini nazionali disponibili in ogni paese all'epoca della segnalazione. Per ulteriori informazioni cfr. la tabella GPS-4 nel bollettino statistico 2007.

Fonte: relazioni nazionali Reitox (2006), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

(Inghilterra e Galles), gli Stati membri con i più elevati tassi di prevalenza. Incrementi degni di nota sono stati denunciati anche da Italia e Danimarca (grafico 7).

L'analisi dei dati riferiti ai paesi con serie temporali più lunghe e tassi di prevalenza apprezzabili permette di individuare tendenze in alcuni sottogruppi della popolazione. Sia in Spagna sia nel Regno Unito, l'aumento della prevalenza è stato, in genere, maggiore tra gli uomini rispetto alle donne. L'aumento del consumo di cocaina nell'ultimo anno osservato in Spagna a partire dal 2001 può essere dovuto a un incremento dei tassi di prevalenza tra i giovani adulti di 15-24 anni, anziché nella fascia di età più ampia compresa tra i 15 e i 34 anni.

È stato ipotizzato che, in alcuni paesi europei, la cocaina possa aver «sostituito» altri stimolanti (105). I dati ottenuti dalle indagini condotte tra i giovani che frequentano le discoteche devono essere trattati con cautela, per la natura altamente selettiva del campione. Questi dati possono comunque offrire uno squarcio illuminante sul comportamento dei consumatori di droga regolari; inoltre, gli studi condotti nei Paesi Bassi dimostrano che, in alcune

municipalità, la cocaina ha superato l'ecstasy tra gli stimolanti più diffusi tra i frequentatori di locali notturni, acquistando un maggior grado di accettabilità tra taluni gruppi.

## Cocaina: dati relativi alla domanda di trattamento

Dopo gli oppiacei e la cannabis, la cocaina è la droga più di frequente segnalata come la principale sostanza usata dai soggetti che entrano in terapia in Europa. Nel 2005 sono state riferite circa 48 000 domande di trattamento in cui la cocaina figurava come la sostanza primaria responsabile della tossicodipendenza, pari a circa il 13 % di tutte le richieste di trattamento registrate in tutta l'Unione europea (106). Inoltre, la cocaina è segnalata come droga secondaria dal 15 % di tutti i soggetti in terapia in regime ambulatoriale (107). Questa cifra nasconde tuttavia un'ampia varietà da paese a paese: nella maggior parte degli Stati il numero dei consumatori di cocaina tra i pazienti in terapia è basso, mentre raggiunge proporzioni elevate nei Paesi Bassi (35 %) e in Spagna (42 % nel 2004). Tra i soggetti sottoposti per la prima volta a un trattamento, il numero dei cocainomani è maggiore: in generale, la cocaina è menzionata nel 22 % di tutte le nuove richieste di trattamento (33 000 pazienti, in un totale di 22 paesi).

La tendenza all'aumento del numero di persone che chiedono di entrare in terapia per dipendenza da cocaina osservata negli anni scorsi non accenna a diminuire. Dal 1999 al 2005 la percentuale dei nuovi pazienti in trattamento a causa della cocaina è cresciuta dall'11 al 24 % di tutti i soggetti che per la prima volta si sottopongono a una cura, mentre il numero dei casi dichiarati è passato da 13 000 a 33 000 (108). Un'analisi più dettagliata dell'andamento registrato nelle richieste di trattamento legate alla cocaina è riportata nella questione specifica sulla cocaina (2007).

I dati europei sui consumatori di stupefacenti che chiedono di essere ammessi alle cure a causa di un consumo primario di cocaina sono correlati perlopiù alla polvere di cocaina (85 %), mentre soltanto il 15 % riguarda la cocaina crack; infine, quasi tutti i trattamenti instaurati per una dipendenza da cocaina vengono svolti in regime ambulatoriale (94 %) (109). Tuttavia, non si deve dimenticare che i dati riferiti alle domande di trattamento per consumo di cocaina somministrato in regime ospedaliero o negli studi di medici generici sono incompleti.

I pazienti cocainomani in cura in regime ambulatoriale rientrano, dopo i consumatori di oppiacei, nella fascia di età

(105) Cfr. il capitolo 4 della presente relazione.

(106) Cfr. il grafico TDI-2 nel bollettino statistico 2007.

(107) Cfr. la tabella TDI-22 (parte i) nel bollettino statistico 2006.

(108) Cfr. il grafico TDI-1 nel bollettino statistico 2007.

(109) Cfr. le tabelle TDI-24 e TDI-115 nel bollettino statistico 2007.



più alta, con un'età media di 31 anni <sup>(110)</sup>. Si tratta perlopiù di uomini, e le proporzioni tra uomini e donne sono le più alte registrate tra tutti i tipi di pazienti tossicodipendenti (circa cinque uomini ogni donna considerando tutti i soggetti in cura, e sei uomini ogni donna nel caso dei nuovi pazienti) <sup>(111)</sup>. La maggior parte dei consumatori di cocaina in terapia ambulatoriale ha iniziato ad assumere questa sostanza in un'età compresa tra i 15 e i 24 anni <sup>(112)</sup>.

## Trattamento della dipendenza da cocaina

L'erogazione di servizi specialistici ai consumatori problematici di cocaina e cocaina crack in Europa rimane limitata e, come si è detto sopra, Spagna e Paesi Bassi sono attualmente responsabili della maggior parte delle segnalazioni di trattamenti della dipendenza da cocaina. Tuttavia, nei paesi caratterizzati da un elevato numero di cocainomani nella popolazione sembra nascere un interesse crescente a fornire servizi specializzati. Non deve sorprendere quindi che, nei paesi a bassa prevalenza, l'erogazione di servizi terapeutici specifici per la dipendenza da cocaina non compaia tra le priorità politiche. A differenza del trattamento previsto nel caso degli oppiacei, dove la popolazione bersaglio risulta relativamente omogenea, in Europa la cura della dipendenza da cocaina deve fare i conti con l'ampio spettro dei consumatori. Tra i consumatori primari di cocaina in cura in regime ambulatoriale prevalgono i soggetti che assumono la droga sniffandola, seguiti da coloro che la fumano o la inalano, mentre sono relativamente più rari (meno del 10 %) i soggetti che dichiarano un'assunzione per via parenterale. Tra i soggetti che si sottopongono a una terapia per la prima volta il consumo per via parenterale è ancora più basso (5 %) <sup>(113)</sup>. Circa il 16 % dei pazienti consumatori di cocaina riferisce di usare questa sostanza in combinazione con oppiacei e, in alcuni paesi, molti tra i pazienti in cura per problemi di oppiacei fa un uso, perlomeno occasionale, anche di cocaina.

Si comprende quindi che i servizi terapeutici devono probabilmente offrire una soluzione a tre tipi di popolazioni, che — per semplificare — possono essere così classificati: in primo luogo, i consumatori di cocaina socialmente più integrati, che hanno alle spalle anche esperienze periodiche di poliassunzione in occasioni «ricreative», senza escludere il consumo di sostanze alcoliche; in secondo luogo, i consumatori di cocaina che possono avere problemi di dipendenza da oppiacei; infine, i consumatori di cocaina crack altamente emarginati e problematici.

È probabile che i bisogni di questi tre gruppi di consumatori siano diversi e che pertanto richiedano approcci diversi da parte dei servizi assistenziali. Al momento il trattamento maggiormente riferito in Europa per la cura della dipendenza da cocaina è quello somministrato a livello ambulatoriale,

rivolto in molti casi alle esigenze dei consumatori di oppiacei. È discutibile che questi servizi possano risultare attraenti agli occhi dei consumatori di cocaina relativamente ben integrati, che hanno cominciato a fare uso di questa sostanza in ambienti ricreativi. Non è improbabile, inoltre, che parte di questi consumatori si rivolga a operatori sanitari generici, come medici generici o consulenti non specializzati, oppure — se può permetterselo — a cliniche private specializzate.

A differenza del trattamento della dipendenza da oppiacei, le opzioni farmacologiche disponibili per la cura della dipendenza da cocaina sono limitate, benché la prescrizione di farmaci possa contribuire ad alleviare alcuni sintomi correlati. Per il momento non esiste un agente farmacologico in grado di aiutare i pazienti a raggiungere o a gestire l'astinenza da cocaina; non è escluso tuttavia che in futuro non vengano introdotte soluzioni di questo genere. In Europa l'enfasi è posta sulla fornitura di interventi psicosociali, basati perlopiù su approcci di tipo cognitivo comportamentale. Una disamina particolareggiata e approfondita delle opzioni terapeutiche nel caso della dipendenza da cocaina è contenuta nella questione specifica sulla cocaina e in una revisione tecnica dell'OEDT (OEDT, 2007b).

Per la bassa prevalenza e la natura fortemente circoscritta a livello geografico del consumo di cocaina crack in Europa, l'esperienza terapeutica con questo gruppo di tossicodipendenti è molto più limitata. La letteratura sul trattamento dei problemi di cocaina crack negli Stati Uniti è molto ampia, ma non è chiaro fino a che punto questa esperienza possa essere direttamente applicata al contesto europeo. Il Regno Unito, che rispetto ad altri paesi europei riferisce una percentuale relativamente elevata di consumo problematico di crack, ha prodotto linee guida destinate a operatori professionisti in cui si suggerisce di curare questa tossicodipendenza nell'ambito di un programma di trattamento strutturato, che comprenda interventi di astinenza e di riduzione dei danni (NTA, 2002). Una recente valutazione dell'erogazione di servizi assistenziali nel Regno Unito ha rivelato inoltre il successo di alcuni interventi, realizzati in regime ospedaliero, su soggetti con dipendenza da cocaina crack (Weaver, 2007).

## Riduzione dei rischi e del danno

I consumatori di cocaina a scopo ricreativo sono esposti, da un lato, al rischio di sviluppare una dipendenza e, dall'altro lato, al rischio di subire i danni derivanti dal consumo concomitante di altre sostanze stupefacenti o di incorrere in problemi di tipo cardiovascolare. 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

<sup>(110)</sup> Cfr. la tabella TDI-10 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(111)</sup> Cfr. la tabella TDI-21 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(112)</sup> Cfr. il grafico TDI-11 dalla (parte i) alla (parte iv) nel bollettino statistico 2007.

<sup>(113)</sup> Cfr. la tabella TDI-17 (parte ii) e (parte iv) e la tabella TDI-110 nel bollettino statistico 2007.

siti web, help-line telefoniche e altri mezzi di informazione. È interessante notare che le help-line della FESAT (European Foundation of Drug Helplines) riferiscono, per il 2005 e 2006, un aumento del numero di chiamate correlate alla cocaina <sup>(114)</sup>.

Il consumo di cocaina può essere associato a un'attività sessuale ad alto rischio o al coinvolgimento nell'industria del sesso. Da alcuni studi è emerso che le donne che fanno uso di cocaina crack possono essere particolarmente vulnerabili e possono assumere comportamenti sessuali ad alto rischio per motivi di denaro o per procurarsi la droga; in alcuni paesi sono stati messi a punto programmi di riduzione del danno e di prima assistenza mirati specificamente alle prostitute, cercando di intervenire sui comportamenti a rischio a livello sessuale o legati alla tossicodipendenza.

Pur essendo poco numerosi, i consumatori di cocaina crack corrono un rischio particolarmente alto di avere una serie di problemi e possono avere difficoltà ad accedere ai servizi terapeutici o di altro genere. In alcune città in cui si registrano problemi significativi in termini di consumo di cocaina crack, i programmi di riduzione dei danni hanno cercato

di intervenire sia fornendo un servizio di prima assistenza finalizzato a gestire le crisi causate da problemi medici acuti sia orientando i consumatori di questa sostanza verso servizi più strutturati. A Vienna, per esempio, i servizi ambulatoriali mettono a disposizione dei consumatori di cocaina e cocaina crack dei locali che offrono spazi sicuri a questi soggetti che soffrono spesso di ansia, oltre che un'assistenza sanitaria di base e la possibilità di fare ricorso ad altre strutture. Nei paesi che hanno introdotto locali di consumo riservati ai consumatori di droga per via parenterale, questo tipo di servizio è stato esteso a volte anche ai consumatori di cocaina crack; è il caso, per esempio, della Germania, che ha allestito strutture specifiche per i fumatori di crack a Francoforte e ad Amburgo.

In generale, gli approcci di riduzione del danno adottati per i consumatori di cocaina per via parenterale non sono diversi da quelli forniti ai consumatori di altre sostanze per via parenterale (cfr. il capitolo 8), sebbene alcuni studi suggeriscano che i consumatori di sostanze stimolanti si iniettino queste sostanze più spesso e, quindi, corrano rischi potenzialmente maggiori. Infine, si devono considerare i rischi specifici correlati all'iniezione di cocaina crack, nel caso in cui la dose sia stata preparata in maniera non corretta.

### **Cocaina e cocaina crack: un crescente problema di salute pubblica, in *Questioni specifiche, OEDT 2007***

Di recente il consumo di cocaina sembra essere diventato un problema crescente in Europa. La presente questione specifica mostra che, in alcuni paesi europei, si è registrato un marcato incremento nel consumo di cocaina, nelle domande di trattamento per una dipendenza da cocaina e nei sequestri di questa sostanza. Viene investigata la possibilità che il consumo di cocaina produca conseguenze non trascurabili sulla salute pubblica, soffermandosi in particolare sulle conseguenze per la

salute del consumo di cocaina, un aspetto questo a cui raramente viene prestata la giusta attenzione nei sistemi di segnalazione attualmente in uso. La questione specifica analizza nel dettaglio la difficoltà di avviare un trattamento efficace della dipendenza da cocaina e cocaina crack, che si è dimostrato un obiettivo particolarmente complesso, non ultimo a causa delle diverse tipologie di consumatori di cocaina e delle loro diverse esigenze.

Questa questione specifica è disponibile soltanto in lingua inglese, in formato cartaceo e in formato elettronico su Internet (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

<sup>(114)</sup> <http://www.fesat.org/>



## Capitolo 6

### Consumo di oppiacei e iniezione di droga

#### Offerta e disponibilità di eroina <sup>(115)</sup>

In Europa sono usati da molto tempo due tipi di eroina importata: l'eroina brown più comune (forma chimica base), proveniente prevalentemente dall'Afghanistan, e l'eroina bianca, meno comune e più costosa (sotto forma di sale), che generalmente proviene dall'Asia sudorientale, sebbene si tratti in questo secondo caso di un tipo di droga sempre più rara. Una piccola quantità di oppiacei viene anche prodotta in Europa, sebbene la produzione sia rimasta perlopiù confinata nel 2005 alla limitata produzione di derivati domestici del papavero (per esempio, paglia di papavero, concentrato di papavero derivante da steli o infiorescenze di papavero pressati) in alcuni paesi dell'Europa orientale (Lettonia, Lituania, Polonia).

#### Produzione e traffico

L'eroina consumata in Europa è prodotta perlopiù in Afghanistan, che rimane il leader mondiale nell'offerta illecita di oppio, seguito dal Myanmar. Si calcola che nel 2007 siano state prodotte circa 6 610 tonnellate di oppio, il 92 % delle quali in Afghanistan. Ciò corrisponde a un aumento del 43 % rispetto al dato del 2005, dovuto a un incremento notevole della superficie coltivata. La potenziale produzione globale di eroina è stata stimata a 606 tonnellate nel 2006 (472 tonnellate nel 2005) (UNODC, 2007). I sequestri di oppiacei e i laboratori smantellati sembrano suggerire che l'oppio prodotto in Afghanistan sia sempre più trasformato in morfina o in eroina prima di essere esportato (CND, 2007).

L'eroina entra in Europa seguendo due principali rotte di traffico. Di queste, la rotta dei Balcani, la più breve e quella storicamente importante, continua a svolgere un ruolo cruciale nel contrabbando di eroina: quest'ultima transita attraverso il Pakistan, l'Iran e la Turchia, dove si scinde in un percorso meridionale, attraverso la Grecia, l'ex Repubblica iugoslava di Macedonia (FYROM), l'Albania, l'Italia, la Serbia, il Montenegro e la Bosnia-Erzegovina, e in un percorso settentrionale attraverso Bulgaria, Romania, Ungheria, Austria, Germania e Paesi Bassi. Proprio i Paesi Bassi fungono da centro di distribuzione secondario ai paesi dell'Europa occidentale. Dalla metà degli anni novanta l'eroina viene contrabbandata in Europa sempre più (sia pur

in misura minore rispetto ai percorsi balcanici) lungo la «via della seta» attraverso le Repubbliche dell'Asia centrale, il Mar Caspio e la Federazione russa, la Bielorussia o l'Ucraina, fino all'Estonia, la Lettonia, alcuni paesi nordici, la Germania e la Bulgaria. Benché queste rotte siano le più importanti, i paesi della penisola arabica (Oman, Emirati arabi uniti) sono divenuti anch'essi luoghi di transito delle partite di eroina provenienti dall'Asia sudoccidentale e sudorientale (INCB, 2006), alcune delle quali vengono successivamente contrabbandate attraverso l'Africa orientale (Etiopia, Kenya, Maurizio) e talvolta anche attraverso l'Africa occidentale (Nigeria), per essere introdotte nei mercati illeciti dell'Europa e, in misura minore, dell'America settentrionale (INCB, 2007a). Non mancano inoltre le segnalazioni di partite di eroina provenienti dall'Asia sudoccidentale contrabbandate in Europa attraverso taluni paesi dell'Asia meridionale e orientale (India, Bangladesh, Sri Lanka, Cina).

#### Sequestri

Nel 2005 sono state sequestrate in tutto il mondo 342 tonnellate di oppio, 32 tonnellate di morfina e 58 tonnellate di eroina. In termini di volumi sequestrati in tutto il mondo l'Asia (Cina, Afghanistan, Iran, Pakistan) ha continuato a essere il principale teatro delle intercettazioni (54 %), seguita dall'Europa (38 %) (UNODC, 2007).

Nel 2005 un totale di 52 000 sequestri ha consentito di recuperare circa 16,8 tonnellate di eroina negli Stati membri dell'Unione europea, nei paesi candidati all'adesione e in Norvegia. Il Regno Unito (stando ai dati del 2004) continua a essere il paese dove si registra il numero più elevato di sequestri effettuati in Europa, seguito da Spagna, Germania e Grecia, mentre alla Turchia spetta il primato dei quantitativi intercettati (seguita da Regno Unito, Italia e Paesi Bassi), per un totale di quasi la metà dell'intero volume recuperato nel 2005 <sup>(116)</sup>. In generale, i sequestri di eroina sono diminuiti tra il 2000 e il 2003, per poi ricominciare a crescere a partire da questa data, secondo i dati disponibili. Nel periodo 2000-2005, le statistiche sui quantitativi complessivi di eroina sequestrati negli Stati membri dell'Unione europea hanno avuto un andamento oscillante, nell'ambito di una lieve tendenza alla diminuzione, mentre nello stesso periodo la Turchia riferisce un marcato incremento <sup>(117)</sup>.

<sup>(115)</sup> Cfr. «Interpretazione dei dati sui sequestri e di altre informazioni sul mercato», pag. 37.

<sup>(116)</sup> L'affermazione andrebbe verificata alla luce dei dati ancora mancanti riferiti al 2005, una volta che si renderanno disponibili. Per poter fare previsioni, i dati mancanti nel 2005 sono stati sostituiti con i dati del 2004.

<sup>(117)</sup> Cfr. le tabelle SZR-7 e SZR-8 nel bollettino statistico 2007.

## Prezzo e purezza

L'individuazione di una tendenza dei prezzi e della purezza dell'eroina è ostacolata dall'assenza di dati coerenti al riguardo, cosicché le stime si basano soltanto sui dati forniti da un numero limitato di paesi <sup>(118)</sup>. La maggior parte dei paesi ha riferito un prezzo medio o tipico al dettaglio dell'eroina brown compreso tra 35 e 80 euro al grammo. Tra il 2000 e il 2005 i prezzi medi dell'eroina, corretti dell'inflazione, sembrano essere diminuiti nella maggior parte dei 18 paesi che hanno fornito dati comparabili. La purezza media o tipica dell'eroina brown al dettaglio era estremamente variabile: la maggior parte dei paesi ha riferito valori compresi tra il 15 e il 50 %, mentre i dati sulla purezza dell'eroina bianca, ove disponibili, tendevano a essere superiori (30-70 %). La purezza media dei derivati dell'eroina ha avuto un andamento oscillante nella maggior parte dei 18 paesi dichiaranti a partire dal 2000.

