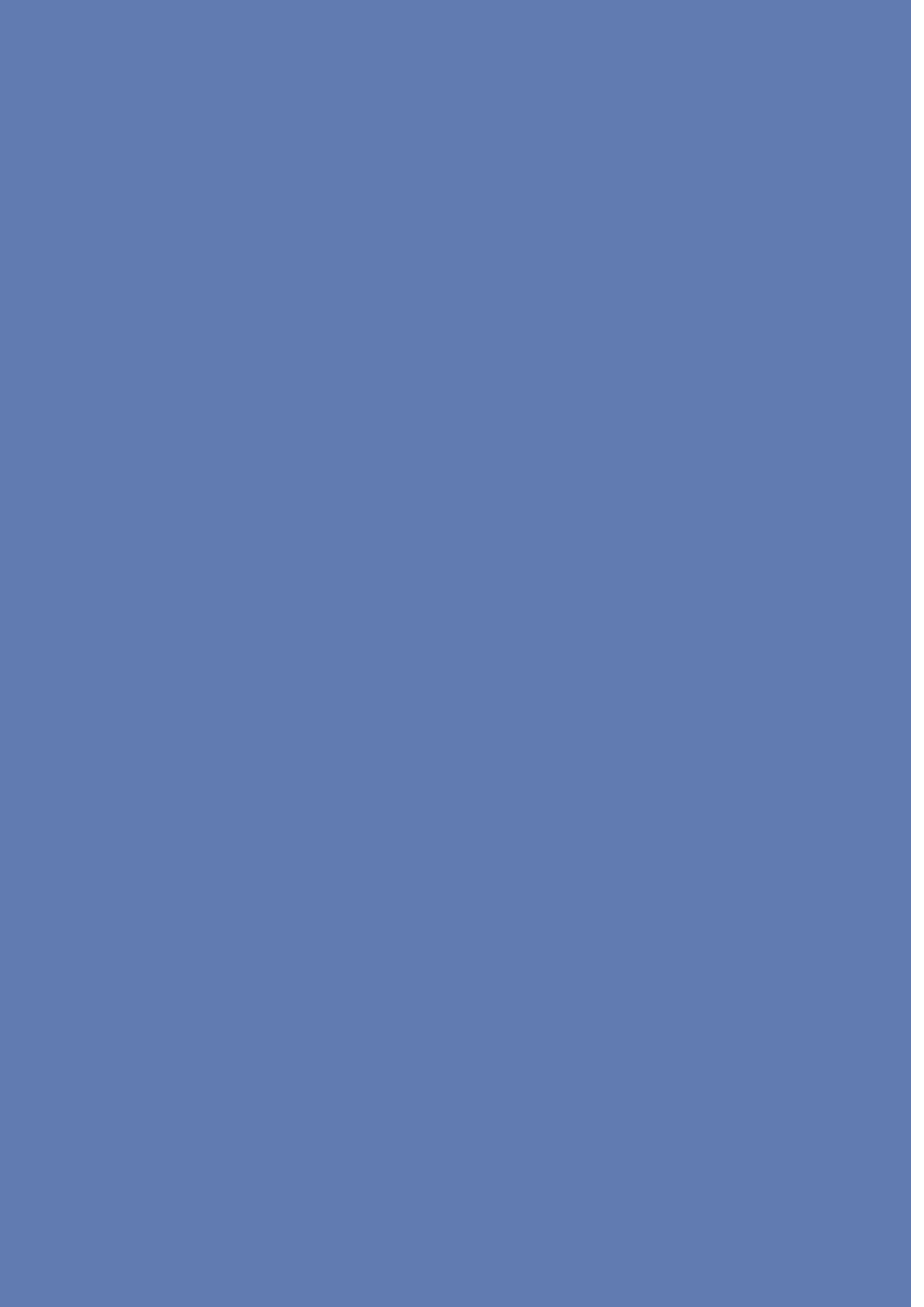




Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

RELAZIONATE ANNUALE 2010

EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA DROGA
IN EUROPA





Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

RELAZIONALE ANNUALE 2010

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.

Numerose altre informazioni sull'Unione europea sono disponibili su Internet consultando il portale 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 e norvegese. Tutte le traduzioni sono state effettuate dal Centro di traduzione degli organismi dell'Unione europea.

Una scheda catalografica figura alla fine del volume.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, 2010

ISBN 978-92-9168-435-9

doi:10.2810/3427

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2010

La riproduzione è autorizzata con citazione della fonte.

Printed in Luxembourg

STAMPATO SU CARTA SBIANCATA SENZA CLORO



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

Cais do Sodré, 1249-289 Lisbona, Portogallo
Tel. +351 211210200 • Fax +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Indice

Premessa	5
Ringraziamenti	9
Introduzione	11
Commento: Vecchie realtà, nuove minacce e austerità economica: lo scenario attuale per le politiche europee in materia di droga	15
Capitolo 1 — Misure politiche e legislative	
Sviluppi politici internazionali e nell'UE • Strategie nazionali in materia di droga • Spesa pubblica • Legislazione nazionale • Ricerca	23
Capitolo 2 — La risposta ai problemi della droga in Europa: panoramica	
Prevenzione • Trattamento • Riduzione del danno • Esclusione e reinserimento sociale • Applicazione della legge sulla droga e reati connessi alla droga • Interventi sul piano sociale e sanitario nelle carceri	32
Capitolo 3 — Cannabis	
Offerta e disponibilità • Prevalenza e modelli di consumo • Trattamento	46
Capitolo 4 — Anfetamine, ecstasy e sostanze allucinogene	
Offerta e disponibilità • Prevalenza e modelli di consumo • Ambienti ricreativi • Trattamento	57
Capitolo 5 — Cocaina e cocaina crack	
Offerta e disponibilità • Prevalenza e modelli di consumo • Conseguenze per la salute • Consumo problematico e domanda di trattamento • Trattamento e riduzione del danno	69
Capitolo 6 — Consumo di oppioidi e assunzione di droga per via parenterale	
Offerta e disponibilità • Consumo problematico di oppioidi • Consumo di stupefacenti per via parenterale • Trattamento	80
Capitolo 7 — Malattie infettive e decessi correlati alla droga	
Malattie infettive • Prevenzione e reazione alle malattie infettive • Mortalità e decessi • Riduzione dei decessi	90
Capitolo 8 — Nuove droghe e tendenze emergenti	
L'azione sulle nuove droghe • Il fenomeno «Spice» • Follow-up sulle sostanze	102
Riferimenti bibliografici	109



Premessa

Siamo lieti di presentare la quindicesima relazione annuale sullo stato del problema della droga in Europa. Il documento contiene un'analisi basata sui dati raccolti dalla rete dei punti focali nazionali ReitoX, che hanno operato in stretto contatto con i loro esperti nazionali, e si avvale della collaborazione tra l'OEDT e la Commissione europea, l'Europol, l'Agenzia europea per i medicinali e il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie.

La relazione di quest'anno offre, al pari di quelle precedenti, una panoramica completa in merito al problema della droga in Europa e alle misure adottate per affrontarlo. Tuttavia, il nostro compito va oltre la semplice elencazione delle statistiche. La relazione è guidata dall'esigenza di individuare e condividere le migliori prassi e di assicurare che vengano sostenuti interventi basati su prove. Questo imperativo si applica sia alle azioni mirate all'offerta di sostanze stupefacenti sia a quelle incentrate sulla domanda. Dalla lettura della relazione si evince chiaramente che l'Europa ha compiuto grandi progressi in alcuni ambiti e che è stata raggiunta una migliore comprensione degli interventi che funzionano. Ciononostante, sono assegnati ancora finanziamenti a metodi la cui efficacia non poggia su un fondamento solido. Di fronte alle attuali pressioni sulle finanze pubbliche, vi è una maggiore necessità di garantire che i fondi stanziati siano spesi in maniera saggia. In questa sede il nostro ruolo è fornire una valutazione neutrale e obiettiva della base di conoscenze comprovate per gli interventi.

Sebbene incentrata sull'Europa, la relazione riconosce più volte la natura globale del problema delle droghe. Si riportano, per esempio, informazioni sui crescenti e gravi problemi correlati alla droga cui si trovano al momento confrontati molti dei nostri paesi vicini. Tali problemi non solo mettono a repentaglio la salute pubblica nei paesi interessati, ma rappresentano anche una vera e propria minaccia per l'Unione europea, poiché ostacolano lo sviluppo sociale e alimentano la corruzione e la criminalità organizzata. L'Europa si impegna a favore di una politica di lotta agli stupefacenti equilibrata e basata su conoscenze comprovate, che sia sostenuta da una chiara comprensione del problema. Siamo orgogliosi del fatto che il modello europeo di sviluppo di sistemi d'informazione nazionali sulle droghe acquisisca un'influenza sempre maggiore. Inoltre, siamo

lieti del crescente ruolo svolto dall'OEDT nell'ambito delle iniziative europee, volte ad assistere i paesi non appartenenti all'UE nello sviluppo di capacità a questo riguardo.

Il fatto che, secondo le stime, allo stadio attuale un milione di persone sia sottoposto a trattamento per la cura della tossicodipendenza attesta il lavoro svolto per assicurare che venga resa disponibile assistenza a chi ne ha bisogno. Allo stesso tempo, questo dato ci ricorda l'entità del problema che l'Europa continua ad affrontare. La terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi rimane il settore più vasto nell'ambito terapeutico; attualmente, il clima sembra cambiare in tale comparto, con l'emergere di domande sugli esiti a lungo termine per le persone affidate all'assistenza. Si tratta di domande rilevanti, ma è altresì importante riconoscere i benefici per la salute pubblica e le prestazioni sociali forniti da una più ampia erogazione del trattamento.

Benché la maggiore disponibilità del trattamento sia un risultato positivo, permangono notevoli disparità nell'accesso all'assistenza in Europa. Nella pratica, il trattamento è talvolta meno disponibile per chi ne ha maggior bisogno, una disuguaglianza che non è soltanto geografica. La relazione di quest'anno esamina l'importanza dell'ambiente carcerario per raggiungere i soggetti con problemi di tossicodipendenza. Sebbene siano stati realizzati alcuni progressi in questo ambiente, troppo spesso viene persa una preziosa occasione per intervenire su un gruppo fondamentale di tossicodipendenti problematici.

Questa relazione viene pubblicata in un periodo difficile. L'attuale situazione economica rappresenta una sfida urgente per tutti gli Stati membri dell'UE e sia le implicazioni per i livelli di consumo della droga che l'offerta dei servizi devono essere valutate con attenzione. È troppo presto per prevedere l'effetto che la crisi economica avrà sul consumo di droga in Europa, ma è noto che le comunità emarginate e socialmente svantaggiate sono quelle più colpite dai problemi legati alla droga. I servizi per i consumatori di stupefacenti sono sempre più minacciati dai tagli al bilancio, che potrebbero avere un effetto dannoso, non solo sui soggetti che consumano droghe, ma anche sulle comunità in cui vivono. Tuttavia, questa non è l'unica sfida che deve affrontare l'Europa nel campo delle droghe.

I cambiamenti nell'offerta delle droghe consolidate e l'emergere di nuove sostanze mettono sempre più alla prova i modelli di controllo adottati. I problemi posti da questi cambiamenti, complessi e interconnessi, richiederanno una risposta concertata e collettiva. Il messaggio positivo trasmesso dalla presente relazione è che l'Europa migliora la propria capacità di seguire questo fenomeno in rapido mutamento. Si tratta di un prerequisito fondamentale per comprendere le sfide a cui

siamo confrontati e per garantire che le nostre risposte politiche rimangano al passo con una situazione della droga in evoluzione.

João Goulão

Presidente del consiglio di amministrazione dell'OEDT

Wolfgang Götz

Direttore dell'OEDT





Ringraziamenti

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

- i responsabili dei punti focali nazionali Reitox e il loro personale;
- i servizi che in ogni Stato membro si sono occupati della raccolta dei dati da usare per la relazione;
- i membri del consiglio di amministrazione e del comitato scientifico dell'OEDT;
- il Parlamento europeo, il Consiglio dell'Unione europea — in particolare il gruppo orizzontale «Droga» — e la Commissione europea;
- il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), l'Agenzia europea per i medicinali (EMA) 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);
- il Centro di traduzione degli organismi dell'Unione europea e l'Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea.

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 sul sito web dell'OEDT.



Introduzione

Questa relazione annuale si basa sulle informazioni fornite all'OEDT dagli Stati membri dell'Unione europea, dai paesi candidati Croazia e Turchia e dalla Norvegia sotto forma di relazioni nazionali. I dati statistici menzionati si riferiscono al 2008 (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 può essere fatta in base ai paesi sui quali sono disponibili informazioni per il periodo di riferimento o per evidenziare alcune tendenze.

L'analisi delle tendenze si basa solamente su quei paesi che forniscono dati sufficienti per descrivere i cambiamenti avvenuti durante il periodo indicato. I dati relativi al 2007 possono sostituire i valori mancanti del 2008 nell'analisi delle tendenze dei dati sul mercato della droga; per l'analisi di altre tendenze, i dati mancanti possono essere interpolati.

Di seguito vengono presentate le informazioni sul contesto e una serie di avvertimenti che dovrebbero essere tenuti presenti nella lettura della relazione annuale.

Dati su offerta e disponibilità di stupefacenti

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 come la cannabis, che possono essere coltivate in interni o che non sono limitate ad aree geografiche specifiche.

I sequestri di droga sono spesso considerati un indicatore indiretto dell'offerta, delle rotte di transito e della disponibilità di sostanze stupefacenti; sono un indicatore più diretto delle attività di applicazione della legge sugli stupefacenti (per esempio priorità, risorse, strategie) e riflettono anche sia le prassi relative alla segnalazione che la vulnerabilità dei trafficanti. Per comprendere i mercati della droga al dettaglio possono essere esaminati anche i dati sulla purezza o sulla potenza e i prezzi al dettaglio delle droghe

Accesso alla relazione annuale e alle fonti di dati in Internet

La relazione annuale è disponibile in 22 lingue e può essere scaricata dal sito Internet dell'OEDT. La versione elettronica contiene i collegamenti a tutte le fonti online citate nella relazione annuale.

Le seguenti risorse sono disponibili solo in Internet.

Il bollettino statistico 2010 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 relazioni nazionali dei punti focali Reitox forniscono una descrizione e un'analisi dettagliata del fenomeno della droga in ciascun paese.

Le panoramiche dei paesi presentano una sintesi degli aspetti principali riguardanti la situazione delle droghe per ciascun paese.

illegali. I prezzi al dettaglio delle sostanze riferiti all'OEDT rispecchiano il prezzo praticato all'utente. L'andamento dei prezzi è regolato in base all'inflazione a livello nazionale. Le relazioni sulla purezza o sulla potenza provenienti dalla maggior parte dei paesi sono basate su un campione di tutte le droghe sequestrate e non è generalmente possibile mettere in relazione i dati riferiti con un livello specifico del mercato della droga. Per quanto riguarda la purezza o la potenza e i prezzi al dettaglio, le analisi si basano sulla media o sulla modalità riferita o, in loro assenza, sul prezzo intermedio. La disponibilità di dati sui prezzi e sulla purezza può essere limitata in alcuni paesi e potrebbero esservi problemi di affidabilità e di comparabilità.

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

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

Prevalenza dell'uso di sostanze stupefacenti sulla base di indagini condotte sulla popolazione generale

Il consumo di stupefacenti presso la popolazione 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 certe 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.

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 sono attualmente impiegati nella maggior parte degli Stati membri dell'Unione europea. 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.

La realizzazione di indagini comporta costi elevati e 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 2005 e il 2008. I dati di prevalenza per il Regno Unito si riferiscono all'Inghilterra e al Galles, tranne qualora diversamente indicato, sebbene siano disponibili anche dati separati per la Scozia e l'Irlanda del Nord.

Delle tre unità temporali di misurazione del consumo di stupefacenti utilizzate per riferire i dati delle indagini, la prevalenza una tantum (il consumo di droga in un momento qualsiasi della vita) è quella più ampia. Questa unità di misura non riflette la situazione attuale del consumo di stupefacenti tra gli adulti, ma è utile per gettare uno sguardo sui modelli di consumo e sull'incidenza. Per gli adulti, le fasce di età standard

considerate dall'OEDT sono 15-64 anni (tutti gli adulti) e 15-34 anni (giovani adulti). I paesi che usano limiti di età superiori o inferiori diversi includono: Danimarca (16), Germania (18), Ungheria (18), Malta (18), Svezia (16) e Regno Unito (16-59). L'attenzione è concentrata sugli intervalli temporali dell'ultimo anno e dell'ultimo mese, cioè sul consumo negli ultimi 12 mesi o negli ultimi 30 giorni prima dell'indagine (per ulteriori informazioni, consultare il sito web dell'OEDT). Per gli studenti delle scuole il consumo una tantum e la prevalenza nell'ultimo anno sono simili, poiché il consumo di droghe illegali prima dei 15 anni è raro.

Il progetto di indagine europea nelle scuole sul consumo di alcol e altre droghe (ESPAD) impiega metodi e strumenti standardizzati per misurare il consumo di droga e di alcol tra campioni rappresentativi di studenti delle scuole di età compresa tra 15 e 16 anni. Le indagini sono state condotte nel 1995, 1999, 2003 e 2007. Nel 2007, i dati sono stati raccolti in 35 paesi, compresi 25 Stati membri dell'UE, Norvegia e Croazia.

Domanda di trattamento

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.

Interventi

Le informazioni sulla disponibilità ed erogazione di diversi interventi in Europa si basano generalmente sul giudizio informato di esperti nazionali, raccolto attraverso questionari strutturati. Tuttavia, per alcuni indicatori, sono disponibili anche i dati sul monitoraggio quantitativo.

Reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti

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





Commento

Vecchie realtà, nuove minacce e austerità economica: lo scenario attuale per le politiche europee in materia di droga

La necessità di evitare di pagare un prezzo elevato per le misure di riduzione dei costi

L'Europa ha di fronte un periodo di austerità economica, con crescenti livelli di disoccupazione giovanile. In tale contesto, vi sono timori che si verifichi un parallelo aumento delle forme problematiche di consumo delle droghe. Le comunità depresse ed emarginate sono sempre state esposte a un rischio elevato di incorrere in problemi di droga e subire i danni collaterali prodotti dalla criminalità e dalla mancanza di sicurezza. L'Europa deve ora far fronte al duplice rischio che, in un momento di potenziale crescita della necessità di risposte efficaci, le misure di austerità determinino tagli nell'erogazione dei servizi. Se pur in modo disomogeneo, negli ultimi dieci anni si sono registrati importanti miglioramenti nel modo in cui si affrontano i problemi connessi alle droghe. Il numero di persone sottoposte a trattamento è notevolmente aumentato e sono stati compiuti considerevoli progressi nel rispondere ad alcune conseguenze del consumo di droghe tra le più pregiudizievoli per la salute, come l'infezione da HIV. Studi hanno inoltre dimostrato che gli interventi possono essere efficaci in termini di costi, in quanto riducono le spese legate ai problemi sanitari, sociali e giudiziari. Esiste il rischio che la situazione economica odierna induca ad adottare decisioni politiche tali da costringere l'Europa ad accumulare costi a lungo termine di gran lunga superiori ai risparmi a breve termine.

In primo piano: orientamenti, quadri di riferimento e miglioramento della base empirica per la valutazione delle azioni mirate alla riduzione dell'offerta

Il trattato di Lisbona, entrato in vigore il 1° dicembre 2009, pone un nuovo accento sul ruolo dell'Unione europea nella definizione di orientamenti e indicatori e nel sostegno allo scambio di buone pratiche nel campo delle droghe. In un periodo di austerità economica, è particolarmente importante assicurare che la spesa sia indirizzata verso interventi di provata efficacia. La strategia europea in materia di droga è caratterizzata da un approccio basato sui fatti, i quali assumono priorità

rispetto all'ideologia. Tuttavia vi sono ancora molti ambiti in cui gli investimenti sono destinati a soluzioni la cui efficacia non è confermata da riscontri attendibili o non è stata sottoposta a un'adeguata valutazione, mentre le strategie di provata utilità non sempre sono attuate. È un problema che si presenta costantemente nel campo della prevenzione, ma non si limita a questo ambito. Esistono validi modelli di programmi per molte attività di riduzione della domanda e si comprende sempre meglio quali azioni possano risultare efficaci. La sfida è creare il consenso necessario per codificare tali conoscenze in un insieme di orientamenti e quadri di riferimento sufficientemente prescrittivi per sostenere il miglioramento dei servizi, ma che rimangano anche sensibili ai diversi contesti presenti nell'Unione europea.

Il settore della salute pubblica è da tempo abituato alla disciplina che impone di giustificare l'impatto degli interventi effettuati. La necessità di estendere questo approccio alle attività di riduzione dell'offerta è un tema sempre più ricorrente nel dibattito politico europeo. La spesa per le misure di riduzione dell'offerta è spesso difficile da individuare nei bilanci nazionali, ma gli studi lasciano supporre che sia considerevole e in genere superiore alla spesa per gli interventi di salute pubblica. Nelle deliberazioni recenti il Consiglio ha concluso che la valutazione delle attività di riduzione dell'offerta è ostacolata dalla mancanza di indicatori e di misure uniformi. La messa a punto di indicatori fondamentali per la riduzione dell'offerta è un obiettivo dell'attuale piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga. Nel 2009 la Commissione europea e l'OEDT hanno avviato un'iniziativa comune per risolvere questo problema, e l'identificazione di indicatori fondamentali per l'offerta e di un meccanismo per la loro applicazione è prevista per il 2011.

