



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

RELAZIONAZIONE ANNUALE 2008

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, spagnolo, ceco, danese, tedesco, estone, greco, inglese, francese, italiano, lettone, lituano, ungherese, olandese, polacco, portoghese, rumeno, slovacco, sloveno, finlandese, svedese, 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, 2008

ISBN 978-92-9168-330-7

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2008

La riproduzione è autorizzata con citazione della fonte.

Printed in Luxembourg

STAMPATO SU CARTA SBIANCATA SENZA CLORO



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, P-1149-045 Lisboa
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Indice

Premessa	5
Ringraziamenti	7
Introduzione	9
Commento: La situazione delle droghe in Europa: nuove prospettive e vecchie realtà	11
Capitolo 1: Misure politiche e legislative Sviluppi politici internazionali e nell'UE • Strategie nazionali • Spesa pubblica • Legislazione nazionale • Reati • Ricerca nazionale	19
Capitolo 2: La risposta ai problemi della droga in Europa: panoramica Prevenzione • Trattamento • Riduzione del danno • Reinserimento sociale • Interventi sul piano sociale e sanitario nelle carceri	30
Capitolo 3: Cannabis Offerta e disponibilità • Prevalenza e modelli di consumo • Trattamento	39
Capitolo 4: Anfetamine, ecstasy e LSD Offerta e disponibilità • Prevalenza e modelli di consumo • Ambienti ricreativi • Erogazione di cure	51
Capitolo 5: Cocaina e cocaina crack Offerta e disponibilità • Prevalenza e modelli di consumo • Trattamento e riduzione del danno	63
Capitolo 6: Consumo di oppiacei e iniezione di droga Offerta e disponibilità di eroina • Prevalenza e modelli di consumo • Consumo di stupefacenti per via parenterale • Trattamento del consumo problematico di oppiacei	74
Capitolo 7: Malattie infettive e decessi correlati alla droga Malattie infettive • Prevenzione delle malattie infettive • Mortalità e decessi • Riduzione dei decessi	85
Capitolo 8: Nuove droghe e tendenze emergenti L'azione comunitaria sulle nuove sostanze psicoattive • I negozi online • GHB e GBL	98
Riferimenti bibliografici	103



Premessa

Siamo particolarmente fieri di presentare questa tredicesima relazione annuale dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze. La sua realizzazione è stata possibile unicamente grazie alla dedizione e all'impegno dei nostri partner della rete Reitox di punti focali nazionali e degli esperti di tutta Europa, che hanno partecipato all'attività di analisi. Esprimiamo inoltre la nostra riconoscenza alle agenzie dell'UE e alle organizzazioni internazionali che operano nel campo delle droghe. Questa relazione è il risultato di uno sforzo collettivo e pertanto desideriamo ringraziare tutti coloro che vi hanno contribuito. Secondo la logica su cui poggia questo nostro lavoro, un'analisi a mente fredda delle conoscenze attuali sul fenomeno delle droghe costituisce il presupposto indispensabile per dar vita a un dibattito informato, produttivo e ragionato. Esso garantisce che le opinioni siano corroborate dai fatti e che i soggetti incaricati di adottare decisioni politiche complesse possano comprendere pienamente i costi e i benefici delle opzioni disponibili.

Il 2008 è stato un anno di grande attività nel settore delle politiche in materia di droga e l'OEDT ha avuto l'onore di prendere parte sia alla valutazione finale dell'attuale piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga sia alla revisione della sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sul fenomeno della droga del 1998. È gratificante sapere che l'Europa, in base agli standard internazionali, si distingue come una delle regioni del mondo in cui le capacità di monitoraggio sono maggiormente sviluppate; al tempo stesso, siamo perfettamente consapevoli dei limiti delle nostre attuali risorse informative e siamo costantemente impegnati, assieme ai nostri partner, per migliorare la qualità e la pertinenza dei dati disponibili.

Una tematica sottostante al dibattito politico sulle droghe è quella dei costi, sia occulti che visibili, del problema degli stupefacenti in Europa, che viene affrontata in diverse parti della relazione. L'OEDT si è attivata per tracciare un quadro della spesa pubblica destinata alla lotta al consumo di stupefacenti negli Stati membri dell'UE; poiché questa attività è ancora nella sua fase iniziale, le stime ottenute non sono precise ma indicative. Esse suggeriscono tuttavia che in questo settore vengono spese somme considerevoli, comprese, stando ai dati preliminari, tra i 28 e i 40 miliardi di euro. Più complesso è invece quantificare in termini economici il danno causato dal consumo di droga. Come è possibile infatti stimare il costo prodotto dalla tragica perdita di vite umane causata dalle droghe in Europa, dalle ripercussioni negative sulle comunità in cui le sostanze vengono vendute o prodotte, o dagli ostacoli posti dal traffico di sostanze stupefacenti allo sviluppo sociale e alla stabilità politica dei paesi di produzione e di transito? Per

ricordare i danni collaterali provocati da questo problema sarebbe sufficiente pensare alle preoccupanti conseguenze dovute al transito della cocaina attraverso l'Africa occidentale.

E, tuttavia, le buone notizie non mancano: sembra infatti che il consumo di sostanze stupefacenti in Europa si sia stabilizzato e si possono osservare progressi nel modo in cui gli Stati membri dell'UE affrontano la questione. Per la maggior parte delle forme di consumo, stando alla nostra valutazione generale, non si registra alcun incremento; al contrario, in alcuni settori sembra profilarsi una tendenza alla diminuzione dell'uso. Per quanto riguarda gli interventi di risposta, praticamente tutti gli Stati membri hanno adottato un approccio strategico e, a livello europeo, si osserva maggiore coesione. La disponibilità delle opzioni terapeutiche continua a migliorare, al punto che, in alcuni Stati, si può affermare che oggi la maggior parte dei consumatori di eroina, un tempo considerati una popolazione sommersa, è in contatto, in un modo o nell'altro, con i servizi assistenziali. Fino a pochi anni fa il problema dell'infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale rappresentava una tematica centrale nel dibattito politico sulle droghe. Da allora, interventi concreti che combinano misure di prevenzione, trattamento e riduzione del danno sono diventati la norma in Europa e i tassi di nuove infezioni attribuite al consumo di droga sono diminuiti e continuano a scendere.

Le buone azioni, si sa, non fanno notizia e spesso passano inosservate. Se, tuttavia, qualche progresso è stato fatto, riteniamo importante riconoscerne il valore. In Europa vengono individuate con sempre maggior frequenza le misure che possono essere efficaci per risolvere il problema della droga. Riconoscere che le nostre attività possono fare ed effettivamente fanno la differenza è una condizione essenziale per assicurare a questo lavoro un sostegno politico e investimenti di risorse. Ciò non significa però che la nostra relazione trascuri molti aspetti ancora preoccupanti per l'Unione europea, tra cui, per esempio, l'aumento costante del consumo di cocaina e le profonde differenze che tuttora esistono da un paese all'altro nella disponibilità e nella qualità dei servizi destinati ai tossicodipendenti. È d'obbligo pertanto concludere che, benché siano stati fatti dei passi avanti, la nostra missione è ancora lungi dall'essere terminata. Ma perlomeno, oggi più che mai, si registra in Europa un consenso più marcato sulla strada da percorrere.

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 capi 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 alcol 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.

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, di cui sono responsabili i relativi governi, sono le autorità nazionali che forniscono all'OEDT informazioni relative alle droghe.

I recapiti per contattare i punti focali nazionali sono disponibili al seguente indirizzo:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



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 menzionati si riferiscono al 2006 (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 di riferimento.

I prezzi al dettaglio che sono stati riferiti all'OEDT rappresentano i prezzi praticati ai consumatori. I dati relativi alla purezza o alla potenza forniti dalla maggior parte dei paesi si basano su un campione di sostanze sequestrate e non è possibile, in genere, creare un collegamento tra i dati segnalati e un livello specifico sul mercato della droga. Per quanto riguarda la purezza o la potenza e i prezzi al dettaglio, tutte le analisi fanno riferimento a valori tipici (modali) o, in mancanza di questi, a valori medi (o mediani).

Le relazioni sulla prevalenza dell'uso di sostanze stupefacenti fondate su indagini condotte sulla popolazione generale si riferiscono in gran parte alla popolazione nazionale di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Tra i paesi che utilizzano limiti di età minimi e massimi diversi vi sono: Bulgaria (18-60), Repubblica ceca (18), Danimarca (16), Germania (18), Ungheria (18-59), Malta (18), Svezia (16) e Regno Unito (16-59).

Nelle relazioni sulla domanda di trattamento, l'espressione «nuovi pazienti» indica le persone che hanno iniziato un trattamento per la prima volta, mentre l'espressione «tutti i pazienti» indica tutte le persone che iniziano una cura. I dati non tengono conto dei pazienti che seguono una terapia continua dall'inizio dell'anno. Se è indicata la percentuale delle domande di trattamento per una determinata droga primaria, il denominatore è il numero di casi per i quali la droga primaria è nota.

L'analisi delle tendenze si basa solamente su quei paesi che forniscono dati sufficienti per descrivere i cambiamenti avvenuti durante il periodo di tempo in questione. I dati relativi al 2005 possono sostituire i valori mancanti del 2006 nell'analisi delle tendenze dei dati sul mercato della droga; per l'analisi di altre tendenze, i dati mancanti possono essere interpolati. Le tendenze relative ai prezzi sono state corrette al livello di inflazione nazionale.

Il termine «segnalazioni» per reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti può essere riferito a concetti diversi a seconda del paese.

Ulteriori informazioni sui dati e sui metodi analitici sono reperibili attraverso il bollettino statistico 2008.

La relazione annuale è disponibile in 23 lingue e può essere scaricata al seguente indirizzo: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>

Il bollettino statistico 2008 dell'OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) contiene l'insieme completo delle tabelle sulle quali è basata l'analisi statistica contenuta nella relazione annuale. Esso fornisce inoltre informazioni particolareggiate sulla metodologia utilizzata, nonché circa 100 ulteriori grafici statistici.

Le panoramiche dei paesi (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) presentano una sintesi degli aspetti principali riguardanti la situazione delle droghe per ciascun paese.

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/publications/national-reports>).



Commento

La situazione delle droghe in Europa: nuove prospettive e vecchie realtà

Un segnale chiaro dall'Europa in un importante anno di riflessione e di elaborazione di strategie politiche

In Europa, il 2008 è stato l'anno della valutazione del piano d'azione in materia di lotta contro la droga 2005-2008 e della preparazione di un nuovo piano in grado di far progredire la strategia comunitaria in materia di stupefacenti alla sua seconda fase (2009-2012). Contemporaneamente, 13 Stati membri stanno riscrivendo o revisionando i propri piani d'azione o le rispettive strategie nazionali in materia di droga. Sul piano internazionale il 2008 è anche l'anno della revisione decennale delle dichiarazioni e dei piani d'azione adottati dalla XX sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite (Ungass). Tutto ciò rende il 2008 un anno senza precedenti come occasione per riflettere, a livello europeo e mondiale, sull'efficacia che le politiche in materia di droga hanno dimostrato finora e sulle direzioni da seguire in futuro.

In Europa l'adozione di strategie nazionali in materia di lotta alla droga da parte degli Stati membri ha riscosso un consenso crescente, così come il contributo offerto da questi paesi al dibattito mondiale sull'argomento. Allo stato attuale, tutti gli Stati membri tranne uno dispongono di documenti strategici nazionali in materia di droga e circa la metà di questi paesi struttura i propri documenti in base a linee direttrici simili a quelle utilizzate per il piano d'azione dell'UE, a indicare una maggiore convergenza politica in Europa sulle possibili soluzioni al problema della droga. Nell'ambito del dibattito, tuttora in corso, che accompagna la revisione dell'Ungass, gli Stati membri dell'UE, sostenuti dalla Commissione, hanno proposto una posizione comunitaria via via più unificata. Nei contributi europei alle discussioni sono state messe in rilievo la necessità di azioni e strategie globali, equilibrate e basate sull'esperienza, e l'importanza di un monitoraggio più attento del fenomeno mondiale delle droghe all'indomani della revisione dell'Ungass.

Il consumo di stupefacenti e l'applicazione di sanzioni penali: un quadro diversificato

Negli ultimi anni l'OEDT ha osservato, nelle normative in materia di droga dei paesi europei, la tendenza a stabilire una distinzione più netta tra i soggetti dediti al traffico e allo spaccio di sostanze stupefacenti e i soggetti che ne fanno uso. Tale distinzione si è tradotta in alcuni paesi in una riduzione delle pene comminate per il consumo di droga, mentre altri si rifiutano di intervenire in questo senso o hanno addirittura inasprito le sanzioni. Nella realtà dei fatti spesso è difficile distinguere tra fornitore e consumatore, ed è per questo motivo che negli Stati membri si registrano differenze marcate nel modo in cui è stata tracciata la linea di demarcazione tra queste due categorie.

L'idea che i paesi europei ricorrano oggi in misura minore alle sanzioni penali per punire il consumo di sostanze stupefacenti non è supportata dai dati a disposizione. In Europa il numero di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti è aumentato negli ultimi anni. La maggioranza delle segnalazioni riguarda non già l'offerta, bensì l'uso e la detenzione per uso personale, e mentre i reati del primo tipo sono cresciuti del 12%, quelli del secondo sono aumentati di oltre il 50%. La cannabis continua a essere la sostanza più spesso menzionata nei reati contro la legge sugli stupefacenti.

Le ragioni dell'incremento dei reati connessi al consumo di stupefacenti non sono chiare, ma potrebbero perfino essere ricondotte al fatto che, in alcuni paesi, può essere diventato più semplice, dal punto di vista amministrativo, pronunciare un giudizio di colpevolezza per possesso di stupefacenti. È certo, invece, che l'ipotesi formulata da alcuni osservatori, secondo cui, negli ultimi anni, sarebbe diminuita per i consumatori di droga e, in particolare, per i consumatori di cannabis la probabilità di essere accusati di questo genere di reato, non è confermata dai dati statistici. Non è nemmeno chiaro fino a che punto siano cambiate le sanzioni applicate per il possesso di stupefacenti, motivo per cui il prossimo anno l'OEDT dedicherà a questo argomento una questione specifica.

Una nuova indagine statistica per studiare l'atteggiamento dei giovani verso il consumo di sostanze stupefacenti

Una recente indagine dell'Eurobarometro ha esaminato l'atteggiamento dei giovani verso le droghe e il loro modo di percepire il problema, riscontrando una marcata convergenza di opinioni in paesi diversi. Nel complesso, una percentuale compresa tra l'81% e il 96% degli intervistati ha classificato come «elevato» il rischio connesso al consumo di sostanze come l'eroina, la cocaina e l'ecstasy. La stragrande maggioranza degli intervistati (il 95%) è del parere che tali sostanze debbano continuare a essere controllate in Europa. Al contrario, le opinioni riguardo al consumo di cannabis sono meno omogenee: il 40% degli intervistati ritiene che questa sostanza rappresenti un rischio non trascurabile, mentre una percentuale quasi equivalente (il 43%) crede che la cannabis rappresenti un «rischio per la salute di media entità», analogo a grandi linee al rischio connesso al consumo di tabacco. Questa percezione dei rischi per la salute connessi al consumo di cannabis si riflette in una minore convinzione della necessità di continuare a proibire l'uso di questa sostanza (67%) e nel parere, condiviso da una nutrita minoranza (31%), che la cannabis debba essere soggetta a norme analoghe a quelle adottate per gli alcolici e il tabacco.

Prevenire il consumo di droga: l'esperienza aumenta, ma a livello pratico i progressi sono ancora lenti

Nonostante la prevenzione del consumo di stupefacenti goda di un sostegno quasi universale, le valutazioni formali in questo settore rappresentano una sfida dal punto di vista metodologico e, storicamente, sono ancora limitate le prove che dimostrano l'efficacia degli interventi. La situazione si sta evolvendo grazie alla maggior disponibilità di prove scientifiche a sostegno delle strategie preventive e all'esecuzione di studi metodologicamente più rigorosi. Se è vero che spesso è ancora necessario dedurre informazioni partendo dai risultati emersi da studi condotti negli Stati Uniti (la cui pertinenza al contesto europeo può anche essere discutibile), altrettanto certo è che oggi è disponibile anche un corpus crescente di ricerche realizzate in Europa. Tutte queste informazioni consentono di comprendere meglio quali tipi di attività possono rivelarsi efficaci e come raggiungere i soggetti più a rischio. Nonostante ciò, dati recenti sembrano indicare che spesso, in molti paesi, continuano a prevalere approcci non supportati da una solida base empirica, che in alcuni casi prevedono addirittura attività che possono rivelarsi controproducenti. La sfida che devono raccogliere i responsabili politici è rappresentata dal fatto che i

programmi notoriamente in grado di produrre benefici necessitano, il più delle volte, di un investimento di risorse più cospicuo e di una maggiore attenzione nei confronti della formazione e del controllo della qualità.

Per favorire il trasferimento di conoscenze e migliori prassi nel settore delle droghe l'OEDT ha lanciato nel 2008 il portale Internet delle buone prassi. Il portale, che comprende un modulo dedicato alla prevenzione, fornisce una panoramica delle più recenti evidenze dell'efficacia e dell'efficienza dei programmi di prevenzione nonché strumenti e standard finalizzati a migliorare la qualità degli interventi. Vengono inoltre forniti esempi di prassi collaudate in Europa.

Il trattamento della tossicodipendenza: più attenzione per i risultati e per le esigenze dei pazienti

Negli ultimi anni è notevolmente cresciuto il numero di pazienti in trattamento per curare una tossicodipendenza, al punto che in molti paesi una percentuale significativa di consumatori problematici di oppiacei sta seguendo una terapia sostitutiva a lungo termine. Questa tendenza ha determinato il moltiplicarsi delle opzioni farmaceutiche disponibili, indirizzando maggiormente l'attenzione verso la qualità e l'esito del trattamento (anziché verso il numero di soggetti in terapia) quale prima preoccupazione politica. Il dibattito, in particolare, si è spostato sull'analisi di ciò che rappresenta un obiettivo realistico di lungo termine per la terapia sostitutiva e sulle probabilità per i pazienti di reinserirsi nella società e tornare a uno stile di vita normale. Avere un'occupazione è uno dei fattori chiave per potersi reintegrare nella società, cui è stato attribuito un elevato valore prognostico. Spesso, tuttavia, rientrare nel mercato del lavoro è tutt'altro che facile, considerando le scarse competenze e il basso livello di istruzione di molti dei soggetti appartenenti al gruppo dei tossicodipendenti cronici, tra l'altro in progressiva fase di invecchiamento, che seguono una terapia di lungo termine in Europa. Per i servizi terapeutici europei specializzati nella cura delle tossicodipendenze è pertanto sempre più importante trovare un accordo su ciò che costituisce un risultato terapeutico soddisfacente per i soggetti con problemi cronici di droga e sulle possibilità di reintegrare queste persone nella società.

Sebbene in Europa l'erogazione di servizi terapeutici per le tossicodipendenze sia in continua espansione, esistono ancora differenze sostanziali da un paese all'altro in termini di disponibilità dell'assistenza o di diversificazione dei servizi in base ai problemi riscontrati. Inoltre, il riconoscimento diffuso dell'importanza di offrire più opzioni terapeutiche ai tossicodipendenti

In breve: stime sul consumo di droga in Europa

Le stime presentate di seguito si riferiscono alla popolazione adulta (15-64 anni) e si basano sui più recenti dati disponibili. Per informazioni sulla totalità dei dati e sulla metodologia adottata si rimanda al bollettino statistico allegato.

Cannabis

Prevalenza una tantum: almeno 71 milioni (il 22% dei cittadini europei adulti).

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

Consumo nell'ultimo mese: più di 12 milioni di europei.

Variazioni da paese a paese nel consumo nell'ultimo anno: range complessivo dallo 0,8% all'11,2%.

Cocaina

Prevalenza una tantum: almeno 12 milioni (il 3,6% dei cittadini europei adulti).

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

Consumo nell'ultimo mese: circa 2 milioni.

Variazioni da paese a paese nel consumo nell'ultimo anno: range complessivo dallo 0,1% al 3,0%.

Ecstasy

Prevalenza una tantum: circa 9,5 milioni (il 2,8% dei cittadini europei adulti).

Consumo nell'ultimo anno: più di 2,6 milioni o un terzo dei consumatori una tantum.

Consumo nell'ultimo mese: più di 1 milione.

Variazioni da paese a paese nel consumo nell'ultimo anno: range complessivo dallo 0,2% al 3,5%.

Anfetamine

Prevalenza una tantum: circa 11 milioni (il 3,3% dei cittadini europei adulti).

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

Consumo nell'ultimo mese: meno di 1 milione.

Variazioni da paese a paese nel consumo nell'ultimo anno: range complessivo dallo 0,0% all'1,3%.

Oppiacei

Consumo problematico di oppiacei: tra uno e sei casi ogni 1 000 cittadini adulti.

Nel 2005-2006 i decessi indotti dagli stupefacenti sono stati responsabili del 3,5% del totale dei decessi dei cittadini europei della fascia di età 15-39 anni, con la presenza di oppiacei in circa il 70% dei casi.

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

Più di 600 000 consumatori di oppiacei sono stati sottoposti nel 2006 a trattamento con terapia sostitutiva.

detenuti in carcere non è ancora stato accompagnato da investimenti nei servizi in questo settore, che continuano a essere poco sviluppati nella maggior parte dei paesi. Una sfida importante per i servizi terapeutici europei è la necessità di introdurre modelli di assistenza adeguati alle esigenze di una popolazione di tossicodipendenti più eterogenea. In un contesto generale in cui nessun approccio particolare ha dimostrato di essere più efficace di un altro, alcuni paesi europei stanno elaborando nuove interessanti metodologie per curare i consumatori di cannabis o di cocaina. La complessità dei problemi causati da modelli diversi di poliassunzione, compreso anche il consumo di alcol, rappresenta una sfida per lo sviluppo dell'assistenza. È probabile, quindi, che in futuro i servizi terapeutici europei dovranno adottare un insieme di risposte sempre più differenziato per poter soddisfare le necessità sempre più articolate dei propri pazienti.

Aumentano i segnali di un possibile declino della popolarità della cannabis

Dati recenti provenienti da indagini condotte nella popolazione adulta o nelle scuole suggeriscono che in alcuni paesi il consumo complessivo di cannabis si è stabilizzato o sta diminuendo. Nonostante ciò, per il momento si riscontrano ancora tendenze poco uniformi a livello nazionale e differenze sostanziali da un paese all'altro. Tutto ciò si riflette inevitabilmente nei dati di tendenza di medio termine, dove si osservano sia incrementi dei consumi, spesso segnalati dai paesi con tassi di prevalenza più bassi, sia una situazione stabile in molti altri paesi sia infine una diminuzione in alcuni paesi con tassi di prevalenza più elevati.

La diminuzione del tasso di prevalenza è più evidente nelle fasce di età più giovani. I dati provenienti dall'ultimo studio HBSC (*Health behaviour in school-aged children*, un'indagine realizzata nelle scuole che esamina lo stato di salute e gli stili di vita dei giovani in età scolare) mostrano una tendenza del consumo di droga tra gli studenti di 15 anni stabile o in diminuzione nella maggior parte dei paesi nel periodo 2001-2006, mentre le relazioni preliminari pervenute fanno pensare che tale scenario potrebbe essere confermato dall'ultimo ciclo dell'indagine ESPAD (*European school project on alcohol and other drugs*, Indagine europea nelle scuole sul consumo di alcol e altre droghe), la cui pubblicazione è attesa per la fine del 2008. Nel Regno Unito, un paese che in passato si è distinto in termini di elevata prevalenza del consumo di cannabis, si registra oggi una diminuzione costante dei consumi, che è particolarmente evidente nella fascia di età compresa tra i 16 e i 24 anni. Le ragioni per cui si presume che l'uso della cannabis stia diventando meno

popolare tra i giovani non sono ben documentate, ma potrebbero essere collegate a un possibile cambiamento nella percezione dei rischi associati al consumo di questa sostanza. Alcuni osservatori suggeriscono che il calo di popolarità della cannabis potrebbe essere associato a una variazione di atteggiamento nei confronti del consumo di sigarette. In Europa, infatti, la cannabis viene spesso assunta assieme al tabacco, ed è per questo che i programmi di prevenzione mirano con sempre maggior frequenza a risolvere contemporaneamente i problemi di salute provocati dal consumo di sostanze sia lecite che illecite.

Nonostante le tendenze in atto, i livelli del consumo di cannabis in Europa rimangono alti rispetto agli standard storici; in molti paesi si trovano popolazioni numerose di consumatori intensivi e regolari, tra cui prevalgono i giovani di sesso maschile. Poiché le statistiche relative al numero di soggetti dediti a un consumo intensivo e regolare di cannabis potrebbero seguire un andamento autonomo rispetto al dato del consumo nella popolazione generale, occorre prestare maggiore attenzione a questi modelli di consumo e ai problemi che comportano.

La produzione nazionale di cannabis: una grande incognita

Il prodotto dominante in molti Stati membri dell'UE è storicamente la resina di cannabis, di cui i paesi dell'Europa occidentale si confermano, nel complesso, i principali consumatori a livello mondiale. Nonostante ciò, si registra in Europa un aumento della produzione nazionale della cannabis in foglie, che per gran parte rimane clandestina. La maggior parte dei paesi riferisce oggi una produzione locale, in quantitativi compresi tra alcune piante coltivate per uso personale a piantagioni su vasta scala destinate a fini commerciali.

La portata e la relativa quota di mercato della cannabis in foglie prodotta a livello nazionale rimangono sconosciute. L'OEDT, per rispondere a questa situazione, sta conducendo una mappatura del mercato di questa sostanza in Europa. Sempre più si discute inoltre delle implicazioni legate all'evoluzione del mercato della cannabis, nell'ambito del quale trovano voce, tra l'altro, i timori per l'impatto negativo dei siti di produzione della cannabis sulle comunità limitrofe, a causa dell'aumento dei tassi di criminalità, e per il fatto che la cannabis prodotta a livello nazionale è caratterizzata in genere da un'elevata potenza. La produzione locale, inoltre, rappresenta una sfida per le forze dell'ordine, poiché i centri di produzione sono vicini ai consumatori e possono essere occultati in modo relativamente semplice, mentre la droga non deve essere trasportata oltre i confini nazionali.

Il consumo di cocaina continua a crescere nonostante la frammentazione del mercato europeo delle sostanze stimolanti

Le sostanze stimolanti svolgono un ruolo di primo piano, non solo nei modelli di consumo riscontrati presso la popolazione europea dei consumatori problematici cronici ed emarginati, ma anche tra i gruppi di giovani più integrati nella società, che usano queste droghe in contesti ricreativi. In Europa, tuttavia, esistono differenze nei modelli di consumo delle sostanze stimolanti: in questo momento la cocaina è la sostanza stimolante più diffusa in molti paesi dell'Europa meridionale e occidentale e il suo consumo è in continua crescita. Gli indicatori del consumo di anfetamine ed ecstasy, invece, delineano una situazione di stabilità generale o una tendenza alla diminuzione. Nonostante ciò, le anfetamine si confermano come le sostanze stimolanti più utilizzate nella maggior parte dei paesi dell'Europa centrale, settentrionale e orientale, dove talvolta rappresentano una componente fondamentale del problema delle droghe. Il consumo di metanfetamine, al contrario, rimane raro al di fuori della Repubblica ceca e della Slovacchia, sebbene la disponibilità o l'uso di queste sostanze sia segnalato di tanto in tanto anche in altri paesi.

A fronte delle analogie riscontrate sia nei contesti in cui le diverse sostanze stimolanti vengono assunte sia nelle motivazioni fornite dai consumatori per l'uso che ne viene fatto, tali sostanze possono in parte essere considerate come prodotti concorrenti sul mercato europeo delle droghe. Ciò significa che le azioni di contrasto, oltre a essere dirette verso le singole droghe, devono guardare alle sostanze stimolanti come a un gruppo omogeneo, che può essere fonte di problemi simili. Questo aspetto è particolarmente importante perché le misure che mirano a colpire la disponibilità di una di queste sostanze possono risultare inefficaci se hanno come unico esito quello di dirottare le preferenze dei consumatori verso prodotti alternativi.

I progressi compiuti nella produzione di droghe sintetiche in Europa fanno aumentare la preoccupazione per i costi ambientali

I paesi europei continuano a essere i principali produttori di anfetamine e MDMA, anche se l'importanza relativa dell'Europa può essersi ridotta in concomitanza con l'aumento della produzione in altre parti del mondo. Ogni anno, in genere, vengono scoperti tra i 70 e i 90 centri di produzione, concentrati perlopiù in alcuni paesi dell'Europa occidentale e orientale. I dati raccolti dalle forze di polizia indicano che la produzione delle droghe sintetiche,

comprese le metanfetamine, sta forse iniziando a essere più sofisticata, con cicli produttivi in aumento grazie all'utilizzo di recipienti di reazione più grandi, attrezzature industriali e personalizzate, e laboratori mobili.

L'aumento delle dimensioni dei cicli tipici di produzione può aggravare il problema dello smaltimento dei rifiuti. In genere, la produzione di un chilogrammo di anfetamine o di MDMA produce circa 15-20 chilogrammi di materiale di scarto, tra cui anche sostanze chimiche tossiche e infiammabili, che rappresentano un pericolo per l'ambiente. I costi in termini di danni ambientali e di bonifica dei siti utilizzati per lo smaltimento illegale dei rifiuti chimici derivanti dalla produzione di droghe sintetiche possono essere ingenti.

Il traffico di cocaina attraverso l'Africa occidentale: un fenomeno allarmante di fronte al quale è necessario reagire

In Europa, dove il consumo di cocaina non accenna a diminuire, vengono profusi sforzi sempre maggiori diretti a interdire l'uso di questa sostanza. Continuano ad aumentare sia il quantitativo sia il numero dei sequestri di cocaina, con un volume annuo che ora supera le 120 tonnellate, di cui oltre tre quarti riferito da Spagna e Portogallo. La lotta al traffico di cocaina diretto in Europa è stata rafforzata con l'istituzione, a Lisbona, del *Maritime Analysis and Operations Centre-Narcotics* (MAOC-N), un ente che ricopre un ruolo importante nel coordinamento delle attività di interdizione e nella condivisione dei dati di intelligence tra gli Stati membri partecipanti.

Benché la cocaina penetri nel mercato europeo attraverso più rotte, il traffico attraverso i paesi dell'Africa occidentale è aumentato drasticamente tanto da costituire ora la principale rotta di transito della cocaina destinata al mercato europeo. Questa situazione potrebbe destabilizzare e pregiudicare gli sforzi tesi allo sviluppo di una regione già provata da una lunga serie di difficoltà di carattere sociale, sanitario e politico. In particolare, i profitti generati dal traffico di cocaina hanno elevate potenzialità di compromettere i sistemi della giustizia penale e di incoraggiare la corruzione. L'Unione europea e i suoi Stati membri stanno collaborando con i paesi dell'Africa occidentale per elaborare una serie di misure di contrasto a questa crescente minaccia.

I problemi legati all'eroina non diminuiscono e parallelamente si segnala un incremento del consumo degli oppiacei di sintesi

Secondo le stime più recenti, la produzione mondiale di eroina, che attualmente raggiunge quasi le 733 tonnellate, ha continuato a crescere; non è facile tuttavia

misurare l'impatto di tale incremento sulla disponibilità e sul consumo di questa sostanza in Europa e non è nemmeno semplice trarre conclusioni in questo settore sulla base dei dati disponibili. I quantitativi di eroina sequestrati nell'Unione europea, per esempio, sono leggermente diminuiti, ma questo dato è controbilanciato da un incremento sostanziale registrato in Turchia.

Non vi sono prove sufficientemente convincenti che indicano una crescita epidemica dei problemi legati al consumo di eroina analoga a quella che molte regioni europee hanno sperimentato negli anni novanta; nel complesso, le statistiche segnalano una situazione di stabilità piuttosto che un'attenuazione del fenomeno. Pertanto il consumo di eroina in Europa rimane un problema grave di salute pubblica, tuttora responsabile di una parte consistente dei costi sociali e sanitari complessivi connessi al consumo di stupefacenti. Secondo i dati riferiti, il consumo di oppiacei, e principalmente di eroina, è associato al 60% circa delle richieste di trattamento per tossicodipendenza in Europa. Tra i neopazienti, la percentuale relativa dei consumatori di oppiacei — ma non il loro numero effettivo — è in diminuzione, sebbene si abbia l'impressione che attualmente questa tendenza si sia livellata. Inoltre, nonostante il lento invecchiamento della popolazione europea di consumatori di oppiacei sia ormai dimostrato, i dati disponibili indicano che nuovi soggetti si aggiungono alla popolazione dei tossicodipendenti, a un tasso tale per cui è assodato che, nel prossimo futuro, il problema non si ridimensionerà in maniera significativa.

Si ha l'impressione (forse paradossalmente, se si tiene conto della situazione in Afghanistan) che i problemi causati dagli oppiacei sintetici dirottati e da quelli prodotti illegalmente siano sempre più frequenti in certi paesi. In Lettonia, Lituania ed Estonia, per esempio, vi sono segnali di un aggravarsi del problema per via della disponibilità di 3-metilfentanil, che viene prodotto illegalmente al di fuori dell'Unione europea. A causa della potenza di questa sostanza (il fentanil è molto più potente dell'eroina), il suo consumo può essere alquanto pericoloso, come dimostrano le oltre 70 intossicazioni letali da fentanil riferite dall'Estonia nel 2006. Altri paesi segnalano un numero crescente di soggetti che si rivolgono ai servizi terapeutici per problemi connessi al consumo di oppiacei che sembrano essere stati dirottati dall'utilizzo lecito per fini terapeutici, un fatto questo che contribuisce a inasprire il fenomeno della poliassunzione, ormai tipico dei consumatori cronici di stupefacenti in alcune regioni d'Europa.

Il consumo di droga per via parenterale e l'HIV: un quadro complessivamente positivo, nonostante le marcate differenze ancora presenti a livello nazionale

Più del 40% del totale degli eroinomani che si sottopongono a un trattamento ambulatoriale riferisce di assumere la sostanza per via parenterale, a dimostrazione del fatto che questa via di somministrazione estremamente pericolosa continua a rappresentare un importante problema di salute in Europa. Il consumo di droga per via parenterale comporta una serie di complicazioni che comprendono, tra l'altro, la diffusione di infezioni che si trasmettono attraverso il sangue come l'HIV e l'epatite C. I cambiamenti registrati nella proporzione di consumatori di eroina per via parenterale tra i pazienti che iniziano una terapia suggeriscono che, in molti paesi, la tendenza generale ha virato verso un allontanamento da questa modalità di assunzione, sebbene i dati mostrino differenze significative a livello regionale e nazionale. In alcuni paesi, specialmente nell'Europa orientale, il consumo di sostanze stupefacenti per via parenterale rimane la principale modalità di assunzione dell'eroina, riferita da oltre l'80% dei tossicodipendenti in trattamento. In alcuni Stati membri, inoltre, si registrano ancora livelli relativamente alti di iniziazione della tossicodipendenza, come indicano studi condotti tra i consumatori di droga per via parenterale, che mostrano percentuali piuttosto elevate di nuovi giovani consumatori.

Nel complesso, il tasso di infezioni da HIV di nuova diagnosi in Europa è in diminuzione da quando un'epidemia localizzata in alcuni paesi ha raggiunto l'apice all'inizio di questo decennio. L'impressione è che il declino dell'assunzione di eroina per via parenterale, associato alla maggiore disponibilità di servizi di trattamento e riduzione del danno, abbia determinato una situazione di miglioramento generale. Inoltre, dove si è assistito a un aumento delle nuove infezioni, questo è stato di lieve entità. Rimangono tuttavia differenze significative da un paese all'altro. Benché i dati indichino uno sviluppo positivo della situazione in Estonia, Lettonia e Portogallo, questi paesi segnalano tuttora livelli sproporzionatamente elevati di nuove infezioni e riferiscono una percentuale significativa di tutti i nuovi casi di HIV in Europa riconducibili al consumo di droga. Anche i dati provenienti da studi locali o regionali suggeriscono che la trasmissione dell'infezione da HIV continua a essere preoccupante in Spagna e in Italia, benché l'assenza di dati sui casi nazionali renda difficile rilevare una tendenza in questi paesi. In altre regioni i comportamenti a rischio non accennano a diminuire e quindi il potenziale di nuove epidemie non si può escludere, a sottolineare con fermezza la necessità di

tenere alta la guardia: la Bulgaria, per esempio, ha segnalato 34 nuovi casi nel 2006, ma non ha denunciato alcuna infezione nel periodo 2000-2003.

I decessi correlati agli stupefacenti: un fardello che grava sulla sanità pubblica

L'OEDT monitora le intossicazioni letali direttamente attribuibili al consumo di sostanze stupefacenti (decessi indotti da stupefacenti). Ogni anno si registrano in media in Europa circa 7 000-8 000 decessi indotti da stupefacenti, una cifra questa che rappresenta una stima minima, poiché è noto che non tutti i casi vengono segnalati. Gli oppiacei, e soprattutto l'eroina, sono le sostanze maggiormente responsabili delle overdosi, seguite a ruota da altre sostanze e dalle bevande alcoliche. Dopo essere diminuito per alcuni anni all'inizio di questo decennio, il numero di decessi indotti dagli stupefacenti mostra oggi una tendenza al livellamento. Poiché le ragioni di questo cambiamento non sono chiare, è evidente che occorre intensificare l'attività di ricerca in relazione sia ai fattori legati all'overdose sia all'efficacia delle misure di prevenzione. I tossicodipendenti che lasciano il carcere possono essere particolarmente a rischio: uno studio recente riferisce infatti tassi di mortalità 8-10 volte superiori alle previsioni. Nel complesso, la prevenzione delle overdosi rimane un settore cui vale la pena riservare maggiori investimenti.

È stato altresì dimostrato che la mortalità generale tra i tossicodipendenti, prendendo in considerazione anche i decessi dovuti a malattie, incidenti ed episodi di violenza, è fino a cinquanta volte superiore a quella registrata nella popolazione generale. Proprio per questo è necessario investire in studi di coorte ben progettati, che consentano di comprendere meglio le cause e la portata della mortalità generale correlata al consumo di droga e di esaminare rischi differenziali, come quelli a cui sono esposti i detenuti quando lasciano il carcere dopo aver scontato la pena e i pazienti che abbandonano le cure.

Internet e le innovazioni del mercato mettono alla prova le politiche in materia di droga

Una recente indagine dell'OEDT ha rivelato che i negozi online con sede in Europa vendono più di 200 sostanze psicoattive naturali, semisintetiche e sintetiche. Molti di questi prodotti, classificati come «legal highs» o «herbal highs» (droghe «legali» o «vegetali»), vengono pubblicizzati come alternative alle sostanze controllate, sebbene il loro status giuridico reale possa variare notevolmente da un paese all'altro. Le relazioni pervenute rivelano che i negozi online specializzati nella vendita

di questi prodotti si stanno moltiplicando e si adattano rapidamente ai tentativi di controllare il mercato, per esempio attraverso il lancio di nuovi prodotti. Inoltre, anche le farmacie e i negozi online dediti alla vendita di sostanze psicoattive per scopi apparentemente legittimi hanno il potenziale di fornire nuove vie di commercializzazione per l'offerta di sostanze illecite. Al giorno d'oggi il numero complessivo di vendite effettuate attraverso Internet mette a dura prova le politiche di lotta alla droga e i meccanismi di controllo a livello nazionale sia internazionale. Considerando la rapidità con cui nuovi prodotti fanno la propria comparsa sul mercato e vengono distribuiti ai consumatori, il monitoraggio delle attività online sta diventando un settore importante in cui vale la pena investire risorse.

Cresce la consapevolezza dell'importanza del dialogo con la società civile

I problemi provocati dalle droghe si intrecciano con una serie di altre problematiche sociali e sanitarie. Di conseguenza, gli interventi efficaci in questo settore richiedono il coinvolgimento di un'ampia schiera di partecipanti e possono trarre vantaggio dal sostegno delle comunità in cui vengono attuati. Capire questa dinamica significa anche ammettere che il dibattito politico ha bisogno di essere alimentato dal dialogo con la società civile. Tenendo a mente questo obiettivo, sono state intraprese di recente a livello europeo alcune azioni per contrastare il fenomeno delle droghe. Degna di nota tra queste è l'istituzione, da parte della Commissione europea, di un forum della società civile come un'opportunità per garantire che le esperienze di prima linea vadano ad alimentare il processo di elaborazione della nuova

strategia comunitaria in materia di stupefacenti e a influenzare la valutazione del piano d'azione dell'UE sulle droghe. L'importanza di consultare i rappresentanti delle organizzazioni non governative e delle comunità locali è stata riconosciuta anche dalla strategia dell'UE in materia di lotta alla droga ed è stata ribadita in una relazione adottata dal Parlamento europeo nel marzo 2008, che ha sancito il ruolo fondamentale della società civile nella preparazione, nell'attuazione, nella valutazione e nel monitoraggio delle politiche in materia di stupefacenti.

La ricerca europea sulle droghe e la necessità di cooperare a livello transnazionale

Nell'arco dell'ultimo decennio, in Europa, la ricerca sulle droghe e l'infrastruttura su cui essa poggia (centri di ricerca, riviste scientifiche, meccanismi di finanziamento) si sono sviluppate notevolmente, come illustra una questione specifica dedicata alla ricerca, pubblicata dall'OEDT nel 2008. La nota negativa è che questo progresso non è stato accompagnato da un incremento equivalente della cooperazione e del coordinamento delle attività di ricerca sugli stupefacenti tra gli Stati membri dell'UE. Oggi questo aspetto sta richiamando a sé l'attenzione di un maggior numero di attori, tanto che la Commissione europea ha richiesto un nuovo studio, che fornisca una panoramica dell'attività di ricerca e un'analisi comparativa delle infrastrutture disponibili in Europa e in altre parti del mondo. La relazione conterrà raccomandazioni per migliorare la cooperazione a livello UE e per contribuire al dibattito sulle modalità per rafforzare il collegamento tra le opportunità di finanziamento della ricerca in Europa e le esigenze della ricerca e della politica.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capitolo 1

Misure politiche e legislative

Introduzione

Le politiche in materia di stupefacenti avranno un ruolo di primo piano nel 2008: quest'anno, infatti, sia le Nazioni Unite che l'Unione europea valuteranno le rispettive politiche sull'uso delle sostanze illecite e sui danni che esso provoca. Le Nazioni Unite esamineranno i progressi compiuti nell'attuazione delle misure adottate nel 1998 dalla sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite (Ungass) sul fenomeno della droga nel mondo e nel raggiungimento degli obiettivi stabiliti in quell'occasione. In Europa, nel 2008, si prevedono la valutazione finale del piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2005-2008) tutt'ora in corso, e la stesura del piano d'azione per il periodo 2009-2012. Nel corso dell'anno, inoltre, anche un numero elevato di Stati membri dell'UE procederà alla revisione delle strategie nazionali sugli stupefacenti e dei propri piani d'azione, e preparerà nuovi documenti strategici in materia ⁽¹⁾.

L'OEDT discuterà i risultati raggiunti e i progressi compiuti nel 2008 nella sua prossima relazione annuale. Quest'anno, il capitolo 1 si concentra sui cambiamenti riscontrati di recente nelle politiche sulle droghe, presenta nuovi dati sulla spesa pubblica per la lotta agli stupefacenti, esamina tre dimensioni distinte della legislazione in materia — la detenzione per uso personale, le alternative alla sanzione, l'importanza della protezione dei cittadini — e illustra le ultime tendenze nel settore dei reati connessi agli stupefacenti. Il capitolo termina con una panoramica della ricerca in materia di stupefacenti negli Stati membri dell'UE.

Sviluppi politici internazionali e nell'UE

Revisione decennale dell'Ungass

Nel giugno 1998 è stata convocata a New York la XX sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite (Ungass) per discutere il problema della droga a

livello mondiale. Questo «vertice sugli stupefacenti» ha stabilito nuove priorità per la comunità internazionale attraverso l'adozione di tre documenti fondamentali ⁽²⁾: una dichiarazione politica; una dichiarazione sui principi guida per la riduzione della domanda di stupefacenti; una risoluzione, articolata in cinque parti, contenente misure per rafforzare la cooperazione internazionale. Con l'adozione della dichiarazione politica, gli Stati membri delle Nazioni Unite si sono impegnati a raggiungere risultati concreti nella riduzione della domanda e dell'offerta di sostanze illecite entro il 2008.

La sessione di quest'anno della commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite (CND) ha iniziato la revisione decennale dei progressi compiuti nel raggiungimento degli obiettivi e delle finalità stabiliti dall'Ungass nel 1998. Secondo una relazione presentata dall'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC), negli ultimi dieci anni sono stati fatti progressi significativi, anche se gli Stati membri delle Nazioni Unite, in alcune regioni o zone geografiche, non hanno realizzato del tutto gli obiettivi e le finalità fissati nella dichiarazione politica ⁽³⁾. Questa valutazione sarà seguita da un periodo di riflessione di un anno, durante il quale si discuterà prima in sede di gruppi di lavoro di esperti intergovernativi, e poi in riunioni intersessione. Questo modo di procedere permetterà di predisporre un incontro dedicato di alto livello, della durata di due giorni, della CND 2009, che prenderà una decisione riguardo a una possibile dichiarazione politica per il futuro e a eventuali provvedimenti da adottare.

L'Unione europea sta partecipando attivamente alla revisione dell'Ungass. Le risoluzioni redatte dall'UE sono state adottate nelle sessioni della CND del 2006 (49/1), 2007 (50/12) e 2008 (51/4); tutte e tre le risoluzioni auspicano un processo di revisione scientifico e trasparente. L'OEDT, inoltre, è stato coinvolto in consultazioni di esperti organizzate dall'UNODC e finanziate dalla Commissione europea, per le quali ha

⁽¹⁾ L'OEDT discuterà i risultati raggiunti e i progressi compiuti nel 2008 nella sua prossima relazione annuale. Quest'anno, il capitolo 1 si concentra sui cambiamenti riscontrati di recente nelle politiche sulle droghe, presenta nuovi dati sulla spesa pubblica per la lotta agli stupefacenti, esamina tre dimensioni distinte della legislazione in materia — la detenzione per uso personale, le alternative alla sanzione, l'importanza della protezione dei cittadini — e illustra le ultime tendenze nel settore dei reati connessi agli stupefacenti. Il capitolo termina con una panoramica della ricerca in materia di stupefacenti negli Stati membri dell'UE.

⁽²⁾ <http://www.un.org/ga/20special/>

⁽³⁾ <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

realizzato una panoramica delle strategie e delle soluzioni in materia di stupefacenti applicate in Europa dal 1998.

Valutazione del piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga

Nel dicembre 2007, la Commissione europea ha presentato la sua seconda revisione sull'andamento del piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga (2005-2008). La revisione, che raccoglie dati forniti dagli Stati membri dell'UE, dall'OEDT, dall'Europol e dalla Commissione europea, valuta il grado di realizzazione delle attività pianificate per il 2007. Stando a una delle principali conclusioni della revisione, si possono rilevare punti di convergenza tra le politiche in materia di lotta alle droghe dei vari Stati membri. Il documento, inoltre, mette in evidenza le difficoltà relative alla raccolta di dati sulle attività di riduzione dell'offerta e al collegamento di alcune delle azioni pianificate con l'indicatore scelto per valutarne l'attuazione.

La valutazione finale del piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga attualmente in corso è stata effettuata nel 2008 e vi hanno contribuito gli Stati membri dell'UE, l'Europol e l'OEDT. La relazione di valutazione sarà pubblicata dalla Commissione nell'autunno 2008 e i risultati che ne emergeranno serviranno a delineare il secondo piano d'azione (2009-2012) nell'ambito dell'attuale strategia dell'UE in materia di droga (2005-2012).

Altri sviluppi UE

Nel settembre 2007 il Consiglio e il Parlamento europeo hanno adottato il programma «Prevenzione e informazione in materia di droga» ⁽⁴⁾ nell'ambito del quadro finanziario 2007-2013 e del programma generale per i diritti fondamentali e la giustizia. Gli obiettivi generali del programma sono: prevenire e ridurre il consumo, la dipendenza e i danni correlati agli stupefacenti; contribuire a migliorare le informazioni sull'uso di sostanze stupefacenti; sostenere le azioni intraprese con la strategia dell'UE in materia di droga (2005-2012). Per quanto riguarda il programma, 21,35 milioni di euro saranno a disposizione per studi della Commissione, costi operativi delle organizzazioni non governative europee nel settore della lotta alle droghe e progetti transnazionali. Si potranno anche intraprendere azioni congiunte con altri programmi comunitari come, per esempio, il secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute (2008-2013) ⁽⁵⁾, che,

nella parte dedicata alla promozione della salute legata a diversi fattori determinanti, comprende interventi sulle sostanze illecite in ambienti specifici come le scuole e i luoghi di lavoro.

Nel giugno 2006 la Commissione europea ha pubblicato un Libro verde sul ruolo della società civile nella politica in materia di droga, come richiesto dall'attuale piano d'azione in materia di lotta alla droga. A ciò è seguita nel 2007 una procedura di selezione per un nuovo forum della società civile sulle droghe. Lo scopo del forum è fungere da piattaforma per uno scambio informale di opinioni e informazioni tra la Commissione e le organizzazioni della società civile nell'UE, nei paesi candidati all'adesione e, a seconda del caso, nei paesi che rientrano nella politica europea di vicinato. Al forum partecipano 26 organizzazioni in rappresentanza di un ampio spettro di vedute. Esso si è riunito per la prima volta nel dicembre 2007 e quindi nel maggio 2008 per discutere la valutazione dell'attuale piano d'azione dell'UE in materia di lotta alla droga e il nuovo piano d'azione.

Strategie nazionali in materia di droga

Nuovi sviluppi

Nella seconda metà del 2007 quattro Stati membri dell'UE (Repubblica ceca, Estonia, Ungheria e Finlandia), Turchia e Norvegia hanno adottato nuovi piani d'azione in materia di droga o nuovi programmi. Tutti questi documenti coprono un periodo di tempo di tre-quattro anni e, fatta eccezione per il piano d'azione turco, sono stati preceduti da altre misure analoghe. Nello stesso anno, anche la Spagna ha approvato un piano d'azione nazionale complementare contro la cocaina (2007-2010).

All'inizio del 2008 altri tre Stati membri hanno adottato nuove strategie politiche. Il primo piano d'azione dell'Italia in materia di droga interesserà un periodo di tempo di un anno e sarà seguito da un piano d'azione quadriennale (2009-2012), che si sincronizzerà con il nuovo piano d'azione dell'UE. Il primo documento in materia di lotta alla droga prodotto da Malta, pur non specificando un periodo di riferimento, prevede quasi cinquanta azioni da realizzare nei prossimi anni. Infine, la nuova strategia decennale in materia di stupefacenti del Regno Unito (2008-2018) sarà affiancata, per la prima volta, da un piano d'azione triennale (2008-2011) che stabilisce azioni chiave da attuare nel prossimo futuro.

⁽⁴⁾ Decisione n. 1150/2007/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 25 settembre 2007, che istituisce per il periodo 2007-2013 il programma specifico «Prevenzione e informazione in materia di droga» nell'ambito del programma generale «Diritti fondamentali e giustizia» (GU L 257 del 3.10.2007, pag. 23).

⁽⁵⁾ Decisione n. 1350/2007/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2007, che istituisce un secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute (2008-2013) (GU L 301 del 20.11.2007, pag. 3).

La maggior parte dei documenti strategici nazionali in materia di droga adottati tra la fine del 2007 e l'inizio del 2008 si concentrano principalmente sulle sostanze illecite, ma alcuni si occupano anche di altre sostanze come l'alcol, il tabacco, i farmaci e le sostanze dopanti. Ciò riflette una tendenza comune ai paesi europei, tale per cui, pur ammettendo l'esistenza di collegamenti e analogie tra l'uso di sostanze lecite e illecite, i documenti che definiscono le strategie in materia di droghe interessano nel complesso assai di rado le sostanze diverse da quelle illecite (6). La Norvegia si conferma un'eccezione a questa regola, avendo adottato di recente un piano d'azione che tiene pienamente conto delle sostanze illecite e dell'alcol. Le diverse strategie e i numerosi piani d'azione in materia di droga varati a livello nazionale che verranno elaborati per il 2009, assieme a quelli adottati di recente, permetteranno all'OEDT di stabilire se la tendenza verso l'integrazione delle sostanze lecite e illecite nelle politiche nazionali, individuata nella questione specifica 2006, è proseguita.

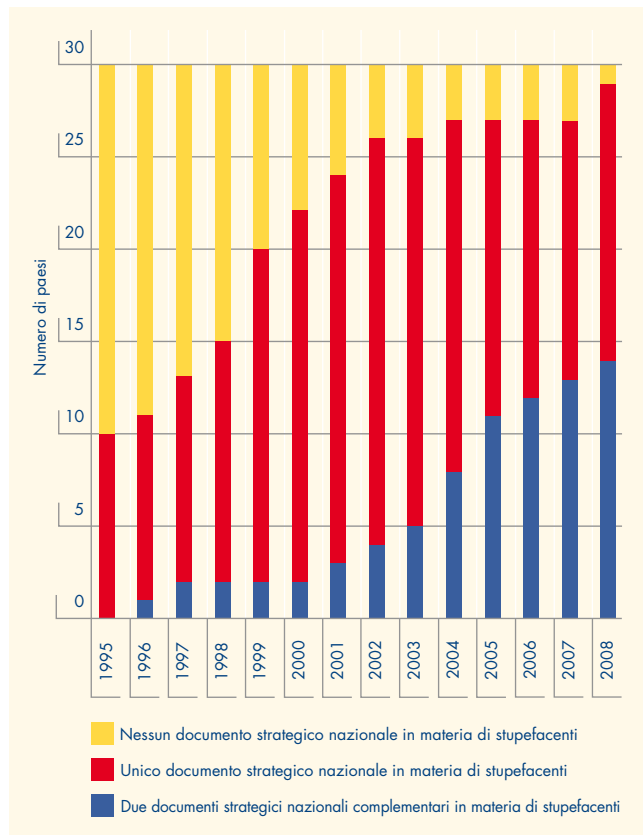
Situazione generale

L'Austria è al momento il solo Stato membro dell'UE a non aver adottato una strategia nazionale o un piano d'azione in materia di droga, sebbene ogni sua provincia disponga di un piano strategico o di un piano d'azione per la lotta alla droga o alla tossicodipendenza. Negli altri 26 Stati membri e in Croazia, Turchia e Norvegia la politica sulle droghe viene stabilita da documenti nazionali redatti appositamente a questo scopo. A titolo di riferimento, nel 1995 soltanto 10 di questi 30 paesi avevano predisposto uno strumento di questo tipo (grafico 1).

Si osservano punti di convergenza anche per quanto riguarda il formato delle strategie e dei piani d'azione in materia di droghe. Ora sono quattordici i paesi che strutturano i propri documenti nazionali sulle droghe secondo linee direttrici simili a quelle del piano strategico e del piano d'azione dell'UE attualmente in corso. Lo stesso numero di paesi, inoltre, organizza la propria politica nazionale utilizzando due strumenti complementari: un quadro strategico e un piano d'azione (grafico 1). Nel 2000, quando l'Unione europea adottò questo approccio per la prima volta, solamente due Stati membri disponevano di documenti complementari per la lotta alle droghe.