## Stime sulla prevalenza del consumo problematico di oppiacei

I dati presentati in questa sezione provengono dall'indicatore dell'OEDT del consumo problematico di stupefacenti (PDU), che include perlopiù stime del consumo di droghe per via parenterale e il consumo di oppiacei, sebbene, in una manciata di paesi, anche i consumatori di anfetamine rappresentino una componente non irrilevante <sup>(119)</sup>. Non è facile stabilire il numero di consumatori problematici di oppiacei e, per ottenere cifre sulla prevalenza dalle fonti di dati disponibili, è necessario effettuare analisi sofisticate. Inoltre, poiché la maggioranza degli studi riguarda un'area geograficamente circoscritta, come una città o un comune, l'estrapolazione finalizzata alla produzione di stime nazionali è difficile.

Infine, le stime sono rese ancor più complesse dal fatto che i modelli del consumo problematico di stupefacenti in Europa si stanno apparentemente diversificando con il tempo. Per esempio, i problemi dovuti alla poliassunzione di sostanze stupefacenti hanno progressivamente acquisito una maggiore importanza in gran parte dei paesi, mentre alcuni Stati, dove in passato predominavano i problemi legati agli oppiacei (quasi esclusivamente correlati all'eroina), segnalano ora spostamenti verso altre sostanze stupefacenti come la cocaina.

Le stime recenti relative alla prevalenza del consumo problematico di oppiacei a livello nazionale vanno, a grandi linee, da 1 a 6 casi ogni 1 000 soggetti all'interno della fascia di popolazione d'età compresa tra 15 e 64 anni. Al confronto, la prevalenza totale rilevata dal PDU è calcolata tra 1 e 8 casi ogni 1 000 abitanti. Alcune delle stime più basse tra quelle ben documentate sono messe a disposizione

dai nuovi paesi dell'Unione europea, a esclusione di Malta, dove invece si registra una prevalenza relativamente alta (5,8-6,7 casi ogni 1 000 soggetti di 15-64 anni) (grafico 8).

Dai pochi dati disponibili si può dedurre una prevalenza media del consumo problematico di oppiacei compresa tra i 4 e i 5 casi ogni 1 000 abitanti su una popolazione di 15-64 anni. Ciò equivale a circa 1,5 milioni (1,3-1,7 milioni) di consumatori problematici di oppiacei nell'Unione europea e in Norvegia. Tuttavia, queste stime sono tutt'altro che solide e rendono necessaria la raccolta di dati più esaustivi.

## Andamento nel tempo del consumo problematico di oppiacei

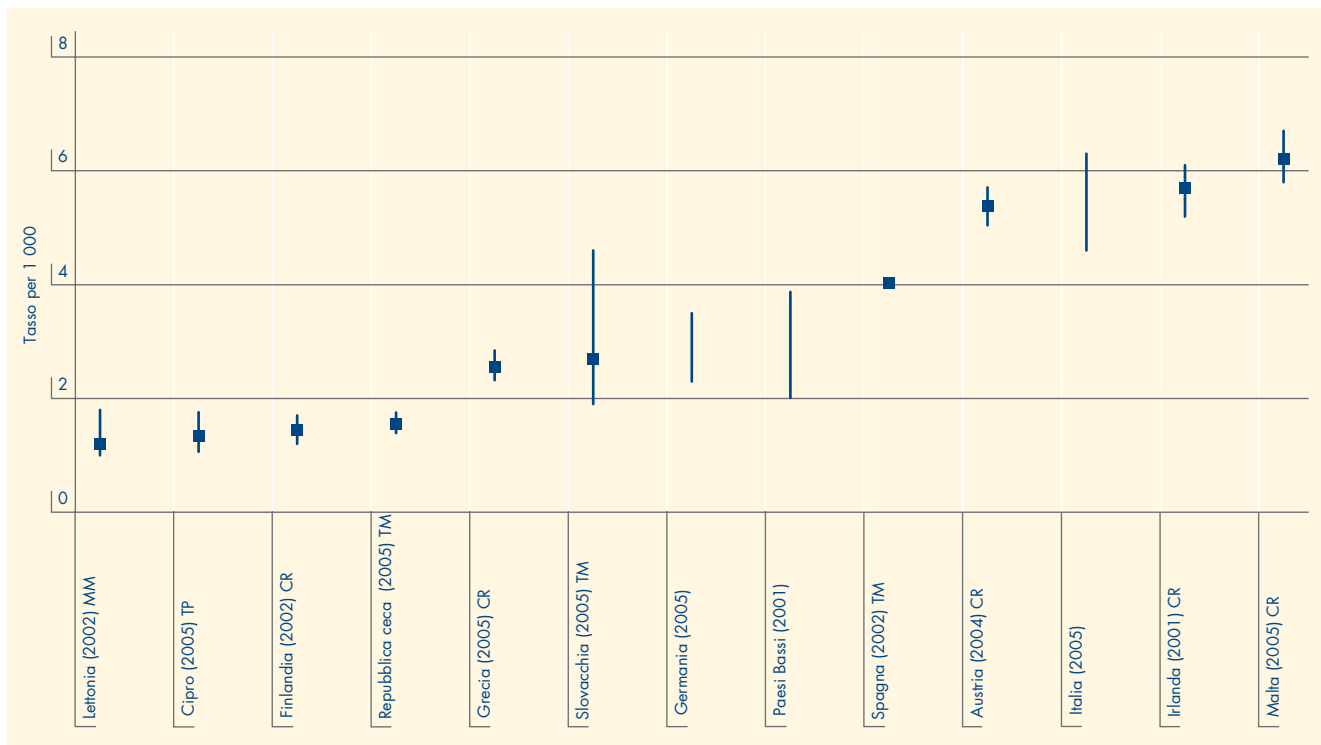
La mancanza di dati storici affidabili complica la valutazione dell'andamento nel tempo del consumo problematico di oppiacei; ne consegue che le tendenze devono essere interpretate con una certa cautela. Le informazioni provenienti da alcuni paesi suggeriscono che, in media, la prevalenza del consumo problematico di oppiacei può essersi in certa misura stabilizzata negli ultimi anni. Stime ripetute sul consumo problematico di oppiacei per il periodo compreso tra il 2001 e il 2005 sono state fornite soltanto da otto paesi, ma consentono di tracciare un quadro relativamente stabile, con un solo paese (Austria) caratterizzato da un netto incremento <sup>(120)</sup>.

Nonostante l'indicazione generale che l'andamento complessivo della prevalenza del consumo di oppiacei sia relativamente stabile, non mancano i segnali di un aumento dei sequestri di eroina (cfr. sopra), probabilmente collegati a un'accresciuta disponibilità di questa sostanza sul mercato europeo, così come tendono ad aumentare le segnalazioni di un consumo di oppiacei riconducibile a una diversione da usi legittimi. In Italia le stime sull'incidenza del consumo di eroina basate sui dati riferiti alle domande di trattamento suggeriscono un aumento a partire dal 1998, dopo un periodo caratterizzato da una tendenza al ribasso, con una prevalenza annua nel 2005 di circa 30 000 nuovi consumatori di questa sostanza. In Austria, inoltre, è cresciuta la percentuale dei soggetti con meno di 25 anni tra i nuovi pazienti sottoposti a una terapia sostitutiva, a suggerire un aumento del numero di giovani che hanno problemi collegati alla diversione e all'uso incontrollato di oppiacei regolarmente prescritti. Analogamente, dopo un periodo di declino, la Repubblica ceca riferisce un nuovo incremento della diversione di una sostanza (in questo caso, la buprenorfina) verso il consumo illecito per via parenterale, mentre le informazioni trasmesse dal Belgio fanno pensare che vi sia stato un aumento del consumo illecito di metadone. Un recente monitoraggio dei servizi a bassa soglia realizzato in Francia traccia un quadro allarmante

<sup>(118)</sup> Cfr. le tabelle PPP-2 e PPP-6 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(119)</sup> Benché la definizione tecnica usata dall'OEDT di PDU sia «consumo di stupefacenti per via parenterale oppure consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, di cocaina e/o anfetamine», le stime sul consumo problematico di droga riflettono principalmente il consumo di eroina. Nei pochi paesi che riferiscono un consumo problematico di anfetamine, sono disponibili stime ben documentate. Le stime sul consumo problematico di cocaina sono scarse ed è probabile che, per questa sostanza, l'indicatore PDU sia meno affidabile, tranne che per alcuni paesi ad alta prevalenza.

<sup>(120)</sup> Cfr. il grafico PDU-4 (parte ii) nel bollettino statistico 2007.

**Grafico 8:** stime della prevalenza del consumo problematico di oppiacei (percentuale per 1 000 abitanti di 15-64 anni), 2001-2005


NB: il simbolo indica una stima puntuale; la barra indica un intervallo di incertezza, che può essere un intervallo di confidenza del 95 % o un intervallo basato sull'analisi della sensibilità (cfr. la tabella PDU-3 per informazioni particolareggiate). I gruppi bersaglio possono variare leggermente a causa di metodi di calcolo diversi e di fonti diverse di dati; pertanto il confronto va fatto con cautela. Se non è indicato alcun metodo, la linea presentata rappresenta un intervallo tra il minimo inferiore di tutte le stime esistenti e il limite superiore. Metodi di calcolo: CR = capture-recapture (cattura-ricattura); TM = treatment multiplier (moltiplicatore trattamento); PM = police multiplier (moltiplicatore polizia). Per ulteriori dettagli cfr. le tabelle PDU-1, PDU-2 e PDU-3 nel bollettino statistico 2007.

Fonte: punti focali nazionali.

del consumo illecito di buprenorfina, compreso anche l'uso per via parenterale, nonché dell'uso di questa sostanza tra giovani che sperimentano un modello d'uso problematico legato non già all'eroina, bensì proprio alla buprenorfina; sono inoltre emersi timori riguardanti nuovi sottogruppi di tossicodipendenti giovani ed emarginati, dediti al consumo di droga per via parenterale. In Finlandia la buprenorfina sembra essersi sostituita perlopiù all'eroina tra le nuove domande di trattamento per dipendenza da oppiacei e la buprenorfina è sempre più menzionata nei rapporti sui decessi per overdose.

## Consumo di stupefacenti per via parenterale

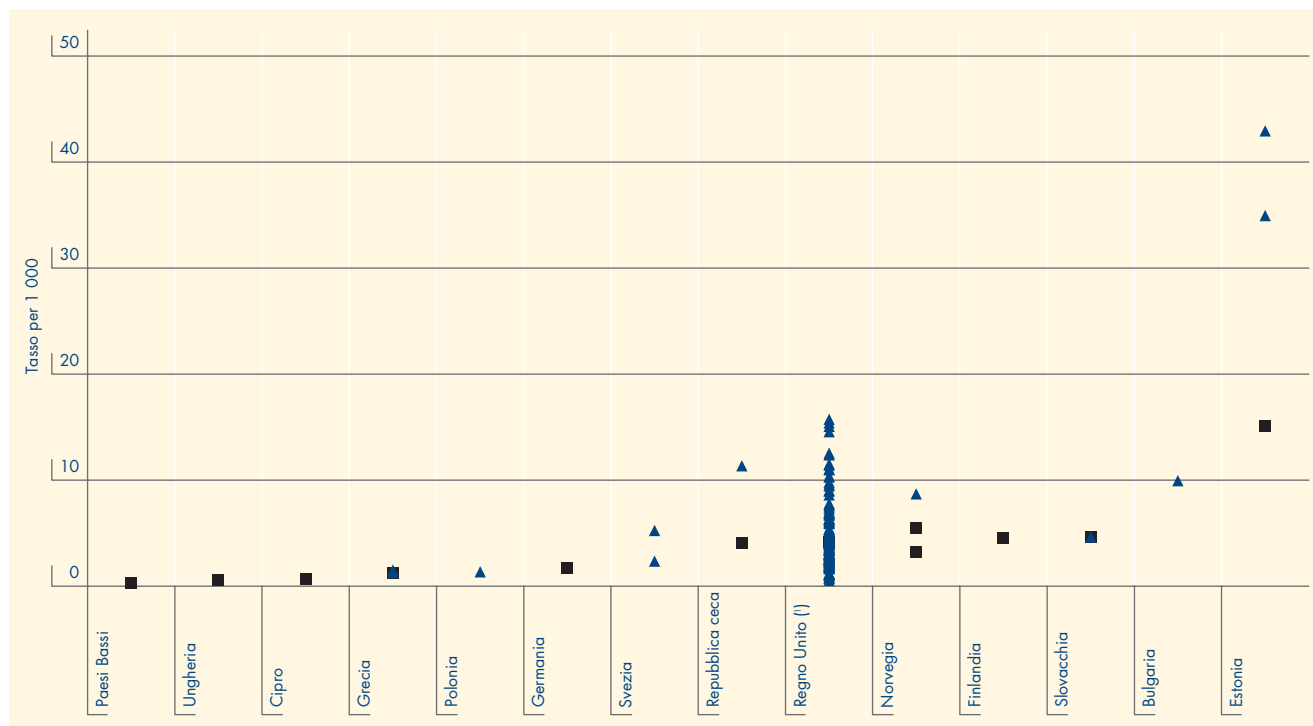
I consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) corrono un rischio molto elevato di andare incontro a problemi di salute a causa della loro tossicodipendenza, come gravi malattie infettive (per esempio, HIV/AIDS, epatite) o overdose. Nonostante l'importanza per la salute pubblica di questo fenomeno, sono attualmente pochi i paesi in grado di fornire stime sui livelli di consumo di stupefacenti per via parenterale (grafico 9). Migliorare il monitoraggio di questa categoria specifica della popolazione rappresenta quindi una sfida importante per lo sviluppo dei sistemi di monitoraggio sanitario in Europa.

## Stime indirette della prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale

La maggior parte dei dati disponibili sul consumo di stupefacenti per via parenterale proviene dalle segnalazioni di overdosi letali o dai dati sulle malattie infettive (quali l'HIV). Le stime disponibili variano notevolmente da paese a paese: nel periodo 2001-2005 le stime a livello nazionale vanno in genere da 0,5 a 6 casi ogni 1 000 abitanti di età compresa nella fascia 15-64 anni. Fa eccezione l'Estonia, dove è stato riferito il dato decisamente più alto (15 casi ogni 1 000 abitanti). Tra gli altri paesi in grado di fornire dati, le stime più alte sono state riferite da Repubblica ceca, Slovacchia, Finlandia e Regno Unito, con 4-5 casi ogni 1 000 abitanti di 15-64 anni, mentre Cipro, Ungheria e Paesi Bassi segnalano il dato più basso, meno di 1 caso ogni 1 000 abitanti.

A causa della scarsità di dati disponibili, le estrapolazioni devono essere fatte con cautela, ma suggeriscono comunque una prevalenza media di IDU (attuali) di 3-4 casi ogni 1 000 soggetti adulti. Ciò significa che, al giorno d'oggi, potrebbero esserci nell'UE e in Norvegia circa 1,1 milioni (0,9-1,3 milioni) di IDU. Si tratta prevalentemente di consumatori di oppiacei per via parenterale, sebbene molti siano dediti anche al consumo, sempre per via parenterale, di altre sostanze. Alcuni paesi denunciano inoltre un grave

**Grafico 9:** stime tratte da studi nazionali e subnazionali della prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale (percentuale per 1 000 abitanti di 15-64 anni), 2001-2005



(1) Stime regionali inglesi per il biennio 2004-2005.

NB: Quadrato nero = campione a copertura nazionale; triangolo blu = campione a copertura subnazionale

Il modello delle stime sulla prevalenza subnazionale dipende molto dalla disponibilità e dalla localizzazione degli studi in un paese. I gruppi bersaglio possono variare leggermente a causa di metodi di studio diversi e di fonti diverse di dati, pertanto il confronto va fatto con cautela.

Per ulteriori dettagli cfr. le tabelle PDU-1, PDU-2 e PDU-3 nel bollettino statistico 2007.

Fonte: punti focali nazionali.

problema di consumo di anfetamine o metanfetamine per via parenterale (Repubblica ceca, Slovacchia, Finlandia, Svezia).

### Andamento del consumo di stupefacenti per via parenterale in base ai dati sulla domanda di trattamento

A causa della mancanza di dati è difficile trarre conclusioni sull'andamento del consumo di stupefacenti per via parenterale, anche se le informazioni relative ai soggetti che si sottopongono a un trattamento possono essere utili per comprendere questo genere di comportamento. Le domande di trattamento da parte di soggetti dediti al consumo di oppiacei, per esempio, sono indicativi dei modelli d'uso in questo più ampio gruppo di tossicodipendenti. La percentuale di IDU tra i consumatori di eroina come sostanza primaria che entrano in terapia (2001-2005) rivela differenze marcate nei dati sul consumo di stupefacenti per via parenterale da paese a paese. Nel complesso, tuttavia, questi dati suggeriscono che il consumo per via parenterale comincia essere meno diffuso, con riduzioni osservate in Danimarca, Irlanda, Grecia, Ungheria, Regno Unito e Turchia. In alcuni paesi (Spagna, Paesi Bassi, Portogallo) una percentuale relativamente bassa di eroinomani in terapia ricorre alla via parenterale, anche se lo stesso non può dirsi per altri Stati: in alcuni dei nuovi Stati membri, per esempio, l'assunzione di eroina per iniezione sembra essere tuttora la norma. Si noti che l'andamento

del consumo di stupefacenti per via parenterale tra i tossicodipendenti che assumono sostanze diverse dall'eroina può essere diverso.

## Trattamento della dipendenza da oppiacei

### Terapia di mantenimento

Esiste oggi un corpus di prove relativamente robusto, supportato da dati tratti da studi sull'esito dei trattamenti e da studi controllati, che dimostra l'efficacia delle terapie sostitutive nel trattamento della tossicodipendenza da eroina o altri oppiacei (cfr. Gossop, 2006 per una revisione della letteratura). Sono stati rilevati effetti positivi sulla riduzione del consumo di sostanze illecite, dell'adozione di comportamenti a rischio per la salute e di condotte criminose, nonché un miglioramento del funzionamento sociale. I programmi terapeutici di tipo sostitutivo sono costituiti, solitamente, oltre che dalla prescrizione di farmaci, anche da interventi volti a favorire un cambiamento del comportamento. In genere, vi è accordo generale nel considerare buona prassi il fatto di integrare questi programmi nel più ampio quadro dell'assistenza medica e sociale.



### Garanzia della qualità e terapia sostitutiva

L'efficacia di qualsiasi servizio erogato dipende dalla qualità dell'assistenza fornita. Sono stati espressi timori sulla qualità di taluni programmi di terapia sostitutiva, che puntano troppo le proprie attività sulla prescrizione, senza prestare la debita attenzione alla fornitura di un pacchetto più completo, comprendente anche un supporto medico e aiuti sociali. Tra le critiche mosse vale la pena menzionare le seguenti: assenza di un adeguato monitoraggio clinico; prassi prescrittive superficiali, che favoriscono la diversione delle sostanze verso il mercato illecito; il fatto che i programmi terapeutici a bassa dose non sono in linea con le prove cliniche della loro efficacia (Loth et al., 2007; Schifano et al., 2006; Strang et al., 2005).

Molti paesi hanno preso sul serio queste critiche, cosicché Danimarca, Germania e Regno Unito riferiscono l'esistenza di valutazioni in corso con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza fornita. Analogamente, di recente la Danimarca ha portato a termine un progetto triennale per documentare l'impatto di un più ampio sostegno psicosociale nell'ambito delle terapie sostitutive e per valutare i processi di garanzia della qualità.

In Germania due studi recenti hanno analizzato la pratica delle terapie sostitutive, ricercando possibili miglioramenti dell'assistenza (COBRA), e hanno esaminato gli aspetti correlati alla garanzia della qualità in un nuovo manuale destinato ai medici (ASTO). Nel Regno Unito, e più precisamente in Inghilterra, è stata recentemente condotta una verifica per analizzare le prassi di prescrizione e di trattamento clinico e per valutarne la conformità con le linee guida cliniche esistenti.