Prospettive politiche: sfide per il modello di politica europea in materia di droga

Praticamente tutti gli Stati membri dell'Unione europea hanno adottato un approccio comune basato su una strategia nazionale in materia di droga, solitamente

sostenuta da un piano d'azione con obiettivi concreti e relative scadenze. Si tratta di un modello di politica razionale, in quanto permette di verificare regolarmente i progressi e di reindirizzare la politica qualora si riscontrino carenze. È anche un metodo impegnativo, perché comporta la definizione, l'approvazione e l'adozione di nuove strategie in materia di droga, spesso mentre la strategia precedente è ancora in fase di valutazione. Tali difficoltà sono evidenziate nella relazione di quest'anno, nella quale si constata per la prima volta una diminuzione del numero di paesi che si avvalgono di una valida strategia nazionale in materia di droga. Ciò è in gran parte dovuto alla necessità concreta e impegnativa di valutare e rinnovare i documenti strategici nazionali scaduti nel 2008 o 2009. L'OEDT collabora con gli Stati membri al fine di mettere a punto strumenti di valutazione che permettano di tenere sotto costante controllo gli sviluppi nelle politiche in materia di droga. Non esistono soluzioni semplici al problema della valutazione di tali politiche, ma sarebbe un peccato se le carenze nelle procedure e nella programmazione compromettessero un importante risultato della risposta europea ai problemi connessi alle droghe.

Come osservato nella relazione dello scorso anno, esiste un forte collegamento tra il consumo di alcol e i problemi legati all'assunzione di droghe. Ciononostante non emerge un approccio comune in termini di unificazione delle politiche in materia di droghe e di alcol negli Stati membri. Alcuni paesi mantengono separate le politiche sulle droghe e sull'alcol, alcuni le collegano, altri invece non hanno ancora messo a punto una strategia per l'alcol. Esistono validi argomenti a sostegno della necessità di ricercare sinergie tra le politiche in materia di droghe e di alcol, non da ultimo il fatto che spesso sono rivolte alle stesse popolazioni di consumatori e agli stessi contesti. I modelli attuali si trovano inoltre confrontati alla crescita del mercato delle cosiddette «legal highs», o droghe «legali», nonché all'abuso di prodotti farmaceutici, esaminato più avanti. Dal punto di vista della salute pubblica, ciò evidenzia la necessità di un approccio più ampio, che comprenda tutte le sostanze, sia legali sia illegali, e possibilmente altre dipendenze comportamentali. La sfida è duplice: esaminare in quale misura questa prospettiva globale sia giustificata e come si possa tradurre in un quadro di regolamentazione e controllo adeguato.

I nuovi sviluppi nelle legislazioni nazionali in materia di droga rivelano elementi comuni e differenze

Un esempio delle differenze presenti tra gli Stati membri dell'UE in termini di attuazione delle politiche, anche là dove prevalga il consenso generale, è fornito dalle pene

applicate ai reati connessi alle sostanze stupefacenti. Nella maggior parte dei paesi dell'UE gli ordinamenti giuridici prevedono distinzioni in base al tipo e alla «pericolosità» della droga in questione e in funzione del fatto che il reato riguardi la partecipazione al mercato della droga, il consumo personale o il possesso per uso personale. Queste distinzioni variano enormemente tra i diversi paesi e possono essere codificate in leggi o derivare da meccanismi operanti nell'ambito del sistema di giustizia penale. Non è chiaro quali benefici rechino i diversi approcci né che cosa costituisca una buona pratica, il che evidenzia l'utilità di condurre un'analisi comparativa in questo ambito. Al momento i confronti tra i vari paesi devono essere effettuati con prudenza, in quanto le differenze tra i reati possono essere dovute tanto alla prassi giuridica del paese in questione quanto alla natura del reato stesso. Un secondo aspetto riguarda la misura in cui la distinzione prevista dalle politiche tra coloro che traggono profitto dalla vendita e dal trasporto di droga e coloro che la consumano sia considerata nella pratica. I dati più recenti indicano una leggera tendenza alla diminuzione dei reati legati all'offerta, mentre il numero dei reati connessi al consumo continua a salire.

Trattamento della tossicodipendenza: più che mai disponibile, ma con evidenti disuguaglianze

L'offerta di un trattamento efficace alle persone che hanno problemi legati al consumo di stupefacenti costituisce un elemento centrale della risposta europea alle droghe. È un ambito in cui la qualità e la quantità dell'assistenza offerta continuano ad aumentare. L'OEDT stima che nell'UE oltre un milione di persone ogni anno ricevano una forma di trattamento per problemi connessi alle droghe. L'espansione del trattamento è stata indotta da una crescita delle cure specialistiche offerte ai pazienti in regime ambulatoriale, sostenuta da servizi a bassa soglia e di assistenza. Un aspetto importante è che in alcuni paesi i servizi per i tossicodipendenti associano l'assistenza specialistica all'intervento dei servizi sanitari primari e dei medici generici. È probabile che alcune tipologie di problemi connessi alle droghe, soprattutto i casi più intrattabili, possano essere gestite meglio da un'équipe di specialisti. Tuttavia un'adeguata combinazione di assistenza specialistica e generica può avere un ruolo importante nell'accrescere la disponibilità generale di assistenza, soprattutto in presenza di canali di affidamento ai servizi e di sostegno ben collaudati.

Sebbene i servizi di trattamento siano aumentati, esistono evidenti disuguaglianze nell'accesso all'assistenza in Europa. Nella maggior parte dei paesi dell'Europa orientale e in alcuni paesi dell'Europa meridionale la

disponibilità di terapie è relativamente limitata, come risulta dalle lunghe liste d'attesa. I livelli di disponibilità possono essere valutati in modo significativo soltanto in rapporto alla copertura relativa della popolazione che necessita di assistenza. È ancora difficile formulare osservazioni certe sulla misura in cui l'assistenza disponibile soddisfa il fabbisogno, sebbene siano stati compiuti alcuni progressi per quanto riguarda la terapia sostitutiva per gli oppioidi. Nel complesso l'OEDT stima che circa 670 000 europei ricevano ora una terapia sostitutiva per gli oppioidi, cioè circa la metà del numero stimato di consumatori problematici di tali sostanze. Esistono tuttavia notevoli differenze tra i diversi paesi, con stime nazionali che variano tra meno del 10 % e più del 50 % dei consumatori problematici di oppioidi in terapia. Le divergenze nella disponibilità di assistenza sono inoltre evidenziate dal fatto che appena il 2 % circa delle terapie sostitutive è somministrato nei 12 Stati membri che hanno aderito all'Unione europea nel 2004.

La terapia sostitutiva è anche considerata un intervento per la riduzione del danno. Assieme allo scambio di aghi e siringhe, è stata ampiamente promossa quale importante elemento di una strategia di prevenzione globale dell'HIV rivolta ai consumatori di droga per via parenterale. Con tendenze generalmente stabili o in calo nei livelli di assunzione per via parenterale e nelle infezioni da HIV legate al consumo di droga, la situazione dell'Unione europea per quanto riguarda la trasmissione dell'HIV legata all'assunzione di stupefacenti appare positiva rispetto a molte altre regioni del mondo. Nel 2010 l'OEDT ha pubblicato una monografia scientifica sulla riduzione del danno, nella quale ha preso atto dell'integrazione di tale concetto nelle politiche europee in materia di droghe e del fatto che la terapia sostitutiva e lo scambio di siringhe costituiscono ora componenti riconosciute di tali politiche. La monografia evidenzia inoltre la necessità di migliorare la base empirica per altri interventi di riduzione del danno e la scarsa disponibilità di modelli di riduzione del danno ben definiti per i problemi connessi al consumo di sostanze stimolanti e alla poliassunzione, modelli di consumo che acquistano crescente importanza in Europa. Rileva altresì che le risposte europee non producono ancora un impatto significativo sull'infezione da epatite C tra i consumatori di droga per via parenterale e sui decessi per overdose e che le strategie di riduzione del danno potrebbero svolgere un ruolo importante in questo ambito.

Elaborazione di modelli di assistenza e di risposta al mutevole problema della droga in Europa

Gli attuali modelli di consumo di sostanze stupefacenti inducono i servizi a elaborare risposte più complesse

e differenziate sulla base delle esigenze, prevedendo un migliore collegamento con le risorse generiche dell'assistenza sanitaria e sociale. Per quanto riguarda la terapia sostitutiva, ciò è evidenziato dal fatto che a richiedere assistenza è un gruppo di consumatori in invecchiamento e più cronici, un argomento trattato in una questione specifica che accompagna la presente relazione. Con il maggior numero di consumatori di cannabis e di sostanze stimolanti che entrano in contatto con i servizi cresce anche la necessità di trattamento e di altre risposte ai problemi non legati agli oppioidi. Un'altra sfida è rappresentata dai modelli complessi di poliassunzione, che di norma comprendono problemi legati al consumo di alcol. Si stanno ottimizzando i modelli di assistenza in questi ambiti, ma rimangono ampi margini di miglioramento in termini di sviluppo e condivisione di buone pratiche. La terapia puramente farmacologica per i consumatori di sostanze stimolanti sembra ancora un'alternativa improbabile, ma la maggiore attenzione prestata a questo aspetto nelle ricerche ha dato risultati incoraggianti, tra cui una migliore comprensione del contributo degli approcci psicosociali.

Cannabis: l'importanza delle variazioni regionali

La cannabis rimane la sostanza illecita più popolare in Europa, ma tra i diversi paesi si osservano ampie differenze nella prevalenza del consumo, illustrate dal fatto che le più alte stime riportate sono di oltre 30 volte superiori a quelle più basse. Nel complesso le tendenze indicano livelli di consumo stabili o in calo. All'interno di questo quadro generale a lungo termine, tuttavia, si possono individuare modelli differenti. Particolarmente degni di nota sono alcuni paesi dell'Europa orientale, nei quali i livelli di consumo risultano ancora in aumento e, in certi casi, eguagliano o superano i livelli di prevalenza riscontrati nell'Europa occidentale.

Si approfondisce la comprensione delle implicazioni per la salute pubblica del consumo di cannabis, che interessano soprattutto i consumatori con modelli di consumo quotidiano e cronico. Gli studi recenti che hanno esaminato le conseguenze negative della sostanza per la salute individuano diversi effetti, tra cui ansia, attacchi di panico e sintomi psicotici. Questi effetti acuti sono responsabili di un numero considerevole di ricoveri ospedalieri d'urgenza connessi all'assunzione di tale sostanza nei pochi paesi che li tengono sotto controllo.

Secondo i dati più recenti, il numero complessivo di nuovi pazienti sottoposti a trattamento per il consumo di cannabis come sostanza principale è in diminuzione

nella maggior parte dei paesi. I fattori alla base di questo cambiamento non sono chiari, ma meritano un'indagine, in quanto potrebbero indicare una riduzione della capacità dei servizi di accogliere nuovi pazienti o una diminuzione del numero di persone indirizzate al trattamento per problemi connessi al consumo di cannabis.

Il grande appetito dell'Europa per la cannabis si riflette nel sequestro di circa 1 000 tonnellate l'anno di tale sostanza. Nel complesso i dati inducono a ritenere che la disponibilità di cannabis, nelle sue varie forme, sul mercato europeo potrebbe aumentare anziché diminuire. Nonostante i segnali di una maggiore diffusione della cannabis prodotta in Europa, i quantitativi di cannabis in foglie sequestrati nell'Unione europea sono rimasti stabili, mentre i sequestri di resina sono aumentati. In termini di volume, lo scarto tra i quantitativi sequestrati di resina di cannabis e di foglie di cannabis è dell'ordine di dieci a uno. Qualsiasi conclusione sulla disponibilità dei diversi tipi di cannabis in Europa deve essere formulata con grande prudenza, in quanto la cannabis in foglie è prodotta più vicino al mercato di destinazione ed è quindi meno probabile che venga intercettata. Sono inoltre aumentate le segnalazioni della partecipazione della criminalità organizzata alla produzione locale di cannabis, il che richiede una nuova azione da parte degli organismi preposti all'applicazione della legge sia nazionali sia europei.

Comprendere il complesso mercato europeo delle sostanze stimolanti

La cocaina rimane la seconda sostanza illecita più utilizzata in Europa, anche se i livelli di prevalenza e le tendenze variano notevolmente da un paese all'altro. Soltanto in un numero ridotto di paesi, perlopiù situati nell'Europa occidentale, si osservano livelli di consumo di cocaina elevati e ancora in aumento, mentre altrove l'uso di questa sostanza rimane limitato. Resta da vedere se la situazione rimarrà tale o se il consumo di cocaina si diffonderà in altri paesi europei, in particolare nell'Europa orientale. Destano preoccupazione le notizie relative all'intensificazione del traffico di tale sostanza in tutta la regione, assieme alle segnalazioni sporadiche di consumo di cocaina in taluni contesti.

Le nuove rotte attraverso l'Europa orientale non sono l'unica questione problematica legata al traffico di cocaina. La droga continua a entrare in Europa principalmente attraverso la penisola iberica e i Paesi Bassi. Tuttavia uno sviluppo relativamente nuovo è l'interdizione di laboratori di sintesi secondari che

In breve: stime del consumo di droghe in Europa

Le stime presentate di seguito si riferiscono alla popolazione adulta (15-64 anni) e si basano sui più recenti dati disponibili (indagini condotte tra il 2004 e il 2008). Per l'insieme completo dei dati e informazioni sulla metodologia, si rimanda al bollettino statistico allegato.

Cannabis

Prevalenza una tantum: almeno 75,5 milioni (il 22,5 % degli europei adulti).

Consumo nell'ultimo anno: circa 23 milioni di europei adulti (6,8 %), o un terzo dei consumatori una tantum.

Consumo nell'ultimo mese: circa 12,5 milioni di europei (3,7 %).

Variazioni nel consumo nell'ultimo anno da paese a paese: intervallo complessivo dallo 0,4 % al 15,2 %.

Cocaina

Prevalenza una tantum: circa 14 milioni (il 4,1 % degli europei adulti).

Consumo nell'ultimo anno: 4 milioni di europei adulti (1,3 %), o un terzo dei consumatori una tantum.

Consumo nell'ultimo mese: circa 2 milioni (0,5 %).

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

Ecstasy

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

Consumo nell'ultimo anno: circa 2,5 milioni (0,8 %), ovvero un quarto dei consumatori una tantum.

Variazioni nel consumo nell'ultimo anno da paese a paese: intervallo complessivo dallo 0,1 % al 3,7 %.

Anfetamine

Prevalenza una tantum: circa 12 milioni (il 3,7 % degli europei adulti).

Consumo nell'ultimo anno: circa 2 milioni (0,6 %), o un sesto dei consumatori una tantum.

Variazioni nel consumo nell'ultimo anno da paese a paese: intervallo complessivo dallo 0,0 % all'1,7 %.

Oppiodi

Consumatori problematici di oppioidi: stimati tra 1,2 e 1,5 milioni di europei.

I decessi indotti dalla droga rappresentano il 4 % di tutti i decessi di cittadini europei di età compresa tra 15 e 39 anni e sono per circa i tre quarti dei casi correlati al consumo di oppioidi.

Sono la sostanza stupefacente principale in oltre il 50 % di tutte le richieste di trattamento per consumo di droga.

Nel 2008 circa 670 000 consumatori di oppioidi si sono sottoposti alla terapia sostitutiva.

estraggono la cocaina idrocloride o cocaina base da materiali portatori, quali cera d'api, concime, indumenti, vegetali, plastica e liquidi. Trenta laboratori di questo tipo

sono stati segnalati all'Europol dalla Spagna nel 2008. Tale sviluppo è indicativo degli alti livelli di innovazione e di perfezionamento tecnologico raggiunti da coloro che importano cocaina nell'Unione europea. Dato il suo valore elevato, la cocaina può anche essere tagliata o mescolata con altre sostanze. L'uso del levamisolo (l-tetramisolo) come adulterante della cocaina viene sempre più segnalato negli Stati Uniti e in Europa, fatto che ha indotto il sistema europeo di allarme rapido a diffondere un'avvertenza nel 2009. Questa sostanza può comportare rischi supplementari per la salute dei consumatori di cocaina.

Sebbene i maggiori fruitori dei servizi di trattamento per il consumo di stupefacenti in Europa continuano a essere pazienti con problemi legati agli oppioidi, i consumatori di cocaina rappresentano ora circa un quarto dei nuovi utenti dei servizi. La maggior parte di essi è segnalata da un piccolo gruppo di paesi, principalmente Spagna, Italia e Regno Unito, e comprende due gruppi distinti: uomini socialmente integrati che sniffano la sostanza e consumatori emarginati che la assumono per via parenterale o usano cocaina crack assieme ad altre sostanze. Un ulteriore problema è la crescente mortalità associata al consumo di cocaina. Sono ora denunciati circa 1 000 decessi l'anno legati al consumo di tale sostanza, con notevoli aumenti in Spagna e nel Regno Unito, due paesi in cui il consumo della sostanza è di lunga data e raggiunge livelli elevati. Sebbene in genere siano presenti anche altre sostanze, questo aumento è preoccupante, soprattutto alla luce degli attuali problemi di segnalazione inadeguata del ruolo della cocaina nei decessi di consumatori con problemi cardiovascolari preesistenti.

Il consumo di anfetamine in Europa nel complesso rimane inferiore a quello della cocaina, ma l'anfetamina o la metanfetamina sono ancora le sostanze stimolanti più utilizzate in molti paesi. Il consumo problematico di anfetamina è segnalato principalmente nei paesi dell'Europa settentrionale, mentre il consumo problematico di metanfetamina rimane perlopiù limitato alla Repubblica ceca e alla Slovacchia. È tuttavia possibile che la situazione stia lentamente cambiando, in quanto la produzione di metanfetamina viene ora segnalata anche in Lituania e Polonia, ed è principalmente destinata ai mercati scandinavi, sui quali può essere venduta come sostituto dell'anfetamina. Il consumo problematico di anfetamina e metanfetamina è l'argomento di una questione specifica che accompagna la presente relazione annuale.

Oppioidi e consumo di stupefacenti per via parenterale

Il consumo di eroina, soprattutto per via parenterale, è ancora responsabile della maggior parte dei casi

di morbilità e mortalità collegati al consumo di droga nell'Unione europea. Stime prudenti indicano 1,35 milioni di consumatori problematici di oppioidi in Europa, e la maggior parte di coloro che entrano in terapia continua a indicare gli oppioidi come droga primaria. I dati provenienti da varie fonti nel complesso indicano un problema con gli oppioidi nell'Unione europea stabile o in aumento dal 2003/2004. I sequestri di eroina sono aumentati in termini numerici ma non di quantità, sebbene questo dato debba essere considerato nel contesto dell'incremento dei sequestri di tale sostanza in Turchia. I dati relativi all'andamento delle stime della prevalenza appaiono stabili, le nuove richieste di trattamento aumentano lentamente in diversi paesi e i decessi correlati alla droga si sono accresciuti, così come i reati collegati alla sostanza durante gli ultimi due anni. In certa misura, questa situazione potrebbe rispecchiare la natura a lungo termine dei problemi dovuti al consumo di oppioidi, nel senso che, quando diventano tossicodipendenti, i consumatori tendono a rimanerli per lunghi periodi. Anche un numero relativamente modesto di nuovi reclutati è dunque sufficiente a mantenere invariata la popolazione complessiva. Il numero di consumatori di stupefacenti per via parenterale in Europa è stimato tra 750 000 e 1 milione, con ampie differenze nella prevalenza tra un paese e l'altro. A causa dei problemi relativi alla qualità dei dati, questa stima deve essere trattata con molta prudenza. L'andamento del consumo per via parenterale è particolarmente difficile da valutare, ma i dati relativi al monitoraggio delle terapie indicano che la tendenza a medio termine è in calo e che i consumatori per via parenterale sono ora in minoranza tra i nuovi consumatori di oppioidi che si rivolgono ai servizi terapeutici in Europa.

Il consumo per via parenterale rimane tuttavia la modalità di assunzione più diffusa tra i consumatori di oppioidi in molti paesi dell'Europa orientale. Ciò accresce le serie preoccupazioni riguardo alle conseguenze per la salute pubblica del consumo di stupefacenti in alcuni paesi confinanti con l'Unione europea. Alla frontiera orientale dell'Unione, sia la Russia sia l'Ucraina sembrano presentare livelli di consumo problematico di oppioidi da due a quattro volte superiori alla media dell'Unione. Tra i problemi associati al consumo di oppioidi in questa regione figurano i tassi elevati di infezione da HIV e di decesso correlati al consumo di droga.

L'overdose rappresenta la principale causa di mortalità evitabili associate al consumo di sostanze illecite in Europa, e l'analisi tossicologica rivela la presenza di eroina nella maggior parte dei decessi correlati al consumo di droga. Ciò evidenzia di nuovo l'importanza

degli oppioidi per comprendere l'impatto del consumo di droga sulla salute pubblica in Europa. Dal 2003 il numero di decessi indotti dal consumo di droga è in aumento nella maggior parte dei paesi europei, così come l'età delle vittime, fattori indicativi di una popolazione di consumatori cronici in invecchiamento. I dati provvisori indicano un modesto aumento dei decessi correlati al consumo di stupefacenti segnalati nel 2008, con 7 371 casi stimati negli Stati membri dell'Unione e in Norvegia nel 2008, rispetto a 7 021 nel 2007. È probabile che si tratti di stime prudenti. Si può inoltre stimare che nell'Unione europea per ogni overdose fatale si verifichino 20-25 casi non fatali, ovvero circa 150 000 l'anno. Per di più è ora riconosciuto che le overdose non fatali possono causare danni significativi per la salute, oltre a segnalare un maggior rischio di overdose future. Dal punto di vista della salute pubblica, una delle sfide più importanti per i servizi per le tossicodipendenze in Europa è elaborare misure efficaci al fine di ridurre le overdose fatali e non fatali. Attualmente tale sfida non riceve una risposta adeguata.

Le droghe «legali»: una sfida continua per il monitoraggio e la risposta al consumo di droga

I tentativi di identificare e rispondere adeguatamente alle nuove sostanze psicoattive faticano a tenere il passo con un mercato sofisticato, innovativo e in rapida evoluzione, che ricerca attivamente nuovi prodotti e strategie di commercializzazione. Con 24 nuove droghe sintetiche identificate per la prima volta in Europa, il 2009 è stato un anno record per il sistema europeo di allarme rapido. Questo andamento è proseguito nel 2010, con l'individuazione di 15 nuove sostanze entro la metà di luglio, tra cui catinoni sintetici e cannabinoidi sintetici, oltre a nuovi derivati sintetici simili alla cocaina e alle anfetamine.