Il contenuto dei documenti strategici nazionali sulle droghe è un altro settore in cui si possono riscontrare punti di contatto tra Stati membri dell'UE, Croazia, Turchia e Norvegia, poiché le strategie e i piani d'azione nazionali in materia di droghe adottati dai diversi paesi contengono

Grafico 1: Tendenze osservate nei paesi dotati di documenti strategici nazionali in materia di stupefacenti tra i 27 Stati membri dell'UE, Croazia, Turchia e Norvegia



Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

sempre più spesso obiettivi e interventi comuni. Tuttavia, dato che il fenomeno della droga è diverso nei singoli paesi europei, così come è diversa la situazione politica, sociale ed economica, le differenze che si osservano nelle politiche nazionali in materia di stupefacenti, sebbene in diminuzione, tenderanno probabilmente in qualche modo a perdurare anche in futuro. Alcuni esempi di queste diversità sono riportati nel capitolo 2.

Valutazione

Nel 2008, 13 Stati membri dell'UE hanno già riscritto o intendono revisionare e riscrivere i propri documenti nazionali in materia di droghe, cosa che fa del 2008 un anno caratterizzato da un'attività politica a livello nazionale senza precedenti. Dopo Italia, Malta e Regno Unito, toccherà all'Irlanda rinnovare la propria strategia di lotta alle droghe nel 2008; Francia, Portogallo e Romania prepareranno un nuovo piano d'azione; Bulgaria, Spagna, Cipro, Lituania e Slovacchia adotteranno sia una nuova strategia che un nuovo piano d'azione. I Paesi Bassi, infine, in cui ancora si sta utilizzando il documento

(6) Cfr. la questione specifica (2006) «European drug policies: extended beyond illicit drugs?».

nazionale più datato in materia di sostanze stupefacenti, intendono stilare un nuovo documento nel corso dell'anno.

In Europa si riconosce sempre di più la necessità di includere le attività di monitoraggio e di valutazione tra le componenti irrinunciabili delle strategie e dei piani d'azione nazionali di lotta alla droga. Quasi tutti i paesi citati in precedenza hanno prodotto, o prevedono di produrre, una revisione sull'andamento dell'attuazione della propria strategia o del piano d'azione sulle droghe, e alcuni di essi (per esempio, Irlanda, Cipro e Portogallo) potrebbero realizzare valutazioni più approfondite nel 2008.

Gli Stati membri differiscono tuttavia per i metodi e gli approcci che adottano per valutare le strategie e i piani d'azione nazionali, e si riscontra la necessità di individuare le migliori prassi in questo settore. Questi aspetti sono stati messi in luce durante una conferenza sulle modalità di valutazione organizzata dalla presidenza portoghese nel settembre 2007. Per rispondere a questa sfida, l'OEDT, in collaborazione con gli Stati membri, sta esaminando la possibilità di elaborare linee guida europee ad hoc.

Spesa pubblica nel campo della droga

Quattro Stati membri dell'UE (Repubblica ceca, Irlanda, Polonia, Portogallo) hanno fornito informazioni sulla spesa pubblica associata alla soluzione del problema della droga (riportate nella tabella 1) con riferimento al 2006. Due di questi quattro paesi hanno trasmesso informazioni sulla suddivisione dei costi correlati alla lotta alla droga tra il governo centrale e le autorità regionali o locali, consentendo in tal modo di mettere a

confronto il ruolo svolto dai diversi settori del governo. Nei paesi per cui vi sono dati a disposizione, la parte più consistente della spesa pubblica collegata al fenomeno della droga è destinata ad attività finanziate dal governo centrale.

Undici Stati membri hanno presentato dati precisi sulla spesa pubblica in relazione a talune attività intraprese in risposta al problema della droga. Altri due paesi hanno comunicato stime approssimative della spesa pubblica globale collegata alla lotta alla droga (Spagna, Malta), anche se non hanno presentato informazioni sugli interventi per cui sono stati erogati i finanziamenti.

Si è calcolato che nel 2005 la spesa pubblica totale relativa agli stupefacenti sostenuta dai paesi europei si collocasse tra i 13 miliardi di euro e i 36 miliardi di euro (OEDT, 2007a). Si è giunti a questo dato estrapolando il dato per gli altri paesi dalla spesa totale per gli stupefacenti di sei paesi (Belgio, Ungheria, Paesi Bassi, Finlandia, Svezia, Regno Unito). Di recente è stata proposta (OEDT, 2008d) una stima corretta, che tiene conto delle informazioni provenienti da altri paesi (Repubblica ceca, Francia, Lussemburgo, Polonia, Slovacchia). La nuova stima della spesa pubblica associata al problema della droga in Europa è di 34 miliardi di euro (intervallo di confidenza del 95%, pari a 28-40 miliardi di euro), che equivale allo 0,3% del prodotto interno lordo combinato di tutti gli Stati membri dell'UE. Ciò significa che la spesa pubblica per il fenomeno della droga costa in media al cittadino comunitario 60 euro all'anno. Questi dati devono tuttavia essere considerati a titolo indicativo, a causa della scarsità di informazioni su cui si basano.

Tabella 1: Spesa pubblica correlata agli stupefacenti (1) in una selezione di Stati membri dell'UE

Stato	Spesa riferita per settore governativo (EUR)				Totale in proporzione alla spesa pubblica totale (2) (%)
	Centrale	Regionale	Locale	Totale	
Repubblica ceca	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Irlanda (3)	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Polonia	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portogallo	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11

(1) Spesa pubblica esplicitamente «classificata» come correlata al fenomeno delle droghe nei documenti contabili ufficiali.

(2) Spesa totale generale dello Stato nel corso dell'anno.

(3) In Irlanda, i ministeri e gli enti statali sono invitati a riferire le proprie spese annuali correlate agli stupefacenti al Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs, che ha un ruolo di coordinamento. Tali spese non sono necessariamente contrassegnate come correlate agli stupefacenti nei documenti contabili ufficiali.

Fonte: punti focali nazionali Reitox e Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

Verso una migliore comprensione della spesa pubblica associata al problema della droga in Europa — Questione specifica OEDT 2008

In risposta al piano d'azione dell'UE in materia di lotta alla droga 2005-2008, l'OEDT ha elaborato un progetto volto a individuare, sviluppare e verificare metodologie che consentano di quantificare la spesa pubblica associata al problema della droga. Una questione specifica sull'argomento passa in rassegna le cifre complessive riguardanti la spesa pubblica associata al problema delle droghe nel 2005 negli Stati membri dell'UE e in Norvegia. La maggior parte delle spese individuate sono state inizialmente «classificate» come associate al problema della droga e si è potuto risalirvi attraverso un'attenta revisione dei documenti contabili ufficiali, forse un riflesso dell'impegno spontaneo dei governi nel settore delle tossicodipendenze. Ove possibile, le spese nascoste o «non classificate», inserite in programmi aventi obiettivi di più ampia portata, sono state stimate mediante tecniche di modellazione. Questo nuovo approccio in due fasi consente di produrre stime standardizzate che ottimizzano la validità e la comparabilità a livello transnazionale della spesa pubblica destinata alla lotta alle droghe e alle tossicodipendenze.

Questa questione specifica è disponibile soltanto in lingua inglese, in formato cartaceo o in formato elettronico all'indirizzo <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>

Segnalazioni sul costo sociale del consumo di droga

Quattro Stati membri hanno comunicato dati sul costo sociale del consumo di droga (sui costi diretti e indiretti riconducibili al consumo di droga). Se, da un lato, queste segnalazioni offrono un punto di osservazione sull'impatto del consumo di droga nel paese cui si riferiscono, dall'altro lato, la diversità dei metodi utilizzati e delle modalità di presentazione dei risultati rendono impossibile un confronto tra Stati. Questa impossibilità di confrontare i dati forniti dai diversi paesi mette in evidenza la necessità di adottare un approccio comune per il monitoraggio del costo sociale del consumo di stupefacenti in Europa.

In Italia, il costo sociale del consumo di sostanze illecite è stato stimato in 6 473 milioni di euro, di cui la maggior parte (43%) destinata alle attività di polizia e il resto suddiviso tra servizi sociali e sanitari (27%) e perdita di produttività dovuta ai consumatori di droga e alle persone indirettamente colpite dal consumo di droga (30%). Si stima inoltre che i consumatori di stupefacenti abbiano speso 3 980 milioni di euro per acquistare sostanze illecite. In base a questi dati, si ritiene che il costo del consumo di droga in Italia rappresenti lo 0,7% del prodotto interno lordo. Secondo i dati forniti dall'Austria, nel 2004 la ripartizione tra costi diretti e indiretti era opposta a quella riferita dall'Italia: i costi sociali stimati riconducibili al

consumo di droga ammontavano a 1 444 milioni di euro, di cui il 72% rappresentato da costi indiretti.

Il Regno Unito riferisce che, nel biennio 2003-2004, i costi economici e sociali del consumo di sostanze di classe A ⁽⁷⁾ in Inghilterra e Galles ammontavano a 22,26 miliardi di euro, vale a dire un costo annuale pari a 63 940 euro per ogni consumatore di droga problematico. Si ritiene che il consumo problematico di sostanze stupefacenti sia responsabile del 99% dei costi totali. I costi causati dai reati correlati agli stupefacenti, compresi i costi delle forze di polizia e delle vittime di tali reati, corrispondono alla parte più consistente dei costi complessivi (il 90% o 20,1 miliardi di euro).

Evoluzione della legislazione nazionale

In questo anno in cui i documenti strategici in materia di droga sono oggetto di revisioni e valutazioni a livello internazionale, europeo e nazionale è particolarmente interessante esaminare i cambiamenti intervenuti nella legislazione sugli stupefacenti dall'Ungass del 1998. Osservando i cambiamenti avvenuti in tre ambiti fondamentali, la presente sezione cerca di rispondere alla seguente domanda: l'evoluzione delle definizioni di legge e le risposte date ai consumatori di droga sono indici di una nuova, più diffusa tendenza nel modo di considerare i consumatori di stupefacenti da parte dei singoli paesi?

Detenzione per uso personale

Negli ultimi 10 anni la maggior parte dei paesi europei si è orientata verso un approccio che distingue lo spacciatore di droga, che viene percepito come un criminale, dal consumatore di droga, che è considerato più come una persona malata bisognosa di cure. Negli Stati membri, tuttavia, le definizioni scelte per queste categorie nelle leggi adottate di recente sono estremamente diverse.

Uno dei punti su cui gli Stati membri sono più distanti è la questione se stabilire o meno dei quantitativi limite per qualificare l'uso personale. Nel periodo 2004-2006, la Bulgaria ha eliminato il concetto di uso personale, l'Italia lo ha reintrodotta dopo 12 anni di assenza e il Regno Unito ha introdotto la nozione ma ha scelto successivamente di non applicarla. Nel 2003 Cipro e il Belgio hanno previsto dei quantitativi limite, rispettivamente per tutte le sostanze e per la cannabis; in Germania, invece, i Länder stanno cercando di applicare in modo più coerente una sentenza della Corte costituzionale in cui il riferimento a «quantitativo insignificante» non era ben specificato, lasciando quindi

(7) Le droghe di classe A comprendono le sostanze ritenute più nocive.

spazio a interpretazioni comprese tra i 3 e i 30 grammi. Nel 2005 in Slovacchia le definizioni di «uso personale» sono state ampliate da un massimo di una dose a un massimo di tre e, per quantitativi maggiori, di 10 dosi. Al tempo stesso, tuttavia, la pena per il possesso di quantitativi superiori a questi è stata portata a un minimo di quattro anni di carcere, come per il reato di spaccio.

Il consumo di droga all'interno di piccoli gruppi pone un'altra sfida ai tentativi di distinguere tra consumatori e fornitori. In Belgio, il reato penale specifico di consumo di gruppo è stato abrogato nel 2003; nello stesso anno, una modifica del codice penale ungherese contemplava la conversione della pena in trattamento nel caso di fornitori di quantitativi di stupefacenti esigui, destinati al consumo «in gruppo» (essendo il concetto di «consumo di gruppo» poco chiaro dal punto di vista giuridico). Nel 2006 Malta ha stabilito che la pena minima a sei mesi di detenzione per i fornitori non era sempre adeguata in situazioni di condivisione e ha modificato la legge per permettere delle eccezioni.

Per quanto riguarda la pena, a partire dal 2001 le sanzioni massime o probabili per il consumo o la detenzione per uso personale, in assenza di circostanze aggravanti, sono state ridotte in una serie di paesi europei — per tutte le sostanze (Estonia, Grecia, Ungheria, Portogallo, Finlandia) oppure solamente per la cannabis (Belgio, Lussemburgo, Regno Unito) o per sostanze meno problematiche (Romania). Non tutti i paesi, tuttavia, hanno diminuito le pene in questo arco temporale. Francia e Portogallo, dopo un ciclo di consultazioni, hanno deciso di non modificare le rispettive normative; la Danimarca ha invece aumentato le pene «ordinarie», che sono passate da ammonizioni ad ammende (con un successivo aumento degli importi). In Italia una nuova legge ha reintrodotto il consumo di droga tra i reati amministrativi e ha riclassificato la cannabis, disponendo per questa sostanza le stesse pene previste per altre sostanze illecite, come l'eroina e la cocaina. Il Regno Unito ha preannunciato che la cannabis sarà riclassificata e attribuita a un gruppo di sostanze più pericolose rispetto alla classificazione attuale.

Alternative alla sanzione

Le modifiche apportate al meccanismo di accesso dei consumatori di sostanze stupefacenti al trattamento terapeutico attraverso il sistema giudiziario hanno in comune, in genere, due caratteristiche. In primo luogo, tutte prevedono un ampliamento dell'ambito di applicazione, allo scopo di indirizzare i tossicodipendenti verso le opportunità di trattamento. In tal caso rimangono comunque alcune differenze, da paese a paese, riguardo

al momento in cui viene offerta la possibilità di optare per il trattamento terapeutico: nella maggior parte dei casi ciò avviene in sede di giudizio, e non nelle fasi precedenti (primi contatti con la polizia o con i pubblici ministeri). In secondo luogo, queste modifiche sono vincolate al rispetto di una o più condizioni, per cui la violazione dell'ordinanza che dispone l'obbligo del trattamento comporta il riavvio della procedura di incriminazione, la ripresa dell'azione penale o l'esecuzione della pena.

Alcuni paesi hanno introdotto o potenziato le opzioni o i sistemi che permettono agli autori dei reati di essere indirizzati al trattamento terapeutico o di consulenza in alternativa alla pena o alla detenzione, in linea con gli obiettivi dell'Ungass e del piano d'azione dell'UE. Oggi i consumatori di droga possono essere rinviiati al trattamento terapeutico, dopo l'arresto, in Irlanda e a Malta; lo stesso dicasi per il Regno Unito, dove in alcune circostanze è consentita l'esecuzione di test per il rilevamento dell'uso di droga al momento dell'arresto. Appositi «tribunali della droga» sono stati istituiti in Irlanda, nel Regno Unito (Inghilterra e Scozia) e in Norvegia, e sono oggetto di discussione a Malta; il Portogallo ha creato un sistema di «commissioni per la dissuasione dall'uso di sostanze stupefacenti», composte da un avvocato, un medico e un assistente sociale. Nuove leggi adottate in altri paesi hanno introdotto alcune forme di trattamento in alternativa alla pena: in Francia i non tossicodipendenti che commettono reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti possono seguire, a proprie spese, dei corsi di sensibilizzazione; in Spagna, Ungheria e Lettonia, le pene detentive inflitte ai tossicodipendenti possono essere sospese se questi entrano in trattamento; in Bulgaria, Ungheria, Romania e Turchia la libertà vigilata può essere associata alla terapia. I Paesi Bassi mirano ad aumentare il ricorso al trattamento terapeutico quale condizione per abbreviare la detenzione. In Finlandia, ove opportuno, ai condannati per reati in materia di droga può essere comminata una pena detentiva in una «open prison», ossia un carcere che prevede alcune ore di libertà, a condizione che si astengano dall'assunzione di droghe, mentre in Grecia possono essere assegnati a una speciale unità di terapia. L'ammissibilità ai programmi terapeutici per tossicodipendenti è stata estesa, nel caso di soggetti condannati per reati più gravi, sia in Italia (se il reato è punibile con una pena non superiore ai sei anni di carcere, elevata da un limite massimo precedente di quattro anni) sia in Spagna (aumento del massimo della pena dai tre ai quattro anni). In Belgio, ogni fase del processo penale prevede alternative per indirizzare i rei tossicodipendenti al trattamento.

Ulteriori informazioni sulle diverse possibilità di trattamento sostitutive alla pena e sulla portata del loro utilizzo sono disponibili nelle sezioni dell'ELDD «Topic overviews» e «Legal reports» ⁽⁸⁾.

L'importanza della protezione dei cittadini

Nel decennio appena trascorso il diritto penale è stato usato sempre più spesso per proteggere i cittadini dai consumatori di droga; parallelamente, grazie alla distinzione operata tra consumatore «malato» e spacciatore «criminale», anche la categoria di «consumatore» è stata suddivisa giuridicamente tra coloro che recano disturbo o danno agli altri membri della società e coloro che non fanno altrettanto. Le disposizioni descritte in precedenza, volte a ridurre le sanzioni penali per l'uso personale o a offrire alternative alla pena, rientrano in questa evoluzione. Queste possibilità terapeutiche o le opzioni di riduzione della pena vengono concesse, per esempio, a condizione che i tossicodipendenti non siano coinvolti in atti di turbativa dell'ordine pubblico.

Inoltre, si è proceduto ad allargare i criteri e incrementare le pene per gli autori di reati che possono nuocere ad altri membri della società. La parte più consistente dell'attività legislativa si è concentrata sulle persone che guidano sotto l'effetto di sostanze stupefacenti (Belgio, Repubblica ceca, Danimarca, Spagna, Francia, Lettonia, Lituania, Portogallo, Finlandia). Nuove leggi che disciplinano l'utilizzo dei test per il rilevamento delle droghe sul luogo di lavoro in Irlanda, Finlandia e Norvegia specificano che tale pratica è permessa perlopiù in situazioni in cui l'assunzione di stupefacenti può produrre uno scenario di notevole pericolo o rischio. Norme di recente adozione sono finalizzate a limitare il fenomeno dell'assunzione di droghe in diversi settori del trasporto: per il settore ferroviario e marittimo in Irlanda, la guida di navi in Lettonia e l'aviazione in Finlandia. Negli ultimi anni, inoltre, si segnalano: norme e strategie per prevenire o punire i reati contro l'ordine pubblico correlati al consumo di stupefacenti (cfr. la questione specifica 2005); l'introduzione di ordinanze di chiusura di bar o altri locali o il divieto di frequentazione di questi locali da parte di taluni soggetti (Belgio, Irlanda, Paesi Bassi); la possibilità che le autorità impongano la chiusura di abitazioni private in cui si distribuiscono sostanze stupefacenti a fini commerciali o se ne fa sistematicamente uso (rispettivamente, Paesi Bassi e Regno Unito). Parallelamente, in questo stesso periodo sono state anche adottate in Europa nuove leggi per proteggere i non fumatori: dal 2004 ben 24 Stati membri

dell'UE (tutti tranne Grecia, Ungheria e Polonia) vietano o limitano ampiamente il fumo in tutti i luoghi pubblici chiusi, disponendo spesso pesanti ammende per i trasgressori.

Volendo sintetizzare l'evoluzione in ambito normativo trattata in questa sezione, si può notare che le sanzioni penali sono spesso state ridotte, in assenza di circostanze aggravanti, per il singolo tossicodipendente, mentre si sono inasprite, quasi a controbilanciare questa situazione, per i soggetti il cui comportamento potrebbe nuocere ad altri membri della società. Quest'ultimo aspetto riflette una tendenza all'uso delle norme penali per tutelare il cittadino.

Reati correlati agli stupefacenti

Il concetto di «reati correlati agli stupefacenti» è assai ampio e può comprendere tutti i reati che, in qualche modo, sono riconducibili alle droghe ⁽⁹⁾. Nella pratica sono disponibili in Europa solamente dati routinari riferiti alle segnalazioni iniziali di reati contro la legislazione sulle droghe, provenienti principalmente dalle forze di polizia. Sebbene questi dati vengano generalmente considerati indicatori indiretti del consumo o del traffico di droga, si deve osservare che essi riflettono le differenze esistenti a livello di legislazioni nazionali e le diverse modalità di applicazione e imposizione di queste norme. Inoltre, queste statistiche sono il riflesso delle priorità e delle risorse assegnate dalle autorità giudiziarie a reati specifici. Infine, va ricordato che i sistemi informativi variano considerevolmente da un paese all'altro, con particolare riferimento alle prassi di segnalazione e registrazione. Poiché tali differenze rendono piuttosto difficile il confronto tra paesi diversi, è più utile paragonare tra loro le tendenze anziché le cifre assolute.

Nel complesso, il numero di segnalazioni di infrazioni della normativa in materia di stupefacenti negli Stati membri dell'UE è aumentato in media del 36% tra il 2001 e il 2006 (grafico 2). I dati rivelano tendenze al rialzo in tutti i paesi che hanno fornito informazioni, a eccezione di Bulgaria, Grecia, Lettonia e Slovenia, dove si è registrato un calo generalizzato nel quinquennio in esame ⁽¹⁰⁾.

Reati connessi al consumo e all'offerta

La proporzione tra reati connessi al consumo e reati collegati all'offerta (spaccio, traffico, produzione) di sostanze stupefacenti è in linea con i dati riferiti agli anni precedenti. La maggior parte dei paesi europei dichiara che la maggioranza dei reati riguarda il consumo di droga o la detenzione per uso personale, con cifre che nel 2006 raggiungevano in Spagna il 93% ⁽¹¹⁾. Per contro, nella

⁽⁸⁾ <http://eldd.emcdda.europa.eu>

⁽⁹⁾ Per una trattazione sulla relazione tra stupefacenti e delinquenza si rimanda a: OEDT (2007b).

⁽¹⁰⁾ Cfr. la tabella DLO-1 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹¹⁾ Cfr. la tabella DLO-2 nel bollettino statistico 2008.

Repubblica ceca, nei Paesi Bassi, in Turchia e in Norvegia la maggioranza dei reati era connessa all'offerta di droga, con una percentuale compresa tra il 52 % (Turchia) e l'88 % (Repubblica ceca) di tutti i reati contro la normativa in materia di sostanze stupefacenti riferiti nel 2006.

Tra il 2001 e il 2006, nell'Unione europea, il numero dei reati correlati agli stupefacenti è aumentato in media del 51 %, con due terzi dei paesi dichiaranti che hanno segnalato una tendenza all'aumento e solamente Slovenia e Norvegia che hanno registrato un orientamento al ribasso ⁽¹²⁾. Vale la pena notare, inoltre, che — rispetto alla totalità delle violazioni della legge sulle sostanze stupefacenti — i reati legati al consumo di droga sono aumentati, durante il medesimo arco temporale, in metà dei paesi dichiaranti.

Anche i reati riconducibili all'offerta di sostanze stupefacenti sono cresciuti nel periodo 2001-2006, sia pure a un ritmo meno serrato, con un incremento medio del 12 % nell'Unione europea. In questo lasso di tempo, il numero di reati connessi all'offerta di stupefacenti è aumentato in più della metà dei paesi che hanno fornito dati ed è diminuito in quattro paesi (Germania, Cipro, Paesi Bassi, Slovenia) ⁽¹³⁾.

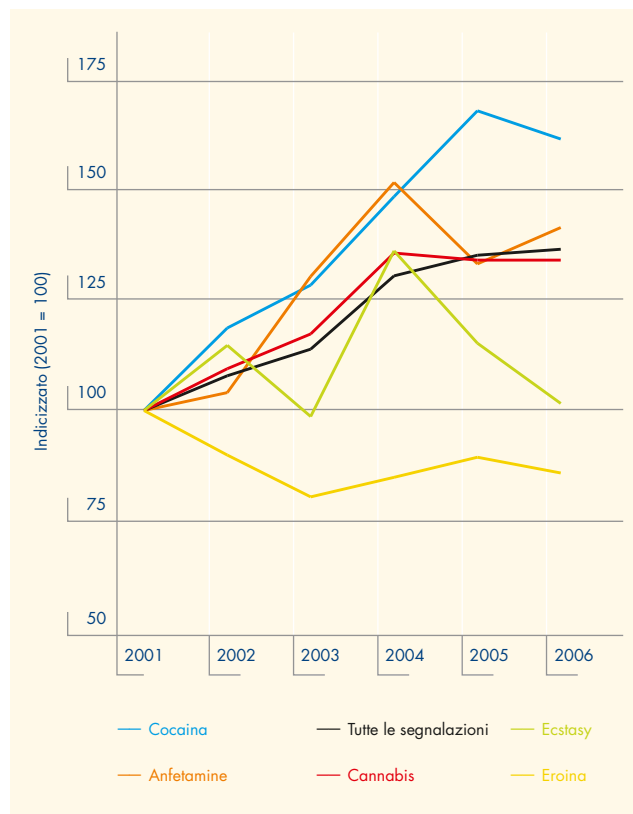
Tendenze in atto per le varie sostanze

Nella maggior parte dei paesi europei, la cannabis ha continuato a essere, nel 2006, la sostanza illecita più spesso menzionata nell'ambito dei reati per droga ⁽¹⁴⁾. In questi paesi i reati correlati alla cannabis rappresentavano una percentuale variabile tra il 36 % e l'86 % di tutti i reati per droga. In alcuni Stati hanno prevalso, per questo genere di reati, sostanze diverse dalla cannabis: nella Repubblica ceca le metanfetamine hanno contribuito al 60 % di tutti i reati per droga, mentre a Malta la sostanza più segnalata è stata l'eroina (41 %). In Lussemburgo, infine, cannabis, eroina e cocaina erano ben rappresentate nella totalità dei reati commessi contro la normativa in materia di droga.

Nel quinquennio 2001-2006 il numero di reati correlati alla cannabis è aumentato o è rimasto stabile nella maggior parte dei paesi dichiaranti, determinando un aumento complessivo del 34 % a livello comunitario (grafico 2). Una tendenza inversa si è registrata, invece, in Bulgaria, nella Repubblica ceca (2002-2006), in Italia e in Slovenia ⁽¹⁵⁾.

In riferimento allo stesso quinquennio i reati per droga riconducibili alla cocaina sono aumentati in tutti i

Grafico 2: Andamento indicizzato nelle segnalazioni di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti negli Stati membri dell'UE, 2001-2006



NB: Le tendenze rappresentano le informazioni disponibili su 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 2001 e ponderate in base al numero di abitanti, in modo da ottenere un andamento generale per l'UE; il numero totale di reati segnalati nel 2006 dai paesi considerati dalle tendenze (prima della ponderazione) era: anfetamine, 41 069; cannabis, 550 878; cocaina, 100 117; ecstasy, 17 598; eroina, 77 242; totale delle segnalazioni, 936 866. I paesi per i quali non erano disponibili informazioni per due o più anni consecutivi sono stati esclusi dal calcolo: la tendenza generale si basa su tutti i paesi dell'UE tranne il Regno Unito; la tendenza relativa alla cannabis si basa su 18 paesi, per l'eroina su 18, per la cocaina su 17, per le anfetamine su 12 e per l'ecstasy su 13. Per ulteriori informazioni riguardo alla metodologia si rimanda al grafico DLO-3 nel bollettino statistico 2008.

Fonte: Punti focali nazionali Reitox e, per i dati sulla popolazione, Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

paesi europei, ad eccezione di Bulgaria, Germania e Slovacchia. Negli stessi anni la media europea è aumentata del 61 %.

Nel periodo 2001-2006, i reati per droga riguardanti l'eroina mostrano un quadro diverso rispetto a sostanze come la cannabis o la cocaina, con un calo medio nell'Unione europea del 14 %, riferito perlopiù agli anni tra il 2001 e il 2003. Nonostante ciò, nel quinquennio in esame le tendenze nazionali osservate per i reati

⁽¹²⁾ Cfr. il grafico DLO-2 e la tabella DLO-4 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹³⁾ Cfr. la tabella DLO-5 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹⁴⁾ Cfr. la tabella DLO-3 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹⁵⁾ Cfr. la tabella DLO-6 nel bollettino statistico 2008. Per un'analisi complementare dei reati connessi alla cannabis si rimanda al capitolo 3.

correlati all'eroina sono state divergenti, con un terzo dei paesi dichiaranti che ha registrato un orientamento verso l'alto ⁽¹⁶⁾.

La media comunitaria dei reati connessi alle anfetamine e all'ecstasy ha raggiunto l'apice nel 2004. In seguito, se è vero che la tendenza riferita alle anfetamine ha continuato a salire (aumento medio del 41 % tra il 2001 e il 2006), la media europea dei reati riguardanti l'ecstasy ha subito lievi oscillazioni nel periodo di riferimento, senza mostrare variazioni di rilievo tra il 2001 e il 2006.

La ricerca nazionale sulla droga

Tutti i paesi europei svolgono ricerche sul fenomeno della droga, da cui emergono informazioni essenziali per descrivere e comprendere l'impatto della diffusione delle sostanze illecite su scala nazionale. Grazie alle relazioni fornite da 25 Stati membri, nonché da Croazia e Norvegia, è possibile tracciare un quadro dell'organizzazione della ricerca sulla droga nei paesi europei. In un'epoca in cui l'importanza degli interventi fondati sull'esperienza è riconosciuta da più parti, non è un caso che 21 paesi abbiano riferito che i risultati degli studi condotti in questo settore forniscono, almeno in parte, un orientamento all'azione politica in materia di droghe.

Coordinamento e finanziamento

La ricerca sugli stupefacenti rientra nei piani strategici o nei piani d'azione nazionali sulle droghe di 20 dei 27 paesi che hanno trasmesso dati al riguardo, come argomento a sé oppure come contributo fondamentale alle politiche basate sull'esperienza. In 15 dei 27 paesi in esame esistono strutture che si occupano del

coordinamento della ricerca sugli stupefacenti a livello nazionale. Solo cinque paesi riferiscono di non aver inserito le attività di ricerca nella propria strategia nazionale o di non avere una struttura di coordinamento in questo settore.

Lo Stato è il principale soggetto erogatore di finanziamenti destinati alla ricerca sulla droga menzionato dagli Stati membri, attraverso programmi di ricerca generale o programmi specifici nel settore degli stupefacenti. Tra i più importanti ambiti della ricerca generale a cui vengono destinati finanziamenti per attività di studio sulle sostanze stupefacenti vi sono il settore sanitario e quello delle scienze sociali. Stanziamenti riservati nello specifico alla ricerca in questo settore possono essere messi a disposizione da organismi di coordinamento nazionali sulle droghe (Repubblica ceca, Spagna, Francia, Lussemburgo, Ungheria, Polonia, Portogallo, Norvegia). Entrambi i programmi di finanziamento spesso abbinano la ricerca sulle sostanze illecite ad altri studi su sostanze o fenomeni che inducono dipendenza come l'alcol, il tabacco e il gioco d'azzardo. Le risorse vengono erogate prevalentemente attraverso contratti di ricerca su commissione o programmi quadro destinati ai ricercatori. Tra le altre fonti di finanziamento citate si annoverano le fondazioni, le accademie scientifiche, gli istituti privati, i fondi speciali per la lotta agli stupefacenti, la Commissione europea e le Nazioni Unite.

Strutture e progetti

La maggior parte dei paesi riferisce che questi studi vengono effettuati perlopiù nelle università e nei centri specializzati, alcuni dei quali ospitano punti focali nazionali, seguiti da centri di ricerca pubblici e privati.

La ricerca sulle droghe promette nuovi risultati

L'OEDT, attraverso la sua rete di punti focali nazionali Reitox, ha raccolto informazioni dettagliate sulle attività di ricerca nel settore delle droghe avviate nei paesi europei. Tra le informazioni messe a disposizione dagli Stati membri figura anche una descrizione degli enti di ricerca nazionali e degli accordi di finanziamento. Gli Stati membri hanno trasmesso inoltre un elenco degli studi più importanti condotti dal 2000 e hanno indicato le riviste scientifiche, le pubblicazioni specializzate e i siti web in cui sono stati pubblicati i risultati delle attività di ricerca sulle droghe da loro realizzate. L'OEDT mette a disposizione queste e molte altre informazioni attraverso una varietà di canali e prodotti di divulgazione (cfr. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

Per un ulteriore approfondimento al riguardo cfr. la questione specifica 2008 sulla ricerca sulle droghe (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

La Commissione europea ha commissionato un'analisi comparativa approfondita della ricerca sulle sostanze illecite nell'Unione europea. L'analisi dovrà fornire una panoramica dei finanziamenti per la ricerca sulle droghe messi a disposizione dall'Unione europea e dagli Stati membri, facendo tesoro dei risultati emersi dalla questione specifica sulla ricerca e ampliandone la portata fino a comprendere gli studi nel campo della riduzione dell'offerta di sostanze stupefacenti e della sicurezza. Lo studio si articolerà in una revisione dell'infrastruttura di ricerca esistente all'interno degli Stati membri e a livello europeo e in un confronto con altre regioni, come l'America settentrionale e l'Australia. Si concluderà quindi con una serie di raccomandazioni sulle opzioni politiche disponibili per colmare le lacune nelle conoscenze e per migliorare la cooperazione a livello europeo. Lo studio, infine, valuterà le reti europee esistenti, compresa quella dell'OEDT e dei suoi punti focali nazionali Reitox. I risultati saranno disponibili dai primi mesi del 2009.

⁽¹⁶⁾ Cfr. la tabella DLO-7 nel bollettino statistico 2008.

Alcuni Stati hanno fatto riferimento a reti di ricerca nazionali (Germania, Spagna, Portogallo), che possono avere un ruolo di primo piano nell'organizzazione e nel finanziamento dell'attività di ricerca e possono altresì promuovere un collegamento più diretto tra la ricerca e la prassi.

Dei principali studi effettuati dal 2000 segnalati dagli Stati membri, più della metà rientrava nel settore epidemiologico e circa un terzo in quello della ricerca applicata (si trattava perlopiù di valutazioni di interventi di prevenzione e trattamento). Sono stati citati anche studi sui determinanti, sui fattori di rischio del consumo di droga e sui fattori di protezione a questo correlati, sulle conseguenze dell'utilizzo delle sostanze stupefacenti e sui suoi meccanismi ed effetti.

Alcuni paesi hanno denunciato l'esistenza di una serie di ostacoli alla ricerca in questo settore. Tra i problemi riscontrati vale la pena menzionare: aspetti organizzativi come la scarsità di coordinamento e la dispersione delle risorse (Germania, Francia, Austria); la mancanza di personale qualificato (Lettonia, Ungheria); aspetti metodologici (questioni relative alla protezione dei dati; problemi nel raggiungere popolazioni nascoste; la discontinuità dei progetti di ricerca). Secondo alcuni Stati il limite principale è costituito dalla scarsità di fondi

a disposizione per effettuare uno studio sulle droghe (Belgio, Grecia, Polonia, Romania, Finlandia).

Diffusione

Sono state individuate complessivamente 25 riviste «peer-reviewed» specializzate nel settore degli stupefacenti, diffuse in 11 lingue diverse dall'inglese. La maggior parte di queste pubblicazioni nazionali presenta gli abstract in inglese e concede ampio spazio ai contributi internazionali. Oltre che nelle riviste specializzate in sostanze illecite e dipendenza, gli articoli sul consumo di droga sono frequenti anche in riviste scientifiche peer-reviewed dedicate alle più diverse discipline nonché in pubblicazioni altamente specializzate. Nel 2006 oltre 100 riviste europee di questo genere hanno pubblicato i risultati di studi condotti nel settore delle sostanze stupefacenti. Anche altri tipi di pubblicazioni, compresi quelli a cura dei punti focali nazionali, rivestono un ruolo importante nella diffusione dei risultati della ricerca.

Da menzionare infine per la loro importanza nella diffusione dei risultati della ricerca in tutti i paesi che forniscono informazioni, soprattutto tramite lo strumento delle relazioni nazionali, sono anche i punti focali nazionali Reitox.



Capitolo 2

La risposta ai problemi della droga in Europa: panoramica

Introduzione

Il presente capitolo presenta una panoramica delle risposte ai problemi della droga in Europa evidenziando, ove possibile, le tendenze in atto, i progressi compiuti e le questioni correlate alla qualità. Tra le misure esaminate in questa sede figurano la prevenzione, il trattamento, la riduzione del danno e il reinserimento sociale che, se considerati assieme, costituiscono un sistema completo di riduzione della domanda di stupefacenti. Il capitolo comprende anche una rassegna dei dati disponibili sui bisogni dei consumatori di droga detenuti in carcere e sulle possibili soluzioni a questa situazione particolare. Per concludere, vengono brevemente illustrate le sfide legate al monitoraggio di un altro settore della politica in materia di lotta alla droga, quello cioè della riduzione dell'offerta.

Prevenzione

Le attività di prevenzione della droga possono essere suddivise in più strategie o su più livelli, che vanno dalla prevenzione ambientale alla prevenzione indicata, e che idealmente non si ostacolano ma si integrano a vicenda. La seguente descrizione della situazione e delle tendenze attuali in Europa si basa su dati qualitativi relativi all'erogazione di una prevenzione universale e selettiva riferita all'OEDT nel 2007 ⁽¹⁷⁾, nonché su una disamina della letteratura sulla prevenzione indicata (OEDT, 2008f).

Prevenzione universale

Sembra che negli ultimi anni gli obiettivi dei programmi di prevenzione universale nelle scuole in Europa si siano evoluti in direzioni diverse. Nel 2007 l'obiettivo delle attività di prevenzione riferito con maggiore frequenza era il rafforzamento delle competenze di sviluppo personale (12 paesi segnalanti su 28), mentre nel 2004 la metà dei paesi (13 su 26) menzionava tra gli obiettivi principali la sensibilizzazione e la fornitura di informazioni. Anche la creazione di un ambiente scolastico proattivo, che rappresenta un intervento di tipo strutturale, è stata citata più spesso come obiettivo principe nel 2007 (da sei paesi) rispetto al 2004 (quattro paesi). Questa evoluzione

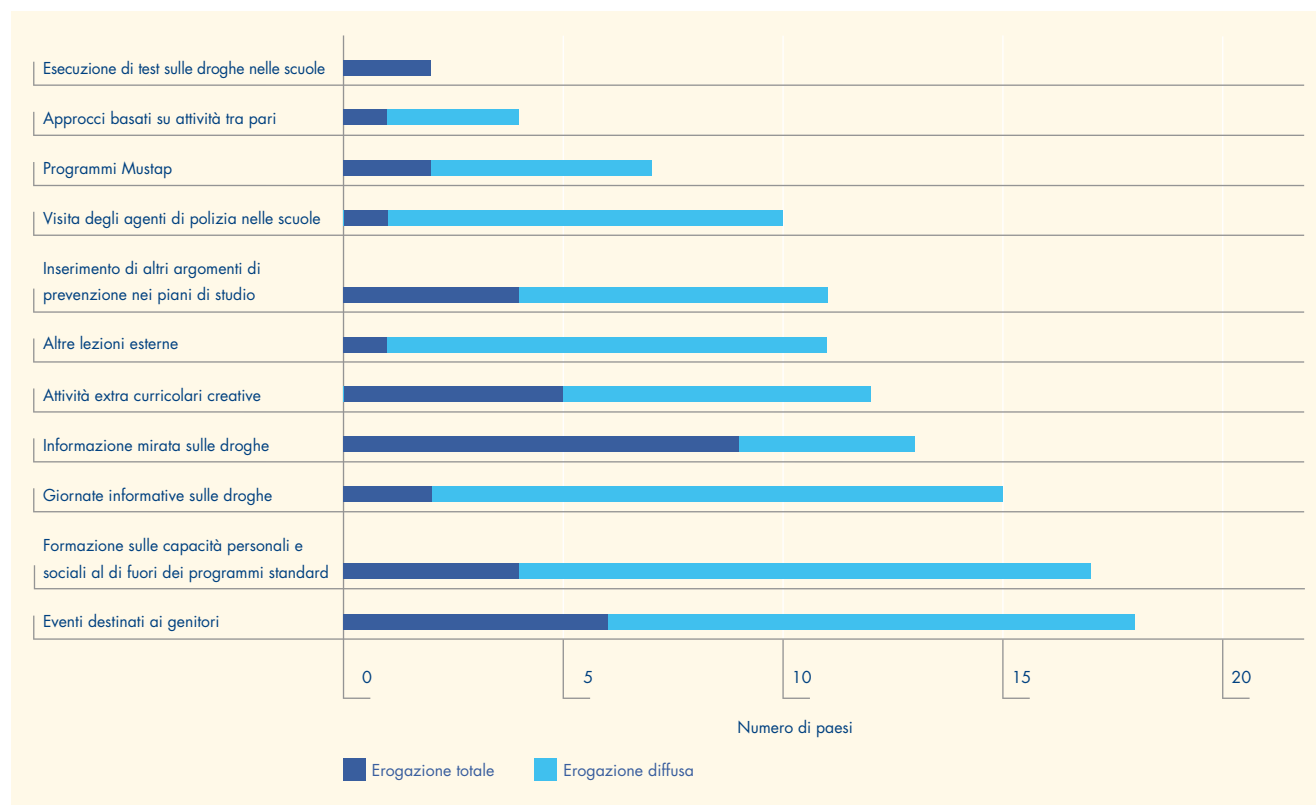
Migliorare il monitoraggio della riduzione dell'offerta di stupefacenti

La riduzione dell'offerta di stupefacenti può essere definita come l'insieme delle attività finalizzate a impedire che le sostanze illecite raggiungano i consumatori. Tra queste si annoverano strumenti quali le convenzioni internazionali, le politiche e le leggi nazionali e comunitarie, oltre alle azioni dirette contro i diversi processi e attori coinvolti nella produzione e nel traffico di sostanze stupefacenti, ma anche nella diversione o nella produzione clandestina di sostanze lecite (farmaci, precursori chimici) per scopi illeciti e nel riciclaggio dei proventi della droga. Le attività di polizia, le iniziative di sviluppo alternativo e i progetti mirati alla prevenzione della criminalità connessa alla droga contribuiscono a ridurre l'offerta di sostanze illecite. Come avviene per la riduzione della domanda di stupefacenti, il monitoraggio e l'analisi rappresentano un sostegno importante per queste attività e la loro valutazione.

Esercizi di raccolta dei dati condotti di recente nel quadro delle revisioni annuali sull'andamento del piano d'azione dell'UE in materia di lotta alle droghe e della revisione Ungass (cfr. il capitolo 1) hanno rivelato un quadro poco uniforme riguardo alla disponibilità di dati sulla risposta nel settore della riduzione dell'offerta. Le attività connesse ai progetti internazionali sono generalmente ben documentate, mentre risulta spesso difficile reperire e confrontare i dati sulle attività realizzate a livello nazionale. La Commissione europea, l'Eurostat, l'Europol e l'OEDT si stanno impegnando per migliorare la situazione nel quadro del prossimo piano d'azione dell'UE in materia di lotta alla droga (2009-2012). Saranno oggetto di revisione anche il quadro concettuale e i sistemi informativi esistenti, oltre alle potenziali fonti di informazioni per il monitoraggio e l'analisi delle attività di riduzione dell'offerta negli Stati membri. Si riscontra altresì la necessità di comprendere meglio i mercati delle sostanze stupefacenti, in particolare gli accordi che regolano l'offerta e la distribuzione, sia nella loro dimensione economica che in quella sociale. Due studi finanziati dalla Commissione europea esamineranno, da un lato, i sistemi informativi e le fonti di informazione sulla riduzione dell'offerta di sostanze stupefacenti e, dall'altro, i mercati internazionali delle droghe.

degli obiettivi segnalati rispecchia forse l'adozione di un approccio più razionale e maggiormente fondato sull'esperienza, ma non consente di stabilire con certezza

⁽¹⁷⁾ I dati sono stati messi a disposizione da esperti nazionali degli Stati membri.

Grafico 3: I tipi di intervento più frequenti nella prevenzione universale nelle scuole


NB: Mustap, *Multisession, standardised programmes with printed material* (programmi standardizzati multisessione con materiale cartaceo).
 Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

fino a che punto sia il riflesso anche di un progresso a livello di risultati pratici.

Le attività rivolte ai genitori e le strategie che si limitano a fornire informazioni (giornate dell'informazione, visite di esperti o di agenti di polizia negli istituti scolastici) figurano tra le tipologie di intervento all'interno delle scuole riferite dal maggior numero di paesi (grafico 3). L'efficacia di queste misure non è chiara; d'altra parte, sono ancora pochi i paesi che menzionano alcuni tra gli interventi più marcatamente fondati sull'esperienza, tra cui si annoverano programmi standardizzati, approcci che si basano su attività tra pari o interventi mirati, nello specifico, ai ragazzi. Tutti puntano a migliorare le capacità comunicative, a rafforzare le capacità di gestire i conflitti, lo stress e la frustrazione, o a correggere una percezione distorta sull'uso di sostanze stupefacenti. Il prevalere, nel complesso, di interventi che non tengono conto dell'esperienza, o che lo fanno solo in minima parte, potrebbe essere dovuto al fatto che essi richiedono meno risorse e meno formazione per il personale che li eroga.

Oltre alle attività che mirano a colpire specificamente il consumo di droga, per le scuole sono previsti anche

interventi strutturali. Puntando sulla creazione di ambienti sociali protettivi e disciplinati, gli interventi strutturali si prefiggono lo scopo di influire sulle scelte dei giovani riguardo all'uso delle droghe (Toumbourou et al., 2007). Questo approccio risponde ai criteri posti dalle politiche di prevenzione generale, che sempre più spesso tendono a comprendere norme più rigide sulla diffusione del tabacco e delle bevande alcoliche nelle scuole. Così, 20 paesi riferiscono l'esistenza del divieto totale di fumo in tutte le scuole, mentre 18 registrano l'adozione su ampia scala o generalizzata (la cosiddetta erogazione diffusa o totale)⁽¹⁸⁾ di strategie di lotta alla droga nelle scuole. In particolare, gli Stati membri dell'Europa centrale e occidentale comunicano di aver attuato interventi strutturali finalizzati alla riduzione dell'uso di tabacco e alcolici nelle scuole. Queste misure di prevenzione possono anche essere integrate da altre misure strutturali, come il miglioramento della progettazione degli edifici scolastici e della qualità della vita all'interno della scuola.

La prevenzione in famiglia rappresenta un altro approccio ampiamente utilizzato. Undici paesi hanno affermato di aver organizzato una serie molto ampia o esaustiva di incontri o serate di prevenzione in famiglia. Come l'attività

⁽¹⁸⁾ Erogazione diffusa: l'intervento viene erogato in un numero elevato di località in cui le dimensioni della popolazione bersaglio sono sufficienti per consentirne l'attuazione. Erogazione totale: l'intervento è disponibile in quasi tutte le località in cui le dimensioni della popolazione bersaglio sono sufficienti per consentirne l'attuazione.

di prevenzione all'interno delle scuole, la prevenzione in famiglia sembra fare affidamento perlopiù sull'erogazione di informazioni. Pare che l'addestramento e la formazione intensivi per le famiglie, che pure si sono costantemente dimostrati efficaci in diversi studi (Petrie et al., 2007), vengano offerti soltanto raramente, dato che solo 7 paesi riferiscono il grado di erogazione più alto.

Prevenzione selettiva

La prevenzione selettiva è legata a indicatori sociali e demografici come il tasso di disoccupazione, il tasso di criminalità o la percentuale di assenze ingiustificate dalle lezioni. Viene applicata a gruppi specifici, alle famiglie o a intere comunità, in cui le persone, a causa della scarsità di risorse o di legami sociali, possono essere più inclini a ricorrere al consumo di droga o allo sviluppo di una dipendenza.

Secondo i dati forniti da 13 paesi, la maggior parte degli interventi di prevenzione familiare realizzati è di tipo selettivo. In Europa, tuttavia, raramente si tiene conto di importanti fattori di rischio per le famiglie. Dei 30 paesi che hanno presentato dati, solo sette riferiscono un'erogazione totale o diffusa di interventi per l'uso di sostanze stupefacenti in famiglia, mentre cinque dichiarano di aver introdotto misure per far fronte a conflitti familiari e situazioni di degrado. Inoltre, ognuna delle seguenti tipologie di intervento è stata attuata da 4 paesi: attenzione agli svantaggi sociali (per esempio, la disoccupazione), assistenza offerta in presenza di problemi con la giustizia penale, aiuti alle famiglie emarginate appartenenti a minoranze etniche. Solo tre paesi, infine, hanno tenuto conto dei bisogni delle famiglie con soggetti affetti da problemi di salute mentale.

Sono scarsamente considerate, pur acquisendo sempre più peso sul piano politico, anche le condizioni di rischio per i gruppi vulnerabili nella popolazione giovane, tra cui, per esempio, i giovani delinquenti e i ragazzi svantaggiati, i senza tetto, coloro che appartengono alle minoranze o che abbandonano la scuola. A partire dal 2004 questi gruppi sono stati l'obiettivo primario degli interventi di prevenzione stabiliti da un crescente numero di strategie in materia di lotta alla droga, anche se il livello di erogazione di questi interventi di cui si è a conoscenza non è aumentato nell'arco di questo periodo. Per informazioni più dettagliate si rimanda alla questione specifica 2008 sui giovani vulnerabili.

Prevenzione indicata

Lo scopo della prevenzione indicata è individuare i soggetti affetti da problemi comportamentali o psicologici

Gruppi vulnerabili di giovani – Argomento selezionato per il 2008 dall'OEDT

I giovani appartenenti a taluni gruppi sono a rischio di esclusione sociale e ciò può essere associato ad una crescente probabilità del consumo di stupefacenti e allo sviluppo di problema derivanti da tale consumo. Concentrando su taluni gruppi gli interventi destinati a ridurre il consumo di stupefacenti e il danno derivante, possiamo aumentare le probabilità di accedere alle necessità di tali gruppi così come le probabilità di successo degli interventi.

Tale argomento selezionato fornisce prove dettagliate sui fattori di rischio e sui profili di vulnerabilità di gruppi specifici ed esplora il consumo di stupefacenti e dei problemi correlati cui vanno incontro. Esamina anche le conseguenze della vulnerabilità risultante dalla mancata frequentazione della scuola, dal fallimento accademico, dallo svantaggio sociale, dai problemi familiari e dalla delinquenza. Affronta altresì le risposte specifiche al consumo di stupefacenti e ai relativi problemi tra i gruppi vulnerabili, compresa la legislazione, la prevenzione e la terapia.

Questo argomento selezionato è disponibile su supporto cartaceo e su Internet solamente in inglese (<http://emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

che possono essere un preludio a un uso problematico di sostanze stupefacenti in futuro e sottoporli individualmente a interventi mirati. Tra questi vi sono giovani che hanno abbandonato la scuola e altri che manifestano disturbi psichiatrici, comportamenti antisociali o i primi segni del consumo di stupefacenti. Una relazione pubblicata di recente dall'OEDT (2008f) presenta studi longitudinali che definiscono le traiettorie del problema, studi neurocomportamentali e le conoscenze sempre più approfondite sulla plasticità del cervello e sul ruolo dei neurotrasmettitori, mettendo in evidenza i risultati emersi dagli interventi riferiti dagli Stati membri.

I bambini affetti da disturbi comportamentali concomitanti, come un concomitante deficit dell'attenzione (iperattività) e alterazioni del comportamento, sono considerati ad alto rischio di sviluppare problemi relativi al consumo di sostanze stupefacenti. Per intervenire precocemente su questi pazienti occorre una stretta collaborazione tra i servizi medici, sociali e giovanili. Il «concetto di trattamento multimodulare» adottato in Germania, per esempio, offre una combinazione di consulenza per genitori e familiari, un sostegno a livello medico, psicoterapeutico e psicosociale, e un aiuto all'apprendimento nella scuola materna o primaria. L'approccio irlandese, che consiste nel fornire ai giovani un servizio di consulenza mirato a livello didattico e di sostegno psicologico, in particolare per

Il portale dell'OEDT sulle migliori prassi

L'OEDT ha lanciato quest'anno il primo modulo del suo portale Internet sulle migliori prassi per gli interventi connessi alle droghe (prevenzione, trattamento terapeutico, riduzione del danno e reinserimento sociale). Il portale passa in rassegna le ultime prove dell'efficacia e dell'efficienza dei diversi interventi, presentando gli strumenti e gli standard finalizzati a migliorare la qualità degli interventi, e mettendo in luce gli esempi di prassi esaminate provenienti da tutta l'Europa. Il portale si rivolge ai medici generici, ai responsabili politici e ai ricercatori che operano nel settore delle sostanze stupefacenti e si concentra in particolar modo sullo scenario europeo.

Il primo modulo del portale è dedicato alla prevenzione universale, in particolare alle prove dell'efficacia, dimostrata sulla scorta di alcune revisioni pubblicate a partire dal 2000. Per conoscere i dettagli dei risultati, cfr. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>

Il portale fornisce informazioni sull'efficacia di vari interventi; si deve osservare tuttavia che le prove sono talvolta limitate e che occorre procedere con cautela nella scelta tra i diversi interventi. Inoltre, poiché gli studi controllati misurano l'efficacia dei programmi, le modalità d'azione di taluni interventi nei diversi contesti di applicazione rimangono ancora dubbie. La nuova edizione della banca dati EDDRA, disponibile sul portale, presenta esempi di interventi valutati in ambienti e paesi diversi e può fornire ulteriori linee guida.

evitare problemi dello sviluppo a scuola, nelle strutture educative e in famiglia, ha permesso di raccogliere, nel complesso, risultati positivi. Nei Paesi Bassi uno studio sugli effetti preventivi a lungo termine del trattamento dei comportamenti dirompenti nei bambini di età compresa tra gli 8 e i 13 anni ha rivelato che la terapia comportamentale ha avuto risultati di follow-up nettamente migliori di quelli raggiunti con il trattamento tradizionale nei fumatori e nei consumatori di cannabis (Zonneville-Bender et al., 2007).

Efficacia e rischi degli interventi

L'uso di sostanze stupefacenti tra i bambini e nelle famiglie continua a essere al centro della prevenzione mirata in Europa. Secondo numerosi studi sui fattori predittivi sociali e neurocomportamentali che indicano una progressione verso il consumo di stupefacenti, anche le attività di prevenzione non incentrate sulle droghe possono influire sul consumo di stupefacenti. Sia la prevenzione selettiva che la prevenzione indicata possono attenuare le conseguenze di

uno scempenso evolutivo precoce, della sua trasformazione in emarginazione sociale e del conseguente ricorso all'abuso di sostanze stupefacenti. Alcuni studi di ricerca hanno dimostrato che anche gli interventi erogati nei primi anni della scuola, finalizzati a migliorare l'ambiente scolastico e a ridurre i fenomeni di esclusione sociale, producono un effetto attenuante sul consumo di droga in una fase futura (Toumbourou et al., 2007).