La disponibilità di linee guida cliniche, di standard e di protocolli terapeutici nazionali è un elemento importante per garantire la qualità della terapia sostitutiva. Linee guida cliniche e protocolli terapeutici sono in preparazione o in fase di revisione a livello nazionale in Danimarca, Irlanda, Norvegia, Portogallo e Regno Unito, mentre nel 2004 la Slovacchia ha pubblicato una guida sulla somministrazione della terapia con metadone. Nei Paesi Bassi la terapia di mantenimento è sempre più conforme agli standard terapeutici medici e nella prima fase del trattamento la somministrazione di metadone avviene sotto la supervisione medica. In Austria sono stati redatti nel 2005 due decreti che definiscono il quadro della terapia medicalmente assistita, allo scopo di migliorare la terapia sostitutiva e di introdurre misure sul consumo controllato oltre che di regolamentare la categoria degli operatori sanitari che operano in questo settore.

Anche un sistema di monitoraggio nazionale, finalizzato a fornire informazioni sui pazienti partecipanti a programmi di terapia sostitutiva, rappresenta uno strumento utile per valutare la qualità e la disponibilità dei servizi. Attualmente, un sistema di questo genere è attivo in 17 Stati membri, mentre registri nazionali sulle terapie sostitutive sono in fase di preparazione in Belgio e Lussemburgo. Nella Repubblica ceca è in corso un processo di allargamento dei registri esistenti a tutti i centri sanitari.

### Prassi prescrittiva per la terapia sostitutiva in Europa

Negli ultimi quindici anni l'erogazione di servizi terapeutici per la cura della dipendenza da eroina è aumentata notevolmente nell'Unione europea. Stando ai dati disponibili, questa evoluzione è dovuta perlopiù a un aumento di oltre sette volte della disponibilità dei servizi di terapia sostitutiva negli Stati membri dell'UE-15 registrato a partire dal 1993.

A eccezione di cinque paesi (Repubblica ceca, Francia, Lettonia, Finlandia, Svezia), il metadone è di gran lunga la sostanza maggiormente usata a scopi sostitutivi, utilizzata nel 72 % circa di tutte le terapie sostitutive <sup>(121)</sup>. Se, in generale, il metadone viene impiegato da centri specialistici che offrono servizi di cura di tipo ambulatoriale, in alcuni paesi questa sostanza può essere somministrata anche in ospedale o, nel caso di pazienti che si sono stabilizzati, in strutture assistenziali in contesti di comunità. La prassi prescrittiva è diversa: talvolta il metadone è disponibile soltanto presso centri specialistici e il consumo della sostanza avviene in condizioni controllate; tuttavia, in alcuni paesi come il Regno Unito le farmacie svolgono un ruolo attivo importante ed è possibile che la sostanza venga assunta a casa.

Di recente è emerso un certo interesse nell'UE verso altri agenti farmacologici che possono essere utilizzati come farmaci aggiuntivi nel trattamento della tossicodipendenza; in particolare, ha cominciato a diffondersi l'uso della buprenorfina. Nel 2005 la Slovenia e nel maggio 2006 Malta si sono aggregate al gruppo di paesi che autorizzano la terapia di mantenimento con buprenorfina presso unità specializzate <sup>(122)</sup>. Attualmente Bulgaria, Ungheria, Polonia e Romania sono gli unici paesi in cui questa opzione terapeutica non è disponibile.

Una delle ragioni che può spiegare questo interesse verso l'uso della buprenorfina è che si presume sia un'opzione farmaceutica più adatta del metadone per l'uso in contesti collettivi. Si tratta in realtà di una questione complessa, che è discussa più nel dettaglio nella questione specifica sulla buprenorfina (2005). Nella maggior parte dei paesi la buprenorfina può essere prescritta soltanto da medici esperti e accreditati, ed è soggetta a norme appropriate rispetto al suo status di sostanza controllata nell'ambito di convenzioni internazionali (allegato III della convenzione delle Nazioni Unite del 1988 sulle sostanze psicotrope).

La buprenorfina è commercializzata sotto forma di compresse da assumere per via sottolinguale; pur non essendo considerata una sostanza particolarmente adatta per un consumo di tipo parenterale, vi sono comunque segnalazioni di casi in cui le compresse sono state sciolte e iniettate in vena. Le potenzialità che si abusano della buprenorfina sono confermate dalle informazioni provenienti da alcuni paesi, che denunciano una diversione della sostanza verso il mercato illecito. Per dissuadere il consumo illecito di buprenorfina

<sup>(121)</sup> Cfr. le tabelle HSR-7, HSR-9 e HSR-11 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(122)</sup> Cfr. il grafico HSR-1 e la tabella HSR-8 nel bollettino statistico 2007.

### Procedura per l'autorizzazione all'immissione in commercio dei farmaci in Europa

L'Agenzia europea per i medicinali (EMA) è responsabile della valutazione scientifica delle domande di autorizzazione all'immissione in commercio dei medicinali in Europa. I medicinali approvati attraverso una procedura centralizzata ottengono un'unica autorizzazione all'immissione in commercio, valida in tutti gli Stati membri dell'Unione europea.

Tutti i farmaci autorizzati vengono anche monitorati per stabilirne la sicurezza. Ciò avviene attraverso la rete delle agenzie nazionali per i medicinali dell'UE, in stretta collaborazione con gli operatori sanitari e le società farmaceutiche stesse.

L'EMA pubblica una relazione pubblica di valutazione europea (EPAR) per ogni medicinale autorizzato a livello centrale che ha ottenuto un'autorizzazione all'immissione in commercio. Le EPAR vengono pubblicate sul sito web dell'EMA (<http://www.emea.europa.eu/>) e una sintesi destinata al pubblico è messa a disposizione in tutte le lingue ufficiali dell'UE. L'EMA collabora anche con l'OEDT e l'Europol per contribuire a individuare le nuove minacce poste dalle sostanze stupefacenti in Europa nell'ambito della decisione del Consiglio (cfr. il capitolo 7).

è stata creata una nuova formulazione del farmaco in combinazione con nalossone. Questa formulazione, Suboxone, ha ottenuto l'autorizzazione all'immissione in commercio in Europa nel 2006.

Nel gennaio 2007 i Paesi Bassi hanno introdotto il trattamento assistito con eroina come possibile opzione terapeutica per la cura della dipendenza da oppiacei, portando il numero di strutture terapeutiche a circa 1 000. Insieme al Regno Unito si tratta dell'unico paese europeo in cui questa opzione è disponibile. In generale, il numero di pazienti trattati in Europa con l'eroina è alquanto esiguo e questa terapia viene riservata, di norma, ai casi particolarmente cronici, in cui tutte le altre opzioni terapeutiche hanno fallito. L'efficacia dell'eroina come agente sostitutivo è stata esaminata nell'ambito di studi sperimentali sia in Spagna (March et al., 2006) sia in Germania (Naber and Haasen, 2006). Entrambi gli studi hanno riferito esiti terapeutici positivi, a suggerire che questo approccio può rivelarsi una modalità di cura adeguata per i consumatori di oppiacei esclusi dalla società, con gravi problemi e che hanno risposto in maniera insoddisfacente ad altri trattamenti. Come altri studi precedenti, queste ricerche condotte sulla prescrizione dell'eroina hanno stimolato un dibattito sulla necessità di allargare l'accesso a questo genere di opzione terapeutica.

### Dati relativi al trattamento

Per descrivere la prassi terapeutica in Europa l'OEDT raccoglie due tipi di informazioni. L'indicatore della domanda di accesso al trattamento (TDI) è basato sul monitoraggio

delle caratteristiche dei pazienti che si sottopongono a una cura in Europa. Inoltre, gli Stati membri vengono invitati a fornire informazioni che descrivano la struttura generale e la disponibilità dei servizi.

### Dati ottenuti dall'indicatore della domanda di trattamento

I dati ottenuti dal monitoraggio dei pazienti che si sottopongono a un trattamento per curare una tossicodipendenza in Europa forniscono elementi interessanti relativi non solo alla più ampia situazione epidemiologica rispetto ai modelli e alle tendenze di consumo, ma anche alla conseguente domanda e disponibilità di varie forme di trattamento. Ciò può ostacolare l'interpretazione delle informazioni disponibili, perché un aumento del numero di persone in cura per un particolare problema di tossicodipendenza può essere indice di un incremento della domanda di servizi terapeutici oppure della disponibilità di un particolare tipo di servizio. Per favorire l'analisi di questo tipo di dati si fa una distinzione tra le nuove domande di trattamento e la totalità delle domande, presupponendo che, nel primo caso, le nuove richieste di trattamento riflettano con maggior fedeltà le variazioni dei modelli più generali di consumo di sostanze stupefacenti, mentre nel secondo caso le domande di trattamento siano piuttosto lo specchio di tutte le richieste rivolte al settore terapeutico nel suo complesso.

Le informazioni raccolte attraverso l'indicatore della domanda di accesso al trattamento (TDI) non riguardano tutte le persone che stanno curando una tossicodipendenza, che rappresentano un gruppo nettamente più numeroso della popolazione, bensì soltanto i soggetti che chiedono di accedere a una cura nell'anno oggetto della relazione. Nel 2007 si sta tuttavia realizzando un progetto pilota il cui scopo è estendere la raccolta di dati a livello europeo ai pazienti che seguono un trattamento continuo<sup>(123)</sup> per valutare la copertura delle segnalazioni dei sistemi nazionali.

Nella maggior parte dei paesi gli oppiacei (perlopiù eroina) rimangono la droga principale per la quale i pazienti chiedono di entrare in terapia. Su un totale di 326 000 richieste presentate nel 2005, secondo l'indicatore riferito alla domanda di trattamento, gli oppiacei sono menzionati come sostanza primaria nel 40 % circa dei casi; all'incirca la metà (46 %) di questi consumatori di oppiacei si inietta la sostanza<sup>(124)</sup>.

Alcuni paesi riferiscono una percentuale significativa di domande di trattamento correlate al consumo di oppiacei diversi dall'eroina. La Finlandia riferisce altri oppiacei, soprattutto la buprenorfina, tra le sostanze principali assunte dal 41 % dei pazienti tossicodipendenti, mentre in Francia il 7,5 % di tutti i soggetti in cura fa uso di buprenorfina. Nel Regno Unito e nei Paesi Bassi, il 4 % circa dei pazienti è un consumatore primario di metadone. In Spagna, Lettonia e Svezia una percentuale compresa tra il 5 e il 7 % dei tossicodipendenti si sottopone a un ciclo di trattamento per consumo primario di oppiacei diversi da eroina o metadone,

<sup>(123)</sup> Cfr. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (resoconto della riunione del 2006).

<sup>(124)</sup> Cfr. la tabella TDI-5 nel bollettino statistico 2007.

non meglio specificati (<sup>125</sup>). E in Ungheria, dove è storicamente diffuso l'uso di derivati domestici del papavero da oppio, circa il 4 % di richieste di trattamento è correlato all'oppio.

La maggior parte dei consumatori di oppiacei è segnalata da unità terapeutiche di tipo ambulatoriale. In Svezia, tuttavia, il 71 % di questi pazienti viene denunciato da centri ospedalieri, un fatto questo che riflette la diversa strutturazione dei servizi terapeutici in questo paese. Una piccola percentuale (3 %) di domande di trattamento a livello ospedaliero da parte dei consumatori di oppiacei è riferita anche dal Regno Unito (<sup>126</sup>). Nei pochi paesi che riportano informazioni sulla domanda di trattamento nelle agenzie a bassa soglia, una percentuale significativa di soggetti chiede di essere curato a causa di una dipendenza primaria da oppiacei (<sup>127</sup>).

La percentuale relativa di domande di accesso al trattamento da parte di consumatori di sostanze diverse dagli oppiacei sta crescendo nei dati del TDI, mentre in molti paesi il numero effettivo di nuovi soggetti che chiede di essere sottoposto a una terapia per dipendenza da oppiacei è in calo: il numero assoluto di nuove domande di trattamento per consumo primario di eroina è infatti sceso dalle 80 000 nel 1999 alle 51 000 nel 2005 (<sup>128</sup>).

### Diffusione della terapia sostitutiva

Negli Stati membri dell'Unione europea e in Norvegia si calcola che nel 2005 il numero di terapie sostitutive in corso ammontava ad almeno 585 000. Questa stima, fondata sul monitoraggio terapeutico svolto nella maggior parte dei paesi, fornisce un quadro generale della disponibilità dei servizi. Queste cifre riflettono probabilmente una stima soltanto minima, poiché è probabile che talune modalità di trattamento siano ancora poco segnalate; si pensi, per esempio, alle cure fornite dai medici generici o nelle carceri.

La stragrande maggioranza dei pazienti in cura (97 %) è riferita dagli Stati membri dell'UE-15, che dichiarano inoltre la maggior parte (80 %) di tutte le domande di accesso al trattamento registrate nel corpus di dati del TDI. Rispetto al 1993, quando si calcolavano all'incirca 73 000 pazienti in terapia sostitutiva (Farrell, 1995), il dato è aumentato quindi di oltre sette volte. Dal 2003 al 2005 si rileva inoltre un incremento del 15 % del numero di pazienti nell'UE e in Norvegia, dovuto in larga parte agli incrementi osservati in Germania (aumento stimato di 8 300 casi), Francia (5 706), Italia (6 234), Portogallo (4 168) e Regno Unito (41 500) (<sup>129</sup>). Nel 2005 si è avuta una stabilizzazione del numero di pazienti in terapia sostitutiva da Paesi Bassi (122 casi ogni 100 000 abitanti) e Lussemburgo (355 casi ogni 100 000).

La crescita relativa più marcata nel periodo tra il 2003 e il 2005 si è osservata, sia pur non limitatamente, in alcuni nuovi Stati membri, mentre i seguenti paesi riferiscono aumenti

sostanziali (pari a oltre il 40 %): Bulgaria, Estonia, Grecia, Lituania, Romania e Norvegia. Questi aumenti hanno coinciso con un'espansione geografica della disponibilità della terapia sostitutiva in molti di questi Stati. L'erogazione di servizi terapeutici di tipo sostitutivo non è cresciuta in tutti i nuovi Stati membri: Ungheria, Polonia e Slovacchia registrano una situazione relativamente stabile, mentre il numero di pazienti che partecipano al programma ad alta soglia con metadone in Lettonia è diminuito da 67 a 50. In due paesi con una storia di elevati livelli di somministrazione di questa terapia (Spagna e Malta) l'erogazione del servizio è diminuita di recente, forse un riflesso dei livelli generali della domanda di accesso al trattamento registrati in questi Stati.

L'interrelazione tra le domande di trattamento ripetute, la diffusione delle terapie di mantenimento e la prevalenza del consumo problematico di oppiacei è complessa. Il numero di domande ripetute e il numero di pazienti coinvolti in programmi di mantenimento sono entrambi determinati dall'evoluzione storica dell'incidenza e della prevalenza del consumo di oppiacei, oltre che dall'organizzazione e dal tipo di servizi terapeutici disponibili. Per alcuni paesi è possibile utilizzare il dato relativo ai livelli stimati di prevalenza del consumo di oppiacei per calcolare il numero di pazienti in terapia di mantenimento in rapporto al totale dei consumatori problematici di oppiacei.

Nei paesi dell'UE in cui erano disponibili nel 2005 stime del consumo problematico di oppiacei è stata calcolata la diffusione della terapia sostitutiva tra i consumatori problematici di queste sostanze (grafico 10). I risultati evidenziano differenze marcate da paese a paese, con percentuali comprese tra meno del 10 % (Slovacchia) fino a circa il 50 % (Italia) di consumatori di oppiacei. Questi dati, tuttavia, suggeriscono anche la necessità di esaminare la disponibilità di opzioni terapeutiche in tutti i paesi, per garantire che i servizi terapeutici disponibili siano sufficienti a rispondere alle domande di trattamento stimate.

Nonostante il recente aumento dei servizi terapeutici sostitutivi negli Stati baltici e nei paesi dell'Europa centrale, l'offerta rimane bassa rispetto al numero di consumatori di oppiacei registrato in questi Stati membri, a eccezione della Slovenia. Una stima riferita all'Estonia fa pensare che soltanto il 5 % di consumatori di eroina nei quattro principali centri urbani del paese partecipa a programmi sostitutivi, una percentuale che, allargata a tutto il territorio nazionale, scende addirittura all'1 %.

### Domande di trattamento per la dipendenza da oppiacei

La percentuale di domande di trattamento correlate a un consumo primario di oppiacei riflette, in certa misura, la

(<sup>125</sup>) Cfr. la tabella TDI-1 14 nel bollettino statistico 2007.

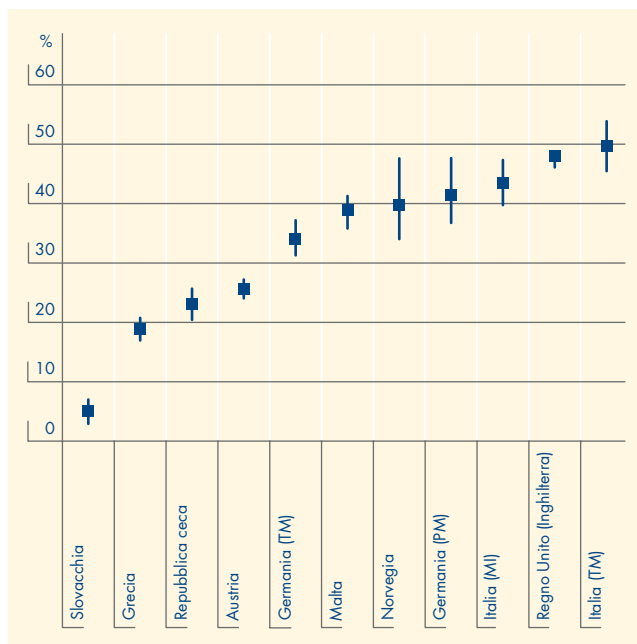
(<sup>126</sup>) Cfr. la tabella TDI-24 nel bollettino statistico 2007.

(<sup>127</sup>) Cfr. la tabella TDI-1 19 nel bollettino statistico 2007.

(<sup>128</sup>) Cfr. il grafico TDI-1 nel bollettino statistico 2007.

(<sup>129</sup>) Cfr. la tabella HSR-7 nel bollettino statistico 2007.

**Grafico 10:** numero di pazienti in terapia di mantenimento con oppiacei in percentuale rispetto al numero stimato di consumatori problematici di oppiacei, 2005



NB: queste informazioni sono disponibili soltanto per nove paesi. Il simbolo indica una stima puntuale; la barra indica un intervallo di incertezza correlato alle procedure di calcolo; il numero di consumatori di oppiacei è stato calcolato con metodi diversi: TM = treatment multiplier (moltiplicatore trattamento); PM = police multiplier (moltiplicatore polizia); MI = multivariate indicator (indicatore multivariato). Se non è indicato alcun metodo, la linea presentata rappresenta un intervallo tra il minimo inferiore di tutte le stime esistenti e il limite superiore. Per ulteriori dettagli cfr. il grafico HSR-3 nel bollettino statistico 2007.

Fonte: punti focali nazionali.

prevalenza relativa degli oppiacei illeciti come sostanze stupefacenti problematiche che richiedono un trattamento (ulteriore), pur essendo influenzata anche dall'organizzazione dei servizi terapeutici e dal sistema di segnalazione.

La percentuale di pazienti che chiede di poter iniziare un trattamento per dipendenza da oppiacei è diversa da paese a paese. In base ai più recenti dati disponibili, i consumatori di oppiacei rappresentano il 40-70 % di tutti i soggetti che chiedono di entrare in terapia in 12 paesi, meno del 40 % in sette paesi e oltre il 70 % in sei paesi <sup>(130)</sup>.

La percentuale di tutte le domande di accesso al trattamento di una tossicodipendenza dei consumatori di eroina è diminuita, passando dal 74 % nel 1999 al 61 % nel 2005. Gli unici paesi che non hanno riferito alcuna diminuzione sono Bulgaria e Regno Unito <sup>(131)</sup>.