Nel luglio 2010 il comitato scientifico dell'OEDT ha condotto una valutazione dei rischi ufficiale del catinone sintetico mefedrone. La valutazione è stata indotta dalla crescente preoccupazione per il fatto che questa sostanza veniva commercializzata come alternativa legale a sostanze stimolanti quali la cocaina e l'ecstasy. La valutazione dei rischi è stata effettuata nell'ambito del meccanismo rapido europeo per il controllo delle nuove sostanze psicoattive. Tuttavia, il ritmo degli sviluppi in questo settore è tale che non solo alcuni Stati membri hanno già introdotto una legislazione che vieta il mefedrone, ma alcuni siti Internet che lo vendevano sono già stati chiusi, talvolta solo per essere rapidamente soppiantati da siti che offrono sostanze sostitutive.

È necessario rimanere vigili ed essere in grado di rispondere rapidamente ai nuovi sviluppi, quali i nuovi gruppi chimici di sostanze psicoattive identificate nei prodotti stupefacenti «legali». Ciò è illustrato dagli esempi degli aminoindani (methylenedioxyaminoindane, MDAI) e dei derivati sintetici della cocaina (come la fluorotropacocaina). Seppure ancora rare, in seguito all'intervento contro il mefedrone nel 2010, tali sostanze hanno cominciato a essere individuate con maggiore frequenza, e il sistema di allarme rapido ha ricevuto le prime segnalazioni di consumatori problematici. L'OEDT controlla la disponibilità e il possibile impatto sulla salute di queste sostanze.

L'esempio del mefedrone evidenzia il modo in cui gli Stati membri dell'UE possono subire notevoli pressioni da parte dei media e dell'opinione pubblica affinché rispondano rapidamente a una nuova potenziale minaccia. L'OEDT, in stretta collaborazione con l'Europol e l'Agenzia europea per i medicinali, si adopera per fornire informazioni tempestive, affidabili e ponderate. In questo settore in rapido sviluppo, vi è la crescente necessità di migliorare la capacità dell'Europa di seguire gli sviluppi in modo proattivo e, in particolare, di testare e identificare le componenti chimiche delle miscele di prodotti disponibili e valutarne il potenziale impatto sulla salute pubblica. La mancanza di documentazione di riferimento uniforme è problematica. In termini di strategie di controllo, il modo in cui tali prodotti sono fabbricati e commercializzati costituisce un solido argomento a favore della necessità di un'azione a livello europeo che sostenga le iniziative nazionali al fine di garantire la realizzazione di interventi efficaci.

La criminalità organizzata riconosce le potenzialità delle nuove sostanze sintetiche

Legiferare in merito a queste nuove sostanze è complicato a causa di numerosi fattori. Alcuni Stati membri hanno introdotto una legislazione generica che comprende le sostanze appartenenti allo stesso gruppo chimico. Questa possibilità giuridica è prevista soltanto in alcuni paesi e può essere difficile da mettere in pratica. Ulteriori difficoltà derivano dal fatto che alcune di queste sostanze possono avere impieghi legittimi al di fuori del campo medico, essere vendute per scopi che si suppongono legittimi, o essere utilizzate dall'industria farmaceutica a fini di ricerca e sviluppo. Ciò detto, anche le misure di controllo ben studiate potrebbero non risolvere tutti i problemi in questo ambito ed esiste il rischio che possano persino dare impulso a una transizione indesiderata da un mercato delle droghe «legali» principalmente online a un mercato sul quale operi la criminalità organizzata. Le sostanze a base di catinone, come il mefedrone, il

metilone e l'MDPV, sono tutte comparse sul mercato illegale, dove sono vendute come sostituti della cocaina, dell'ecstasy e dell'anfetamina, o come droghe di per sé. L'Europol ha preso atto dell'interdizione di diversi siti di produzione illegale di ecstasy nei quali è stato individuato il confezionamento di mefedrone, e oltre 20 paesi europei hanno segnalato la presenza di questa droga tra le sostanze sequestrate. È difficile prevedere la misura in cui le nuove droghe sintetiche diventeranno una componente importante del futuro mercato delle droghe illegali in Europa. Le organizzazioni criminali, tuttavia, hanno buone probabilità di riconoscere rapidamente le potenzialità offerte da sostanze che possono essere acquistate a basso prezzo e in grandi quantitativi, che in futuro potranno essere sintetizzate in modo relativamente semplice e che costituiscono alternative allettanti alle droghe controllate.

L'idea di «progettare» una droga destinata a sostituire una sostanza controllata non è nuova. In passato, però, le droghe progettate erano prodotte illegalmente e immesse direttamente nel mercato illegale. Una differenza importante che emerge oggi è una nuova interazione tra i mercati illegali e legali, grazie alla quale le sostanze chimiche sono reperite legalmente e poi vendute al posto di sostanze psicoattive illegali.

In prospettiva: prodotti medicinali, droghe contraffatte e nuovi farmaci «progettati»

Gli Stati Uniti hanno un problema di lunga data con le sostanze stupefacenti, e l'evoluzione su questo mercato a volte ha conseguenze per l'Europa. Attualmente l'abuso di farmaci soggetti a prescrizione medica, soprattutto

oppioidi come l'OxyContin, rappresenta un grosso problema per la politica statunitense in materia di droga. In Europa l'abuso di farmaci soggetti a prescrizione, fatta eccezione per le sostanze sostitutive degli oppioidi, non è considerato un problema altrettanto grave. Ciò è in parte dovuto al quadro normativo e alle prassi in materia di prescrizione medica, che differiscono da quelli in uso negli Stati Uniti. Anche l'abuso potenziale è un problema di cui si tiene conto nell'ambito del sistema europeo di farmacovigilanza, che opera sotto la responsabilità dell'Agenzia europea per i medicinali, con la collaborazione dell'OEDT per le questioni connesse all'abuso di droghe. La diffusione di medicinali contraffatti, fabbricati e venduti al posto dei prodotti legittimi è un problema crescente. Nel 2009 sono state segnalate al sistema di allarme rapido sostanze basate su lievi modificazioni delle strutture chimiche di medicinali il cui abuso potenziale era noto. La crescita dei nuovi farmaci progettati aggiungerebbe un compito indesiderato alla necessità di evitare il dirottamento e l'abuso di farmaci soggetti a prescrizione medica. È anche un ulteriore esempio del modo in cui l'innovazione sul mercato illegale richieda una risposta energica e unificata in termini di quadri normativi per il controllo dei medicinali e delle droghe. La questione rappresenta una minaccia potenziale più che un problema immediato, ma tenuto conto della velocità alla quale si verificano i nuovi sviluppi in questo campo, è importante anticipare le sfide future. L'idea che in futuro si assisterà a una crescita del numero di nuove droghe basate su prodotti farmaceutici esistenti, ma destinati a un uso non terapeutico, sarebbe particolarmente preoccupante.



Capitolo 1

Misure politiche e legislative

Introduzione

Il monitoraggio e la valutazione di strategie e piani d'azione sugli stupefacenti è un argomento importante sia a livello nazionale sia internazionale. I recenti sviluppi compiuti in questo campo, riferiti nel presente capitolo, includono un nuovo sistema di monitoraggio messo a punto dalle Nazioni Unite e i primi risultati dell'attuazione del nuovo piano d'azione dell'UE in materia di lotta alla droga. Di seguito sono descritti inoltre alcuni degli obiettivi raggiunti e delle difficoltà correlate all'esigente valutazione della politica in materia di droga e ai cicli di rinnovamento adottati dalla maggior parte degli Stati membri dell'UE.

Nel capitolo sono esaminati, inoltre, i diversi approcci legali utilizzati in Europa per distinguere tra sostanze stupefacenti. Tali approcci includono l'uso di un'ampia gamma di leggi, regimi di classificazione delle droghe e discrezionalità giudiziaria e di polizia. Un'altra forma di distinzione riguarda le quantità di soglia che distinguono tra uso personale e reati legati al traffico di droga. Sono trattati altresì i nuovi dati e le tendenze della spesa pubblica connessa agli stupefacenti e gli sviluppi riguardanti la ricerca sulla droga in Europa.

Sviluppi politici internazionali e nell'UE

Monitoraggio della dichiarazione politica delle Nazioni Unite e del piano d'azione

In occasione della sessione del 2009 della commissione stupefacenti delle Nazioni Unite (CND) gli Stati membri delle Nazioni Unite hanno adottato una nuova dichiarazione politica e un nuovo piano d'azione per combattere il problema della droga a livello mondiale (OEDT, 2009a). Inoltre, hanno adottato una risoluzione (52/12) per migliorare la raccolta, la segnalazione e l'analisi dei dati al fine di monitorare l'attuazione di questi nuovi documenti di politica sulle droghe.

Alla luce delle difficoltà sperimentate nell'esame finale della dichiarazione politica e dei piani d'azione relativi ai dieci anni precedenti, la risoluzione ha auspicato lo

sviluppo di strumenti e di meccanismi per la raccolta di dati per fornire dati affidabili e confrontabili. Tra le priorità da tenere in considerazione si annoverano l'esigenza di incoraggiare una migliore segnalazione da parte degli Stati membri delle Nazioni Unite e lo scopo di evitare la duplicazione non necessaria dei sistemi di monitoraggio internazionali esistenti, inclusi quelli di altre agenzie delle Nazioni Unite o di organismi regionali quali l'OEDT.

Il nuovo strumento di raccolta dei dati delle Nazioni Unite integrerà il questionario di segnalazione annuale ARQ (Annual Reporting Questionnaire), uno strumento

Risposta alle droghe ai sensi del trattato di Lisbona

Il trattato di Lisbona, entrato in vigore il 1° dicembre 2009, è destinato a fornire all'Unione europea metodi di lavoro e regole di votazione semplificati, oltre a istituzioni efficienti e moderne (¹). Inoltre migliora la capacità dell'Unione europea di agire in diversi ambiti della politica in materia di droga.

Il traffico di droghe illegali viene affrontato nell'ambito della libertà, della sicurezza e della giustizia (articolo 83), stabilendo l'istituzione di regole minime riguardanti la definizione di reati penali e sanzioni. Il trattato prende in considerazione l'istituzione di una Procura europea, con la possibilità di ampliarne il potere per includere reati gravi con una dimensione transfrontaliera (articolo 86). Ciò potrebbe portare in definitiva a perseguire, a livello di UE, alcuni reati legati al traffico di droga.

Il trattato di Lisbona si occupa anche della salute pubblica e, come in passato, conferisce all'Unione europea il potere di integrare l'azione degli Stati membri per ridurre i «danni alla salute correlati alle sostanze stupefacenti, compresi l'informazione e la prevenzione». A norma del nuovo articolo sulla salute pubblica, la Commissione europea può adottare delle iniziative, in stretto contatto con gli Stati membri, per istituire orientamenti e indicatori, organizzare lo scambio di migliori prassi e preparare gli elementi necessari per il monitoraggio e la valutazione periodici. Questo rafforza il lavoro svolto dalla Commissione e dall'OEDT in questi ambiti.

(¹) Per ulteriori informazioni, cfr. il trattato di Lisbona sul portale Europa (www.europa.eu).

di monitoraggio associato alle convenzioni sul controllo delle droghe delle Nazioni Unite, con una nuova serie di domande correlate alla dichiarazione politica e ai piani d'azione recentemente adottati. Il nuovo questionario dovrebbe essere adottato in occasione della sessione del CND del 2011, e la prima tornata di raccolta dei dati dovrebbe essere realizzata poco dopo.

Strategia e piano d'azione dell'UE in materia di lotta alla droga

Nel corso del primo anno del nuovo piano d'azione dell'UE in materia di droga (2009-2012) sono state intraprese numerose attività. Durante le rispettive presidenze dell'Unione europea, sia la Repubblica ceca che la Svezia hanno sostenuto l'applicazione del piano d'azione adottando le conclusioni del Consiglio. Di queste, la prima auspica lo sviluppo di indicatori chiave nel campo dei mercati della droga, dei reati correlati alla droga e della riduzione dell'offerta, la seconda lo scambio di buone prassi, orientamenti e standard di qualità per la prevenzione universale e la terza il rafforzamento della capacità di ricerca dell'Unione europea riguardo alle sostanze illecite.

La Commissione europea ha pubblicato una relazione sull'adozione della decisione quadro 2004/757/GAI del Consiglio del 25 ottobre 2004 riguardante la fissazione di norme minime relative agli elementi costitutivi dei reati e alle sanzioni applicabili in materia di traffico illecito di stupefacenti. La Commissione ha riscontrato che, sebbene segni un primo passo verso un approccio comune nella lotta contro la droga, la decisione quadro non ha determinato un sostanziale ravvicinamento delle leggi nazionali ⁽¹⁾. La Commissione ha pubblicato inoltre un documento di lavoro che descrive i meccanismi esistenti per il rilevamento, il monitoraggio e la risposta alle tendenze emergenti nell'Unione europea e che propone orientamenti per il lavoro futuro ⁽²⁾. Inoltre, è stato lanciato un nuovo progetto per sostenere l'adozione in tutta l'UE di un sistema per l'analisi di polizia scientifica in relazione alle droghe sintetiche ⁽³⁾. L'analisi di polizia scientifica, fornendo una sorta di «impronta» delle droghe, può essere di aiuto per rintracciare i fabbricanti e creare una mappa dei canali di distribuzione della droga. Altrove nel presente capitolo sono descritte ulteriori attività della Commissione, riguardanti la collaborazione con la società civile e la ricerca correlata alla droga. La prima valutazione esauriente sui progressi dell'adozione dell'attuale piano d'azione in materia di

lotta contro la droga (2009-2012) sarà pubblicata alla fine del 2010.

Società civile e politica antidroga

Nel marzo 2009, il forum della società civile sulla droga della Commissione europea ha organizzato la sua terza riunione. L'azione europea sulla droga (cfr. sotto) è stata uno dei due argomenti principali all'ordine del giorno. L'altro punto principale è stato il futuro del forum. In tale contesto, la discussione si è concentrata su questioni pratiche quali la selezione dei partecipanti e l'organizzazione delle riunioni. È stato esaminato anche il ruolo futuro del forum della società civile sulla droga, considerando l'eventualità che rimanga una piattaforma di scambio informale o diventi un organismo consultivo formale per la Commissione.

Un'altra misura destinata a coinvolgere e a mobilitare la società civile è l'azione europea sulla droga della Commissione europea. Il progetto invita autorità, istituzioni, associazioni, organizzazioni non governative, società e singoli individui a impegnarsi per un'azione specifica nel campo della droga. In questo senso, il progetto intende fornire alla società civile una piattaforma per aumentare la sensibilizzazione riguardante le sostanze stupefacenti e i rischi correlati al loro uso e promuovere il dialogo e lo scambio delle migliori prassi. Circa 640 candidati avevano registrato il loro impegno all'inizio di marzo 2010.

Anche la mobilitazione della società civile dovrebbe costituire uno dei principi chiave per la prossima strategia in materia di droga dell'UE ⁽⁴⁾. Ciò è stato affermato nel programma di Stoccolma adottato dal Consiglio europeo. Il programma fornisce un quadro per l'azione dell'UE sulle questioni di cittadinanza, giustizia, sicurezza, asilo e immigrazione per il settore di giustizia, libertà e sicurezza per gli anni 2010-2014.

Strategie nazionali in materia di droga

Nuovi sviluppi

I piani d'azione e le strategie in materia di droga sono ora strumenti essenziali delle politiche nazionali sulle droghe in Europa. Quasi tutti i 30 paesi monitorati dall'OEDT hanno adottato tali documenti e li rinnovano periodicamente. Nel 2009, sette paesi europei hanno adottato nuovi documenti strategici in materia di droga o piani d'azione (cfr. tabella 1), mentre altri 12 stavano

⁽¹⁾ Comunicato stampa Europa MEMO/09/548.

⁽²⁾ SEC(2009) 1090 def.

⁽³⁾ 13405/09 CORDROGUE 63.

⁽⁴⁾ Il miglioramento della cooperazione con i paesi terzi e il miglioramento della ricerca e dell'informazione erano gli altri due principi chiave.

Tabella 1 – Documenti sulla politica in materia di droga adottati nel 2009

Paese	Nome del documento strategico	Arco di tempo	Ambito	Note
Bulgaria	Strategia nazionale per la lotta alla droga	2009-2013	Droghe illegali	Integrato da un piano d'azione (2009-2013)
Irlanda	Strategia nazionale in materia di droga – provvisorio	2009-2016	Droghe illegali	Verrà sostituito da una strategia di errato consumo delle sostanze, che comprenderà anche l'alcol
Spagna	Strategia nazionale in materia di droga	2009-2016	Droghe illegali, alcol e tabacco	Integrato da un piano d'azione (2009-2012)
Cipro	Strategia nazionale in materia di droga	2009-2012	Droghe illegali	
Ungheria	Strategia nazionale per affrontare il problema della droga	2010-2018	Droghe illegali	Verrà integrato da piani d'azione
Slovacchia	Strategia nazionale antidroga	2009-2018	Droghe illegali	Verrà integrato da piani d'azione
Croazia	Piano d'azione sulla lotta agli abusi di stupefacenti	2009-2012	Droghe illegali	Secondo piano d'azione ai sensi della strategia nazionale 2006-2012

Fonti: Punti focali nazionali Reitox.

preparando progetti di nuovi documenti strategici nazionali agli inizi del 2010 ⁽⁵⁾.

Sfide del rinnovamento dei documenti strategici in materia di droga

Recentemente, alcuni paesi hanno riferito un ritardo nel rinnovamento dei loro documenti strategici in materia di droga ⁽⁶⁾. Cinque dei paesi la cui strategia o piano d'azione in materia di droga erano scaduti nel dicembre 2008 non avevano ancora adottato nuovi documenti un anno dopo (Italia, Lettonia, Lituania, Portogallo, Romania). Analogamente, un altro gruppo di paesi i cui documenti strategici terminavano nel 2009 non li aveva rinnovati durante tale anno. Di conseguenza, per la prima volta a partire dalla metà degli anni novanta, l'Europa ha assistito a una diminuzione del numero di paesi dotati di una strategia o di un piano d'azione nazionali validi.

Il rinnovamento dei documenti strategici in materia di droga è un processo complesso che comprende diverse fasi. In primo luogo, viene condotta la valutazione finale della strategia o del piano d'azione esistenti o scaduti di recente ⁽⁷⁾. Durante la fase di sviluppo della nuova politica sono consultate le parti interessate e talvolta anche il pubblico. Poiché le strategie e i piani d'azione in materia di droga coordinano il ruolo di vari dipartimenti di governo, la stesura dei documenti implica, in genere, la presentazione dei successivi progetti ai diversi ministri. Infine, i documenti strategici devono essere approvati dal governo o dal parlamento. Le ultime relazioni

suggeriscono un tempo di completamento dell'intero processo compreso tra sei mesi e due anni. In tale contesto, il lasso temporale dei documenti strategici nazionali in materia di droga spazia generalmente tra i quattro e gli otto anni. Ciò implica che il processo di rinnovamento, al fine di essere tempestivo, dovrebbe talvolta iniziare poco dopo il periodo intermedio o almeno diversi mesi prima della scadenza del documento strategico esistente. Le valutazioni finali, tuttavia, non possono essere condotte finché non sono stati portati a termine la strategia o il piano d'azione, e se possibile anche più tardi, quando dovrebbe essere valutato il loro impatto disponendo di dati epidemiologici e di altri dati.

L'Unione europea e alcuni paesi europei hanno recentemente affrontato la sfida di condurre quasi simultaneamente sia la valutazione finale di un documento strategico esistente sia la stesura del progetto destinato a sostituirlo. Poiché è probabile che tale situazione si verifichi di nuovo nei prossimi anni, sono stati proposti alcuni suggerimenti per poterla gestire in maniera diversa in futuro. Una possibile soluzione consiste nell'inserire un anno di transizione tra due strategie o piani successivi, da dedicare alla valutazione e al rinnovamento della politica.

Collegamenti tra le strategie in materia di droga e di alcol

L'uso di più sostanze, ovvero la poliassunzione, è diffusa tra i consumatori di droga europei, e quasi tutti i modelli di poliassunzione includono l'alcol (OEDT, 2009d).

I professionisti nei campi della prevenzione, del trattamento,

⁽⁵⁾ Repubblica ceca, Estonia, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Romania, Slovenia, Turchia.

⁽⁶⁾ L'espressione «documento strategico nazionale in materia di droga» si riferisce a qualsiasi documento ufficiale approvato da un governo che definisce i principi generali e gli interventi o obiettivi specifici nel campo della droga, qualora rappresentato ufficialmente come strategia in materia di droga, piano d'azione, programma o altro documento strategico.

⁽⁷⁾ Cfr. il riquadro «Valutazione dei piani d'azione e delle strategie nazionali in materia di droga».

della riduzione del danno e del reinserimento sociale hanno dimistichezza con la sovrapposizione tra i problemi correlati alla droga e all'alcol e si sono impegnati per trovare soluzioni pratiche in grado di risolvere entrambe le questioni in contemporanea. A livello politico, tuttavia, la situazione appare più complessa (Muscat, 2008).

L'analisi di entrambe le strategie, sia quelle in materia di droga che di alcol in Europa, mostra numerose situazioni nazionali diverse che includono: assenza di qualsiasi strategia nazionale, una strategia per le sostanze illecite ma nessuna per l'alcol, strategie separate per droga e alcol, due strategie interconnesse e un documento strategico che tratti sia delle sostanze illecite che dell'alcol. Inoltre non esiste un chiaro spostamento verso uno di questi modelli. Mentre molti paesi sembrano adottare attualmente una strategia in materia di alcol (Commissione europea, 2009b) in aggiunta alla loro strategia in materia di droga, altri paesi hanno ampliato la portata del loro documento strategico in materia di droga; un esempio è la decisione dell'Irlanda di includere l'alcol in una nuova strategia in materia di abuso di sostanze.