L'efficacia generale della prevenzione diretta alle scuole è stata messa in dubbio (Coggans, 2006; Gorman et al., 2007). Recenti studi in materia ⁽¹⁹⁾, tuttavia, dimostrano che alcuni aspetti della prevenzione nelle scuole, come gli interventi sulle convinzioni normative e sulle competenze di sviluppo personale, sembrano essere efficaci. L'EU-Dap, per esempio, uno studio controllato randomizzato cofinanziato dalla Commissione europea per elaborare e valutare un programma di prevenzione all'interno delle scuole, ha dato risultati positivi ⁽²⁰⁾. Uno studio di follow-up ha mostrato che gli effetti del programma rimangono stabili a distanza di 15 mesi dall'intervento, con una diminuzione della frequenza di casi di ubriachezza e di consumo di cannabis tra i partecipanti. Il programma «Unplugged» utilizzato nello studio metteva alla prova le norme sull'accettazione e le convinzioni sulla prevalenza del consumo di sostanze stupefacenti tra i giovani.

La prevenzione deve essere efficace ma deve anche essere sicura, nel senso che gli effetti indesiderati devono essere limitati al massimo. Per questo motivo, quando si progettano o si valutano gli interventi, occorre considerare con la dovuta attenzione il rischio di effetti negativi. Ciò è particolarmente importante nel caso della prevenzione universale nelle scuole, che è diretta a una popolazione bersaglio ampia e diversificata. Per esempio, la semplice trasmissione di informazioni sugli effetti delle droghe, un approccio assai diffuso in Europa, non è solamente inefficace, ma può anche indurre il rischio di effetti indesiderati (Werch e Owen, 2002). Lo stesso vale per le campagne informative mediatiche, che portano con sé il rischio di aumentare la propensione verso il consumo di sostanze stupefacenti ⁽²¹⁾.

Un modo per garantire che i programmi di prevenzione si basino sull'esperienza e che il rischio di effetti indesiderati sia ridotto al minimo consiste nell'elaborare uno standard relativo alle modalità di erogazione e al contenuto dei progetti. Il numero di Stati membri che dispone di standard per la concezione e la valutazione dei programmi è salito da 3 nel 2004 a 9 nel 2007. Alcuni Stati membri riferiscono di aver sviluppato procedure di certificazione per garantire la qualità dei

⁽¹⁹⁾ Cfr. il portale delle migliori prassi (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

⁽²⁰⁾ <http://www.eudap.net>

⁽²¹⁾ Cfr. il capitolo 3 della presente relazione e la relazione annuale 2007.

programmi e l'utilizzo efficace delle risorse stanziare dai bilanci pubblici (Repubblica ceca, Ungheria, Polonia, Portogallo). Nella Repubblica ceca, per esempio, la certificazione delle attività di prevenzione è un requisito per ottenere una sovvenzione dal bilancio statale.

Trattamento

Questa sezione mira a presentare una panoramica del trattamento della tossicodipendenza in Europa, descrivendo l'organizzazione e l'erogazione dei servizi.

Organizzazione

Negli Stati membri dell'UE, in linea generale, i servizi di trattamento per la cura delle tossicodipendenze vengono erogati perlopiù dal settore pubblico, sebbene le organizzazioni non governative (ONG) possano ricoprire un ruolo di pari responsabilità (7 Stati membri) o essere addirittura il principale fornitore del servizio (5 Stati membri). Anche i medici generici hanno un compito importante, e in alcuni paesi sono i principali responsabili della terapia sostitutiva. In alcuni paesi anche il settore privato può partecipare al sistema, soprattutto in regime ospedaliero. I finanziamenti per le terapie di disintossicazione provengono tuttavia per la maggior parte dalle casse dello Stato o sono connessi ad assicurazioni sociali o sanitarie.

Erogazione

Il trattamento terapeutico è erogato in ambienti diversi, tra cui centri terapeutici ambulatoriali e ospedalieri, studi di medici generici, strutture a bassa soglia e in carcere. La maggior parte degli interventi terapeutici diretti ai consumatori di stupefacenti in Europa vengono eseguiti a livello ambulatoriale, anche negli studi di medici generici, principalmente perché la terapia sostitutiva è generalmente somministrata in questo contesto. Stando agli ultimi dati disponibili provenienti dall'indicatore della domanda di accesso al trattamento, i consumatori di droga che iniziano la terapia in regime ambulatoriale hanno mediamente circa 30 anni di età e sono prevalentemente di sesso maschile⁽²²⁾. Circa un terzo dei soggetti sceglie di entrare in terapia spontaneamente, il 22% viene affidato alle cure sanitarie dalle autorità giudiziarie (un dato in crescita negli ultimi anni) e la parte restante giunge al trattamento attraverso i servizi sociali e sanitari o tramite reti informali⁽²³⁾.

La metà dei pazienti seguiti in regime ambulatoriale è in terapia per uso primario di oppiacei, mentre il 21% viene curato per il consumo primario di cannabis e il 16% per la cocaina. L'aumento della percentuale di pazienti, e in special modo di nuovi pazienti, che vengono indirizzati a strutture di trattamento per problemi legati al consumo di sostanze diverse dagli oppiacei può essere il riflesso di un miglioramento della disponibilità delle cure per i consumatori di cannabis e cocaina in alcuni Stati membri, nonché di un incremento del numero di consumatori che chiedono di essere curati a causa di un abuso di tali sostanze (cfr. i capitoli 3 e 5). Tuttavia, la disponibilità generale di servizi diretti nello specifico alle necessità dei consumatori di sostanze diverse dagli oppiacei rimane limitata.

Il trattamento in regime di ricovero avviene perlopiù in comunità terapeutiche, ospedali psichiatrici e reparti specializzati presso ospedali generici. I servizi erogati spaziano dalle terapie di disintossicazione rapida ai programmi di trattamento prolungato basati sull'astinenza o sulle cure psichiatriche. I servizi ospedalieri sono particolarmente indicati per i consumatori di droga con esigenze terapeutiche complesse dovute a problemi fisici e di salute mentale concomitanti. Il profilo dei pazienti curati in regime ospedaliero è, in media, simile a quello dei pazienti ambulatoriali: circa 30 anni di età, prevalentemente di sesso maschile e in terapia per consumo primario di oppiacei⁽²⁴⁾. Tuttavia, per la maggior parte dei paesi in cui è possibile stabilire un confronto, la percentuale di pazienti disoccupati e senza fissa dimora è più alta nei soggetti ricoverati in regime ospedaliero che nei pazienti ambulatoriali⁽²⁵⁾.

Storicamente, i servizi di trattamento sono stati organizzati secondo le esigenze dei consumatori di oppiacei, che rappresentano tuttora il gruppo principale di utenti. Nella maggior parte degli Stati membri la terapia sostitutiva affiancata al sostegno psicologico è divenuta l'opzione prevalente per questa tipologia di pazienti. Grazie all'introduzione a Cipro del trattamento con buprenorfina a dosaggi elevati nel 2007, la terapia sostitutiva è ora disponibile in tutti gli Stati membri e in Croazia e Norvegia⁽²⁶⁾. In Turchia la terapia sostitutiva non è ancora stata introdotta, ma è ammessa in forza di un regolamento del 2004 sui centri terapeutici. Dopo il metadone, la buprenorfina è il secondo sostituto degli oppiacei più frequentemente prescritto, e il suo utilizzo nella cura della dipendenza da queste sostanze

⁽²²⁾ Cfr. il capitolo 3 della presente relazione e la relazione annuale 2007.

⁽²³⁾ Cfr. le tabelle TDI-10 parte (iii) e TDI-21 parte (ii) nel bollettino statistico 2008.

⁽²⁴⁾ Cfr. le tabelle TDI-10 parte (vii) e TDI-21 parte (iv) nel bollettino statistico 2008.

⁽²⁵⁾ Cfr. le tabelle TDI-13 e TDI-15 nel bollettino statistico 2008.

⁽²⁶⁾ Cfr. le tabelle HSR-1 e HSR-2 nel bollettino statistico 2008.

è aumentato negli ultimi anni (cfr. il capitolo 6). Ora è disponibile come opzione terapeutica in tutti gli Stati membri a eccezione di Bulgaria, Ungheria e Polonia. Si stima che nel 2006, in Europa, 594 000 consumatori di oppiacei abbiano ricevuto una terapia sostitutiva, con un aumento rispetto all'anno precedente segnalato in 16 dei 22 paesi dichiaranti.

Riduzione dei danni

La prevenzione e la riduzione dei danni correlati all'uso di stupefacenti sono un obiettivo di salute pubblica della strategia e del piano d'azione dell'UE e di tutti gli Stati membri (Commissione europea, 2007a). Gli interventi principali in questo settore prevedono il trattamento sostitutivo per la dipendenza da oppiacei e programmi di scambio di aghi e siringhe (NSP), che mirano a ridurre i decessi per overdose e la diffusione delle malattie infettive. Stando ai dati, queste misure sono disponibili in tutti i paesi tranne la Turchia (cfr. anche i capitoli 6 e 8) e, sebbene vi siano differenze sostanziali nella varietà e nel livello dell'erogazione dei servizi, la tendenza generale europea conferma la crescita e il rafforzamento dei dispositivi di riduzione dei danni.

La maggior parte dei paesi, inoltre, fornisce anche una serie di servizi sanitari e sociali attraverso strutture a bassa soglia. Alcuni Stati, tuttavia, riferiscono che l'attuazione delle misure di riduzione dei danni è stata posticipata a causa di una mancanza di sostegno politico. In Grecia l'espansione dei servizi a bassa soglia e della terapia di sostituzione è stata interrotta; in Romania e Polonia i programmi di scambio di aghi e siringhe sono stati gradualmente ridotti nel 2006, quando sono cessati i finanziamenti esterni; a Cipro l'unico programma di scambio di aghi e siringhe non gode di un'approvazione ufficiale. In Ungheria, dove i programmi di NSP e le attività di prima assistenza sono in aumento, uno studio svolto sulla popolazione che ha terminato il ciclo di trattamento indica che la diffusione del servizio è ancora insufficiente e che gli ostacoli per accedervi sono imponenti.

A causa delle problematiche specifiche che investono i paesi Baltici e la Romania in relazione all'HIV/AIDS, i donatori internazionali continuano ad avere un ruolo importante in questi paesi. Il sostegno finanziario per le attività di riduzione dei danni proviene dal «Fondo mondiale per la lotta contro l'HIV/AIDS, la tubercolosi e la malaria», mentre in Estonia, Lituania e Lettonia l'UNODC ha recentemente lanciato il progetto «HIV/AIDS prevention and care among injecting drug users and in prison settings» (Assistenza e prevenzione dell'HIV/AIDS tra i consumatori di droga per via parenterale e nelle carceri).

Di recente, infine, alcuni Stati membri hanno esaminato le conseguenze dell'adozione di interventi di riduzione dei danni. In Francia la diminuzione del tasso di mortalità tra i tossicodipendenti è coincisa con l'introduzione della terapia antivirale tripla, l'elaborazione di una politica di riduzione dei danni e la disponibilità del trattamento di sostituzione degli oppiacei; in Spagna la diminuzione del numero di persone che assumono droga per via parenterale, associata alla facilità di accesso alla terapia di mantenimento con metadone, è stata accompagnata da un calo delle malattie infettive e dei decessi correlati al consumo di stupefacenti tra tossicodipendenti (De la Fuente et al., 2006); in Portogallo, infine, i dati disponibili mostrano un livellamento delle malattie infettive, che è in parte attribuibile, con ogni probabilità, all'aumento della disponibilità di interventi di riduzione dei danni e di servizi di trattamento.

Reinserimento sociale

La disoccupazione e l'assenza di fissa dimora caratterizzano spesso il profilo di una percentuale elevata di tossicodipendenti in terapia. Questo svantaggio tende a essere ancora più diffuso tra gruppi specifici di consumatori di droga, in particolare le donne, i consumatori di eroina e di cocaina crack, i soggetti che appartengono a minoranze etniche e altri che soffrono anche di problemi psichiatrici.

Il reinserimento sociale è riconosciuto come una componente essenziale delle strategie globali di lotta alla droga, e può essere realizzato a qualsiasi stadio del consumo di sostanze e in ambienti diversi. Lo scopo degli interventi di reinserimento sociale può essere raggiunto attraverso il rafforzamento delle capacità, il miglioramento delle abilità sociali, e misure atte ad agevolare e promuovere l'occupazione e a ottenere un alloggio o migliorare la propria condizione. I servizi di reinserimento, nella sostanza, possono offrire consulenza professionale, collocamento sul mercato del lavoro e assistenza sul piano dell'abitazione, mentre gli interventi erogati nelle carceri possono mettere in contatto i detenuti con servizi abitativi e di assistenza sociale della comunità di riferimento in vista del loro rilascio.

L'assenza di fissa dimora, assieme all'instabilità dell'alloggio, è una delle forme più gravi di esclusione sociale che i tossicodipendenti devono affrontare, e nel 2006 ha interessato circa il 10% dei soggetti entrati in terapia⁽²⁷⁾. L'assistenza in materia di alloggio è fornita ai pazienti in trattamento in molti paesi, ma sono state comunicate anche carenze in questo senso e due Stati hanno riferito che i tossicodipendenti hanno

⁽²⁷⁾ Cfr. la tabella TDI-15 nel bollettino statistico 2008.

difficoltà ad accedere ai servizi generali per i senza fissa dimora, che vengono abitualmente utilizzati dagli alcolisti problematici (Irlanda, Italia). In tre paesi (Belgio, Danimarca, Paesi Bassi) sono state adottate nuove misure che possono contribuire a soddisfare le necessità dei tossicodipendenti in materia di alloggio, e si sta procedendo all'accentramento delle strutture per tossicodipendenti senza fissa dimora di lungo termine e all'apertura di centri di assistenza specializzati per tossicodipendenti con problemi comportamentali o comorbilità.

Aiutare i pazienti in terapia a trovare un'occupazione è un elemento essenziale del reinserimento sociale, dato che la disoccupazione colpisce la metà di questi soggetti⁽²⁸⁾. Si sa che nuovi approcci per aiutare i pazienti a trovare e a riuscire a mantenere un'occupazione si sono rivelati efficaci; tra questi si annoverano: «sistemi di tutoraggio», posti di lavoro sovvenzionati (dal 2006 sono previsti anche in Lituania), e un addestramento speciale per datori di lavoro e lavoratori, come si è fatto per il progetto «Ready for work» in Irlanda, o in diverse agenzie di «lavoro e assistenza sociale» nella Repubblica ceca.

Normative recenti sul trattamento delle tossicodipendenze in carcere

Nel 2006 e nei primi mesi del 2007 sei paesi hanno revisionato i rispettivi quadri giuridici e le linee guida che disciplinano il diritto dei detenuti al trattamento terapeutico.

In Belgio una direttiva del 2006 del ministero della Giustizia stabilisce che i detenuti hanno diritto alla stessa gamma di opzioni terapeutiche che sono disponibili al di fuori del carcere. Al contempo, in Irlanda, nuove linee guida redatte per gli istituti di detenzione mettono in evidenza lo standard sanitario dei servizi terapeutici, precisando che esso non dev'essere inferiore allo standard dei servizi erogati in comunità, pur con i dovuti adeguamenti all'ambiente carcerario.

In Danimarca una modifica della legge del gennaio 2007 consente ai detenuti tossicodipendenti di accedere gratuitamente alla terapia di disintossicazione. La legge così modificata dispone che il trattamento abbia inizio, generalmente, entro 14 giorni dalla data in cui il detenuto ne ha fatto richiesta al Servizio penitenziario nazionale. Tuttavia, il detenuto non ha diritto alle cure se il suo rilascio è previsto nei tre mesi successivi o se viene ritenuto non idoneo o motivato per il trattamento.

Interventi sul piano sociale e sanitario nelle carceri

Il carcere è un ambiente importante per l'attuazione di interventi sociali e sanitari rivolti ai tossicodipendenti. In questa sezione vengono passati in rassegna i dati relativi al consumo e ai consumatori di droga nelle carceri europee e vengono esaminate le informazioni recenti sull'erogazione di servizi ai detenuti tossicodipendenti e sulle nuove leggi in materia di trattamento in carcere.

Consumo di sostanze stupefacenti

Dati provenienti da un ampio campione di studi indicano costantemente che nelle carceri europee si trova un numero sproporzionato di consumatori di sostanze stupefacenti in rapporto alla popolazione generale. Indagini effettuate tra il 2001 e il 2006 mostrano che la percentuale di detenuti⁽²⁹⁾ che riferisce di aver utilizzato sostanze illecite almeno una volta nella vita varia sensibilmente a seconda della popolazione carceraria, del penitenziario e del paese, da un terzo o meno (Bulgaria, Ungheria, Romania) a oltre il 50% nella maggior parte degli studi, e fino all'84% in un carcere femminile in Inghilterra e Galles. La cannabis rimane la

In Romania, con disposizione congiunta dei ministri della Giustizia, della Salute pubblica e dell'Amministrazione e affari interni, è stata introdotta, nel maggio 2006, una nuova base giuridica per estendere l'erogazione della terapia sostitutiva alle carceri, onde garantire la continuità dei programmi integrati di assistenza medica, psicologica e sociale per i detenuti.

In Norvegia una circolare del 2006 del ministro della Giustizia e del ministro della Salute e degli Affari sociali ha rafforzato la cooperazione tra i rispettivi settori di competenza, con l'obiettivo di fornire un follow-up migliore durante il periodo di detenzione e al termine dello stesso. Tra le misure più dettagliate vale la pena menzionare una legge slovacca del 2006, con cui è stata concessa la fornitura di servizi psicologici ai tossicodipendenti in detenzione provvisoria che soffrono i sintomi dell'astinenza. Lo scopo di questa disposizione è offrire ai tossicodipendenti questo genere di servizio nel momento in cui ne hanno più bisogno, quando cioè si trovano in una fase di astinenza forzata subito dopo l'inizio della detenzione. La legge ha altresì introdotto il quadro giuridico che consente di sostenere le unità di trattamento speciale per i tossicodipendenti che scontano una pena in penitenziario.

⁽²⁸⁾ Cfr. la tabella TDI-20 nel bollettino statistico 2008.

⁽²⁹⁾ Il termine «detenuti» è qui utilizzato in senso lato e comprende sia le persone in detenzione provvisoria che i detenuti condannati.

sostanza illecita maggiormente utilizzata dai detenuti, con percentuali di prevalenza una tantum che raggiungono il 78%. Anche se le stime del consumo una tantum di altre sostanze sono molto basse in certe carceri (fino a un minimo dell'1%), alcuni studi riferiscono percentuali di prevalenza una tantum del 50-60% per eroina, anfetamine o cocaina nella popolazione carceraria⁽³⁰⁾. Tra i detenuti si riscontrano anche le tipologie di consumo di droga più nocive, dato che, secondo alcuni studi, più di un terzo dei soggetti intervistati ha utilizzato almeno una volta stupefacenti per via parenterale⁽³¹⁾.

Sia gli esperti in materia sia i responsabili politici riconoscono il problema che la droga riesce a infiltrarsi nella maggior parte delle prigioni, nonostante tutte le misure che vengono adottate per ridurre l'offerta. Secondo studi effettuati in Europa tra il 2001 e il 2006, una percentuale di detenuti compresa tra l'1 e il 56% riferisce di aver utilizzato sostanze stupefacenti in carcere, e fino a un terzo di aver assunto droga per via parenterale durante la detenzione⁽³²⁾. Questa situazione desta preoccupazione per la potenziale diffusione di malattie infettive, specialmente con riferimento alla condivisione degli strumenti per le iniezioni.

La popolazione carceraria dell'Unione europea supera le 607 000⁽³³⁾ unità, con un ricambio annuo stimato in più di 860 000 detenuti. Nella maggior parte dei paesi, la percentuale di detenuti condannati per violazioni della legge sulle droghe è compresa nella fascia 10-30%. Secondo i dati disponibili si stima che ogni anno più di 400 000 persone che hanno fatto uso di sostanze illecite o che lo fanno tuttora transitino nelle carceri dell'UE, e che tra questi vi sia un numero considerevole di consumatori problematici. Le necessità, in termini di assistenza sanitaria, di questa folta popolazione di consumatori o ex consumatori di droga nei penitenziari europei dipenderanno, in una certa misura, dai problemi di salute connessi al consumo di stupefacenti, in particolare le malattie infettive come l'epatite B e C e l'HIV/AIDS (cfr. il capitolo 7).

Assistenza sanitaria

Nella maggior parte dei paesi la responsabilità dell'assistenza sanitaria all'interno del sistema penitenziario

spetta al ministero della Giustizia. Questa situazione, tuttavia, sta cambiando e in un numero crescente di paesi europei tale responsabilità è affidata al sistema sanitario (Francia, Italia, Inghilterra e Galles nel Regno Unito, e Norvegia). In Spagna è stato introdotto, in tutti i centri di detenzione, un pacchetto di servizi completo per i tossicodipendenti, in conformità con il piano d'azione della strategia nazionale sulle droghe (2000-2008) e sulla base di un protocollo di collaborazione tra il ministero della Salute e il ministero dell'Interno firmato nel 2005. In altri paesi, per soddisfare le esigenze di un numero crescente di tossicodipendenti detenuti, le carceri hanno avviato una collaborazione con i servizi sanitari pubblici e con agenzie non governative specializzate della comunità.

Nell'Unione europea gli interventi a favore dei detenuti tossicodipendenti si sono intensificati. Rispetto a cinque anni fa, è cresciuto il numero di paesi che riferisce attività nei seguenti settori: prevenzione e informazione in materia di droghe; screening delle malattie infettive e vaccinazioni; trattamento della tossicodipendenza, compresa la terapia sostitutiva. Tali interventi, inoltre, sono oggi più diffusi all'interno dei singoli Stati. La terapia sostitutiva nelle carceri è ufficialmente disponibile in tutti i paesi tranne Bulgaria, Estonia, Lettonia, Lituania, Cipro, Slovacchia e Turchia, anche se in alcuni l'accesso al trattamento è limitato. La Spagna è, al momento, l'unico paese europeo che eroga in carcere una vasta gamma di misure di riduzione dei danni.

Nel 2006 solamente quattro Stati membri hanno trasmesso dati e informazioni di carattere sociodemografico sui modelli di consumo delle sostanze stupefacenti da parte dei detenuti in terapia attraverso i rispettivi sistemi di monitoraggio nazionali del trattamento. In Francia, Cipro e Slovacchia, la sostanza maggiormente riferita dai soggetti che entrano in trattamento quale responsabile del consumo primario è un oppiaceo, in genere l'eroina, mentre in Svezia la ragione principale per iniziare una terapia in carcere è il consumo primario di anfetamina, un dato questo che riflette a grandi linee gli schemi del consumo problematico di droga più comuni all'interno del paese.

⁽³⁰⁾ Cfr. la tabella DUP-1 nel bollettino statistico 2008.

⁽³¹⁾ Cfr. la tabella DUP-2 nel bollettino statistico 2008.

⁽³²⁾ Cfr. le tabelle DUP-3 e DUP-4 nel bollettino statistico 2008.

⁽³³⁾ Council of Europe Annual Penal Statistics (SPACE), basate su un'indagine sulla popolazione carceraria con riferimento al 1° settembre 2006.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Capitolo 3

Cannabis

Introduzione

Lo scenario europeo relativo alla cannabis si è evoluto notevolmente nell'ultimo decennio, così come si è evoluto il dibattito su come reagire in modo efficace alla diffusione del consumo di questa sostanza. All'inizio e a metà degli anni novanta alcuni paesi denunciavano una percentuale di prevalenza elevata, mentre a livello europeo si registravano ancora livelli piuttosto bassi rispetto agli standard odierni. In quasi tutti gli Stati il consumo di cannabis è aumentato negli anni novanta e all'inizio del nuovo millennio, determinando un quadro generale europeo meno diversificato, anche se continuano a rimanere delle differenze tra un paese e l'altro. Negli ultimi anni, inoltre, si è assistito a una maggiore comprensione delle implicazioni per la salute pubblica del consumo prolungato e diffuso di questa sostanza e all'aumento del numero di richieste di trattamento per problemi connessi al consumo di cannabis. Si può supporre che l'Europa si stia dirigendo verso una nuova fase, visto che i dati attuali indicano una stabilizzazione o perfino una tendenza al ribasso. I livelli di consumo rimangono comunque alti rispetto agli standard storici e il dibattito europeo sull'argomento non ha ancora trovato una risposta efficace alla diffusione del consumo di questa sostanza.

Offerta e disponibilità

Produzione e traffico

La cannabis può essere coltivata in ambienti diversi e cresce spontaneamente in molte aree geografiche di tutto il mondo; si ritiene che attualmente sia coltivata in 172 paesi e territori (UNODC, 2008) ⁽³⁴⁾. Interpretati nel loro complesso, questi dati indicano che sarebbe molto difficile fare una stima precisa della produzione mondiale di cannabis. In base alle ultime statistiche dell'UNODC, la produzione mondiale di foglie di cannabis si aggira attorno alle 41 600 tonnellate (2006), più della metà delle quali prodotte nelle Americhe (America settentrionale e America latina) e quasi in quarto in Africa (UNODC, 2008).

Offerta e disponibilità di sostanze stupefacenti: dati e fonti

Le informazioni sistematiche e di routine necessarie per descrivere i mercati clandestini e il traffico di stupefacenti sono ancora insufficienti. Le stime relative alla produzione di eroina, cocaina e cannabis provengono da stime delle coltivazioni, che a loro volta si basano su attività di rilevamento sul campo (campionamento in loco) e su fotografie aeree o satellitari. Queste stime presentano alcuni limiti importanti connessi, per esempio, alle variazioni dei dati sulla produzione o alla difficoltà di monitorare le colture che non vengono coltivate in aree geografiche limitate, come la cannabis.

I sequestri di droga sono spesso considerati un indicatore indiretto dell'offerta, delle rotte di transito e della disponibilità di sostanze stupefacenti; al tempo stesso, tuttavia, dipendono anche dalle priorità, dalle risorse e dalle strategie delle forze di polizia, dalla vulnerabilità dei trafficanti e dalle prassi di segnalazione. Per comprendere i mercati della droga al dettaglio possono essere esaminati anche i dati sulla purezza o la potenza e i prezzi al dettaglio delle sostanze, ma la disponibilità di questo tipo di informazioni può essere limitata e la loro attendibilità e comparabilità possono essere messe in discussione. Le informazioni di intelligence messe a disposizione dalle forze di polizia possono contribuire a completare il quadro.

L'OEDT raccoglie dati nazionali sui sequestri di droga e sulla purezza e i prezzi al dettaglio in Europa delle sostanze stupefacenti. Altri dati sull'offerta di stupefacenti provengono in gran parte dai sistemi informativi dell'UNODC e dalle sue analisi, che vengono integrate con ulteriori informazioni dell'Europol. Le informazioni sui precursori delle sostanze stupefacenti provengono dall'INCB, che partecipa a iniziative internazionali di prevenzione della diversione dei precursori chimici utilizzati nella produzione di sostanze illecite.

Poiché in alcune parti del mondo non esistono sistemi informativi sofisticati sull'offerta di droga, alcune delle stime e altri dati riferiti devono essere interpretati con cautela, pur rappresentando le migliori stime disponibili.

La diffusione della coltivazione della cannabis suggerisce altresì che una parte considerevole del traffico tende a essere intraregionale. È ciò che avviene per una parte della produzione di foglie di cannabis in Europa, dove

⁽³⁴⁾ Per informazioni sulle fonti dei dati sull'offerta e la disponibilità della sostanza, cfr. il riquadro in questa pagina.

oltre alla produzione domestica ⁽³⁵⁾ sono segnalati come paesi produttori l'Albania e i Paesi Bassi (relazioni nazionali Reitox). Secondo le informazioni ricevute, la cannabis in foglie presente in Europa proviene anche da altre parti del mondo, tra cui: Africa occidentale e meridionale (Nigeria, Angola), Asia sudorientale (Tailandia), Asia sudoccidentale (Pakistan) e Americhe (Colombia, Giamaica) (CND, 2008; Europol, 2008).

Nel 2006 la produzione mondiale di resina di cannabis è stata stimata in 6 000 tonnellate, in calo rispetto alle 7 500 tonnellate del 2004 (UNODC, 2007), con il Marocco che si conferma come principale produttore internazionale. La superficie dedicata alla coltivazione della sostanza è scesa dai 134 000 ettari nel 2003 ai 76 400 ettari nel 2005, per una produzione complessiva di 1 066 tonnellate (UNODC e governo del Marocco, 2007). La produzione di resina è riferita anche in Afghanistan, dove sta aumentando rapidamente, oltre che in Pakistan, India, Nepal, nei paesi dell'Asia centrale e in altri paesi della CSI (UNODC, 2008). La resina di cannabis prodotta in Marocco è generalmente contrabbandata in Europa attraverso la penisola iberica (Europol, 2008), mentre una parte viene distribuita dai Paesi Bassi.

Sequestri

Nel 2006 sono state sequestrate a livello mondiale 5 230 tonnellate di foglie di cannabis e 1 025 tonnellate di resina di cannabis, meno rispetto al picco del 2004. La parte più consistente dei sequestri di foglie di cannabis avviene nell'America settentrionale (58%), mentre i sequestri di resina si concentrano ancora nell'Europa centrale e occidentale (62%) (UNODC, 2008).

Si calcola che nel 2006 siano stati effettuati 177 000 sequestri di cannabis in foglie in Europa, per un totale di 86 tonnellate ⁽³⁶⁾. La maggior parte dei sequestri di cannabis in foglie negli Stati membri dell'UE si registra nel Regno Unito, sebbene non vi siano dati a disposizione per il 2006. In questo stesso anno la Turchia ha riferito sequestri record di questa sostanza. Il numero di sequestri in Europa è cresciuto stabilmente dal 2001, mentre fino al 2005 si è osservato un calo generale dei quantitativi sequestrati, che nei dati più recenti appaiono nuovamente in aumento.

I sequestri di resina di cannabis in Europa superano quelli delle foglie di cannabis per numero e quantità, con il doppio dei sequestri (325 000) e otto volte i quantitativi recuperati (713 tonnellate). La maggior parte dei sequestri di resina di cannabis continua a essere effettuata in Spagna (teatro di

La produzione di cannabis in Europa

Negli ultimi anni la questione della produzione domestica della cannabis ha assunto maggior rilievo in tutto il territorio europeo, poiché al giorno d'oggi quasi tutti i paesi europei segnalano coltivazioni locali di cannabis e alcuni sequestri ingenti di piante di cannabis. Stando alle informazioni fornite dalle autorità nazionali, la cannabis coltivata in Europa proviene sia da strutture coperte, dove viene spesso coltivata in modo intensivo, che da piantagioni all'aperto. Le dimensioni delle piantagioni sono estremamente varie, dipendono dalla motivazione e dalle risorse del coltivatore, e possono oscillare da poche piante coltivate per uso personale a diverse migliaia piantate in grandi siti per fini commerciali.

Le informazioni disponibili sono lacunose e non consentono di effettuare una valutazione precisa della portata della coltivazione della cannabis in Europa, ma le relazioni di alcuni paesi indicano che il fenomeno non può più essere considerato marginale. Per esempio, secondo indagini condotte nella popolazione francese nel 2005, circa 200 000 persone avevano coltivato la cannabis almeno una volta nella vita. Il Regno Unito segnala la chiusura, da parte della polizia di Londra (Daly, 2007), di più di 1 500 centri di produzione di cannabis (le cosiddette «cannabis farms»), con una media di 400 piante ciascuno, e si presume che la maggior parte della cannabis in foglie attualmente disponibile venga prodotta a livello locale o in altri paesi europei. Infine, nei Paesi Bassi la coltivazione della cannabis è molto diffusa in alcune zone del paese, dove si stima che nel 2005 e 2006 siano stati smantellati in totale 6 000 centri di coltivazione.

Sembra che la produzione di cannabis abbia subito una forte impennata tra l'inizio e la metà degli anni novanta in alcuni paesi dell'Europa occidentale, in parte come risposta dei consumatori di cannabis alla scarsa qualità percepita e al prezzo elevato della resina importata, che allora costituiva il prodotto a base di cannabis maggiormente diffuso. In alcuni paesi buona parte dei consumatori farebbe uso oggi di cannabis in foglie prodotta in loco. Questa parziale sostituzione della resina importata con la cannabis in foglie prodotta in loco è resa possibile grazie ai progressi compiuti nell'orticoltura, a livello di conoscenze e tecnologie (per ottimizzare i raccolti ed evitare di essere individuati), progressi che sono stati poi diffusi attraverso Internet (Hough et al., 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). La sostanza prodotta in loco offre al produttore l'ulteriore vantaggio che non deve essere trasportata oltre i confini nazionali.

circa la metà di tutti i sequestri e dove sono stati recuperati circa due terzi dei quantitativi intercettati nel 2006), seguita, a distanza, da Francia e Regno Unito. Dopo un periodo di stabilizzazione nel 2001-2003, il numero di sequestri di resina di cannabis in Europa sta aumentando, mentre i quantitativi recuperati sono cresciuti fino al 2003-2004, per poi diminuire nel periodo successivo.

⁽³⁵⁾ Cfr. «La produzione di cannabis in Europa», in questa pagina.

⁽³⁶⁾ I dati relativi ai sequestri di sostanze stupefacenti in Europa citati in questo capitolo possono essere consultati nelle tabelle SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 e SZR-6 nel bollettino statistico 2008.

Nel 2006 un totale di circa 10 500 sequestri in Europa ha permesso di intercettare approssimativamente 2,3 milioni di piante di cannabis ⁽³⁷⁾ e 22 tonnellate di piante di cannabis (di cui il 64% riferito dalla Spagna). Dopo un periodo di crescita stabile iniziato nel 2001, il numero di sequestri di piante di cannabis si è stabilizzato nel 2006 ⁽³⁸⁾. In seguito a una brusca diminuzione nel 2002, successiva a un quantitativo record sequestrato nel 2001, il numero di piante sequestrate in Europa tende ad aumentare, nonostante si sia assestato, nel 2006, intorno alla metà delle cifre riferite nel 2001. Durante lo stesso quinquennio, la quantità di piante sequestrate in Europa, considerata in chilogrammi, mostra un incremento costante, con un'accelerazione nel 2006 dovuta ai sequestri effettuati in Lituania.

Prezzo e potenza

La potenza dei prodotti di cannabis è determinata dal loro tenore in Δ^9 -tetraidrocannabinolo (THC), il principale principio attivo. La potenza della sostanza varia notevolmente sia da un paese all'altro sia all'interno dello stesso paese, nonché a seconda del campione di cannabis e del prodotto. Per una serie di ragioni metodologiche è difficile interpretare i dati raccolti in questo settore e non è chiaro fino a che punto i sequestri esaminati riflettono la situazione del mercato globale. In base agli studi effettuati, in linea di massima, la cannabis prodotta a livello nazionale in condizioni intensive tende a essere più potente. Nel 2006 il tenore di THC riferito dei campioni di resina era compreso tra il 2,3 e il 18,4%, mentre quello delle foglie di cannabis oscillava tra meno dell'1 e il 13%. Nel quinquennio 2001-2006 la potenza della cannabis, in resina o in foglie, è rimasta stabile o è diminuita in molti dei 16 paesi europei che hanno fornito dati sufficienti; si è osservata, tuttavia, una tendenza all'aumento in relazione alla resina di cannabis importata nei Paesi Bassi e alla cannabis in foglie in sette altri paesi. Stime pluriennali sulla potenza delle foglie di cannabis prodotte a livello locale sono disponibili solo per i Paesi Bassi, che riferiscono un calo al 16,0% nel 2006 da un valore massimo del 20,3% registrato nel 2004 ⁽³⁹⁾.

Il prezzo al dettaglio tipico per la cannabis in foglie o per la resina di cannabis varia tra i 2 e i 14 euro al grammo, con la maggior parte dei paesi europei che riferisce prezzi compresi tra i 4 e i 10 euro per entrambi i prodotti. Nel periodo 2001-2006 è stata comunicata una diminuzione dei prezzi al dettaglio della resina di cannabis (corretti dell'inflazione), con l'eccezione di Belgio e Germania. I dati disponibili messi a disposizione

Le indagini nella popolazione: 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 può essere misurato con indagini rappresentative, che servono a stimare la percentuale della popolazione che dichiara di aver fatto uso di determinate sostanze in determinati periodi di tempo. Queste indagini offrono anche informazioni contestuali utili sui modelli di consumo, le caratteristiche sociodemografiche dei consumatori e la percezione dei rischi e la disponibilità delle sostanze ⁽¹⁾.

L'OEDT, in stretta collaborazione con gli esperti nazionali, ha elaborato un insieme di punti fondamentali comuni da utilizzare nelle indagini tra gli adulti (il cosiddetto «Questionario europeo», EMQ), che vengono ora impiegati nella maggior parte degli Stati membri dell'Unione europea ⁽²⁾. Nonostante ciò, continuano a esserci differenze da paese a paese sia nella metodologia adottata sia nell'anno della raccolta dei dati, con la conseguenza che le piccole differenze tra paesi dovrebbero essere interpretate con cautela ⁽³⁾.

Poiché la realizzazione di indagini comporta costi elevati, soltanto pochi paesi decidono di raccogliere informazioni ogni anno, optando numerosi per effettuare tali ricerche a intervalli di 2-4 anni. I dati riferiti in questa relazione provengono dalle più recenti indagini disponibili per ciascun paese, che nella maggior parte dei casi risalgono agli anni tra il 2004 e il 2007.

Delle tre unità temporali di misurazione del consumo di stupefacenti utilizzate per riferire i dati delle indagini, la prevalenza *una tantum* è quella più ampia. Questa unità di misura non riflette la situazione attuale del consumo di stupefacenti tra gli adulti, ma è utile per dare informazioni sugli studenti delle scuole e per gettare uno sguardo sui modelli di consumo e l'incidenza. Per gli adulti il dato più significativo è quello relativo al consumo nell'ultimo anno e nell'ultimo mese ⁽⁴⁾. È importante infatti poter individuare 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 brevi scale di valutazione, che consentono di rilevare le forme più intensive di consumo nella popolazione generale, negli adulti e nei giovani studenti (cfr. il riquadro sullo sviluppo di scale psicosometriche nella relazione annuale 2007).

⁽¹⁾ Per ulteriori informazioni sul metodo di indagine si rimanda al bollettino statistico 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

⁽²⁾ Disponibile all'indirizzo: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>

⁽³⁾ Per ulteriori informazioni sulle indagini nazionali cfr. la tabella GPS-21 nel bollettino statistico 2008.

⁽⁴⁾ 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). La presente relazione utilizza le espressioni «prevalenza o consumo *una tantum*», «prevalenza nell'ultimo anno» e «prevalenza nell'ultimo mese» e, in alcuni casi, rispettivamente, le espressioni più colloquiali «esperienza *una tantum*», «consumo recente» e «consumo attuale».

⁽³⁷⁾ La Turchia è stata esclusa dall'analisi europea perché non ha riferito alcun sequestro di piante di cannabis nel 2005 e 2006, dopo aver comunicato sequestri ingenti nel periodo 2001-2004.

⁽³⁸⁾ Il quadro è comunque provvisorio, poiché devono ancora pervenire i dati del Regno Unito per il 2006, il paese che nel 2005 ha riferito la maggior parte dei sequestri di piante di cannabis.

⁽³⁹⁾ Per i dati relativi al prezzo e alla potenza, cfr. le tabelle PPP-1 e PPP-5 nel bollettino statistico 2008.

dalla maggior parte dei paesi fanno pensare a una situazione di maggiore stabilità per i prezzi della cannabis in foglie in questo stesso periodo, tranne che in Germania e Austria, dove si segnalano prezzi in aumento.

Prevalenza e modelli di consumo

Tra la popolazione in generale

Si calcola in via conservativa che la cannabis sia stata utilizzata almeno una volta (prevalenza una tantum) da oltre 70 milioni di europei, vale a dire da più di una persona su cinque in età compresa tra i 15 e i 64 anni (cfr. la tabella 2 per una sintesi dei dati). Sebbene vi siano differenze notevoli tra un paese e l'altro, tali per cui i dati nazionali oscillano tra il 2 e il 37%, la metà degli Stati riferisce stime comprese tra l'11 e il 22%.

Molti paesi registrano livelli di prevalenza comparativamente alti con riferimento al consumo di cannabis nell'ultimo mese e nell'ultimo anno. Si ritiene che circa 23 milioni di europei abbiano utilizzato la cannabis nell'ultimo anno, pari, in media, al 7% circa di tutti i cittadini tra i 15 e i 64 anni di età. 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 (cfr. più avanti). Si calcola infine che circa 12,5 milioni di europei abbiano utilizzato questa sostanza nell'ultimo mese, un dato questo che corrisponde a circa il 4% di tutti coloro che rientrano nella fascia di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Consumo di cannabis tra giovani adulti

Il consumo della cannabis si concentra prevalentemente tra i giovani adulti (15-34 anni), tra i quali si ritiene che raggiunga generalmente i livelli massimi nella fascia di età dei 15-24 anni. Ciò avviene in quasi tutti i paesi europei tranne Belgio, Cipro e Portogallo ⁽⁴⁰⁾.

Secondo dati provenienti da indagini condotte sulla popolazione, in media il 31% dei giovani adulti europei (15-34 anni) ha utilizzato la cannabis almeno una volta nella vita, mentre il 13% ne ha fatto uso nell'ultimo anno e il 7% nell'ultimo mese. Si ritiene che una percentuale ancora più alta di europei appartenenti alla fascia dei 15-24 anni abbia utilizzato la cannabis nell'ultimo anno (17%) o nell'ultimo mese (9%), mentre la percentuale di quelli che l'hanno provata per la prima volta è mediamente poco più bassa (il 30%). Le stime nazionali sulla prevalenza del consumo di cannabis variano marcatamente da un paese all'altro, a ciascun livello, con i paesi che hanno i tassi di prevalenza maggiori che riferiscono valori fino a dieci volte superiori rispetto agli Stati con i tassi di prevalenza più bassi.

Il consumo di cannabis è più alto tra gli uomini che tra le donne (cfr. la questione specifica sugli aspetti di genere 2006), nonostante vi siano nette differenze da un paese all'altro. Per esempio, il rapporto di genere tra i soggetti che hanno riferito di aver utilizzato la cannabis nell'ultimo anno era di 6,4 uomini per ogni donna in Portogallo, e di 1,3 uomini per ogni donna in Italia.

Consumo di cannabis tra gli studenti

Dopo il tabacco e l'alcol, la cannabis continua a essere la sostanza psicoattiva più frequentemente utilizzata dagli studenti.

Il dato relativo al consumo di cannabis almeno una volta nella vita tra gli studenti di 15-16 anni può essere preso in considerazione come indice del consumo recente o attuale, visto che la prima assunzione di questa sostanza avviene spesso in questa fascia di età. I dati contenuti nell'indagine HBSC 2005/2006 condotta sui quindicenni mostrano differenze notevoli nella prevalenza una tantum del consumo di cannabis in 27 paesi. Stime sulla prevalenza del consumo una tantum di cannabis inferiori al 10% sono state comunicate da cinque paesi; 11 paesi

Indagini recenti nelle scuole

Lo studio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) è uno studio collaborativo realizzato dall'OMS che esamina lo stato di salute e gli stili di vita dei giovani in età scolare e che, dal 2001, comprende alcune domande sul consumo di cannabis tra gli studenti di età inferiore ai 15 anni. La seconda edizione dell'indagine, comprensiva delle domande sul consumo di cannabis, è stata condotta tra l'ottobre 2005 e il maggio 2006 in 26 Stati membri dell'UE e in Croazia.

Il quarto ciclo del progetto di indagine europea nelle scuole sul consumo di alcol e di altre droghe (ESPAD) è stato realizzato nel 2007 e ha coinvolto 25 Stati membri dell'UE, la Croazia e la Norvegia. Questa indagine esamina, in particolare, il consumo di stupefacenti tra i giovani in età scolare che compiono 16 anni nel corso dell'anno di riferimento. I risultati delle indagini più recenti saranno pubblicati nel dicembre 2008.

La partecipazione a entrambe queste indagini internazionali condotte nelle scuole, che vengono realizzate ogni quattro anni, è andata aumentando a ogni ciclo e ora interessa quasi tutti i paesi europei.

Spagna, Italia, Portogallo, Slovacchia, Svezia e Regno Unito hanno trasmesso, in aggiunta, dati sul consumo di cannabis provenienti dalle rispettive indagini nazionali realizzate nelle scuole nel 2006.

⁽⁴⁰⁾ Cfr. il grafico GPS-1 nel bollettino statistico 2008.

Tabella 2: Prevalenza del consumo di cannabis nella popolazione generale — Sintesi dei dati

Fascia di età	Periodo di consumo		
	Una tantum	Ultimo anno	Ultimo mese
15-64 anni			
Numero stimato di consumatori in Europa	71,5 milioni	23 milioni	12,5 milioni
Media europea	21,8%	6,8%	3,8%
Range	1,7-36,5%	0,8-11,2%	0,5-8,7%
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (1,7%) Malta (3,5%) Bulgaria (4,4%) Cipro (6,6%)	Malta (0,8%) Bulgaria (1,5%) Grecia (1,7%) Svezia (2,0%)	Malta (0,5%) Svezia (0,6%) Lituania (0,7%) Bulgaria (0,8%)
Paesi con la prevalenza più alta	Danimarca (36,5%) Francia (30,6%) Regno Unito (30,1%) Italia (29,3%)	Italia, Spagna (11,2%) Repubblica ceca (9,3%) Francia (8,6%)	Spagna (8,7%) Italia (5,8%) Regno Unito, Francia, Repubblica ceca (4,8%)
15-34 anni			
Numero stimato di consumatori in Europa	42 milioni	17,5 milioni	10 milioni
Media europea	31,2%	13%	7,3%
Range	2,9-49,5%	1,9-20,3%	1,5-15,5%
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (2,9%) Malta (4,8%) Bulgaria (8,7%) Cipro (9,9%)	Malta (1,9%) Grecia (3,2%) Cipro (3,4%) Bulgaria (3,5%)	Grecia, Lituania, Svezia (1,5%) Bulgaria (1,7%)
Paesi con la prevalenza più alta	Danimarca (49,5%) Francia (43,6%) Regno Unito (41,4%) Spagna (38,6%)	Spagna (20,3%) Repubblica ceca (19,3%) Francia (16,7%) Italia (16,5%)	Spagna (15,5%) Francia, Repubblica ceca (9,8%) Regno Unito (9,2%)
15-24 anni			
Numero stimato di consumatori in Europa	20 milioni	11 milioni	6 milioni
Media europea	30,7%	16,7%	9,1%
Range	2,7-44,2%	3,6-28,2%	1,2-18,6%
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (2,7%) Malta (4,9%) Cipro (6,9%) Grecia (9,0%)	Grecia, Cipro (3,6%) Svezia (6,0%) Bulgaria, Portogallo (6,6%)	Grecia (1,2%) Svezia (1,6%) Cipro, Lituania (2,0%)
Paesi con la prevalenza più alta	Danimarca (44,2%) Repubblica ceca (43,9%) Francia (42,0%) Regno Unito (39,5%)	Repubblica ceca (28,2%) Spagna (24,3%) Francia (21,7%) Regno Unito (20,9%)	Spagna (18,6%) Repubblica ceca (15,4%) Francia (12,7%) Regno Unito (12,0%)

Informazioni basate sulle ultimi indagini disponibili per paese. L'anno dello studio è compreso tra il 2001 e il 2007. La prevalenza media in Europa è stata calcolata con una media ponderata basata sulla popolazione del relativo gruppo di età per ciascun paese. Popolazioni utilizzate quale base: fascia 15-64 (328 milioni), 15-34 (134 milioni) e 15-24 (64 milioni). I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» nel bollettino statistico 2008.

hanno riferito valori tra il 10 e il 20% e 11 paesi tra il 21 e il 31% (Currie et al., 2008) ⁽⁴¹⁾. In questa fascia di età si riscontra in genere una prevalenza maggiore del consumo di cannabis tra i ragazzi rispetto alle ragazze, ma questa differenza tra i sessi è ridotta o perfino inesistente in alcuni dei paesi che riferiscono le stime più alte.

Come per l'esperienza una tantum, vi sono differenze sensibili da un paese all'altro riguardo alle stime del consumo negli ultimi 30 giorni tra gli studenti. In alcuni paesi il dato non viene praticamente riferito, mentre in altri circa il 15% degli intervistati ammette di aver utilizzato la sostanza negli ultimi 30 giorni, con cifre talvolta più alte tra i maschi. Sulla base dei dati raccolti nelle precedenti indagini ESPAD, si stima che nel 2003 circa 3,5 milioni (il 22,1%) di studenti di 15-16 anni di età abbiano provato la cannabis almeno una volta nella vita negli Stati membri dell'UE e in Croazia e Turchia, e che circa 1,7 milioni (l'11%) abbiano utilizzato la sostanza nel mese precedente l'indagine.

Confronti sul piano internazionale

I dati relativi all'Europa possono essere confrontati con quelli provenienti da altre zone del mondo. Negli Stati Uniti, per esempio, l'indagine nazionale su consumo di droga e salute (SAMHSA, 2005) ha stimato una prevalenza una tantum del consumo di cannabis del 49% tra i giovani adulti (nella fascia di età di 15-34 anni, ricalcolata dall'OEDT) e una prevalenza dell'ultimo anno del 21%. Per la stessa fascia di età, in Canada (2004) la prevalenza una tantum del consumo di cannabis era del 58% e la prevalenza nell'ultimo anno era del 28%, mentre in Australia (2004) le cifre erano rispettivamente il 48 e il 20%. Tutti questi valori sono superiori alle medie europee corrispondenti, che sono rispettivamente del 31% e del 13%.

Modelli del consumo di cannabis

I dati disponibili riflettono l'esistenza di una certa varietà di modelli di consumo di cannabis. Tra le persone di età compresa tra i 15 e i 64 anni che hanno provato la cannabis almeno una volta nella vita, solo il 30% ne ha fatto uso nell'ultimo anno ⁽⁴²⁾. Tuttavia, tra coloro che l'hanno usata nell'ultimo anno, una media del 56% lo ha fatto nell'ultimo mese.

Produrre stime sui modelli di consumo intensivo o di lungo termine è importante per la salute pubblica. Il consumo quotidiano o pressoché quotidiano (in 20 o più giorni

nell'arco degli ultimi 30) può essere un indicatore del consumo intensivo. I dati su questo tipo di consumo di cannabis in Europa sono stati raccolti nel 2007/2008 nell'ambito di uno studio sul campo (*field trial*) coordinato dall'OEDT in collaborazione con gli esperti nazionali e i punti focali Reitox di 13 paesi. Sulla base di questi dati, benché limitati, si ritiene che più dell'1% di tutta la popolazione europea adulta, pari a circa 4 milioni di persone, faccia uso di cannabis con frequenza quotidiana o quasi quotidiana. La maggior parte di queste persone (circa 3 milioni) ha un'età compresa tra i 15 e i 34 anni e rappresenta circa il 2-2,5% di tutti i cittadini europei di questa fascia di età ⁽⁴³⁾.

È difficile valutare le tendenze nel consumo intensivo di cannabis in Europa, ma l'incremento medio tra i paesi che hanno partecipato a entrambi gli studi sul campo, nel 2004 e nel 2007 (Francia, Spagna, Irlanda, Grecia, Italia, Paesi Bassi, Portogallo), è stato di circa il 20%, sebbene questa stima risenta notevolmente dei dati di Francia, Spagna e Italia.

Il consumo ripetuto di cannabis può rimanere abbastanza stabile per lunghi periodi di tempo, anche tra i consumatori più giovani. Uno studio tedesco pubblicato di recente, che ha monitorato per 10 anni una coorte di giovani di età compresa tra i 14 e i 24 anni, ha mostrato che una parte consistente di coloro che avevano utilizzato la cannabis ripetutamente (almeno cinque volte nella vita) all'inizio del periodo di osservazione ha continuato a farlo anche in seguito: il 56% dei soggetti ha riferito di consumare la sostanza a distanza di quattro anni e il 46% continua a farne uso dopo 10 anni. Al contrario, il consumo occasionale della sostanza all'inizio del periodo di studio (1-4 volte) non è sembrato essere collegato al successivo consolidamento di modelli di consumo più problematici e di lungo termine (Perkonig, 2008).

Sempre più spesso la dipendenza da cannabis è riconosciuta come una possibile conseguenza del consumo regolare della sostanza, anche se la pericolosità e gli effetti di questa abitudine possono sembrare meno gravi di quelli comunemente riscontrati per altre sostanze psicoattive. Nonostante questa differenza rispetto ad altri stupefacenti, l'impatto generale delle forme intensive di consumo della sostanza sulla salute pubblica può essere significativo, poiché la percentuale di individui che utilizza la cannabis in modo regolare è in leggero aumento. L'analisi

⁽⁴¹⁾ Cfr. il grafico EYE-5 nel bollettino statistico 2008.

⁽⁴²⁾ Cfr. il grafico GPS-2 nel bollettino statistico 2008.

⁽⁴³⁾ Le medie europee illustrate rappresentano una stima approssimativa basata su una media ponderata (per la popolazione) per i paesi per cui vi sono informazioni disponibili. Per i paesi per cui non vi sono informazioni disponibili, invece, il risultato medio è figurativo. Le cifre così ottenute sono l'1,2% per tutti gli adulti (15-64 anni) e il 2,3% per i giovani adulti (15-34 anni). Cfr. la tabella GPS-7 nel bollettino statistico 2008.

dei dati contenuti nelle indagini sulla popolazione nazionale negli Stati Uniti rivela che circa il 20-30% dei consumatori che utilizzano la sostanza quotidianamente sarebbe stata considerata positiva in termini di dipendenza nel periodo 2000-2006⁽⁴⁴⁾. In uno studio condotto in Australia, il 92% dei consumatori di cannabis di lungo termine è stato classificato dipendente a un certo punto della vita, e più della metà è stato giudicato dipendente nel corso dello studio. Stando a uno studio di follow-up condotto a distanza di un anno sui consumatori di lungo termine, i dati sul consumo di cannabis e sulla dipendenza possono confermarsi stabili in questo lasso di tempo (Swift et al., 2000).

L'OEDT sta elaborando, in collaborazione con alcuni paesi, metodi di monitoraggio delle forme di consumo di cannabis di lungo termine più intense e rilevanti, che comprendono la dipendenza. Scale psicometriche sono in fase di collaudo in alcuni paesi europei e i risultati raccolti saranno esaminati quest'anno. Queste informazioni potranno aiutare gli Stati membri dell'UE a valutare le implicazioni delle forme più problematiche del consumo di cannabis sulla salute pubblica e a predisporre interventi adeguati⁽⁴⁵⁾.

Modelli del consumo di cannabis tra gli studenti

Secondo i dati dell'HBSC, l'uso frequente di cannabis tra gli studenti di 15 anni di età continua a essere un'evenienza rara. Solo sei paesi riferiscono una prevalenza del consumo frequente della sostanza (definito in questa relazione nella misura di 40 o più volte negli ultimi 12 mesi) superiore al 2%. Il consumo frequente, tuttavia, generalmente è più diffuso tra i maschi, con stime che in sette paesi raggiungono il 5%. Le relazioni trasmesse rivelano l'esistenza di un nesso tra i modelli di consumo di cannabis più problematici e l'appartenenza a un gruppo vulnerabile della popolazione (per esempio, giovani che commettono reati, che abbandonano la scuola o che hanno un basso livello di istruzione), a dimostrazione del fatto che occorrono strategie specifiche per creare una rete di salvaguardia atta a tutelare questi gruppi di giovani particolarmente vulnerabili. Alla questione è dedicato maggiore spazio nella questione specifica 2008 sui giovani vulnerabili.