La diminuzione in termini assoluti del numero di nuove domande di accesso al trattamento riguardanti i consumatori di oppiacei, riconducibili perlopiù a un consumo di eroina,

è confermata anche dalla tendenza registrata tra i nuovi pazienti eroinomani: tutti i paesi, con la sola eccezione di Bulgaria e Grecia, riferiscono un calo, negli ultimi sette anni, della percentuale delle nuove richieste collegate a un consumo primario di eroina tra i soggetti che entrano in terapia per la prima volta. Dal 1999 al 2005 la percentuale dei nuovi pazienti in cura per una dipendenza da eroina è scesa dal 70 al 37 % di tutti i soggetti che entrano per la prima volta in terapia.

### Pazienti che fanno domanda di trattamento

Le persone che chiedono di entrare in terapia per problemi con gli oppiacei tendono a essere relativamente vecchi rispetto ad altri tossicodipendenti <sup>(132)</sup> e tendono a segnalare condizioni sociali peggiori. I tassi di disoccupazione tra i consumatori di oppiacei in terapia sono generalmente alti, il livello di istruzione è basso e si registra una percentuale compresa tra il 10 e il 18 % di senzatetto.

La maggior parte dei pazienti (60 %) dichiara di aver iniziato a consumare queste sostanze prima dei 20 anni; la prima esperienza con gli oppiacei dopo i 25 è estremamente rara <sup>(133)</sup>. In media si è registrato uno scarto temporale di 7-8 anni tra la prima esperienza di consumo di oppiacei e il primo contatto con i servizi terapeutici, con un'età media riferita per l'inizio della dipendenza pari a 22 anni e un'età media per la prima domanda di trattamento intorno ai 29-30 anni. Le domande di trattamento in regime ospedaliero vengono solitamente presentate da pazienti un po' più vecchi rispetto agli individui che ricercano le cure ambulatoriali, e i dati suggeriscono un intervallo molto breve tra il primo contatto con i servizi terapeutici e i trattamenti successivi.

Tra i soggetti in cura per una dipendenza da oppiacei in regime ambulatoriale vi sono tre uomini per ogni donna, mentre il numero degli uomini sale a quattro per ogni donna nel caso dei pazienti trattati in ospedale. Esistono tuttavia differenze da paese a paese, con una percentuale tipicamente maggiore di uomini nella popolazione in terapia negli Stati dell'Europa meridionale.

In Europa, tra i tossicodipendenti che chiedono di entrare in terapia a causa degli oppiacei di cui è nota la via di assunzione, si inietta la sostanza, in media, il 58 % (53 % nel caso dei pazienti in cura per la prima volta) dei soggetti. La percentuale di consumatori per via parenterale è più elevata in Romania, Repubblica ceca e Finlandia, ed è più bassa nei Paesi Bassi, in Danimarca e in Spagna <sup>(134)</sup>.

La maggior parte dei consumatori di oppiacei in terapia è dedicata alla poliassunzione, consumando oppiacei in associazione ad altre sostanze secondarie, in prevalenza altri oppiacei (35 %), cocaina (23 %) e cannabis (17 %) <sup>(135)</sup>.

<sup>(130)</sup> Cfr. la tabella TDI-5 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(131)</sup> Cfr. il grafico TDI-3 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(132)</sup> Cfr. la tabella TDI-10 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(133)</sup> Cfr. le tabelle TDI-11, TDI-107 e TDI-109 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(134)</sup> Cfr. le tabelle TDI-4 e TDI-5 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(135)</sup> Cfr. la tabella TDI-23 nel bollettino statistico 2007.

Alcuni paesi riferiscono un elevato grado di concomitanza di disturbi psichiatrici tra i consumatori di oppiacei, un'osservazione che è stata fatta anche nell'ambito di numerosi studi clinici, che indicano tra i disturbi

relativamente diffusi in questa categoria di tossicodipendenti depressione maggiore, disturbi d'ansia, comportamenti antisociali e disturbi della personalità di tipo borderline (Mateu et al., 2005).



## Capitolo 7

# Tendenze nuove ed emergenti nel consumo di droga e azioni intraprese nei confronti di nuove sostanze stupefacenti

Le tendenze emergenti nel consumo di droga spesso imitano, amplificano o sostituiscono le tendenze più diffuse in passato, per cui viene da chiedersi quali siano le ragioni che spingono le persone a fare uso di sostanze psicoattive. Le tendenze emergenti nel consumo di alcol e droga devono quindi essere interpretate non solo in relazione ai cambiamenti introdotti nelle politiche da parte dei governi, bensì anche in connessione tra loro e con il più ampio contesto delle nuove mode e, a livello socioculturale, delle nuove opportunità offerte per trascorrere il tempo libero.

I progressi osservati nel settore delle tecnologie dell'informazione e dei mezzi di comunicazione, in primis Internet, schiudono canali che favoriscono la diffusione delle nuove tendenze e consentono l'espressione di opinioni diverse sul consumo di droga e sui rischi a questo associati.

In genere emergono a livello locale o nei contesti urbani modelli nuovi o mutevoli di consumo di stupefacenti e sono rari gli Stati membri che possiedono, per esempio, sistemi di monitoraggio in grado di rilevare il grado di intossicazioni letali e non letali correlate al consumo di sostanze psicoattive nuove o emergenti. Alla luce di questo quadro per forza di cose soltanto parziale, le informazioni raccolte sulle tendenze emergenti del consumo di droga in Europa vengono valutate triangolando i dati provenienti da un'ampia gamma di altre fonti.

Il presente capitolo dà conto dei recenti sviluppi riscontrati nel consumo illecito di sostanze psicoattive che non vengono routinariamente registrati dagli indicatori principali sul consumo di droga e che soltanto di recente sono stati oggetto di possibili timori da parte dei responsabili delle politiche o hanno attirato l'attenzione dei mass media.

### Piperazina: una nuova sostanza psicoattiva

Uno degli aspetti principali legati allo sviluppo di nuove sostanze psicoattive negli ultimi anni è la diffusione di una serie di nuovi derivati delle piperazine, alcuni dei quali hanno fatto la propria comparsa in Europa tra il 2004 e il 2006.

Questo gruppo di sostanze sintetiche è prodotto a partire dal composto originale piperazina e comprende la BZP (1-benzilpiperazina) e la mCPP [1-(3-clorofenil)piperazina]. Si tratta in entrambi i casi di sostanze facilmente reperibili presso i fornitori di sostanze chimiche e in Internet, la cui produzione

illegale è limitata prevalentemente alla fabbricazione di pasticche o capsule.

#### BZP

Sono stati condotti studi che hanno messo a confronto gli effetti fisiologici e soggettivi del consumo di BZP rispetto alle anfetamine, da cui è emerso che le BZP possiedono circa un decimo della potenza delle dexanfetamine.

Negli ultimi anni vari fornitori al dettaglio hanno cominciato a commercializzare con una certa aggressività prodotti contenenti BZP come alternative lecite all'ecstasy, soprattutto attraverso la stampa, i siti Internet, i negozi specializzati e i chioschi aperti presso locali notturni o in occasione di eventi particolari; talvolta questi prodotti vengono anche spacciati come «ecstasy». Le BZP vengono offerte in combinazioni diverse con altre piperazine. Si ritiene che alcune (soprattutto le BZP associate alla TFMPP) <sup>(136)</sup> siano state concepite per imitare gli effetti prodotti dall'ecstasy. Questi prodotti in genere recano un'etichetta in cui è riportato il contenuto in piperazina, ma spesso se ne dà una descrizione fuorviante come sostanza naturale o officinale.

Le informazioni raccolte a livello comunitario riguardanti le tendenze emergenti nel consumo di stupefacenti suggeriscono che possono essere stati raggiunti livelli pari a quelli osservati nei mercati legali (per esempio, la vendita di sostanze interamente sintetiche come le BZP presentate tuttavia come sostanze «naturali» o «officinali» può far presa su un più ampio gruppo di consumatori interessati ai prodotti naturali). Inoltre, la percezione da parte del consumatore che le BZP sono sostanze sicure è rafforzata dal fatto che questi prodotti vengono spesso venduti da categorie specifiche di commercianti al dettaglio oppure in negozi specializzati, anziché in strada.

Le BZP sono state rinvenute in 14 Stati membri dell'UE (Belgio, Danimarca, Germania, Irlanda, Grecia, Francia, Malta, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Spagna, Svezia, Finlandia, Regno Unito) e in Norvegia.

È dimostrato che le BZP provocano danni alla salute; inoltre, il consumo di queste sostanze a scopo ricreativo è caratterizzato da un esiguo margine di sicurezza. Nel Regno Unito sono stati riferiti incidenti, con intossicazioni da BZP osservate a livello clinico. Per di più, è stato confermato, nell'ambito di studi tossicologici, che le BZP sono l'unica sostanza psicoattiva

<sup>(136)</sup> 1-(3-trifluorometilfenil)piperazina.



il cui consumo ha provocato gravi effetti collaterali, tali da richiedere in alcuni casi un intervento medico d'urgenza. Non sono stati segnalati tuttavia casi di decessi direttamente imputabili al consumo di BZP. Nel marzo 2007 l'UE ha risposto ai timori crescenti collegati all'uso di BZP chiedendo ufficialmente una valutazione dei rischi sociali e sanitari posti da questa sostanza <sup>(137)</sup>.

### mCPP

Le mCPP sono state descritte come sostanze in grado di produrre effetti stimolanti e allucinogeni simili a quelli dell'ecstasy (MDMA). Le pasticche contenenti mCPP vengono spesso prodotte in maniera somigliante alle pasticche di ecstasy e quasi sempre vengono vendute come tali; inoltre, le due sostanze si trovano spesso associate in un'unica combinazione. Si potrebbe supporre che l'aggiunta della mCPP sia intesa a potenziare o migliorare gli effetti dell'MDMA.

Dal 2004 l'mCPP è stata riscontrata in 26 Stati membri (tutti a esclusione di Cipro) e in Norvegia; come tale sta diventando la nuova sostanza psicotropica più ampiamente diffusa nell'Unione europea dall'epoca in cui, nel 1997, sono iniziate le attività di monitoraggio con il sistema di allerta precoce.

Nell'Unione europea non sono stati riferiti casi di decessi o di gravi intossicazioni riconducibili al consumo di mCPP. Ancora non è stato dimostrato con sufficiente dovizia di dettagli che si tratti di una sostanza particolarmente pericolosa in termini di tossicità acuta, mentre non vi sono elementi che ne confermano la tossicità cronica, dovuta cioè a un uso prolungato.

### Abusi sessuali con assunzione di droga

Le menzioni di casi di stupri compiuti dopo aver aggiunto una droga a una bevanda all'insaputa della vittima, per impedirle di difendersi, sono aumentati sia nei media sia nella letteratura medica a partire dagli anni ottanta. Le prove legali di questo tipo di reato, tuttavia, sono notoriamente difficili da ottenere. Studi forensi rivelano che elevate concentrazioni di alcol, oltre che di farmaci a base di benzodiazepine, vengono solitamente riscontrate in casi di presunti abusi sessuali (nell'80 % e più dei casi in Francia e nel 30 % dei casi nel Regno Unito); tuttavia, la difficoltà di rilevare sostanze come il GHB rappresenta un limite alla raccolta di prove in casi di presunti reati che non vengono denunciati in tempi rapidi. Le prove legali raccolte nell'ambito di studi condotti a partire dal 2000 (Australia, Francia, Regno Unito e Stati Uniti) indicano che la somministrazione di stupefacenti all'insaputa della vittima, finalizzata allo stupro, sembra un fenomeno poco diffuso, benché sia possibile ipotizzare che l'incidenza reale sia superiore, a causa dei casi non denunciati o denunciati con ritardo.

## GHB

Da quando il GHB è stato inserito nell'allegato IV della convenzione delle Nazioni Unite sulle sostanze psicotrope nel marzo 2001, le vendite attraverso Internet <sup>(138)</sup> sono precipitate e tutti i paesi dell'UE sono tenuti a monitorare la commercializzazione di questa sostanza in forza della legislazione nazionale in materia di sostanze psicotrope. Il GHB viene usato a scopo terapeutico per le anestesie in Francia e in Germania, nonché nel trattamento dell'alcolismo in Austria e Italia. Nel giugno 2005 il comitato per i medicinali per uso umano (CHMP) dell'EMA ha raccomandato il rilascio dell'autorizzazione all'immissione in commercio per il medicinale Xyrem (il cui principio attivo è il GHB) per il trattamento della cataplessia in pazienti adulti affetti da narcolessia (EMA, 2005) <sup>(139)</sup>.

Il gamma-idrossibutirato (GHB) viene facilmente prodotto a partire dai suoi precursori, il gamma-butirolattone (GBL) e l'1,4-butanediolo (1,4-BD), due solventi ampiamente usati nell'industria e disponibili in commercio. Alcuni paesi (Italia, Lettonia, Svezia), riconoscendo il potenziale abuso di questi precursori, hanno deciso di assoggettare una o entrambe le sostanze alla legislazione in materia di stupefacenti o ad altre norme equivalenti. Poiché il GBL non è sottoposto a controlli nella maggior parte degli Stati membri ed è facilmente reperibile in Internet presso i fornitori di sostanze chimiche, pare che alcuni consumatori di GHB siano passati al consumo di GBL. Dalle analisi qualitative dei forum online su GHB e altre sostanze stupefacenti realizzate nel Regno Unito, in Germania e nei Paesi Bassi emerge che è possibile reperire GBL presso fornitori di sostanze chimiche che lo commercializzano per scopi diversi e legittimi.

### Prevalenza e modelli di consumo

Tutte le fonti di informazioni disponibili suggeriscono che la prevalenza generale del consumo di GHB è bassa, con livelli significativi d'uso limitati a taluni sottogruppi specifici della popolazione. Un'indagine realizzata tramite Internet nel Regno Unito ha evidenziato che il GHB veniva usato più spesso in ambito domestico (67 %) che non nei locali notturni (26 %) (Sumnall et al., 2007). Da un'indagine condotta su 408 frequentatori di locali notturni ad Amsterdam nel 2005 sono emerse stime sulla prevalenza una tantum per il GHB significativamente più alte tra i clienti di locali per omosessuali e caffè alla moda (17,5 e 19 % rispettivamente) rispetto ai frequentatori di locali tradizionali o in voga tra gli studenti (5,7 e 2,7 % rispettivamente) (Nabben et al., 2006).

### Tendenze

La mancanza di informazioni rende difficile valutare le tendenze nel consumo di GHB, sebbene i dati disponibili suggeriscano che l'uso di GHB rimanga limitato ad alcuni

<sup>(137)</sup> Cfr. <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

<sup>(138)</sup> La sigla GHB è usata in senso lato, a comprendere anche il potenziale consumo di GBL o 1,4-BD.

<sup>(139)</sup> Cfr. «Procedura per l'autorizzazione all'immissione in commercio dei farmaci in Europa», pag. 68.

### Internet come fonte di informazioni sulle tendenze emergenti nel consumo di stupefacenti

Nel 2004 più di un terzo dei giovani nell'UE ha dichiarato di utilizzare Internet per reperire informazioni sulle sostanze stupefacenti (Eurobarometro, 2004). Se i giovani navigano in Internet per cercare informazioni sulla droga, viene da chiedersi fino a che punto le informazioni che reperiscono siano obiettive e accurate. Non sono pochi i siti che si occupano dei problemi legati al consumo di stupefacenti: alcuni di questi siti sono sponsorizzati dai governi, altri gestiti da gruppi di interesse, da associazioni di consumatori o da reti di supporto. Oltre a fungere da fonte di informazione sugli stupefacenti, Internet è diventato anche una piazza per la compravendita di sostanze lecite e illecite, con siti in cui vengono offerte sostanze illecite e alternative legali. I venditori di stupefacenti online, sfruttando il potenziale di commercializzazione di Internet attraverso strategie di marketing che rispondono perfettamente alle domande degli utenti e si adeguano al mutevole scenario giuridico e del mercato, hanno sempre più la potenzialità di diffondere nuove pratiche di assunzione o nuovi prodotti.

Nell'ambito del progetto E-POD (Prospettive europee sugli stupefacenti), l'OEDT sta esaminando le possibilità di utilizzare Internet come fonte di informazione sulle tendenze emergenti nel consumo di stupefacenti. A livello europeo sono stati compiuti ulteriori progressi per fornire informazioni affidabili in materia di salute pubblica: il nuovo portale dell'UE sulla salute pubblica offre un accesso a un'ampia gamma di risorse europee in materia di salute pubblica, tra cui le informazioni concernenti gli stupefacenti (1).

(1) <http://ec.europa.eu/health-eu>

piccoli sottogruppi della popolazione. Le statistiche raccolte da indagini realizzate nelle discoteche di Belgio, Paesi Bassi e Regno Unito sembrano indicare un picco nei consumi di questa sostanza attorno al 2000-2003, seguito da un calo negli anni successivi. Non è chiaro, tuttavia, fino a che punto questo dato possa essere applicato ad altri sottogruppi della popolazione. Si potrebbe aggiungere che, nel 2005, le help-line telefoniche sulla droga in Finlandia hanno registrato per la prima volta chiamate per GBL (FESAT, 2005).

### Rischi per la salute

Il principale rischio per la salute associato al consumo di GHB sembra essere l'elevato pericolo di perdita di coscienza, soprattutto se la sostanza è assunta in combinazione con alcol o altre droghe con effetti sedativi. Il consumo di GHB può anche provocare effetti quali coma, diminuzione della temperatura corporea, ipotonia, allucinazioni, nausea, vomito, bradicardia e depressione respiratoria. È stata osservata una dipendenza fisica dal GHB dopo un consumo prolungato; possono inoltre essere presenti rischi per la salute aggiuntivi dovuti alla potenziale presenza di solventi o sostanze tossiche quali metalli pesanti.

Dal 1993 cinque Stati membri e la Norvegia riferiscono all'OEDT decessi riconducibili al consumo di GHB: Danimarca e Italia (un caso ciascuno), Finlandia e Norvegia (cinque casi ciascuno) e Svezia e Regno Unito (circa 40 decessi da GHB).

Nel 2005 sono state registrate ad Amsterdam 76 urgenze non fatali collegate al consumo di GHB, quindi in numero superiore, come negli anni precedenti, alle emergenze mediche attribuite al consumo di funghi allucinogeni (70 casi), ecstasy (63 casi), anfetamine (3 casi) e LSD (1 caso). Rispetto ad altre sostanze, un'elevata percentuale di casi di intossicazione da GHB (84 %) ha reso necessario il trasporto in ospedale. Nel 2005 le richieste di informazioni sul GHB inviate al Centro antiveleni nazionale dei Paesi Bassi sono aumentate del 27 % (per un totale di 241 richieste su 1 383 totali) rispetto al 2004.

### Riduzione dei rischi

Le risposte al problema del consumo di GHB vengono offerte più di frequente da progetti nazionali o comunitari mirati agli ambienti notturni e consistono in genere nella formazione del personale di questi locali e nella divulgazione sui rischi insiti nel consumo di GHB (paesi interessati: Germania, Francia, Paesi Bassi, Austria e Regno Unito). Tra le informazioni fornite sul GHB rivestono un ruolo centrale i consigli sulle precauzioni da adottare nei locali notturni per evitare di consumare bevande «corrette» e le misure da intraprendere in caso di una potenziale overdose. In occasione di eventi pubblici di ampie dimensioni vengono reclutate in numero sempre maggiore squadre di primo soccorso capaci di reagire in caso di incidenti correlati al consumo di alcol o di droga, compreso il GHB.

### Chetamina

La chetamina viene monitorata nell'Unione europea dal 2000, quando sono sorti i primi timori riguardo a un suo possibile abuso (OEDT, 2002). A livello nazionale la chetamina è soggetta alla normativa in materia di sostanze

### Nuove sostanze psicoattive

La decisione 2005/387/GAI del Consiglio, del 10 maggio 2005, relativa allo scambio di informazioni, alla valutazione dei rischi e al controllo delle nuove sostanze psicoattive istituisce un meccanismo per lo scambio rapido di informazioni in materia di nuove sostanze psicoattive che possono rappresentare una minaccia per la collettività e per la salute pubblica. All'OEDT e all'Europol, in stretta collaborazione con le loro reti — rispettivamente i punti focali nazionali Reitox e le unità nazionali dell'Europol — è stato assegnato un ruolo centrale nell'attuazione di un sistema di allarme rapido per l'individuazione di nuove sostanze psicoattive (1).