L'assenza di una tendenza e di un modello europeo condivisi rispecchia le diverse questioni che devono considerare i governi durante l'elaborazione delle strategie sull'uso delle sostanze. I motivi per mantenere le strategie separate includono la necessità di affrontare i problemi specifici correlati all'alcol, il cui ordine di grandezza è spesso diverso da quello dei problemi causati da droghe illecite, o il semplice riconoscimento dei limiti legali tra droghe lecite e illecite. Per contro, l'importanza dell'uso di alcol tra i consumatori di sostanze illecite o la necessità di adottare approcci alla sanità pubblica che si concentrino sugli stili di vita e sui comportamenti, e non sulle singole sostanze, richiedono una strategia combinata. Tali questioni conflittuali hanno portato alcuni paesi a sviluppare soluzioni pragmatiche, quali il collegamento tra strategie separate in materia di droga e alcol attraverso una strategia di salute pubblica generale o tramite un organismo di coordinamento nazionale unico per la lotta alla droga e all'alcol (per esempio, in Portogallo). Il lavoro che resta da svolgere in questo settore riguarda la valutazione delle qualità di diversi modelli di collegamento tra strategie di lotta alla droga e all'alcol in Europa.

Spesa pubblica e costi sociali

Nel 2005, secondo le stime la spesa pubblica relativa a tutti gli aspetti del fenomeno della droga in Europa è stata pari a 34 miliardi di euro (OEDT, 2008d). Questa

Valutazione dei piani d'azione e delle strategie nazionali in materia di droga

È attualmente una prassi comune per i paesi europei eseguire un'analisi o una valutazione finale della loro strategia o del loro piano d'azione nazionale in materia di droga. Generalmente, l'obiettivo è valutare il livello di attuazione raggiunto, nonché i cambiamenti nella situazione generale della droga, per sviluppare la strategia o il piano d'azione futuri.

In alcuni paesi la stima della logica, della rilevanza e della coerenza interna del documento politico è un punto preliminare di valutazione. L'analisi dei contenuti, che comprende a volte lo sviluppo di concatenazioni di problemi o di strutture logiche, è usata per chiarire la teoria di fondo della politica, ma anche per individuare le contraddizioni tra obiettivi, azioni e necessità.

L'attuazione delle azioni previste nei documenti politici è valutata con metodi diversi. In alcuni paesi, i dati sono forniti regolarmente dalle istituzioni responsabili dell'attuazione. In altri, ai fornitori di servizi o alle autorità regionali viene chiesto di compilare un questionario sul livello di attuazione e, talvolta, sulle difficoltà incontrate.

Molti valutatori riconoscono la difficoltà di determinare gli effetti di una strategia sul problema della droga. Tuttavia, un esame della situazione della droga, basato sugli indicatori epidemiologici e su altri dati sanitari e sull'applicazione della legge viene fornita generalmente insieme ai tentativi di collegare alcuni elementi relativi alle politiche con i cambiamenti osservati nella situazione della droga. Purtroppo, l'analisi comprende raramente un confronto europeo e ciò ha spinto alcuni paesi a collegare il calo nel consumo di cannabis al contenuto della loro politica nazionale in materia di droga, mentre i dati indicano una più vasta tendenza internazionale.

L'interpretazione dei dati è uno dei punti fondamentali di una valutazione. In alcuni paesi, questa è l'unica responsabilità dell'organo di coordinamento nazionale in materia di droga, mentre in altri paesi, viene affidato a valutatori esterni, commissioni speciali o gruppi di esperti il compito di esaminare i dati, valutare i risultati e formulare raccomandazioni per la strategia o il piano d'azione successivi.

cifra include la spesa «classificata», che è pianificata dal governo per attività correlate alla droga e identificate come tali nel bilancio. Questo tipo di spesa può essere rintracciato nei bilanci pubblici ufficiali. La maggior parte della spesa pubblica correlata alla droga è, tuttavia, «non classificata», ovvero non identificata in quanto tale nel bilancio nazionale. La spesa non classificata deve essere stimata mediante un approccio di modellazione dei costi.

I dati per i diversi anni sono disponibili solo per le spese classificate. Nel 2008, 22 Stati membri dell'UE hanno riferito una spesa totale classificata relativa ai problemi

della droga pari a 4,2 miliardi di euro. Per i 16 paesi che hanno presentato le spese sia nel 2005 che nel 2008, la spesa pubblica classificata totale è cresciuta da 2,10 a 2,25 miliardi di euro. Come percentuale del prodotto nazionale lordo, la spesa classificata totale è diminuita in nove paesi, è cresciuta in sei paesi ed è rimasta invariata in un paese ⁽⁸⁾.

La spesa pubblica correlata alle droghe può essere ordinata in base al sistema internazionale di classificazione delle funzioni di governo (COFOG). Della spesa totale classificata in base alle categorie di sette paesi che hanno fornito informazioni (1,82 miliardi di euro), la maggior parte rientra in due funzioni di governo: salute (60 %) e ordine pubblico e sicurezza (34 %) (ovvero, servizi di polizia, tribunali, carceri). Questo squilibrio può essere spiegato dal fatto che la spesa per ordine pubblico e sicurezza tende a essere incorporata in programmi più ampi e generali di azione contro la criminalità (spesa non classificata) (OEDT, 2008d).

Costi sociali del consumo di droga

La determinazione del costo sociale del consumo di droga rivela la quantità di denaro che sarebbe possibile risparmiare se tale consumo fosse abolito e identifica le diverse componenti di costo e le dimensioni del contributo di ogni settore della società. Tali informazioni possono aiutare a determinare le priorità di finanziamento. La spesa pubblica è una frazione dei costi sociali, sotto forma di costi diretti, solo dalla prospettiva di governo generale. I costi sociali includono inoltre i costi indiretti (per esempio, mancanza di produttività dovuta a morbilità e mortalità) e i costi delle parti interessate private (per esempio, assistenza sanitaria privata).

Gli studi sui costi sociali sono dispendiosi in termini di tempo e denaro. Per questo motivo, le informazioni sui costi sociali del consumo di droga in Europa sono scarse. Stime recenti dei costi sociali della droga sono state realizzate per la Finlandia e il Regno Unito (Scozia). Nel 2007, i costi diretti correlati al consumo di sostanze illecite e all'uso improprio di prodotti farmaceutici in Finlandia sono stati stimati tra i 200 e i 300 milioni di euro. Nello stesso anno, i costi indiretti sono stati stimati tra i 500 e i 1 100 milioni di euro. L'assistenza sociale assorbe la porzione più ampia, quasi un terzo, di tutti i costi diretti, seguita dall'applicazione di ordine pubblico e sicurezza, responsabile per circa un quarto. La più elevata percentuale di costi indiretti deriva dal valore delle vite perse a causa di morte prematura.

In Scozia, la stima più recente dei costi economici e sociali del consumo improprio di sostanze è di 5,1 miliardi di euro

nel 2006. La metà di questi costi è stata attribuita a «costi sociali più ampi», inclusi i costi per le vittime di reati perpetrati da consumatori problematici di droga e il dolore emotivo provato dalle famiglie dei consumatori di droga che sono deceduti a causa del consumo di droga. Il 96 % del costo sociale ed economico totale è stato attribuito al problema del consumo di droga e il 4 % alle modalità ricreative del consumo di droga.

Legislazione nazionale

La maggior parte dei paesi europei ha esaminato o attuato distinzioni tra le diverse droghe nei propri quadri giuridici. Alcuni esempi recenti sono il nuovo codice penale ceco, in cui i reati di detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale riguardanti la cannabis o il suo componente attivo THC, sono puniti con una pena massima minore rispetto a quelli che coinvolgono altre sostanze. In Estonia è stata discussa nel 2009 un'opzione simile, ma dieci dei 13 esperti intervistati dal ministero della giustizia erano contrari alla differenziazione dei reati basata sulla sostanza ed è stato deciso di non modificare la legge. Nei Paesi Bassi, il governo ha accettato la raccomandazione del comitato consultivo sulla politica in materia di droga di riconsiderare il numero di regimi.

Le legislature nell'Unione europea dispongono di un'ampia gamma di distinzioni e di misure di controllo, a seconda della portata della commercializzazione e della vendita lecita della sostanza sulla base delle sue proprietà commerciali, industriali o medicinali. Una prima serie di opzioni è costituita dai controlli al di fuori delle leggi sulla droga e può essere suddivisa in tre categorie: vendita non soggetta a restrizioni, vendita soggetta a restrizioni senza supervisione medica e vendita soggetta a restrizioni con supervisione medica. Nella prima categoria, la legge per la protezione del consumatore è stata usata per controllare la vendita di alcuni beni, per esempio, sostanze presumibilmente psicoattive da parte di *smart shop* o sostanze nuove e non ancora controllate. La seconda categoria si riferisce a restrizioni quali i limiti di età dell'acquirente e, talvolta, dell'utente o la licenza dei punti di vendita. Ciò si applica al controllo sull'alcol e sul tabacco, ma può includere anche la vendita di cannabis nei *coffee shop* nei Paesi Bassi e la vendita di alcune sostanze volatili, per esempio nel Regno Unito. La terza categoria comprende leggi che regolano le vendite in farmacia, inclusi i rimedi da banco per tosse e raffreddore, oltre ai farmaci soggetti a prescrizione medica. Negli ultimi anni, la Repubblica ceca e il Regno Unito hanno introdotto restrizioni sulla vendita di rimedi

⁽⁸⁾ Cfr. la tabella PPP-10 nel bollettino statistico 2010.

contenenti pseudo-efedrina, poiché sono acquistati per produrre anfetamine illegali. La legge sui farmaci è stata anche utilizzata efficacemente in Austria per limitare la vendita di prodotti «Spice» senza criminalizzare i consumatori (OEDT, 2009a).

Le leggi sulla droga offrono un secondo insieme di opzioni per differenziare le sostanze. Tali opzioni possono essere presentate sotto forma di una piramide di distinzioni (Ballotta e altri, 2008), alla cui base si trova il sistema che utilizza la classificazione per legge. La pena per i reati correlati alla droga varia ufficialmente in base alla classe o alla pericolosità della sostanza in questione, come definito negli elenchi stabiliti dalle leggi o ad essi direttamente correlati. Per esempio, in Bulgaria, Cipro, Paesi Bassi, Portogallo, Romania e Regno

Recessione economica e problemi legati alla droga

La Commissione europea (2009a) ritiene che l'attuale crisi economica sia paragonabile alla recessione degli anni trenta. Nel 2009, il prodotto interno lordo degli Stati membri dell'UE è precipitato del 4 %, molto più che in altre crisi precedenti. I mercati del lavoro dell'UE si sono drasticamente indeboliti e la disoccupazione è aumentata di un terzo (dal 6,7 % nel 2008), con la previsione di raggiungere l'11 % nel 2010. L'occupazione è scesa notevolmente: si prevede che da 9,5 milioni di posti di lavoro creati nel 2006-2008 si passerà a una perdita di 8,5 milioni di posti di lavoro nel 2009-2010.

Nel corso della conferenza del 2010 dell'International Society for the Study of Drug Policy (ISSDP) sono state esaminate le conseguenze di una recessione economica sul consumo di stupefacenti e sui problemi connessi alla droga. Uno dei risultati generali è che esiste un'ampia serie di possibili meccanismi d'impatto. Per esempio, più adolescenti disoccupati potrebbero vendere droghe e quindi aumentare la disponibilità e il consumo della cannabis tra i loro coetanei. Alcuni giovani adulti potrebbero consumare stupefacenti anche per fare fronte allo stress e alle difficoltà economiche, sebbene un calo del reddito potrebbe indurre altri a ridurre la spesa per le droghe. Inoltre, possono essere coinvolti anche i problemi esistenti connessi al consumo di droga, direttamente, con tossicodipendenti più poveri che scelgono vie di assunzione più efficienti e più rischiose, o indirettamente, tramite una riduzione dei servizi dovuta ai tagli nella spesa pubblica.

La valutazione dell'effetto completo dell'attuale recessione richiederà tempo, in particolare a causa dei meccanismi multipli descritti precedentemente e perché gli effetti si distribuiranno negli anni. Ora, tuttavia, i governi che stanno considerando di tagliare le spese nel campo della lotta alla droga devono valutare l'efficacia in termini di costi delle misure esistenti.

Unito, la legge prescrive o richiede che le autorità di polizia distinguano tra tipi di droga per qualsiasi reato; in Spagna, Lettonia e Malta, la pena varia solo in caso di accusa di traffico di sostanze illecite. Al secondo livello della piramide, le sostanze stupefacenti possono essere classificate in modo simile, ma la legge prevede esenzioni specifiche, sotto forma di pene inferiori, per la detenzione di piccole quantità di cannabis per uso personale, in assenza di circostanze aggravanti, come in Belgio, nella Repubblica ceca, in Irlanda e in Lussemburgo. Al terzo livello, le distinzioni sono eseguite in base all'orientamento del pubblico ministero o al precedente giudiziario. In Danimarca, per esempio, una direttiva statale del pubblico ministero suggerisce che vengano richieste sanzioni diverse per la detenzione di sostanze stupefacenti diverse, mentre in Germania una decisione della Corte costituzionale prende atto del divieto costituzionale riguardante le pene eccessive e invoca misure meno severe per reati minori correlati alla detenzione di cannabis per uso personale.

La sommità della piramide delle distinzioni si forma per discrezione giudiziaria o di polizia durante l'applicazione della legge. In questo caso, la natura della sostanza costituisce uno dei criteri considerati nel decidere di non perseguire legalmente la persona responsabile di un reato o di applicare una pena minore. Nonostante la limitatezza dei dati, l'OEDT (2009e) ha riscontrato che le sentenze potevano variare anche se le sostanze erano considerate ugualmente ai sensi della legge. Nella Repubblica ceca, dove tutte le sostanze stupefacenti sono classificate allo stesso modo per legge, il 44 % delle sentenze per reati correlati al consumo di eroina erano sentenze di carcerazione, rispetto al 39 % di quelle per reati correlati al consumo di pervitina (metanfetamina) e all'11 % per reati correlati al consumo di cannabis. Nel Regno Unito le sentenze medie per i responsabili di reati di detenzione, nel caso di custodia immediata, erano di cinque mesi per detenzione di cocaina, sette mesi per detenzione di ecstasy e dieci mesi per detenzione di eroina. Le sentenze medie per i reati di traffico di sostanze stupefacenti (esclusi i reati di importazione ed esportazione) erano di 29 mesi per l'ecstasy e di 37 mesi per cocaina ed eroina, sebbene tutte e tre le sostanze rientrino nella stessa classe. Ciò suggerisce che le autorità giudiziarie percepiscono le differenze dei livelli di danno e di gravità associati ai diversi tipi di droghe in modo differente rispetto a quanto segnalato dalla legislazione.

Le quantità che delimitano i reati, come quelle considerate nel caso di detenzione per uso personale, costituiscono un elemento di distinzione aggiuntivo a tutti i livelli della piramide. La recente «Panoramica degli argomenti»

dell'OEDT sulle quantità di soglia ha individuato differenze significative nella base legale e nei quantitativi di sostanze. Tali soglie possono essere stabilite in leggi, decreti governativi o ministeriali (per esempio, Repubblica ceca, Grecia, Italia, Cipro, Lituania, Ungheria, Austria) o in orientamenti del pubblico ministero (Danimarca, Paesi Bassi, Finlandia, Norvegia) o in entrambi (Belgio, Portogallo) e persino negli orientamenti sulle sentenze (Finlandia). Le soglie per reati simili possono variare tra i diversi paesi; per esempio, l'inizio del perseguimento dei reati per detenzione di resina di cannabis può essere per qualsiasi quantità in Lituania o 6 grammi in numerosi Länder tedeschi. Le soglie, inoltre, non mostrano alcuna coerenza per quanto riguarda la relazione tra sostanze stupefacenti, per esempio la soglia del peso per la cannabis varia da tre volte (Cipro) a dieci volte (Paesi Bassi) quella dell'eroina. La soglia del peso della cocaina può essere simile a quella dell'eroina (per esempio, Danimarca) o dieci volte superiore (per esempio, Lettonia).

Nel complesso, pare che la distinzione operata tra le diverse sostanze stupefacenti negli Stati membri dell'UE non sia solo una questione di classificazione formale ai sensi delle leggi sulle droghe; deriva anche dal tipo di legge utilizzata per controllare le droghe, dagli orientamenti delle autorità di polizia e dal precedente giudiziario, dalle soglie stabilite per le quantità relative e dai comportamenti del sistema giudiziario durante l'attuazione della legge.

Ricerca correlata alla droga

Rafforzamento della capacità di ricerca dell'UE

Negli ultimi anni, il rafforzamento della capacità di ricerca nel campo delle droghe è stato un punto all'ordine del giorno per l'Europa. Nel 2008, la Commissione europea ha finanziato uno studio intitolato «Analisi comparativa approfondita della ricerca sulle sostanze illecite nell'Unione europea»^(?) e, nel settembre 2009, ha organizzato una conferenza per discutere le modalità di miglioramento della capacità di ricerca correlata alla droga nell'Unione europea. Lo studio e le discussioni hanno fornito numerosi chiarimenti sulle modalità di esecuzione della ricerca correlata alla droga in Europa.

Il grosso della ricerca correlata alla droga in Europa è svolto dagli Stati membri, che fissano le priorità di ricerca conformemente alle loro esigenze nazionali. Ciò avviene, generalmente, in assenza di una strategia coerente di ricerca correlata alla droga dotata di finanziamento dedicato. In genere, al contrario, la ricerca

correlata alla droga viene incorporata nei programmi di salute, scienze sociali o di altra natura. Inoltre, la ricerca è pesantemente orientata verso l'epidemiologia e la valutazione degli interventi, mentre l'offerta di droga, la riduzione dell'offerta nonché la valutazione della politica sono sottorappresentate. Nel complesso, il coordinamento tra politica, ricerca e prassi manca di un approccio coerente a lungo termine. L'attività di ricerca nazionale è integrata dal settimo programma quadro della Comunità europea per la ricerca, lo sviluppo tecnologico e le attività dimostrative (2007-2013).

Questo chiarimento ha fornito un impulso per le conclusioni del Consiglio dell'UE sul rafforzamento della capacità di ricerca correlata alle sostanze illecite dell'UE⁽¹⁰⁾, che individua le priorità future: ricerca sulla causa e sulla natura dei problemi legati alla droga nonché sulle eventuali risposte a questi ultimi e ricerca di valutazione riguardo alla riduzione dell'offerta e della domanda. Gli Stati membri sono invitati inoltre a rafforzare la propria capacità di ricerca e i meccanismi di coordinamento e a esplorare, coadiuvati dalla Commissione europea, le opportunità fornite dal settimo programma quadro di ricerca, per esempio, le reti europee ERA-NET (European Research Area Networks) e le borse di studio Marie-Curie. Inoltre, gli Stati membri e la comunità di ricerca sono incoraggiati

Risultati delle ricerche e barriere linguistiche

La maggior parte dei risultati delle ricerche esaminate con un processo *inter pares* è pubblicata in inglese; per un numero significativo di ricercatori, professionisti e politici europei, ciò ne limita l'accessibilità. Lo stesso dicasi per le opere pubblicate in riviste specializzate in altre lingue. Nel 2008, l'OEDT ha individuato 27 riviste di questo genere in Europa, pubblicate in ceco, danese, tedesco, greco, spagnolo, francese, ungherese, polacco, portoghese, svedese e norvegese. Molte organizzazioni governative e non governative forniscono inoltre i risultati delle ricerche in relazioni disponibili unicamente nelle loro lingue nazionali. La maggior parte di queste informazioni rimane accessibile soltanto a un numero limitato di individui.

L'importanza delle barriere linguistiche è stata evidenziata dallo studio intitolato «Analisi comparativa approfondita della ricerca sulle sostanze illecite nell'Unione europea» ed è stata discussa inoltre durante la conferenza della Commissione dal titolo «Bridging the research gap in the field of illicit drugs research in the EU» (colmare il vuoto nel campo della ricerca sulle droghe illegali nell'UE). Come primo passo per superare tale barriera, l'OEDT ha sviluppato nel proprio sito web un'area tematica sulla ricerca, che fornisce un elenco degli studi nazionali con collegamenti a relazioni pubblicate e non pubblicate.

(?) I documenti e le presentazioni della conferenza, tra cui una relazione integrale dello studio, sono disponibili sul sito Internet della conferenza.

(10) Disponibile nella pagina ricerca correlata alla droga sul sito web dell'OEDT.

a contribuire attivamente alle consultazioni sulla futura politica europea in materia di ricerca e agli obiettivi futuri della ricerca correlata alla droga nell'ambito della prossima strategia comunitaria correlata alla droga. Il Consiglio ha anche concordato di stabilire uno scambio annuale sulla ricerca correlata alla droga al fine di promuovere la cooperazione transfrontaliera nell'ambito della ricerca. Ha preso atto dell'esigenza di migliorare l'accesso ai risultati della ricerca per i responsabili delle politiche e i professionisti e ha invitato l'OEDT a fornire e a diffondere informazioni e risultati sulla ricerca correlata alla droga tramite la propria area tematica su Internet relativa alla ricerca e il proprio portale delle buone prassi.

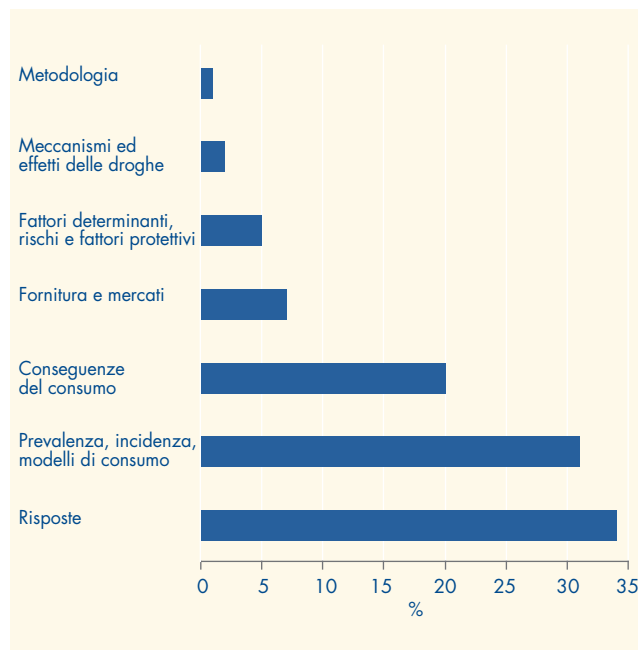
Informazioni sulla ricerca negli Stati membri

Nelle loro relazioni nazionali Reitox del 2009, i paesi europei citano oltre 650 progetti di ricerca condotti o pubblicati tra il 2007 e il 2009, circa il doppio rispetto al periodo precedente. Tale aumento è stato verificato in 26 dei 29 paesi che hanno fornito informazioni. Il Regno Unito ha segnalato il maggior numero di progetti di ricerca, più di 100, seguito da Germania, Paesi Bassi e Finlandia, con oltre 50 ciascuno e Repubblica ceca, Irlanda e Svezia con più di 30.