Nel 2003 è stata condotta, in collaborazione con l'ESPAD, un'indagine sulla poliassunzione in cui venivano messi a confronto studenti di 15-16 anni che avevano

fatto uso di cannabis nei 30 giorni precedenti con altri studenti. Dal confronto è emerso che, in media, vi è una maggiore probabilità che gli studenti che avevano utilizzato la cannabis avessero abusato anche di altre sostanze. Sebbene la prevalenza dell'uso di altre sostanze da parte dei soggetti che avevano assunto la cannabis nell'ultimo mese fosse bassa (al di sotto del 10%), il livello del consumo di sigarette e del *binge drinking* (bere per ubriacarsi) nei consumatori di cannabis era circa doppio (l'80%) rispetto a quello della popolazione generale di studenti. Da questi confronti emerge che il consumo di cannabis è associato a tassi notevolmente superiori alla media di consumo di sostanze lecite e illecite⁽⁴⁶⁾.

Tendenze relative al consumo di cannabis

Solamente Svezia e Norvegia dispongono di serie di indagini sui giovani e su classi di età che risalgono agli anni settanta. In quel periodo si era osservata una prima ondata di consumo, seguita da un calo negli anni ottanta e da un nuovo, sostanziale incremento negli anni novanta. Un'analisi dell'anno di inizio del consumo, realizzata nell'ambito di un ciclo di indagini recenti, ha permesso di individuare un'espansione sostanziale del consumo di cannabis in Spagna (a metà degli anni settanta) e in Germania (nei primi anni novanta) (cfr. le relazioni annuali 2004 e 2007).

Dati emersi dalle indagini nazionali trasmessi all'OEDT indicano che in quasi tutti i paesi dell'UE il consumo di cannabis è aumentato significativamente negli anni novanta, in particolare tra i giovani (grafico 4) e tra gli studenti. Attorno al 2000 la prevalenza di consumo di cannabis nella fascia di età 15-34 aveva raggiunto livelli superiori al 30% in nove paesi e di circa il 40% in due casi, mentre la prevalenza riferita all'ultimo anno aveva raggiunto il 15-20% in sette paesi e la prevalenza nell'ultimo mese l'8-15% in sei paesi. Desti particolare interesse la tendenza del consumo di cannabis nel Regno Unito (Inghilterra e Galles), il paese che ha riferito le più alte stime sulla prevalenza in Europa all'inizio e a metà degli anni novanta, ma dove in tempi più recenti si è osservato un calo costante, in particolare nella fascia di età compresa tra i 16 e i 24 anni⁽⁴⁷⁾.

Informazioni tratte da indagini nazionali recenti mostrano una stabilizzazione del consumo di cannabis in molti paesi. Dei 16 paesi per cui è possibile analizzare la tendenza dal 2001 al 2006, la prevalenza nell'ultimo

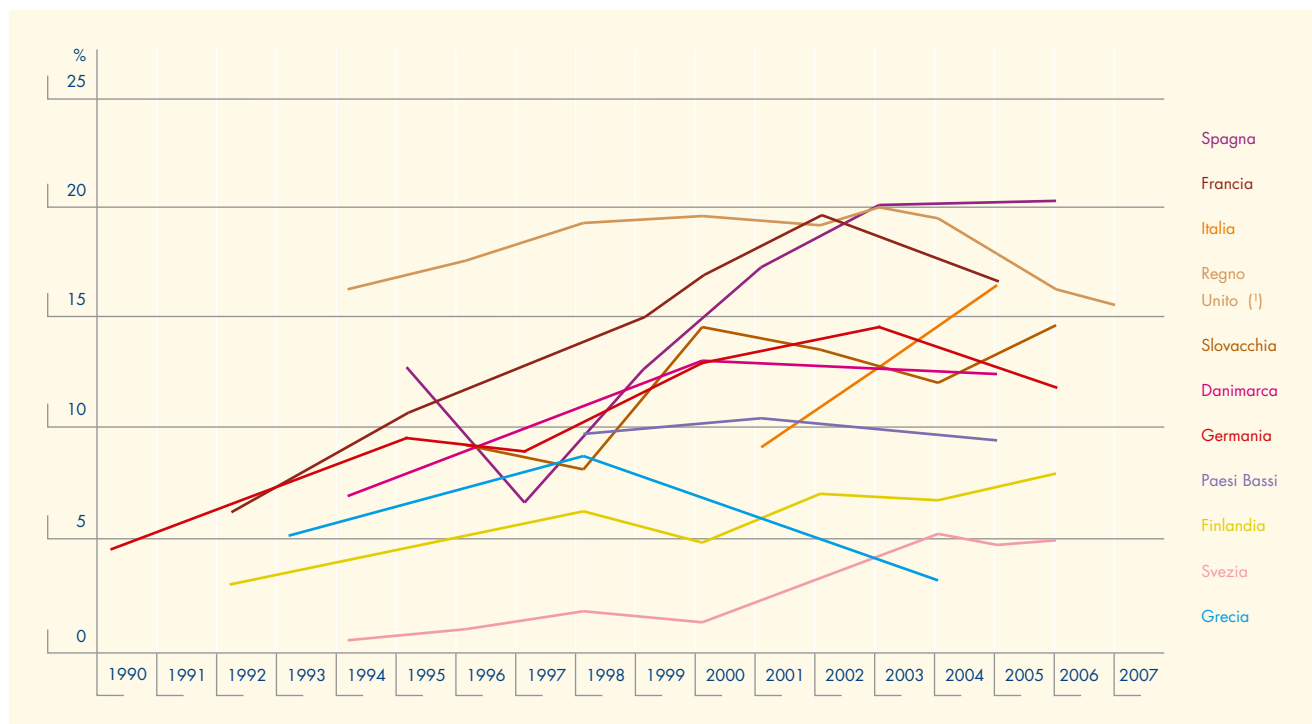
⁽⁴⁴⁾ Strumento di analisi online dell'NSDUH: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, ultimo accesso il 25 febbraio 2008, esaminato utilizzando le variabili MJDAY30A e DEPNDMRJ.

⁽⁴⁵⁾ Gli interventi, come per esempio le tipologie di trattamento, sono illustrati in «Messa a disposizione di trattamenti», pag. 48.

⁽⁴⁶⁾ L'analisi fa affidamento sui dati provenienti dalla banca dati creata nell'ambito del progetto di indagine europea nelle scuole sul consumo di alcol e altre droghe (ESPAD) e è conforme alle norme sull'utilizzo della banca dati dell'ESPAD. Sul sito web del progetto (www.espad.org) sono indicati i nomi dei responsabili nazionali che hanno fornito i dati per ciascun paese.

⁽⁴⁷⁾ Cfr. il grafico GPS-10 nel bollettino statistico 2008.

Grafico 4: Andamento della prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cannabis tra i giovani adulti (15-34 anni)



(!) Inghilterra e Galles.

NB: Cfr. il grafico GPS-4 nel bollettino statistico 2008 per ulteriori informazioni.

Fonte: Relazioni nazionali Reitox (2007), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

anno tra i giovani adulti è aumentata di almeno il 15% in sei paesi, è diminuita in misura analoga in tre paesi ed è rimasta invariata in sette (48).

Anche i dati pubblicati più recentemente sul consumo di cannabis tra gli studenti indicano una tendenza stabile o in diminuzione. Confrontando i dati dell'HBSC del 2001/2002 e del 2005/2006 si osserva questa stessa tendenza sia per l'uso una tantum che per il consumo frequente di cannabis tra gli studenti di 15 anni nella maggior parte dei paesi dell'UE (49). Anche altre indagini nazionali condotte di recente nelle scuole in Spagna, Portogallo, Slovacchia, Svezia e Regno Unito riferiscono un andamento stabile o decrescente.

Poiché la disponibilità della cannabis nel continente europeo non sembra essere diminuita, mentre i prezzi sembrano diminuire nella maggior parte dei paesi che forniscono informazioni, la spiegazione della stabilizzazione o del calo cui si sta assistendo dev'essere ricercata altrove. Da un'indagine condotta nel 2005 nella popolazione francese (*Baromètre Santé*) è emerso che, tra coloro che avevano smesso di utilizzare la cannabis, l'80% indicava, tra i motivi della loro scelta, la mancanza di interesse. Altre ragioni potrebbero

essere attribuite anche alla riduzione del consumo di tabacco, che con la cannabis ha in comune la modalità di assunzione e perciò i due comportamenti potrebbero essere in parte collegati (relazioni nazionali Reitox e Currie et al., 2008).

La diminuzione del consumo occasionale o sperimentale della cannabis non è, per forza di cose, direttamente collegata alle tendenze del consumo abituale della sostanza. Questa constatazione è confermata dai dati relativi a due indagini consecutive condotte in Germania tra gli adolescenti, che mostrano un calo della prevalenza una tantum e nell'ultimo anno, mentre il «consumo regolare» di questa sostanza (più di 10 volte nell'ultimo anno) è rimasto invariato (2,3%) (BZgA, 2004 e BZgA, 2007, citati nella relazione nazionale della Germania).

Cannabis: trattamento

Modelli della domanda di trattamento

Nel 2006, su un totale di 390 000 domande di trattamento rilevate (sono disponibili dati di 24 paesi), la cannabis costituiva la ragione principale della richiesta di trattamento in circa il 21% dei casi, diventando

(48) In mancanza di informazioni riguardanti l'anno oggetto dello studio sono state utilizzate informazioni relative all'anno precedente o seguente; in mancanza di queste informazioni l'analisi non è stata condotta.

(49) Cfr. i grafici EYE-4 e EYE-5 nel bollettino statistico 2008.

così la sostanza più segnalata dopo l'eroina⁽⁵⁰⁾. Le differenze da un paese all'altro rimangono tuttavia marcate, per cui la cannabis è citata tra le principali cause sottese all'avvio di un trattamento da meno del 5% dei pazienti in Bulgaria, Lituania, Lussemburgo e Romania, mentre è segnalata come sostanza principale da più del 30% dei pazienti in terapia in Francia, Ungheria e Paesi Bassi⁽⁵¹⁾.

Si registrano variazioni notevoli anche tra le nuove domande di trattamento: la cannabis è menzionata come sostanza principale da meno del 10% dei nuovi pazienti in Bulgaria, Lituania e Romania e da più del 50% in Danimarca, Germania, Francia e Ungheria⁽⁵²⁾. Alla base di tali oscillazioni possono esserci differenze nella prevalenza dell'uso intensivo della sostanza, nell'organizzazione della terapia o nelle prassi di affidamento ai servizi sanitari. Per esempio, in alcuni paesi con percentuali elevate di pazienti in trattamento per la cannabis (Germania, Ungheria, Austria, Svezia, per citarne alcuni), la terapia è offerta in alternativa a una pena ed è talvolta obbligatoria in caso di arresto; in Francia, che segnala il numero maggiore di pazienti in trattamento per la cannabis in Europa, sono stati istituiti di recente dei centri specializzati, che avranno senz'altro un impatto diretto sulle future relazioni.

I consumatori di cannabis vengono curati perlopiù in regime ambulatoriale, ma in alcuni paesi (Irlanda, Slovacchia, Finlandia, Svezia) circa un terzo dei pazienti fa richiesta di trattamento in regime ospedaliero⁽⁵³⁾. La maggior parte dei pazienti in terapia per curare questa dipendenza ha optato spontaneamente per il trattamento, ma questa modalità è meno comune tra i consumatori di cannabis che tra i soggetti che cercano aiuto per problemi dovuti ad altre sostanze.

I pazienti che richiedono il trattamento in regime ambulatoriale per consumo primario di cannabis dichiarano di utilizzare anche altre droghe: il 21% cita l'alcol come sostanza secondaria, mentre il 12% menziona anfetamine ed ecstasy e il 10% la cocaina. Tra i soggetti in terapia per il consumo primario di altre sostanze, la cannabis è citata come la seconda droga utilizzata più di frequente (21%) dopo l'alcol (32%)⁽⁵⁴⁾.

Tendenze nelle nuove domande di trattamento

Sul totale delle circa 160 000 nuove domande di trattamento (sono disponibili i dati di 24 paesi) segnalate

nel 2006, i pazienti che fanno uso di cannabis rappresentano il gruppo più numeroso (28%) dopo i consumatori di eroina (34%). La percentuale di pazienti che riferisce un consumo primario di cannabis è più alta tra i nuovi pazienti rispetto alla totalità dei soggetti in cura. Metà dei paesi segnala che il numero di nuovi pazienti che richiede il trattamento per un consumo primario di cannabis è in aumento. Il numero assoluto di nuove domande di trattamento per abuso di cannabis è aumentato nel periodo 2002-2006, mentre la percentuale di nuovi pazienti che ha iniziato il trattamento per un consumo primario di cannabis è aumentata tra il 2002 e il 2005 ed è rimasta invariata nel 2006⁽⁵⁵⁾.

La tendenza all'aumento osservata in relazione alle domande di trattamento per una dipendenza da cannabis può essere legata a fattori diversi: aumento del consumo di cannabis o consumo intensivo e di lungo termine; miglioramento della copertura dei dati; recente espansione e diversificazione del sistema terapeutico, che prima si concentrava sui consumatori di eroina e che ora considera anche i consumatori di altre sostanze; cambiamento della legislazione e delle politiche, che talvolta implica un aumento dei soggetti indirizzati alle strutture di cura dal sistema giudiziario (OEDT, 2008a). La recente stabilizzazione delle nuove domande di trattamento correlate al consumo di cannabis è confermata anche dalle ultime tendenze sul consumo di questa sostanza, dal cambiamento del sistema di trattamento o dalle variazioni dei percorsi delle pratiche di affidamento ai servizi terapeutici.

Profili dei pazienti

I consumatori di cannabis che iniziano la terapia in regime ambulatoriale sono prevalentemente giovani di sesso maschile (5,2 uomini per ogni donna) e hanno in media circa 24 anni. La cannabis è la sostanza primaria maggiormente segnalata tra le fasce di età più basse. Tra coloro che si sottopongono per la prima volta a una cura, il consumo primario di cannabis è segnalato dal 67% dei pazienti della fascia di età di 15-19 anni e dall'80% di quelli di età inferiore ai 15 anni⁽⁵⁶⁾.

La maggior parte di questi pazienti sembra socialmente ben integrata rispetto a coloro che chiedono aiuto per problemi con droghe di altro tipo. Molti frequentano ancora la scuola e hanno una residenza stabile, spesso assieme ai genitori; tuttavia, studi recenti rilevano anche

⁽⁵⁰⁾ Cfr. il grafico TDI-2 parte (ii) nel bollettino statistico 2008.

⁽⁵¹⁾ Cfr. la tabella TDI-5 parte (ii) nel bollettino statistico 2008.

⁽⁵²⁾ Cfr. la tabella TDI-4 parte (ii) nel bollettino statistico 2008.

⁽⁵³⁾ Cfr. la tabella TDI-24 nel bollettino statistico 2008.

⁽⁵⁴⁾ Cfr. le tabelle TDI-22 e TDI-23 parte (i) e parte (iv) nel bollettino statistico 2008.

⁽⁵⁵⁾ Cfr. i grafici TDI-1 e TDI-2 e le tabelle TDI-3 parte (iv) e TDI-5 parte (ii) nel bollettino statistico 2008.

⁽⁵⁶⁾ Cfr. le tabelle TDI-10 e TDI-21 parte (ii) nel bollettino statistico 2008.

un profilo sociale dei soggetti che consumano cannabis che differisce da quello della popolazione generale della stessa fascia di età, con un'estraneità sociale tra i gruppi svantaggiati della popolazione (OEDT, 2008a).

Nel complesso, i consumatori in trattamento che fanno un uso primario di cannabis possono essere suddivisi in tre gruppi, a seconda della frequenza con cui utilizzano la sostanza: i soggetti che ne fanno un uso occasionale (30%), i soggetti che ne fanno uso una volta fino a più volte alla settimana (30%) e i soggetti che ammettono un consumo quotidiano di cannabis (40%)⁽⁵⁷⁾. Si osservano comunque differenze notevoli da un paese all'altro, in particolare nella percentuale di consumatori abituali di cannabis che iniziano il trattamento. Nei paesi in cui i pazienti che utilizzano la cannabis sono più numerosi, la percentuale che ne fa un uso quotidiano varia da oltre il 70% nei Paesi Bassi e in Danimarca al 40-60% in Spagna, Francia e Italia, fino al 20-30% in Germania e Ungheria.

Messa a disposizione di trattamenti

Secondo un'indagine commissionata dall'OEDT sull'erogazione di servizi terapeutici a fronte di un consumo di cannabis in un campione di servizi assistenziali in 19 Stati membri, la metà dei servizi non disponeva di programmi dedicati specificamente ai problemi causati da questa sostanza (OEDT, 2008a). Questi risultati suggeriscono che molti consumatori di cannabis vengono curati nelle stesse strutture previste per i consumatori di altre sostanze, cosa che può presentare delle difficoltà sia per il personale sanitario che per i pazienti.

La maggior parte dei servizi specialistici oggetto dell'indagine offriva brevi cicli di trattamento per la

dipendenza da cannabis, di durata generalmente inferiore alle 20 sessioni. Il trattamento si articolava, di norma, in un servizio di consulenza individuale associato alla terapia o consisteva nella sola consulenza sulle possibili implicazioni del consumo di cannabis. Alcune agenzie hanno segnalato, tra le possibili componenti di un trattamento, la disintossicazione, la terapia familiare, la comunità terapeutica e i gruppi di mutuo aiuto. Il ricorso al ricovero per il trattamento dei consumatori di cannabis è previsto, in genere, in presenza di problemi socio-comportamentali.

La letteratura scientifica in questo settore suggerisce che alcune psicoterapie si sono dimostrate efficaci per il trattamento dei consumatori di cannabis, tra cui anche la terapia motivazionale e la terapia cognitivo-comportamentale, benché nessuna si sia rivelata migliore delle altre (Nordstrom e Levin, 2007). Sebbene la maggior parte degli studi sull'efficacia del trattamento della dipendenza da cannabis sia stata effettuata negli Stati Uniti e in Australia, anche in Europa si sta iniziando a studiare questo aspetto o a riferire i primi risultati. Nel 2004 è stato avviato in Germania uno studio controllato randomizzato avente per oggetto un programma di trattamento per adolescenti con disturbi legati alla cannabis denominato «Candis». Il programma si avvale di strategie quali l'arricchimento motivazionale, la terapia cognitiva comportamentale e la risoluzione dei problemi psicosociali. I primi risultati mostrano che, al termine del trattamento, la metà dei pazienti aveva smesso di fare uso di cannabis, mentre il 30% aveva ridimensionato i propri consumi; è stata inoltre segnalata una diminuzione significativa dei problemi mentali e sociali correlati alla dipendenza. È in programma uno studio di follow-up.

Alcuni Stati hanno segnalato iniziative tese a offrire un trattamento ai giovani consumatori di cannabis. In Francia,

Divieto di fumo e cannabis

La possibile correlazione tra le politiche riguardanti il tabacco, da un lato, e il consumo di cannabis, dall'altro lato, è una questione degna di attenzione. Il divieto di fumare si sta diffondendo sempre più in Europa, dove nove Stati membri hanno adottato divieti totali (nei luoghi di lavoro e nei luoghi pubblici, compresi ristoranti e bar), mentre Belgio, Danimarca, Germania, Paesi Bassi e Portogallo hanno recentemente introdotto divieti almeno parziali.

Il potenziale nesso tra il consumo di tabacco e il conseguente consumo di sostanze illecite viene meno, invece, dopo gli adeguamenti ai fattori di rischio soggiacenti, come è stato dimostrato da una revisione di studi prospettici (Mathers et al., 2006). In Europa, tuttavia, la prevalenza del consumo di cannabis è maggiore tra i fumatori di tabacco che tra i non fumatori, per cui l'adozione

di politiche regolamentari rigide sul divieto di fumo potrebbero influire positivamente sulle norme percepite, che sono predittori del consumo di tabacco e di cannabis.

Non mancherebbero inoltre le prove secondo cui la cannabis rappresenta un bene complementare (in grado cioè di accrescere il valore e la disponibilità) delle sigarette (Cameron e Williams, 2001). Studi isolati dimostrerebbero, infatti, che l'imposizione di tasse più elevate sulle sigarette riduce l'intensità del consumo di marijuana e può avere modesti effetti negativi sulle probabilità di consumo tra individui di sesso maschile (Farrelly et al., 2001).

Infine, vale la pena notare che nei Paesi Bassi il divieto di fumo nei bar e nei ristoranti si applica anche ai «coffee shop», e che la città di Amsterdam ha deciso di proibire il consumo di cannabis in pubblico.

⁽⁵⁷⁾ Cfr. la tabella TDI-18 nel bollettino statistico 2008.

a partire dal 2005, sono stati istituiti circa 250 centri di consulenza sulla cannabis, che erogano consulenza e sostegno ai consumatori e alle loro famiglie. In Danimarca sono stati recentemente stanziati fondi speciali per lo sviluppo di programmi mirati per giovani consumatori di cannabis. Belgio, Germania, Francia, Paesi Bassi e Svizzera, inoltre, stanno collaborando a uno studio internazionale sull'efficacia di un trattamento completo, che prevede il coinvolgimento della famiglia, per i consumatori problematici di cannabis (Incant) ⁽⁵⁸⁾.

In Germania si sta cercando di trasferire un programma online di interruzione del consumo di cannabis denominato «Quit the shit» ⁽⁵⁹⁾, che, in collaborazione con alcuni centri terapeutici ambulatoriali, fornisce una consulenza interattiva a strutture comunali giovanili e assistenziali o a servizi di prevenzione della tossicodipendenza.

In Europa l'uso delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione negli interventi di riduzione della domanda di sostanze stupefacenti continua ad aumentare. Nel 2006/2007 nove Stati membri segnalavano la disponibilità di un servizio di consulenza e assistenza sul consumo di droga; tra questi, otto menzionavano Internet (Repubblica ceca, Germania, Estonia, Paesi Bassi, Portogallo, Austria, Slovacchia, Regno Unito), mentre uno indicava l'uso di SMS. Questi servizi online sono diretti ai giovani e si concentrano su problemi connessi al consumo di alcol e cannabis.

Consumatori di cannabis in contatto con il sistema della giustizia penale

La cannabis è la sostanza illecita più frequentemente citata nelle relazioni di polizia sui reati in violazione della legge sulle droghe ⁽⁶⁰⁾ in Europa; nell'UE i reati connessi a questa sostanza sono aumentati in media del 34% tra il 2001 e il 2006 (grafico 2). Dai dati

disponibili emerge che la maggioranza dei reati correlati alla cannabis riguarda non già il traffico e l'offerta, bensì l'uso e la detenzione per uso personale di questa sostanza; nella maggior parte dei paesi dichiaranti, ai reati connessi al consumo è attribuito il 62-95% della totalità di queste violazioni.

Poiché molte violazioni della legge sulle sostanze stupefacenti sono commesse da giovani consumatori di cannabis che potrebbero non entrare in contatto con i servizi assistenziali in altro modo, si è registrato un aumento della collaborazione tra le autorità giudiziarie e i servizi di prevenzione e consulenza nelle scuole e nei centri giovanili. Germania, Spagna (Catalogna), Lussemburgo e Austria hanno attuato protocolli e programmi rivolti ai giovani responsabili di reati contro la legge sulle droghe o condannati per consumo o possesso di sostanze stupefacenti, principalmente cannabis. Anziché pagare un'ammonda, il responsabile del reato può scegliere di frequentare un ciclo terapeutico di disintossicazione. I programmi offerti nei vari paesi puntano a interrompere l'evoluzione verso il consumo di altre droghe e la commissione di altri reati, e possono includere un servizio di consulenza familiare, scolastica o psicologica.

Una valutazione di follow-up del programma FReD attuato in Germania per i giovani che hanno commesso reati (100 intervistati) ha stabilito che il 44% dei soggetti che hanno partecipato allo studio ha ridotto il proprio consumo di alcol e tabacco, il 79% ha ridotto o sospeso il consumo di sostanze stupefacenti e il 69% non ha commesso altri reati dopo la conclusione del ciclo terapeutico. Una valutazione delle «youth offending teams» (YOT) del Regno Unito, squadre formate da operatori nel campo della droga che si occupano di giovani coinvolti in reati per abuso di droga, ha rilevato che tale approccio offre un notevole potenziale vantaggio (Matrix Research, 2007).

⁽⁵⁸⁾ <http://www.incant.eu>

⁽⁵⁹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁶⁰⁾ Cfr. la tabella DLO-6 nel bollettino statistico 2008.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capitolo 4

Anfetamine, ecstasy e LSD

Introduzione

Nel complesso, dopo la cannabis, le anfetamine (un termine generico che comprende sia le anfetamine che le metanfetamine) e l'ecstasy figurano tra le sostanze illecite più frequentemente utilizzate. In termini di cifre assolute, il consumo di cocaina oggi è maggiore in Europa, ma la concentrazione geografica dell'abuso di questa sostanza in alcuni paesi fa pensare che, per la maggior parte dell'Unione europea, alcune droghe prodotte sinteticamente rimangono al secondo posto tra le sostanze illecite più consumate. In alcune aree del continente, inoltre, l'uso delle anfetamine è

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, condividono lo stesso meccanismo d'azione e hanno effetti simili 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 abbastanza volatile da poter essere fumato.

Fonti: Profili degli stupefacenti, OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

particolarmente allarmante all'interno del fenomeno generale del consumo di droga, essendo tali sostanze menzionate da una percentuale sostanziale di tossicodipendenti in cura.

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.

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). Il consumo di ecstasy era praticamente sconosciuto in Europa verso la fine degli anni ottanta, ma è aumentato drasticamente durante gli anni novanta. Storicamente, la popolarità della sostanza è legata alla scena della musica dance e, in generale, una prevalenza elevata del consumo di droghe sintetiche è associata a particolari sottogruppi culturali o ambienti sociali.

In Europa, le stime del consumo del dietilamide dell'acido lisergico (LSD), di gran lunga la sostanza allucinogena più nota, si sono mantenute basse e piuttosto stabili per un periodo di tempo abbastanza lungo. Sembra tuttavia che vi sia un interesse crescente tra i giovani per le sostanze allucinogene naturali.

Offerta e disponibilità

Anfetamine

La produzione globale di anfetamina, stimata nel 2006 a 126 tonnellate, rimane concentrata in Europa, dove si trova il 79% di tutti i laboratori che producono la sostanza individuati nel 2006 (UNODC, 2008), sebbene si stia diffondendo in altre parti del mondo, in particolare nell'America settentrionale e nell'Asia sudorientale ⁽⁶¹⁾. Complessivamente, nel 2006 sono state sequestrate

⁽⁶¹⁾ Per informazioni sulle fonti dei dati sull'offerta e la disponibilità della sostanza, cfr. pag. 39.

più di 19 tonnellate di anfetamine, di cui la maggior parte intercettata nel Vicino e Medio Oriente (il 67%), in relazione alle pasticche «Captagon»⁽⁶²⁾ prodotte nell'Europa sudorientale; seguono i sequestri di anfetamine effettuati nell'Europa occidentale e centrale (il 27%), a dimostrazione del ruolo del continente europeo di principale produttore e consumatore di questa sostanza (CND, 2008; UNODC, 2008).

La maggior parte delle anfetamine sequestrate in Europa è prodotta, in ordine di importanza, nei Paesi Bassi, in Polonia e in Belgio, e in quantità minori in Estonia e Lituania. Nel 2006 sono stati scoperti nell'Unione europea più di 40 siti di produzione, confezionamento o immagazzinamento di anfetamine (Europol, 2007a); l'UNODC (2008) riferisce che nei paesi europei sono stati smantellati 123 laboratori.

La Turchia ha denunciato il sequestro di circa 20 milioni di pasticche di anfetamine con il logo «Captagon». La produzione di anfetamina in questa forma è riferita da Bulgaria e Turchia, e si ritiene che sia destinata in gran parte all'esportazione verso i paesi consumatori del Vicino e Medio Oriente.

Si calcola che in Europa, nel 2006, siano stati effettuati 38 000 sequestri, per un quantitativo di 6,2 tonnellate di polvere di anfetamina. I dati provvisori relativi al 2006 indicano un calo rispetto alle cifre riferite nel 2004 e nel 2005, ma sia i sequestri che il numero di anfetamine intercettate sono aumentati nel quinquennio 2001-2006⁽⁶³⁾. Tuttavia questa conclusione è da considerarsi provvisoria, poiché non sono ancora disponibili i dati più recenti del Regno Unito, il paese europeo che in genere riferisce la maggior parte dei sequestri. I sequestri di pasticche di anfetamine, rispetto alla polvere, sono segnalati con maggiore frequenza da alcuni paesi, con un totale di 390 000 pasticche sequestrate nell'Unione europea (principalmente in Spagna) nel 2006.

La purezza dei campioni di anfetamina intercettati in Europa nel 2006 varia notevolmente, e in misura tale per cui qualsiasi commento sui valori tipici deve essere fatto con estrema attenzione. Nonostante ciò, i paesi che hanno comunicato dati in relazione al 2006 possono essere suddivisi in due gruppi, dal momento che 10 paesi hanno riferito valori compresi tra il 2 e il 10% e i rimanenti hanno segnalato valori di purezza maggiori (25-47%). Quest'ultimo gruppo comprende, in genere, quei paesi noti per essere maggiormente coinvolti nella produzione, nel traffico o nel consumo di anfetamine (Paesi Bassi, Polonia, paesi baltici e

Azione internazionale contro la produzione e la diversione dei precursori della droga

Sempre più spesso le attività delle autorità di polizia sono dirette, come misure di contrasto aggiuntive, ai precursori chimici necessari per la produzione illegale di sostanze stupefacenti, un'area in cui la cooperazione internazionale si rivela particolarmente preziosa. Il progetto «Prism» è un'iniziativa internazionale formulata per prevenire la diversione dei precursori chimici usati nella produzione illecita delle droghe sintetiche attraverso un sistema di notifiche precedenti l'esportazione nell'ambito del commercio lecito e la segnalazione dei carichi fermati e dei sequestri effettuati in caso di transazioni sospette. Le informazioni sulle attività intraprese in questo settore vengono trasmesse al Comitato di controllo internazionale dei narcotici (INCB, 2008b).

Nel complesso, i paesi dichiaranti riferiscono nel 2006 sequestri per più di 11 tonnellate di efedrina e pseudoefedrina, due precursori fondamentali della metanfetamina, di cui circa la metà del totale effettuati in Cina, seguita da Canada e Myanmar. Gli Stati membri dell'UE (principalmente Belgio e Ungheria), assieme alla Federazione russa e all'Ucraina, sono responsabili del recupero di 0,3 tonnellate soltanto, benché l'Europol (2008) segnali un recente incremento nell'esportazione, nel trasbordo e nella diversione di queste sostanze chimiche nell'Unione europea.

Nel 2006 sono diminuiti i sequestri mondiali di 1-fenil-2-propanone (P-2-P), che può essere usato nella produzione illegale di metanfetamina e anfetamina. Un'eccezione a questa tendenza si osserva negli Stati membri dell'UE (principalmente Danimarca, Paesi Bassi e Polonia), oltre che in Turchia e nella Federazione russa, che assieme hanno realizzato la maggior parte dei sequestri globali di 2 600 litri di P-2-P. Questo precursore è utilizzato perlopiù nella produzione di anfetamine in Europa, con forniture provenienti abitualmente dai paesi asiatici (Cina), sebbene, stando ad alcune segnalazioni, dal 2004 tale sostanza sia stata procurata e contrabbandata attraverso la Federazione russa (Europol, 2007a).

I sequestri a livello mondiale di 3,4-metilenediossifenil-2-propanone (3,4-MDP-2-P), impiegato nella produzione di MDMA, sono scesi nel 2006 a 7 500 litri, tutti intercettati in Canada, tranne 105 litri recuperati nei Paesi Bassi. Nel 2006 i sequestri di safrolo, che può sostituire il 3,4-MDP-2-P nella sintesi dell'MDMA, sono stati limitati, con 62 litri sequestrati in tutto il mondo, perlopiù in Australia; in Europa ha riferito un sequestro di safrolo (7 litri) soltanto la Francia.

⁽⁶²⁾ «Captagon» è una delle denominazioni commerciali registrate della fenetilina, uno stimolante del sistema nervoso centrale, sebbene le pasticche vendute con questo logo sul mercato clandestino contengano generalmente anfetamina mescolata a caffeina.

⁽⁶³⁾ I dati sui sequestri di droga in Europa citati in questo capitolo sono consultabili nelle tabelle SZR-11 fino a SZR-18 nel bollettino statistico 2008. Si osservi che, per la stima dei totali europei, in mancanza dei dati relativi al 2006, sono stati utilizzati gli stessi dati relativi al 2005.

scandinavi). Negli ultimi cinque anni la purezza delle anfetamine è rimasta stabile o è diminuita nella maggior parte dei 19 paesi per cui vi sono dati sufficienti per condurre un'analisi.

Nel 2006 il prezzo tipico al dettaglio dell'anfetamina era compreso tra i 10 e i 15 euro al grammo in metà dei paesi che hanno fornito i dati. Nel periodo 2001-2006, fatta eccezione per Repubblica ceca, Spagna e Romania, è stato segnalato un calo del prezzo al dettaglio dell'anfetamina in tutti i 16 paesi che hanno trasmesso dati sufficienti per condurre un'analisi.

Metanfetamine

La produzione di metanfetamina si concentra nell'America settentrionale e nell'Asia orientale e sudorientale. La produzione globale di metanfetamine è stata stimata, nel 2006, in 266 tonnellate, una cifra superiore a qualsiasi altra sostanza sintetica illecita. Nel 2006 sono state recuperate a livello mondiale circa 15,8 tonnellate di metanfetamina, di cui la maggior parte è stata sequestrata nell'Asia orientale e sudorientale, seguita dall'America settentrionale, mentre in Europa è stato effettuato meno dell'1% dei sequestri (UNODC, 2007, 2008).

La produzione illegale di metanfetamina avviene anche in Europa, ma è generalmente circoscritta alla Repubblica ceca, dove nel 2006 sono stati individuati più di 400 piccoli laboratori («kitchen laboratories»). Riferiscono altresì una produzione della sostanza la Slovacchia e, in misura minore, la Lituania (INCB, 2008a).

Nel 2006, 17 paesi europei hanno segnalato circa 3 000 sequestri di metanfetamine per un totale di 154 chilogrammi di droga. La Norvegia è responsabile della maggior parte dei sequestri e dei quantitativi recuperati, seguita da Svezia, Repubblica ceca e Slovacchia. In questi ultimi due paesi i sequestri sono stati tendenzialmente esigui, in genere di pochi grammi o anche meno. Tra il 2001 e il 2006 i sequestri di metanfetamina effettuati in Europa sono aumentati sia per numero che per quantità, pur rimanendo bassi rispetto a quelli di altre droghe. Nel 2006, secondo i pochi dati disponibili, la purezza tipica della metanfetamina è diminuita di una percentuale variabile tra il 20 e il 55%.

Ecstasy

L'UNODC (2007a) riferisce che nel 2006 la produzione mondiale di ecstasy è crollata a circa 102 tonnellate. Sembra di capire che la produzione si sia diffusa a livello geografico; al momento, la produzione destinata al consumo locale è più comune nell'America

settentrionale e nell'Asia orientale e sudorientale. Nonostante ciò, l'Europa rimane il principale centro di produzione dell'ecstasy, con un'attività concentrata in particolare nei Paesi Bassi (dove si registra nel 2006 un nuovo incremento della produzione, dopo alcuni anni di diminuzione), in Belgio e, in misura minore, in Polonia e nel Regno Unito.

L'importanza relativa dell'Europa in termini di consumo e produzione di ecstasy si evince dai dati relativi ai sequestri. Nel 2006 l'Europa ha segnalato più di 20 000 sequestri, che hanno portato all'intercettazione di quasi 14 milioni di pasticche di ecstasy. I quantitativi maggiori sono stati sequestrati nei Paesi Bassi (4,1 milioni di pasticche) seguiti da Regno Unito, Turchia, Francia e Germania. In linea generale, il numero di sequestri è diminuito nel periodo 2001-2006, così come sono diminuite le quantità sequestrate, dopo aver raggiunto l'apice nel 2002⁽⁶⁴⁾. Delle 4,5 tonnellate di ecstasy sequestrate in tutto il mondo nel 2006, il 43% proviene dall'Europa occidentale e centrale mentre, a titolo di confronto, il 34% riguarda l'America settentrionale (UNODC, 2008).

In Europa la maggior parte delle pasticche di ecstasy analizzate nel 2006 conteneva MDMA o un'altra sostanza simile all'ecstasy (MDEA, MDA) come unica sostanza psicoattiva presente; 17 paesi hanno riferito che questi dati sono confermati in più del 70% del numero totale di pasticche analizzate. Spagna e Polonia rappresentano un'eccezione, in quanto denunciano che l'analisi delle pasticche vendute come ecstasy ha accertato, in molti casi, la presenza di anfetamina o metanfetamina, spesso in combinazione con MDMA o con una sostanza analoga. La maggior parte delle pasticche analizzate in Lettonia e a Malta non conteneva alcuna sostanza controllata.

Quasi tutti i paesi segnalano un contenuto tipico di MDMA nelle pasticche di ecstasy compreso all'incirca tra i 25 e i 65 mg — nonostante le notevoli differenze riscontrate nei campioni analizzati (tra 9 e 90 mg). Alcuni paesi (Belgio, Danimarca, Germania, Francia, Paesi Bassi, Norvegia) hanno riferito inoltre la presenza di pasticche di ecstasy a dosaggio elevato, contenenti più di 130 mg di MDMA, e ora in alcuni mercati sono disponibili quantitativi ingenti di MDMA in polvere. Riguardo al contenuto di MDMA delle pasticche di ecstasy, non si osserva alcuna tendenza chiara nel medio termine. È evidente, tuttavia, che l'ecstasy è ora molto più economica rispetto all'epoca in cui ha cominciato a diffondersi in Europa, all'inizio degli anni novanta. Per quanto, secondo alcune relazioni, il prezzo delle

⁽⁶⁴⁾ Il quadro è comunque provvisorio, poiché devono ancora pervenire i dati del Regno Unito per il 2006, il paese che ha riferito la maggior parte dei sequestri nel 2005.

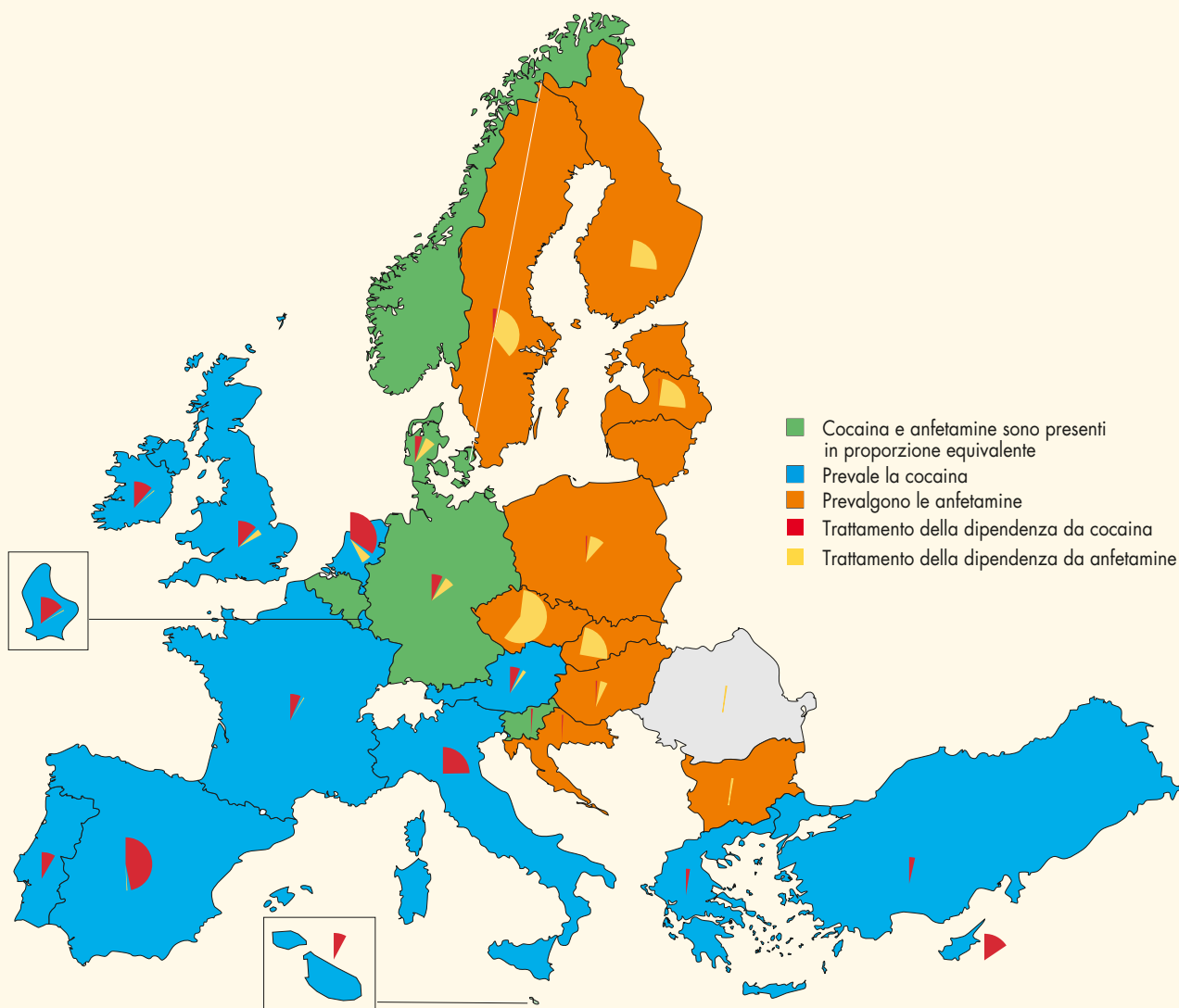
Il mercato europeo delle sostanze stimolanti: ha senso parlare di «paesi della cocaina» e «paesi delle anfetamine»?

Una sintesi di informazioni provenienti da svariate fonti suggerisce che sostanze stimolanti diverse possono avere un ruolo analogo in paesi diversi e che quindi potrebbe essere saggio, quando si elaborano strategie politiche in questo ambito, prendere in considerazione non solo le singole sostanze, ma anche il mercato degli stimolanti nel suo complesso. In alcuni paesi la cocaina sembra essere la sostanza stimolante principale, mentre in altri sembrano essere più diffuse le anfetamine e le metanfetamine. Il quadro

che emerge incrociando i dati delle indagini sulla popolazione generale e le segnalazioni sui sequestri suggeriscono che gli Stati dell'Europa settentrionale e centrale tendono in genere ad appartenere al «gruppo delle anfetamine», mentre in altri paesi dell'Europa occidentale e meridionale la cocaina è senza dubbio la sostanza dominante.

Anche l'importanza relativa degli stimolanti nell'ambito del fenomeno generale delle droghe varia in modo considerevole

Il mercato delle sostanze stimolanti in Europa: la prevalenza relativa della cocaina o delle anfetamine nei sequestri e nelle indagini tra la popolazione e la proporzione di tossicodipendenti in trattamento che segnalano il consumo primario di queste sostanze



da un paese all'altro. Lo si deduce dai dati relativi al trattamento: se per un numero ristretto di paesi le sostanze stimolanti sono responsabili di una percentuale relativamente alta di tutte le domande di accesso alle cure (metanfetamine nella Repubblica ceca e in Slovacchia; anfetamine in Lettonia, Svezia e Finlandia; cocaina in Spagna, Italia e Paesi Bassi), in altri paesi la percentuale dei pazienti che riferisce una dipendenza da una qualsiasi di queste sostanze come ragione primaria alla base della sua richiesta di aiuto è molto bassa e in taluni altri perfino trascurabile.

I dati raccolti tra i pazienti in terapia suggeriscono anche che i soggetti in cura di disintossicazione da sostanze stimolanti tendono ad avere problemi solo con una classe di stimolanti. Per esempio, tra i soggetti che seguono un trattamento ambulatoriale per il consumo di cocaina (sul totale delle domande), soltanto l'8% circa segnala le anfetamine come sostanza secondaria; mentre tra i pazienti che fanno uso di anfetamine, meno del 9% segnala la cocaina come seconda droga problematica. Inoltre, le relazioni trasmesse da alcuni paesi suggeriscono che una sostanza stimolante può, in certi casi, prendere il posto di un'altra sul mercato della droga. Vi sono dati, per esempio, secondo cui la cocaina può sostituirsi alle anfetamine e all'ecstasy tra alcune popolazioni di consumatori di sostanze stupefacenti. E nei Paesi Bassi le anfetamine possono essere utilizzate come rimpiazzo più economico della cocaina al di fuori dei centri urbani.

Mentre le droghe stimolanti possono essere diverse per gli effetti e le conseguenze che provocano, queste differenze tendono a livellarsi quando si considerano le opzioni terapeutiche, le percentuali di mantenimento nel tempo delle cure e i risultati raggiunti (Rawson et al., 2000; Copeland e Sorensen, 2001). Fino a un certo punto possono essere individuate analogie anche nei modelli di consumo di queste sostanze e nella tipologia generale dei consumatori. Per esempio, modelli di consumo ricreativo e modelli di consumo meno intenso e dannoso tra consumatori socialmente ben integrati possono coesistere accanto a un consumo di tipo intensivo tra gruppi più emarginati della popolazione, a una maggiore correlazione con problemi di dipendenza e a modalità di assunzione più rischiose, come l'uso per via parenterale e il fumo.

NB: Il colore dello sfondo indica il dominio relativo della cocaina o delle anfetamine in base alle indagini condotte nella popolazione generale (prevalenza del consumo dell'ultimo anno nella popolazione della fascia di età 15-34) e ai dati sui sequestri; i diagrammi circolari rappresentano la proporzione di tutte le domande di trattamento relative a queste due sostanze (sono visualizzati solamente i segmenti che rappresentano la cocaina e le anfetamine). Per Italia, Paesi Bassi e Polonia, per cui non erano disponibili dati riguardo ai sequestri, sono stati utilizzati solamente i dati relativi alle indagini nella popolazione. Per la Croazia sono stati utilizzati solo i dati dei sequestri. Per Norvegia e Belgio non vi erano dati disponibili riguardo al trattamento terapeutico. I dati messi a disposizione dalla Romania non hanno consentito trarre conclusioni applicabili a tutto il paese. In Repubblica ceca e Slovacchia la metanfetamina è l'anfetamina maggiormente consumata.

pasticche possa aggirarsi anche attorno a 1 euro, la maggior parte dei paesi riferisce prezzi al dettaglio che variano tra i 3 e i 9 euro a pasticca, mentre i dati disponibili per il periodo 2001-2006 indicano che il prezzo al dettaglio (corretto dell'inflazione) ha continuato a scendere.

LSD

Il consumo e il traffico di LSD sono ancora considerati poco rilevanti, anche se i sequestri effettuati in Europa sembrano suggerire un risveglio dell'interesse verso questa sostanza negli ultimi anni. Dopo una lunga fase di declino che si fa coincidere con gli anni novanta, a partire dal 2003 sono aumentati sia il numero dei sequestri che i quantitativi intercettati. La situazione attuale è ancora poco chiara, poiché, anche se i dati provvisori disponibili indicano un leggero calo in entrambi i parametri, i dati riferiti al Regno Unito, il paese che generalmente segnala i quantitativi maggiori di LSD sequestrato, non sono ancora pervenuti. I prezzi al dettaglio dell'LSD (corretti dell'inflazione) sono in leggera diminuzione dal 2001 e variano, per il 2006, tra i 5 e gli 11 euro per unità nella maggior parte dei paesi europei.

Prevalenza e modelli di consumo

Gli Stati membri dell'UE in cui si riscontra un consumo relativamente alto di anfetamine o ecstasy sono Repubblica ceca, Estonia e Regno Unito; relativamente alto rispetto alla situazione nazionale generale è altresì il consumo in alcuni paesi dell'Europa centrale e settentrionale. D'altra parte, tuttavia, i livelli di consumo di sostanze allucinogene sintetiche come il dietilamide dell'acido lisergico (LSD) sono nel complesso inferiori e si sono mantenuti stabili per un periodo considerevole.

I livelli di prevalenza più elevati riscontrati in alcuni paesi devono essere interpretati, semplificando, alla luce di due modelli di consumo distinti. In un numero ristretto di paesi il consumo di anfetamina e metanfetamina, spesso per via parenterale, è responsabile di una percentuale significativa della totalità dei casi problematici di tossicodipendenza ed è menzionato con elevata frequenza da coloro che chiedono di entrare in terapia. Escludendo queste popolazioni di consumatori cronici, si osserva in generale un nesso tra l'uso di droghe sintetiche, in particolare l'ecstasy, e la frequentazione di locali notturni, discoteche e alcune sottoculture; per questa situazione si segnalano livelli di consumo significativamente maggiori tra i giovani rispetto alla popolazione generale, e livelli di consumo

estremamente più elevati in alcuni contesti o in taluni sottogruppi particolari della popolazione.

Anfetamine

Recenti indagini condotte nella popolazione indicano che la prevalenza una tantum del consumo di anfetamine ⁽⁶⁵⁾ in Europa è diversa da paese a paese ed è compresa tra lo 0,1% e l'11,9% per l'insieme della popolazione adulta (15-64 anni). In media il 3,3% di tutti gli adulti europei ha provato le anfetamine almeno una volta nella vita. Il consumo della sostanza nell'ultimo anno è decisamente più basso, con una media europea che si aggira sullo 0,6% (in un intervallo dello 0,0-1,3%). Secondo le stime, circa 11 milioni di cittadini europei hanno provato le

anfetamine e circa 2 milioni ne hanno fatto uso nell'ultimo anno (cfr. la tabella 3 per una sintesi dei dati).

Tra i giovani adulti (15-34 anni) la prevalenza una tantum del consumo di anfetamine varia notevolmente, a seconda del paese, dallo 0,2 al 16,5%, con una media europea che si attesta attorno al 5%. Il consumo di anfetamine in questa fascia di età nell'ultimo anno è compreso tra lo 0,1 e il 2,9%, con la maggior parte dei paesi che riferisce stime di prevalenza oscillanti tra lo 0,7 e l'1,9%. Si calcola che, in media, abbia fatto uso di anfetamine nell'ultimo anno l'1,3% dei giovani europei.

Consumo problematico di anfetamine

L'indicatore dell'OEDT del consumo problematico di stupefacenti (PDU), che può essere utilizzato in modo

Tabella 3: prevalenza del consumo di anfetamine nella popolazione generale — Sintesi dei dati

Fascia di età	Periodo di consumo	
	Una tantum	Ultimo anno
15-64 anni		
Numero stimato di consumatori in Europa	11 milioni	2 milioni
Media europea	3,3%	0,6%
Range	0,1-11,9%	0,0-1,3%
Paesi con la prevalenza più bassa	Grecia (0,1%) Romania (0,2%) Malta (0,4%) Cipro (0,8%)	Grecia, Malta (0,0%) Francia (0,1%) Portogallo (0,2%)
Paesi con la prevalenza più alta	Regno Unito (11,9%) Danimarca (6,9%) Norvegia (3,6%) Irlanda (3,5%)	Regno Unito, Estonia (1,3%) Norvegia, Lettonia (1,1%)
15-34 anni		
Numero stimato di consumatori in Europa	7 milioni	2 milioni
Media europea	5,1%	1,3%
Range	0,2-16,5%	0,1-2,9%
Paesi con la prevalenza più bassa	Grecia (0,2%) Romania (0,5%) Malta (0,7%) Cipro (0,8%)	Grecia (0,1%) Francia (0,2%) Cipro (0,3%) Portogallo (0,4%)
Paesi con la prevalenza più alta	Regno Unito (16,5%) Danimarca (12,7%) Norvegia (5,9%) Spagna, Lettonia (5,3%)	Estonia (2,9%) Regno Unito (2,7%) Lettonia (2,4%) Danimarca (2,2%)

Informazioni basate sulle ultime indagini disponibili per ciascun paese. L'anno dello studio è compreso tra il 2001 e il 2007. La prevalenza media in Europa è stata calcolata con una media ponderata basata sulla popolazione del relativo gruppo di età per ciascun paese. Nei paesi per i quali non erano disponibili informazioni, è stata imputata la prevalenza media nell'UE. Popolazioni utilizzate quale base: fascia 15-64 (328 milioni), 15-34 (134 milioni) e 15-24 (64 milioni). I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione generale» nel bollettino statistico 2008.

⁽⁶⁵⁾ I dati dell'indagine sul «consumo di anfetamina» spesso non fanno distinzione tra anfetamina e metanfetamina, anche se, in genere, si riferiscono al consumo di anfetamina (solfato o desamfetamina), perché il consumo di metanfetamina in Europa è poco diffuso, tanto che si conta in questo continente meno dell'1% dei sequestri della sostanza a livello mondiale.

limitato per le anfetamine, indica come tale il consumo per via parenterale oppure il consumo a lungo termine/ regolare. Un solo Stato membro (la Finlandia) ha fornito una stima nazionale recente del consumo problematico di anfetamine, che nel 2005 riguardava un numero compreso tra 12 000 e 22 000 consumatori di questa sostanza (4,3-7,9 casi per 1 000 cittadini di età compresa tra i 15 e i 54 anni), circa il quadruplo del numero di consumatori problematici di oppiacei del paese.

Si calcola che nella maggior parte dei paesi europei il numero di domande di trattamento terapeutico per il consumo di anfetamine sia relativamente basso. Si ritiene che una percentuale importante del totale delle domande di trattamento in Lettonia, Svezia e Finlandia riguardi il consumo di questa sostanza; in questi paesi riferisce un consumo prevalente di anfetamine il 25-35% dei pazienti che si sottopongono a una cura. Al di fuori di questi Stati, il trattamento della dipendenza da anfetamine riguarda più del 5% dei trattamenti stimati nella sola Danimarca, Germania, Paesi Bassi e Polonia, dove una percentuale di consumatori in trattamento compresa tra il 6 e il 9% ammette il consumo primario di anfetamine ⁽⁶⁶⁾.

Nella maggior parte dei paesi, a eccezione di Svezia e Finlandia, la percentuale di nuovi pazienti che fanno domanda di trattamento per uso prevalente di anfetamine è più alta rispetto alla totalità dei pazienti già in cura per questo tipo di tossicodipendenza. Dal 2002 al 2006 la percentuale di soggetti che hanno iniziato un trattamento per consumo primario di anfetamine è rimasta nel complesso relativamente stabile in Europa, anche se in questo periodo Lettonia e Danimarca hanno registrato un incremento, mentre in Svezia e Finlandia la percentuale di nuovi pazienti in relazione a questa sostanza è diminuita, un fenomeno che può forse indicare un invecchiamento della popolazione ⁽⁶⁷⁾.

I consumatori di anfetamine che si sottopongono a una cura hanno, in media, circa 29 anni e sono di sesso maschile. Anche se il rapporto tra uomini e donne è di circa 2 a 1, la percentuale complessiva di donne tra i pazienti che fanno uso di anfetamine è maggiore rispetto a quella relativa ad altre sostanze ⁽⁶⁸⁾.