(1) <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

stupefacenti (che è distinta dalle normative sui medicinali) in quasi la metà degli Stati membri dell'UE, mentre in Svezia e Regno Unito questa sostanza è stata inserita nell'elenco delle sostanze stupefacenti rispettivamente nel 2005 e nel 2006. Di recente, un esame critico della chetamina realizzato dall'OMS è giunto alla conclusione che l'applicazione di controlli a livello internazionale ostacolerebbe la reperibilità di questa sostanza, di cui non esiste un valido sostituto, per un uso medico nelle regioni più remote del mondo e in ambito veterinario (OMS, 2006). Dopo questo studio, nel marzo 2007 il progetto di risoluzione della commissione stupefacenti delle Nazioni Unite, il cui scopo era rispondere alla minaccia posta dall'abuso e dalla diversione della chetamina, ha

incoraggiato gli Stati membri a valutare l'opportunità di adottare un sistema di misure precauzionali che gli organi di governo dovrebbero intraprendere allo scopo di favorire l'individuazione precoce della diversione di questa sostanza.

Esistono pochi dati epidemiologici sull'uso della chetamina, anche se una recente indagine effettuata nelle scuole del Regno Unito ha registrato un tasso di prevalenza una tantum inferiore allo 0,5 %. Sono inoltre disponibili dati ottenuti grazie alle indagini realizzate nelle discoteche e provenienti da vari studi condotti sulla popolazione ad alto rischio; le percentuali sul consumo una tantum vanno dal 7 % rilevato nell'ambito di uno studio ceco al 21 % riscontrato in un campione ungherese.



## Capitolo 8

# Malattie infettive e decessi correlati alla droga

### Malattie infettive correlate alla droga

I dati pervenuti all'OEDT e al Centro europeo per il monitoraggio epidemiologico dell'AIDS (EuroHIV, 2006) indicano che, alla fine del 2005, la trasmissione dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) era bassa nella maggior parte dei paesi dell'Unione europea. Questo dato può essere la conseguenza, perlomeno in parte, dell'accresciuta disponibilità delle misure di prevenzione, trattamento e riduzione del danno, compresi le terapie sostitutive e i programmi di scambio di aghi e siringhe, benché altri fattori possano aver rivestito un ruolo importante, come il calo del consumo di stupefacenti per via parenterale osservato in alcuni paesi. È probabile, tuttavia, che in taluni paesi e regioni dell'Unione europea la trasmissione dell'HIV collegata al consumo di droga per via parenterale abbia continuato a far registrare tassi elevati nel 2005 <sup>(140)</sup>, un fatto questo che ribadisce la necessità di garantire la copertura e l'efficacia delle prassi di prevenzione locali.

Gli interventi di sorveglianza delle malattie infettive correlate alla droga tra gli IDU in Europa sono incentrati attualmente su HIV/AIDS ed epatite virale (B e C). In particolare, consistono di due sistemi tra loro complementari, vale a dire la segnalazione di casi (o «notifiche»: conteggi assoluti dei nuovi casi segnalati/notificati) e il «monitoraggio della sieroprevalenza» (o «sorveglianza sentinella»: numero di casi positivi in percentuale rilevati dai test in campioni di IDU) (grafico 11) <sup>(141)</sup>. È probabile che entrambi i sistemi siano imperfetti; inoltre, si rilevano differenze nella reperibilità dei dati da paese a paese. Tuttavia, se è vero che le informazioni raccolte attraverso l'uno o l'altro sistema andrebbero interpretate con cautela, altrettanto certo è che, esaminate assieme, esse consentono di tracciare un quadro più esaustivo delle recenti tendenze epidemiologiche.

### Indicatori dell'incidenza e della prevalenza dell'HIV

#### Segnalazioni di casi di HIV

Un importante indicatore del numero (incidenza) di nuove infezioni tra gli IDU è rappresentato dalle segnalazioni di casi di infezioni di HIV di nuova diagnosi. Nell'interpretare questi dati è bene tenere a mente alcuni aspetti: è possibile

che l'infezione non venga diagnosticata negli IDU che non sono in contatto con i servizi sanitari; non necessariamente i nuovi casi di infezione sono attribuibili al consumo di droga per via parenterale; il numero di casi individuati può essere influenzato dalle differenze riscontrate da paese a paese oppure nel tempo in termini di percentuale di esami effettuati e tassi di segnalazione.

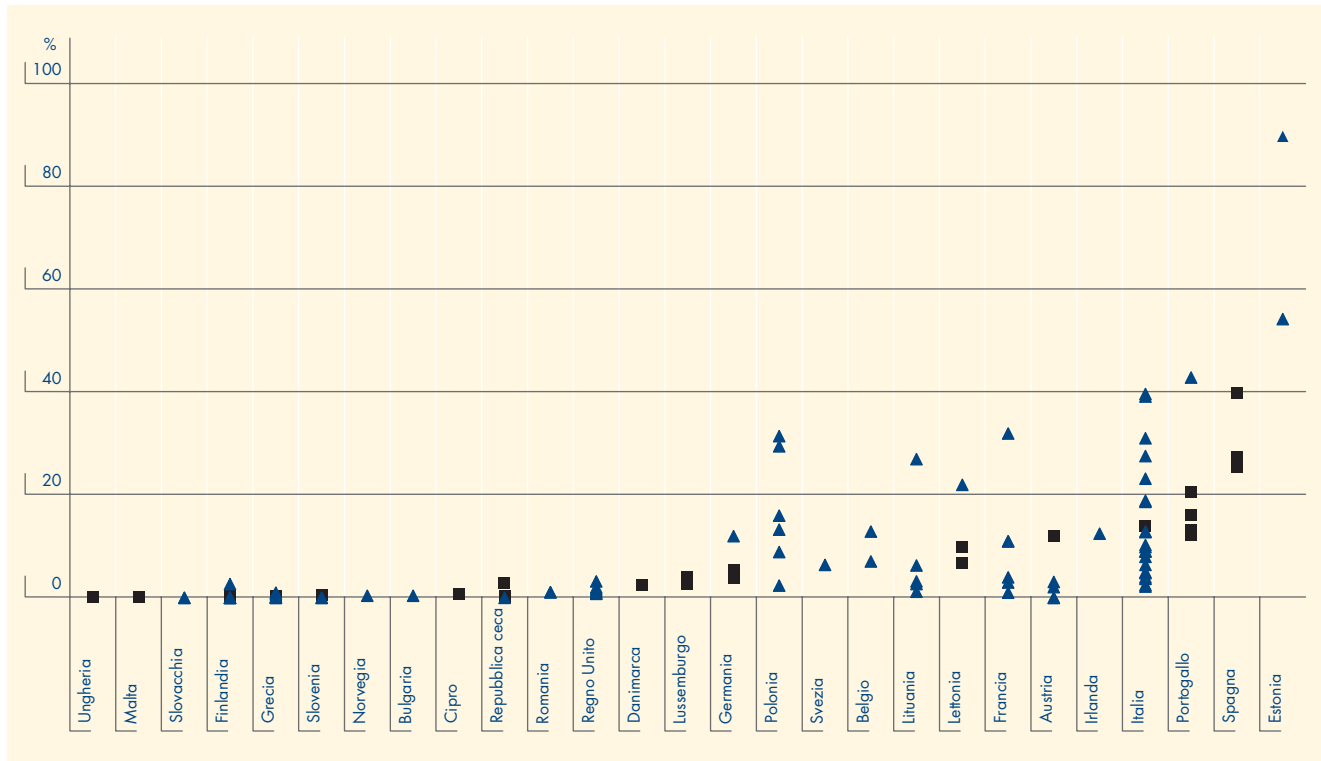
Dai dati disponibili si evince che, nel 2005, le percentuali di nuove infezioni correlate al consumo di droga per via parenterale erano basse nella maggior parte dei paesi. Un aspetto importante correlato a questa analisi è che in alcuni paesi ad alta prevalenza non sono disponibili dati sulle segnalazioni dei casi recenti (Estonia, Spagna, Italia, Austria). In 19 Stati membri, che per la maggior parte non hanno mai registrato grandi epidemie di HIV tra gli IDU, il numero di casi di infezione correlata al consumo di droga per via parenterale riferito nel 2005 è rimasto al di sotto della soglia di 5 ogni milione di abitanti. Cifre più elevate sono riportate da Irlanda e Lussemburgo, con 16 e 15 nuovi casi ogni milione di abitanti rispettivamente. In Portogallo, che ha dichiarato il tasso più elevato tra i paesi per i quali sono disponibili informazioni specifiche sugli IDU (85 nuovi casi ogni milione di abitanti nel 2005), la situazione attuale sembra essersi stabilizzata dopo il calo osservato nel periodo 2000-2003 <sup>(142)</sup>. In Lettonia, Lituania e probabilmente anche in Estonia, le percentuali di nuove infezioni collegate al consumo di droga per via parenterale hanno subito un marcato declino rispetto ai picchi epidemici registrati nel 2001-2002, pur essendo ancora alte rispetto alla maggior parte degli altri paesi. In Lettonia questo dato è precipitato dai 283 nuovi casi ogni milione di abitanti nel 2001 ai 49 casi per milione di abitanti nel 2005. In Lituania, dopo un'epidemia scoppiata tra i carcerati, il picco rilevato nel 2002 (109 casi ogni milione di abitanti) è stato seguito da una diminuzione a 25 nuovi casi ogni milione di abitanti nel 2005. Per quanto concerne l'Estonia, nonostante il netto calo dell'infezione da HIV, il paese continua a riferire il più alto numero di nuove infezioni nell'UE. E, benché non vi siano dati specifici relativi al consumo di stupefacenti per via parenterale relativi all'Estonia, questa forma di assunzione continuerà a rimanere, in tutta probabilità, la principale via di trasmissione dell'infezione da HIV in questo paese.

<sup>(140)</sup> Cfr. il grafico INF-2 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(141)</sup> Alcuni studi sulla prevalenza in questo ambito sono stati condotti su piccola scala: in questa sezione sono riportati soltanto campioni costituiti da più di 50 persone e tendenze temporali statisticamente significative ( $p < 0,05$ ).

<sup>(142)</sup> Gli aumenti denunciati in Portogallo nel 2004 (casi di infezione da HIV) e nel 2005 (casi di AIDS) possono essere spiegati con un aumento dell'attenzione e quindi delle segnalazioni da parte dei professionisti, dopo le discussioni scaturite in merito alle modifiche alle segnalazioni obbligatorie dei casi di HIV introdotte nel 2005.

**Grafico 11:** stime tratte da studi nazionali e subnazionali della prevalenza dell'HIV tra consumatori di stupefacenti per via parenterale, 2004-2005



NB: quadrato nero = campione a copertura nazionale; triangolo blu = campione a copertura subnazionale (compresa la copertura locale o regionale).  
 Le stime per Spagna e Svezia comprendono i dati del 2006; i dati per Irlanda e Lettonia sono riferiti al 2003; le informazioni per la Slovacchia risalgono al biennio 2003-2004.  
 I paesi sono presentati in ordine di prevalenza crescente, in base alla media dei dati nazionali o, in difetto, dei dati subnazionali.  
 I confronti tra paesi devono essere fatti con cautela, a causa dei diversi tipi di strutture e/o di metodi di studio; variano anche le strategie di campionamento nazionali (cfr. il grafico INF-3 nel bollettino statistico 2007 per ulteriori informazioni). Tutti i campioni hanno dimensioni superiori a 50 persone.  
 Fonte: punti focali nazionali Reitox. Per le fonti primarie, i dettagli degli studi e le informazioni precedenti il 2004, cfr. la tabella INF-8 parte (i) e parte (ii) e la tabella INF-0 parte (i) nel bollettino statistico 2007.

### Prevalenza dell'HIV tra giovani IDU e nuovi IDU

È possibile trovare una conferma alle conclusioni tratte sulla scorta dei dati disponibili riferiti alle segnalazioni di casi di infezione analizzando i livelli di infezione da HIV in campioni di nuovi IDU (ossia persone che fanno uso di stupefacenti per via parenterale da meno di due anni) e di giovani IDU (di età inferiore ai 25 anni). Poiché è probabile che in questi gruppi l'infezione sia stata acquisita di recente, questi dati rappresentano un indicatore approssimativo dell'incidenza dell'infezione da HIV. In questi sottogruppi (individuati negli studi sulla prevalenza menzionati in appresso), l'elevato livello di infezione da HIV riscontrato (oltre il 5 % nel biennio 2004-2005) conferma i sospetti di una recente elevata incidenza tra gli IDU in Portogallo (dati nazionali), Lituania ed Estonia (dati regionali o riferiti alle aree urbane) e suggerisce un quadro analogo in una città su tre che hanno fornito informazioni in Polonia<sup>(143)</sup>. Non si deve dimenticare, inoltre, che le dimensioni di questi sottocampioni sono ridotte, in generale, e che alcuni paesi non mettono a disposizione informazioni sulla sieroprevalenza dell'HIV tra giovani e nuovi IDU.

### Tendenze osservate nella prevalenza dell'infezione da HIV

L'aumento della prevalenza dell'infezione da HIV in campioni ripetuti di IDU può anche essere il segnale di infezioni in corso, nonostante l'esistenza di importanti fattori confondenti quali la diminuzione della mortalità di IDU infetti o la riduzione del numero di IDU non infetti. La maggior parte delle serie temporali disponibili per l'UE evidenzia una prevalenza stabile, a suggerire che la percentuale degli IDU colpiti dall'infezione nella fase terminale della malattia è controbilanciata dal numero di IDU che contrae l'infezione. Nonostante ciò, a partire dal 2001 si osservano, in alcuni studi sulle serie temporali, incrementi della prevalenza distribuiti a livello geografico in nove paesi, spesso affiancati, tuttavia, da tendenze stabili o in declino in altre regioni, un fatto questo che rende difficile tracciare un quadro delle tendenze complessive. Tra questi paesi si annoverano, ancora una volta, la Lettonia (incremento nazionale) e la Lituania (incremento in una città), ma anche l'Austria (incremento nazionale), il Regno Unito (incremento in Inghilterra e Galles, anche se a un livello basso) nonché in alcuni Stati in cui la prevalenza è ancora molto limitata (meno dell'1 %). In

<sup>(143)</sup> Cfr. le tabelle INF-9 e INF-10 nel bollettino statistico 2007. Nella relazione annuale sono riportati soltanto i campioni con almeno 50 persone.

generale, la rilevazione di questi aumenti della prevalenza dell'HIV sul piano locale o nazionale è un invito a non compiacersi delle misure di prevenzione attualmente fornite agli IDU.

Al contrario, riferiscono un calo della prevalenza Grecia (a livello nazionale e in una regione), Spagna (a livello nazionale e in una regione) e Finlandia (a livello nazionale). Inoltre, quattro paesi segnalano una prevalenza stabile a livelli bassi dal 2001 (meno dell'1 % in tutti i dati disponibili); si tratta, in ogni caso, di nuovi Stati membri: Bulgaria (Sofia, ma la prevalenza tende ad aumentare), Ungheria (dato nazionale), Slovenia (due città, con una tendenza all'aumento) e Slovacchia (due città).

In generale, nelle oltre 90 serie temporali di misurazioni ripetute della prevalenza dell'HIV in campioni di IDU effettuate in 22 Stati membri dell'UE e in Norvegia nel periodo 2001-2005, sono più numerose le regioni che mostrano una tendenza alla diminuzione che non il contrario. I dati raccolti suggeriscono che, soprattutto nelle zone in cui si è avuta una prevalenza alta, la presenza dell'infezione tra gli IDU sta probabilmente scemando e che si stanno cominciando forse a raccogliere i frutti delle politiche di prevenzione e riduzione del danno <sup>(144)</sup>.

### Stime dell'UE

Dai dati disponibili relativi alle segnalazioni di casi e alla sieroprevalenza e dalle stime del numero di IDU e di consumatori problematici di stupefacenti (cfr. il capitolo 6), si calcola che, nell'Unione europea, esiste un numero compreso tra 100 000 e 200 000 persone colpite dall'HIV che non hanno mai consumato droga per via parenterale nella loro vita. Il numero di nuovi casi di infezione da HIV diagnosticati tra gli IDU nell'Unione europea si aggira intorno ai 3 500 all'anno.

### Incidenza dell'AIDS e disponibilità della HAART

Poiché la terapia antiretrovirale estremamente attiva (HAART), disponibile dal 1996, contribuisce effettivamente a interrompere la progressione dell'infezione da HIV in AIDS, i dati sull'incidenza dell'AIDS sono oggi meno utili come indicatori della trasmissione dell'HIV. L'OMS calcola che la HAART è molto diffusa negli Stati membri dell'UE, nei paesi candidati all'adesione e in Norvegia, che riferiscono tutti, indistintamente, una disponibilità non inferiore al 75 % <sup>(145)</sup>, anche se non esistono dati specifici riferiti agli IDU. I dati sull'incidenza dell'AIDS rimangono importanti, poiché indicano il grado di malattia sintomatica e l'introduzione e la disponibilità della HAART.

Il Portogallo continua a essere il paese con la più elevata incidenza di casi di AIDS riconducibili al consumo di stupefacenti per via parenterale, nonché l'unico paese che di recente ha registrato un incremento dei casi, dai 30 nuovi casi ogni milione di abitanti nel 2004 ai 36 nel 2005. In aggiunta, la mortalità totale dovuta all'AIDS (molto probabilmente correlata in larga misura al consumo di droga per via parenterale) non è scesa tra il 1997 e il 2002, un dato questo che farebbe pensare che l'accesso alla HAART è stato scarso in questo periodo <sup>(146)</sup>. Tra gli Stati baltici, la Lettonia riferisce una diminuzione dell'incidenza dell'AIDS, da un picco di 26 nuovi casi ogni milione di abitanti nel 2004 ai 23 nuovi casi ogni milione di abitanti nel 2005, mentre l'Estonia non ha fornito dati specifici sugli IDU nel 2005, ma ha comunque segnalato un incremento dei casi tra il 2003 e il 2004 (da 4 a 13 casi ogni milione di abitanti) <sup>(147)</sup>.

### Epatite B e C

Se l'infezione da HIV negli IDU nell'Unione europea si concentra prevalentemente in una manciata di paesi ad alta prevalenza, l'epatite virale e, in particolare, l'infezione causata dal virus dell'epatite C (HCV), è distribuita in maniera molto più omogenea e mostra una prevalenza maggiore.

Dai 60 studi effettuati in 17 paesi (6 paesi su 28 non trasmettono alcun dato) si evince una prevalenza degli anticorpi anti-HCV tra campioni di IDU esaminati nel 2004-2005 di oltre il 60 % <sup>(148)</sup>. Tra i giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale (meno di 25 anni) compresi in questi campioni si è riscontrata una prevalenza elevata (oltre il 40 % in almeno un campione) in 7 paesi, mentre livelli altrettanto elevati si sono osservati tra i nuovi IDU (in merito ai quali molti paesi non forniscono informazioni) in Polonia e Regno Unito <sup>(149)</sup>. Soltanto 5 paesi hanno trasmesso studi che hanno registrato una prevalenza inferiore al 25 %.

Dai dati disponibili e dalle stime del numero di IDU e di consumatori problematici di stupefacenti (cfr. il capitolo 6), si può calcolare che, nell'Unione europea, c'è circa un milione di persone con un'infezione da HIV che non hanno mai consumato droga per via parenterale nella vita.

La prevalenza dei marcatori dell'infezione da HBV è molto più varia rispetto alla prevalenza dei marcatori dell'infezione da HCV, probabilmente per via delle differenze riscontrate nei programmi vaccinali. Il corpus di dati più completo a disposizione è quello riferito all'anticorpo contro l'antigene del core virale dell'epatite B (anti-HBc), che è indice di una storia di infezione. Nel 2004-2005 sei paesi hanno riportato tassi di prevalenza superiori al 40 %.

<sup>(144)</sup> Cfr. le tabelle INF-8, INF-9 e INF-10 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(145)</sup> Cfr. il grafico INF-14 nel bollettino statistico 2006.

<sup>(146)</sup> Coordinamento nazionale portoghese per l'infezione da HIV/AIDS, ministero della Salute, 2006.