Al pari degli anni precedenti, circa un terzo degli studi recenti riguarda la ricerca sulle riposte alla situazione della droga e sulla prevalenza, l'incidenza e i modelli di consumo delle sostanze stupefacenti, mentre un quinto si è concentrato sulle conseguenze di tale consumo (grafico 1). Sono stati segnalati circa 40 studi in più su

offerta e mercati rispetto allo scorso anno. Ciò è dovuto in larga misura a una raccolta di dati specifica sui mercati della cannabis coordinata dall'OEDT nel 2009, ma indica anche un crescente interesse per gli studi nell'ambito della domanda.

Grafico 1: Oggetti di ricerca degli studi nazionali correlati alle droghe citati nelle relazioni nazionali Reitox 2009 (percentuale di tutti gli studi citati)



NB: Sono state esaminate 29 relazioni nazionali Reitox (2009) per riferimenti a studi correlati alla droga nel periodo 2007-2009. Gli studi sono stati classificati in base al contesto in cui sono stati citati.

Fonte: Relazioni nazionali Reitox (2009).



Capitolo 2

La risposta ai problemi della droga in Europa: panoramica

Introduzione

Il capitolo 2 presenta una panoramica delle risposte ai problemi della droga in Europa evidenziando, ove possibile, le tendenze, gli sviluppi e le questioni correlate alla qualità. In primo luogo sono esaminate le misure preventive seguite da interventi nelle aree del trattamento, della riduzione del danno e del reinserimento sociale. Considerate nell'insieme, tutte queste misure costituiscono un sistema completo di riduzione della domanda di stupefacenti. Possono essere considerate complementari, e sono, talvolta, fornite in combinazione e dalle stesse strutture. È il caso, per esempio, con sempre maggior frequenza, delle misure di trattamento e di riduzione del danno.

Le risposte sviluppate nel quadro dell'applicazione della legge sulla droga sono trattate anche in una nuova sezione che include i dati più recenti sui reati legati al consumo di droga. Il capitolo termina con un'analisi dei dati disponibili sui bisogni dei consumatori di droga detenuti in carcere e sulle soluzioni esistenti in questo particolare contesto.

Prevenzione

Le attività di prevenzione della droga possono essere suddivise in diversi livelli o strategie, rivolti alla società nel suo complesso (prevenzione ambientale) o a individui a rischio (prevenzione indicata). Idealmente tali strategie non sono in concorrenza, ma si integrano a vicenda. La principale sfida per le politiche di prevenzione è far corrispondere questi diversi livelli di prevenzione al grado di vulnerabilità dei gruppi di destinazione (Derzon, 2007) e assicurare che gli interventi siano fondati su prove e abbiano una copertura sufficiente.

Strategie ambientali

Le strategie di prevenzione ambientale mirano a modificare gli ambienti culturali, sociali, fisici ed economici immediati in cui le persone operano le loro scelte relativamente al consumo di droga. In genere, tali strategie includono misure quali divieti di fumare,

determinazione dei prezzi dell'alcol o scuole di promozione della salute. Le prove mostrano che le misure di prevenzione ambientale a livello di società e destinate al clima sociale nelle scuole e nelle comunità sono efficaci nell'alterare le credenze normative e, di conseguenza, il consumo di sostanze (Fletcher e altri, 2008).

I divieti di fumare parziali o integrali sono applicati attualmente in quasi tutti i paesi europei, e la propaganda del tabacco è vietata da una direttiva dell'UE del 2003 (2003/33/CE). Inoltre sono in fase di discussione proposte per un prezzo minimo da applicare alla vendita delle bevande alcoliche e il divieto di promozione dell'alcol in diversi paesi europei. Nel 2009, dieci Stati membri dell'UE hanno riferito sforzi per sviluppare ambienti scolastici positivi e protetti, incluse norme più restrittive riguardanti la detenzione e l'uso di sostanze stupefacenti. Paesi dell'Europa settentrionale hanno anche sviluppato il concetto di ambienti protetti positivi a livello di comunità, per esempio tramite piani di azione comunali di lotta all'alcol.

Prevenzione universale

La prevenzione universale riguarda popolazioni intere, in misura predominante a livello di scuola e di comunità. Mira a fungere da deterrente o a ritardare l'inizio del consumo di sostanze stupefacenti e l'insorgere di problemi correlati alla droga fornendo ai giovani le informazioni e le capacità necessarie per evitarne il consumo. Le prove mostrano che interventi di prevenzione universale ben progettati e strutturati possono essere efficaci. Un esempio recente di tale efficacia è un programma olandese misto scuola-genitori che ha ridotto il consumo di alcol (Koning e altri, 2009). L'efficacia di altri interventi, in particolare le campagne sui mass-media, è sostenuta da un numero esiguo di prove, e alcuni studi hanno osservato effetti negativi. Ciononostante, la maggior parte dei paesi europei riferisce ancora l'assegnazione di risorse alle campagne di avvertimento.

La prevenzione universale basata sulla scuola è segnalata in tutti i paesi europei, seppure con contenuti e livelli di copertura diversi. La diffusione di informazioni seguita da

abilità per la vita sono i due principali tipi di intervento forniti. I protocolli di intervento strutturati («programmi») sono ancora relativamente scarsi. La necessità di migliorare la prevenzione universale basata sulla scuola viene riconosciuta sempre più in Europa. Undici Stati membri dell'UE riferiscono, per esempio, i loro sforzi per la definizione degli standard di prevenzione.

Prevenzione selettiva

La prevenzione selettiva interviene con specifici gruppi, famiglie o comunità laddove le persone, a causa delle loro risorse e dei loro legami sociali limitati, possono essere più inclini a fare ricorso all'uso di droghe o a sviluppare dipendenza. A causa della difficoltà di attuazione delle progettazioni di valutazione sperimentale, le prove a sostegno dell'efficacia della prevenzione selettiva sono ancora limitate. Tuttavia, ciò non si applica agli interventi per le famiglie vulnerabili, i quali si sono dimostrati efficaci in diversi studi (Petrie e altri, 2007). I recenti esempi in quest'area includono un adattamento del «programma di rafforzamento per le famiglie» valutato in Spagna, che si è dimostrato efficace per ridurre i prodromi del consumo di droga, quali comportamenti di disturbo a scuola e i sintomi di depressione. Risultati positivi sono stati riferiti anche nel Regno Unito, con riduzioni nei rischi per i bambini, casi segnalati di comportamento antisociale, questioni relative all'istruzione, criminalità giovanile, violenza domestica, problemi di salute mentale e fisica e abuso di sostanze stupefacenti tra le prime 699 famiglie che hanno completato i «progetti di intervento familiare».

I paesi europei segnalano, in media, una fornitura limitata di prevenzione selettiva, con interventi rivolti per la maggior parte ai giovani autori di reati, alle famiglie vulnerabili e ai gruppi etnici. Nel complesso, i dati indicano che la copertura della prevenzione selettiva non è aumentata negli ultimi anni. Potrebbero esserci alcune eccezioni a questa osservazione, quali gli interventi per le famiglie vulnerabili in alcuni paesi e FreD, un protocollo di intervento sistematico per i giovani autori di reati, attualmente applicato in oltre un terzo degli Stati membri dell'UE.

Prevenzione indicata

Lo scopo della prevenzione indicata è individuare individui affetti da problemi comportamentali o psicologici che si prevede possano evolvere verso un consumo problematico di sostanze più avanti nella vita e sottoporli singolarmente a interventi mirati. I programmi di prevenzione indicata sono, in genere, sottoposti

Apprendere dalle prove di prevenzione

L'efficacia delle misure di prevenzione europee rimane un ambito in cui sono state svolte poche ricerche (!). La prevenzione universale e quella indicata negli ambienti scolastici sono i settori a cui viene dedicata maggiore attenzione. Parallelamente, vi è un dibattito sulla trasferibilità dei risultati delle ricerche da altre parti del mondo, principalmente dagli Stati Uniti.

Lo studio EU-DAP, uno studio multicentrico europeo che coinvolge circa 7 000 studenti di età compresa tra 12 e 14 anni in sette stati membri dell'UE, contribuisce allo sviluppo della ricerca sulla prevenzione e dimostra che gli interventi possono avere risultati analoghi in Europa e in diversi continenti.

Per il programma Unplugged, di 12 sessioni, è stata riferita una riduzione significativa del rischio nel consumo di tabacco, alcol e cannabis dopo un anno. Unplugged intende correggere le credenze normative circa il consumo di stupefacenti e fornire al contempo una formazione nelle competenze fondamentali per la vita e informazioni sulle sostanze. Sono stati riscontrati anche effetti benefici persistenti a 18 mesi di follow-up per episodi di ubriachezza e di consumo frequente della cannabis negli ultimi 30 giorni, mentre l'effetto a breve termine sul fumo quotidiano di sigarette si è attenuato (Faggiano e altri, 2010).

Un'analisi di mediazione ha dimostrato che i risultati sul consumo della cannabis erano dovuti principalmente alla correzione di credenze normative, di aspettative positive nei confronti della sostanza e di atteggiamenti positivi nei confronti delle droghe illecite. Il rafforzamento delle abilità nella comunicazione, nella capacità decisionale e nel rifiuto è stato meno efficace.

I ricercatori europei e americani stanno conducendo analisi parallele con l'EU-DAP e altri dati per capire in che modo i bambini e gli adolescenti reagiscono alla prevenzione in contesti diversi. Sono esaminati in particolare l'influenza differenziale del genere, del contesto sociale e delle caratteristiche psicologiche.

(!) Ciò ha portato all'istituzione della European Society for Prevention Research.

a valutazione e mostrano spesso livelli elevati di efficacia (OEDT, 2009c). Complessivamente, gli interventi in questo campo rimangono limitati; sei paesi segnalano interventi a favore di bambini con disturbo da deficit di attenzione/iperattività o disturbi comportamentali e dieci paesi riferiscono interventi precoci e consulenza psicologica per individui che hanno iniziato a fare uso di sostanze stupefacenti. Un recente sviluppo è il «Cannabis show» olandese, basato su un programma esistente di prevenzione della cannabis (istruzione tra pari), condotto in una scuola per giovani con disturbi comportamentali e altri problemi psichiatrici.

Trattamento

In Europa, le principali modalità utilizzate per il trattamento dei problemi della droga sono gli interventi psicosociali, la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi e la disintossicazione. L'importanza relativa delle diverse modalità di trattamento in ciascun paese è influenzata da vari fattori, tra cui l'organizzazione del sistema sanitario nazionale.

Non esiste un insieme di dati che consenta una descrizione dell'intera popolazione di consumatori di droga che si sottopongono attualmente al trattamento per la tossicodipendenza in Europa. Tuttavia, le informazioni su un importante sottogruppo di questa popolazione sono raccolte dall'indicatore di domanda di trattamento dell'OEDT, che raccoglie dati sui consumatori di droga che iniziano il trattamento per la dipendenza da droga erogato dai servizi specializzati ⁽¹⁾. Nel 2008, l'indicatore ha registrato circa 440 000 nuovi pazienti, il 40 % dei quali ha iniziato il trattamento per la prima volta.

In base a una stima prudente fondata su una serie di fonti diverse, tra cui l'indicatore della domanda di trattamento, durante il 2007 nell'Unione europea un milione di persone si è sottoposto al trattamento per il consumo di sostanze illecite, e tra queste, oltre la metà si è sottoposta alla terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi. Quasi l'80 % dei consumatori di droga in terapia risiede in Germania, Spagna, Francia, Italia e Regno Unito.

Questa stima del trattamento per la dipendenza da droga nell'Unione europea, sebbene debba essere affinata, suggerisce un livello significativo di fornitura del trattamento. Sottolinea inoltre i grandi aumenti che si sono verificati nella fornitura del trattamento a partire dalla metà degli anni novanta, quando la maggiore disponibilità e il migliore accesso al trattamento delle tossicodipendenze sono diventati aspetti prioritari della politica in materia di droga. Negli ultimi venti anni, si è assistito all'espansione dei servizi ambulatoriali pubblici specializzati e allo sviluppo degli approcci di prima assistenza e a bassa soglia. Vari paesi hanno ampliato le terapie sostitutive, coinvolgendo fornitori di servizi aggiuntivi quali i medici generici. Di conseguenza, il numero delle persone sottoposte a terapia sostitutiva in Europa è cresciuto di quasi dieci volte dal 1993 ⁽¹²⁾. I cambiamenti nella fornitura del trattamento sono stati determinati anche dall'emergere di nuovi gruppi di pazienti, quali i consumatori di cannabis e di stimolanti, che hanno avuto accesso al trattamento in numero sempre crescente nel corso degli ultimi 15 anni.

Sebbene il trattamento sia diventato sempre più disponibile in numerosi paesi, esistono ancora ostacoli che impediscono o rendono difficoltoso l'accesso dei consumatori di droga al trattamento o ad alcune sue modalità. Tali ostacoli includono regolamenti quali criteri di ammissione e quadri giuridici vincolanti, costi del trattamento per i pazienti, mancanza di personale addestrato o bassa densità geografica dei fornitori di trattamento. Gli altri ostacoli che devono affrontare i consumatori di droga che necessitano di trattamento includono gli orari di apertura inadeguati, l'obbligo di frequenza quotidiana e l'assenza di assistenza per i bambini (per esempio, durante il trattamento ospedaliero), in conflitto con la situazione personale e professionale dei pazienti. Anche le convinzioni personali e i pregiudizi, sia tra i professionisti sia tra i consumatori di droga, circa l'adeguatezza, gli effetti e i risultati degli approcci di trattamento specifici possono impedire l'accesso al trattamento.

I tempi di attesa prolungati del trattamento per la tossicodipendenza possono essere una delle conseguenze degli ostacoli che impediscono l'accesso al trattamento. In base alle informazioni fornite dagli esperti nazionali nel 2008, la disponibilità limitata del trattamento e la mancanza di risorse, oltre ai ritardi dovuti a ragioni procedurali, costituiscono le cause principali dei tempi di attesa esistenti, che variano tra le diverse modalità di trattamento (cfr. sotto).

Trattamento ambulatoriale

Sono disponibili informazioni su circa 383 000 consumatori di droga che hanno iniziato il trattamento

Questione specifica OEDT sul trattamento e sull'assistenza ai tossicodipendenti più adulti

Si prevede che il numero dei tossicodipendenti più adulti in Europa raddoppierà tra il 2001 e il 2020; ciò richiederà approcci adeguati e innovativi per il trattamento e la cura di questa popolazione in aumento. Una questione specifica pubblicata quest'anno dall'OEDT esamina lo sviluppo e le cause di questo fenomeno di invecchiamento negli ultimi due decenni. Inoltre sono presentate la salute e le caratteristiche sociali dei tossicodipendenti più adulti, per specificare le loro esigenze attuali. La relazione termina con una panoramica degli attuali interventi destinati ai tossicodipendenti più adulti e delle migliori prassi negli Stati membri.

Questa questione specifica è disponibile in versione stampata e sul sito Internet dell'OEDT solo in inglese.

⁽¹⁾ Dati sull'indicatore di richiesta di trattamento ottenuti da 29 paesi per i centri terapeutici ambulatoriali, con una copertura di oltre il 60 % delle unità di terapia nella maggior parte dei paesi (cfr. la tabella TDI-7 nel bollettino statistico 2010).

⁽¹²⁾ Cfr. il grafico HSR-2 nel bollettino statistico 2010.

in regime ambulatoriale in Europa durante il 2008. La maggior parte di questi consumatori di droga si è sottoposta al trattamento presso servizi specializzati; solo pochi paesi segnalano trattamenti iniziati con un medico generico o presso servizi a bassa soglia. Oltre la metà delle persone che si sottopongono al trattamento per la prima volta (53 %) segnala gli oppioidi, in particolare l'eroina, come loro droga primaria, il 22 % la cannabis e il 18 % la cocaina ⁽¹³⁾. Il percorso più comune per curare la dipendenza consiste nell'optare spontaneamente per il trattamento (36 %), seguito da quello dei soggetti che sono affidati alle cure sanitarie dalle autorità giudiziarie (20 %). La parte restante di pazienti giunge al trattamento attraverso i servizi sociali e sanitari o tramite reti informali, tra cui famiglia e amici ⁽¹⁴⁾.

I consumatori di droga che iniziano il trattamento presso le strutture ambulatoriali sono prevalentemente giovani di sesso maschile, con un'età media di 31 anni; i maschi sono quattro volte più numerosi rispetto alle femmine. L'età media dei pazienti che iniziano il trattamento per la prima volta e quella dei pazienti di sesso femminile è in media leggermente inferiore. Anche i consumatori di cannabis in media sono più giovani (25) insieme a quelli che fanno uso di stimolanti diversi dalla cocaina (29), mentre leggermente superiore è l'età media dei consumatori primari di cocaina (32) e di oppioidi (34). In media, i consumatori di droga più giovani sono stati segnalati dalla Repubblica ceca (26) e i meno giovani dalla Spagna (33) ⁽¹⁵⁾. Il rapporto tra il numero di consumatori di sesso maschile e femminile più elevato si registra tra i consumatori di cannabis (5:1) e di cocaina (4,8:1) e il rapporto più basso tra i consumatori di stimolanti diversi dalla cocaina (2,2:1). Indipendentemente dalla droga primaria, i rapporti tra i generi più elevati si osservano nei paesi del sud dell'Europa e quelli inferiori nei paesi settentrionali ⁽¹⁶⁾.

Le due principali modalità utilizzate per il trattamento dei problemi della droga presso le strutture ambulatoriali in Europa sono gli interventi psicosociali e la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi. Per i consumatori di oppioidi, tali modalità sono spesso fornite in combinazione. Gli interventi psicosociali offrono sostegno ai consumatori che tentano di gestire e risolvere i loro problemi di droga. Questi interventi includono consulenza, arricchimento motivazionale, terapia cognitivo-comportamentale, gestione del caso, terapia

familiare e di gruppo e prevenzione delle ricadute. Sono erogati per la maggior parte dalle istituzioni pubbliche o da organizzazioni non governative, a seconda del paese. Nel 2008, esperti di nove dei 27 paesi dichiaranti hanno stimato che non esistono tempi di attesa per questo tipo di trattamento. In altri dieci paesi, gli esperti nazionali hanno stimato che i tempi di attesa medi non sono superiori a un mese. In Norvegia, la stima del tempo di attesa medio è di dieci settimane, mentre la Danimarca richiede per legge che il paziente si sottoponga al trattamento entro 14 giorni. Gli esperti di sette paesi non hanno potuto fornire una stima.

La terapia sostitutiva costituisce l'opzione di trattamento predominante per i consumatori di oppioidi in Europa. Generalmente viene erogata come trattamento ambulatoriale, sebbene in alcuni paesi sia anche disponibile presso strutture ospedaliere; inoltre viene erogata in misura crescente nelle carceri ⁽¹⁷⁾. La terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi è disponibile in tutti gli Stati membri dell'UE, oltre che in Croazia e in Norvegia ⁽¹⁸⁾. In Turchia, la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi deve ancora essere introdotta, sebbene sia consentita presso i centri terapeutici in base a un regolamento del 2004. Nella maggior parte dei paesi, i servizi ambulatoriali pubblici specializzati sono i principali erogatori della terapia sostitutiva. Tuttavia, i medici generici provvisti di un ambulatorio, spesso attraverso accordi di collaborazione con centri specializzati, svolgono un ruolo sempre più determinante nell'erogazione di questo tipo di trattamento. Tali fornitori sono coinvolti a diversi livelli in 13 paesi.

Si ritiene che, nel 2008, circa 670 000 consumatori di oppioidi si siano sottoposti a terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi in Europa ⁽¹⁹⁾. Gli esperti di dieci dei 26 paesi che hanno fornito informazioni hanno stimato che non esistono tempi di attesa per questo tipo di trattamento. In quattro paesi (Repubblica ceca, Danimarca, Italia, Portogallo), i tempi medi di attesa sono stati stimati inferiori a un mese. Nella Repubblica ceca, i tempi di attesa si applicano esclusivamente al metadone, dato che un dosaggio elevato di buprenorfina può essere prescritto solo da medici generici provvisti di ambulatorio, sebbene i costi della sostanza debbano essere coperti dal paziente. In altri quattro paesi (Ungheria, Romania, Finlandia, Norvegia), i tempi di attesa stimati vanno da uno a sei mesi, mentre in altri tre paesi (Bulgaria, Grecia,

⁽¹³⁾ Cfr. la tabella TDI-19 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹⁴⁾ Cfr. la tabella TDI-16 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹⁵⁾ Cfr. le tabelle TDI-10 e TDI-103 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹⁶⁾ Cfr. la tabella TDI-21 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹⁷⁾ Cfr. «Assistenza ai tossicodipendenti in carcere», pag. 42.

⁽¹⁸⁾ Cfr. le tabelle HSR-1 e HSR-2 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹⁹⁾ Cfr. la tabella HSR-3 nel bollettino statistico 2010.

Polonia) sono maggiori di un anno. In particolare, la Grecia riferisce tempi di attesa medi di 38 mesi; in base ai dati, nel 2008 si registravano 5 261 consumatori problematici di oppioidi in attesa di ammissione ai programmi di sostituzione. I tempi di attesa nazionali medi, tuttavia, possono nascondere variazioni regionali significative. Per esempio, in Irlanda i tempi di attesa medi per la terapia sostitutiva variano da meno di 3,5 mesi a Dublino a 18 mesi nel sud-est (Comptroller e Auditor General, 2009). Gli esperti di quattro paesi non hanno potuto fornire una stima dei tempi di attesa.