Consumo problematico di metanfetamina

I livelli di consumo di metanfetamine in Europa sembrano contenuti rispetto ad altre parti del mondo, dove il consumo di questa sostanza è aumentato negli ultimi anni (Griffiths et al., 2008). Storicamente l'uso di questa sostanza in Europa si concentra nella Repubblica ceca

e, in parte, in Slovacchia, e solo questi due paesi riferiscono stime recenti del consumo problematico. Nel 2006 si calcolava nella Repubblica ceca un numero di consumatori di metanfetamina compreso tra 17 500 e 22 500 (2,4-3,1 casi ogni 1 000 abitanti nella fascia di età tra i 15-64 anni), ossia quasi il doppio del numero di consumatori problematici di oppiacei, e in Slovacchia un numero di consumatori compreso tra 6 200 e 15 500 (1,6-4,0 casi ogni 1 000 cittadini di 15-64 anni), circa il 20% in meno del numero stimato di consumatori problematici di oppiacei.

Negli ultimi cinque anni si è osservato un aumento della domanda di trattamento connessa al consumo di metanfetamina in entrambi i paesi. La metanfetamina è diventata la sostanza primaria segnalata più frequentemente da coloro che richiedono il trattamento terapeutico per la prima volta in Slovacchia, dove interessa il 25% di tutte le domande di trattamento. Nella Repubblica ceca il 59% del totale dei pazienti in terapia riferisce un consumo primario di metanfetamina ⁽⁶⁹⁾. I pazienti in trattamento per questa sostanza ammettono un tasso di assunzione per via parenterale alquanto elevato: circa il 50% in Slovacchia e circa l'80% nella Repubblica ceca.

Ecstasy

Si ritiene che circa 9,5 milioni di adulti europei abbiano provato l'ecstasy (in media il 3%) e che circa 3 milioni (lo 0,8%) lo abbiano fatto nell'ultimo anno (cfr. la tabella 4 per una sintesi dei dati). Nonostante le notevoli differenze riscontrate da un paese all'altro, stando alle indagini condotte di recente avrebbe provato l'ecstasy almeno una volta nella vita una percentuale di adulti (15-64 anni) compresa tra lo 0,3 e il 7,3%, e la maggior parte dei paesi riferirebbe una prevalenza una tantum compresa nell'ordine dell'1,3-3,1%. Il consumo della sostanza in Europa nell'ultimo anno va dallo 0,2 al 3,5%. A ciascun livello di consumo, come per quasi tutte le sostanze illecite, i dati riferiti sono nettamente superiori tra gli uomini che tra le donne.

Il consumo di ecstasy è più diffuso tra i giovani adulti (15-34 anni), tra i quali si stima una prevalenza del consumo una tantum a livello nazionale compresa tra lo 0,5 e il 14,6%, con una percentuale oscillante tra lo 0,4 e il 7,7% di questo gruppo che ammette di aver utilizzato la sostanza nell'ultimo anno. Si calcola che 7,5 milioni di giovani europei (il 5,6%) abbiano provato l'ecstasy almeno una volta nella vita e che

⁽⁶⁶⁾ Cfr. la tabella TDI-5 parte (ii) nel bollettino statistico 2008.

⁽⁶⁷⁾ Cfr. il grafico TDI-1 e le tabelle TDI-4 parte (ii), TDI-5 parte (ii) e TDI-36 nel bollettino statistico 2008.

⁽⁶⁸⁾ Cfr. la tabella TDI-37 nel bollettino statistico 2008.

⁽⁶⁹⁾ Cfr. la tabella TDI-5 parte (ii) nel bollettino statistico 2008.

Tabella 4: Prevalenza del consumo di ecstasy nella popolazione generale — Sintesi dei dati

Fascia di età	Periodo di consumo	
	Una tantum	Ultimo anno
15-64 anni		
Numero stimato di consumatori in Europa	9,5 milioni	2,6 milioni
Media europea	2,8%	0,8%
Range	0,3-7,3%	0,2-3,5%
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (0,3%) Grecia (0,4%) Malta (0,7%) Lituania (1,0%)	Grecia, Malta (0,2%) Danimarca, Polonia (0,3%)
Paesi con la prevalenza più alta	Regno Unito (7,3%) Repubblica ceca (7,1%) Irlanda (5,4%) Spagna (4,4%)	Repubblica ceca (3,5%) Regno Unito (1,8%) Estonia (1,7%) Slovacchia (1,6%)
15-34 anni		
Numero stimato di consumatori in Europa	7,5 milioni	2,5 milioni
Media europea	5,6%	1,8%
Range	0,5-14,6%	0,4-7,7%
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (0,5%) Grecia (0,6%) Malta (1,4%) Lituania, Polonia (2,1%)	Grecia (0,4%) Italia, Polonia (0,7%) Danimarca, Lituania, Portogallo (0,9%)
Paesi con la prevalenza più alta	Repubblica ceca (14,6%) Regno Unito (13,0%) Irlanda (9,0%) Slovacchia (8,4%)	Repubblica ceca (7,7%) Regno Unito (3,9%) Estonia (3,7%) Paesi Bassi, Slovacchia (2,7%)
<small>Informazioni basate sulle ultime indagini disponibili per ciascun paese. L'anno dello studio è compreso tra il 2001 e il 2007. La prevalenza media in Europa è stata calcolata con una media ponderata basata sulla popolazione del relativo gruppo di età per ciascun paese. Nei paesi per i quali non erano disponibili informazioni, è stata imputata la prevalenza media nell'UE. Popolazioni utilizzate quale base: fascia 15-64 (328 milioni), 15-34 (134 milioni) e 15-24 (64 milioni). I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione generale» nel bollettino statistico 2008.</small>		

circa 2,5 milioni (l'1,8%) abbia riferito di averne fatto uso nell'ultimo anno. Le stime della prevalenza sono più alte se si restringe il campo alla fascia di età più bassa: nella fascia di età 15-24 anni, la prevalenza una tantum varia tra lo 0,4 e il 18,7%, sebbene la maggior parte dei paesi segnali stime nell'intervallo 2,5-8% ⁽⁷⁰⁾. Benché la maggior parte dei paesi abbia trasmesso percentuali comprese nell'ordine dell'1,3-4,6% in relazione al consumo nell'ultimo anno da parte di questa fascia di età, si riscontrano differenze marcate tra la stima nazionale più bassa (0,3%) e quella più alta, che si attesta al 12%, a dimostrazione della diversità di esperienza di alcuni Stati membri.

Tra gli studenti si può notare un netto incremento dei tassi di prevalenza anche in caso di oscillazioni minime

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, a suggerire che il primo contatto con la sostanza avviene in genere dopo i 16 anni ⁽⁷¹⁾.

Nonostante il numero di consumatori di ecstasy in Europa sia simile a quello dei consumatori di anfetamina, solo una minima percentuale riceve assistenza nei centri terapeutici. Nella maggior parte degli Stati, nel 2006, l'1% dei consumatori di sostanze stupefacenti che iniziavano un trattamento citava l'ecstasy come sostanza problematica primaria e nella maggior parte degli Stati solo un numero irrisorio di pazienti è in cura per problemi connessi al consumo di ecstasy. Solo cinque

⁽⁷⁰⁾ Cfr. la tabella GPS-17 nel bollettino statistico 2008.

⁽⁷¹⁾ Cfr. le tabelle EYE-1 e EYE-2 nel bollettino statistico 2008.

paesi hanno segnalato di avere più di 100 pazienti in trattamento per l'uso di ecstasy (Francia, Italia, Ungheria, Regno Unito, Turchia), ossia una percentuale tra lo 0,5% e il 4% di tutti i pazienti tossicodipendenti seguiti in questi paesi. Con un'età media di 24-25 anni, i consumatori di ecstasy sono tra i più giovani a iniziare una terapia per tossicodipendenza; solitamente, questi soggetti riferiscono di consumare in concomitanza anche altre sostanze, tra cui cannabis, cocaina, alcol e anfetamine ⁽⁷²⁾.

LSD

La prevalenza un tantum del consumo di LSD tra gli adulti (15-64 anni) è compresa tra quasi zero e il 5,4%. Tra i giovani adulti (15-34 anni), le stime della prevalenza un tantum sono leggermente più alte (dallo 0,3 al 7,1%), sebbene si segnalino livelli di prevalenza inferiori nella fascia di età di 15-24 anni. Per contro, nei pochi paesi che hanno trasmesso dati confrontabili, il consumo di LSD è spesso minore del consumo di funghi allucinogeni, per cui le stime della prevalenza un tantum tra i giovani adulti variano tra l'1 e il 9%, mentre la prevalenza nell'ultimo anno è stimata tra lo 0,3 e il 3% (OEDT, 2006).

Tendenze del consumo di anfetamine ed ecstasy

I dati più recenti confermano le relazioni che indicano una tendenza alla stabilizzazione o persino alla diminuzione del consumo di anfetamine ed ecstasy in Europa. Dopo un incremento generale negli anni novanta, le indagini condotte nella popolazione segnalano ora una tendenza alla stabilizzazione, se non addirittura un leggero calo, della popolarità di entrambe le sostanze, per quanto si tratti di uno schema che non trova riscontro in tutti i paesi.

Il consumo di anfetamine (negli ultimi 12 mesi) tra i giovani adulti (15-34 anni) nel Regno Unito è diminuito drasticamente tra il 1996 (6,5%) e il 2002 (3,1%) ed è rimasto stabile negli anni successivi. La Danimarca ha riferito un incremento marcato del consumo di anfetamina tra il 1994 e il 2000, ma i risultati dell'indagine realizzata nel 2005 segnalano una diminuzione del consumo di questa sostanza a partire da questo decennio ⁽⁷³⁾. Tra gli altri paesi che riferiscono indagini ripetute estese su periodi di tempo analoghi (Germania, Grecia, Spagna, Francia, Paesi Bassi, Slovacchia, Finlandia), le tendenze sembrano perlopiù stabili ⁽⁷⁴⁾. Nel quinquennio

2001-2006, dei 14 paesi che hanno fornito dati sufficienti sulla prevalenza nell'ultimo anno del consumo di anfetamine nella fascia 15-34 anni, tre segnalano una diminuzione di almeno il 15%, quattro riferiscono una stabilizzazione del fenomeno e sette indicano un aumento di almeno il 15%.

Più complesso è il quadro del consumo di ecstasy tra i giovani adulti (15-34 anni): i livelli sono ancora elevati tra i giovani maschi ⁽⁷⁵⁾ e negli studi relativi ad alcuni ambienti ricreativi particolari. Dopo gli aumenti generali del consumo in alcuni paesi europei verso la fine degli anni ottanta e i primi anni novanta, che hanno determinato livelli di consumo di ecstasy simili in Germania, Spagna e Regno Unito a metà degli anni novanta, la prevalenza del consumo nell'ultimo anno è rimasta sostanzialmente più alta nel Regno Unito rispetto agli altri paesi ⁽⁷⁶⁾. Nel periodo 2001-2006, la prevalenza nell'ultimo anno del consumo di ecstasy tra i giovani adulti è diminuita in tre dei 14 paesi che hanno fornito informazioni sufficienti, mentre è rimasta stabile in cinque paesi ed è cresciuta in sei.

I dati di alcuni paesi potrebbero indicare che la cocaina si stia sostituendo alle anfetamine e all'ecstasy in alcuni settori della popolazione dei consumatori di droga. Potrebbe essere il caso del Regno Unito e della Danimarca nonché, in una certa misura, della Spagna. Sia il Regno Unito che la Danimarca riferiscono stime di prevalenza un tantum del consumo di anfetamine relativamente alte, rispettivamente dell'11,9% e del 6,9%, ma i livelli di consumo segnalati nell'ultimo anno e nell'ultimo mese sono più in linea con quelli riscontrati in altri paesi. In questi paesi l'aumento del consumo di cocaina è stato accompagnato, entro certi limiti, da una diminuzione del consumo di anfetamine, dando l'impressione che in questi mercati una sostanza stimolante stia sostituendo l'altra ⁽⁷⁷⁾. I possibili cambiamenti nei modelli di consumo di stupefacenti in altri paesi (Germania, Francia, Italia, Paesi Bassi) sono meno chiari. In generale, l'interazione tra sostanze diverse che possono attirare i consumatori con pari intensità rimane ancora in buona parte da chiarire.

Uno studio dei dati estratti dalle indagini nazionali condotte nelle scuole e messi a disposizione nel 2007 (Repubblica ceca, Spagna, Portogallo, Slovacchia, Svezia, Regno Unito) supporta la tesi di una stabilizzazione generale della situazione, senza variazioni di sorta, se non una lieve diminuzione riferita nel consumo un tantum di anfetamine ed ecstasy.

⁽⁷²⁾ Cfr. le tabelle TDI-5 e TDI-37 parte (i), parte (ii) e parte (iii) nel bollettino statistico 2008.

⁽⁷³⁾ Le informazioni della Danimarca riferite al 1994 riguardano le «droghe pesanti», tra cui, prevalentemente, le anfetamine.

⁽⁷⁴⁾ Cfr. il grafico GPS-8 nel bollettino statistico 2008.

⁽⁷⁵⁾ Cfr. il grafico GPS-9 parte (ii) nel bollettino statistico 2008.

⁽⁷⁶⁾ Cfr. il grafico GPS-21 nel bollettino statistico 2008.

⁽⁷⁷⁾ Cfr. «Il mercato europeo delle sostanze stimolanti: ha senso parlare di "paesi della cocaina" e "paesi delle anfetamine"?», pag. 54.

Ambienti ricreativi

Consumo di anfetamine ed ecstasy in ambienti ricreativi

Studi relativi al consumo di droga negli ambienti ricreativi, che fungono da luogo di aggregazione dei giovani e che sono noti per essere talvolta collegati al consumo di sostanze (come le serate in discoteca o i festival musicali), possono fornire un punto di vista privilegiato sui consumatori regolari e intensivi di anfetamine ed ecstasy. Le stime del consumo di stupefacenti in questi ambienti sono tipicamente alte, ma non possono essere trasferite all'intera popolazione.

Secondo uno studio effettuato nel 2006 in nove città europee (Atene, Berlino, Brno, Lisbona, Liverpool, Lubiana, Palma, Venezia, Vienna) su giovani di 15-30 anni che frequentano abitualmente locali notturni, il tasso stimato di prevalenza una tantum è del 27% per l'ecstasy e del 17% per le anfetamine. L'uso frequente di queste sostanze è risultato essere molto inferiore, con solamente l'1,4% degli intervistati che dichiara di assumere l'ecstasy una volta a settimana o più, e spesso meno dell'1% che ammette un consumo di anfetamina. Nel gruppo oggetto dello studio, la prima assunzione di entrambe le droghe avviene in media a 18 anni⁽⁷⁸⁾. L'uso concomitante di alcol è risultato diffuso, con il 34% degli intervistati che ha riferito di essersi «ubriacato» più di due volte nelle quattro settimane precedenti l'intervista. Questo livello di ubriachezza è stato segnalato con maggiore frequenza dai soggetti maschi che dalle femmine: rispettivamente dal 42% e dal 27% (Commissione europea, 2007b).

Da un'indagine francese effettuata nel 2004-2005 in occasione di cinque concerti di musica elettronica è emersa una prevalenza nell'ultimo mese del 32% per l'ecstasy e del 13% per le anfetamine in un campione di 1 496 intervistati. Si deve tuttavia osservare che la prevalenza era maggiore tra sottopopolazioni particolari, caratterizzate da una propria controcultura ed etichettate come «alternative». Tra queste sottopopolazioni, le stime della prevalenza dell'ecstasy e delle anfetamine erano rispettivamente del 54% e del 29%.

Interventi negli ambienti ad uso ricreativo

Seguendo una tendenza segnalata sempre più spesso in Europa, le autorità, quando esaminano questioni relative all'ordine pubblico o alla salute a livello locale, affrontano con un approccio globale sia gli aspetti relativi alle sostanze lecite e che quelli riguardanti le sostanze illecite. Questa strategia è particolarmente importante per gli interventi che prendono di mira ambienti in cui

vengono consumate sia sostanze sintetiche e stimolanti che bevande alcoliche, come locali notturni e discoteche. In questa circostanza può accadere che sia difficile distinguere il ruolo delle sostanze lecite e illecite. Il consumo di alcol tra i giovani è un fenomeno che suscita una preoccupazione crescente in Europa, al punto che nel 2006 la Commissione europea ha adottato una strategia comunitaria in materia per aiutare gli Stati membri a ridurre i danni correlati al consumo di questa sostanza tra i giovani. Infatti, il consumo dannoso di alcol è correlato a un decesso su quattro tra i giovani di sesso maschile (15-29 anni) e a uno su 10 tra le giovani donne⁽⁷⁹⁾.

A fronte dei timori legati al consumo concomitante di droghe e alcol da parte dei giovani nei locali pubblici sono state elaborate strategie che mirano a modificare l'ambiente sociale, economico e fisico che fa da teatro all'utilizzo di queste sostanze, con l'obiettivo di: modificare le norme e i comportamenti di consumo; creare condizioni che ostacolano l'intossicazione; ridurre la possibilità che sorgano problemi legati all'alcol e alle droghe⁽⁸⁰⁾. Alcuni Stati membri riferiscono l'esistenza di misure da adottare nei locali notturni o nelle immediate vicinanze, allo scopo preciso di ridurre i danni o di modificare positivamente il contesto sociale. Queste comprendono: formazione del personale addetto al bar o alla sicurezza; maggiore applicazione delle leggi esistenti; attività di sensibilizzazione sui danni provocati dal consumo di sostanze; fornitura di servizi di trasporto a tarda notte; interventi volti a migliorare la sicurezza dell'ambiente della vita notturna. Questi ultimi interventi, in particolare, sono diversi e comprendono: miglioramento dell'illuminazione notturna; disponibilità di acqua potabile; ventilazione adeguata; disposizioni che consentano una risposta rapida in caso di un'emergenza medica. Una caratteristica comune di questo approccio si riscontra spesso nel fatto che esso si basa sul dialogo tra le diverse parti interessate, come la polizia, le autorità che rilasciano le licenze, i proprietari dei locali e gli operatori sanitari, cui si richiede di collaborare per individuare sia le necessità locali che le possibili soluzioni.

Un esempio delle attività realizzate in questo senso è offerto dalla Danimarca, dove, grazie alla collaborazione tra le autorità municipali e la polizia, i proprietari dei ristoranti e il personale che lavora nei locali notturni possono frequentare dei corsi per promuovere comportamenti condivisi sulla limitazione del consumo e della vendita di sostanze stupefacenti e alcolici. Cominciano a richiamare una maggiore attenzione anche alcuni approcci elaborati per queste situazioni dai

⁽⁷⁸⁾ Cfr. la tabella EYE-2 nel bollettino statistico 2008.

⁽⁷⁹⁾ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf

⁽⁸⁰⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>

singoli Stati, come dimostra il fatto che le linee guida per un sano divertimento notturno, elaborate dapprincipio nel Regno Unito, sono state successivamente adottate anche nei locali di Parigi e Bruxelles. I proprietari dei locali, con la collaborazione degli operatori addetti alla prima assistenza e delle autorità locali, contribuiscono a promuovere un consumo moderato di alcolici, facendo attività di sensibilizzazione sui danni provocati dalle droghe e dall'alcol, e migliorando nel contempo le caratteristiche di sicurezza degli ambienti (per esempio, la disponibilità di acqua gratuita, presenza di personale esperto di primo soccorso, allestimento di zone di riposo o *chill-out areas*).

Il rapporto tra guida e consumo di alcol e droghe è un problema di cui si è tenuto conto in alcune strategie ambientali. Tra gli esempi proposti in questo caso figurano l'introduzione di un mezzo di trasporto alternativo per guidatori sotto l'effetto di sostanze, che viene offerto da alcune discoteche di Parigi, e la promozione di opzioni di trasporto pubblico da parte di alcuni club di Bruxelles. In Spagna sono state condotte, specialmente nei fine settimana, campagne di prevenzione che si concentrano sulla figura del «guidatore designato» (*designated driver*, vale a dire il guidatore che sceglie di rimanere sobrio) e che mirano a sensibilizzare sui rischi della guida sotto l'effetto di sostanze psicoattive. Queste campagne possono aver contribuito a diminuire del 16% nel 2006 il numero di incidenti stradali in Spagna che vedevano coinvolti giovani di 18-20 anni ⁽⁸¹⁾.

Sembra che le strategie rivolte agli ambienti in cui i giovani consumano droghe e alcolici abbiano elevate potenzialità di proteggere la salute pubblica e migliorare la pubblica sicurezza, con vantaggi evidenti non solo per i consumatori di droga bensì anche per la comunità in generale. Tuttavia, approcci di questo genere tendono a essere circoscritti in Europa a particolari ambiti problematici noti, spesso nei principali centri urbani, e raramente vengono attuati in modo sistematico; ne deriva

perciò un potenziale ancora notevole di investimento e sviluppo in questo settore. Più in generale, il fulcro dell'attività in quest'area è stato finora tendenzialmente limitato a interventi diretti a comportamenti problematici specifici o a talune caratteristiche ben definite dell'ambiente, ignorando il compito, più ampio, di considerare le attitudini e le credenze normative dei giovani nei confronti del consumo di sostanze stupefacenti e alcol in contesti particolari.

Erogazione del trattamento

Nella maggior parte degli Stati membri, lo scarso numero di domande di trattamento si riflette nella scarsa disponibilità di servizi terapeutici per i consumatori di anfetamina, metanfetamina o ecstasy. Questa situazione è leggermente diversa in alcuni Stati membri in cui si trovano popolazioni di consumatori cronici di lungo termine di anfetamina o metanfetamina. In questi paesi (principalmente Repubblica ceca, Slovacchia, Finlandia, Svezia), i consumatori di anfetamine o metanfetamine sono seguiti da servizi terapeutici specializzati. Le opzioni di trattamento prevedono la disintossicazione, seguita da una terapia individuale in ambulatorio o dalla terapia di gruppo, disponibile sia presso strutture ospedaliere che in regime ambulatoriale.

Per il trattamento della tossicodipendenza da psicostimolanti, come le anfetamine e la cocaina, mancano opzioni terapeutiche la cui efficacia sia sostenuta da solide prove. Come si avrà modo di notare nel capitolo 5, non sono disponibili allo stato attuale agenti farmacologici in grado di aiutare i pazienti a gestire l'astinenza e a ridurre il desiderio compulsivo associato alla dipendenza da psicostimolanti. La letteratura indicherebbe inoltre che non esiste alcun particolare intervento psicosociale di dimostrata efficacia capace di aiutare i consumatori di sostanze psicostimolanti a mantenere lo stato di astinenza.

⁽⁸¹⁾ Per maggiori informazioni sulle campagne di prevenzione realizzate in Europa, cfr. la questione specifica sulle droghe e la guida 2007.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capitolo 5

Cocaina e cocaina crack

Introduzione

I dati più recenti confermano un incremento generale del consumo di cocaina in Europa. A partire dalla metà degli anni novanta, le indagini sulla popolazione condotte in alcuni paesi hanno registrato un marcato aumento dell'uso di questa sostanza tra i giovani. Questi dati sono supportati dai risultati emersi da studi mirati, che hanno riscontrato livelli elevati del consumo di cocaina in alcuni ambienti ricreativi (locali notturni e discoteche). Parallelamente, sono aumentati drasticamente anche gli indicatori della disponibilità della cocaina in Europa, tra cui il numero di sequestri della sostanza e i quantitativi sequestrati.

In alcuni Stati membri dell'UE la domanda di trattamento correlata al consumo di cocaina è aumentata in maniera notevole negli ultimi anni, al punto da aver superato, in alcuni paesi, città e regioni, la domanda di trattamento per la dipendenza da oppiacei. Inoltre, una percentuale importante di consumatori di oppiacei in trattamento menziona la cocaina come droga secondaria, che può aggravare la loro situazione e interferire con le cure. In molti paesi la cocaina è segnalata anche negli esami tossicologici di una percentuale elevata di decessi per droga, in genere in combinazione con oppiacei e altre sostanze.

Il fatto che vi siano differenze sostanziali da un paese all'altro e che molti paesi riferiscano ancora livelli di consumo molto bassi è un segnale importante che, nel complesso, il consumo di cocaina sta aumentando in Europa. Anche l'esperienza dei singoli paesi nella gestione dei problemi legati alla cocaina è alquanto diversificata; si pensi, a tale proposito, che la maggioranza delle domande di trattamento per una dipendenza da cocaina riferite in Europa è polarizzato in un numero relativamente basso di paesi.

Offerta e disponibilità

Produzione e traffico

Le coltivazioni della pianta di coca, da cui si ottiene la cocaina, continuano a essere concentrate in pochi paesi

della regione andina ⁽⁸²⁾. Secondo le stime dell'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (2008), per il 2007 il potenziale di produzione di cocaina è pari a 994 tonnellate di cocaina idrocloride pura, provenienti dalla Colombia per il 61 %, dal Perù per il 29% e dalla Bolivia per il 10%. Dall'analisi sul numero di laboratori smantellati emerge che il grosso della produzione rimane localizzato in questi tre paesi, pur non escludendo il coinvolgimento anche di altri Stati sudamericani, prima che la sostanza sia esportata verso i principali mercati di consumo nell'America settentrionale e in Europa. Le informazioni sul traffico illecito del permanganato di potassio (un reagente chimico utilizzato per sintetizzare la cocaina idrocloride) supportano questa tesi: nel 2006 la Colombia ha denunciato il sequestro di ben 99 delle 101 tonnellate di permanganato di potassio intercettate in tutto il mondo (INCB, 2008b).

La cocaina prodotta sulle Ande viene poi contrabbandata in Europa attraverso i paesi sudamericani (Brasile, Ecuador, Venezuela). Mentre i Caraibi continuano a essere un'importante via di transito per la cocaina diretta in Europa, negli ultimi anni è continuato a crescere in maniera esponenziale il trasbordo attraverso i paesi dell'Africa occidentale, in particolare nel Golfo di Guinea e al largo delle coste di Capo Verde, della Guinea e della Guinea-Bissau (CND, 2008; INCB, 2008a) ⁽⁸³⁾. Spagna e Portogallo si confermano come principali punti di ingresso della cocaina in Europa, quest'ultimo con un ruolo di maggior spicco rispetto al 2005. La cocaina, tuttavia, continua a entrare in Europa anche lungo rotte più dirette: in nave, attraverso l'Atlantico, o via aria, in particolare nei Paesi Bassi, in Belgio, Italia, Francia, Regno Unito e Germania. I Paesi Bassi e la Francia sono segnalati come importanti paesi di transito per la distribuzione della sostanza in tutta l'Europa (Europol, 2007b). Recenti segnalazioni dell'importazione della cocaina attraverso i paesi dell'Europa orientale (Bulgaria, Estonia, Lettonia, Lituania, Romania, Russia) possono far pensare all'introduzione di nuove rotte di traffico in questa parte d'Europa.

⁽⁸²⁾ Per informazioni sulle fonti dei dati riferiti all'offerta e alla disponibilità della sostanza, cfr. pag. 39.

⁽⁸³⁾ Cfr. anche «Africa occidentale: un centro del traffico di cocaina diretta in Europa», pag. 64.

Africa occidentale: il nuovo centro regionale di transito del traffico di droga verso l'Europa

Negli ultimi cinque anni l'Africa occidentale è divenuta una regione di grande importanza per il traffico della cocaina diretta in Europa (1) quale luogo di transito, di immagazzinamento e di riconfezionamento (Europol, 2007b; UNODC 2007b; USDS, 2008). Si calcola che quasi un quarto della cocaina introdotta illegalmente in Europa nel 2007 sia passata attraverso questa regione (UNODC, 2008). Considerando la crescita del consumo di questa sostanza in Europa, si suppone che l'aumento del traffico attraverso le rotte dell'Africa occidentale abbia contribuito alla diminuzione dei prezzi della cocaina, rafforzando il ruolo della penisola iberica come punto d'ingresso ai fini della distribuzione nel continente (Europol, 2007b).

La cocaina viene contrabbandata dall'Africa occidentale all'Europa principalmente via mare, con grandi carichi trasportati da pescherecci verso luoghi di scarico sulla costa settentrionale del Portogallo e nella regione della Galizia in Spagna. I carichi più piccoli vengono trasportati via aria o via terra, sempre più anche in combinazione con la resina di cannabis proveniente dall'Africa settentrionale.

La crescita della rotta di transito della cocaina nell'Africa occidentale è stata attribuita a una serie di fattori diversi, tra cui: l'esecuzione di controlli più efficaci su rotte di transito alternative (Europol, 2007b); la posizione geografica dell'Africa occidentale; la vulnerabilità economica dei paesi di questa regione, che si traduce spesso in sistemi giudiziari deboli e di forze di polizia inadeguate.

La comunità internazionale ha lanciato alcune iniziative per affrontare il problema. Tra le iniziative intraprese dall'Unione europea, il Consiglio, attraverso il gruppo di lavoro orizzontale «Droga», ha posto la questione dell'Africa occidentale in cima all'elenco delle priorità e ha presentato una risoluzione sul rafforzamento del sostegno internazionale a favore di questa regione alla commissione stupefacenti delle Nazioni Unite del 2008. Sette Stati membri, inoltre, con il sostegno dell'UE, hanno collaborato per istituire il Maritime Analysis and Operations Centre — Narcotics (MAOC-N), un centro di polizia con sede a Lisbona dotato di supporto militare, che si prefigge l'obiettivo di combattere il traffico di cocaina concentrandosi in particolare sulla zona orientale dell'Atlantico.

(1) Secondo l'UNODC (2007b) i sequestri più ingenti realizzati nel 2006-2007 sono stati registrati in Senegal, Ghana, Mauritania, Guinea Bissau, Capo Verde, Nigeria, Benin e Sierra Leone.

Sequestri

La cocaina è la droga più venduta al mondo, dopo le foglie e la resina di cannabis. Nel 2006 i quantitativi sequestrati sono scesi leggermente a 706 tonnellate. L'America meridionale continua a riferire i quantitativi sequestrati più ingenti, che rappresentano il 45% del

dato globale, seguita dall'America settentrionale, con il 24%, e dall'Europa occidentale e centrale, con il 17% (UNODC, 2008).

Il numero di sequestri in Europa è aumentato negli ultimi 20 anni e ha continuato ad aumentare nel periodo 2001-2006, fatta eccezione per un calo registrato nel 2003. Anche la quantità di cocaina sequestrata è cresciuta nel corso dell'ultimo decennio, sia pur con periodiche oscillazioni. Nel 2006 i sequestri di cocaina in Europa sono stati 72 700, per un quantitativo recuperato pari a 121 tonnellate (84). La Spagna continua a essere il paese che riferisce la maggior parte dei sequestri, con il 58% di tutti i sequestri e il 41% dei quantitativi intercettati in Europa nel corso dell'anno in esame. L'enorme incremento dei quantitativi sequestrati in Portogallo dal 2005, pari al 28% del totale europeo intercettato nel 2008, è la dimostrazione che la penisola iberica viene sempre più utilizzata dai trafficanti di droga come punto d'ingresso per il mercato europeo.

Prezzo e purezza

Nel 2006 la purezza tipica della cocaina in Europa andava dall'1 al 90%, ma la maggior parte dei paesi ha riferito valori compresi tra il 25 e il 55% (85). Dei 23 paesi che hanno fornito dati sufficienti, la maggior parte ha segnalato una tendenza alla diminuzione della purezza della cocaina nel periodo 2000-2005, a differenza di Grecia e Francia, dove si è osservato un miglioramento nel periodo 2003-2006.

Nel 2006 il prezzo tipico al dettaglio della cocaina era compreso tra 50 e 75 euro al grammo nella maggior parte dei paesi europei, anche se Cipro, Romania, Svezia e Turchia riferiscono prezzi molto più alti. Nel periodo 2001-2006 la cocaina venduta per le strade è diventata più economica nei 18 paesi che hanno fornito dati sufficienti, fatta eccezione per la Romania, dove si è osservato un aumento dei prezzi (corretti dell'inflazione).

Prevalenza e modelli di consumo

Si riscontrano differenze non solo nei livelli generali di consumo di cocaina riferiti dagli Stati membri, ma anche nelle caratteristiche dei consumatori stessi, che rientrano in un ampio continuum sociale che spazia dagli esponenti più privilegiati della società ai suoi membri più emarginati. Di conseguenza, sono diversi anche i modelli di consumo della cocaina, che variano da un uso occasionale e ricreativo al consumo altamente compulsivo e dipendente. La forma in cui viene assunta la sostanza (cocaina

(84) I dati sui sequestri di cocaina in Europa citati in questo capitolo sono riportati nelle tabelle SZR-9 e SZR-10 nel bollettino statistico 2008. Si osservi che in tutto il capitolo, in mancanza dei dati relativi al 2006, sono stati utilizzati, per il calcolo dei totali europei, gli stessi dati relativi al 2005.

(85) Per i dati relativi al prezzo e alla purezza cfr. le tabelle PPP-3 e PPP-7 nel bollettino statistico 2008.

idrocloride o cocaina crack) e la via di somministrazione utilizzata rappresentano ulteriori fattori problematici. È importante tener conto di queste differenze sia per comprendere la gamma di problemi che possono essere associati ai diversi modelli di consumo della cocaina, sia per determinare l'orientamento e lo sviluppo dei servizi per un gruppo molto diversificato di consumatori.

Popolazione in generale

Nel complesso la cocaina risulta essere, dopo la cannabis, la seconda sostanza illecita usata più di frequente in Europa, sebbene il suo consumo vari notevolmente da un paese all'altro. Si calcola che circa 12 milioni di europei l'abbiano provata almeno una volta nella vita, pari a una media del 3,6% degli adulti della fascia dei 15-64 anni di età (cfr. la tabella 5 per una sintesi dei dati). Le cifre nazionali oscillano tra lo 0,4 e il 7,7%, ma dodici paesi, in particolare gli Stati membri che hanno aderito all'Unione europea nel 2004, riferiscono tassi di prevalenza un tantum molto bassi tra la popolazione adulta (0,4-1,2%).

Si stima che circa 4 milioni di cittadini europei abbiano fatto uso della sostanza nell'ultimo anno (in media l'1,2%), benché anche in questo caso esistano differenze marcate tra i paesi. Questa situazione è confermata dai risultati emersi da indagini nazionali recenti, che riportano stime della prevalenza nell'ultimo anno comprese tra lo 0,1 e il 3%, anche se i livelli di consumo superano l'1% solamente in quattro paesi. Si attesta a 2 milioni la stima della prevalenza del consumo nell'ultimo mese, pari più o meno alla metà rispetto al dato sulla prevalenza dell'ultimo anno, equivalente a circa lo 0,5% della popolazione adulta. È probabile che queste stime siano conservative.

Il consumo di cocaina, in generale, sembra concentrarsi in pochi paesi, in particolare Spagna e Regno Unito e, in misura minore, in Italia, Danimarca e Irlanda, mentre il suo utilizzo negli altri paesi europei è relativamente limitato. Negli Stati in cui le anfetamine dominano il mercato delle sostanze stimolanti illecite, le stime del consumo di cocaina si mantengono basse in quasi tutti i casi; al contrario, nei paesi in cui la principale sostanza stimolante è la cocaina, vengono segnalati bassi livelli di consumo di anfetamina ⁽⁸⁶⁾.

Consumo di cocaina tra giovani adulti

Il consumo di cocaina si concentra prevalentemente tra i giovani adulti (15-34 anni). A titolo di esempio, dei 4 milioni di europei che hanno fatto uso della sostanza nell'ultimo

Valutare il consumo di cocaina dall'analisi delle acque reflue comunali

L'applicazione delle recenti acquisizioni nel campo della chimica analitica alle attività di rilevamento della cocaina nelle acque reflue ha permesso di adottare un nuovo approccio per il monitoraggio del consumo di sostanze illecite nella comunità, noto in inglese col nome di *sewage epidemiology* (epidemiologia delle reti fognarie). Il metodo consiste nella misurazione dei livelli di metaboliti delle sostanze illecite espulsi attraverso l'urina dei consumatori. I livelli dei metaboliti riscontrati nelle acque reflue vengono quindi rapportati alla popolazione per calcolare il consumo generale di sostanze stupefacenti. Nel caso della cocaina, il metabolita principale escreto dalle urine è la benzoilecgonina. Poiché l'unica spiegazione plausibile della presenza di benzoilecgonina negli impianti delle acque reflue è la degradazione della cocaina nel corpo umano, è possibile, pur con certe deduzioni, risalire dalla quantità del metabolita presente nelle acque reflue alla quantità di cocaina consumata nella comunità (ma non al numero di consumatori).

La *sewage epidemiology* è ancora in fase sperimentale, per cui, oltre a porre importanti questioni di natura tecnica ed etica, produce informazioni che devono ancora trovare una collocazione nel pensiero scientifico moderno. Queste tematiche sono oggetto di esame della nuova pubblicazione dell'OEDT sull'analisi delle acque reflue (OEDT, 2008b). La relazione, cui hanno contribuito esperti provenienti da un'ampia gamma di discipline, giunge alla conclusione che la *sewage epidemiology*, pur necessitando di miglioramenti, può diventare uno strumento di sorveglianza del consumo di sostanze stupefacenti a livello di comunità. Potrebbe inoltre essere utilizzata come strumento di sorveglianza del consumo di stupefacenti per aiutare gli operatori sanitari e gli agenti di polizia a individuare i modelli di consumo in centri urbani di dimensioni diverse. Infine, dato che il campionamento e l'analisi delle acque reflue possono essere eseguiti con cadenza giornaliera, settimanale o mensile, i dati potrebbero essere utilizzati per dare un quadro del consumo in tempo reale, offrendo in tal modo alle comunità maggiori possibilità di monitorare l'impatto e l'efficacia delle attività di prevenzione e contrasto.

anno, è probabile che circa sette su otto appartengano a questo gruppo.

Si ritiene che in Europa 7,5 milioni di giovani adulti (15-34 anni), per una media del 5,4%, abbiano usato la cocaina almeno una volta nella vita. Le cifre nazionali oscillano tra lo 0,7 e il 12,7%. La media europea del consumo nell'ultimo anno in questa fascia di età è stimata al 2,3% (3,5 milioni), quella del consumo nell'ultimo mese all'1% (1,5 milioni).

Il consumo è particolarmente elevato tra i giovani di sesso maschile (15-34 anni), con un tasso di prevalenza nell'ultimo

⁽⁸⁶⁾ Cfr. «Il mercato europeo delle sostanze stimolanti: ha senso parlare di “paesi della cocaina” e “paesi delle anfetamine”?», pag. 54.

Tabella 5: Prevalenza del consumo di cocaina nella popolazione generale — Sintesi dei dati

Fascia di età	Periodo di consumo		
	Una tantum	Ultimo anno	Ultimo mese
15-64 anni			
Numero stimato di consumatori in Europa	12 milioni	4 milioni	2 milioni
Media europea	3,6%	1,2%	0,5%
Range	0,4-7,7%	0,1-3,0%	0-1,6%
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania, Malta, Lituania (0,4%) Grecia (0,7%)	Grecia (0,1%) Polonia, Lettonia, Repubblica ceca (0,2%)	Grecia, Estonia, Repubblica ceca (0,0%) Malta, Lituania, Polonia, Finlandia, Lettonia (0,1%)
Paesi con la prevalenza più alta	Regno Unito (7,7%) Spagna (7,0%) Italia (6,6%) Irlanda (5,3%)	Spagna (3,0%) Regno Unito (2,6%) Italia (2,2%) Irlanda (1,7%)	Spagna (1,6%) Regno Unito (1,3%) Italia (0,8%) Irlanda (0,5%)
15-34 anni			
Numero stimato di consumatori in Europa	7,5 milioni	3,5 milioni	1,5 milioni
Media europea	5,4%	2,3%	1%
Range	0,7-12,7%	0,2-5,4%	0,0-2,8%
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania, Lituania (0,7%) Malta (0,9%) Grecia (1,0%)	Grecia (0,2%) Polonia (0,3%) Lituania, Repubblica ceca (0,4%)	Estonia (0,0%) Grecia, Polonia, Lettonia, Repubblica ceca (0,1%)
Paesi con la prevalenza più alta	Regno Unito (12,7%) Spagna (9,6%) Danimarca (9,1%) Irlanda (8,2%)	Regno Unito (5,4%) Spagna (5,2%) Italia (3,2%) Irlanda (3,1%)	Spagna (2,8%) Regno Unito (2,7%) Italia (1,2%) Danimarca, Irlanda (1,0%)
15-24 anni			
Numero stimato di consumatori in Europa	3 milioni	2 milioni	800 000
Media europea	4,5%	2,6%	1,2%
Range	0,4-11,2%	0,2-6,1%	0,0-3,2%
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (0,4%) Grecia (0,6%) Lituania (0,7%) Malta, Polonia (1,1%)	Grecia (0,2%) Polonia (0,3%) Repubblica ceca (0,4%) Lituania (0,6%)	Estonia (0,0%) Grecia, Lettonia (0,1%) Repubblica ceca, Polonia, Portogallo (0,2%)
Paesi con la prevalenza più alta	Regno Unito (11,2%) Spagna (8,7%) Danimarca (8,0%) Irlanda (7,0%)	Regno Unito (6,1%) Spagna (5,8%) Irlanda (3,8%) Danimarca, Italia (3,3%)	Regno Unito (3,2%) Spagna (3,1%) Italia (1,3%) Bulgaria, Irlanda (1,1%)
Informazioni basate sulle ultimi indagini disponibili per ciascun paese. L'anno dello studio è compreso tra il 2001 e il 2007. La prevalenza media in Europa è stata calcolata con una media ponderata basata sulla popolazione del relativo gruppo di età per ciascun paese. Nei paesi per i quali non erano disponibili informazioni, è stata imputata la prevalenza media nell'UE. Popolazioni utilizzate quale base: fascia 15-64 (328 milioni), 15-34 (134 milioni) e 15-24 (64 milioni). I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione generale» nel bollettino statistico 2008.			

anno compreso tra il 4 e il 7% in Spagna, Danimarca, Irlanda, Italia e Regno Unito ⁽⁸⁷⁾. Il rapporto uomo-donna riguardo alla prevalenza del consumo nell'ultimo anno varia tra 1 a 1 e 1 a 13 per i giovani adulti, a seconda dello Stato. Dalle medie ponderate relative a tutta l'Unione europea emerge che, tra i consumatori di cocaina del gruppo di età di 15-34 anni, il rapporto uomo-donna è quasi 4 a 1 (3,8 uomini per ogni donna).

I dati relativi a un consumo di cocaina più recente (nell'ultimo anno e nell'ultimo mese) sono più alti nella fascia di età dei 15-24 anni, anche se il fenomeno è meno marcato rispetto al caso della cannabis o dell'ecstasy ⁽⁸⁸⁾. La prevalenza del consumo di cocaina nell'ultimo anno in questa fascia di età è stimata al 2,6%; ciò significa che 2 milioni di giovani tra i 15 e i 24 anni hanno fatto uso di cocaina nell'anno appena trascorso.

Il consumo di cocaina è legato anche a certi stili di vita. Un'analisi dei dati emersi dall'indagine britannica sui reati 2003/2004 ha stabilito che circa il 13% dei giovani tra i 16 e i 29 anni che frequentano abitualmente pub e bar ammette di aver fatto uso di cocaina nell'ultimo anno, rispetto al 3,7% dei frequentatori meno assidui. Nella fascia tra i 30 e i 59 anni, i dati erano rispettivamente del 3,1 e dell'1%. Secondo la stessa indagine il consumo riferito di cocaina crack è molto basso, anche nel gruppo che ammette i tassi di prevalenza più elevati per la cocaina. Ciò conferma i risultati di studi più mirati, che segnalano un profilo del consumatore di cocaina in polvere diverso rispetto a quello del consumatore di cocaina crack. È probabile che anche in altri paesi il consumo di cocaina sia associato a fattori collegati allo stile di vita.

Studi realizzati in ambienti ricreativi rivelano spesso una prevalenza elevata del consumo di cocaina. Per esempio, da uno studio condotto nel 2006 in nove città europee (Atene, Berlino, Brno, Palma, Lisbona, Liverpool, Lubiana, Venezia, Vienna) su 1 383 giovani di età compresa tra i 15 e i 30 anni che abitualmente «frequentano locali notturni» è emerso che il 29% dei soggetti aveva utilizzato la sostanza almeno una volta e quasi il 4% ne aveva fatto uso una volta a settimana o con più frequenza in qualche momento della vita (Commissione europea, 2007b). Livelli di prevalenza maggiori sono stati segnalati anche in un'indagine francese del 2004-2005 su 1 496 soggetti intervistati in occasione di cinque diversi concerti di musica elettronica. Quasi il 35% del campione aveva fatto uso di cocaina e il 6% di cocaina crack o cocaina free-base nel

mese precedente. Lo studio segnalava altresì differenze tra le sottopopolazioni: la prevalenza nell'ultimo mese era del 50% per il consumo di cocaina e del 13% per la cocaina crack tra i soggetti etichettati come «alternativi», mentre tra le sottopopolazioni più tradizionali circa un quarto degli intervistati aveva fatto uso di cocaina e il 2% di cocaina crack nell'ultimo mese.

Consumo di cocaina tra gli studenti

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 4% in Spagna e il 5% nel Regno Unito ⁽⁸⁹⁾. Nei paesi che hanno trasmesso dati recenti in relazione a indagini nazionali condotte nelle scuole (Spagna, Portogallo, Slovacchia, Svezia, Regno Unito) la prevalenza del consumo di cocaina è risultata stabile o in leggera diminuzione, sebbene le variazioni di questo dato siano in genere troppo esigue per poter essere significative da un punto di vista statistico. In Spagna, dati tratti da indagini recenti hanno evidenziato un calo notevole tra gli studenti di 17-18 anni.

Modelli del consumo di cocaina

I dati provenienti da indagini sulla popolazione generale indicano un elevato tasso di discontinuità tra i consumatori di cocaina: nei paesi in cui la prevalenza nell'ultimo anno era superiore al 2%, una percentuale compresa tra l'80 e il 90% degli adulti che hanno fatto uso di cocaina almeno una volta nella vita non ne ha fatto uso nell'ultimo mese ⁽⁹⁰⁾.

Riguardo alla frequenza del consumo di questa sostanza in Europa le informazioni sono limitate. Un'analisi dell'indagine britannica sui reati ha permesso di rilevare che circa il 20% dei giovani (16-24 anni) che avevano fatto uso di cocaina nell'anno precedente consumavano questa sostanza più di una volta al mese. Uno studio europeo condotto in nove città su campioni mirati di consumatori di cocaina (Prinzleve et al., 2004) ha rilevato che la frequenza riferita del consumo era inferiore, in media, tra i consumatori socialmente integrati (sette giorni al mese) che tra quelli socialmente emarginati (11 giorni) o tra i tossicodipendenti in terapia per consumo di oppiacei (14 giorni).

⁽⁸⁷⁾ Cfr. il grafico GPS-13 nel bollettino statistico 2008.

⁽⁸⁸⁾ Cfr. il grafico GPS-15 e le tabelle dalla GPS-14 alla GPS-16 per tutti gli anni; le tabelle dalla GPS-17 alla GPS-19 per i dati più recenti, nel bollettino statistico 2008.

⁽⁸⁹⁾ Cfr. la tabella EYE-1 nel bollettino statistico 2008.

⁽⁹⁰⁾ Cfr. il grafico GPS-16 nel bollettino statistico 2008.

Problemi di salute connessi al consumo di cocaina

Le conoscenze sui nessi esistenti tra consumo di cocaina e disturbi di salute sono spesso scarse, anche nella comunità medica, per cui alcuni problemi connessi al consumo di cocaina non vengono individuati e i soggetti che ne soffrono possono non ricevere cure adeguate. Una segnalazione inadeguata di questi problemi non consentirà di comprendere appieno l'impatto del consumo di droga sulla salute pubblica.

I rischi associati a certe modalità di consumo problematico di cocaina sono ben noti e interessano principalmente gruppi specifici di consumatori (ex consumatori o consumatori attuali di oppiacei, gruppi emarginati). Per esempio, il consumo di cocaina per via parenterale è associato al rischio di infezione e a un elevato rischio di overdose, mentre il consumo in combinazione con oppiacei sembra essere legato a un rischio maggiore di overdose da oppiacei.

I disturbi di salute correlati al consumo di cocaina in polvere, tuttavia, tendono a passare più inosservati e possono interessare consumatori che, in genere, non si considerano a rischio. Il consumo cronico di cocaina può provocare gravi problemi di salute, la maggior parte dei quali di natura cardiovascolare (aterosclerosi, cardiomiopatia, aritmie, ischemia miocardica) e neurologica (episodi cerebrovascolari e crisi epilettiche). Tali problemi possono peggiorare in presenza di condizioni preesistenti (per esempio, malformazioni vascolari) e fattori di rischio come il fumo e il consumo di alcol. Molti decessi attribuiti alla cocaina sono provocati da queste patologie.

Il consumo di cocaina in combinazione con il consumo di alcol può aumentare la concentrazione di cocaina nel sangue anche del 30%. In una prospettiva comportamentale, il consumo di cocaina può facilitare l'assunzione eccessiva di alcolici, poiché permette ai consumatori di bere più a lungo, cosa che a sua volta determina un aumento della quantità di cocaina assunta (Gossop et al., 2006). La formazione di cocaetilene nel fegato può anche essere collegata a ulteriori possibili rischi per la salute connessi al consumo combinato di cocaina e alcol.

Sono stati condotti alcuni studi mirati alla valutazione dell'impatto generale del consumo di cocaina sulla salute pubblica. Uno studio su vasta scala condotto negli Stati Uniti tra la popolazione (1988-1994) ha stabilito che un quarto degli infarti miocardici acuti non fatali nella fascia di età dei 18-45 anni era attribuibile al «consumo frequente di cocaina». Il rischio di infarto miocardico non fatale era sette volte maggiore tra i consumatori abituali che tra i non consumatori (Qureshi et al., 2001). Non è possibile, tuttavia, estendere questo studio all'Europa. Allo stato attuale, il potenziale impatto sulla salute del crescente consumo di cocaina in Europa rimane ancora da chiarire e costituisce per il futuro un importante ambito di indagine nel campo della salute pubblica.

Per ulteriori approfondimenti sui problemi sanitari correlati al consumo di cocaina si rimanda alla questione specifica sulla cocaina 2007.

Uso problematico di cocaina e domanda di trattamento

Stime nazionali dell'uso problematico di cocaina (consumo per via parenterale oppure consumo a lungo termine/ regolare) sono disponibili solo per Spagna e Italia, mentre il Regno Unito possiede stime regionali. Secondo i dati più recenti relativi alla Spagna, nel 2002 si contavano tra i 4,5 e i 6 consumatori problematici di cocaina ogni 1 000 cittadini adulti (15-64 anni). Analogamente, in Italia sono stati stimati nel 2006 circa 3,7-4,5 consumatori problematici ogni 1 000 cittadini adulti. Le informazioni sul Regno Unito non possono essere confrontate direttamente con quelle di Spagna e Italia, poiché si basano sul consumo di cocaina crack. Uno studio realizzato nel 2004-2005 in Inghilterra stimava il numero di consumatori problematici di cocaina crack in un intervallo compreso tra 5,7 e 6,4 soggetti ogni 1 000 cittadini adulti.

Nel 2006 la cocaina, in modo particolare in polvere, è stata citata in Europa quale ragione principale per la richiesta di trattamento da circa il 16% di tutti i pazienti in terapia, una percentuale questa che corrisponde a circa 61 000 casi segnalati in 24 paesi ^(²¹). Sempre la cocaina è stata inoltre riferita come droga secondaria dal 18% circa di tutti i pazienti ambulatoriali ^(²²). Le differenze da uno Stato all'altro sono sostanziali: i consumatori di cocaina costituiscono una percentuale importante dei pazienti in terapia solamente in Spagna (47%) e nei Paesi Bassi (35%), mentre in Italia è imputato a questa sostanza il 25% delle richieste di trattamento. In altre regioni d'Europa, invece, la cocaina è responsabile di una percentuale compresa tra il 5 e il 10% del totale delle domande di trattamento (in 10 paesi) o di meno del 5% (12 paesi) ^(²³).

La percentuale di consumatori di cocaina è più alta tra i soggetti che richiedono il trattamento per la prima volta. In tutta l'Europa, nel 2006, la cocaina è stata segnalata come sostanza primaria dal 23% dei nuovi pazienti (circa 37 000 persone) ^(²⁴). In Spagna, stando ai dati più recenti, la cocaina era, nel 2005, la sostanza prevalente citata più di frequente da coloro che iniziavano una terapia, mentre oggi i pazienti con problemi di cocaina rappresentano il 63% di tutti i nuovi pazienti tossicodipendenti.

Tendenze relative al consumo di cocaina

Se si considera la prevalenza nell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34 anni) come indicatore delle tendenze relative al consumo recente di cocaina (poiché il suo consumo si concentra in questa fascia di età), si può osservare che

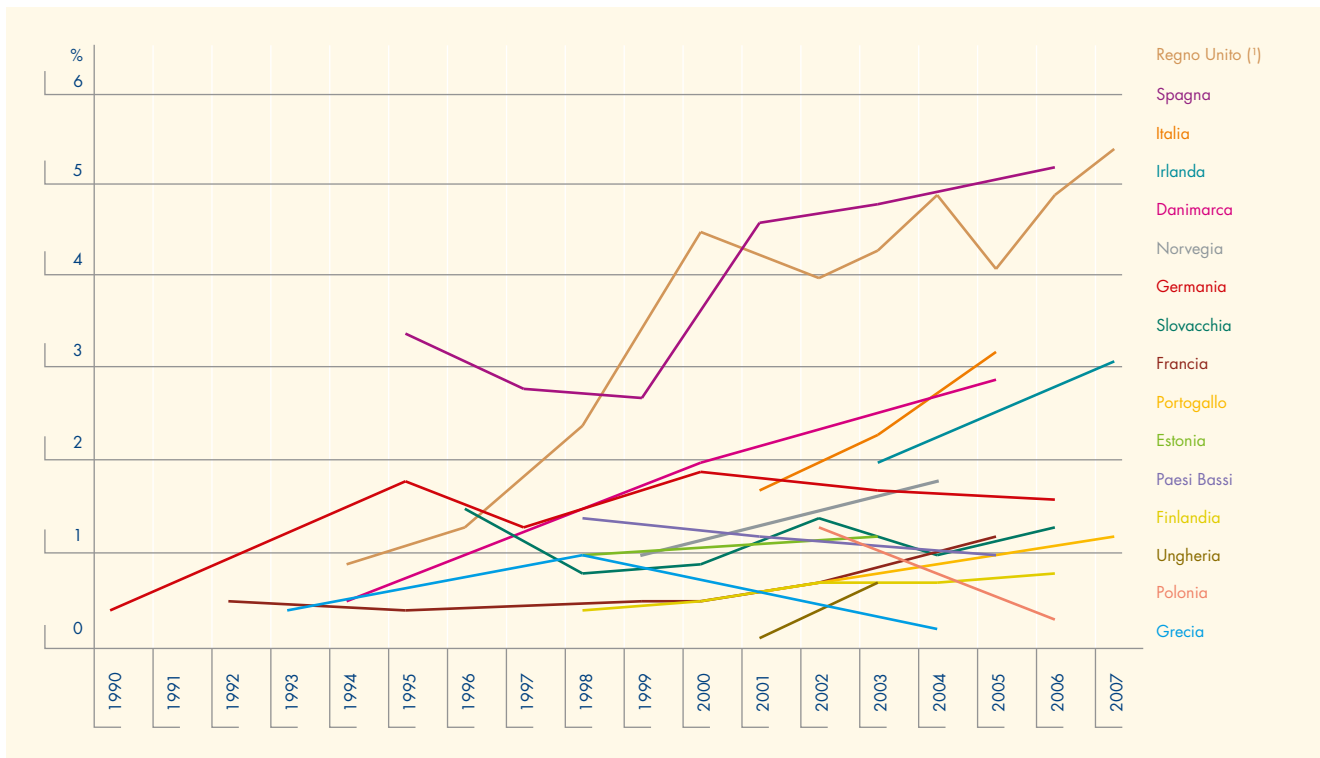
^(²¹) Cfr. la tabella TDI-115 e il grafico TDI-2 nel bollettino statistico 2008.