<sup>(147)</sup> Cfr. il grafico INF-1 nel bollettino statistico 2007. I dati riferiti agli ultimi due anni sono stime aggiustate a causa di ritardi nelle segnalazioni e, quindi, sono soggette a variazioni nel tempo (fonte: EuroHIV).

<sup>(148)</sup> Cfr. le tabelle INF-11, INF-12 e INF-13 nel bollettino statistico 2007. Nella relazione annuale sono riportati soltanto i campioni con almeno 50 persone.

<sup>(149)</sup> Cfr. il grafico EYE-6 (parte vii) nel bollettino statistico 2007.



### Una buona salute in carcere è il riflesso di una buona salute pubblica

Tra le principali sfide che hanno caratterizzato negli ultimi due decenni il settore della salute pubblica si annoverano la ricomparsa di malattie trasmissibili come la tubercolosi, la comparsa e la rapida diffusione dell'HIV/AIDS e la pandemia, apparentemente incontrollabile, del consumo problematico di sostanze psicotrope. Le fasce più vulnerabili della popolazione subiscono queste condizioni in maniera del tutto sproporzionata. Tra le popolazioni di detenuti, in particolare, i problemi di droga sono spesso diffusi e i livelli di malattie infettive sono relativamente alti. Inoltre, il consumo di stupefacenti continua e talvolta comincia proprio nelle carceri. È quindi in questo ambiente che i comportamenti ad alto rischio possono essere particolarmente diffusi. Nelle carceri possono pertanto osservarsi livelli elevati di infezione di malattie potenzialmente pericolose per la sopravvivenza; ma le carceri possono anche offrire l'opportunità di intervenire presso un gruppo bersaglio estremamente importante della popolazione.

Con poche eccezioni [Francia, Norvegia, Regno Unito (Inghilterra e Galles)] la salute nelle carceri è parte integrante, in genere, del sistema giudiziario o di sicurezza, e non del sistema sanitario, con il rischio quindi che la salute dei detenuti possa essere isolata dagli approcci generali di salute pubblica. Questa situazione fa sorgere dubbi anche sull'indipendenza, la qualità, l'accessibilità e il livello dei servizi sanitari forniti.

Le scarse condizioni di salute dei detenuti possono avere ripercussioni sulla salute pubblica in generale, una volta che i tossicodipendenti lasciano il carcere e riattivano i contatti con la famiglia e con la comunità. Pertanto, l'individuazione di gravi malattie trasmissibili come l'infezione da HIV e la tubercolosi, accompagnata da adeguate misure terapeutiche e di riduzione dei danni, può contribuire in maniera significativa a migliorare lo stato di salute delle comunità da cui provengono questi detenuti e alle quali torneranno una volta usciti dal carcere. Per i tossicodipendenti, i programmi terapeutici avviati in carcere non solo possono fornire vantaggi per la salute personale, ma rappresentano un'opportunità per ridurre in futuro le probabilità di reato.

Per accrescere le conoscenze sullo stato di salute dei detenuti e sulle risposte specifiche fornite, il programma di salute pubblica della Commissione europea offre sostegno al progetto «Salute nelle carceri», gestito dall'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità, che si prefigge lo scopo di creare una banca dati per la raccolta di indicatori pertinenti della salute nelle carceri e di altri fattori determinanti in materia. L'OEDT partecipa alla creazione della banca dati, collaborando con l'OMS Europa e con la Rete europea per la prevenzione della tossicodipendenza e delle infezioni in carcere (Endipp) (1).

(1) <http://data.euro.who.int/hip/>

L'andamento nel tempo rilevato nei casi notificati di epatite B e C permette invece di tracciare quadri diversi. Per quanto riguarda l'epatite B la proporzione di IDU tra tutti i casi notificati sembra essere diminuita, in generale, forse in conseguenza del crescente impatto dei programmi di vaccinazione. Non si osserva un andamento generale nella percentuale di IDU tra i casi notificati di epatite C (150); vero è che questa percentuale varia enormemente da paese a paese, a indicare che esistono marcate differenze nella trasmissione dell'infezione. La comprensione dei fattori responsabili delle differenze del tasso di infezione riscontrate da paese a paese probabilmente consentirà di pianificare strategie di prevenzione e riduzione del danno più adeguate in questo settore.

### Prevenzione delle malattie infettive

Nell'ultimo decennio è cresciuto a livello comunitario il consenso su taluni elementi chiave necessari per garantire una risposta efficace alla diffusione delle malattie infettive tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale. In Europa sono ormai consolidate risposte di prevenzione articolate in più componenti, tra le quali vale la pena menzionare le seguenti: accesso a un trattamento adeguato della tossicodipendenza, in primis la terapia sostitutiva; programmi di scambio di aghi e siringhe; informazione e distribuzione di materiali preventivi; istruzioni, anche veicolate tra pari, su come ridurre i rischi; consulenza volontaria ed esami non obbligatori per la diagnosi delle malattie infettive; programmi di immunizzazione e cura delle malattie infettive.

Indipendentemente dal peso riconosciuto a questi elementi nelle varie politiche nazionali, si ammette ormai da più parti che l'adozione di un approccio coordinato ed esaustivo per la salute pubblica è indispensabile per ridurre la diffusione delle malattie infettive tra i tossicodipendenti.

Per affrontare il problema dell'infezione da HIV non diagnosticata, è stata pubblicata quest'anno una nuova guida (OMS/UNAIDS, 2007). Per poter accrescere il numero delle persone che si sottopongono volontariamente al test dell'HIV si suggerisce agli operatori sanitari di adottare un approccio più proattivo, raccomandando il test e offrendo consulenza, soprattutto presso le strutture che si rivolgono alle popolazioni più a rischio, tra cui i consumatori di stupefacenti per via parenterale. Un messaggio che emerge dalle attività svolte dall'OEDT su questo argomento è che una visita medica volontaria, effettuata periodicamente, associata al test dell'HIV e a un servizio di consulenza su questa e altre malattie infettive, rappresenta un servizio particolarmente adeguato per i tossicodipendenti che assumono droghe per via parenterale.

La vaccinazione riveste un ruolo importante nella prevenzione dell'epatite A e B. Alcuni paesi hanno introdotto la

vaccinazione contro l'epatite B per tutta la popolazione, mentre altri limitano le azioni di immunizzazione ai gruppi considerati a rischio. In Norvegia, la vaccinazione contro l'epatite A e B è stata introdotta dopo che era stato dimostrato, in seguito a un'ondata di epidemie di queste malattie infettive a carico del fegato, che il consumo di stupefacenti per via parenterale era ormai dilagato anche ai paesi più piccoli.

L'elevata prevalenza dell'epatite C tra gli IDU non fa che ribadire la necessità di sviluppare risposte più efficaci a questa malattia, per la quale non è disponibile alcun vaccino. Alcuni paesi possiedono programmi specifici finalizzati alla prevenzione dell'epatite C, un settore nel quale, tra l'altro, si stanno avviando interessanti iniziative, come la campagna «stop hepC», che viene condotta a Oslo dal 2003 e il cui scopo è raggiungere i tossicodipendenti prima che comincino a fare uso di droga per via parenterale o quando ancora stanno sperimentando questa nuova modalità di assunzione.

I servizi di cura della tossicodipendenza e di riduzione del danno devono trovare soluzioni anche ai rischi insiti nel comportamento sessuale dei pazienti. Oltre al consumo di droga per via parenterale, i tossicodipendenti possono infatti essere esposti a un rischio accresciuto di infezione da HIV anche a causa delle loro abitudini sessuali: sia perché non hanno la possibilità di decidere altrimenti, sia a causa della combinazione tra il consumo di determinate sostanze e condotte sessuali ad alto rischio, sia ancora per il loro coinvolgimento nel mondo della prostituzione o per l'abitudine a procurarsi la droga in cambio di favori sessuali. Le tossicodipendenti donne possono essere particolarmente vulnerabili, ma non meno allarmante è la correlazione che si osserva tra consumo di droga e comportamenti sessuali ad alto rischio in alcuni gruppi di uomini che hanno rapporti con altri uomini. Oltre all'infezione da HIV, i tossicodipendenti possono essere anche più esposti ad altre malattie a trasmissione sessuale (STD) e i servizi terapeutici possono rivestire un ruolo importante nella diagnosi delle STD non manifeste. Per esempio, un recente studio maltese ha segnalato infezioni da papilloma virus umano non scoperte in donne sottoposte a screening presso un'unità terapeutica di tipo ambulatoriale.

### Programmi di scambio di aghi e siringhe

Nell'Unione europea è comune l'integrazione di programmi di scambio o di distribuzione di aghi e siringhe nell'ambito dei servizi forniti da enti di cura per le tossicodipendenze così come l'offerta combinata di servizi di informazione sui rischi e di consulenza, nonché la pratica di indirizzare i tossicodipendenti verso un servizio terapeutico. I programmi di scambio di aghi e siringhe (NSP) sono stati individuati tra le misure prioritarie per contrastare la diffusione delle malattie infettive tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in tre Stati membri dell'UE su quattro e in Norvegia<sup>(151)</sup>. La fornitura di aghi e siringhe sterili è menzionata da tutti i paesi,

a eccezione di Cipro, dove nel 2006 questa misura è stata raccomandata da un gruppo di esperti per arrestare sul nascere un possibile incremento delle infezioni collegate al consumo di stupefacenti per via parenterale. La distribuzione di altri strumenti sterili, oltre alle siringhe, come batuffoli di cotone imbevuti d'alcol e fazzoletti asciutti, acqua, filtri e fornelli, è un approccio sempre più diffuso tra i prestatori di servizi. Se è vero che la distribuzione di materiale sterile per l'iniezione endovenosa attraverso i programmi di scambio di aghi e siringhe non viene più percepita come una questione controversa, altrettanto certo è che non tutti i paesi riconoscono priorità a questi programmi e alcuni ritengono che la vendita di questi materiali attraverso le farmacie sia ampiamente sufficiente.

La tipologia e la gamma degli strumenti sterili per l'iniezione messi a disposizione dei tossicodipendenti variano da paese a paese. In generale, i punti di distribuzione delle siringhe sono situati presso i centri di cura specializzati nelle tossicodipendenze e in tutti i paesi, a eccezione di tre, questa forma di distribuzione è integrata da unità mobili, in grado di raggiungere i gruppi di IDU nei quartieri emarginati. In dieci paesi esistono, oltre ai servizi messi a disposizione nell'ambito dei programmi di scambio di aghi e siringhe, anche distributori automatici di siringhe<sup>(152)</sup>, ma i dati sulle quantità distribuite sono scarsi e mancano studi sull'efficacia di questo tipo di servizio. Il Lussemburgo è entrato, assieme a Spagna e Germania, nel novero dei pochi paesi che hanno introdotto lo scambio di aghi e siringhe in carcere, benché nel caso della Germania questo servizio sia limitato al carcere di Berlino.

L'elevato numero di farmacie disponibili nelle comunità può offrire la garanzia che i programmi di scambio delle siringhe realizzati attraverso le farmacie contribuiscano a migliorare effettivamente la disponibilità delle siringhe e, quindi, a fare da complemento ai servizi di cura specializzati. In Scozia, per esempio, sono stati distribuiti attraverso una rete di 116 farmacie partecipanti 1,7 milioni di siringhe nel 2004, mentre in Portogallo più di 1 300 farmacie hanno partecipato a un progetto simile e distribuito 1,4 milioni di siringhe<sup>(153)</sup>. Otto paesi europei (Belgio, Danimarca, Spagna, Francia, Paesi Bassi, Portogallo, Slovenia e Regno Unito) riferiscono l'esistenza di programmi ufficiali di scambio o di distribuzione delle siringhe attraverso le farmacie.

Nei paesi dove le farmacie costituiscono per i tossicodipendenti un punto di riferimento comune per l'acquisto degli strumenti necessari per l'iniezione endovenosa di stupefacenti, queste strutture potrebbero svolgere un ruolo più incisivo nell'offerta di altre misure protettive della salute ai consumatori di droga, tra cui la divulgazione di informazioni sul rischio di contrarre malattie infettive a causa delle abitudini sessuali e del consumo di droga per via parenterale, test e servizi di consulenza, nonché un orientamento verso le strutture terapeutiche. Attualmente, soltanto Francia, Portogallo

<sup>(151)</sup> Cfr. il grafico 11 nella relazione annuale 2006.

<sup>(152)</sup> Cfr. la tabella HSR-2 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(153)</sup> Cfr. la tabella HSR-4 nel bollettino statistico 2007.

e Regno Unito riferiscono l'esistenza di attività finalizzate a promuovere la partecipazione delle farmacie nei programmi di scambio e/o distribuzione delle siringhe o a fornire sostegno alle strutture già coinvolte.

La copertura geografica dei programmi di scambio di aghi e siringhe e la fornitura di strumenti sterili attraverso tali programmi sono estremamente diverse da paese a paese. Un numero crescente di paesi, tuttavia, vanta ormai una serie di reti di programmi di questo tipo estese a tutto il territorio nazionale. Gli Stati in cui questo genere di programmi è ben distribuito sul territorio sono i seguenti: Lussemburgo e Malta, due paesi di piccole dimensioni; Italia, dove questi programmi vengono solitamente o frequentemente realizzati nel 70 % circa di tutti i distretti sanitari locali; Repubblica ceca, dove sono disponibili in tutti e 77 i distretti, oltre che nella capitale Praga; Finlandia, dove esiste una normativa che impone alle municipalità l'obbligo di fornire servizi pertinenti, tra cui i programmi di scambio di aghi e siringhe, per prevenire il diffondersi delle malattie infettive. Il Portogallo calcola che i programmi di scambio di aghi e siringhe attraverso le farmacie e gli interventi di prima assistenza interessino circa il 50 % del suo territorio, mentre in Danimarca 10 contee su 13 dichiarano di aver messo a punto questo genere di programmi. Tutte le città austriache in cui si registrano percentuali elevate di consumatori di stupefacenti per via parenterale possiedono almeno un punto di distribuzione di aghi e siringhe; in Bulgaria sono disponibili servizi in dieci città che denunciano livelli relativamente alti di consumo problematico di stupefacenti. In Estonia si è calcolato nel 2005 che il 37 % degli IDU era in contatto con le strutture responsabili dell'attuazione dei programmi di scambio di aghi e siringhe, mentre la diffusione di questi programmi nei gruppi bersaglio in Slovacchia e in Romania è risultata nettamente più bassa (20 % e 10-15 %, rispettivamente).

Tra il 2003 e il 2005 più paesi hanno riferito aumenti del numero complessivo di siringhe scambiate o distribuite attraverso specifici programmi di scambio di aghi e siringhe (Bulgaria, Repubblica ceca, Estonia, Ungheria, Austria, Slovacchia, Finlandia) <sup>(154)</sup>.

Le agenzie specializzate che forniscono programmi di scambio di aghi e siringhe possono svolgere altri ruoli fondamentali per la salute pubblica, per esempio valutando i comportamenti a rischio tra i soggetti in cura e sensibilizzando questi ultimi verso tali rischi, motivando i tossicodipendenti a sottoporsi a test e a vaccinazioni e indirizzando queste persone verso i servizi sanitari primari e i centri di cura delle tossicodipendenze. Se ancora non è chiaro fino a che punto tali agenzie forniscano tali servizi, la necessità di ampliare il ventaglio dell'offerta è sottolineata

dalle risultanze di una verifica condotta di recente a livello nazionale in Inghilterra. Stando a questa verifica si è appurato che il grado di consapevolezza dei rischi di contrarre una malattia infettiva tra i pazienti in terapia era ancora relativamente basso e che le strutture sanitarie dovrebbero essere più attive nel promuovere servizi di consulenza, test e vaccinazioni.

## Mortalità e decessi correlati agli stupefacenti

### Decessi correlati agli stupefacenti

La definizione di «decessi correlati agli stupefacenti» data dall'OEDT riguarda i decessi direttamente provocati dal consumo di una o più sostanze stupefacenti. In genere, questi eventi si verificano poco dopo il consumo della sostanza o delle sostanze. Altri termini usati per descrivere questi eventi sono «overdose», «intossicazione», «decesso indotto da stupefacenti» o «decesso acuto correlato al consumo di stupefacenti» <sup>(155)</sup>. Il numero di decessi correlati agli stupefacenti in una comunità dipende dal numero di persone che fanno uso di sostanze che possono provocare la morte per overdose (soprattutto gli oppiacei). Altri fattori determinanti sono: la percentuale di consumatori di stupefacenti per via parenterale, la prevalenza della poliassunzione, la disponibilità e le politiche dei servizi terapeutici e dei servizi medici d'emergenza.

Benché la comparabilità dei dati europei sia migliorata di recente, le differenze nella qualità delle segnalazioni ancora riscontrate da paese a paese invitano a una certa cautela quando si tratta di fare confronti diretti. La portata dei decessi correlati agli stupefacenti può essere espressa in termini di numero di casi riferiti, in proporzione alla popolazione o come mortalità proporzionale. Nonostante le differenze di tipo qualitativo nelle segnalazioni nazionali, è comunque possibile registrare delle tendenze nei numeri e nelle caratteristiche dei casi di overdose, sempre che i metodi utilizzati rimangano invariati nel tempo.

Tra il 1990 e il 2004 gli Stati membri dell'UE hanno riferito ogni anno un numero di decessi per overdose compreso tra 6 500 e oltre 9 000, per un totale di oltre 122 000 decessi nel periodo in questione. Queste cifre possono essere considerate una stima minima <sup>(156)</sup>.

I tassi di mortalità nella popolazione dovuti a decessi correlati al consumo di stupefacenti variano notevolmente da paese a paese, da 3-5 <sup>(157)</sup> a oltre 50 decessi per milione di abitanti (media: 18,3), con proporzioni superiori a 20 per

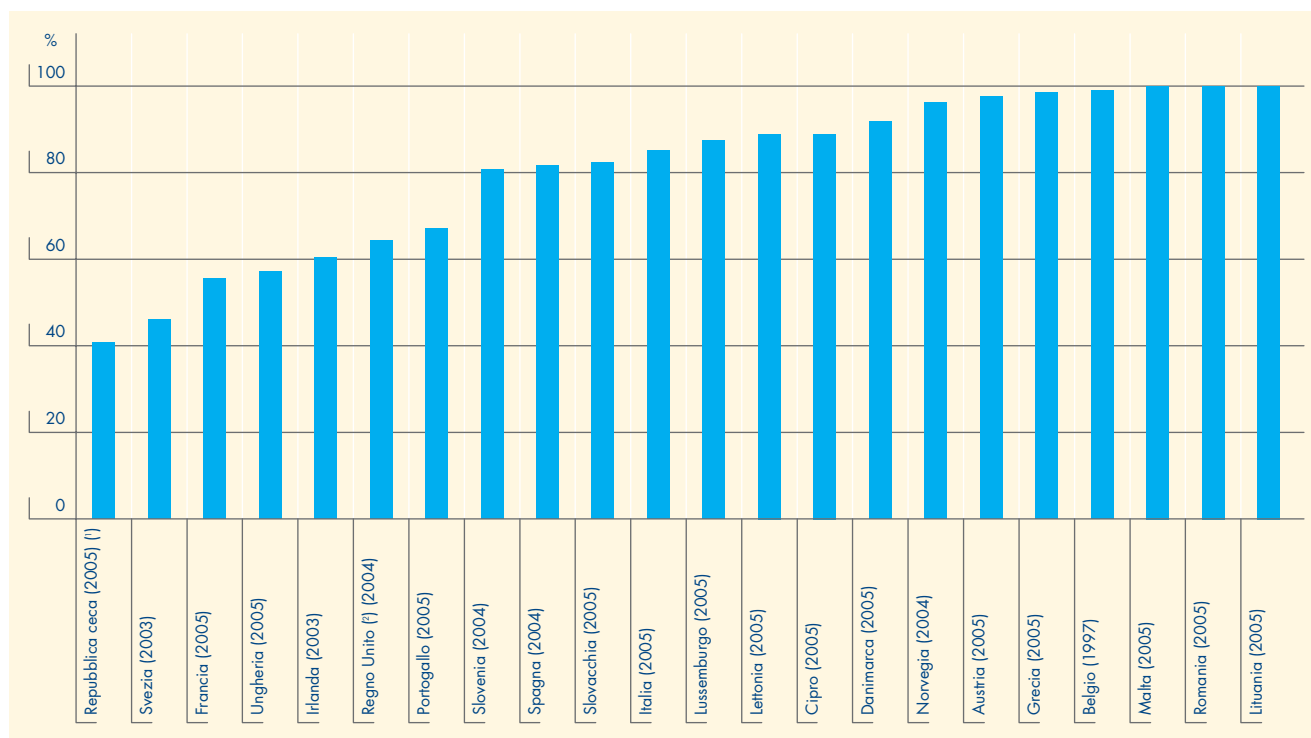
<sup>(154)</sup> Cfr. la tabella HSR-3 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(155)</sup> La maggior parte delle definizioni nazionali dei casi coincide o è molto simile alla definizione dell'OEDT, sebbene alcuni paesi comprendano ancora casi dovuti a farmaci psicoattivi o a decessi non provocati da overdose, generalmente in proporzione limitata (cfr. nel bollettino statistico 2007 la nota metodologica «Sintesi dei decessi correlati al consumo di stupefacenti: definizioni nazionali e questioni metodologiche» e «Protocollo standard sui decessi correlati al consumo di stupefacenti, versione 3.1»).