Trattamento ospedaliero

Sono disponibili dati per circa 42 000 consumatori di droga che hanno iniziato la terapia presso strutture ospedaliere in Europa durante il 2008. Oltre la metà dei pazienti ha citato gli oppioidi come droga principale (57 %), mentre la maggior parte degli altri soggetti ha identificato come droga principale la cannabis (13 %), stimolanti diversi dalla cocaina (13 %) o la cocaina (7 %). La maggioranza dei pazienti ospedalizzati è di sesso maschile, con un'età media di 30 anni e un rapporto uomo-donna di 3,5:1 ⁽²⁰⁾.

Il trattamento ospedaliero ovvero in regime di ricovero richiede il pernottamento dei pazienti per una durata che va da qualche settimana ad alcuni mesi. In numerosi casi, questi programmi adottano una terapia in regime di astinenza per permettere al paziente di astenersi dal consumo di droga e non consentono la terapia sostitutiva. La disintossicazione, un intervento a breve termine sotto supervisione medica destinato a risolvere i sintomi da astinenza associati al consumo cronico di droga, costituisce, talvolta, un prerequisito per iniziare un trattamento ospedaliero a lungo termine, in regime di astinenza. La disintossicazione avviene in genere presso ospedali, centri terapeutici specialistici o strutture di cura con reparti di medicina o psichiatria.

Presso le strutture ospedaliere, i pazienti ricevono alloggio, trattamenti psicosociali strutturati singolarmente e prendono parte ad attività dirette alla loro riabilitazione nella società. In questo contesto viene spesso usato l'approccio della comunità terapeutica. Il trattamento ospedaliero viene erogato anche dagli ospedali psichiatrici, in particolare per i pazienti con disturbi psichiatrici comorbili.

L'accesso al trattamento psicosociale ospedaliero viene classificato come immediato da parte degli esperti nazionali di Grecia, Ungheria e Turchia. Gli esperti stimano tempi di attesa media inferiori a un mese in 12 paesi e di 25 settimane in Norvegia. In Austria, sono

segnalati tempi di attesa fino ad alcuni mesi, in base alla regione e alla struttura di erogazione del trattamento. Gli esperti di dieci paesi non hanno potuto fornire una stima dei tempi di attesa per questo tipo di trattamento.

Gli esperti di Ungheria, Slovenia, Slovacchia, Turchia e della comunità fiamminga del Belgio ritengono che la disintossicazione sia disponibile per i pazienti senza tempi di attesa. In 11 paesi, il tempo di attesa medio stimato è inferiore alle due settimane. Un tempo di attesa medio da due settimane a un mese è stimato a Cipro, nella Repubblica ceca e in Grecia mentre in Irlanda, Austria e Norvegia è stimato tra uno e tre mesi. Gli esperti di cinque paesi non hanno fornito una stima.

Assicurazione della qualità

La maggior parte dei paesi europei intraprende attualmente azioni che riguardano la qualità del trattamento della tossicodipendenza. Tali azioni includono lo sviluppo e l'attuazione di linee guida, l'adozione di piani d'azione nazionali in materia di lotta alla droga che trattano le questioni correlate alla qualità, i processi di certificazione della qualità e di accreditamento e gli studi che indagano sulle differenze qualitative o stabiliscono parametri di riferimento tra i centri di trattamento.

Gli ultimi sviluppi includono l'attuazione di linee guida per la qualità del trattamento in sei paesi, mentre Cipro, Turchia e Norvegia hanno pubblicato recentemente tali linee guida. Dieci paesi hanno adottato nuovi documenti strategici, in alcuni casi ottenendo l'accreditamento dei sistemi. Inoltre, Polonia e Slovacchia hanno introdotto criteri di accreditamento per i centri di trattamento; la Slovacchia ha anche introdotto la certificazione ISO 9001. Quattro paesi, Estonia, Lettonia, Paesi Bassi e Romania, stanno studiando l'eterogeneità nella qualità del servizio nell'ambito del proprio sistema di trattamento.

Il Regno Unito vanta una lunga storia di valutazione del sistema sanitario e uno dei più vasti insiemi di strumenti per monitorare e migliorare la qualità del trattamento. Ora è disponibile anche un documento sulla governance clinica nel trattamento della tossicodipendenza (NTA, 2009) che si occupa delle linee guida in materia di responsabilità e fiducia, miglioramento della qualità, politiche di gestione del rischio e procedure per individuare e ovviare agli inconvenienti delle scarse prestazioni.

Uno studio commissionato dall'OEDT ha individuato 60 linee guida nazionali sul trattamento in 17 dei 22 paesi europei che hanno fornito informazioni. Le modalità trattate con maggiore frequenza nelle linee guida sono il trattamento psicosociale (29), la terapia

⁽²⁰⁾ Cfr. le tabelle TDI-7, TDI-10, TDI-19 e TDI-21 nel bollettino statistico 2009.

sostitutiva per la dipendenza da oppioidi (28) e la disintossicazione (22). I paesi con un numero elevato di pazienti in terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi sembrano più inclini ad avere sviluppato linee guida sul trattamento per ciascuna modalità.

Diciassette paesi segnalano linee guida specifiche per il trattamento dei consumatori di oppioidi. Cinque paesi possiedono linee guida che trattano dell'uso di diverse sostanze, mentre Ungheria e Germania hanno linee guida per i disturbi legati al consumo di anfetamine e di cannabis. Dieci paesi si occupano dei consumatori di droga problematici a lungo termine e nove hanno sviluppato linee guida per i giovani che fanno uso di sostanze stupefacenti. Otto paesi affrontano anche i problemi dei consumatori di droga con disturbi concomitanti.

Quasi tutte le linee guida sono dirette ai terapeuti professionisti (58) e ai fornitori di servizi (52) mentre quasi la metà di tali linee guida sono rivolte ai responsabili dei servizi sanitari (25). Il Portogallo è l'unico paese che riferisce linee guida rivolte ai pazienti, mentre la Danimarca segnala linee guida dirette ai responsabili politici. I terapeuti professionisti sono stati coinvolti nello sviluppo delle linee guida in 17 paesi e altri professionisti in quattro paesi. Inoltre, i ricercatori hanno partecipato in nove paesi, i responsabili politici in tre e i pazienti in uno. Ulteriori informazioni riguardanti le linee guida nazionali sul trattamento sono reperibili sul portale dell'OEDT dedicato alle buone prassi.

Riduzione del danno

La prevenzione e la riduzione dei danni correlati all'uso di stupefacenti sono un obiettivo di salute pubblica in tutti gli Stati membri e nell'ambito della strategia dell'UE in materia di droga ⁽²¹⁾. Sono inoltre attualmente disponibili per la pianificazione, le analisi delle conoscenze scientifiche relative agli interventi per la riduzione del danno, oltre agli studi che illustrano l'effetto complessivo di tali interventi (OEDT, 2010a). Gli interventi principali in questo settore prevedono il trattamento sostitutivo per la dipendenza da oppioidi e programmi di scambio di aghi e siringhe, 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 e, sebbene vi siano differenze sostanziali nella varietà e nel livello dell'erogazione dei servizi (cfr. i capitoli 6 e 7), la tendenza generale europea conferma la crescita e il rafforzamento dei dispositivi di riduzione del danno.

Nuova monografia dell'OEDT sulla riduzione del danno

La monografia intitolata «Harm reduction: evidence, impacts and challenges» (riduzione del danno: prove, effetti e sfide) è stata pubblicata dall'OEDT nel 2010. La monografia fornisce una panoramica completa in questo ambito attraverso 16 capitoli firmati da più di 50 esperti europei e internazionali. La prima parte della monografia riesamina l'emergere e la diffusione della riduzione del danno e analizza il concetto da prospettive diverse, comprese quelle delle organizzazioni internazionali, dei ricercatori e dei tossicodipendenti. Una seconda parte è dedicata alle prove e agli effetti attuali e illustra il modo in cui il concetto si è ampliato per coprire un'ampia gamma di comportamenti e danni, compresi quelli relativi all'alcol, al tabacco e al consumo di stupefacenti in un contesto ricreativo. L'ultima parte si occupa delle sfide e delle innovazioni e della necessità di integrare e di abbinare gli interventi alle esigenze individuali e sociali.

Questa pubblicazione è disponibile in versione stampata e online sul sito Internet dell'OEDT solo in inglese.

La maggior parte dei paesi europei, inoltre, fornisce anche una serie di servizi sanitari e sociali, tra cui quelli raccomandati dall'OMS, dall'UNODC e dall'UNAIDS (2009), nell'ambito di un «pacchetto globale» per la prevenzione dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale. Gli interventi offerti di routine dipendono dal contesto nazionale, tuttavia includono la valutazione individuale dei rischi e consulenza, informazioni mirate e la promozione di un consumo più sicuro, la distribuzione di strumenti sterili per iniezioni oltre ad aghi e siringhe, la promozione dell'uso dei profilattici tra i consumatori di droga per via parenterale, lo screening per le malattie infettive e consulenza sulla salute, terapia antiretrovirale e vaccinazione per l'epatite virale. Questi servizi sono spesso forniti attraverso strutture a bassa soglia. Le risposte alla riduzione del danno mirate alla prevenzione dei decessi correlati al consumo di droga sono tuttavia scarse ⁽²²⁾, malgrado la maggior consapevolezza della necessità di tali interventi. Tra le nuove iniziative in questo ambito si segnalano i preallarmi relativi a sostanze associate con rischi più elevati ⁽²³⁾; per esempio, nel 2009 è stata notificata a tutte le strutture a bassa soglia della Repubblica ceca la possibilità di diffusione del fentanyl nel mercato locale degli stupefacenti.

Grazie ai recenti successi nel trattamento dell'epatite C la maggior parte dei paesi tende oggi ad aumentare l'impegno volto a prevenire, individuare e trattare l'epatite nei consumatori di stupefacenti, compresi quelli in terapia

⁽²¹⁾ COM(2007) 199 def.

⁽²²⁾ Cfr. la tabella HSR-8 nel bollettino statistico 2010.

⁽²³⁾ Cfr. il riquadro «Epidemia di antrace tra i consumatori di eroina nel Regno Unito e in Germania» nel capitolo 7.

sostitutiva. Tra gli esempi più recenti in questo senso si segnalano il nuovo piano per l'epatite in Francia; uno studio pilota volto a sviluppare raccomandazioni per la prevenzione dell'HCV in Germania e le linee guida per il trattamento dell'epatite nella Repubblica ceca, nei Paesi Bassi e nel Regno Unito. Si rilevano inoltre in vari paesi, tra cui Belgio, Francia, Lussemburgo e Ungheria, studi e campagne di screening condotti nelle strutture penitenziarie.

Le risposte alla riduzione del danno hanno ampliato il raggio d'azione oltre la lotta contro l'epidemia di HIV/AIDS, adottando una prospettiva più ampia che consenta di far fronte alle esigenze sanitarie e sociali dei tossicodipendenti problematici, in particolare di quelli socialmente esclusi. L'inclusione della riduzione del danno nella risposta alla lotta alle droghe ha inoltre favorito la raccolta di dati sul problema della droga. Gli archivi nazionali riguardanti i servizi e gli studi sulla qualità del servizio (Repubblica ceca, Germania, Irlanda, Finlandia) e le indagini sui pazienti in trattamento (Estonia, Lituania, Lussemburgo, Ungheria) forniscono elementi più chiari in merito all'erogazione del servizio e alle esigenze dei consumatori, oltre a promuovere la valutazione della qualità e lo scambio di buone prassi, a migliorare i materiali e le tecniche di prevenzione e a sviluppare nuovi interventi.

Esclusione e reinserimento sociale

Il reinserimento sociale è riconosciuto come una componente essenziale delle strategie globali di lotta alla droga. Può essere attuato in qualunque stadio del consumo di droga e in diversi contesti e include il rafforzamento delle capacità, il miglioramento delle abilità sociali e misure atte ad agevolare e a promuovere l'occupazione e a ottenere un alloggio. 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, che hanno un impatto sulla prevenzione delle ricadute e la commissione di altri reati possono mettere in contatto i detenuti con servizi abitativi e di assistenza sociale della comunità di riferimento in vista del loro rilascio. In generale, i risultati delle misure di reinserimento sociale fanno spesso affidamento sull'efficiente collaborazione tra istituzioni sanitarie e sociali.

Benché non esista un rapporto diretto di causa-effetto tra le forme più problematiche di consumo di droga e l'esclusione sociale, questi aspetti sono spesso associati. In base ai dati,

l'assenza di fissa dimora interessava nel 2008 il 9 % dei pazienti che iniziava la terapia ambulatoriale e circa il 13 % di quelli che accedevano al trattamento presso centri ospedalieri. Circa il 40 % dei pazienti in terapia in entrambi i regimi non ha completato l'istruzione secondaria, mentre il 47 % dei pazienti in terapia ambulatoriale e il 71 % dei pazienti in terapia presso centri ospedalieri segnala di essere disoccupato o economicamente inattivo ⁽²⁴⁾. L'attuale contesto economico non favorisce il miglioramento della situazione in quanto l'incremento dei tassi di disoccupazione comporta un aumento della concorrenza sul mercato del lavoro ⁽²⁵⁾.

Tutti gli Stati membri riferiscono la disponibilità di programmi e servizi volti ad affrontare i problemi abitativi, educativi e occupazionali. Si tratta di iniziative specificamente mirate ai consumatori di droga oppure dirette a soddisfare le esigenze di gruppi socialmente esclusi in generale. In Irlanda e in Svezia si sta progettando un modello «housing first» (alloggio innanzitutto) per individui senza fissa dimora con problemi mentali e di tossicodipendenza. Questo modello viene spesso associato al trattamento integrato in comunità e ai servizi sociali, oltre che alla gestione personalizzata del caso. L'accesso all'alloggio non dipende da aspetti quali sobrietà e astinenza, come di solito per questo gruppo problematico. L'approccio «housing first» ha prodotto effetti positivi negli individui senza dimora rispetto a una serie di variabili sociali e di salute, tra cui il consumo di droga (Pleace, 2008).

Il miglioramento dei requisiti per l'accesso al lavoro e l'effettivo accesso a un'occupazione retribuita rivestono un ruolo rilevante nel reinserimento sociale dei consumatori di droga. Paesi quali Germania, Italia, Austria, Portogallo e Regno Unito attribuiscono sempre maggiore priorità, nel processo di miglioramento, agli aspetti connessi all'occupazione, attraverso nuove iniziative e maggiore disponibilità di fondi.

Applicazione della legge sulla droga e reati connessi alla droga

L'applicazione della legislazione sulla droga è una componente importante delle politiche sulla droga sia a livello nazionale che dell'UE e comprende un'ampia gamma di interventi principalmente attuati dalla polizia e da istituzioni con compiti simili a quelli della polizia (per esempio le dogane). I dati relativi alle attività connesse all'applicazione della legislazione sulla droga sono spesso meno sviluppati e accessibili rispetto a quelli relativi ad altre aree della politiche sulla droga.

⁽²⁴⁾ Cfr. le tabelle TDI-12, TDI-13 e TDI-15 nel bollettino statistico 2010.

⁽²⁵⁾ Cfr. il riquadro «Recessione economica e problemi legati alla droga» nel capitolo 1.

Un'eccezione notevole è costituita dai dati relativi ai reati connessi alla droga, analizzati di seguito in questa sezione insieme ad alcune recenti misure di applicazione della legislazione volte a contrastare la produzione commerciale di cannabis e a nuovi sviluppi nella collaborazione internazionale per combattere il traffico di droga.

Applicazione della legge sulla droga

Nel 2010 l'Europol ha avviato un «archivio di lavoro per fini di analisi» sulla cannabis ⁽²⁶⁾. Il progetto comprende una componente riguardante la coltivazione della cannabis, volta a intensificare la condivisione di intelligence nell'ambito dell'Unione europea per quanto riguarda il coinvolgimento della criminalità organizzata nella sua produzione. L'iniziativa ha avuto origine dalla segnalazione, da parte delle forze di polizia di almeno sette paesi, secondo la quale le organizzazioni criminali sono implicate nella coltivazione commerciale della cannabis, attività apparentemente alquanto lucrativa ⁽²⁷⁾.

È difficile stimare l'entità della coltivazione illegale di cannabis in Europa a causa della scarsità di dati circa il numero di coltivatori e la dimensione delle piantagioni. Gli studi qualitativi e i dati relativi ai sequestri (cfr. il capitolo 3) fanno ipotizzare un possibile sostanziale incremento della produzione interna a partire dagli anni novanta, particolarmente nell'Europa occidentale. Gli studi qualitativi indicano che le motivazioni dei coltivatori spaziano dalla coltivazione di qualche pianta per uso personale alla produzione di varie migliaia di piante per scopi commerciali.

È stato segnalato che la coltivazione commerciale della cannabis, particolarmente nel caso di estese coltivazioni in interni, causa criminalità e problemi di sicurezza pubblica in Belgio, Germania, Paesi Bassi e Regno Unito. È stato anche riferito che le organizzazioni criminali nel Regno Unito sfruttano giovani immigrati di provenienza asiatica. Inoltre, la collocazione di piantagioni commerciali all'interno di edifici comporta spesso una diversificazione della costruzione con conseguenti possibili danni alla proprietà. Altri rischi connessi alla proprietà e alla sicurezza riguardano il forte consumo di elettricità per fornire luce artificiale alle piante di cannabis coltivate in interni. È stato riferito, inoltre, che l'uso di metodi pericolosi per aggirare i contatori elettrici (al fine di evitare il pagamento o di destare sospetti) o di sistemi di cablaggio non corretti ha causato incendi nelle coltivazioni in interni.

La coltivazione della cannabis è trattata nel quadro dell'applicazione della esistente legislazione in merito alle droghe e alla criminalità organizzata; tuttavia alcuni paesi europei hanno recentemente sviluppato strategie specifiche in questo ambito. In Belgio la lotta alla produzione illegale di cannabis è stata inserita come priorità nel piano nazionale per la sicurezza 2008-2012, mentre i Paesi Bassi e il Regno Unito hanno elaborato strategie variegata volte ad aumentare la scoperta e la distruzione delle piantagioni commerciali. Tali strategie comprendono misure quali la presa di coscienza nella popolazione generale e in alcuni settori chiave (per esempio i fornitori di materiali elettrici e i rivenditori di hardware) per incoraggiare la segnalazione alla polizia di coltivazioni di cannabis. Sono inoltre state istituite collaborazioni tra le forze di polizia e i fornitori di materiali elettrici, le autorità preposte all'edilizia, le società di assicurazione e altri settori interessati alla lotta contro le piantagioni commerciali. Sono anche in corso iniziative per migliorare l'efficienza della polizia; per esempio nei Paesi Bassi è stata istituita nel luglio 2008 una «task force organizzata per la coltivazione della cannabis», al fine di coordinare l'impegno della polizia, delle amministrazioni locali, dei magistrati e degli uffici delle imposte. Oggi è possibile dotare le forze di polizia di tecnologie di rilevamento usate in genere dalle forze militari, tra cui telecamere a infrarossi per la produzione di immagini termiche, e condurre operazioni estese per distruggere le coltivazioni e arrestare i sospetti, come nel caso della cosiddetta «Operazione Mazurka» effettuata nell'Irlanda del Nord, che ha portato a 101 arresti nel 2008.

Anche in altri paesi sono state segnalate misure mirate alla coltivazione di cannabis, per esempio nel 2008 è stata condotta in Irlanda una estesa operazione nei confronti delle «industrie della cannabis», mentre in Germania la polizia criminale federale (Bundeskriminalamt) ha istituito un'unità speciale per i reati connessi alla cannabis in tutto il paese.

Reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti

Le relazioni iniziali sui reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti, principalmente redatte dalla polizia, forniscono i soli dati sulla criminalità correlata alla droga disponibili regolarmente in Europa ⁽²⁸⁾. Tali dati fanno riferimento in genere a reati connessi all'uso di droga (uso di sostanze stupefacenti e detenzione per uso) o all'offerta di droga (produzione, traffico e spaccio), benché siano stati segnalati in alcuni paesi anche altri

⁽²⁶⁾ Un archivio di lavoro per fini di analisi è essenzialmente una banca dati protetta contenente informazioni fornite dai paesi partecipanti, in base a severe norme di riservatezza. Consente all'Europol di fornire sostegno alle autorità preposte all'applicazione della legge nazionale.

⁽²⁷⁾ Cfr. il riquadro «Ricavi e profitti derivanti dalla coltivazione illegale della cannabis» nel capitolo 3.

⁽²⁸⁾ Discussione dei rapporti tra stupefacenti e crimine e definizione di «reato connesso alla droga», cfr. OEDT (2007a).

Sviluppo di piattaforme interagenzia in Europa

Il concetto di piattaforme interagenzia, in cui le agenzie incaricate di applicare la legge e quelle militari di paesi diversi condividono intelligence e coordinano i sequestri di droghe prima che raggiungano i mercati di consumo, è nato in America. La Joint Interagency Task Force-South (JIATF-S), istituita a Panama nel 1994 e attualmente stabilita a Key West (Florida), è un modello di questo tipo di cooperazione. La JIATF-S, una piattaforma a conduzione militare, coordina le attività di interdizione per via aerea e marittima a sud degli Stati Uniti condotte da enti militari, agenzie di intelligence e agenzie incaricate di applicare la legge negli Stati Uniti e da paesi associati, quali Spagna, Francia, Paesi Bassi e Regno Unito.