^(²²) Cfr. la tabella TDI-22 parte (i) nel bollettino statistico 2008.

^(²³) Cfr. la tabella TDI-5 parte (ii) nel bollettino statistico 2008; per la Spagna i dati si riferiscono al 2005.

^(²⁴) Cfr. il nel bollettino statistico 2008.

Grafico 5: Andamento della prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cocaina tra i giovani adulti (15-34 anni)



(*) Inghilterra e Galles.

NB: In Danimarca il dato del 1994 corrisponde alle «droghe pesanti». Cfr. il grafico GPS-14 nel bollettino statistico 2008 per ulteriori informazioni.
Fonte: Relazioni nazionali Reitox (2007), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici

il consumo della sostanza è aumentato nettamente nella seconda metà degli anni novanta in Spagna, Danimarca e nel Regno Unito. Nuovi dati (indagini del 2005-2007) confermano la crescita già segnalata lo scorso anno in Francia, Irlanda, Spagna, Regno Unito, Italia, Danimarca e Portogallo; Germania, Paesi Bassi, Slovacchia e Finlandia segnalano un tasso di prevalenza stabile, mentre in Polonia si assiste a un calo (grafico 5).

Anche la tendenza all'aumento delle richieste di trattamento per la dipendenza da cocaina, osservata negli anni scorsi, sembra confermata, pur essendo influenzata in maniera sproporzionata dai dati di alcuni paesi. Tra il 2002 e il 2006 la percentuale di nuovi pazienti che fa richiesta di poter accedere a una cura per consumo primario di cocaina è passata dal 13 al 25%, e il numero di casi segnalati è salito da circa 13 000 a quasi 30 000. Si è osservato un incremento anche nel numero e nella percentuale del totale dei pazienti cocainomani in trattamento: da 22 000 pazienti (il 13% del totale delle domande di trattamento) nel 2002 a 50 000 (il 19%) nel 2006. Gli aumenti più marcati sono stati riferiti da Italia e Spagna ⁽²⁵⁾.

L'aumento dei consumatori di cocaina che entrano in terapia può essere collegato senz'altro all'aumento

della prevalenza del consumo della sostanza e dei problemi a questo correlati, ma anche ad altri fattori (per esempio, l'incremento dei soggetti indirizzati ai servizi terapeutici dalle autorità giudiziarie o il moltiplicarsi degli interventi mirati specificatamente a questa categoria di tossicodipendenti). Non si deve dimenticare, infine, che le percentuali relative al tipo di sostanza risentono ovviamente delle oscillazioni della domanda di trattamento da parte dei consumatori di altre sostanze.

Confronti sul piano internazionale

Nel complesso, la prevalenza un tantum del consumo di cocaina è più bassa tra i giovani adulti dell'Unione europea che tra i loro coetanei di Australia, Canada e Stati Uniti. A livello nazionale, tuttavia, Danimarca, Irlanda, Spagna, Italia e Regno Unito (Inghilterra e Galles) segnalano cifre più alte di quelle dell'Australia. Soltanto il Regno Unito (Inghilterra e Galles) riferisce una stima della prevalenza un tantum simile a quella segnalata degli Stati Uniti ⁽²⁶⁾. In un certo senso, si può ritenere che questi dati riflettano lo sviluppo storico dei problemi legati alla cocaina e un'esperienza più precoce maturata dagli Stati

⁽²⁵⁾ Cfr. i grafici TDI-1 e TDI-3 e la tabella TDI-3 parte (ii) nel bollettino statistico 2008.

⁽²⁶⁾ Cfr. il grafico GPS-20 nel bollettino statistico 2008.

Uniti nonché, a livello europeo, dal Regno Unito, nella diffusione del consumo della sostanza.

Trattamento e riduzione del danno

Profilo dei pazienti in trattamento

La quasi totalità (il 94%) delle domande di trattamento per problemi con la cocaina in Europa è rivolta a centri terapeutici ambulatoriali ⁽⁹⁷⁾. Si deve osservare, tuttavia, che le cure per il consumo di cocaina sono prestate in certi casi anche in cliniche private, talvolta in regime di ricovero, e che il sistema di monitoraggio attuale non considera come dovrebbe questo tipo di assistenza.

Tra i pazienti con problemi di cocaina che seguono una terapia ambulatoriale si osserva il rapporto uomo-donna più alto tra tutti i pazienti in trattamento per tossicodipendenza da sostanze stupefacenti (5 uomini per ogni donna). L'età media è di 31 anni ⁽⁹⁸⁾, per cui questi soggetti rientrano nel terzo gruppo di pazienti, per fascia d'età, dopo i consumatori di oppiacei e i consumatori di ipnotici e sedativi. La maggior parte dei consumatori di cocaina in terapia riferisce di aver iniziato ad assumere questa sostanza tra i 15 e i 24 anni ⁽⁹⁹⁾.

Rispetto alla via di somministrazione si riscontra tra i cocainomani una variabilità elevata da paese a paese. Nel complesso, circa la metà (il 55%) dei soggetti che fanno uso di cocaina assume questa sostanza sniffandola, circa un terzo (il 32%) la fuma, mentre una percentuale molto minore (il 9%) ne fa uso per via parenterale ⁽¹⁰⁰⁾. È possibile, a grandi linee, suddividere i soggetti in terapia in due gruppi principali di consumatori di cocaina. Il primo comprende soggetti socialmente più integrati, che riferiscono di avere un'abitazione e un lavoro e, in genere, dichiarano di sniffare la droga. Il secondo gruppo è costituito da pazienti più emarginati, che solitamente fumano la cocaina o la consumano per via parenterale (cfr. OEDT, 2006) e più spesso riferiscono di utilizzare cocaina crack o una combinazione di cocaina ed eroina. I consumatori di crack, in particolare, vivono di norma in grandi città, appartengono a minoranze etniche e riferiscono livelli di disoccupazione elevati e condizioni di vita indigenti ⁽¹⁰¹⁾. Nel panorama europeo questo problema non è molto preoccupante ed è circoscritto a livello geografico, poiché le situazioni più gravi correlate al consumo di cocaina crack riguardano un numero ristretto di città. Nel 2006 hanno fatto richiesta di entrare in terapia circa 8 000 consumatori di cocaina crack in 20

paesi europei (approssimativamente il 2% del totale dei tossicodipendenti), anche se la maggior parte di questi soggetti era concentrata nel Regno Unito ⁽¹⁰²⁾.

In alcuni paesi, curare i problemi connessi al consumo concomitante di cocaina ed eroina sta diventando una questione sempre più rilevante. I pazienti in trattamento possono essere consumatori attuali o ex consumatori di eroina, talvolta in terapia sostitutiva. Essi rappresentano, in alcuni paesi, il gruppo più numeroso di pazienti in trattamento per dipendenza da cocaina. Alcuni studi hanno indicato che il consumo concomitante di cocaina ed eroina può essere associato alla presenza di una

La gestione dei rinforzi (contingency management)

Valorizzando l'astinenza, il *contingency management* (CM, gestione dei rinforzi) mira a ridurre gli effetti di rafforzamento delle droghe. Solitamente, il *contingency management* viene introdotto all'inizio di un ciclo di trattamento, in combinazione al sostegno psicologico, e l'erogazione di incentivi è condizionata dalla produzione di campioni di urina in cui non siano presenti tracce di sostanze stupefacenti. Per esempio, l'incentivo potrebbe essere rappresentato da buoni di importo esiguo, il cui valore aumenta a ogni successivo periodo di astinenza. Al contrario, l'incapacità di astenersi dal consumo di droghe determina la perdita dei guadagni accumulati.

Questa tecnica premia il paziente astinente in più riprese, fornendogli periodicamente obiettivi che deve raggiungere in un dato periodo. Le prove più evidenti dell'efficacia del CM nel mantenimento dello stato di astinenza dalle droghe provengono da studi sul trattamento della dipendenza da cocaina ed eroina, nonché in misura minore dall'esperienza nel trattamento del consumo di cannabis e metanfetamine.

Sebbene buona parte delle ricerche sul *contingency management* sia stata condotta al di fuori dell'Europa, recenti studi di fattibilità hanno riferito risultati positivi per questo approccio in Spagna, con i consumatori di cocaina (Secades-Villa et al., 2008), e nella cura della dipendenza da cocaina tra i pazienti in terapia sostitutiva per oppiacei nei Paesi Bassi (De Fuentes-Merillas e De Jong, 2008), dove l'incentivo medio al termine dello studio era costituito da beni per un valore di 150 euro. Stando a una valutazione economica realizzata dal National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2007) nel Regno Unito, il *contingency management* rappresenta un'opzione efficace rispetto ai costi nel trattamento della dipendenza da cocaina, specialmente se si tiene conto degli ingenti costi economici correlati al consumo di questa sostanza.

⁽⁹⁷⁾ Cfr. la tabella TDI-24 nel bollettino statistico 2008.

⁽⁹⁸⁾ Cfr. le tabelle TDI-10 e TDI-21 nel bollettino statistico 2008.

⁽⁹⁹⁾ Cfr. la tabella TDI-11 parte (iii) nel bollettino statistico 2008.

⁽¹⁰⁰⁾ Cfr. le tabelle TDI-17 parte (ii) e parte (vi) e TDI-111 parte (vii) e parte (viii) nel bollettino statistico 2008.

⁽¹⁰¹⁾ Cfr. l'argomento selezionato nel 2007 sulla cocaina e cocaina crack.

⁽¹⁰²⁾ Cfr. il grafico GPS-20 nel bollettino statistico 2008.

diagnosi duale o può aggravare problemi psicologici soggiacenti come il disturbo bipolare. È stato dimostrato, inoltre, che l'uso concomitante di cocaina durante la terapia di mantenimento con metadone favorisce la prosecuzione o la ripresa del consumo di eroina, con un conseguente aumento del rischio per l'HIV e altre infezioni che si trasmettono attraverso il sangue e per problemi gravi di natura medica, sociale e penale.

Trattamento della dipendenza da cocaina

A seguito dell'aumento, verificatosi in alcuni Stati membri, del consumo di cocaina e dei problemi ad esso collegati, i centri terapeutici specializzati nella cura delle tossicodipendenze si trovano a dover affrontare il difficile compito di adattare i propri servizi, tradizionalmente orientati al consumo di oppiacei, alle popolazioni diversificate di consumatori di cocaina e cocaina crack. Nonostante ciò, fatta eccezione per la Spagna, nel 2006 gli Stati membri giudicavano ancora scarse sia la disponibilità sia l'accessibilità di programmi terapeutici specifici per la cocaina.

Tra gli Stati membri che riferiscono tassi di prevalenza elevati per la cocaina e la cocaina crack alcuni sono riusciti a reagire al problema con grande prontezza. Nel 2007 la Spagna ha introdotto un piano d'azione nazionale specifico per la cocaina, mentre l'Irlanda ha attuato e valutato una serie di programmi specifici diretti a gruppi diversi di consumatori della sostanza. Tali programmi sono rivolti ai consumatori problematici che assumono la droga sniffandola, ai poliassuntori con problemi legati all'uso di cocaina, nonché a donne e prostitute che ne fanno uso. Nel 2008 sarà effettuato in Italia uno studio clinico su vasta scala, che esaminerà l'efficacia di due prodotti farmaceutici (aripiprazolo e ropinirolo) nel trattamento della dipendenza da cocaina.

Le informazioni sulla natura dei servizi erogati in Europa a beneficio dei consumatori problematici di cocaina sono scarse. Tuttavia, le pubblicazioni cliniche nazionali o le indagini condotte tra professionisti offrono interessanti approfondimenti sulle prassi attuali. Secondo una recente relazione britannica (NICE, 2007), sembra che, nei centri terapeutici specializzati del Regno Unito, i problemi connessi alla cocaina vengano affrontati solo quando la causa primaria di tali disturbi è legata agli oppiacei. Inoltre, secondo una recente indagine italiana realizzata tra esperti che si occupano del trattamento dei consumatori di cocaina, si riscontrano difficoltà nell'applicare alcuni degli elementi che costoro ritengono indispensabili per il buon esito della terapia, come l'erogazione di servizi adeguati (per esempio, ricovero

ospedaliero di breve durata, interventi psicosociali strutturati) o la distinzione a livello clinico dei vari tipi di consumatori di cocaina. A loro detta, queste difficoltà sono dovute a problemi organizzativi nonché alla mancanza di risorse e di interventi specifici per il trattamento della dipendenza da cocaina. È probabile che i professionisti di altri Stati membri debbano affrontare problemi analoghi. È quindi possibile che investimenti adeguati, protocolli terapeutici specifici e programmi di formazione mirati rappresentino fattori essenziali per il miglioramento dei servizi in questo settore.

Recenti disamine della letteratura suggeriscono che gli interventi psicosociali attuali non hanno dato prova di grande efficacia nel trattamento della dipendenza da cocaina e che non esistono approcci efficaci basati sulla terapia farmacologica. Una recente revisione Cochrane sugli interventi psicosociali per i consumatori di cocaina e di altri psicostimolanti ha concluso che gli unici risultati comportamentali positivi e coerenti (mantenimento in terapia, riduzione del consumo di droga) sono stati osservati negli interventi psicosociali che comprendevano una componente di *contingency management* (gestione dei rinforzi, basata su rinforzi positivi) ⁽¹⁰³⁾.

A differenza della terapia per la dipendenza da oppiacei, allo stato attuale non esistono opzioni farmacologiche efficaci per aiutare i consumatori di cocaina a mantenere lo stato di astinenza o a ridurre il consumo (cfr. la questione specifica 2007 sulla cocaina). Sostanze terapeutiche sperimentali utilizzate per limitare il consumo e il desiderio compulsivo di cocaina hanno rivelato un certo potenziale nell'ambito di studi clinici (per esempio, baclofen, tiagabina, topiramate). Modafinil, uno stimolante del sistema nervoso centrale, ha dato risultati particolarmente promettenti come sostanza psicostimolante sostitutiva, con il vantaggio che, rispetto ad altre sostanze analoghe (per esempio, la d-anfetamina), la possibilità di abusarne è molto bassa (Myrick et al., 2004). Inoltre, buprenorfina, topiramate e tiagabina hanno dato risultati incoraggianti nella riduzione del consumo di cocaina tra i consumatori di oppiacei in terapia sostitutiva per concomitante consumo di cocaina.

Sono in corso anche studi sull'immunoterapia per la dipendenza da cocaina attraverso un vaccino (TA-CD). Dopo la somministrazione, il vaccino induce la produzione di anticorpi che si legano alle molecole di cocaina in circolo e, in questo modo, permettono agli enzimi dell'organismo di convertirle in molecole inattive. I risultati di questi primi studi clinici sono incoraggianti, ma è certo che l'efficacia del vaccino come farmacoterapia per la

⁽¹⁰³⁾ Cfr. La gestione dei rinforzi (*contingency management*), pag. 70.

dipendenza da cocaina dovrà essere confermata da ulteriori studi.

Per quanto il vaccino sia destinato principalmente alla prevenzione delle ricadute, l'uso della parola «vaccino» fa anche sorgere aspettative riguardo al suo potenziale utilizzo nella prevenzione della dipendenza da cocaina, come trattamento di profilassi (per esempio, nei bambini e negli adolescenti naïf al trattamento). L'efficacia di questo approccio non è dimostrata e solleva dubbi di tipo etico, di cui si discuterà in maniera approfondita nella prossima pubblicazione dell'OEDT dal titolo *Addiction neurobiology: ethical and social implications*.

Riduzione del danno

Il consumo problematico di cocaina comporta spesso conseguenze gravi sul piano della salute fisica e psicologica. Per esempio, un'indagine di follow-up di due anni realizzata in Irlanda in comunità locali ha evidenziato un peggioramento della salute generale dei pazienti cocainomani, specialmente tra quelli che ne fanno uso per via parenterale. Alcuni progetti, inoltre, hanno segnalato un aumento del numero di pazienti che presentano ascessi e ferite dovuti a cattive abitudini nell'autosomministrazione delle iniezioni; tra gli altri problemi riferiti tra i pazienti cocainomani figurano perdita di peso, infezioni trasmesse per via sessuale, condizioni cardiache, amputazioni e comportamenti rischiosi.

Gli Stati membri in genere erogano ai consumatori di cocaina per via parenterale gli stessi servizi e strutture offerti ai consumatori di oppiacei, come raccomandazioni per un consumo sicuro, consigli per l'iniezione sicura e programmi di scambio di aghi e siringhe. I servizi per tossicodipendenti a bassa soglia svolgono un ruolo importante in questo senso, poiché forniscono un'assistenza di base oltre a un servizio di consulenza e assistenza medica. I tossicodipendenti con problemi gravi legati alla cocaina o alla cocaina crack, come disturbi fisici e di salute mentale concomitanti o problemi sociali (per esempio, l'alloggio), possono essere indirizzati verso programmi di riabilitazione in regime di ricovero ospedaliero o verso comunità terapeutiche. Questi

programmi puntano non solo a raggiungere l'astinenza, ma anche a offrire sollievo e assistenza e sostegno intensivi, allo scopo ultimo di aiutare i consumatori a modificare il loro stile di vita disordinato e rischioso.

Uno studio qualitativo realizzato in sei città spagnole ha dimostrato che le principali sostanze utilizzate dalle prostitute sono l'alcol e la cocaina. Il consumo di droga riferito è occasionale e strumentale, ossia finalizzato ad abbassare le barriere psicologiche o le inibizioni e a innalzare il livello di tolleranza nelle lunghe ore di lavoro con clienti diversi. Tra le conseguenze del consumo di droga tra le prostitute vi sono i rapporti sessuali non protetti e un rischio maggiore di subire i comportamenti violenti dei clienti. In questo gruppo si osservano spesso anche modelli di consumo di cocaina crack altamente problematici.

Per le prostitute che riferiscono problemi con la cocaina o la cocaina crack sono stati predisposti servizi di prima assistenza e riduzione del danno. Nei Paesi Bassi, per esempio, i servizi sanitari municipali hanno attuato programmi medici speciali destinati alle prostitute che fanno uso di crack; in Francia, l'associazione *Espoir Goutte d'Or*, che si dedica alla prevenzione del rischio e alla riduzione del danno per i consumatori di cocaina crack e le prostitute, organizza sessioni settimanali di consulenza e offre la possibilità di eseguire test rapidi per l'HIV e l'epatite.

Il consumo ricreativo della cocaina associato all'abuso di alcolici avviene spesso in ambienti ricreativi notturni e può essere collegato a gravi disturbi fisici di carattere acuto. Come si è visto nel capitolo 4, gli Stati membri stanno adottando sempre più spesso un approccio integrato verso la riduzione del danno connesso al consumo di alcolici e sostanze illecite negli ambienti ricreativi. Questi programmi offrono ai giovani consulenza e informazioni sui rischi connessi al consumo di alcolici e sostanze stupefacenti in generale, tra cui, di norma, materiali sui rischi correlati al consumo acuto e cronico di cocaina. Anche i membri dell'help-line della Fondazione europea delle droghe sono molto attivi nell'attività di sensibilizzazione e di sostegno ai tossicodipendenti, a cui offrono consulenza e informazioni sui rischi derivanti dal consumo di sostanze stupefacenti.



Capitolo 6

Consumo di oppiacei e uso di droga per via parenterale

Offerta e disponibilità di eroina

Storicamente, il mercato clandestino delle droghe in Europa offre due tipi di eroina importata: l'eroina brown più comune (forma chimica base), proveniente prevalentemente dall'Afghanistan, e l'eroina bianca (sotto forma di sale), che generalmente proviene dall'Asia sudorientale ed è un tipo di droga piuttosto raro ⁽¹⁰⁴⁾. Una piccola quantità di oppiacei viene anche prodotta in Europa: si tratta principalmente di derivati domestici del papavero (per esempio, paglia di papavero, concentrato di papavero derivante da steli o infiorescenze di papavero pressati), ottenuti in alcuni paesi dell'Europa orientale (Lettonia, Lituania).

Produzione e traffico

L'eroina consumata in Europa è prodotta perlopiù in Afghanistan, che rimane il leader mondiale nell'offerta illecita di oppio, seguito da Myanmar e Messico. Ancora una volta, la produzione mondiale di oppio è cresciuta fortemente (del 34%) nel 2007, raggiungendo le 8 870 tonnellate, soprattutto a causa di un incremento della produzione in Afghanistan, che è stata stimata in 8 200 tonnellate. Di conseguenza, la potenziale produzione globale di eroina ha raggiunto un livello record nel 2007, per un totale di 733 tonnellate (UNODC, 2008). Il crescente numero di laboratori smantellati in Afghanistan negli ultimi anni suggerisce che sempre più spesso l'oppio è trasformato in morfina o in eroina all'interno del paese. Tuttavia, gli ingenti sequestri di morfina effettuati nei paesi confinanti (Pakistan, Iran) dimostrano che una parte consistente della lavorazione avviene anche al di fuori dell'Afghanistan (CND, 2008; UNODC, 2007).

In linea di massima, l'eroina entra in Europa seguendo due principali rotte di traffico: la rotta dei Balcani, storicamente importante, e le sue ramificazioni, che transitano attraverso il Pakistan, l'Iran e la Turchia; e la «via settentrionale», che è utilizzata con maggiore frequenza, attraverso l'Asia centrale e la Federazione russa (grafico 6). Sono state segnalate vie di transito di

minore importanza per l'eroina proveniente dall'Asia sudoccidentale; per esempio, direttamente dal Pakistan all'Europa (Regno Unito), ma anche attraverso il Pakistan e i paesi del Medio Oriente e dell'Africa verso i mercati illegali dell'Europa e dell'America settentrionale (INCB, 2008a; Europol, 2008; UNODC, 2007; OMD, 2007). L'eroina dell'Asia sudoccidentale è contrabbandata in Europa anche attraverso l'Asia meridionale (Bangladesh) (INCB, 2008a). All'interno dell'Unione europea ricoprono un ruolo importante come centri di distribuzione secondari i Paesi Bassi e, in misura minore, il Belgio (Europol, 2008).

Sequestri

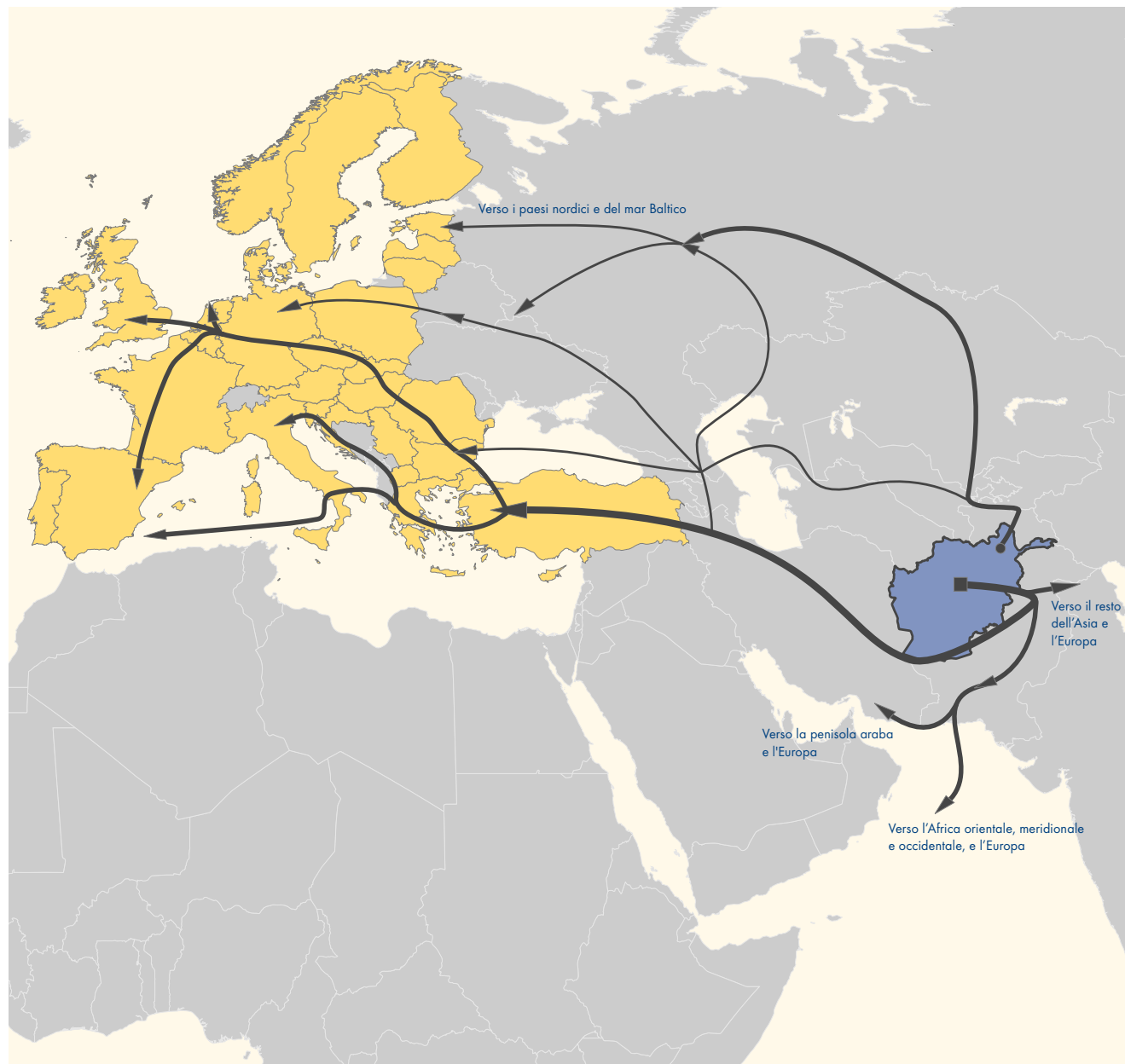
Nel 2006 i sequestri di oppiacei segnalati in tutto il mondo sono saliti a 384 tonnellate di oppio e a 104 tonnellate di eroina e morfina. Mentre l'Iran è il paese in cui è stata sequestrata la maggior parte dell'oppio (81%) a livello mondiale, l'eroina e la morfina sono state intercettate principalmente in Pakistan (34%), seguito da Iran (20%), Turchia (10%) e Cina (6%) (UNODC, 2008).

In Europa, nel 2006, i 48 200 sequestri stimati hanno consentito di recuperare 19,4 tonnellate di eroina. Il Regno Unito continua a essere il paese dove si registra il numero più elevato di sequestri, mentre alla Turchia spetta il primato dei quantitativi sequestrati, per un totale di ben 10,3 tonnellate recuperate nel 2006 ⁽¹⁰⁵⁾. Esistono differenze molto marcate tra questi due paesi nei quantitativi di eroina mediamente recuperati in un sequestro: le dimensioni di un sequestro tipo in Turchia superano di 100 volte quelle riferite dal Regno Unito, rispecchiando le diverse posizioni nella catena di approvvigionamento (grafico 6). In Europa, negli ultimi 10 anni, i sequestri di eroina hanno avuto un andamento oscillante, nell'ambito di una lieve tendenza alla diminuzione, con un picco relativo nel 2001 e un record negativo nel 2003. La quantità di eroina intercettata nell'Unione europea è diminuita globalmente tra il 2001 e il 2006, mentre i quantitativi sequestrati in Turchia nello stesso periodo si sono quasi triplicati.

⁽¹⁰⁴⁾ Per informazioni sulle fonti dei dati relativi all'offerta e alla disponibilità della sostanza cfr. la pag. 39.

⁽¹⁰⁵⁾ Cfr. le tabelle SZR-7 e SZR-8 nel bollettino statistico 2008. Si osservi che, per poter fare previsioni, i dati mancanti del 2006 sui sequestri effettuati in Europa sono stati sostituiti con i dati del 2005. L'analisi è provvisoria poiché devono ancora pervenire i dati del Regno Unito relativi al 2006.

Grafico 6: Principali flussi di traffico di eroina dall’Afghanistan all’Europa



NB: I flussi di traffico raffigurati sulla cartina rappresentano una sintesi delle analisi effettuate da diverse organizzazioni nazionali e internazionali (punti focali nazionali Reitox, Europol, INCB, UNODC, OMD). Tali analisi si basano sulle informazioni relative ai sequestri di droga effettuati lungo le rotte di transito, su dati di intelligence raccolti dalle organizzazioni di polizia nei paesi di transito e di destinazione e, talvolta, su relazioni provenienti da fonti complementari. Le principali rotte di transito rappresentate sulla cartina dovrebbero essere considerate indicative dei flussi principali, poiché vi possono essere deviazioni verso altri paesi lungo tali rotte e poiché vi sono diverse rotte secondarie sub-regionali non considerate in questa sede che possono cambiare rapidamente.

A livello globale, i sequestri di anidride acetica (utilizzata nella produzione illecita di eroina) sono saliti a 26 400 litri nel 2006, di cui la maggior parte intercettata nella Federazione russa (9 900 litri) e in Colombia (8 800 litri), seguita dalla Turchia (3 800 litri) (INCB, 2008b). Le vie di transito tra l'Afghanistan e l'Europa vengono utilizzate anche per contrabbandare precursori chimici (perlopiù anidride acetica attraverso la «via della seta») e droghe sintetiche (principalmente ecstasy) verso l'Oriente (Europol, 2008).

I sequestri di 3-metilfentanil riferiti nel 2006 in Lettonia e Lituania e le segnalazioni dell'aumento delle assunzioni (per via parenterale) di fentanil prodotto clandestinamente in Estonia sottolineano la necessità di monitorare più da vicino la disponibilità degli oppiacei di sintesi come il fentanil (che è molto più potente dell'eroina).

Prezzo e purezza

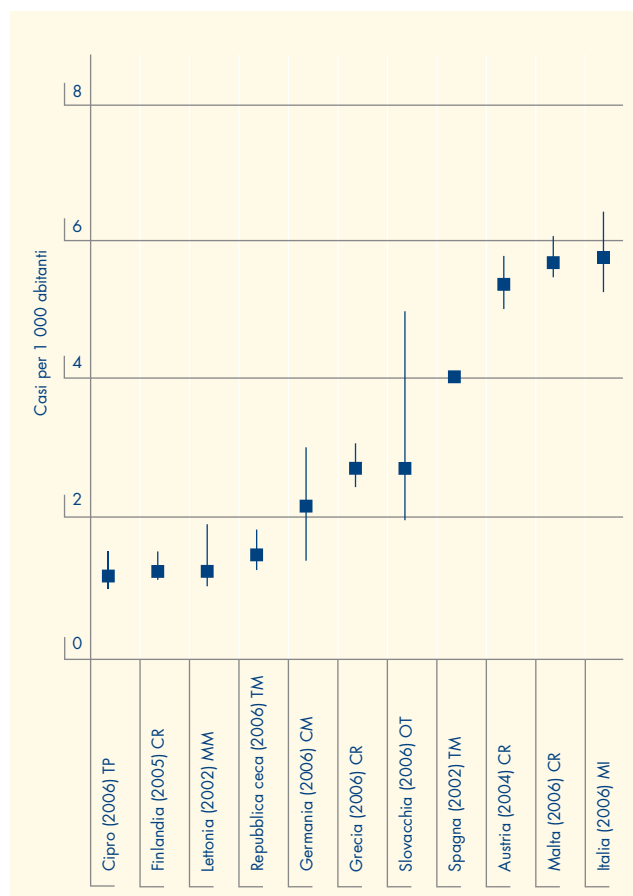
Nel 2006 la purezza tipica dell'eroina brown variava tra il 15 e il 25 % nella maggior parte dei paesi che hanno fornito dati, sebbene siano stati riferiti valori inferiori al 10 % in Grecia, Francia e Austria, e valori superiori a Malta (31 %), in Turchia (36 %) e nel Regno Unito (43 %). La purezza tipica dell'eroina bianca è risultata, in generale, superiore (45-70 %) nei pochi paesi europei che hanno comunicato dati ⁽¹⁰⁶⁾.

Nel 2006 il prezzo al dettaglio dell'eroina brown è oscillato tra i 14,5 euro al grammo in Turchia e i 110 euro al grammo in Svezia, anche se la maggior parte dei paesi ha riferito un prezzo tipico pari a 30-45 euro al grammo. Il prezzo dell'eroina bianca è stato riferito solamente da alcuni paesi europei ed è risultato compreso tra 27 e 110 euro al grammo. Nel periodo 2001-2006 il prezzo al dettaglio dell'eroina brown è diminuito nella maggior parte dei 13 paesi europei che hanno trasmesso dati comparabili, anche se in Polonia sono stati riscontrati segnali di un aumento.

Stime sulla prevalenza del consumo problematico di oppiacei

I dati presentati in questa sezione provengono dall'indicatore del consumo problematico di stupefacenti (PDU), che riguarda perlopiù il 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. In genere, le stime del numero di consumatori problematici di oppiacei sono poco affidabili, considerata la prevalenza relativamente bassa e la riservatezza che distingue

Grafico 7: Stime della prevalenza annuale del consumo problematico di oppiacei (casi per 1 000 abitanti di 15-64 anni)



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. 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. Fasce di età non standard vengono utilizzate negli studi provenienti da Finlandia (15-54) e Malta (12-64). Per la Germania, l'intervallo rappresenta il minimo inferiore di tutte le stime esistenti e il limite superiore, e la stima puntuale è una semplice media dei punti mediani. I metodi utilizzati per le stime sono abbreviati come segue: CR = capture-recapture (cattura-ricattura); TM = treatment multiplier (moltiplicatore trattamento); MI = multivariate indicator (indicatore multivariato); TP = truncated Poisson (Poisson troncato); MM = mortality multiplier (moltiplicatore mortalità); CM = combined methods (metodi combinati); OT = other methods (altri metodi). Cfr. il grafico PDU-1 parte (ii) nel bollettino statistico 2008 per maggiori informazioni.

Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

il consumo di questo tipo di droga, ragion per cui, per ottenere stime della prevalenza dalle fonti di dati disponibili, è necessario ricorrere a estrapolazioni statistiche. Inoltre, poiché la maggioranza degli studi fa affidamento su un'area geograficamente circoscritta, come una città o un distretto, l'estrapolazione finalizzata alla produzione di stime nazionali è sovente difficile.

Sembra che i modelli del consumo problematico di stupefacenti in Europa si stiano diversificando. Per esempio, alcuni Stati dove storicamente predominava il consumo problematico di oppiacei segnalano ora una

⁽¹⁰⁶⁾ Per i dati relativi al prezzo e alla purezza cfr. le tabelle PPP-2 e PPP-6 nel bollettino statistico 2008.

crescita di importanza di altre sostanze stupefacenti come la cocaina. La necessità di monitorare efficacemente una gamma di modelli di consumo problematico di droga ha spinto l'OEDT a occuparsi delle sottopopolazioni di consumatori problematici, suddividendole in base alla sostanza assunta, con possibili sovrapposizioni ⁽¹⁰⁷⁾.

Le stime relative alla prevalenza del consumo problematico di oppiacei a livello nazionale nel periodo 2002-2006 vanno, a grandi linee, da 1 a 6 casi ogni 1 000 soggetti all'interno della fascia d'età compresa tra i 15 e i 64 anni, mentre la prevalenza totale del consumo problematico di stupefacenti è calcolata tra 1 e 10 casi ogni 1 000 abitanti. Le stime più basse tra quelle ben documentate sono messe a disposizione da Cipro, Lettonia, Repubblica ceca e Finlandia (anche se questi ultimi due paesi hanno un numero elevato di consumatori problematici di anfetamine), mentre le stime più alte si registrano a Malta, in Austria e in Italia (grafico 7).

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. Presumendo che questi dati riflettano la situazione complessiva dell'UE, ciò equivale a circa 1,5 milioni di consumatori problematici di oppiacei (1,3-1,7 milioni) nell'UE e in Norvegia nel 2006.

Tendenze e incidenza del consumo problematico di oppiacei

Valutare l'andamento nel tempo della prevalenza del consumo problematico di oppiacei è difficile a causa sia dello scarso numero di stime ripetute sia dell'incertezza che contraddistingue i singoli rilevamenti. I dati messi a disposizione da nove paesi che hanno condotto stime ripetute nel periodo 2001-2006 suggeriscono sviluppi diversi. La prevalenza sembra relativamente stabile nella Repubblica ceca, in Germania, Grecia, Italia, Malta, Slovacchia e Finlandia, mentre si è assistito a un incremento in Austria (dati più recenti riferiti al 2004) nonché a segnali di una possibile diminuzione a Cipro ⁽¹⁰⁸⁾.

L'incidenza del consumo problematico di oppiacei (il numero di nuovi casi che si registra in un determinato anno) è un metodo più attendibile per misurare l'evoluzione nel tempo e può fornire una prima indicazione dei futuri sviluppi della prevalenza e della domanda di trattamento. Nonostante ciò, i modelli utilizzati per le stime non possono prescindere da ipotesi. Inoltre, tali modelli possono fornire solo una stima parziale dell'incidenza, poiché si basano esclusivamente su quei casi che entrano in contatto con i servizi

Gli indicatori del consumo di oppiacei non sono più in diminuzione

Discostandosi dalle tendenze descritte nelle precedenti relazioni annuali, gli ultimi dati indicano un certo incremento dei decessi correlati al consumo di droga, dei sequestri di eroina e delle nuove domande di trattamento per l'eroina nell'Unione europea.

Nel 2003 si è interrotta la tendenza alla diminuzione del numero di decessi correlati al consumo di stupefacenti in Europa, connessi principalmente al consumo di oppiacei, e tra il 2003 e il 2005 la maggior parte degli Stati membri ha registrato una tendenza all'aumento. Tra il 2003 e il 2006 il numero dei sequestri di eroina è aumentato di oltre il 10% in 16 dei 24 paesi che hanno trasmesso dati. Dopo una diminuzione riscontrata per alcuni anni, anche le nuove domande di trattamento per consumo primario di eroina sono aumentate, tra il 2005 e il 2006, in circa la metà dei paesi dichiaranti. Questa situazione può riflettere un cambiamento del dato sull'incidenza del consumo di eroina che sarebbe iniziato già alcuni anni fa, a causa dello scarto temporale naturale che separa l'inizio del consumo e l'ingresso in terapia.

Queste nuove tendenze si affiancano a un aumento della produzione di oppio in Afghanistan, facendo temere che tali eventi potrebbero essere collegati tra loro per una maggiore disponibilità di eroina sul mercato europeo. Questo aspetto merita ulteriori approfondimenti, dal momento che i dati disponibili non consentono di tracciare un quadro della situazione sufficientemente chiaro. E inoltre si deve tener conto della presenza di altri fattori confondenti: per esempio, il consumo di oppiacei farmaceutici per scopi non medici sembra essere proseguito a livelli elevati o sembra essere in aumento in alcuni paesi (Repubblica ceca, Estonia, Francia, Austria, Finlandia) e potrebbe contribuire a spiegare l'andamento dei decessi correlati al consumo di stupefacenti.

terapeutici. Solo due paesi dispongono di dati recenti, che evidenziano tendenze diverse. In Italia si ritiene che l'incidenza sia diminuita da circa 32 500 nuovi casi nel 1990 a circa 22 000 nel 1997, cui è seguito un nuovo aumento con circa 30 000 nuovi casi nel 2006. In Spagna, al contrario, si calcola che l'incidenza del problema del consumo di oppiacei sia diminuita costantemente dopo aver raggiunto l'apice attorno al 1980, sebbene sembri essersi stabilizzata di recente (2002-2004) a un livello relativamente basso (circa 3 000 nuovi casi all'anno). L'OEDT, in collaborazione con un gruppo di esperti nazionali, ha elaborato da poco nuove linee guida per la stima dell'incidenza, allo scopo di incoraggiare un incremento dell'attività in questo settore (Scalia Tomba et al., 2008).

⁽¹⁰⁷⁾ Per una panoramica delle stime disponibili riguardo agli elementi che contribuiscono a configurare un consumo problematico di stupefacenti cfr. il bollettino statistico 2008.

⁽¹⁰⁸⁾ Cfr. la tabella PDU-6 parte (ii) nel bollettino statistico 2008 e la tabella PDU-102 per tutte le informazioni, compresi gli intervalli di confidenza.

Trattamento della dipendenza da oppiacei

Nella maggior parte dei paesi che hanno fornito dati, gli oppiacei, in particolar modo l'eroina, continuano a essere la sostanza principale per cui i pazienti chiedono di entrare in terapia. Su 387 000 richieste presentate nel 2006 (sono disponibili dati di 24 paesi), l'eroina è stata menzionata come sostanza primaria nel 47% dei casi per cui questo dato è noto. La maggior parte dei paesi riferisce che una percentuale compresa tra il 50 e l'80% del totale delle domande di trattamento riguarda il consumo di oppiacei; negli altri paesi la percentuale varia tra il 15 e il 40%⁽¹⁰⁹⁾. Gli oppiacei sono la sostanza primaria maggiormente segnalata non solo tra i soggetti che iniziano il trattamento, ma anche, e sempre più spesso, tra coloro che seguono già una terapia. Un progetto recente cui hanno partecipato nove paesi, che ha esaminato tutti i pazienti in terapia, ha stabilito che il consumo primario di oppiacei interessa complessivamente il 59% dei pazienti, ma solamente il 40% di quelli che iniziano la terapia per la prima volta⁽¹¹⁰⁾.

La maggior parte dei pazienti ambulatoriali in trattamento per uso primario di oppiacei utilizza anche altre sostanze, tra cui cocaina (25%), altri oppiacei (23%) e cannabis (18%). Inoltre, dei soggetti in trattamento per consumo primario di altre sostanze, il 13% dei pazienti ambulatoriali e l'11% di quelli ricoverati riferiscono di fare uso di oppiacei come droga secondaria⁽¹¹¹⁾.

Alcuni paesi menzionano una percentuale significativa di domande di trattamento correlate al consumo di oppiacei diversi dall'eroina. L'abuso di buprenorfina è segnalato come principale ragione per iniziare il trattamento terapeutico dal 40% di tutti i pazienti della Finlandia e dall'8% di quelli della Francia. In Lettonia e Svezia una percentuale compresa tra il 5% e l'8% dei tossicodipendenti riferisce un consumo primario di oppiacei diversi da eroina o metadone: prevalentemente buprenorfina, antidolorifici e altri oppiacei⁽¹¹²⁾. Alcuni paesi denunciano un aumento della percentuale di poliassuntori tra i pazienti eroinomani e un incremento del numero di pazienti che utilizzano oppiacei diversi dall'eroina.

Il numero assoluto di domande di trattamento per dipendenza da oppiacei segnalate dall'indicatore di richiesta di trattamento è aumentato di oltre 30 000 casi, da 108 100 a 138 500 tra il 2002 e il 2006. Analogamente, tra i pazienti che hanno iniziato la terapia per la prima volta nella vita, si osserva un incremento del numero di soggetti dediti al consumo primario di eroina, da circa 33 000 a oltre 41 000 nel 2006. Tra i fattori che potrebbero chiarire

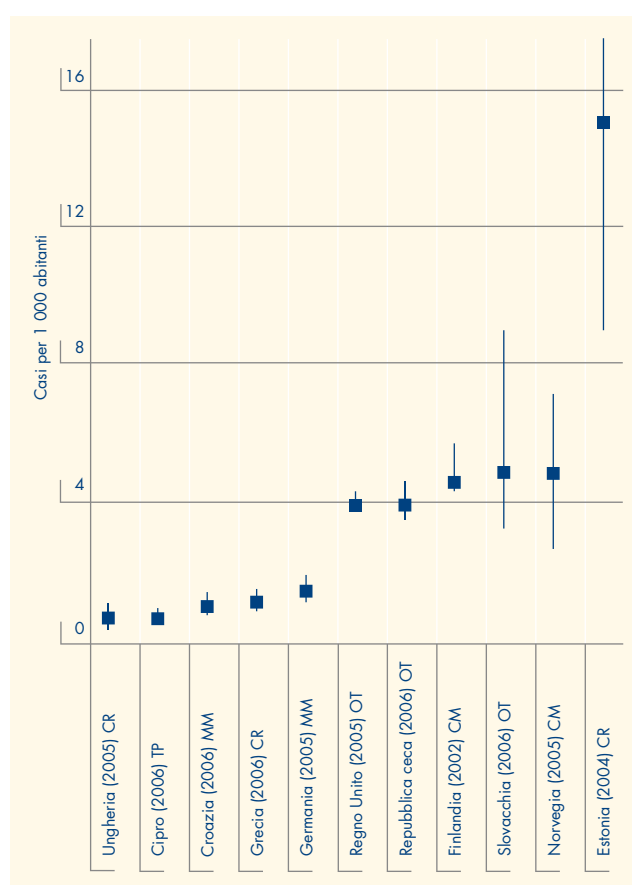
questa tendenza vi sono l'aumento del numero di consumatori problematici di eroina, la diffusione dell'erogazione del trattamento o un aumento delle segnalazioni.

Consumo di stupefacenti per via parenterale

Prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale

I consumatori di stupefacenti per via parenterale figurano tra i soggetti che corrono un rischio molto elevato di andare incontro a problemi di salute a causa della loro tossicodipendenza, come gravi malattie infettive

Grafico 8: Stime della prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale (casi per 1 000 abitanti di 15-64 anni)



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. Per l'Estonia, il limite massimo dell'intervallo di incertezza è fuori scala (37,9 per 1 000 abitanti). 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. I metodi utilizzate per le stime sono abbreviate come segue: CR = capture-recapture (cattura-recattura); TM = treatment multiplier (moltiplicatore trattamento); MI = multivariate indicator (indicatore multivariato); TP = truncated Poisson (Poisson troncato); MM = mortality multiplier (moltiplicatore mortalità); CM = combined methods (metodi combinati); OT = other methods (altri metodi). Cfr. il grafico PDU-2 nel bollettino statistico 2008 per ulteriori dettagli.

Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

⁽¹⁰⁹⁾ Cfr. la tabella TDI-5 nel bollettino statistico 2007.

⁽¹¹⁰⁾ Cfr. la tabella TDI-39 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹¹¹⁾ Cfr. le tabelle TDI-22 e TDI-23 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹¹²⁾ Cfr. la tabella TDI-113 nel bollettino statistico 2008.

(per esempio, HIV/AIDS, epatite) o decesso indotto da stupefacenti. Nonostante l'importanza di questo fenomeno per la salute pubblica (grafico 8), solo 11 paesi sono stati in grado di fornire stime recenti sui livelli di consumo di stupefacenti per via parenterale. Migliorare il livello di monitoraggio di questa categoria specifica della popolazione rappresenta quindi una sfida importante per lo sviluppo di sistemi di monitoraggio sanitario in Europa.

Le stime disponibili indicano differenze marcate tra i paesi nella prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale. Le stime oscillano tra 1 e 5 casi ogni 1 000 abitanti nella fascia di età dei 15-64 anni per la maggior parte dei paesi fatta eccezione per l'Estonia, che segnala il livello, eccezionalmente alto, di 15 casi ogni 1 000 abitanti.

A causa della scarsità di dati disponibili è difficile trarre conclusioni sull'andamento nel tempo della prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale, benché le statistiche a disposizione indichino una diminuzione in Norvegia (2001-2005) e una situazione di stabilità nella Repubblica ceca, in Grecia, a Cipro e nel Regno Unito ⁽¹¹³⁾.

L'assunzione per via parenterale tra i tossicodipendenti in trattamento

Nel complesso, il 43 % di tutti i consumatori di oppiacei che hanno iniziato una terapia ambulatoriale nel 2006 ha dichiarato di assumere gli stupefacenti per via parenterale. I cambiamenti riscontrati nella percentuale di IDU tra i consumatori di eroina che entrano in trattamento possono suggerire una tendenza nel gruppo più ampio dei consumatori problematici di oppiacei. Tra il 2002 e il 2006, nove paesi (Danimarca, Germania, Irlanda, Grecia, Francia, Italia, Svezia, Regno Unito, Turchia) hanno assistito a una diminuzione di questo dato, mentre due paesi (Romania, Slovacchia) hanno riscontrato un incremento. Gli Stati differiscono notevolmente anche nel livello di consumo per via parenterale tra i consumatori di eroina in trattamento, con le percentuali più basse (inferiori al 25 %) riferite da Spagna, Francia e Paesi Bassi, e le più elevate (oltre l'80 %) da Bulgaria, Repubblica ceca, Romania, Slovacchia e Finlandia ⁽¹¹⁴⁾.

Tra i consumatori di oppiacei che hanno iniziato un trattamento in regime ambulatoriale per la prima volta nel 2006, una percentuale leggermente più bassa riferisce di assumere la sostanza per via parenterale (circa il 40 %). Osservando l'evolversi delle tendenze nel tempo, la percentuale di consumatori per via parenterale tra i nuovi pazienti per dipendenza da oppiacei è scesa dal 43 % nel 2003 al 35 % nel 2006 nei 13 paesi che hanno fornito dati sufficienti ⁽¹¹⁵⁾.

Un'analisi dei dati relativi alla domanda di trattamento in nove paesi che hanno preso parte a uno studio pilota ha rivelato che circa il 63 % di tutti i pazienti in terapia per consumo di oppiacei (quelli già in trattamento e quelli ammessi in terapia lo scorso anno) assumeva gli stupefacenti per via parenterale all'inizio del trattamento ⁽¹¹⁶⁾. Ciò significa che, tra i pazienti già in cura, la percentuale di consumatori di stupefacenti per via parenterale all'inizio del trattamento era relativamente alta.

Gli studi realizzati tra gli IDU offrono una panoramica sulle differenze nazionali e sui cambiamenti che si sono susseguiti nel tempo in Europa per questa modalità di assunzione. Molti Stati effettuano studi ripetuti a intervalli periodici su gruppi di consumatori per via parenterale (in genere nel contesto degli screening per le malattie infettive), spesso reclutati da una varietà di ambienti per poter generalizzare al massimo i risultati. I confronti tra un paese e l'altro dovrebbero essere fatti con la dovuta cautela, a causa dei potenziali errori nel reclutamento selettivo effettuato per questi studi ⁽¹¹⁷⁾.

Da questi studi è emerso che alcuni paesi registrano percentuali elevate (superiori al 20 %) di nuovi tossicodipendenti per via parenterale (persone che fanno uso di stupefacenti per via parenterale da meno di due anni), mentre in alcuni altri questo dato è inferiore al 10 % (grafico 9). I giovani tossicodipendenti per via parenterale (di età inferiore ai 25 anni) rappresentano più del 40 % dei consumatori di oppiacei per via parenterale nei campioni di Repubblica ceca, Estonia, Lituania, Austria e Romania, mentre in nove altri paesi meno del 20 % dei soggetti del campione ha un'età inferiore ai 25 anni.

In generale, una percentuale elevata di nuovi consumatori per via parenterale deve essere motivo di allarme,

⁽¹¹³⁾ Cfr. la tabella PDU-6 parte (iii) nel bollettino statistico 2008.

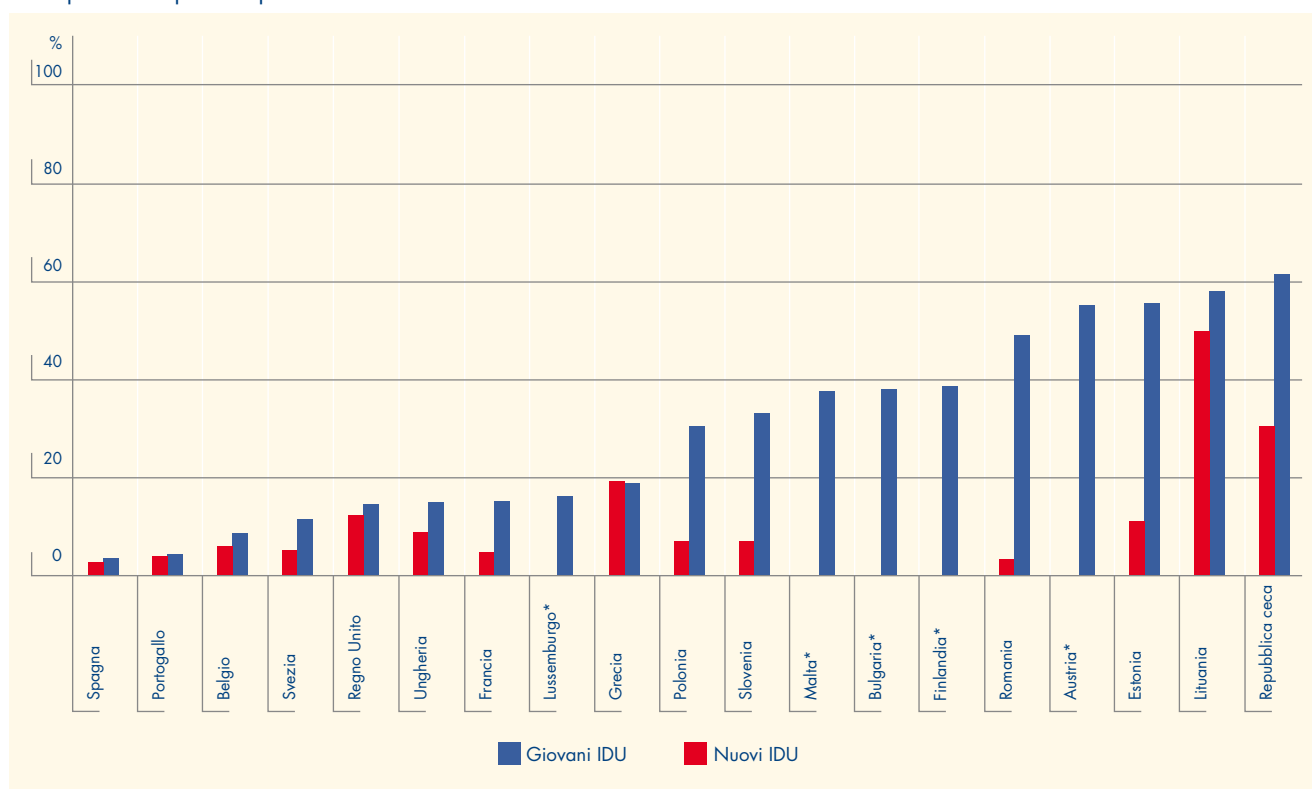
⁽¹¹⁴⁾ Cfr. le tabelle PDU-104, TDI-4, TDI-5 e TDI-17 parte (v) nel bollettino statistico 2008.

⁽¹¹⁵⁾ Cfr. il grafico TDI-7 e la tabella TDI-17 parte (i) nel bollettino statistico 2008.

⁽¹¹⁶⁾ Cfr. le tabelle TDI-17 parte (v) e TDI-40 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹¹⁷⁾ Ci si potrebbe aspettare che la percentuale di giovani o nuovi tossicodipendenti per via parenterale sia inferiore nei campioni reclutati nei centri terapeutici che in contesti più «aperti» come i servizi a bassa soglia, dato che i pazienti che iniziano una terapia lo fanno, in genere, solo dopo alcuni anni di tossicodipendenza. Tuttavia, l'analisi statistica del nesso esistente tra gli ambienti di reclutamento e la percentuale di giovani o nuovi tossicodipendenti per via parenterale non mostra alcuna rilevanza statistica, a indicare che il contesto in cui è avvenuto il reclutamento (classificato come «trattamento della sola tossicodipendenza», «nessun trattamento di tossicodipendenza» e «contesti misti») potrebbe non incidere significativamente su queste percentuali.