<sup>(156)</sup> Cfr. le tabelle DRD-2 (parte I), DRD-3 e DRD-4 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(157)</sup> In Francia la proporzione nel 2005 era di 0,9 per milione di abitanti, un dato che può far pensare a un numero di segnalazioni non corrispondente alla realtà; si deve rammentare, tuttavia, che la proporzione era dieci volte maggiore nel 1994, anno in cui i decessi per overdose hanno cominciato a diminuire.

**Grafico 12:** percentuale di decessi acuti correlati alla droga che rivelano presenza di oppiacei



(1) Per la Repubblica ceca, in luogo della definizione nazionale è stata utilizzata la definizione di decesso acuto correlato agli stupefacenti fornita nella selezione D dell'OEDT. La definizione nazionale infatti comprende l'intossicazione con farmaci psicoattivi, che riguarda la maggior parte dei casi (156 casi su 218).

(2) Definizione dell'Ufficio nazionale di statistica.

NB: In alcuni paesi le «definizioni nazionali» di decesso legato alla droga comprendono un numero limitato di casi di decessi indirettamente legati all'uso di droga.

Dati per il 2005 o per l'ultimo anno per cui erano disponibili. Per ulteriori informazioni cfr. la tabella DRD-1 nel bollettino statistico 2007.

Fonte: relazioni nazionali Reitox (2006), dati desunti dai registri nazionali di mortalità o da registri speciali.

milione di abitanti riscontrate in 11 paesi europei. Tra i maschi di 15-39 anni il tasso di mortalità è solitamente fino a tre volte più alto (con una media di 61 decessi ogni milione di abitanti). I decessi correlati agli stupefacenti hanno rappresentato il 4 % di tutti i decessi tra gli europei di 15-39 anni nel biennio 2004-2005, una percentuale che supera il 7 % in nove paesi (158).

Oltre alle overdosi, i tossicodipendenti muoiono per cause indirettamente collegate al consumo di droga. Per esempio, le morti per AIDS legate al consumo di stupefacenti per via parenterale sono state 1 400 nel 2003 (EuroHIV, 2006) (159), un dato questo che probabilmente è sottostimato. Il numero di morti per altre cause indirettamente collegate al consumo di stupefacenti (per esempio, epatite, violenza, suicidio o incidenti) è più difficile da valutare. Si calcola che, perlomeno in alcune città europee, il 10-20 % della mortalità tra i giovani adulti potrebbe essere imputata al consumo diretto o indiretto di oppiacei (Bargagli et al., 2006) (cfr. oltre). La mortalità collegata ad altre forme di consumo di stupefacenti (per esempio, la cocaina) comporterebbe un aumento della percentuale, ma è più difficile da quantificare.

Per determinare il livello complessivo di mortalità causato dal consumo problematico di stupefacenti a livello nazionale o europeo sarebbe necessario introdurre una serie di miglioramenti nella raccolta e nell'analisi dei dati. Un tentativo in tal senso è riferito, su scala nazionale, nella relazione nazionale olandese. Il tasso di mortalità collegato, direttamente e indirettamente, al consumo problematico di stupefacenti è stato calcolato estrapolando i dati da uno studio locale e tenendo conto delle differenze regionali. Nonostante siano indispensabili ulteriori ritocchi di tipo metodologico, questo tipo di studio, associato alla misurazione della quantità di decessi indirettamente collegati al consumo di stupefacenti, è potenzialmente in grado di ovviare alle possibili sottostime dei decessi per overdose.

### Decessi acuti correlati agli oppiacei

#### Decessi per eroina (160)

L'overdose da oppiacei è una delle cause principali di morte tra i giovani in Europa, soprattutto tra i soggetti di sesso maschile nelle zone urbane. Gli oppiacei (perlopiù eroina o i suoi metaboliti) sono menzionati nella maggior parte dei

(158) Cfr. la tabella DRD-5 nel bollettino statistico 2007.

(159) Si noti che questa cifra si riferisce alle zone occidentali e centrali di OMS Europa, che comprendono alcuni paesi terzi, e al totale dei decessi di Estonia, Lettonia e Lituania (zona orientale).

(160) Poiché nella maggior parte dei casi riferiti all'OEDT si tratta di overdosi da oppiacei, per descrivere i casi di oppiacei vengono utilizzate le caratteristiche generali dei decessi acuti correlati al consumo di stupefacenti.

decessi acuti correlati al consumo di sostanze illecite riferiti nell'Unione europea, con una percentuale compresa tra il 46 % fino al 100 % (grafico 12). In Europa la maggior parte dei decessi dovuti al consumo di oppiacei è causata dall'eroina, benché spesso siano state individuate anche altre sostanze potenzialmente implicate, in particolare alcol, benzodiazepine o altri oppiacei e, in alcuni paesi, la cocaina. Nel 2006 una raccolta volontaria di dati sulle sostanze responsabili dei decessi per droga, alla quale hanno partecipato nove paesi <sup>(161)</sup>, ha confermato che, nei casi di overdose da oppiacei, solitamente vengono menzionate più sostanze (60-90 % dei casi), per cui questi eventi potrebbero essere considerati «decessi per poliassunzione».

La maggior parte dei consumatori di droga che muoiono per overdose da oppiacei è di sesso maschile (59-100 %); le percentuali più elevate di donne si registrano in Repubblica ceca, Polonia e Slovacchia, quelle più basse in Italia, Lituania e Lussemburgo. La maggior parte delle vittime per overdose ha un'età compresa tra i 20 e i 40 anni; l'età media nella maggior parte dei paesi è di 35 anni <sup>(162)</sup>. L'età media è più bassa in Bulgaria, Estonia, Lettonia e Romania e più alta in Polonia, Finlandia e Regno Unito. Sono pochissimi i casi di decesso per overdose riferiti tra i ragazzi al di sotto dei 15 anni, ma il numero di decessi per droga in questo gruppo di età potrebbe essere sottostimato. Benché alcuni decessi correlati al consumo di stupefacenti siano stati registrati anche nella fascia di età degli ultrasessantacinquenni, soltanto sette paesi riferiscono oltre il 5 % dei casi in questo gruppo. In alcuni degli Stati membri che hanno aderito all'UE nel 2004, l'età media comparabilmente bassa al momento del decesso e l'elevata percentuale di casi di overdose in soggetti di età inferiore ai 25 anni può essere indice di una popolazione di consumatori di eroina più giovane in questi paesi <sup>(163)</sup>.

In molti Stati membri l'età delle vittime di overdose è in aumento, a suggerire un calo dell'incidenza del consumo di eroina tra i giovani. Questa tendenza è diffusa negli Stati membri dell'UE-15, pur avendo mostrato un calo negli ultimi anni in Austria e in Lussemburgo. Negli altri Stati membri questa tendenza è meno chiara e il numero limitato di casi riferiti rende difficile l'interpretazione delle cifre <sup>(164)</sup>.

#### *Decessi per metadone e buprenorfina*

Nonostante emerga dagli studi effettuati che la terapia sostitutiva riduce il rischio di morte per overdose, ogni anno vengono riferiti decessi associati ad abuso dei medicinali sostitutivi. Il monitoraggio del numero di decessi correlati al metadone e alla buprenorfina e delle circostanze della morte può contribuire a fornire informazioni importanti per la garanzia della qualità dei programmi sostitutivi e per avviare iniziative di prevenzione e riduzione del danno.

La presenza del metadone in una percentuale non trascurabile di decessi correlati agli stupefacenti è riferita da alcuni paesi,

sebbene non sempre il ruolo svolto dal metadone sia chiaro e siano state rilevate anche altre sostanze. La Danimarca segnala la presenza di metadone (da solo o in associazione ad altre sostanze) nel 43 % dei decessi per intossicazione (89 su 206 nel 2005); la Germania riferisce 255 casi (su 1 477) riconducibili a «sostanze sostitutive» (75 dovuti unicamente a tali sostanze e 180 in associazione ad altri stupefacenti) nel 2005 rispetto ai 345 casi nel 2004; il Regno Unito riporta 280 casi (su 1 972, definizione della strategia di lotta alla droga) in cui il metadone è stato «menzionato» (2004); infine, in Norvegia tracce di metadone sono state rilevate nel corso di 55 autopsie. La Spagna (relazioni nazionali Reitox, 2005) denuncia meno casi di overdose correlati esclusivamente al consumo di metadone (2 % del totale), ma casi frequenti di decessi nei quali il metadone è stato usato in associazione a oppiacei (42 %) e cocaina (20 %). Altri paesi non hanno segnalato decessi per metadone oppure hanno riferito un numero di decessi alquanto esiguo.

I decessi dovuti a intossicazione da buprenorfina sembrano un evento raro, che viene spiegato con le caratteristiche farmacologiche di agonista-antagonista di questa sostanza. Alcuni decessi, tuttavia, sono stati segnalati in Europa. Nelle relazioni nazionali del 2006 e del 2005 soltanto Francia e Finlandia menzionano casi di decesso riconducibili al consumo di questa sostanza. In Finlandia la buprenorfina è stata riscontrata nel 2005 in 83 decessi correlati al consumo di stupefacenti (73 nel 2004), solitamente in associazione con benzodiazepine, sedativi o alcol, oppure in seguito a un consumo per via parenterale. La Francia segnala nel 2005 soltanto due casi di overdose da buprenorfina (rispetto ai quattro del 2004). La buprenorfina è il principale farmaco sostitutivo a base di oppiacei utilizzato in questi due paesi, ma il numero dei soggetti trattati con questa sostanza in Francia (tra le 70 000 fino alle 85 000 persone) è di gran lunga superiore rispetto a quello dei pazienti in trattamento con buprenorfina riferiti dalla Finlandia. Oltre a Francia e Finlandia (2004) altri tre paesi denunciano casi di decesso (soltanto due o tre per paese) legati al consumo di buprenorfina. In uno studio che ha esaminato in maniera esaustiva il numero di decessi registrati nel Regno Unito tra il 1980 e il 2002 in cui fosse menzionata la buprenorfina sono stati riscontrati soltanto 43 casi, spesso in combinazione con benzodiazepine o altri oppiacei (Schifano et al., 2005).

#### **Decessi acuti correlati a stupefacenti diversi dagli oppiacei**

##### *Decessi correlati al consumo di ecstasy e anfetamine*

I decessi correlati al consumo di ecstasy sono poco frequenti, ma hanno destato enorme apprensione quando hanno iniziato a essere segnalati per la prima volta alcuni anni fa, poiché spesso avvengono in maniera del tutto inaspettata tra giovani socialmente integrati. Gli scarsi dati disponibili nelle relazioni nazionali Reitox suggeriscono che questi episodi sono

<sup>(161)</sup> Repubblica ceca, Danimarca, Germania, Lettonia, Malta, Paesi Bassi, Austria, Portogallo e Regno Unito.

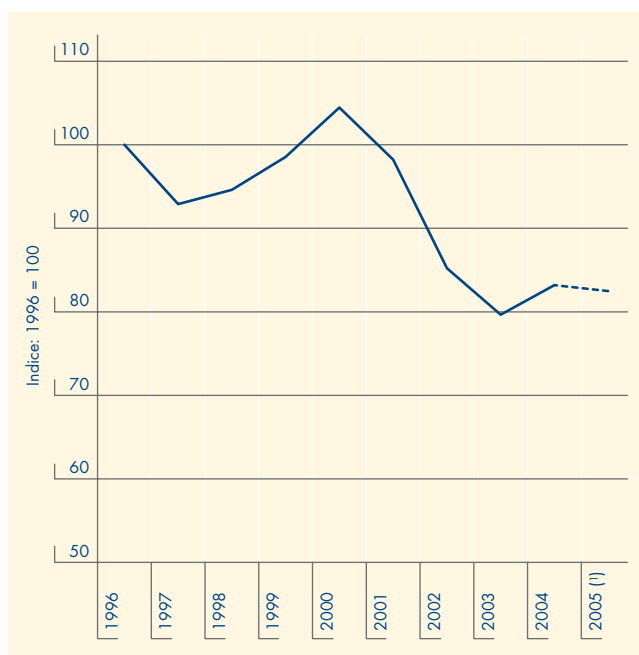
<sup>(162)</sup> Cfr. la tabella DRD-1 (parte I) nel bollettino statistico 2007.

<sup>(163)</sup> Cfr. il grafico DRD-2 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(164)</sup> Cfr. la tabella DRD-2 e DRD-4 nel bollettino statistico 2007.



**Grafico 13:** tendenza generale nei decessi acuti correlati alla droga, 1996-2005, per tutti gli Stati membri con dati disponibili



(\*) Per il 2005 la cifra è provvisoria ed è fondata sul confronto tra i dati del 2004 e del 2005 soltanto per quei paesi che hanno trasmesso informazioni riferite a entrambi gli anni.

NB: La variazione indicizzata è calcolata in base ai paesi che hanno fornito informazioni per l'anno in questione e l'anno precedente. Cfr. la tabella DRD-2 nel bollettino statistico 2007 per il numero di decessi in ogni paese e le note sulla metodologia.

Fonte: relazioni nazionali Reitox (2006), dati desunti dai registri generali di mortalità o da registri speciali (di medicina legale o della polizia).

rimasti a livelli simili a quelli osservati negli anni precedenti. Nell'intera Europa sono stati segnalati 78 casi correlati al consumo di ecstasy <sup>(165)</sup>.

Anche i decessi per anfetamina non vengono riferiti di frequente, sebbene nella Repubblica ceca siano stati attribuiti al consumo di pervitina (metanfetamina) 16 casi nel 2004 e 14 nel 2005, in conseguenza dell'aumento del numero stimato di consumatori problematici di pervitina e di richieste di trattamento. In Finlandia sono stati riferiti 65 episodi correlati al consumo di anfetamine, anche se il ruolo di tali sostanze nel decesso non è stato specificato.

#### Decessi correlati alla cocaina

I decessi per overdose da cocaina sono più difficili da rilevare rispetto ai decessi provocati dagli oppiacei e spesso sono l'esito di una concomitanza di cause, piuttosto che della sola azione tossica della cocaina <sup>(166)</sup>. Gli studi condotti hanno messo in luce il fatto che i decessi per cocaina sono correlati al consumo cronico di questa sostanza e sono spesso la conseguenza di problemi cardiovascolari e neurologici provocati dal consumo di cocaina nel lungo periodo, soprattutto nei consumatori con condizioni predisponenti

o con fattori di rischio. In Europa, le segnalazioni di decessi in cui sia implicata la cocaina solitamente menzionano anche la presenza di altre sostanze (tra cui alcol e oppiacei), un fatto questo che rivela l'abitudine di consumare cocaina in associazione ad altre droghe.

Tra i paesi che hanno fornito statistiche si parla, nelle relazioni nazionali del 2006 e del 2005, di oltre 400 decessi per cocaina. È chiaramente necessario analizzare ulteriormente le conseguenze per la salute e il livello di mortalità correlati al consumo di cocaina.

#### Andamento dei decessi acuti correlati al consumo di stupefacenti

L'andamento dei decessi correlati al consumo di stupefacenti registrato nei vari paesi può fornire indicazioni dettagliate sull'evoluzione dei modelli di consumo problematico di tali sostanze in ogni paese nonché sugli sviluppi nell'erogazione di soluzioni. I dati riferiti all'Unione europea rivelano un andamento generale dei decessi correlati al consumo di stupefacenti. Da una prospettiva più a lungo termine, negli Stati membri dell'UE-15 e in Norvegia si è osservata, tra gli anni ottanta e l'inizio degli anni novanta, un'impennata delle statistiche, probabilmente collegata alla diffusione del consumo di eroina e del consumo di sostanze per via parenterale <sup>(167)</sup>. I decessi per droga hanno continuato ad aumentare tra il 1990 e il 2000, anche se meno drasticamente.

Dal 2000 molti paesi dell'Unione europea hanno riferito un calo nel numero dei decessi correlati al consumo di stupefacenti, probabilmente in conseguenza di una maggiore disponibilità delle cure e di iniziative di riduzione del danno, sebbene possano incidere in maniera significativa su questo dato anche la diminuzione della prevalenza del consumo di droga per via parenterale o la riduzione della disponibilità di eroina. A livello europeo le percentuali sui decessi per stupefacenti sono scese del 6 % nel 2001, del 14 % nel 2002 e del 5 % nel 2003 (grafico 13). Nonostante questi miglioramenti, i dati del 2004 e le informazioni provvisorie del 2005 indicano che la tendenza alla diminuzione di questi episodi si è interrotta nel 2003.

Un aspetto preoccupante ha cominciato a emergere nelle segnalazioni di decessi correlati al consumo di stupefacenti trasmesse da alcuni paesi. Dopo i picchi elevati dei decessi dovuti al consumo di stupefacenti registrati nel 1999-2001, cui è seguito un calo netto per 2-3 anni consecutivi, nel 2004 e 2005 è tornato a osservarsi un incremento dei casi segnalati <sup>(168)</sup>. Questo andamento è tipico, in generale, della situazione rilevata di recente in Irlanda, Grecia, Portogallo, Finlandia e Norvegia e, in misura minore, nei Paesi Bassi, in Austria e nel Regno Unito. In Italia, dopo la diminuzione dei decessi correlati agli stupefacenti protrattasi per alcuni anni, negli ultimi due anni si è tornati a registrare un aumento dei

<sup>(165)</sup> A seconda del paese, le cifre si riferiscono al 2004 o al 2005, per ecstasy e cocaina.

<sup>(166)</sup> Cfr. la questione specifica sulla cocaina (2007) per un resoconto più dettagliato dei decessi riconducibili a questa sostanza.

<sup>(167)</sup> Cfr. il grafico DRD-8 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(168)</sup> Cfr. la tabella DRD-2 nel bollettino statistico 2007.

casi <sup>(169)</sup>. Tra le varie cause ipotizzate di questo incremento recente non manca la poliassunzione da parte di consumatori di oppiacei oppure un possibile aumento della disponibilità dell'eroina.

Si nota inoltre una profonda discrepanza nel numero di decessi correlati agli stupefacenti registrato negli Stati membri dell'UE-15 e negli Stati membri che hanno aderito all'UE nel 2004. Il primo gruppo di paesi riferisce una diminuzione generale a partire dal 1996, particolarmente marcata tra il 2000 e il 2002, che fa pensare a un calo nel lungo termine del numero di giovani consumatori di oppiacei per via parenterale. È anche vero, tuttavia, che i dati recenti raccolti in questi paesi traggono uno scenario misto. Nel secondo gruppo di Stati, si è osservata un'impennata dei decessi fino al 2002, cui è seguita una diminuzione nel biennio 2003-2004.

Aumenti della proporzione di decessi correlati agli stupefacenti tra i tossicodipendenti di età inferiore ai 30 anni sono stati osservati in Grecia e tra i tossicodipendenti con meno di 25 anni in Estonia, Lussemburgo e Austria, nonché in misura minore in Lettonia e Paesi Bassi, anche se nella maggior parte dei paesi i giovani consumatori di droga vittime di un'overdose stanno diminuendo <sup>(170)</sup>.