In Europa sono state istituite due piattaforme interagenzia, entrambe rivolte all'applicazione della legge, per coordinare le azioni contro il traffico di droga. Il Maritime Analysis and Operations Centre-Narcotics (MAOC-N) è stato creato nel 2007, nel quadro dell'Unione europea, da un trattato tra l'Irlanda, la Spagna, la Francia, l'Italia, i Paesi Bassi, il Portogallo e il Regno Unito. Il MAOC-N ha sede a Lisbona e coordina l'interdizione dei carichi di stupefacenti trasportati nell'Atlantico. La JIATF-S si è associata al progetto MAOC-N fin dall'inizio ed è attualmente un osservatore insieme alla Commissione europea, all'Europol, alla Germania, alla Grecia, al Canada, al Marocco, all'UNODC e, recentemente, a Capo Verde. La seconda piattaforma interagenzia, il Centre de coordination de la lutte anti-drogue en Méditerranée (CeCLAD-M), è stata istituita nel 2008. Il CeCLAD-M è un'unità della polizia francese, che riunisce rappresentanti delle forze di polizia francesi e della marina, oltre a rappresentanti di Grecia, Spagna, Italia, Cipro, Portogallo, Regno Unito, Marocco e Senegal. Il Centro ha sede a Tolone e può proporre l'intercettazione delle imbarcazioni e dei velivoli sospetti nel Mar Mediterraneo.

Piattaforme analoghe possono essere istituite in futuro nelle zone del Mediterraneo orientale e del Mar Nero. La Commissione europea ha recentemente sponsorizzato, inoltre, uno studio per esplorare la possibilità di istituire una piattaforma europea di condivisione di intelligence e di sviluppo di capacità in Africa occidentale.

tipi di reati (connessi per esempio ai precursori della droga).

I dati sui reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti possono essere considerati indicatori diretti dell'attività di applicazione della legge, in quanto si riferiscono a reati consensuali in genere non segnalati dalle potenziali vittime. Sono spesso considerati indicatori indiretti di uso e di traffico di droga, pur includendo solo le attività giunte a conoscenza delle istituzioni

incaricate dell'applicazione della legge, e possono anche rispecchiare differenze nazionali nella legislazione, nella priorità e nelle risorse. Inoltre, i sistemi informativi nazionali differiscono in ambito europeo, specialmente in relazione alle prassi di registrazione e di notifica. Per questi motivi, è difficile eseguire confronti validi tra paesi e risulta più adeguato confrontare le tendenze piuttosto che i numeri assoluti.

Un indice UE, basato sui dati forniti da 21 Stati membri, che rappresentano l'85 % della popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni nell'Unione europea, indica che secondo le stime il numero dei reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti è aumentato del 35 % tra il 2003 e il 2008. Considerando tutti i paesi, i dati rivelano tendenze ascendenti in 15 paesi e una stabilizzazione o un calo globale in nove paesi nel corso del periodo ⁽²⁹⁾.

Reati connessi al consumo e all'offerta

Non si è verificato un deciso cambiamento nell'equilibrio tra reati connessi al consumo e reati connessi all'offerta di droga, rispetto agli anni precedenti. Nella maggior parte dei paesi europei (23) i reati associati al consumo o alla detenzione di sostanze stupefacenti continuano a costituire la maggioranza dei reati connessi alla droga nel 2008, con Estonia, Spagna, Francia, Austria, Slovenia e Svezia che raggiungono le percentuali più alte (81-92 %). I reati correlati all'offerta sono, tuttavia, predominanti nella Repubblica ceca (87 %) ⁽³⁰⁾.

Tra il 2003 e il 2008 il numero di reati connessi al consumo di droga è aumentato in 19 paesi dichiaranti, mentre solo Bulgaria, Germania, Grecia, Austria e Slovenia hanno registrato un calo nel corso del periodo in questione. Nel complesso, il numero di reati connessi al consumo di droga nell'Unione europea è salito di una percentuale stimata al 37 % tra il 2003 e il 2008 (cfr. il grafico 2).

Anche il numero di reati connessi all'offerta di sostanze stupefacenti è cresciuto nel corso del periodo 2003-2008, tuttavia a un ritmo molto minore, registrando un aumento pari a circa il 10 % nell'Unione europea. Nello stesso periodo 17 paesi segnalano un incremento dei reati connessi all'offerta, mentre in otto paesi è stato rilevato un calo globale ⁽³¹⁾.

Tendenze in atto per le varie sostanze

La cannabis continua a essere la sostanza illecita più spesso menzionata nell'ambito dei reati per droga in Europa ⁽³²⁾. Nella maggior parte dei paesi europei,

⁽²⁹⁾ Cfr. il grafico DLO-1 e la tabella DLO-1 nel bollettino statistico 2010.

⁽³⁰⁾ Cfr. la tabella DLO-2 nel bollettino statistico 2010.

⁽³¹⁾ Cfr. il grafico DLO-1 e la tabella DLO-5 nel bollettino statistico 2010.

⁽³²⁾ Cfr. la tabella DLO-3 nel bollettino statistico 2010.

i reati correlati alla cannabis rappresentano una percentuale variabile tra il 50 % e il 75 % dei reati per droga citati nel 2008. Solo in tre paesi i reati connessi ad altre sostanze stupefacenti prevalgono rispetto a quelli correlati alla cannabis: Repubblica ceca e Lettonia con metanfetamina (57 % e 33 %) e Lituania con eroina (26 %).

Nel quinquennio 2003-2008 il numero di reati correlati alla cannabis è aumentato in 15 paesi dichiaranti, determinando secondo le stime un aumento complessivo del 29 % nell'UE (cfr. il grafico 2). Una tendenza inversa si è registrata in Bulgaria, Repubblica ceca, Germania, Italia, Austria e Slovenia ⁽³³⁾.

In riferimento allo stesso quinquennio i reati riconducibili alla cocaina sono aumentati in 17 paesi dichiaranti, mentre Bulgaria, Germania, Italia e Austria segnalano una tendenza alla diminuzione. Nell'Unione europea, nel complesso, i reati correlati alla cocaina sono aumentati di circa il 45 % negli stessi anni, con una stabilizzazione nell'ultimo anno ⁽³⁴⁾.

Il cambiamento da una tendenza al ribasso a una in aumento, segnalato lo scorso anno per i reati connessi all'uso dell'eroina, è confermato: la media dell'UE relativa a tali reati è aumentata del 39 % nel periodo 2003-2008. Il numero di reati connessi all'eroina è salito in 16 paesi dichiaranti, mentre Bulgaria,

Germania, Italia e Austria segnalano un calo nel periodo 2003-2008 ⁽³⁵⁾.

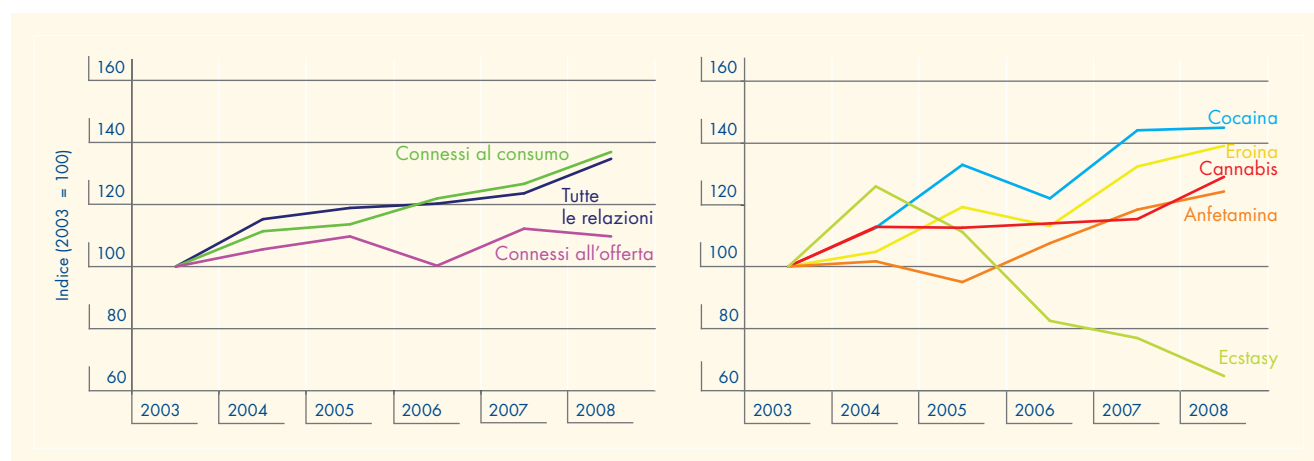
Il numero di reati connessi alle anfetamine nell'Unione europea continua a mostrare una tendenza al rialzo, registrando, secondo le stime, un aumento del 24 % tra il 2003 e il 2008. Per contro, negli stessi anni, i reati connessi all'ecstasy sono diminuiti, secondo le stime, del 35 % (cfr. il grafico 2).

Interventi sul piano sociale e sanitario nelle carceri

Attualmente, ci sono oltre 600 000 persone in carcere nell'Unione europea ⁽³⁶⁾, il che equivale a un tasso di carcerazione medio di circa 120 detenuti per 100 000 abitanti ⁽³⁷⁾. I tassi nazionali di popolazione carceraria spaziano tra i 66 e i 285 detenuti per 100 000 abitanti e la maggior parte degli Stati membri dell'Europa centrale e orientale registra tassi superiori alla media. Ciononostante, le cifre nazionali e la media dell'UE rimangono notevolmente inferiori rispetto ai tassi della Russia (609) e degli Stati Uniti (753) ⁽³⁸⁾.

Tra i detenuti condannati, quelli in carcere per reati connessi alla droga rappresentano tra il 10 % e il 30 % della popolazione carceraria nella maggior parte dei paesi dell'UE. Una percentuale sconosciuta di altri detenuti è condannata a causa di reati contro

Grafico 2: Tendenze evidenziate nelle relazioni per i reati connessi al consumo di droga per tipo di reato e per tipo di droga negli Stati membri dell'UE



NB: Le tendenze rappresentano le informazioni disponibili sul numero nazionale di relazioni per i reati connessi al consumo di droga (penali e non) segnalati da tutti gli organismi incaricati di fare rispettare la legge negli Stati membri dell'UE; tutte le serie sono indicizzate su una base di 100 nel 2003 e ponderate in base alle dimensioni delle popolazioni per formare una tendenza generale dell'UE. Per ulteriori informazioni, cfr. i grafici DLO-1 e DLO-3 nel bollettino statistico 2010.

Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

⁽³³⁾ Cfr. la tabella DLO-6 nel bollettino statistico 2010.

⁽³⁴⁾ Cfr. il grafico DLO-3 e la tabella DLO-8 nel bollettino statistico 2010.

⁽³⁵⁾ Cfr. la tabella DLO-7 nel bollettino statistico 2010.

⁽³⁶⁾ I dati relativi alle carceri in Europa sono reperibili presso il Consiglio d'Europa.

⁽³⁷⁾ Il termine «detenuto» riguarda sia coloro che sono in attesa di giudizio che chi è stato condannato.

⁽³⁸⁾ Fonte: World prison brief per le percentuali negli Stati Uniti e in Russia.

il patrimonio commessi per sostenere la condizione di tossicodipendenza o di altri reati associati alla droga.

Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione carceraria

La standardizzazione delle definizioni, dei programmi di ricerca e delle metodologie utilizzate per gli studi sul consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione carceraria (direzione generale Salute e consumatori, 2008; Vandam, 2009) è ancora scarsa, tuttavia, gli studi esistenti mostrano che l'uso di sostanze stupefacenti continua a prevalere tra i detenuti rispetto alla popolazione generale. I dati ottenuti da alcuni studi condotti dal 2003 indicano considerevoli variazioni nella diffusione della droga tra i detenuti: per esempio, l'uso regolare di droga durante il mese precedente l'incarceramento è segnalato solamente dal 3 % degli intervistati in alcuni paesi e in percentuali che raggiungono il 77 % in altri. Gli studi indicano inoltre la probabilità che le tipologie di consumo di droga più nocive si riscontrino tra i detenuti, con percentuali varianti dal 6 % al 38 % degli intervistati che dichiara di avere assunto stupefacenti per via parenterale ⁽³⁹⁾.

Al momento dell'incarceramento, la maggior parte dei consumatori riduce o interrompe il consumo di droghe, principalmente a causa dei problemi di approvvigionamento delle sostanze. Tuttavia, sia gli esperti in materia sia i responsabili politici europei riconoscono che la droga riesce a infiltrarsi nella maggior parte delle carceri, nonostante tutte le misure adottate per ridurne l'offerta. Secondo studi effettuati a partire dal 2003, le stime relative all'uso di sostanze stupefacenti in carcere variano dall'1 % al 56 % dei detenuti. L'uso regolare di droga nel corso dell'ultimo mese di detenzione è stato segnalato dal 12 % dei detenuti in uno studio nazionale condotto in Portogallo nel 2007 ⁽⁴⁰⁾. Uno studio condotto su 246 detenuti in Lussemburgo ha riscontrato che il 31 % aveva assunto stupefacenti per via parenterale in carcere, mentre studi condotti in altri tre paesi riferivano tassi di assunzione parenterale pari al 10 % o superiori ⁽⁴¹⁾. I consumatori di stupefacenti per via parenterale nei penitenziari sono più inclini alla condivisione degli strumenti per le iniezioni rispetto ai tossicodipendenti non in carcere. Questa situazione desta preoccupazione per la potenziale diffusione di malattie infettive tra la popolazione carceraria.

La salute nelle carceri in Europa

I detenuti hanno diritto allo stesso livello di assistenza sanitaria degli altri cittadini e i servizi sanitari all'interno

del sistema penitenziario dovrebbero essere in grado di fornire il trattamento per i problemi connessi al consumo di stupefacenti a condizioni simili a quelle offerte fuori dal carcere (CPT, 2006; OMS, 2007). Questo principio generale di parificazione è riconosciuto nell'Unione europea tramite la raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza ⁽⁴²⁾ e il nuovo piano d'azione dell'UE (2009-2012) ne invoca l'attuazione.

Si sta sviluppando in Europa una forma di collaborazione tra le strutture penitenziarie e i servizi sociali e sanitari. Tra gli esempi in questo senso vi sono il trasferimento della responsabilità per la salute nelle carceri dalla giustizia nazionale alle amministrazioni sanitarie in Francia, Italia, Svezia, Norvegia, Inghilterra e Galles (è in programma anche in Scozia); l'integrazione di agenzie per la salute a base comunitaria nell'ambito di team carcerari multidisciplinari in Lussemburgo, Portogallo, Slovenia e Svezia; infine una maggior offerta di servizi interni da parte di agenzie antidroga basate sulle comunità, esistenti oggi nella maggior parte dei paesi.

Le strategie per le tossicodipendenze e i piani d'azione nazionali includono spesso obiettivi legati all'assistenza nelle carceri, per esempio miglioramenti della parificazione, della qualità e della continuità del trattamento in carcere. Alcuni paesi hanno sviluppato strategie specifiche per il sistema carcerario: da più di dieci anni Spagna e Lussemburgo hanno attuato politiche sanitarie carcerarie e ne hanno documentato l'efficacia. Più recentemente, in Belgio sono stati designati i coordinatori per le politiche relative alle tossicodipendenze in carcere, istituendo anche un'unità centrale nel cui ambito il personale del carcere e gli specialisti collaborano per mettere in contatto i detenuti con il trattamento, in vista del rilascio. Nell'ambito del servizio carcerario ungherese è stato istituito nel 2008 un comitato per gli affari connessi alla droga. Il piano d'azione 2007-2009 relativo alle politiche sulla droga del servizio carcerario ceco include linee guida per la realizzazione di nuovi servizi e componenti di monitoraggio e valutazione. Nel Regno Unito la strategia per la droga 2008-2011 del National Offender Management Service (NOMS, 2009) mira a sviluppare interventi precoci per giovani e a gestire i condannati per reati con problemi di tossicodipendenza, al fine di ridurre il danno causato dalle droghe e dall'alcol.

Assistenza ai tossicodipendenti in carcere

I detenuti in Europa possono avere accesso a una gamma di servizi connessi all'uso delle droghe e ai problemi

⁽³⁹⁾ Cfr. le tabelle DUP-2 e DUP-105 nel bollettino statistico 2010.

⁽⁴⁰⁾ Cfr. la tabella DUP-3 nel bollettino statistico 2010.

⁽⁴¹⁾ Cfr. la tabella DUP-4 nel bollettino statistico 2010.

⁽⁴²⁾ GU L 165 del 3.7.2003, pag. 31.

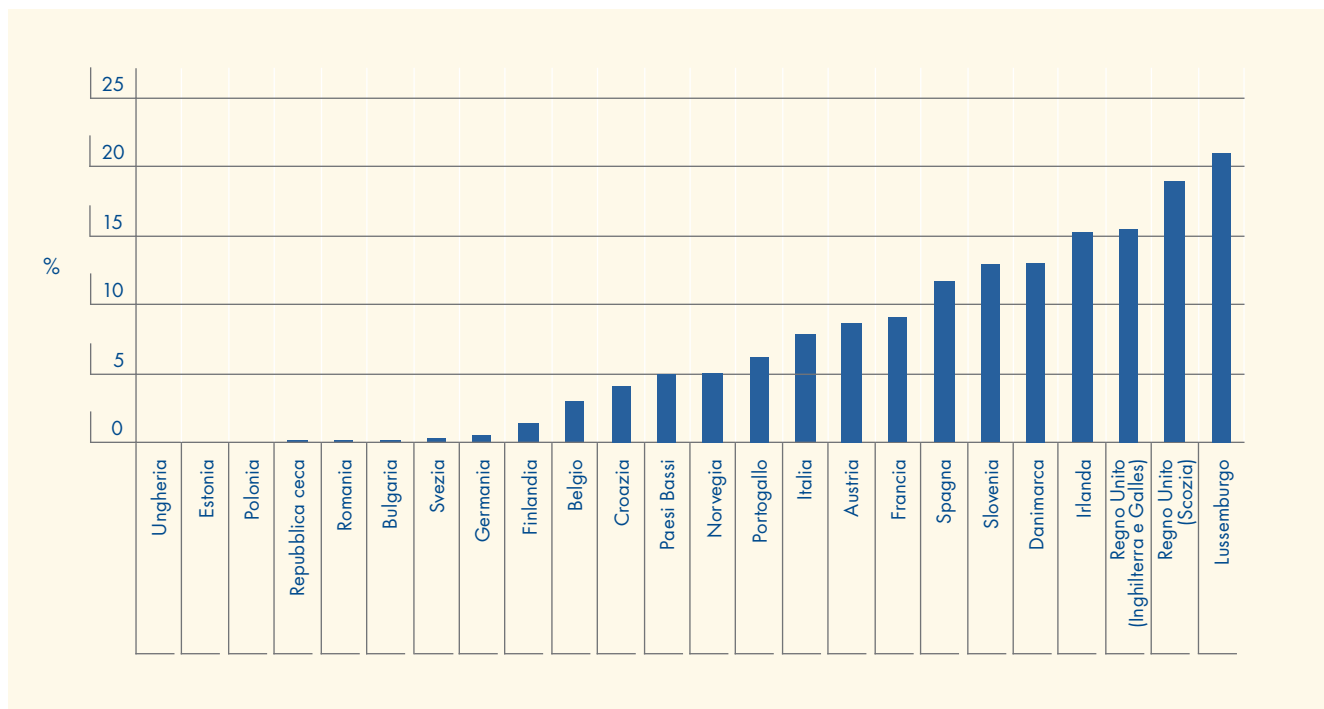
conseguenti. Tra questi: informazioni sulle sostanze stupefacenti e sulla salute, cure per malattie infettive, trattamento della tossicodipendenza, misure di riduzione del danno e preparazione per il rilascio ⁽⁴³⁾.

L'informazione e le linee guida riguardanti la gestione delle malattie infettive in carcere sono state sviluppate negli ultimi anni da parte delle organizzazioni internazionali. L'UNODC, in collaborazione con OMS e UNAIDS, ha pubblicato materiale informativo diretto alle amministrazioni carcerarie e ad altre autorità preposte alle decisioni, spiegando come sviluppare una risposta nazionale efficace all'HIV/AIDS nelle strutture penitenziarie (UNODC, OMS e UNAIDS, 2006). Un altro documento fornisce linee guida sulle modalità più efficaci per l'ambiente carcerario in tema di comunicazione e consulenza sulle malattie infettive e i test, nonché per migliorare la comunicazione dei risultati ai detenuti (UNODC, UNAIDS e OMS, 2010).

In un limitato numero di paesi sono stati chiaramente definiti standard e problemi sanitari riguardanti le carceri, fra questi Repubblica ceca, Spagna, Lussemburgo e Regno Unito, e anche in altri paesi ci sono sviluppi in questo senso. Numerosi paesi segnalano di avere avviato una valutazione della disponibilità e della qualità dell'assistenza sanitaria per i tossicodipendenti

carcerati. In Irlanda, per esempio, è stato condotto uno studio sull'esigenza di equiparare le capacità dei servizi farmaceutici carcerari all'erogazione della terapia sostitutiva (Irish Prison Service, 2009), mentre in Francia un nuovo organismo con fini di supervisione (ispettorato generale delle carceri e altri istituti chiusi) ha rilevato deficienze nell'organizzazione sanitaria carceraria, individuando rischi di infezione. I Paesi Bassi hanno introdotto una nuova direttiva per la cura dei tossicodipendenti detenuti, con particolare attenzione alle malattie infettive connesse al consumo di stupefacenti ⁽⁴⁴⁾. La qualità dei servizi carcerari sta migliorando in vari paesi anche grazie agli investimenti in formazione. In Belgio tutto il personale degli istituti penitenziari ha partecipato a corsi di formazione sulle politiche carcerarie relative all'alcol e agli stupefacenti; in Croazia, i medici degli istituti penitenziari hanno preso parte a corsi di formazione relativi alla terapia sostitutiva e un progetto di formazione organizzato dall'UNODC sulla prevenzione dell'HIV e sulle tossicodipendenze ha coinvolto i medici delle strutture penitenziarie della Lettonia, gli operatori sociali e gli psicologi, che hanno successivamente trasmesso la formazione ai detenuti. In Finlandia, i nuovi programmi di trattamento carcerario necessitano dell'accreditamento da parte dell'agenzia per le sanzioni penali.