Grafico 9: Proporzione di giovani e nuovi consumatori di stupefacenti per via parenterale in campioni di consumatori di stupefacenti per via parenterale



NB: I campioni riguardano consumatori di stupefacenti per via parenterale che si sono sottoposti all'esame per l'individuazione delle malattie infettive (HIV e HCV). Per ciascun paese sono stati utilizzati i più recenti campioni disponibili nel periodo 2002-2006, alla condizione che vi fossero almeno 100 IDU. Un asterisco indica che non vi sono dati disponibili per i nuovi IDU. Per maggiori informazioni cfr. il grafico PDU-3 nel bollettino statistico 2008.

Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

specialmente se caratterizzata da una percentuale significativa di giovani. Se una più alta percentuale di nuovi consumatori di stupefacenti per via parenterale può essere indice di una nuova impennata di questa modalità di assunzione, al tempo stesso non si devono sottovalutare anche altri potenziali fattori concomitanti (per esempio, periodi di assunzione per via parenterale più brevi, maggiore disponibilità del trattamento, tassi di decesso maggiori nella popolazione più anziana).

I paesi che da lungo tempo registrano popolazioni di consumatori problematici di oppiacei, in genere segnalano un basso numero di giovani e nuovi tossicodipendenti per via parenterale. Negli altri paesi, spesso nei nuovi Stati membri, i dati rivelano livelli più elevati di giovani tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale. Il numero variabile di nuovi consumatori di stupefacenti per via parenterale in questi paesi (limitatamente agli Stati per i quali sono disponibili informazioni) può riflettere differenze nell'età media iniziale nonché un aumento dell'incidenza di questa modalità di assunzione tra le popolazioni più giovani e più anziane.

Trattamento del consumo problematico di oppiacei

Profilo dei pazienti che iniziano il trattamento per dipendenza da oppiacei

Le persone che chiedono di entrare in terapia per un consumo primario di oppiacei tendono a essere più vecchie (età media 32 anni) di quelle che iniziano una cura per un consumo di cocaina, altri stimolanti o cannabis (età media di 31, 27 e 24 anni rispettivamente); in genere, inoltre, le donne sono più giovani di uno o due anni rispetto agli uomini. I pazienti in dipendenza da oppiacei sono di norma più giovani nei paesi che fanno parte dell'Unione europea dal 2004 e in Irlanda, Grecia, Austria e Finlandia ⁽¹¹⁸⁾.

Tra i pazienti in trattamento per una dipendenza da oppiacei vi sono in media tre uomini per ogni donna, ma si segnalano percentuali superiori di uomini, in particolare, nei paesi dell'Europa meridionale (Bulgaria, Grecia, Spagna, Francia, Italia, Cipro, Malta, Portogallo) ⁽¹¹⁹⁾.

⁽¹¹⁸⁾ Cfr. le tabelle TDI-10, TDI-32 e TDI-103 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹¹⁹⁾ Cfr. le tabelle TDI-5 e TDI-21 nel bollettino statistico 2008.

Tra i consumatori di oppiacei si riscontrano tassi elevati di disoccupazione e un basso livello di istruzione scolastica rispetto ai consumatori di altre sostanze (cfr. il capitolo 2), ma alcuni paesi riferiscono anche una maggiore frequenza di disturbi psichiatrici.

Circa la metà dei consumatori di oppiacei che chiedono il trattamento dichiara di aver iniziato a consumare queste sostanze prima dei 20 anni, e circa un terzo tra i 20 e i 24 anni, mentre la prima esperienza con gli oppiacei dopo i 25 anni è estremamente rara ⁽¹²⁰⁾. In media si è registrato uno scarto temporale di 7-9 anni tra la prima esperienza di consumo di oppiacei e il primo contatto con i servizi terapeutici, scarto che è maggiore tra i pazienti maschi che tra le femmine ⁽¹²¹⁾.

Erogazione e diffusione dell'assistenza

L'assistenza terapeutica per i consumatori di oppiacei avviene per la maggior parte in strutture ambulatoriali, che possono comprendere centri specializzati, studi di medici

generici e servizi medici a bassa soglia. Anche i centri ospedalieri ricoprono un ruolo cruciale in alcuni paesi, in particolare in Bulgaria, Grecia, Finlandia e Svezia ⁽¹²²⁾.

Tutti gli Stati membri dell'UE, la Croazia e la Norvegia mettono a disposizione dei consumatori di oppiacei la terapia sostitutiva o il trattamento in regime di astinenza. Il futuro impiego della terapia sostitutiva in Turchia è attualmente oggetto di studio. Nella maggior parte dei paesi, la terapia sostitutiva rappresenta l'opzione maggiormente disponibile, sebbene nel 2005 Ungheria, Polonia e Svezia abbiano segnalato il prevalere degli approcci in regime di astinenza.

La terapia sostitutiva, spesso affiancata dall'assistenza psicosociale, viene erogata generalmente presso strutture ambulatoriali specializzate e attraverso accordi di collaborazione con medici generici provvisti di un ambulatorio. I dati disponibili sul numero di pazienti che segue una terapia sostitutiva indicano un incremento generale nell'ultimo anno, tranne che in Francia, Paesi Bassi, Malta e Lussemburgo, dove la situazione è rimasta stabile. L'incremento percentuale maggiore è stato riferito dalla Repubblica ceca (42%), benché aumenti superiori al 10% siano stati segnalati anche in Polonia (26%), Finlandia (25%), Estonia (20%), Svezia (19%), Norvegia (15%), Ungheria e Austria (11%).

Un semplice confronto delle stime del numero di consumatori problematici di oppiacei e del numero di trattamenti segnalati indica che la terapia sostitutiva potrebbe essere attualmente erogata a più di un soggetto su tre. Si tenga presente, tuttavia, che entrambe le serie di dati non sono ancora pienamente affidabili, per cui questo calcolo andrebbe considerato con una certa cautela. Inoltre, gli ampi intervalli di confidenza nelle stime del consumo problematico di oppiacei rendono difficile un confronto tra paesi diversi. Nonostante ciò, i dati disponibili mostrano che la percentuale di consumatori problematici di oppiacei in terapia sostitutiva varia notevolmente da un paese all'altro, con tassi stimati tra il 5% circa in Slovacchia, il 20-30% in Finlandia, Grecia e Norvegia, il 35-45% nella Repubblica ceca, a Malta e in Italia, e oltre il 50% in Regno Unito (Inghilterra), Germania e Croazia ⁽¹²³⁾.

Il metadone somministrato per via orale rimane la principale sostanza impiegata nella terapia sostitutiva in Europa, ma l'utilizzo della buprenorfina è sempre più diffuso. Uno dei motivi si può ricercare nel fatto che a questa sostanza, in caso di abuso, è associato un tasso di mortalità inferiore (Connock et al., 2007).

Ampliamento delle opzioni farmaceutiche

In Europa sono state sviluppate e rese disponibili nuove opzioni farmaceutiche per il trattamento della dipendenza da oppiacei. Lo scopo di questi nuovi medicinali è migliorare l'efficacia del trattamento, rispondere alle necessità di gruppi diversi di consumatori di oppiacei e ridurre le possibilità di abuso delle sostanze sostitutive.

Nel 2006 è stata lanciata sul mercato europeo una combinazione di buprenorfina e nalossone quale alternativa alla sola buprenorfina, al fine di ridurre il potenziale consumo per via parenterale e l'attrattiva rappresentata da questa modalità. Alcuni Stati membri stanno valutando l'efficacia di questa sostanza come opzione terapeutica per la dipendenza da oppiacei ⁽¹⁾.

La prescrizione dell'eroina medica (diamorfina) come opzione terapeutica per consumatori di oppiacei cronici resistenti al trattamento è prevista, entro certi limiti, nei Paesi Bassi (815 pazienti nel 2006), nel Regno Unito (400 pazienti) e in Germania, dove i partecipanti a uno studio sull'eroina continuano a ricevere diamorfina grazie a un regolamento speciale. Inoltre, è attualmente in corso nel Regno Unito uno studio randomizzato sugli oppiacei iniettabili (RIOTT), che valuterà l'efficacia della diamorfina iniettabile, del metadone iniettabile e del metadone da assumersi per via orale. Si è inoltre deciso, nel febbraio 2008, di introdurre uno schema di prescrizione della diamorfina in Danimarca.

⁽¹⁾ Informazioni tecniche sulla sostanza sono disponibili sul sito web dell'EMA: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>

⁽¹²⁰⁾ Cfr. le tabelle TDI-11, TDI-107 e TDI-109 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹²¹⁾ Cfr. la tabella TDI-33 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹²²⁾ Cfr. la tabella TDI-24 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹²³⁾ Cfr. il grafico HSR-1 nel bollettino statistico 2008.

L'Istituto sanitario nazionale danese, dopo aver revisionato le linee guida della terapia di sostituzione, ha raccomandato ai medici generici di prescrivere la buprenorfina al posto del metadone.

Standard, qualità ed efficacia del trattamento

Dalle revisioni di studi randomizzati controllati e di studi osservazionali emerge che sia la terapia di mantenimento con metadone (MMT) sia la terapia di mantenimento con buprenorfina (BMT) possono essere efficaci per la gestione della dipendenza da oppiacei. Una recente revisione Cochrane ha concluso, tuttavia, che la buprenorfina è meno efficace del metadone somministrato a dosaggi adeguati (Mattick et al., 2008). Alcuni studi hanno inoltre stabilito che la terapia di mantenimento con diamorfina può rivelarsi efficace per i soggetti che non rispondono al trattamento MMT (Schulte et al., in corso di pubblicazione). Nel complesso la terapia sostitutiva porta con sé diversi risultati positivi, tra cui: una maggiore costanza nel proseguimento della terapia, la riduzione del consumo di oppiacei illeciti e del consumo per via parenterale, la riduzione della mortalità e delle condotte criminose, e la stabilizzazione e il miglioramento delle condizioni sociali e di salute dei consumatori cronici di eroina.

Anche gli interventi psicosociali e psicoterapeutici associati alla farmacoterapia si sono dimostrati efficaci nell'ambito di studi sull'esito dei trattamenti, come per esempio lo studio NTORS nel Regno Unito (Gossop et al., 2002) e lo studio DATOS negli Stati Uniti (Hubbard et al., 2003). Questi approcci riescono non solo ad aumentare il livello di motivazione verso il trattamento, a evitare le ricadute e a ridurre il danno, ma forniscono anche consulenza e sostegno pratico ai pazienti che devono contemporaneamente risolvere i problemi riguardanti l'alloggio, l'occupazione e la situazione familiare e curare la tossicodipendenza da oppiacei. Le prove disponibili tuttavia non sono sufficienti per corroborare l'impiego del trattamento psicosociale da solo (Mayet et al., 2004).

Alcuni paesi hanno recentemente riferito dei progressi nelle rispettive indicazioni di trattamento. In Croazia, Danimarca e Scozia, i programmi di sostituzione sono stati rivisti e le indicazioni sono state corrette per incrementare la qualità della terapia ed evitare la diversione verso il mercato clandestino. Anche le linee guida del Regno Unito sulla gestione a livello clinico della tossicodipendenza sono state aggiornate, e il National Institute for Clinical Excellence ha emesso orientamenti specifici sulla prescrizione di metadone e buprenorfina, sul trattamento con naltrexone, sulla disintossicazione e sul trattamento psicosociale. Anche il Portogallo ha prodotto

nuove indicazioni per garantire un accesso immediato al trattamento.

Erogazione del trattamento nelle carceri

I responsabili politici dell'UE riconoscono ampiamente la necessità di armonizzare le prassi e la qualità dei servizi tra la comunità e gli istituti di detenzione. Tuttavia, una relazione pubblicata dalla Commissione europea (2007a) ha denunciato una mancanza di servizi per tossicodipendenti nelle carceri e ha richiamato l'attenzione sull'importanza di intervenire in questo contesto. Tra gli esempi dei limiti nell'erogazione di servizi ai tossicodipendenti in carcere si possono citare: la mancanza di capacità e di competenze (Lettonia, Polonia, Malta), la frammentazione dell'assistenza (Lettonia), l'assenza di interventi diretti a gruppi specifici, come i giovani detenuti con problemi di tossicodipendenza (Austria), e la mancanza di una strategia di prevenzione promanata dai servizi di sanità pubblica (Grecia).

Tra le buone notizie c'è il fatto che i programmi per i tossicodipendenti in carcere sono diventati più diffusi e molti paesi segnalano l'avvio di nuove iniziative. A titolo di esempio, in Portogallo è stato istituito un quadro giuridico per l'attuazione di un programma di scambio di aghi e siringhe in carcere; in Lituania è stato approvato un decreto che obbliga le autorità carcerarie a fornire una consulenza prima del rilascio dei detenuti; in Danimarca, dal gennaio 2007, tutti i detenuti condannati a pene superiori ai tre mesi possono approfittare di una «garanzia di trattamento»; nella Repubblica ceca, la terapia sostitutiva è stata estesa a 10 istituti di detenzione; in Irlanda, infine, i servizi terapeutici erogati in carcere sono attualmente oggetto di valutazione affinché siano parificati a quelli offerti nella comunità.

Il livello dell'erogazione di questi servizi all'interno delle carceri rimane basso rispetto all'assistenza disponibile nella comunità, nonostante la prevalenza del consumo sia generalmente superiore. In molti paesi la disintossicazione rappresenta il trattamento d'elezione, ed è talvolta anche l'unica opzione disponibile. In linea teorica la terapia sostitutiva è presente nella maggior parte dei paesi, ma i dati indicano che solo pochi tossicodipendenti possono effettivamente beneficiarne. Fanno eccezione la Spagna, dove nel 2006 il 14% di tutti i detenuti condannati (19 600) ha ricevuto la terapia sostitutiva, e il Regno Unito (Inghilterra e Galles), dove ci si attende che, con l'introduzione delle nuove linee guida nell'aprile 2007, i soggetti che riceveranno il metadone passeranno da 6 000 a 12 000.

Di recente sono state pubblicate linee guida pratiche per la terapia di sostituzione nelle carceri, approvate dall'OMS e dall'UNODC (Kastelic et al., 2008) e alcune

ricerche indicano che questo trattamento nelle carceri produce effetti positivi sul comportamento a rischio e la mortalità (Dolan et al., 2003). Da una recente revisione della ricerca sui programmi sostitutivi all'interno delle carceri è emerso che gli effetti positivi dipendono dalla fornitura di dosaggi sufficienti e dalla continuità del trattamento per tutta la durata della detenzione (Stallwitz

e Stöver, 2007). Infine, un'attenta pianificazione dei rilasci e il collegamento con centri assistenziali della comunità rappresentano ulteriori fattori assistenziali chiave in questo settore, indispensabili per garantire che il miglioramento delle condizioni di salute ottenuto durante la detenzione in carcere non sia vanificato una volta ottenuta la libertà ⁽¹²⁴⁾.

⁽¹²⁴⁾ Cfr. «Rischio elevato di decesso correlato agli stupefacenti al termine della detenzione o del trattamento terapeutico», pag. 95.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Capitolo 7

Malattie infettive e decessi correlati alla droga

Malattie infettive correlate alla droga

Tra le conseguenze più gravi per la salute del consumo di sostanze stupefacenti vi è la possibilità di contrarre malattie infettive come l'HIV e l'epatite B e C. Anche nei paesi in cui la prevalenza dell'HIV nei consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) è bassa, altre malattie infettive, come l'epatite A, B e C, le malattie sessualmente trasmissibili, la tubercolosi, il tetano, il botulismo e il virus dei linfociti T dell'uomo possono colpire i tossicodipendenti in misura estremamente maggiore. L'OEDT sta monitorando sistematicamente l'HIV e l'epatite B e C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (prevalenza di anticorpi o altri indicatori specifici nel caso dell'epatite B). I dati devono essere interpretati con cautela, tenuto conto di alcune limitazioni metodologiche che caratterizzano i diversi sistemi di dati ⁽¹²⁵⁾.

HIV e AIDS

Pare che, alla fine del 2006, l'incidenza dell'infezione da HIV diagnosticata tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) fosse contenuta nella maggior parte dei paesi dell'Unione europea, mentre la situazione complessiva nell'UE fosse relativamente positiva rispetto al contesto globale. Questa situazione può essere dovuta, almeno in parte, all'aumento della disponibilità delle misure di prevenzione, di trattamento e di riduzione del danno, compresa la terapia di sostituzione e i programmi di scambio di aghi e siringhe. Secondo alcuni paesi, anche altri fattori, come il calo del consumo per via parenterale, possono essere stati determinanti. In talune regioni europee, tuttavia, i dati indicano che la trasmissione dell'HIV collegata al consumo di stupefacenti per via parenterale ha continuato a far registrare tassi relativamente elevati nel 2006, mettendo in luce la necessità di garantire la copertura e l'efficacia delle prassi di prevenzione locale.

Tendenze osservate nell'infezione da HIV

I dati sui casi di nuova diagnosi connessi al consumo di stupefacenti per via parenterale nel 2006 indicano che, in generale, il tasso di infezione sta ancora diminuendo nell'Unione europea, dopo il picco raggiunto nel 2001-2002 e dovuto alle epidemie scoppiate in Estonia, Lettonia e Lituania ⁽¹²⁶⁾. Nel 2006 il tasso complessivo di infezioni di nuova diagnosi tra gli IDU nei 25 Stati membri dell'UE per cui vi sono dati disponibili era di 5,0 casi per milione di abitanti, in calo quindi rispetto ai 5,6 del 2005 ⁽¹²⁷⁾. Dei tre paesi che riferiscono i tassi più elevati di infezioni di nuova diagnosi (Estonia, Lettonia, Portogallo), il Portogallo ha continuato a segnalare una tendenza al ribasso nel 2005-2006, mentre in Estonia e Lettonia la tendenza si è livellata, rispettivamente, a 142,0 e 47,1 casi di nuova diagnosi per milione di abitanti. Tra il 2001 e il 2006 non sono stati osservati forti incrementi del tasso di infezione da HIV nella popolazione in nessun paese. Dove si è assistito a un piccolo aumento (per esempio, in Bulgaria, Irlanda), questo si è limitato a un caso in più all'anno per milione di abitanti.

Considerando le cifre assolute si possono individuare i paesi che contribuiscono maggiormente al totale generale dell'UE. Nel 2006 le cifre più alte delle infezioni di nuova diagnosi tra gli IDU sono state segnalate dai paesi con i tassi di infezione più alti (Portogallo, 703 nuove diagnosi; Estonia, 191; Lettonia, 108) ⁽¹²⁸⁾ e da quelli con la popolazione più numerosa (Regno Unito, 187; Germania, 168; Francia, 167; Polonia, 112) (grafico 10). Nel contesto di una generale tendenza alla diminuzione, gli incrementi più significativi in termini assoluti dal 2001 sono stati segnalati nel Regno Unito, con circa 13 casi in più all'anno, e in Germania, con circa 10 casi in più, benché non distribuiti equamente nel tempo. In Bulgaria il basso tasso di crescita è aumentato di recente, con 0, 2, 0, 7, 13 e 34 nuovi casi all'anno tra il 2001 e il 2006, a indicare una possibile epidemia.

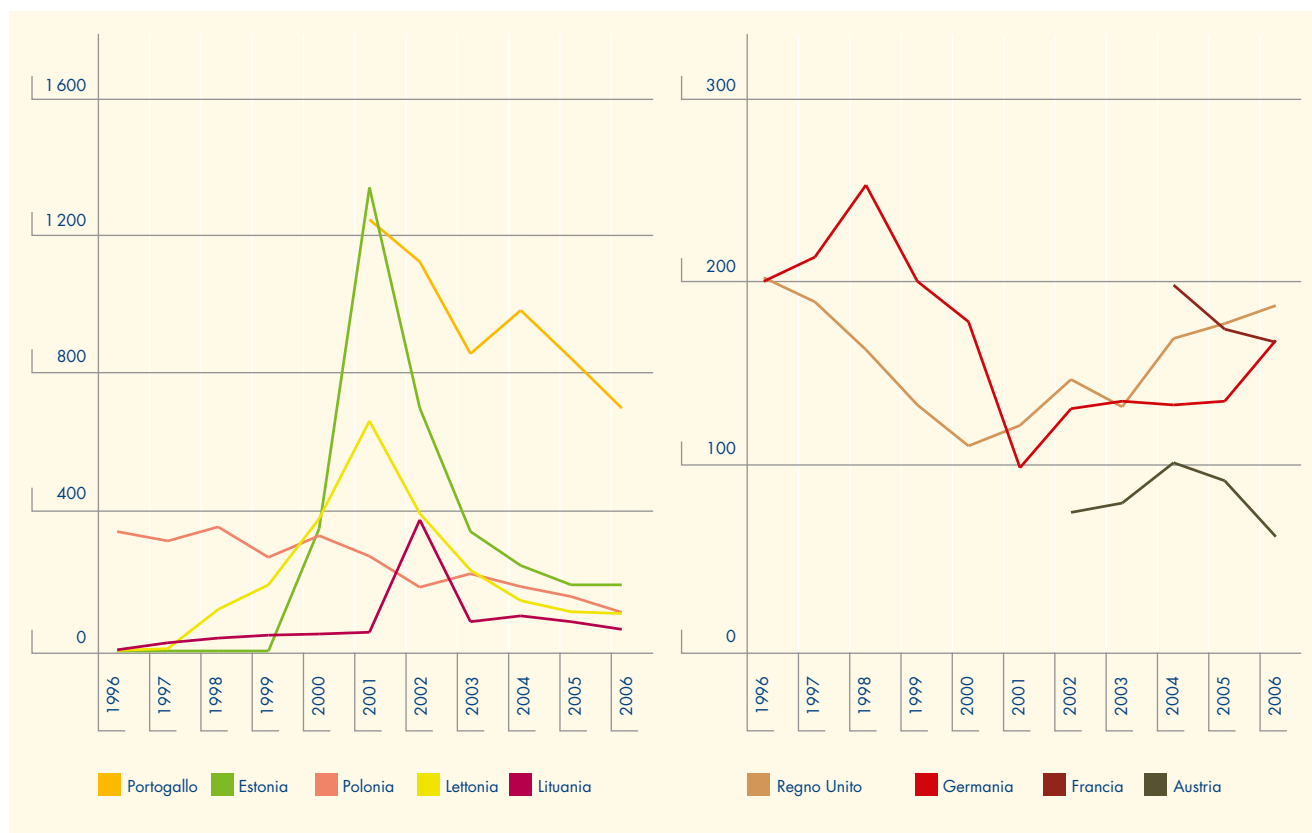
⁽¹²⁵⁾ Per ulteriori informazioni sui metodi e le definizioni cfr. il bollettino statistico 2008.

⁽¹²⁶⁾ Cfr. la tabella INF-104 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹²⁷⁾ Per Spagna e Italia non vi sono dati disponibili. Procedendo a un aggiustamento dei dati per questi due paesi, si otterrebbe un tasso di 5,9 casi per milione di abitanti, in calo quindi rispetto ai 6,4 del 2005.

⁽¹²⁸⁾ Riguardo al Portogallo, per il 2006 EuroHIV ha segnalato 703 casi, mentre il Centro portoghese di sorveglianza epidemiologica delle malattie infettive (CVEDT) ne ha segnalati 432; questa discrepanza è dovuta a una differenza di classificazione, per anno di segnalazione (EuroHIV) o per anno di diagnosi (CVEDT).

Grafico 10: Cifre assolute delle infezioni di nuova diagnosi dell'HIV tra consumatori di stupefacenti per via parenterale per anno di segnalazione: paesi con un livello massimo superiore a 300 (a sinistra) e compreso tra 100 e 300 (a destra)



NB: Non vi sono a disposizione dati nazionali per la Spagna e l'Italia, ma ove possibile sono stati prodotti i dati relativi alle regioni. Per entrambi i paesi, le cifre parziali hanno totalizzato più di 100 nuovi casi nel 2005, mostrando una tendenza alla diminuzione. Per ulteriori informazioni cfr. la tabella INF-104 nel bollettino statistico 2008.

Fonte: EuroHIV.

I dati sull'andamento provenienti dalle attività di monitoraggio della prevalenza dell'HIV in campioni di IDU sono un elemento complementare importante rispetto ai dati di segnalazione dei casi di HIV, poiché forniscono anche informazioni sulle infezioni non diagnosticate. Per il periodo 2002-2006 sono disponibili statistiche sulla prevalenza trasmesse da 25 paesi ⁽¹²⁹⁾. In 15 Stati la prevalenza dell'HIV non ha subito variazioni in questo periodo, mentre in cinque paesi (Bulgaria, Germania, Spagna, Italia, Lettonia) si sono verificate diminuzioni statisticamente significative, tutte basate su campioni nazionali, sebbene due di questi paesi segnalino anche un incremento a livello regionale: in Bulgaria, in una città (Sofia); in Italia, in otto delle 21 regioni e in una città. In cinque Stati, infine, le tendenze nazionali o non sono state trasmesse o sono stabili, mentre si è registrato almeno un campione subnazionale con una tendenza in aumento, anche se i livelli di prevalenza si mantengono generalmente bassi (Belgio, Repubblica ceca, Lituania, Regno Unito e, forse, Slovenia).

Il confronto tra le tendenze nelle infezioni di nuova diagnosi connesse al consumo di stupefacenti per via parenterale e l'andamento della prevalenza dell'HIV tra gli IDU suggerisce che l'incidenza dell'infezione da HIV in relazione al consumo di stupefacenti per via parenterale sta diminuendo nella maggior parte dei paesi a livello nazionale. Interpretare questi dati quando le loro fonti sono parzialmente contrastanti, come avviene per esempio in Bulgaria, Germania e Regno Unito è più difficile, sebbene in questi paesi sia l'incidenza delle nuove diagnosi che il loro tasso di incremento (tranne che in Bulgaria nel 2004-2006) siano bassi.

L'elevato tasso annuale di nuove diagnosi di HIV correlate al consumo di stupefacenti per via parenterale in Estonia, Lettonia e Portogallo suggerisce che, in questi paesi, il tasso di trasmissione è ancora elevato. Per quanto riguarda l'Estonia, questa supposizione è supportata dai dati sulla prevalenza nel 2005, secondo i quali circa un terzo dei nuovi IDU (ossia i soggetti che fanno uso di stupefacenti per via parenterale da meno di due anni) era sieropositivo. Ulteriori segnali di una trasmissione

⁽¹²⁹⁾ Cfr. la tabella INF-108 nel bollettino statistico 2008.

«Punti caldi» dell'HIV/AIDS

I dati più recenti rivelano che l'incidenza dell'infezione da HIV tra i consumatori di sostanze stupefacenti per via parenterale è tendenzialmente bassa nell'Unione europea. Nonostante ciò, non si deve abbassare la guardia, poiché alcuni Stati membri continuano ad avere tassi elevati di nuove infezioni da HIV collegate al consumo di droga per via parenterale, mentre la situazione è ancora più allarmante in alcuni paesi vicini.

Dopo una recente epidemia di HIV in Estonia e Lettonia, i tassi delle infezioni di nuova diagnosi tra gli IDU sono diminuiti rispetto al 2001, per poi tuttavia stabilizzarsi a livelli comunque elevati (rispettivamente 142,0 e 47,1 nuovi casi per milione di abitanti nel 2006), a indicare che il tasso di trasmissione rimane alto. Il Portogallo detiene ancora il numero più alto di infezioni di nuova diagnosi dell'Unione europea (cfr. pag. 85) e, sebbene la tendenza sia in diminuzione, il tasso annuale di nuove diagnosi segnalate è ancora alto, equivalente a 66,5 nuovi casi per milione di abitanti nel 2006.

Nei paesi confinanti lungo la frontiera orientale dell'Unione europea la situazione suscita grande preoccupazione. Nei due paesi più grandi, Russia e Ucraina, il numero di casi di nuova diagnosi è elevato e ancora in aumento. Nel 2006 le infezioni di nuova diagnosi connesse al consumo di sostanze stupefacenti per via parenterale erano stimate a più di 11 000 in Russia e oltre 7 000 in Ucraina (rispettivamente 78,6 e 152,9 nuovi casi per milione di abitanti).

Il fatto che i tassi di trasmissione tra gli IDU continuino a essere elevati rende necessario rivedere la disponibilità, il livello e la varietà dell'erogazione attuale dei servizi terapeutici, comprese tra questi misure specifiche finalizzate a ridurre la diffusione delle malattie infettive come i programmi di scambio di aghi e siringhe e la terapia di sostituzione. Sono inoltre indispensabili studi mirati tra gli IDU per capire perché alcune popolazioni sembrano particolarmente vulnerabili, per comprendere i fattori associati al comportamento rischioso e per individuare gli ostacoli che si frappongono ai comportamenti di autoprotezione, nonché per selezionare validi approcci che consentano di evitare nuove epidemie.

continua dell'HIV si trovano nei riscontri di elevati livelli di prevalenza (oltre il 5%) tra i giovani IDU (campioni di almeno 50 IDU di età inferiore ai 25 anni) in alcuni paesi: Spagna (dati nazionali, 2005), Portogallo (dati nazionali, 2006), Estonia (due regioni, 2005), Lettonia (dati nazionali e due città, 2002-2003), Lituania (una città, 2006) e Polonia (una città, 2005) ⁽¹³⁰⁾.

Incidenza dell'AIDS e disponibilità della HAART

Le informazioni sull'incidenza dell'AIDS sono importanti per dimostrare i nuovi casi di malattia sintomatica, ma non rappresentano un buon indicatore della trasmissione

dell'HIV. I dati sull'incidenza dell'AIDS possono anche fornire informazioni sulla diffusione e sull'efficacia della terapia antiretrovirale estremamente attiva (HAART). La presenza di elevati tassi di incidenza dell'AIDS in alcuni paesi europei può far pensare che molti IDU affetti da HIV non ricevano la terapia HAART in una fase sufficientemente precoce dell'infezione, che consentirebbe loro di trarre il massimo beneficio dal trattamento.

Il Portogallo continua a essere il paese con la più elevata incidenza di casi di AIDS riconducibili al consumo di stupefacenti per via parenterale, con 22,4 nuovi casi ogni milione di abitanti nel 2006, sebbene la tendenza sia ora sensibilmente in diminuzione rispetto ai 29,9 casi per milione di abitanti registrati nel 2005. Tassi relativamente elevati di incidenza dell'AIDS sono segnalati anche da Estonia, Spagna e Lettonia, con rispettivamente 17,1, 15,1 e 13,5 nuovi casi per milione di abitanti. Tra questi tre paesi, la tendenza sta diminuendo in Spagna e Lettonia ma non in Estonia, dove le statistiche più recenti indicano un incremento da 11,9 nuovi casi per milione di abitanti nel 2005 a 17,1 nel 2006. Un incremento è stato segnalato anche in Lituania, da 2,0 nuovi casi per milione di abitanti nel 2005 a 5,0 nuovi casi nel 2006 ⁽¹³¹⁾.

Epatite B e C

Se gli alti livelli di prevalenza dell'infezione da HIV si riscontrano solamente in alcuni Stati membri dell'UE, l'epatite virale e, in particolare, l'infezione causata dal virus dell'epatite C (HCV) mostra una prevalenza molto maggiore negli IDU in tutta l'Europa. I livelli degli anticorpi anti-HCV tra campioni di IDU esaminati nel 2005-2006 variano da circa il 15% al 90%, anche se la maggior parte dei paesi riferisce, in genere, valori superiori al 40%. Solamente pochi paesi (Bulgaria, Repubblica ceca, Finlandia) registrano una prevalenza inferiore al 25% nei campioni nazionali di IDU, sebbene un tasso di infezione a questo livello rappresenti comunque un problema importante per la salute pubblica ⁽¹³²⁾.

I livelli di prevalenza dell'HCV possono essere estremamente vari all'interno di uno stesso paese, a causa sia di differenze sul piano regionale sia delle caratteristiche della popolazione oggetto del campione. Per esempio, nel Regno Unito studi di portata locale segnalano livelli compresi tra il 29 e il 59%, mentre in Italia le stime regionali oscillano dal 40% circa al 96%. Mentre le stime generate da campioni non probabilistici devono essere sempre considerate con una certa cautela, è possibile che le variazioni del livello di prevalenza riscontrato abbiano conseguenze importanti per la progettazione e

⁽¹³⁰⁾ Cfr. il grafico INF-1 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹³¹⁾ Cfr. le tabelle dalla INF-111 alla INF-113 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹³²⁾ Cfr. la tabella INF-115 nel bollettino statistico 2008.

Accesso agli esami diagnostici e al trattamento dell'infezione da HIV

Tra le persone sieropositive in Europa, una su tre potrebbe non essere al corrente della propria condizione (ECDC, 2007), e le relazioni di alcuni Stati membri dell'UE rivelano che i livelli di consapevolezza potrebbero essere ancora più bassi tra gli IDU infetti.

Di conseguenza, molti di coloro che contraggono il virus non potranno avvalersi delle cure e della terapia precoci e potrebbero anche contribuire alla diffusione dell'HIV, esponendo inconsapevolmente altre persone al rischio di infezione. A ciò si aggiunga il fatto che la qualità dei dati raccolti dai sistemi di sorveglianza dell'HIV è diminuita nel tempo.

Dati preliminari indicano che l'accesso al trattamento antiretrovirale e all'assistenza da parte degli IDU è sproporzionalmente basso (Donoghoe et al., 2007). Per essere efficace, il trattamento antiretrovirale deve tener conto della situazione specifica e delle necessità degli IDU, che possono essere caratterizzate da una concomitanza di problemi di salute e problemi sociali (per esempio, lo status di senza fissa dimora e la mancanza di copertura assicurativa), ma anche dall'emarginazione e dalla discriminazione nel contesto dei centri assistenziali o da arresti e incarcerazioni ripetute.

Per migliorare l'accesso agli esami diagnostici e alle opportunità di trattamento dell'HIV, l'OECD ha elaborato linee guida specifiche che prevedono, nel caso degli IDU, una visita medica annuale volontaria, comprendente anche il test per l'HIV e l'epatite virale (1).

(1) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>

l'erogazione di programmi di prevenzione e trattamento. È possibile inoltre che la comprensione dei fattori responsabili di livelli diversi di infezione possa permettere lo sviluppo di strategie di intervento migliori.

Studi condotti tra giovani IDU (con meno di 25 anni) e nuovi IDU (soggetti che consumano stupefacenti per via parenterale da meno di 2 anni) suggeriscono che l'intervallo di tempo in cui si può prevenire l'infezione da HCV è piuttosto breve, poiché molti contraggono il virus quando iniziano ad adottare questa modalità di consumo. Studi recenti (2005-2006) riferiscono in genere livelli di prevalenza compresi tra il 20 e il 50%, sia pur con variazioni significative tra un campione e l'altro.

La prevalenza degli anticorpi contro il virus dell'epatite B (HBV) varia in misura ancora maggiore rispetto a quella degli anticorpi HCV, forse a causa, in parte, delle differenze riscontrate nei programmi vaccinali, benché

possano essere coinvolti anche altri fattori. 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 biennio 2005-2006, 6 degli 11 paesi che hanno fornito dati sugli IDU hanno segnalato livelli di prevalenza anti-HBc superiori al 40% (133).

L'andamento nel tempo rilevato nei casi notificati di epatite B e C permette invece di tracciare quadri diversi. La percentuale di IDU tra tutti i casi notificati di epatite B sembra essere leggermente diminuita in alcuni paesi, forse in conseguenza del crescente impatto dei programmi di vaccinazione rivolti specificamente agli IDU. Per quanto concerne l'epatite C, la percentuale di IDU tra i casi denunciati è diminuita in cinque paesi ma è aumentata in altri cinque (Repubblica ceca, Lussemburgo, Malta, Svezia, Regno Unito) (134). Per entrambi i tipi di epatite (B e C), nel 2006 la percentuale di IDU tra i casi notificati ha continuato a variare enormemente da un paese all'altro, a indicare che esistono differenze geografiche nella trasmissione di queste infezioni, sebbene non si possa escludere un margine di errore dovuto a prassi di screening e segnalazione diverse.

Prevenzione delle malattie infettive

Per ridurre la diffusione e le conseguenze delle malattie infettive tra i tossicodipendenti gli Stati membri dell'UE ricorrono a una combinazione di alcune delle seguenti misure: trattamento della tossicodipendenza, in primis attraverso la terapia sostitutiva (cfr. il capitolo 6), informazioni e consulenza sulla salute, distribuzione di strumenti sterili per le iniezioni e campagne informative sui rapporti sessuali protetti e su un consumo di stupefacenti più sicuro. La disponibilità e la diffusione di queste misure variano sensibilmente da un paese all'altro.

Programmi di scambio di aghi e siringhe e la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei sono disponibili in tutti gli Stati membri dell'UE, in Croazia e in Norvegia, sia pur con marcate differenze in termini sia di contesti di erogazione sia di popolazione bersaglio. Nell'ultimo decennio i livelli di erogazione della terapia sostitutiva e dei servizi di riduzione del danno in Europa sono aumentati significativamente. In alcuni paesi, tuttavia, tali interventi rimangono limitati e, nel complesso, la domanda continua a essere superiore all'offerta.

Un recente studio di coorte realizzato ad Amsterdam ha messo in evidenza i vantaggi della disponibilità della terapia di mantenimento con metadone in associazione a programmi di scambio di aghi e siringhe, poiché il

(133) Cfr. la tabella INF-115 nel bollettino statistico 2008.

(134) Cfr. le tabelle INF-105 e INF-106 nel bollettino statistico 2008.

Vaccinazione contro l'epatite B tra i consumatori di stupefacenti

In Europa la trasmissione del virus dell'epatite B (HBV) non si arresta tra gli IDU, una popolazione in cui i tassi di infezione attiva da HBV (prevalenza dell'HBsAg) rimangono alti nella maggior parte dei paesi rispetto alla popolazione generale (¹). La vaccinazione è considerata la misura più efficace per scongiurare l'insorgenza di un'infezione causata dal virus dell'epatite B (HBV) e le conseguenze a questa correlate. In linea con la raccomandazione dell'OMS del 1991, la maggior parte degli Stati membri dell'UE, anche se non tutti, ha adottato la vaccinazione universale contro questo virus. Le politiche di immunizzazione dei bambini, tuttavia, incideranno prevalentemente sulle future generazioni di tossicodipendenti. Per ridurre la diffusione dell'infezione in tempi più brevi, più della metà degli Stati membri dell'UE ha lanciato programmi vaccinali mirati nello specifico ai consumatori di stupefacenti per via parenterale e/o ai detenuti. Tuttavia, la copertura di questi programmi varia da un paese all'altro e un terzo degli Stati membri dell'UE non riferisce ancora alcun programma vaccinale diretto in modo specifico ai tossicodipendenti.

I programmi di vaccinazione rivolti ai tossicodipendenti devono spesso affrontare il problema della trascuratezza, il cui esito è il mancato completamento dei cicli di vaccinazione. Data la disponibilità di un vaccino sicuro ed efficace, le strategie disponibili per raggiungere un livello di immunizzazione più elevato tra coloro che sono a rischio possono contemplare un approccio flessibile, che prenda di mira i tossicodipendenti all'inizio della dipendenza e che si estenda a quelle comunità con tassi di prevalenza del consumo maggiori. Inoltre, offrire il vaccino più volte e offrire dosi aggiuntive a coloro che hanno una risposta immunitaria minore può contribuire a raggiungere un livello di immunizzazione più elevato. Per questo, per diminuire l'incidenza dell'epatite B e le sue conseguenze, gli Stati membri dell'UE dovranno forse rivedere e probabilmente affinare le rispettive strategie d'intervento.

(¹) Cfr. le tabelle INF-106 e INF-114 nel bollettino statistico 2008.

ricorso a entrambi i servizi, anziché a uno solo di essi, è stata accompagnata da una minore incidenza di infezioni da HCV e HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (Van den Berg et al., 2007).

È difficile valutare la diffusione dei programmi di scambio di aghi e siringhe, e sono pochi i paesi che forniscono cifre pertinenti al riguardo. La Repubblica ceca, per esempio, segnala una rete di 90 strutture a bassa soglia, in grado di raggiungere circa 25 000 tossicodipendenti all'anno (il 70% dei quali fa uso di stupefacenti per via parenterale) e di fornire in media 210 siringhe per ogni IDU.

Alcuni paesi riferiscono un aumento nel numero di siringhe distribuite nell'ambito dei programmi di scambio di aghi e siringhe: in Estonia, il numero stimato di siringhe distribuite a ogni IDU è raddoppiato tra il 2005 e il 2006, raggiungendo le 112 unità; nello stesso periodo, i programmi di scambio di aghi e siringhe in Ungheria hanno incrementato il quantitativo di siringhe distribuite del 56% e il numero di pazienti dell'84%; infine, la Finlandia continua a segnalare un aumento del numero di pazienti seguiti e delle siringhe distribuite presso i centri di consulenza. Nonostante ciò, non tutti i paesi segnalano un incremento: a Malta e in Slovacchia la fornitura di siringhe è rimasta stabile nel 2006; la Polonia segnala una diminuzione del numero di agenzie attive e una diminuzione del 15% del numero di siringhe sostituite; la Romania riferisce un calo del 70% del numero di siringhe scambiate a Bucarest, precisando che questa situazione è dovuta a problemi di carattere prevalentemente finanziario.

In alcuni paesi la stabilizzazione o la diminuzione dello scambio di siringhe può riflettere un cambiamento generale dei modelli di consumo per via parenterale e della disponibilità del trattamento: in Lussemburgo, il numero di siringhe distribuite dalle agenzie a bassa soglia, dopo un aumento durato qualche anno, si è stabilizzato nel 2005 ed è diminuito nel 2006; anche Portogallo e Belgio (la comunità fiamminga) riferiscono un recente calo della distribuzione di siringhe, accanto a Germania e Paesi Bassi a livello locale.

I programmi di scambio di siringhe e i servizi a bassa soglia possono fungere da anticamera ad altre opzioni terapeutiche per coloro che hanno poche possibilità di accedere ai servizi generici. Tra questi si annoverano l'erogazione dell'assistenza sanitaria primaria nonché misure volte a promuovere la salute sessuale, come la distribuzione di profilattici e lubrificanti, e di informazioni per rendere più sicuri i rapporti sessuali. Anche la fornitura di servizi di prevenzione delle malattie infettive attraverso unità di informazione o presso le strutture a bassa soglia è disponibile ormai nella maggior parte dei paesi, per quanto i servizi in questo settore siano ancora in fase di sviluppo. Allo stato attuale, per esempio, grazie a una collaborazione tra Estonia, Lettonia e Lituania, è in corso di realizzazione una rete transnazionale di prevenzione a bassa soglia che utilizzerà standard di servizio comuni e gli stessi protocolli di monitoraggio epidemiologico.

I servizi medici vengono erogati presso ambulatori a bassa soglia e unità mobili oppure nell'ambito di schemi di reindirizzamento alle strutture sanitarie. Per esempio, la rete di servizi a bassa soglia della Repubblica

ceca opera in stretta collaborazione con i servizi sanitari regionali pubblici per agevolare l'accesso alla consulenza, agli screening e al trattamento in presenza di comorbidità somatiche (in particolare, epatite virale). Nel 2006 un'unità chirurgica mobile a Burgas, sul Mar Nero, in Bulgaria, ha fornito 750 consulenze. Alcune municipalità danesi hanno ottenuto fondi statali per finanziare programmi di assistenza sanitaria destinati ai tossicodipendenti più vulnerabili. Degno di nota, infine, è il progetto «Health room» a Copenaghen, che integra interventi sanitari e misure di assistenza sociale e consulenza con un approccio a bassa soglia, avviato nel 2008 per una durata prevista di tre anni.

Prevenzione dell'epatite virale

Nel 2006 alcuni paesi hanno segnalato il lancio di iniziative di prevenzione della diffusione dell'epatite virale. In Lussemburgo, per esempio, alla luce dei risultati di un progetto di ricerca-azione, si è provveduto a migliorare la fornitura di consulenza sul consumo più sicuro di stupefacenti per i nuovi e i giovani consumatori di stupefacenti e a mettere gratuitamente a loro disposizione gli strumenti per le iniezioni. In Danimarca sono disponibili dal 2006 vaccinazioni gratuite per l'epatite A e B per i tossicodipendenti e i loro partner, e le municipalità sono tenute oggi a erogare una gamma diversificata di servizi per le malattie infettive ai consumatori di stupefacenti per via parenterale. In Irlanda, infine, un gruppo di lavoro sull'HCV ha ricevuto, nel 2007, l'incarico di sviluppare una strategia nazionale di sorveglianza, istruzione e trattamento.

Le carceri sono un ambiente importante per l'attuazione di interventi diretti alle malattie infettive connesse al consumo di stupefacenti e per l'erogazione di assistenza sanitaria a una popolazione che sarebbe altrimenti difficilmente raggiungibile (cfr. il capitolo 2). Studi recenti suggeriscono che è importante sottoporre al test virale tutti coloro che hanno consumato sostanze illecite almeno una volta nella vita, e dimostrano che l'individuazione dell'infezione da epatite cronica C all'inizio della detenzione è una misura efficace rispetto ai costi (Sutton et al., 2006). Oltre al fatto che i soggetti che hanno già contratto il virus possono ricevere l'assistenza e il trattamento necessari, i tossicodipendenti detenuti potrebbero beneficiare in questo contesto di una serie di interventi come l'educazione sanitaria e le campagne di vaccinazione contro l'epatite B ⁽¹³⁵⁾.

Mortalità e decessi correlati agli stupefacenti

Il consumo di sostanze stupefacenti è una delle principali cause di problemi di salute e di decesso tra i giovani europei. L'elevato tasso di mortalità dovuto,

Mortalità correlata agli stupefacenti: un concetto complesso

Il dibattito scientifico e politico sulla mortalità correlata agli stupefacenti è ostacolato dalla varietà di nozioni e definizioni che sono state utilizzate in questo settore. Se vengono usate nozioni molto ampie e inclusive, i dati possono essere di scarsa utilità per comprendere i fattori soggiacenti associati alla mortalità correlata agli stupefacenti. Per esempio, se tutti i decessi con un esame tossicologico positivo vengono inseriti nello stesso gruppo, vi faranno parte i casi in cui le droghe hanno avuto un ruolo causale diretto, quelli in cui hanno avuto un ruolo indiretto e quelli in cui le droghe non hanno avuto alcun ruolo.

Un'altra questione importante è la sostanza in oggetto: è possibile, cioè, limitarsi a considerare il gruppo delle sostanze illecite o estendere il raggio d'interesse fino a comprendere altre sostanze psicoattive o farmaci. In quest'ultimo caso, può essere difficile distinguere i decessi che possono essere connessi in primo luogo a problemi di salute mentale (per esempio, un suicidio nel contesto di una depressione) da quelli attribuibili al consumo di stupefacenti. Inoltre, molti decessi provocati dagli stupefacenti sono dovuti, in realtà, alla poliassunzione, ed è difficile comprendere il ruolo specifico delle diverse sostanze coinvolte.

Sul piano concettuale, la mortalità correlata agli stupefacenti comprende due grandi insiemi. Il primo, che è anche meglio documentato, riguarda i decessi provocati proprio dall'azione di una o più sostanze. Questi episodi sono in genere definiti con il nome di «overdose», «avvelenamento» o «decesso indotto da stupefacenti». Il secondo insieme è più ampio e comprende decessi che non sono direttamente attribuibili all'azione farmacologica delle droghe, ma sono comunque connessi al loro consumo: conseguenze di lungo termine delle malattie infettive, interazioni con problemi di salute mentale (per esempio, il suicidio) o con altre circostanze (per esempio, gli incidenti stradali). Vi sono infine altri decessi correlati alle sostanze stupefacenti, che però sono determinati da circostanze specifiche (per esempio, gli atti di violenza connessi al commercio della droga).

L'approccio attuale adottato dall'OEDT per la segnalazione relativa alla mortalità generale correlata agli stupefacenti si basa sulla stima dei tassi di mortalità tra coorti di consumatori problematici di droga. Non vengono comunque trascurati anche altri approcci, che consentono di combinare dati provenienti da fonti diverse per calcolare l'incidenza totale della mortalità attribuibile alle droghe in una comunità (cfr. «Mortalità generale correlata al consumo di sostanze stupefacenti», pag. 95).

⁽¹³⁵⁾ Cfr. la tabella DUP nel bollettino statistico 2008.

in particolare, al consumo di oppiacei, è oggetto di uno studio internazionale promosso dall'OEDT, da cui è emerso che in sette aree urbane europee una percentuale compresa tra il 10 e il 23% dei decessi nella fascia di età dei 15-49 anni può essere attribuita al consumo di queste sostanze (Bargagli et al., 2005).

L'indicatore chiave dell'OEDT «Decessi correlati al consumo di stupefacenti e mortalità tra i tossicodipendenti» monitora in via prioritaria i decessi provocati direttamente dal consumo di sostanze stupefacenti (decessi indotti da stupefacenti) e, in misura minore, la mortalità generale tra i tossicodipendenti, che comprende anche i decessi connessi a diversi altri problemi sociali e di salute.

Decessi indotti dagli stupefacenti

La definizione dell'OEDT di «decessi indotti dagli stupefacenti»⁽¹³⁶⁾ comprende i decessi direttamente provocati (per overdose o avvelenamento) dal consumo di una o più sostanze stupefacenti, di cui almeno una è una sostanza illecita. Il numero dei tossicodipendenti, i loro modelli di consumo (per via parenterale, poliassunzione) e la disponibilità di servizi terapeutici e servizi medici d'emergenza sono tutti fattori che possono influire sul totale dei decessi di questo genere in una comunità. Di solito, questi eventi si verificano poco dopo il consumo della sostanza o delle sostanze.

Il miglioramento della qualità e dell'attendibilità dei dati europei riscontrato negli ultimi anni consente di tracciare un quadro più preciso delle tendenze generali e nazionali, e la maggior parte dei paesi ha ora adottato una definizione dei casi in linea con quella dell'OEDT⁽¹³⁷⁾. Tuttavia, le differenze nella qualità delle segnalazioni riscontrate da paese a paese invitano a una certa cautela quando si tratta di fare confronti diretti.

Tra il 1990 e il 2005 gli Stati membri dell'UE hanno riferito ogni anno un numero di decessi indotto dagli stupefacenti compreso tra 6 500 e oltre 8 500, per un totale di oltre 130 000 decessi nel periodo in questione. Queste cifre possono essere considerate una stima minima⁽¹³⁸⁾.

I tassi di mortalità nella popolazione dovuti a decessi correlati al consumo di stupefacenti variano notevolmente da paese a paese, con oscillazioni comprese tra 3-5 fino a oltre 70 decessi per milione di abitanti nella fascia di età dei 15-64 anni (in media, 21 decessi per milione di

abitanti). Percentuali superiori a 20 decessi per milione di abitanti si riscontrano in 16 paesi europei, mentre in ben 5 paesi il dato supera i 40 decessi. Tra i maschi di 15-39 anni il tasso di mortalità è mediamente, e nella maggior parte dei paesi, fino a due volte più alto (con una media di 44 decessi ogni milione di abitanti in Europa). I decessi correlati agli stupefacenti hanno rappresentato il 3,5% di tutti i decessi tra gli europei di 15-39 anni nel biennio 2004-2005, una percentuale che supera il 7% in otto paesi⁽¹³⁹⁾ (grafico 11).

L'attività di ricerca sulla morbilità e sulle altre conseguenze delle overdose non letali è ancora insufficiente e gli investimenti nella prevenzione sono scarsi, nonostante sia dimostrato che il numero di soggetti interessati è elevato. Si stima che, per ogni overdose letale, ve ne potrebbero essere circa 20-25 non letali. Benché sia difficile stabilire se questi calcoli sono applicabili alla totalità dell'Unione europea, essi consentirebbero di stimare, a grandi linee, circa 120 000-175 000 overdose non letali all'anno.

Decessi correlati agli oppiacei

Eroina

L'overdose da oppiacei è una delle principali cause di morte tra i giovani in Europa, soprattutto tra i soggetti di sesso maschile nelle zone urbane⁽¹⁴⁰⁾. Gli oppiacei, perlopiù l'eroina o i suoi metaboliti, sono menzionati nella maggior parte dei decessi correlati al consumo di sostanze illecite riferiti nell'Unione europea, con una percentuale compresa tra il 55 e il 100% di tutti i casi, e più della metà dei paesi segnala percentuali superiori all'80%⁽¹⁴¹⁾. Negli esami tossicologici sui decessi attribuiti all'eroina si riscontrano spesso anche altre sostanze potenzialmente implicate; in particolare, quelle segnalate più di frequente sono alcol, benzodiazepine o altri oppiacei e, in alcuni paesi, la cocaina. Secondo una recente iniziativa dell'OEDT, cui hanno partecipato nove paesi, solitamente vengono menzionate più sostanze nel 60-90% dei casi di overdose da oppiacei, per cui una parte considerevole di tutti i decessi correlati al consumo di stupefacenti potrebbe essere dovuta alla poliassunzione.

La maggior parte dei consumatori di droga che muoiono per overdose da oppiacei (60-95%) è di sesso maschile, prevalentemente di età compresa tra i 20 e i 40 anni; l'età

⁽¹³⁶⁾ L'espressione «decessi indotti dagli stupefacenti» è stata adottata poiché riflette con maggior precisione la definizione dei casi utilizzata.

⁽¹³⁷⁾ Cfr. Informazioni metodologiche dettagliate sui decessi indotti dagli stupefacenti nel bollettino statistico 2008.

⁽¹³⁸⁾ Cfr. la tabella DRD-2 parte (i) nel bollettino statistico 2008.