Nei dati sull'andamento dei decessi correlati agli stupefacenti si riscontrano anche differenze di genere <sup>(171)</sup>. Per ulteriori informazioni cfr. la questione specifica sugli aspetti di genere e il consumo di droga (2006).

### Mortalità generale tra i consumatori problematici di stupefacenti

Le informazioni riguardanti la mortalità generale (provocata direttamente e indirettamente dagli stupefacenti) tra i consumatori problematici di droga si riferiscono in larga parte ai consumatori di oppiacei, mentre di norma le statistiche sulla mortalità correlata ad altre forme di consumo di stupefacenti sono scarse, anche se diventeranno via via più importanti dal punto di vista della salute pubblica, per esempio nel caso di iniziative mirate ai consumatori regolari ma socialmente integrati di cocaina.

Da una serie di studi condotti tra i consumatori di oppiacei in vari ambienti europei è emerso che in questo gruppo la mortalità è alta rispetto alla popolazione in generale. Uno studio collaborativo avviato nell'ambito di un progetto dell'OEDT è giunto alla conclusione che il tasso di mortalità tra i consumatori di oppiacei partecipanti a programmi di trattamento in 8 località europee era estremamente alto rispetto ai loro coetanei (cfr. OEDT, 2006). Uno studio di coorte sulla mortalità condotto nella Repubblica ceca ha rivelato che il rapporto standardizzato di mortalità dei consumatori di stimolanti è 4-6 volte più alto rispetto a quello della popolazione in generale, mentre è 9-12 volte più alto tra i consumatori di oppiacei (relazioni nazionali Reitox, 2005).

### Comorbidità e progetto Isadora

Spesso il consumo problematico di stupefacenti comporta una serie di disturbi psichiatrici. Pur non essendo stata organizzata a livello europeo una raccolta sistematica di informazioni sulla comorbidità, i risultati provenienti da studi locali realizzati in alcuni paesi europei suggeriscono che una percentuale compresa tra il 30 e il 90 % dei pazienti in trattamento per una tossicodipendenza può essere affetta da condizioni psichiatriche concomitanti. Tra i disturbi più frequenti tra quelli diagnosticati ai tossicodipendenti vi sono disturbi della personalità, depressione, comportamenti antisociali, ansia e disturbi dell'umore e dell'alimentazione. Sono menzionate inoltre schizofrenia e tendenze suicide. La comorbidità è più frequente tra gli eroinomani, soprattutto se dediti da tempo al consumo di eroina e se hanno interrotto più volte la terapia con metadone, oltre che tra i soggetti le cui condizioni sociali e di vita siano gravemente compromesse. Analogamente, la tossicodipendenza è diffusa tra le persone con gravi malattie mentali.

Il progetto europeo Isadora («servizi integrati finalizzati alla diagnosi duale e alla guarigione ottimale dalla dipendenza») si è concluso nel 2005 dopo un periodo di studio di tre anni <sup>(1)</sup>. Il progetto, finalizzato a rilevare i principali fattori di rischio istituzionali e individuali per la comorbidità, ha coinvolto sette siti in Europa e 352 pazienti, reclutati da centri per la cura delle malattie psichiatriche acute. Stando ai risultati di questo studio, la prognosi infausta e l'esistenza di percorsi diagnostici duali caotici non sono imputabili esclusivamente alle caratteristiche dei pazienti, bensì anche a un'erogazione frammentata dei servizi sanitari e assistenziali, con la conseguenza che spesso l'assistenza viene compartimentalizzata in maniera inefficace. Tra i frutti del progetto Isadora è d'uopo menzionare un manuale di istruzione per la diagnosi duale.

<sup>(1)</sup> <http://isadora.advsh.net/>

Uno studio di coorte francese condotto su soggetti arrestati per consumo di eroina, cocaina e crack ha messo in evidenza che la mortalità maschile era cinque volte superiore e quella femminile 9,5 volte superiore rispetto alla popolazione generale, con una tendenza tuttavia al calo (relazioni nazionali Reitox, 2005). Si attendono ulteriori dati sulla mortalità tra i tossicodipendenti da studi di coorte attualmente in corso in alcuni paesi europei (Austria, Bulgaria, Malta, Norvegia, Polonia, Regno Unito, Romania, Spagna, Svezia).

Recenti studi realizzati in Paesi Bassi e Norvegia non hanno rilevato alcun nesso tra età e rischio di morte per overdose (Cruts et al., in corso di pubblicazione; Ødegård et al., 2006 citato nella relazione nazionale norvegese); tuttavia, come nel caso dell'età dei consumatori di oppiacei, la mortalità riconducibile a condizioni croniche può gradualmente aggiungersi alla mortalità dovuta a cause esterne quali suicidio e atti violenti. Anche le pessime

<sup>(169)</sup> Cfr. il grafico DRD-11 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(170)</sup> Cfr. il grafico DRD-9 nel bollettino statistico 2007.

<sup>(171)</sup> Cfr. il grafico DRD-6 nel bollettino statistico 2007.



condizioni di vita dei tossicodipendenti e i loro problemi di salute mentale possono contribuire in maniera determinante all'elevata mortalità di questo gruppo della popolazione.

Il suicidio è identificato come causa di morte per overdose in alcuni studi condotti tra tossicodipendenti. I suicidi noti, a cui si aggiungono le morti intenzionali non determinate, hanno rappresentato il 30 % di tutti i decessi correlati al consumo di stupefacenti registrati in Scozia nel 2005. Nel 2003 il 13 % di tutti i decessi di questo genere è stato imputato a suicidi (governo scozzese, 2005). Si ritiene che alcuni problemi collegati all'abuso di sostanze stupefacenti contribuiscano in vario modo ai comportamenti suicidi; tra i fattori di rischio più diffusi si conta l'abuso di sostanze tra persone già inclini a comportamenti ad alto rischio.

## Riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti

L'attenzione rivolta alle misure di prevenzione delle overdose è aumentata di recente con l'aumentare dell'importanza riconosciuta all'overdose da stupefacenti come problema di salute pubblica. Se è vero che il contatto con i servizi terapeutici e di altro genere può contribuire a ridurre i decessi correlati agli stupefacenti, esistono comunque altre potenzialità per elaborare interventi mirati, nello specifico, ai rischi per overdose; in generale, tuttavia, l'Europa è priva di un approccio globale alla prevenzione delle overdose.

Gli Stati membri, soprattutto quelli colpiti in tempi non più recenti da epidemie di eroina, hanno continuato a migliorare la disponibilità dei trattamenti negli ultimi anni e adesso sono in grado di raggiungere consumatori problematici di droga solitamente difficili da avvicinare (cfr. anche il capitolo 2 e il capitolo 6). Una più facile accessibilità dei servizi terapeutici e una maggiore varietà di approcci, tra cui la terapia sostitutiva, migliorano la percentuale di mantenimento in cura dei tossicodipendenti, cosa che a sua volta contribuisce enormemente a ridurre la mortalità e i decessi correlati agli stupefacenti. Alcuni paesi hanno abbassato la soglia di accessibilità alle terapie di mantenimento e si notano palesi cambiamenti della filosofia di cura, con un ingresso in terapia più tempestivo e reinscrizioni alle terapie di mantenimento con metadone (due misure che hanno dimostrato di aumentare la sopravvivenza). Inoltre, gli studi realizzati nell'ambito di programmi ad alta soglia suggeriscono che l'adozione di rigidi criteri di ammissione e di regole di trattamento severe determina un aumento del numero di espulsioni per motivi disciplinari, che a sua volta accresce il rischio di decesso per le persone escluse rispetto ai soggetti che continuano a ricevere il trattamento (Fugelstad et al., 2007). Attualmente è in corso in Italia uno studio longitudinale sull'efficacia dei trattamenti della dipendenza da eroina, che si prefigge lo scopo di analizzare il nesso tra mantenimento in cura e mortalità (Bargagli et al., 2006).

Nelle prime due settimane dopo aver lasciato il carcere o terminato una cura, i soggetti che si sono astenuti dal

consumo di oppiacei sono a più alto rischio di overdose se ricominciano a fare uso di queste sostanze, poiché il loro grado di tolleranza è ridotto rispetto a prima. Un'importante misura di riduzione del danno consiste quindi nell'informare le persone che lasciano questi ambienti dei rischi a cui possono andare incontro ricominciando a fare uso di stupefacenti e nel discutere assieme possibili strategie di riduzione dei rischi. La continuità dell'assistenza prestata dai servizi sociali e terapeutici può essere di enorme utilità in questo contesto, soprattutto nel caso dei soggetti che lasciano il carcere.

Tra gli altri approcci alla prevenzione delle overdose vale la pena menzionare le istruzioni impartite ai consumatori di stupefacenti perché sappiano assumere la posizione di emergenza e reagire meglio alle situazioni di crisi, nonché la collaborazione con la polizia, le squadre di primo soccorso e i tossicodipendenti stessi, affinché i servizi medici d'emergenza vengano chiamati nelle primissime fasi di un episodio di overdose. Gli studi condotti suggeriscono che l'uso concomitante di altre sostanze, in particolare di alcol e sedativi, può aggravare il rischio di overdose letale da oppiacei e, di conseguenza, la poliassunzione è un aspetto di cui i servizi devono assolutamente tener conto. Alcune attività realizzate in via sperimentale hanno esaminato la possibilità di fornire ai tossicodipendenti antagonisti degli oppiacei; ne è un esempio un progetto pilota scozzese, nell'ambito del quale è stato distribuito nalossone ai tossicodipendenti e ai loro familiari e amici. Questo approccio è ancora poco diffuso in Europa per il momento, ma le possibilità che in futuro venga adottato da più parti non sono poche. La disponibilità di antagonisti degli oppiacei nelle ambulanze, presso le strutture terapeutiche e in altri ambienti in cui è possibile che si verifichino casi di overdose da oppiacei è un'evenienza più frequente, sia pur non condivisa da tutti i paesi. Considerata l'efficacia di questi farmaci, se somministrati prontamente, sussiste evidentemente la necessità di riesaminare la disponibilità di questa specie di risposta nell'ambito di eventuali esercizi di revisione delle misure di prevenzione delle overdose.

Un'ipotesi criticata da più parti è quella di mettere a disposizione locali di consumo controllati, dove i tossicodipendenti possono assumere la droga in uno spazio designato, in cui possono essere presenti servizi medici e di altro genere. I locali di consumo controllati sono stati criticati dall'INCB nelle sue recenti relazioni annuali, ma sono considerati da alcuni Stati membri dell'UE una componente utile delle rispettive strategie di risposta a talune forme di consumo altamente problematico di stupefacenti. Gli argomenti a favore di questa misura sono i seguenti: questi locali rappresentano una misura di prevenzione delle overdose; contribuiscono a ridurre altri rischi associati al consumo di stupefacenti per via parenterale; offrono l'occasione per divulgare informazioni; permettono di indirizzare successivamente i tossicodipendenti verso i servizi sanitari primari, terapeutici e di altro genere. I locali di consumo controllato talvolta vengono considerati come

un'opportunità per ridurre anche il disturbo della quiete pubblica provocato dal consumo di droga. Nell'UE e in Norvegia sono in uso attualmente oltre 70 locali di consumo controllato, di cui 40 nei Paesi Bassi, 25 in Germania, 6 in Spagna e uno ciascuno in Lussemburgo e Norvegia.

Le tecniche di informazione, istruzione e comunicazione (IEC) vengono utilizzate in tutta l'Europa nell'ambito di iniziative volte a ridurre i decessi correlati al consumo di stupefacenti. Alcuni paesi riferiscono che materiali informativi appositi vengono fatti distribuire tra i tossicodipendenti, i loro coetanei e familiari, oppure tra le forze di polizia. Tuttavia,

oltre ai corsi di primo soccorso destinati al personale dei centri specializzati nella cura delle tossicodipendenze o agli stessi tossicodipendenti, sembra che in Europa si stiano diffondendo anche le valutazioni del rischio di overdose e la consulenza sulla gestione dei rischi, come si evince leggendo le relazioni di Romania, Paesi Bassi e Malta. Nel 2005 è stato varato in Scozia un piano d'azione per ridurre i decessi per droga comprendente un DVD per sensibilizzare i destinatari sul problema dell'overdose, un nuovo studio relativo ai ritardi nel chiamare i soccorsi e un foro nazionale con lo scopo di analizzare le tendenze e individuare i settori in cui è necessario intervenire con ulteriori azioni.



## Riferimenti bibliografici

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. et al. (2004), «The influence of school culture on smoking among pupils», *Social science and medicine* 58, pagg. 1767-1780.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. et al. (2006), «VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population», *Substance use and misuse* 41, pagg. 1861-1879.
- Binnie, I., Kinver, A. e Lam, P. (2006), «Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation», Scottish Executive, Edimburgo (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. et al. (2000), «Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science», *Addictive behaviours* 25, pagg. 955-964.
- Bühler, A. e Kröger, C. (2006), «Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs», *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Colonia.
- Canning, U., Millward, L., Raj T. e Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Londra.
- Cho, H., Hallfors, D.D. e Sanchez, V. (2005), «Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth», *Journal of abnormal child psychology* 33, pagg. 363-374.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commissione stupefacenti, Nazioni Unite: Consiglio economico e sociale, Vienna.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commissione stupefacenti, Nazioni Unite: Consiglio economico e sociale, Vienna.
- Cochrane Collaboration (2007), glossario Cochrane (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. e Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs, Dublino.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. e Van Laar, M. (in press), «Estimating the total mortality among problem drug users», *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), «Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004», *The DASIS Report*, n. 27.
- Dishion, T.J. e Dodge, K.A. (2005), «Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change», *Journal of abnormal child psychology* 33, pagg. 395-400.
- ECDC (2007), «HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic», relazione tecnica, ([http://www.eu2007.de/en/News/download\\_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf](http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf)).
- EMA (2005), «Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion», rif. doc. emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.eu.int>).
- Eurobarometro (2004), «Young people and drugs», *Flash Eurobarometer* 158 ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl158\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf)).
- Eurobarometro (2006), «Public opinion in the European Union», *Eurobarometer* 66 ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/eb/eb66/eb66\\_highlights\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf)).
- EuroHIV (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*, n. 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.
- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, Commissione europea, Lussemburgo.
- FESAT (2005), «Monitoring project: changes during the second half of 2005» (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. et al. (2005), «Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination», *Prevention science* 6, pagg. 151-175.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. e Thiblin, I. (2007), «Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings», *Addiction* 102, pagg. 406-412.
- GAO (2006), «ONDCP media campaign, contractor's national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use», Relazione tecnica, Washington, DC, Government Accountability Office.
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Londra.

- Gossop, M., Marsden, J. e Stewart, D. (2001), «NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake», National Addiction Centre, Londra.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.
- HDA (2004), «The effectiveness of public health campaigns», Briefing 7, Health Development Agency, Londra (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Nazioni Unite: Comitato di controllo internazionale dei narcotici, New York.
- INCB (2007a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, Nazioni Unite: Comitato di controllo internazionale dei narcotici, New York.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, Nazioni Unite: Comitato di controllo internazionale dei narcotici, New York.
- Ives, R. (2006), «Real life is messy», *Drugs: education, prevention and policy* 13, pagg. 389-391.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., et al (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>)
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, OEDT, Lisbona (non pubblicato).
- Kouvonen, P., Skretting, A. e Rosenqvist, P. (editors) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinki.
- Kuntsche, E. e Jordan, M. (2006), «Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors», *Drug and alcohol dependence* 84, pagg. 167-174.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. e Younoszai, T.M. (2005), «Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use», *Journal of drug education* 35, pagg. 233-253.
- London Drug Policy Forum (1996), «Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues» (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. e van de Wijngaart, G. (2007), «Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation», *Journal of advanced nursing*, 57, pagg. 422-431.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office, Londra.
- Mansfield, D. (2007), «Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season», relazione per l'unità interdipartimentale afghana sulle sostanze stupefacenti del governo del Regno Unito.
- March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. et al (2006), «Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction», *Journal of substance abuse treatment* 31, pagg. 203-211.
- Mateu, G., Astals, M. e Torrens, M. (2005), «Comorbilidad psiquiatrica y trastorno por dependencia de opiaceos: del diagnostico al tratamiento», in: Miranda, J.J.F. and Melich, M.T. (editors), *Monografia opiáceos, Adicciones* 17, pagg. 111-121.
- McCambrige, J., Mitcheson, L., Winstock, A. e Hunt, N. (2005), «Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom», *Addiction* 100, pagg. 1140-1149.
- Nabben, T., Benschop, A. e Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D., and Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger — eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg ([http://www.heroinstudie.de/ZIS\\_H-Bericht\\_P1\\_DLR.pdf](http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)).
- NTA (2002), Research into practice n. 1(b) Commissioners' briefing — commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- OEDT (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2004), «An overview of cannabis potency in Europe», *Insights* n. 6, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2005), *Relazione annuale 2005: evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2006), *Relazione annuale 2006: evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2007a), «Droghe e criminalità: un rapporto complesso», *Focus sulle droghe* n. 16, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>).

- OMS (2006), «Critical review of ketamine 2006», 34° ECDD 2006/4.3 ([www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/4.3KetamineCritReview.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf)).
- OMS/UNAIDS (2007), «Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities», Organizzazione mondiale della sanità, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- Parkin, S. e McKeganey, N. (2000), «The rise and rise of peer education approaches», *Drugs: education, prevention and policy* 7, pagg. 293-310.
- Relazioni nazionali Reitox (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- Reuter, P. (2006), «What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures», *Addiction*, 101, pagg. 315-322.
- Rigter, H. (2005), «Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights», in *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlino, pagg. 117-124.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* ([www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov) e <http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F. et al. (2005), «Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980-2002», *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, pagg. 343-348.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. et al. (2006), «Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for improvement», *European addiction research* 12, pagg. 121-127.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. et al. (2004), «Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study», *Addictive behaviours* 29, pagg. 743-752.
- Scottish Executive (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Scottish Executive, Edimburgo.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. et al. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C. and Hellwich, W.K. (2006), «Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen», *Sucht*, 52, pagg. 7-43.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. et al. (2006), «A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project», *Addiction* 101, pagg. 813-823.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. et al. (2005), «The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales», *British journal of general practice* 55, pagg. 444-451.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. e Beynon, C. (2007), «Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)», unpublished paper, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, Regno Unito.
- UNODC (2005), *2005 World drug report*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- UNODC (2006), *2006 World drug report*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- UNODC (2007), *2007 World drug report*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- UNODC e governo del Marocco (2007), *Morocco Cannabis survey 2006*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- Weaver, T. (2007), «Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services», National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, Londra.
- Wikstrom, M., Holmgren, P. e Ahlner, J. (2004), «A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden», *Journal of analytical toxicology* 28, pagg. 67-70.





Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

**Relazione annuale 2007: Evoluzione del fenomeno della droga in Europa**

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee

2007 — 93 pagg. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-294-2



## **Come ottenere le pubblicazioni dell'UE?**

Le pubblicazioni in vendita dell'Ufficio delle pubblicazioni si possono ordinare tramite EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>) presso gli uffici di vendita di vostra scelta.

È possibile anche richiedere un elenco di operatori della nostra rete di vendita mondiale inviando un fax al numero (352) 2929 42758.

## Informazioni sull'OEDT

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) è una delle agenzie decentrate dell'Unione europea. Istituito nel 1993, con sede a Lisbona, l'Osservatorio è il punto di convergenza e la fonte di informazioni di ogni tipo sulle droghe e sulle tossicodipendenze in Europa.

L'OEDT raccoglie, analizza e divulga informazioni obiettive, affidabili e comparabili sulle droghe e sulle tossicodipendenze. In quest'ottica, fornisce al pubblico un quadro teorico e pratico (evidence-based) del fenomeno della droga a livello europeo.

Le pubblicazioni dell'Osservatorio sono una fonte primaria di informazioni per un'ampia gamma di interlocutori, fra cui i responsabili politici ed i relativi consulenti, i professionisti ed i ricercatori che lavorano nel campo delle droghe, ma anche i mass-media ed il pubblico in generale.

La relazione annuale presenta il panorama del fenomeno delle droghe in Europa, tracciato dall'OEDT per l'anno appena trascorso. Si tratta di un testo di riferimento essenziale per chi cerca i dati più recenti sulle droghe in Europa.