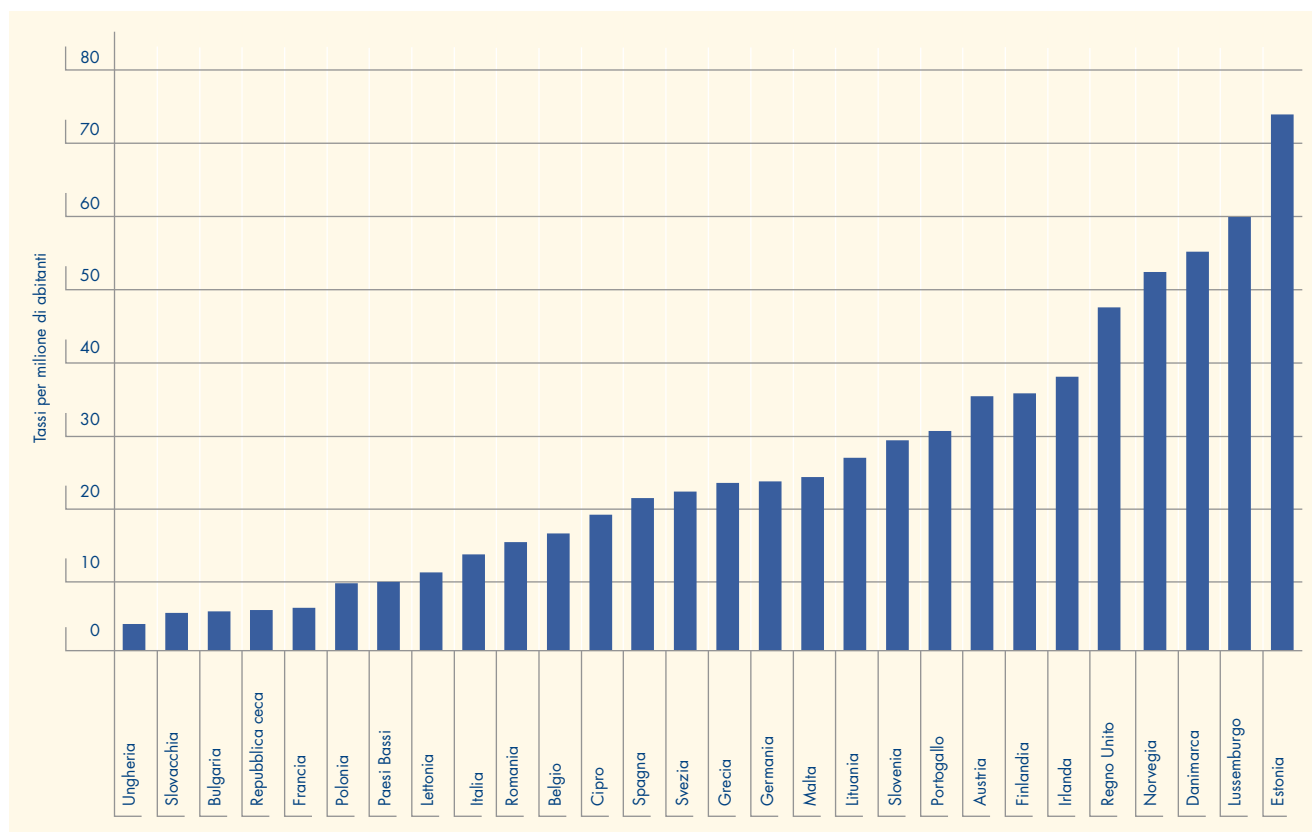
⁽¹³⁹⁾ Cfr. la tabella DRD-5 e il grafico DRD-7 parte (ii) nel bollettino statistico 2008.

⁽¹⁴⁰⁾ Poiché nella maggior parte dei casi riferiti all'OEDT si tratta di overdose da oppiacei, per descrivere questi casi vengono utilizzate le caratteristiche generali dei decessi improvvisi correlati al consumo di stupefacenti.

⁽¹⁴¹⁾ Cfr. il grafico DRD-1 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹⁴²⁾ Cfr. la tabella DRD-1 parte (i) nel bollettino statistico 2008.

Grafico 11: Tassi di mortalità nella popolazione adulta (15-64 anni) in relazione ai decessi correlati al consumo di stupefacenti



NB: Per la Repubblica ceca, in luogo della definizione nazionale è stata utilizzata la definizione fornita nella selezione D dell'OEDT; per il Regno Unito è stata usata la definizione contenuta nella strategia di lotta alla droga; per la Romania, i dati si riferiscono solamente a Bucarest e ad alcune province nell'area di competenza del laboratorio tossicologico di Bucarest. I calcoli dei tassi di mortalità nella popolazione si basano sulle popolazioni nazionali al 2005 come riferite da Eurostat. I confronti di tali dati riferiti alla popolazione devono essere fatti con cautela, viste le differenze esistenti nella definizione del caso e nella qualità delle segnalazioni. Per gli intervalli di confidenza e maggiori informazioni sui dati cfr. il grafico DRD-7 parte (i) nel bollettino statistico 2008.

Fonte: Relazioni nazionali Reitox 2007, dati desunti dai registri nazionali di mortalità o da registri speciali (di medicina legale o della polizia) e da Eurostat.

media nella maggioranza dei paesi è attorno ai 35 anni ⁽¹⁴²⁾. In molti Stati l'età media dei tossicodipendenti deceduti per overdose si sta alzando, a suggerire una possibile stabilizzazione o diminuzione del numero di giovani consumatori di eroina. In altri paesi, tuttavia, (Bulgaria, Estonia, Romania, Austria), una percentuale relativamente alta di decessi per overdose si registra tra i soggetti di età inferiore ai 25 anni, un dato questo che può essere indice di una popolazione di consumatori di eroina più giovane in queste regioni ⁽¹⁴³⁾.

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 all'abuso di medicinali sostitutivi o, in misura estremamente minore,

a problemi che si presentano durante il trattamento con questi farmaci ⁽¹⁴⁴⁾.

La presenza del metadone in una percentuale non trascurabile di decessi correlati agli stupefacenti è riferita da alcuni paesi, sebbene il ruolo svolto dal metadone, in mancanza di standard di segnalazione comuni, non sia sempre chiaro. Tra i paesi che denunciano un numero non trascurabile di decessi dovuti al metadone vi sono Danimarca, Germania, Regno Unito e Norvegia; gli altri paesi non hanno segnalato alcun caso o solamente un numero esiguo di casi ⁽¹⁴⁵⁾. Gli Stati Uniti registrano un incremento marcato dei decessi correlati al consumo di metadone dal 1999. La maggior parte di questi episodi è riconducibile all'abuso di metadone dirottato da ospedali, farmacie, medici generici e centri specializzati nel trattamento del dolore, mentre solo un numero limitato

⁽¹⁴³⁾ Cfr. i grafici DRD-2, DRD-3 e DRD-4 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Cfr. «Decessi correlati alla terapia sostitutiva», pag. 93.

⁽¹⁴⁵⁾ Cfr. la tabella DRD-108 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹⁴⁶⁾ National Drug Intelligence Center, *Metadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate*, novembre 2007, documento 2007-Q0317-001. <http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>

Decessi correlati alla terapia sostitutiva

È stato dimostrato che il rischio di overdose diminuisce sostanzialmente quando i consumatori di eroina seguono una terapia di sostituzione con metadone. Per esempio, un recente studio di coorte cui hanno partecipato più di 5 000 eroinomani ha rivelato che il rischio di morte per overdose si riduce di nove volte nei pazienti che si sottopongono a una terapia sostitutiva rispetto ai soggetti a cui questo trattamento non viene somministrato (non in terapia o in cura nell'ambito di un altro genere di terapia) (Brugal et al., 2005).

La presenza di metadone tuttavia è menzionata nelle relazioni tossicologiche riferite ad alcuni decessi, anche se questo fatto da solo non basta a giustificare, in tutti i casi, l'esistenza di un nesso causale diretto tra i due eventi, dato che possono essere implicate altre sostanze o altri fattori. La morte per overdose, tuttavia, non può essere esclusa; tra i possibili fattori coinvolti in tal caso si annoverano: variazioni del livello di tolleranza, dosaggio eccessivo, uso improprio da parte del paziente e uso della sostanza per scopi non terapeutici.

Nel Regno Unito è stato individuato un collegamento tra le misure adottate per evitare la diversione di metadone verso il mercato clandestino e la riduzione del numero di decessi segnalati per metadone (Zador et al., 2006); nel complesso, le buone prassi nella terapia sostitutiva possono essere considerate una componente importante nella riduzione del rischio di decesso correlato al metadone. È quindi probabile che la salute del paziente e della comunità venga salvaguardata migliorando: gli standard qualitativi del trattamento, compresa la prassi prescrittiva; il monitoraggio del paziente durante le prime fasi del trattamento; il monitoraggio di eventuali tossicità cardiache; informazioni sui rischi del consumo di altri medicinali o sostanze psicoattive; la divulgazione di informazioni per ridurre il rischio di diversione.

La rapida espansione della terapia metadonica in Europa non si è tradotta in un aumento parallelo dei decessi correlati al metadone. Secondo uno studio realizzato nel Regno Unito, tra il 1993 e il 2004 la quantità totale di metadone per uso orale è aumentata di 3,6 volte, mentre il numero di decessi in cui era coinvolto il metadone è sceso da 226 a 194 (Morgan et al., 2006). Ciò equivale a una diminuzione del tasso di decessi correlati al metadone da 13 ogni 1 000 abitanti/anno nel 1993 a 3,1 ogni 1 000 abitanti/anno nel 2004. Se è vero che la realizzazione di studi simili in altri paesi sarebbe di grande utilità, altrettanto certo è che le prove disponibili suggeriscono già una maggiore probabilità che i decessi correlati al metadone siano collegati a carenze nelle prassi prescrittive piuttosto che ai livelli generali della terapia sostitutiva.

di essi è attribuibile alla sostanza messa a disposizione nell'ambito dei programmi di sostituzione ⁽¹⁴⁶⁾.

I decessi dovuti a intossicazione da buprenorfina sembrano un evento raro, nonostante l'aumento del ricorso a questa sostanza nella terapia sostitutiva in molti paesi europei. In Francia, dove il numero di tossicodipendenti in trattamento con buprenorfina è notevole (76 000-90 000), sono stati segnalati pochissimi casi. In Finlandia, al contrario, la buprenorfina è menzionata nella maggior parte dei decessi correlati al consumo di stupefacenti, solitamente in associazione con sedativi o alcol, oppure in seguito a un consumo per via parenterale ⁽¹⁴⁷⁾.

Fentanil

In Estonia è stata recentemente segnalata, sulla base di indagini tossicologiche forensi, una preoccupante epidemia di intossicazioni letali da 3-metilfentanil, con 46 intossicazioni fatali nel 2005 e 71 nel 2006 (Ojanperä et al., in corso di pubblicazione). I risultati preliminari di studi condotti nello stesso paese farebbero pensare che altri 85 decessi avvenuti nel 2004 erano collegati alla sostanza. Anche altri paesi europei hanno riferito episodi sporadici di decessi dovuti al fentanil, mentre gli Stati Uniti hanno denunciato recenti ondate, generalmente di breve durata, di decessi; per esempio, a Chicago sono stati attribuiti al fentanil 350 decessi avvenuti tra il 2005 e il 2007 (Denton et al., 2008). La potenza estremamente elevata di questa sostanza può aumentare il rischio di overdose, mentre il suo ruolo può passare inosservato negli screening tossicologici. È probabile quindi che l'aumento della produzione illecita e del consumo di fentanil possano mettere a dura prova sia i sistemi di monitoraggio esistenti sia la capacità di reazione degli enti preposti alla salute pubblica.

Decessi correlati ad altre sostanze ⁽¹⁴⁸⁾

I decessi per overdose da cocaina sono più subdoli rispetto ai decessi provocati dagli oppiacei (cfr. la questione specifica sulla cocaina 2007). I decessi direttamente imputabili a un'overdose farmacologica sembrano poco comuni e, in genere, sono collegati all'assunzione di dosi massicce di cocaina. La maggior parte dei decessi legati al consumo di cocaina sembra essere piuttosto correlata alla tossicità cronica di questa sostanza, che provoca complicazioni di tipo cardiovascolare e neurologico. Non è sempre possibile stabilire il ruolo della cocaina in questi decessi, che talvolta potrebbero anche non essere attribuiti al consumo di questa sostanza. L'interpretazione dei dati sui decessi riconducibili al consumo di cocaina è

⁽¹⁴⁷⁾ Cfr. la tabella DRD-108 nel bollettino statistico 2008 e nella relazione annuale 2007 per ulteriori informazioni.

⁽¹⁴⁸⁾ Cfr. la tabella DRD-108 nel bollettino statistico 2008.

ulteriormente complicata dalla concomitanza, in molti casi, di altre sostanze, un fatto questo che rende assai difficile stabilire un nesso causale.

Nel 2006 sono stati segnalati più di 450 decessi correlati al consumo di cocaina in 14 Stati membri, ma il numero di decessi provocati da questa sostanza nell'Unione europea è probabilmente sottostimato.

I decessi riconducibili al consumo di ecstasy continuano a essere episodi rari. La maggior parte dei decessi in cui è stata individuata la «presenza di ecstasy» si è avuta nel Regno Unito, ma in molti casi la sostanza non è stata riconosciuta come causa diretta di morte.

Se i decessi per anfetamina non vengono riferiti di frequente in Europa, nella Repubblica ceca è stato attribuito al consumo di pervitina (metanfetamina) un numero di casi fatali non trascurabile. In Finlandia sono stati registrati 64 episodi in cui la presenza delle anfetamine è stata accertata a livello tossicologico, anche se questo dato da solo non basta per stabilire che tali sostanze siano state la causa diretta del decesso.

Andamento dei decessi correlati al consumo di stupefacenti

I decessi correlati al consumo di stupefacenti hanno subito un'impennata in Europa negli anni ottanta e nei primi anni novanta (paragonabile all'aumento del consumo di eroina e dell'assunzione di sostanze per via parenterale), per poi stabilizzarsi a livelli elevati⁽¹⁴⁹⁾. Tuttavia, i dati provenienti dai paesi che dispongono di statistiche relative a serie temporali più lunghe indicano un andamento diversificato: in alcuni paesi (per esempio, Germania, Spagna, Francia, Italia) i decessi hanno raggiunto l'apice nel periodo compreso tra l'inizio e la metà degli anni novanta, cominciando poi a diminuire; in altri paesi (Irlanda, Grecia, Portogallo, Finlandia, Svezia, Norvegia) questo dato è cresciuto a livelli drammatici attorno all'anno 2000, prima di ridiscendere; in alcuni altri (per esempio, Danimarca, Paesi Bassi, Austria, Regno Unito) si è osservata una tendenza all'aumento, senza che tuttavia si raggiungesse un apice ben distinto⁽¹⁵⁰⁾.

L'andamento dei decessi correlati al consumo di stupefacenti nel periodo compreso tra il 2001 e il 2005-2006 è più difficile da descrivere. Nei primi anni del decennio (2000-2003), molti paesi dell'UE hanno

segnalato una diminuzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti, che in linea di massima sono scesi del 3% nel 2001, del 14% nel 2002 e del 7% nel 2003⁽¹⁵¹⁾. Nel 2004 e 2005, tuttavia, la maggior parte dei paesi europei ha denunciato piccoli incrementi, forse dovuti ad alcuni fattori tra cui: l'aumento della poliasunzione, un possibile incremento della disponibilità di eroina o l'invecchiamento della popolazione di consumatori cronici⁽¹⁵²⁾.

In mancanza di dati provenienti da alcuni dei paesi più grandi, le stime generali del numero di decessi correlati al consumo di stupefacenti per il 2006 sono da considerarsi provvisorie. Le statistiche messe a disposizione da 18 paesi, tuttavia, suggeriscono una lieve diminuzione rispetto al 2005.

In Europa si è assistito a una moderata diminuzione generale del numero di decessi correlati al consumo di stupefacenti tra soggetti di età inferiore ai 25 anni, mentre per questo stesso gruppo di età si è verificato un incremento dei decessi in quegli Stati membri che hanno aderito all'Unione europea dopo il 2004⁽¹⁵³⁾. Aumenti della proporzione di decessi correlati agli stupefacenti tra giovani tossicodipendenti sono stati tuttavia osservati in Grecia, Lussemburgo e Austria, nonché in misura minore in Bulgaria, Lettonia e Paesi Bassi⁽¹⁵⁴⁾. Si tratta di un aspetto che richiede ulteriori approfondimenti, poiché potrebbe essere indice di un incremento del numero di giovani che fanno uso di oppiacei in questi paesi.

Mortalità generale correlata al consumo di sostanze stupefacenti

Da uno studio recente è emerso che il tasso di mortalità tra i consumatori di oppiacei partecipanti a programmi terapeutici in 8 località europee (sette città e una regione) era estremamente alto rispetto al dato raccolto tra i loro coetanei (cfr. OEDT, 2006). Altri studi di coorte hanno riscontrato tassi di mortalità tra 6 e 54 volte più alti tra i consumatori di stupefacenti rispetto alla popolazione generale. Queste differenze sono in gran parte dovute ai decessi per overdose, sebbene non debbano essere trascurati anche altri fattori e il fatto che, in alcuni paesi, i decessi per AIDS siano tutt'altro che trascurabili. Darke et al. (2007) hanno suddiviso i decessi dei tossicodipendenti in quattro grandi categorie eziologiche: overdose (compresa l'intossicazione da alcol), malattia, suicidio e trauma. Tra le malattie, possono essere associate al

⁽¹⁴⁹⁾ Cfr. il grafico DRD-8 nel bollettino statistico 2008. Per ragioni storiche, questa tendenza riguarda l'UE-15 e la Norvegia.

⁽¹⁵⁰⁾ Cfr. il grafico DRD-11 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹⁵¹⁾ Le cifre riportate sono diverse da quelle riferite negli anni precedenti a causa dei cambiamenti introdotti nella definizione o nella copertura dei casi in Danimarca, Spagna, Francia e Regno Unito, e degli aggiornamenti apportati da alcuni paesi.

⁽¹⁵²⁾ Cfr. «Gli indicatori del consumo di oppiacei non sono più in diminuzione», pag. 77 nonché la tabella DRD-2 parte (i) e il grafico DRD-12 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹⁵³⁾ Cfr. il grafico DRD-13 parte (i) nel bollettino statistico 2008.

⁽¹⁵⁴⁾ Cfr. il grafico DRD-9 nel bollettino statistico 2008.

consumo di stupefacenti le patologie virali trasmissibili attraverso il sangue (HIV, HCV e HBV, cfr. sopra), le neoplasie, le epatopatie e le patologie a carico dei sistemi circolatorio e respiratorio. La voce «trauma» comprende perlopiù incidenti, omicidi e altri atti violenti.

Un recente studio norvegese condotto su una coorte di tossicodipendenti in trattamento terapeutico ha stabilito che, su 189 decessi segnalati, laddove la causa era nota, la metà era dovuta a overdose. Le malattie, principalmente l'AIDS e le malattie epatiche, erano responsabili di quasi un quarto dei decessi, mentre i suicidi e i traumi erano associati ciascuno a circa un decimo dei casi e l'intossicazione da alcol a circa il 2% (grafico 12). Si osserva che la percentuale di decessi riconducibile all'AIDS può essere nettamente più alta nei paesi con un'elevata prevalenza di HIV tra tossicodipendenti.

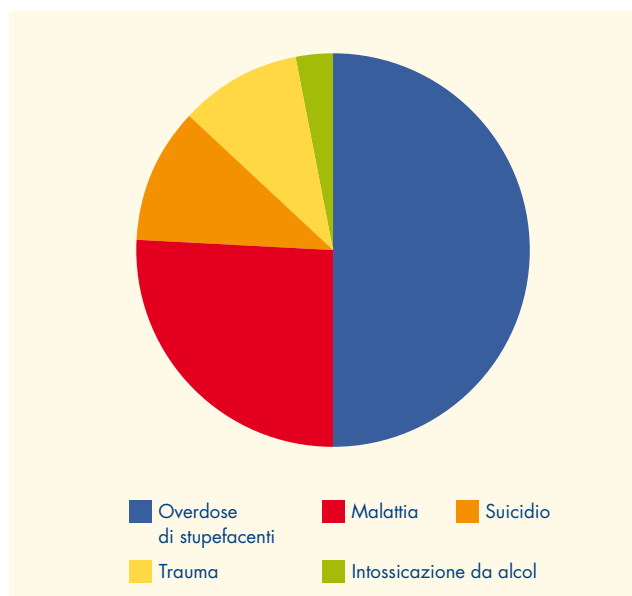
Se è vero che gli studi di coorte sono uno strumento efficace per valutare e comprendere la mortalità generale connessa al consumo di sostanze stupefacenti, altrettanto certo è che altri approcci possono contribuire a migliorare la conoscenza dell'argomento e a fornire una panoramica a livello nazionale. L'OEEDT, in stretta collaborazione con gli Stati membri, sta esaminando l'utilità di alcuni nuovi metodi in questo settore per poterli eventualmente attuare a livello UE. In uno di questi, i tassi di mortalità vengono estrapolati dagli studi di coorte a stime locali (Bargagli et al., 2005) o nazionali del numero di tossicodipendenti problematici (Cruts et al., 2008). In un altro, frazioni di dati riconducibili al consumo di stupefacenti tratte da studi diversi vengono applicate alle cause di morte che sono più frequentemente associate al consumo di stupefacenti (per esempio, AIDS, incidenti, suicidi e intossicazioni) e che sono iscritte nei registri anagrafici della popolazione generale.

Decessi indirettamente legati al consumo di stupefacenti

I decessi per AIDS riconducibili al consumo di sostanze per via parenterale rappresentano un'altra importante causa di morte. Sulla base dei dati raccolti da Eurostat e EuroHIV (relazione di fine anno per il 2005, 2006), si può calcolare che, nel 2003, più di 2 600 persone siano decedute a causa dell'infezione contratta in seguito al consumo di stupefacenti⁽¹⁵⁵⁾. La maggior parte di questi decessi era concentrata in un numero limitato di paesi: più del 90% dei casi, infatti, si è verificato in Spagna, Francia, Italia e Portogallo. La mortalità per AIDS ha raggiunto il culmine a metà degli anni novanta ed è diminuita sensibilmente dopo l'introduzione e la diffusione della terapia HAART.

I tassi di mortalità nella popolazione dovuti all'AIDS correlato al consumo di stupefacenti per via parenterale

Grafico 12: Cause di morte conosciute in una coorte di tossicodipendenti in Norvegia



NB: I dati provengono da uno studio basato su un campione di 501 consumatori di stupefacenti in trattamento per la tossicodipendenza nel periodo 1981-1991. Fino al 2003 sono stati registrati in totale 189 decessi e in 14 casi non è stato possibile stabilire la causa di morte.

Fonte: Ødegard, E., Amundsen, E.J. e Kielland, K.B. (2007), «Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach», *Drug and Alcohol Dependence* 89, pagg. 176-182.

sono bassi, fatta eccezione per Spagna, Italia e, in special modo, Portogallo. In molti paesi, inoltre, la mortalità per overdose è significativamente più alta della mortalità imputabile all'AIDS tra i tossicodipendenti⁽¹⁵⁶⁾. Allo stato attuale è più difficile stimare il numero di decessi dovuti ad altre cause (per esempio, le conseguenze di altre malattie infettive, violenza, incidenti) e occorre pertanto migliorare la raccolta di dati e le stime in questo settore (cfr. la sezione precedente).

Il suicidio figura spesso tra le cause di morte dei tossicodipendenti. Secondo un esame della letteratura (Darke e Ross, 2002) il tasso di suicidi tra i consumatori di eroina è 14 volte più alto di quello relativo alla popolazione generale.

Riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti

La riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti è un obiettivo che figura nella maggior parte delle strategie nazionali di lotta alle droghe, ma pochi paesi hanno adottato piani d'azione o fornito linee guida sistematiche sulle misure da adottare. Nel 2007, tuttavia, il

⁽¹⁵⁵⁾ È stato scelto il 2003 perché si tratta dell'anno più recente per cui, per quasi tutti gli Stati membri, sono disponibili informazioni sulle cause di morte raccolte da Eurostat. Per informazioni più particolareggiate sulle fonti, le cifre e i calcoli cfr. la tabella DRD-5 nel bollettino statistico 2008.

⁽¹⁵⁶⁾ Cfr. il grafico DRD-7 parte (ii) nel bollettino statistico 2008.

Rischio elevato di decesso correlato agli stupefacenti al termine della detenzione o del trattamento terapeutico

Secondo studi condotti in Europa e in altri paesi, il rischio di morte correlato al consumo di stupefacenti nel periodo immediatamente seguente al rilascio dal carcere è piuttosto alto.

Uno studio recente realizzato nel Regno Unito (Inghilterra e Galles) ha messo a confronto i dati relativi ad almeno 49 000 detenuti rilasciati nel periodo 1998-2000 con tutti i decessi registrati fino al novembre 2003 (Farrell e Marsden, 2008). Dei 442 decessi verificatisi nel campione durante questo periodo, la maggior parte (il 59%) era correlato al consumo di stupefacenti. Negli anni successivi al rilascio, il tasso di mortalità correlato alla droga era di 5,2 ogni 1 000 uomini e 5,9 ogni 1 000 donne. Nel periodo immediatamente successivo al rilascio, i tassi attesi erano superiori di oltre 10 volte per le donne e di più di 8 volte per gli uomini. I decessi di tutti i soggetti di sesso femminile e del 95% dei soggetti maschi avvenuti nelle prime due settimane fuori dal carcere erano correlati al consumo di droga e possono essere attribuiti alle overdosi o, più in generale, a disturbi derivanti dall'uso

di sostanze stupefacenti. I registri dei coroner segnalano la presenza di oppiacei nel 95% dei decessi correlati agli stupefacenti, di benzodiazepine nel 20%, di cocaina nel 14% e di antidepressivi triciclici nel 10% dei casi.

In Italia lo studio VEdeTTE (Davoli et al., 2007) ha riscontrato un tasso di morte per overdose di 1 ogni 1 000 eroinomani in trattamento e di 23 ogni 1 000 soggetti nel mese successivo alla terapia, un dato questo che corrisponde a un rischio di morte per overdose 27 volte più alto nel primo mese dopo il trattamento, dopo l'aggiustamento per possibili fattori confondenti.

Nonostante il nesso che si è stabilito tra i decessi correlati agli stupefacenti e il rilascio dal carcere o il termine del trattamento, pochi paesi stanno investendo in maniera sistematica sull'istruzione dei detenuti o dei pazienti in trattamento sul rischio di overdose. In molti paesi, inoltre, la continuità dell'assistenza e la riabilitazione dei tossicodipendenti che vengono rilasciati dal carcere sono scarsamente sviluppate. Apportare miglioramenti in questi due settori potrebbe rappresentare una valida opportunità per prevenire i decessi correlati agli stupefacenti.

Il ministero della Salute britannico ha pubblicato nuove linee guida sul trattamento clinico dell'abuso e della dipendenza da sostanze stupefacenti, stabilendo azioni precise per la prevenzione dei decessi correlati al consumo di droga.

Uno studio prospettico di lungo termine condotto in Italia (Davoli et al., 2007) illustra il modo in cui il trattamento, che comprende la terapia di sostituzione affiancata dall'assistenza psicosociale e dalla psicoterapia, può contribuire alla riduzione della mortalità tra i tossicodipendenti. Lo studio è stato realizzato su una coorte di 10 454 consumatori di eroina che si sono rivolti al servizio sanitario pubblico tra il 1998 e il 2001, valutando il nesso tra la partecipazione costante al trattamento e la mortalità per overdose. Il rischio di morte nella coorte era in media 10 volte più alto rispetto alla popolazione generale. Tuttavia, il rischio era 4 volte maggiore tra i tossicodipendenti in trattamento rispetto alla popolazione generale, mentre nei soggetti che avevano interrotto la terapia esso risultava 20 volte più elevato.

La divulgazione mirata di informazioni sui rischi e la gestione delle overdosi attraverso opuscoli, brochure e poster è una prassi comune in quasi tutti i paesi. Al giorno d'oggi, inoltre, metà degli Stati membri riferisce l'esistenza sul proprio territorio di workshop formativi volti a migliorare le conoscenze e le competenze in materia di gestione delle overdosi. Questa formazione è rivolta ai tossicodipendenti, ai loro familiari e al personale

sanitario, e comprende in genere informazioni sui rischi specifici, tra cui la diminuzione della tolleranza dopo periodi di astinenza; gli effetti della poliassunzione, con particolare riguardo per il consumo concomitante di alcol; il consumo di stupefacenti in solitudine; le competenze di primo soccorso. In Italia, la metà dei centri di cura delle tossicodipendenze coordinati dal servizio pubblico riferisce di ricorrere a una combinazione di interventi formativi in materia di gestione delle overdosi e la fornitura di nalossone per uso personale domestico.

Il monitoraggio proattivo del benessere psicosociale dei tossicodipendenti, compresi i soggetti in terapia sostitutiva, può essere importante perché le overdosi sono spesso scatenate da episodi negativi di natura sociale o da disturbi di salute pregressi, e i tassi di overdose intenzionale possono essere elevati (Oliver et al., 2007).

Una sfida ancora più importante, in molti paesi, è rappresentata dal fatto che i servizi sociali e sanitari sono alle prese con una popolazione di tossicodipendenti di lungo termine sempre più vecchia, che può essere più vulnerabile sia alle overdosi sia a una gamma di conseguenze negative per la salute. I consumatori di sostanze stupefacenti per via parenterale, in particolare, possono essere affetti da diffuse malattie somatiche, in particolare da infezioni croniche a carico del fegato, che contribuiscono ad aggravare la vulnerabilità.



Capitolo 8

Nuove droghe e tendenze emergenti

Introduzione

Il consumo di nuove sostanze psicoattive può avere conseguenze significative sul piano politico e in tema di salute pubblica, ma il monitoraggio delle tendenze emergenti rappresenta una sfida complessa. Individuare i nuovi modelli di consumo di stupefacenti è un compito difficile, perché si tratta solitamente di fenomeni che si radicano in maniera subdola, in zone geografiche specifiche o in piccoli sottogruppi della popolazione. Pochi paesi dispongono di sistemi di monitoraggio sensibili a questo tipo di comportamento e le attività di controllo di questo genere di consumo di stupefacenti presentano notevoli difficoltà di carattere metodologico. Nonostante ciò, l'importanza di individuare potenziali nuove minacce è riconosciuta da più parti ed è proprio per questo che l'Unione europea, con la decisione del Consiglio sulle nuove sostanze psicoattive, ha elaborato un sistema di allarme rapido dotato di un meccanismo di risposta immediata in caso di comparsa di nuove sostanze psicoattive sul mercato europeo degli stupefacenti. Le attività a sostegno del sistema di allarme rapido costituiscono un aspetto importante del mandato dell'OEDT e rientrano nella prospettiva più ampia di utilizzare una vasta gamma di fonti di dati per migliorare la tempestività e la sensibilità del sistema europeo di monitoraggio delle sostanze stupefacenti.

L'azione comunitaria sulle nuove sostanze psicoattive

La decisione del Consiglio sulle nuove sostanze psicoattive ⁽¹⁵⁷⁾ 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. La decisione prevede inoltre una valutazione dei rischi connessi con queste nuove sostanze, affinché le misure esistenti negli Stati membri per il controllo degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope possano essere applicate anche alle nuove sostanze.

Nel maggio 2007 il comitato scientifico dell'OEDT ha realizzato una valutazione dei rischi di una nuova sostanza psicoattiva denominata BZP (1-benzilpiperazina) e ha presentato una relazione al Consiglio e alla Commissione europea ⁽¹⁵⁸⁾. La valutazione ha concluso che la BZP deve essere monitorata a causa delle sue proprietà stimolanti, del rischio per la salute e dell'assenza di effetti benefici, benché le misure di controllo debbano essere proporzionate al rischio relativamente basso posto dalla sostanza. Nel marzo 2008 il Consiglio ha adottato una decisione che definisce la BZP come una nuova sostanza psicoattiva che deve essere soggetta a misure di controllo e a sanzioni penali. Gli Stati membri, in linea con il proprio ordinamento nazionale, hanno un anno di tempo per adottare le misure necessarie al fine di sottoporre la BZP a misure di controllo proporzionali al rischio posto dalla sostanza e a sanzioni penali, in conformità con le rispettive legislazioni nazionali e nel rispetto degli obblighi stabiliti dalla convenzione delle Nazioni Unite sulle sostanze psicotrope del 1971.

Nel marzo 2007 l'OEDT e l'Europol hanno riferito alla Commissione in merito al monitoraggio attivo della sostanza 1-(3-clorofenil)piperazina (mCPP) ⁽¹⁵⁹⁾. La relazione presentata, prodotta a scopo puramente informativo, concludeva che «è improbabile che la mCPP si imponga come sostanza ricreativa a pieno titolo» a causa della mancanza di singolarità delle sue proprietà psicoattive e di alcuni suoi effetti indesiderati. Poiché l'mCPP non sembra essere particolarmente attraente agli occhi dei consumatori, è probabile che la sua commercializzazione nell'Unione europea sia guidata da una spinta dell'offerta piuttosto che da una pressione della domanda.

Nel 2007 sono state notificate per la prima volta all'OEDT e all'Europol, attraverso il sistema di allerta rapido, 15 nuove sostanze psicoattive. Il gruppo delle sostanze notificate di recente è diversificato e, oltre alle droghe sintetiche, comprende anche prodotti medicinali e sostanze naturali. Nove di questi composti segnalati per la prima volta sono prodotti di sintesi simili a quelli elencati negli allegati I e II della convenzione delle

⁽¹⁵⁷⁾ 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 (GU L 127 del 20.5.2005, pag. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <https://www.emcdda.europa.eu/publications/risk-assessments/bzp>

⁽¹⁵⁹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>

Nuove sostanze controllate

Dal gennaio 2006 12 paesi hanno segnalato di aver effettuato aggiunte o modifiche ai rispettivi elenchi delle sostanze controllate. L'mCPP (1-(3-clorofenil)piperazina) è stato aggiunto all'elenco delle sostanze controllate in sei paesi (Belgio, Germania, Lituania, Ungheria, Malta, Slovacchia) e la BZP (1-benzilpiperazina) è stata aggiunta in quattro paesi (Estonia, Italia, Lituania, Malta). Di queste due sostanze, l'mCPP è stato monitorato attivamente dall'OEDT e dall'Europol, mentre la BZP è stata oggetto di una valutazione dei rischi nel 2007. Tra le altre sostanze sottoposte a controllo in questo periodo di tempo vi sono gli allucinogeni DOC (4-cloro-2,5-dimetossianfetamina), DOI (4-iodo-2,5-dimetossianfetamina) e il bromo-dragonfly (bromo-benzodifuranile-isopropilamina) in Danimarca e Svezia, oltre che la chetamina in Estonia.

Vengono sottoposte a controllo anche diverse piante con proprietà psicoattive. A tal fine il Belgio ha aggiornato la propria normativa sulle sostanze psicotrope per includervi una nuova categoria che comprende piante o parti di piante controllate, e non solamente i relativi ingredienti psicoattivi, come avveniva in precedenza. Tra le piante inserite nell'elenco vi sono il qat (*Catha edulis*) e la *Salvia divinorum*. Allo stato attuale il qat è controllato in 11 paesi europei (nel Regno Unito una valutazione dei rischi del 2005 ha sconsigliato il controllo). Nel 2006 la Svezia ha aggiunto al proprio elenco la salvinorina-A, il principio attivo più importante della *Salvia divinorum*; la pianta è stata sottoposta a controllo anche in Germania nel 2008. Nello stesso periodo la *Tabernanthe iboga* è entrata nell'elenco delle sostanze controllate in Francia dopo che il suo principio attivo, l'ibogaina, è stato sottoposto a controllo legale in Belgio, Danimarca e Svezia. Infine, in risposta ai decessi correlati all'ingestione di funghi allucinogeni, sia l'Irlanda che i Paesi Bassi hanno eliminato le lacune normative che, in passato, hanno consentito l'acquisto e il possesso di funghi freschi contenenti psilocina. In Irlanda la nuova legge è entrata in vigore nel gennaio 2006, mentre nei Paesi Bassi si trovava ancora in fase di dibattito parlamentare al momento della stesura della presente relazione.

Per ulteriori informazioni è possibile consultare un elenco delle sostanze controllate nell'UE e in Norvegia nella tabella «Tabella delle sostanze e delle classificazioni» nella Banca dati giuridica europea sulle sostanze stupefacenti (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

Nazioni Unite sulle sostanze psicotrope del 1971, che comprendono sostanze appartenenti a gruppi chimici noti come le fenetilamine, le triptamine e le piperazine, nonché altre sostanze caratterizzate da una composizione chimica più rara. Nel gruppo in questione sono ugualmente rappresentate le sostanze che producono effetti allucinogeni marcati e quelle che presentano proprietà prevalentemente stimolanti.

Nel 2007, per la prima volta, sono state segnalate attraverso il meccanismo per lo scambio di informazioni, tre sostanze naturali: una di queste è la *Salvia divinorum*, una pianta dotata di potenti proprietà psicoattive ⁽¹⁶⁰⁾.

Internet: un mercato per le sostanze psicoattive

Internet offre una finestra sul mondo dei consumatori di droga, soprattutto attraverso i forum di discussione e le chat rooms, nonché tramite i siti web dei negozi online, dove si vendono prodotti che spaziano dalle sostanze alternative psicoattive alle sostanze controllate. Le informazioni disponibili possono aiutare a comprendere aspetti diversi del mercato elettronico delle sostanze stupefacenti, per esempio relativi ai metodi di lavoro dei negozi online, al modo in cui queste strutture rispondono alle domande dei clienti e alle nuove tendenze che prendono piede tra i giovani. Per individuare gli sviluppi in atto nel mercato elettronico delle droghe, nei primi mesi del 2008 l'OEDT ha condotto uno studio istantaneo che ha interessato 25 negozi online. Di seguito sono illustrati i risultati che ne sono emersi.

I negozi online

È segnalato un numero crescente di negozi online che vendono sia sostanze alternative psicoattive sia sostanze controllate come LSD, ecstasy, cannabis e oppiacei. Sebbene le sostanze in vendita in questi negozi siano spesso denominate «legal highs» o «herbal highs»

Metodologia di studio attraverso Internet

Per ottenere un'istantanea della situazione, nel gennaio 2008 sono state condotte ricerche in Internet utilizzando parole chiave in più lingue e il motore di ricerca Google (<http://www.google.com>). In totale, sono stati individuati 68 negozi online con sede nell'UE dediti alla vendita di diversi tipi di droghe «legali», che sono stati stratificati a seconda del paese d'origine. Per identificare il paese d'origine sono stati utilizzati i domini nazionali dell'UE (per esempio, ES, FR, DE) o altri dati indicanti la provenienza UE (per esempio, l'indirizzo). Più della metà dei negozi (il 52%) si trovava nel Regno Unito, il 37% nei Paesi Bassi, il 6% in Germania, il 4% in Austria e l'1% in altri paesi (per esempio, Irlanda, Polonia). Per effettuare un'analisi più approfondita è stato selezionato un campione casuale di 25 negozi online. I tassi di campionamento di ciascuno strato (paese d'origine) erano proporzionali a quelli del campione totale dei negozi online. I negozi che vendono unicamente a operatori del settore, e non al consumatore diretto, sono stati esclusi, così come sono stati esclusi quelli che offrono unicamente funghi allucinogeni.

⁽¹⁶⁰⁾ Cfr. «Nuove sostanze controllate», in questa pagina.

(droghe «legali» o «vegetali»), in alcuni paesi europei esse sono soggette alle stesse leggi delle sostanze stupefacenti controllate, il cui utilizzo può essere punito con le medesime sanzioni.

All'interno dell'Unione europea la maggioranza dei negozi online individuati dallo studio istantaneo si trova nel Regno Unito e nei Paesi Bassi nonché, in misura minore, in Germania e Austria. Questi negozi, in genere, si specializzano in certi tipi di prodotti legati al consumo di droghe, per cui alcuni, per esempio, vendono prevalentemente strumenti a ciò destinati, altri trattano perlopiù funghi allucinogeni o «party pills» (droghe ricreative) mentre altri ancora si occupano di una vasta gamma di sostanze vegetali, semisintetiche e sintetiche.

I negozi online europei pubblicizzano più di 200 prodotti psicoattivi: tra le droghe «legali» (legal highs) che si trovano con maggiore frequenza vi sono la *Salvia divinorum*, il kratom (*Mitragyna speciosa*), la *Argyreia nervosa*, i funghi allucinogeni (OEDT, 2006) e un'ampia scelta di «party pills».

Delle sostanze poste in vendita viene reclamizzato l'effetto analogo a quello delle sostanze controllate. Secondo le descrizioni, sia la *Salvia divinorum* che la *Argyreia nervosa*, assieme alla più rara *Ipomoea violacea*, producono effetti allucinogeni simili a quelli dell'LSD. Il kratom viene spesso commercializzato come un sostituto degli oppiacei, mentre diversi preparati vengono offerti in alternativa alla cannabis e le «party pills» in alternativa all'MDMA. Queste ultime, in particolare, possono contenere sia estratti vegetali che sostanze semisintetiche o sintetiche. In molti casi l'ingrediente principale delle «party pills» è la benzilpiperazina (BZP), ma pare che i negozi online siano già in possesso della sostanza con cui essa sarà sostituita quando sarà soggetta a misure di controllo negli Stati membri dell'UE. I prezzi indicati per le sostanze in vendita sono compresi tra 1 euro e 11 euro per una dose.

Il GHB e il suo precursore, il GBL: follow-up

In Europa il gamma-idrossibutirato (GHB) è sotto sorveglianza dal 2000, anno in cui è stato oggetto di una valutazione dei rischi ai sensi dell'azione comune sulle nuove droghe sintetiche del 1997 (OEDT, 2002). Da quando il GHB è stato inserito nell'allegato IV della convenzione delle Nazioni Unite sulle sostanze psicotrope, nel marzo 2001, tutti i paesi dell'UE sono tenuti a monitorare questa sostanza in forza della legislazione nazionale in materia di sostanze psicotrope,

e i nuovi controlli ne hanno ridotto rapidamente la vendita, che in precedenza era permessa.

Il GHB è presente naturalmente nel corpo umano, ma viene anche utilizzato come medicinale e come sostanza ricreativa. Il consumo di questa sostanza per scopi non medici si è diffuso negli anni novanta negli ambienti ricreativi notturni di alcuni paesi dell'Europa, degli Stati Uniti e dell'Australia, in particolar modo nelle discoteche in cui venivano comunemente utilizzate anche altre sostanze. Nel giro di poco tempo i rischi per la salute connessi al consumo di questa sostanza hanno cominciato a destare preoccupazione. Assai problematico, in particolare, è il fatto che il GHB possa essere aggiunto di nascosto alle bevande (si parla, in genere, di «correzione» o «drink spiking») per favorire la violenza sessuale. Si tratta di un fenomeno che è difficile da dimostrare sulla scorta di prove giudiziarie, a causa del breve lasso di tempo disponibile per rilevare la presenza di questa sostanza nei liquidi corporei. Ad ogni modo, il nesso tra il GHB e la violenza sessuale che esso favorisce può aver contribuito a diffondere un'immagine relativamente «negativa» della sostanza (OEDT, 2008c).

GBL

Attualmente destano preoccupazione le segnalazioni del consumo di gamma-butilolattone (GBL), un precursore del GHB, che non è citato in nessuno degli allegati delle convenzioni delle Nazioni Unite sugli stupefacenti. Una volta entrato nell'organismo, il GBL è convertito rapidamente in GHB, e allo stato attuale non esistono esami tossicologici in grado di stabilire quale delle due sostanze sia stata assunta.

Il GHB viene facilmente prodotto a partire dal GBL e dall'1,4-butanediolo (1,4-BD), che sono utilizzati comunemente e legalmente in molti settori dell'industria (per esempio, industria chimica, delle materie plastiche, farmaceutica) e che quindi sono disponibili in commercio. La disponibilità in commercio del GBL fa sì che questa sostanza sia accessibile ai trafficanti e ai consumatori di droga a livelli di prezzo e di rischio sensibilmente inferiori a quelli che, in genere, si riscontrano nell'Unione europea sui mercati clandestini di stupefacenti. Per fare un esempio, il prezzo medio di una dose di GBL da 1 grammo acquistata sfusa su Internet varia tra 0,09 euro e 2 euro.

Rischi per la salute

Sia il GHB che il GBL hanno una ripida curva dose-risposta, caratterizzata da un'insorgenza rapida dei sintomi, che fanno aumentare sensibilmente i rischi connessi al consumo illecito di questa sostanza. I

principali effetti indesiderati segnalati nella maggior parte dei casi riferiti di intossicazione da GHB sono nausea, vomito e vari stadi di perdita di coscienza, ma la presenza, assai frequente, di altre sostanze può complicare la presentazione clinica. Uno studio olandese realizzato su 72 consumatori di GHB ha rivelato che la maggioranza dei soggetti aveva perso i sensi almeno una volta mentre era sotto l'effetto del GHB e ad alcuni era accaduto frequentemente (Korf et al., 2002). Da un'indagine sui consumatori di GHB e GBL condotta nel Regno Unito è emerso che le reazioni avverse sono più comuni in caso di assunzione nelle discoteche rispetto alle abitazioni private (Sumnall et al., 2008). A Londra e a Barcellona è stato tracciato il profilo dei soggetti esposti a intossicazione da GHB, descritti come prevalentemente giovani e di sesso maschile, che si rivolgono agli ospedali perlopiù nei fine settimana e che, in genere, fanno un uso concomitante anche di alcolici o sostanze illecite (Miro et al., 2002; Wood et al., 2008).

Le intossicazioni e le emergenze associate al GHB sono state segnalate nella letteratura scientifica e all'OEDT, a partire dalla fine degli anni novanta (sia pur in modo non sistematico), in Belgio, Danimarca, Spagna, Lussemburgo, Paesi Bassi, Finlandia, Svezia, Regno Unito e Norvegia. Benché il GHB sia menzionato solamente in una percentuale assai ridotta di emergenze da intossicazione che hanno reso necessario il ricorso a servizi medici ospedalieri o all'intervento d'emergenza in ambulanza, a partire dal 2000 sembra osservarsi un aumento di questo fenomeno. Ad Amsterdam, nel 2005, la percentuale di richieste di assistenza di emergenza che si sono concluse con il trasporto all'ospedale è stata maggiore per i casi di GHB/GBL che per quelli riguardanti altre droghe.

Nel Regno Unito, nel 2006, il reparto di pronto soccorso di un ospedale di Londra — con un bacino di utenza che comprende locali notturni attorno ai quali ruota generalmente, ma non in modo esclusivo, la scena dei locali gay — ha registrato un totale di 158 interventi

d'urgenza per GHB e GBL. Sebbene la maggior parte dei soggetti assistiti riferisca di aver assunto GHB, l'analisi chimica dei campioni raccolti nei night club nella stessa zona e nello stesso periodo ha stabilito che più della metà dei campioni conteneva GBL e non GHB. Ciò sta a indicare che il consumo di GBL può essere più diffuso di quanto si credesse in passato (Wood et al., 2008).

È difficile attribuire la causa di un'intossicazione o di un decesso al GHB/GBL, perché queste sostanze vengono eliminate dall'organismo in poco tempo. Inoltre, non esistono sistemi accurati e tra loro confrontabili di segnalazione dei decessi e delle emergenze non letali correlati al consumo di GHB e dei suoi precursori.

Risposte

Alcuni Stati membri (Italia, Lettonia, Svezia) hanno deciso di assoggettare il GBL (o il GBL e l'altro precursore, l'1,4-BD) alla legislazione in materia di stupefacenti o ad altre norme equivalenti, mentre nel Regno Unito si discute di possibili ulteriori controlli. In conformità con la legislazione comunitaria sul controllo dei precursori, il GBL e l'1,4-BD sono stati inclusi nell'elenco delle sostanze non controllate per le quali in tutti gli Stati membri sono state predisposte misure volontarie di monitoraggio per evitarne la diversione dall'impiego lecito a fini industriali.

Gli interventi volti alla prevenzione e alla riduzione del danno in risposta al consumo di GHB/GBL vengono erogati di prassi nell'ambito di progetti nazionali e comunitari di lotta alle droghe, destinati agli ambienti della vita notturna. Essi consistono, in genere, nella formazione del personale delle discoteche e nella diffusione di informazioni sui rischi connessi al consumo di GHB e di altre sostanze. Tali interventi spesso vengono erogati in concomitanza con altre iniziative collegate alle «sostanze da discoteca» e al consumo di alcolici e di combinazioni di droghe (OEDT, 2008e).



Riferimenti bibliografici

- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., et al. (2005), «Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries», *European Journal of Public Health* 16, pagg. 198-202.
- Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., et al. (2005), «Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain», *Addiction* 100, pagg. 981-989.
- Cameron, L. e Williams, J. (2001), «Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?», *Economic Record* 77, pagg. 19-34.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Commissione stupefacenti, Nazioni Unite: Consiglio economico e sociale, Vienna.
- Coggans, N. (2006), «Drug education and prevention: has progress been made?», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, pagg. 417-422.
- Commissione europea (2007a), «Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio sull'attuazione della raccomandazione del Consiglio 18 giugno 2003 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza», COM(2007)199 def.
- Commissione europea (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, direzione generale per la Salute e la tutela dei consumatori.
- Connock, M., Juárez-García, A., Jowett, S., et al. (2007), «Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation», *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A.L. e Sorensen, J.L. (2001), «Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment», *Drug and Alcohol Dependence* 62, pagg. 91-95.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. e Van Laar, M. (2008), «Estimating the total mortality among problem drug users», *Substance Use and Misuse* 43, pagg. 733-747.
- Currie, C., et al. (eds.) (2008), «Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey», *WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5*, Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa, Copenhagen.
- Daly, M. (2007), «Plant warfare», *Druglink* 22(2), marzo-aprile.
- Darke, S. e Ross, J. (2002), «Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods», *Addiction* 97, pagg. 1383-1394.
- Darke, S., Degenhardt, L. e Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A., et al. (2007), «Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study», *Addiction* 102, pagg. 1954-1959.
- De Fuentes-Merillas, L. e De Jong, C.A.J. (2008), «Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie», NISPA, Nijmegen.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., et al. (2006), «Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro», *Revista Española de Salud Pública* 80, pagg. 505-520.
- Denton, J.S., Donoghue, E.R., McReynolds, J. e Kalelkar, M.B. (2008), «An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007», *Journal of Forensic Science* 53, pagg. 452-454.
- Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M., et al. (2003), «A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system», *Drug and Alcohol Dependence* 72, pagg. 59-65.
- Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus, J.V., Nielsen, S. e Matic, S. (2007), «Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002-2004», *International Journal of Drug Policy* 18, pagg. 271-280.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, Centro europeo di prevenzione e di controllo delle malattie, Stoccolma.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Project SYN2007076, L'Aia.
- Europol (2007b), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, L'Aia.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, L'Aia.
- Farrell, M. e Marsden, J. (2008), «Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment», *Addiction* 103, pagg. 251-255.

- Farrelly, M.C., Bray, J.W., Zarkin, G.A. e Wendling, B.W. (2001), «The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse», *Journal of Health Economics* 20, pagg. 51-68.
- Gorman, D.M., Conde, E. e Huber, J.C. (2007), «The creation of evidence in "evidence-based" drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation», *Drug and Alcohol Review* 26, pagg. 585-593.
- Gossop, M., Manning, V. e Ridge, G. (2006), «Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder», *Addiction* 101, pagg. 1292-1298.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., e Treacy, S. (2002), «Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK)», *Addictive Behaviors* 27, pagg. 155-166.
- Griffiths, P., Mravcik, V., López, D. e Klempova, D. (2008), «Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe», *Drug and Alcohol Review* 27, pagg. 236-242.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B., et al. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. e Anderson, J. (2003), «Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)», *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, pagg. 125-134.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, Nazioni Unite: Comitato di controllo internazionale dei narcotici, New York.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, Nazioni Unite: Comitato di controllo internazionale dei narcotici, New York.
- Jansen, A.C.M. (2002), «The economics of cannabis-cultivation in Europe», intervento in occasione della II Conferenza europea sul traffico di stupefacenti e l'attività di polizia, Parigi, 26-27 settembre, 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. e Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (disponibile all'indirizzo: <http://www.archido.de>).
- Korf, D., Nabben, T. e Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J. e Patton, G.C. (2006), «Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies», *Addiction* 101, pagg. 948-958.
- Matrix Research and Consultancy e Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Home Office (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. e Davoli, M. (2008), «Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, numero 2.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. e Davoli, M. (2004), «Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, numero 4.
- Miró, O., Nogué, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. e Sanchez, M. (2002), «Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate», *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, pagg. 129-135.
- Morgan, O., Griffiths, C. e Hickman, M. (2006), «Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993-2004», *International Journal of Epidemiology* 35, pagg. 1579-1585.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. e LaRowe, S. (2004), «Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues», *Annals of Clinical Psychiatry* 16, pagg. 101-109.
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for Clinical Excellence, Londra.
- Nordstrom, B.R. e Levin, F.R. (2007), «Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature», *American Journal of Addiction* 16, pagg. 331-342.
- Ødegard, E., Amundsen, E.J. e Kielland, K.B. (2007), «Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach», *Drug and Alcohol Dependence* 89, pagg. 176-182.
- OEDT (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, 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), *Relazione annuale 2007: evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2007b), «Droghe e criminalità: un rapporto complesso», *Focus sulle droghe* n. 16, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2008a), «Un'antologia sulla cannabis: aspetti globali ed esperienze locali», *Monografia* n. 8, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.

- OEDT (2008b), «Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach», *Insights* n. 9, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2008c), *Drug facilitated sexual assault*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfsaj>).
- OEDT (2008d), *Drug-related public expenditure in Europe: questione specifica OEDT 2008*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index50526EN.html>).
- OEDT (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikoja, A. e Vuori, E. (in corso di pubblicazione), «An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia», *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G., et al. (2007), «A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose», *Research briefing 24*, National Treatment Agency for Substance Misuse, Londra.
- OMD (2007), *Customs and drugs report 2006*, Organizzazione mondiale delle dogane, Bruxelles.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A., et al. (2008), «The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life», *Addiction* 103, pagg. 439-449.
- Petrie, J., Bunn, F. e Byrne, G. (2007), «Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review», *Health Education Research* 22, pagg. 177-191.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., et al. (2004), «Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research* 10, pagg. 147-155.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. e Hopkins, L.N. (2001), «Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey», *Circulation* 103, pagg. 502-506.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P., et al. (2000), «Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention», *Journal of Psychoactive Drugs* 32, pagg. 233-238.
- Relazioni nazionali Reitox (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- Samhsa (2005), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C., Klemptova, D. e Wiessing, L. (2008), «Guidelines for estimating the incidence of problem drug use», relazione finale CT.06.EPI.150.1.0, OEDT, Lisbona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., et al. (in corso di pubblicazione), «Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe», relazione finale WP 1 nell'ambito del progetto SANCO/2006/C4/02 intitolato «Drug policy and harm reduction» per la Commissione europea.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R. e Carballo, J.L. (2008), «Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes», *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, pagg. 202-207.
- Stallwitz, A. e Stöver, H. (2007), «The impact of substitution treatment in prisons: a literature review», *International Journal of Drug Policy* 18, pagg. 464-474.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S., et al. (2008), «Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)», *Drug and Alcohol Dependence* 92, pagg. 286-290.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. e Gill, O.N. (2006), «Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison», *BMC Public Health* 6, pag. 170.
- Swift, W., Hall, W. e Copeland, J. (2000), «One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia», *Drug and Alcohol Dependence* 59, pagg. 309-318.
- Szendrei, K. (1997/1998), «Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality», *Bulletin on Narcotics* XLIX e L, nn. 1 e 2.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C., et al. (2007), «Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use», *Lancet* 369, pagg. 1391-1401.
- UNODC (2007a), *2007 World drug report*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna (disponibile all'indirizzo: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), *2008 World drug report*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- UNODC e governo del Marocco (2007), *Morocco Cannabis survey 2005*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, vol. I, Dipartimento di Stato USA, Washington, DC.

Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. e Prins, M. (2007), «Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users», *Addiction* 102, pagg. 1454-1462.

Werch, C.E. e Owen, D.M. (2002), «Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs», *Journal of Studies on Alcohol* 63, pagg. 581-590.

Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T., et al. (2008), «Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB)

and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)», *Quarterly Journal of Medicine* 101, pagg. 23-29.

Zador, D., Mayet, S. e Strang, J. (2006), «Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK», *International Journal of Epidemiology* 35, pagg. 1586-1587.

Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H. e Lochman, J.E. (2007), «Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, pagg. 33-39.

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

Relazione annuale 2008: evoluzione del fenomeno della droga in Europa

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee

2008 — 106 pagg. — 21 x 29.7 cm

ISBN 978-92-9168-330-7

Come ottenere le pubblicazioni dell'UE?

Le edizioni 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 veritiere, 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.