Grafico 3: Percentuale della popolazione delle carceri che fruisce della terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi



NB: I dati sono presentati per tutti i paesi in cui la terapia sostitutiva è disponibile nelle carceri, ad eccezione di Malta. I dati si riferiscono al 2008, tranne che per l'Austria e la Scozia (2007), il Belgio e i Paesi Bassi (2009). Per le note e le fonti, cfr. la tabella HSR-9 nel bollettino statistico 2010.
 Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

⁽⁴³⁾ Cfr. la tabella HSR-7 nel bollettino statistico 2010.

⁽⁴⁴⁾ Cfr. il portale migliori prassi. (<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>)

A seguito dell'incremento nella comunità del ricorso alla terapia sostitutiva sono segnalati da molti paesi incrementi nel numero di pazienti in terapia sostitutiva che entrano in carcere. La continuità della terapia sostitutiva è particolarmente importante, dati gli elevati tassi di decesso per overdose a seguito del rilascio (OEDT, 2009a) e anche al fine di ridurre il rischio di crimini commessi per reperire il denaro per il consumo di stupefacenti. Nel 2008 la continuazione della terapia sostitutiva nelle carceri è stata

resa possibile in Bulgaria, Estonia e Romania. La terapia non è però disponibile nelle carceri di paesi quali Grecia, Cipro, Lituania, Lettonia, Slovacchia e Turchia. Secondo le stime, in sei Stati membri più del 10 % di tutti i detenuti riceve la terapia sostitutiva, mentre in altri otto paesi la cifra corrispondente va dal 3 % al 10 % (cfr. il grafico 3). Nella maggior parte dei paesi la disintossicazione costituisce ancora il trattamento predefinito per i consumatori di oppioidi all'interno delle istituzioni penitenziarie.



Capitolo 3 Cannabis

Introduzione

La cannabis è la sostanza illecita maggiormente disponibile in Europa, dove è sia importata che prodotta in loco. Nella maggior parte dei paesi, il consumo di cannabis è aumentato negli anni novanta e all'inizio del nuovo millennio, anche se rimangono differenze significative 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 ottenuti dalle indagini condotte tra la popolazione generale e nelle scuole 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, 2009). Interpretati nel loro complesso, questi dati indicano che risulta difficile fare una stima precisa della produzione mondiale di cannabis. L'UNODC (2009) ritiene che la produzione mondiale di foglie di cannabis nel 2008 fosse compresa tra le 13 300 e le 66 100 tonnellate.

La coltivazione della cannabis è diffusa in Europa ed è probabilmente in crescita. Nel 2008, tutti i 29 paesi europei hanno menzionato la coltivazione domestica della cannabis, sebbene l'entità e la natura del fenomeno varino considerevolmente. Una parte significativa della cannabis utilizzata in Europa tende, tuttavia, a essere il risultato di traffico intraregionale.

Tabella 2 – Produzione, sequestri, prezzo e potenza della foglia e della resina di cannabis

	Resina di cannabis	Foglia di cannabis
Stima della produzione globale (tonnellate)	2 200-9 900	13 300-66 100
Quantità globali sequestrate (tonnellate)	1 637	6 563
Quantità sequestrata (tonnellate) UE e Norvegia (compresa Croazia e Turchia)	892 (900)	60 (92)
Numero di sequestri UE e Norvegia (compresa Croazia e Turchia)	367 400 (368 700)	273 800 (288 600)
Prezzo medio di vendita (euro al grammo) Intervallo (intervallo interquartile) ⁽¹⁾	3-10 (6-9)	3-16 (5-9)
Intervallo di potenza media (contenuto % di THC) Intervallo (intervallo interquartile) ⁽¹⁾	3-16 (6-10)	1-10 (5-8)

⁽¹⁾ Intervallo della metà intermedia dei prezzi medi riferiti.

NB: tutti i dati sono riferiti al 2008.

Fonte: UNODC (2009, 2010b) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

Le foglie di cannabis in Europa sono anche importate, per la maggior parte dall’Africa (per esempio, Nigeria, Capo Verde, Sud Africa) e, meno frequentemente, dalle Americhe, in particolare dalle isole dei Caraibi, dal Medio Oriente (Libano) e dall’Asia (Tailandia). Inoltre, in una relazione recente, sono stati citati come fonti di importazione Albania, ex Repubblica iugoslava di Macedonia, Moldavia, Montenegro e Serbia (INCB, 2010b).

La produzione mondiale di resina di cannabis nel 2008 è stata stimata tra le 2 200 e le 9 900 tonnellate (UNODC, 2009), con l’Afghanistan e il Marocco segnalati come principali produttori. Una recente indagine suggerisce che l’Afghanistan potrebbe essere attualmente il maggior produttore di resina di cannabis, con una produzione stimata tra 1 500 e 3 500 tonnellate all’anno (UNODC, 2010a). L’ultima stima disponibile per il Marocco indicava una produzione di resina di cannabis di circa 1 000 tonnellate nel 2005 (UNODC e governo del Marocco, 2007). Sebbene parte della resina di cannabis prodotta in Afghanistan sia venduta in Europa, il Marocco sembra rimanere il fornitore principale di questa sostanza per l’Europa. La resina di cannabis prodotta in Marocco è generalmente contrabbandata in Europa attraverso la penisola iberica e i Paesi Bassi.

Sequestri

Nel 2008, sono state sequestrate a livello mondiale 6 563 tonnellate di foglie di cannabis e 1 637 tonnellate di resina di cannabis (tabella 2), con un aumento globale di circa il 17 % rispetto all’anno precedente (UNODC, 2010b). La parte più consistente dei sequestri di foglie di cannabis avviene nell’America settentrionale (48 %),

mentre i sequestri di resina si concentrano ancora nell’Europa centrale e occidentale (57 %).

Si calcola che nel 2008 siano stati effettuati 289 000 sequestri di cannabis in foglie in Europa, per un totale di 92 tonnellate⁽⁴⁵⁾. Il numero dei sequestri è aumentato di due volte e mezzo tra il 2003 e il 2008. La quantità di cannabis in foglie sequestrata è rimasta relativamente stabile dal 2003 con poco più di 90 tonnellate tranne per il periodo 2004-2005 durante il quale è calata fino a circa 65 tonnellate⁽⁴⁶⁾. Il maggior numero di sequestri di foglie di cannabis è stato registrato nel Regno Unito, dove è stata realizzata circa la metà di tutti i sequestri effettuati tra il 2005 e il 2007, per un totale di 20 tonnellate o più all’anno. La Turchia (31 tonnellate) e la Germania (9 tonnellate) hanno segnalato sequestri record nel 2008.

I sequestri di resina di cannabis in Europa superano quelli delle foglie di cannabis per numero e quantità⁽⁴⁷⁾. Nel 2008 sono stati effettuati circa 369 000 sequestri di resina di cannabis, e i quantitativi di sostanza intercettata sono stati di 900 tonnellate, pari a quasi dieci volte la quantità di foglie di cannabis sequestrata. Tra il 2003 e il 2008, il numero di sequestri di resina di cannabis è aumentato costantemente, mentre i quantitativi recuperati, dopo un declino iniziale, hanno continuato ad aumentare dal 2006. Nel 2008, circa la metà del numero totale di sequestri di resina di cannabis e tre quarti della quantità di sostanza sequestrata sono stati sempre segnalati dalla Spagna mentre quantità record di resina di cannabis sono state sequestrate da Francia (71 tonnellate), Portogallo (61 tonnellate) e Italia (34 tonnellate).

Il numero di sequestri di piante di cannabis è aumentato dal 2003, raggiungendo, secondo le stime, i 19 000 casi nel 2008. I paesi citano le quantità sequestrate in base al numero delle piante o come una stima del peso. Il numero di piante sequestrate è aumentato da 1,7 milioni nel 2003 a 2,6 milioni nel 2007, prima di scendere a 1,2 milioni nel 2008⁽⁴⁸⁾. Il peso delle piante sequestrate è aumentato del 4,5 nel corso del periodo raggiungendo le 43 tonnellate nel 2008, di cui 24 tonnellate riferite dalla Spagna e 15 tonnellate dalla Bulgaria.

Potenza e prezzo

La potenza dei prodotti di cannabis è determinata dal loro tenore in Δ^9 -tetraidrocannabinolo (THC), il principale

Insight OEDT: produzione e mercati della cannabis in Europa

Nel 2011, l’OEDT pubblicherà un nuovo «Insight» sulla produzione e sui mercati della cannabis. La relazione sarà incentrata sulla fornitura di prodotti a base di cannabis nei paesi europei ed esaminerà il tipo di prodotti disponibili, le loro origini, le rispettive parti di mercato e altre questioni relative alle strutture di distribuzione e di mercato. Alla coltivazione della cannabis all’interno dei confini europei, che è diventata più visibile negli ultimi anni, verrà attribuita un’attenzione particolare.

⁽⁴⁵⁾ I dati sul sequestro di sostanze stupefacenti a livello europeo citati in questo capitolo possono essere reperiti nelle tabelle da SZR-1 a SZR-6 nel bollettino statistico 2010.

⁽⁴⁶⁾ Si tratta di un’analisi preliminare poiché i dati del 2008 per il Regno Unito non sono ancora disponibili.

⁽⁴⁷⁾ A causa delle differenze dovute alle dimensioni delle spedizioni e alle distanze percorse, oltre alla necessità di attraversare i confini internazionali, il rischio di sequestro della resina di cannabis è maggiore rispetto a quello delle foglie di cannabis prodotte in loco.

⁽⁴⁸⁾ L’analisi non include i sequestri riferiti dalla Turchia di 31 milioni di piante di cannabis nel 2003 e 20 milioni di piante nel 2004, poiché i dati sui quantitativi sequestrati non sono disponibili per gli anni successivi.

principio attivo. La potenza della sostanza varia notevolmente sia da un paese all'altro sia all'interno dello stesso paese nonché a seconda dei diversi prodotti di cannabis. Le informazioni sulla potenza della cannabis si basano principalmente sull'analisi forense della cannabis sequestrata, selezionata a campione. Non è chiaro in che misura i campioni analizzati rispecchino la situazione del mercato globale, pertanto i dati sulla potenza della sostanza devono essere interpretati con cautela.

Nel 2008, il tenore medio nazionale di THC riferito della resina di cannabis era compreso tra il 3 % e il 16 %.

La potenza media delle foglie di cannabis (laddove possibile escludendo la sinsemilla, la forma più potente di foglie di cannabis) era compresa tra l'1 % e il 10 %. La potenza media della sinsemilla è stata segnalata solo da alcuni paesi: è sempre stata maggiore delle foglie di cannabis importate ed era compresa tra il 12 % in Norvegia e appena oltre il 16 % nei Paesi Bassi e nel Regno Unito. Nel periodo 2003-2008, sono state rilevate differenze nella potenza media della resina di cannabis negli 11 paesi che hanno fornito dati sufficienti, mentre la potenza delle foglie di cannabis è aumentata in sei dei paesi che hanno fornito informazioni e diminuita in quattro. Le informazioni sulla potenza delle foglie di cannabis prodotte localmente nell'arco di parecchi anni sono disponibili solo per i Paesi Bassi, dove è stato osservato di recente un calo nella potenza media del *nederwiet*, che è passata da un picco del 20 % nel 2004 al 16 % nel 2007 e nel 2008 ⁽⁴⁹⁾.

Il prezzo medio al dettaglio della resina di cannabis, nel 2008, variava dai 3 ai 10 euro al grammo nei 17 paesi che hanno fornito informazioni; 12 di essi hanno riferito valori compresi tra 6 e 9 euro. Il prezzo medio al dettaglio delle foglie di cannabis varia tra 3 e 16 euro al grammo nei 16 paesi che hanno fornito informazioni e dieci di questi hanno riferito prezzi compresi tra 5 e 9 euro. Per tutti i paesi i cui dati coprono il periodo 2003-2008, il prezzo medio al dettaglio della resina di cannabis è diminuito o è rimasto stabile, ad eccezione del Belgio e dell'Austria, dove è aumentato. Negli stessi anni, i dati disponibili per le foglie di cannabis indicano una situazione più stabile o un aumento dei prezzi in Europa, mentre tendenze alla diminuzione sono state segnalate solo in Ungheria e Turchia.

Prevalenza e modelli di consumo

Uso della cannabis tra la popolazione generale

Secondo stime prudenti la cannabis è stata utilizzata almeno una volta (prevalenza una tantum) da circa

Ricavi e profitti derivanti dalla coltivazione illegale della cannabis

Le stime realizzate dalle forze di polizia suggeriscono che le piante di cannabis sequestrate nel 2008 potrebbero aver generato vendite pari a 70 milioni di euro in Belgio e a 76 milioni di euro nel Regno Unito (NPIA, 2009) e profitti all'ingrosso compresi tra 36 milioni di euro e 61 milioni di euro in Germania. Il reddito totale generato dalla produzione commerciale illegale della cannabis è, tuttavia, difficile da valutare perché queste cifre si riferiscono soltanto alle piante di cannabis intercettate. La valutazione dei profitti deve considerare diverse altre variabili.

Il reddito proveniente dalla produzione commerciale illegale della cannabis dipende da molti fattori, tra cui: le dimensioni della piantagione, il numero di piante, il rendimento medio per pianta e il numero di raccolti all'anno. Un'elevata densità delle piante e raccolti frequenti riducono generalmente il rendimento ottenuto da ogni pianta. Il reddito generato dipende anche dal fatto che il raccolto sia venduto nei mercati al dettaglio o all'ingrosso, poiché i prezzi sono generalmente più elevati nei mercati al dettaglio.

I costi associati alla produzione commerciale illegale della cannabis nelle piantagioni in interni comprendono le spese per i locali, le riserve di semi o di piante, il terreno o la lana minerale, i nutrienti, le luci e le pompe, gli attrezzi, la ventilazione e la manodopera. Anche l'elettricità, quando non è ottenuta illegalmente, è un elemento importante dei costi di produzione. Per calcolare il reddito e i profitti derivanti dalle piantagioni illegali di cannabis, le autorità olandesi incaricate dell'applicazione della legge hanno sviluppato norme tecniche, che aggiornano regolarmente. In Belgio e nel Regno Unito sono in via di sviluppo, inoltre, nuove metodologie.

75,5 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 3 per una sintesi dei dati). Vi sono differenze notevoli tra un paese e l'altro, tali per cui i dati nazionali oscillano tra l'1,5 % e il 38,6 %. La maggioranza dei paesi riferisce stime comprese tra il 10 e il 30 %.

Si ritiene che circa 23 milioni di europei abbiano utilizzato la cannabis nell'ultimo anno, pari, in media, al 6,8 % 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 con frequenza giornaliera e in modo intensivo. Si stima infine che circa 12,5 milioni di europei abbiano utilizzato questa sostanza nell'ultimo mese, un dato questo che corrisponde a circa il 3,7 % di tutti coloro che rientrano nella fascia di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

⁽⁴⁹⁾ Cfr. le tabelle PPP-1 e PPP-5 nel bollettino statistico 2010 per i dati sulla potenza e sui prezzi.

Consumo di cannabis tra giovani adulti

Il consumo della cannabis si concentra prevalentemente tra i giovani adulti (15-34 anni), fra 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 che hanno fornito informazioni tranne il Portogallo ⁽⁵⁰⁾.

Secondo dati provenienti da indagini condotte sulla popolazione, in media il 31,6 % dei giovani adulti europei (15-34 anni) ha utilizzato la cannabis almeno una volta nella vita, mentre il 12,6 % ne ha fatto uso nell'ultimo anno e il 6,9 % 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 (16 %) o nell'ultimo mese (8,4 %). Le stime nazionali sulla prevalenza del consumo di cannabis variano marcatamente da un paese all'altro in tutte le misure di prevalenza. Per esempio, le stime della prevalenza dell'ultimo anno del consumo tra giovani adulti in paesi che hanno tassi di prevalenza più elevati sono maggiori di oltre 30 volte rispetto a quelli con tassi di prevalenza minori.

Il consumo di cannabis è generalmente più alto tra gli uomini che tra le donne. 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 1,4 uomini per ogni donna in Bulgaria ⁽⁵¹⁾.

Il consumo di cannabis è particolarmente elevato tra certi gruppi di giovani, per esempio, quelli che frequentano spesso discoteche, pub, locali notturni ed eventi musicali (Hoare, 2009). Dalle indagini mirate condotte recentemente negli ambienti della musica elettronica nella Repubblica ceca, in Austria e nel Regno Unito è emerso che oltre l'80 % degli interpellati aveva fatto uso di cannabis, una percentuale molto superiore a quella della media europea tra giovani adulti (Measham e Moore, 2009).

Consumo di cannabis tra gli studenti

L'indagine ESPAD, condotta ogni quattro anni, fornisce dati confrontabili su alcol e consumo di droga tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni in Europa (Hibell e altri, 2009). Nel 2007, l'indagine è stata condotta in 25 Stati membri dell'UE, in Norvegia e in Croazia. Inoltre, nel 2008, Spagna, Italia, Svezia, Regno Unito e Belgio (comunità fiamminga) hanno condotto le proprie indagini regionali nelle scuole.

I dati dell'indagine ESPAD 2007 e delle indagini nazionali nelle scuole del 2008 rivelano che la più elevata prevalenza del consumo di cannabis una tantum tra gli studenti di età compresa tra 15 e 16 anni si registra nella Repubblica ceca (45 %), mentre Estonia, Francia, Paesi Bassi, Slovacchia e Regno Unito riferiscono livelli di prevalenza che oscillano tra il 26 % e il 32 %. Livelli di prevalenza di consumo una tantum di cannabis compresi tra il 13 % e il 25 % sono stati comunicati da 15 paesi. I livelli più bassi (inferiori al 10 %) sono stati riferiti da Grecia, Cipro, Romania, Finlandia, Svezia e Norvegia. Il consumo di cannabis varia meno tra i sessi nella popolazione di studenti che non in quella di giovani adulti. Il rapporto tra i generi fra gli studenti delle scuole rispetto al consumo di cannabis va da valori prossimi all'unità in Spagna e nel Regno Unito al 2:1 o valori superiori a Cipro, in Grecia, in Polonia e in Romania ⁽⁵²⁾.

Confronti sul piano internazionale

I dati relativi all'Europa possono essere confrontati con quelli provenienti da altre zone del mondo. In Canada, per esempio, nel 2008 la prevalenza una tantum del consumo di cannabis tra i giovani adulti è stata del 53,8 % e la prevalenza dell'ultimo anno del 24,1 %. Negli Stati Uniti, l'indagine SAMHSA (2008) ha stimato una prevalenza una tantum del consumo di cannabis del 49 % (nella fascia di età di 16-34 anni, ricalcolata dall'OEDT) e una prevalenza dell'ultimo anno del 21,5 %, mentre in Australia (2007) le cifre erano rispettivamente il 47 e il 16 % per la fascia di età dei 14-39 anni. Tutti questi valori sono superiori alle medie europee, che sono rispettivamente del 31,6 % e del 12,6 %.

Tra gli studenti, la Repubblica ceca, la Spagna, la Francia e la Slovacchia riferiscono livelli di prevalenza una tantum del consumo di cannabis paragonabili a quelli registrati negli Stati Uniti e in Australia ⁽⁵³⁾.

Tendenze relative al consumo di cannabis

Durante il periodo dal 1998 al 2008 per i 15 paesi che sono in grado di fornire dati sufficienti si possono osservare tre tendenze principali nel consumo di cannabis tra adulti (grafico 4). Cinque paesi (Bulgaria, Grecia, Ungheria, Finlandia, Svezia) hanno riferito livelli bassi (inferiori al 9 %) e relativamente stabili di prevalenza del consumo di cannabis nell'ultimo anno tra giovani adulti. Sei paesi (Danimarca, Germania, Spagna, Francia, Paesi Bassi, Regno Unito) hanno segnalato livelli di prevalenza più elevati ma stabili o in calo negli ultimi anni. Anche

⁽⁵⁰⁾ Cfr. il grafico GPS-1 nel bollettino statistico 2010.

⁽⁵¹⁾ Cfr. la tabella GPS-4 (parte iii) e (parte iv) nel bollettino statistico 2010.

⁽⁵²⁾ Cfr. la tabella EYE-20 (parte ii) e (parte iii) nel bollettino statistico 2010.

⁽⁵³⁾ Cfr. il grafico EYE-1 (parte xii) nel bollettino statistico 2010.

Tabella 3 – 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	75,5 milioni	23 milioni	12,5 milioni
Media europea	22,5 %	6,8 %	3,7 %
Intervallo	1,5-38,6 %	0,4-15,2 %	0,1-8,5 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (1,5 %) Malta (3,5 %) Cipro (6,6 %) Bulgaria (7,3 %)	Romania (0,4 %) Malta (0,8 %) Grecia (1,7 %) Svezia (1,9 %)	Romania (0,1 %) Malta, Svezia (0,5 %) Grecia, Polonia (0,9 %) Lituania, Ungheria (1,2 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Danimarca (38,6 %) Repubblica ceca (34,2 %) Italia (32,0 %) Regno Unito (31,1 %)	Repubblica ceca (15,2 %) Italia (14,3 %) Spagna (10,1 %) Francia (8,6 %)	Repubblica ceca (8,5 %) Spagna (7,1 %) Italia (6,9 %) Francia (4,8 %)
15-34 anni			
Numero stimato di consumatori in Europa	42 milioni	17 milioni	9,5 milioni
Media europea	31,6 %	12,6 %	6,9 %
Intervallo	2,9-53,3 %	0,9-28,2 %	0,3-16,7 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (2,9 %) Malta (4,8 %) Cipro (9,9 %) Grecia (10,8 %)	Romania (0,9 %) Malta (1,9 %) Grecia (3,2 %) Cipro (3,4 %)	Romania (0,3 %) Svezia (1,0 %) Grecia (1,5 %) Polonia (1,9 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Repubblica ceca (53,3 %) Danimarca (48,0 %) Francia (43,6 %) Regno Unito (40,5 %)	Repubblica ceca (28,2 %) Italia (20,3 %) Spagna (18,8 %) Francia (16,7 %)	Repubblica ceca (16,7 %) Spagna (13,4 %) Italia (9,9 %) Francia (9,8 %)
15-24 anni			
Numero stimato di consumatori in Europa	19,5 milioni	10 milioni	5,5 milioni
Media europea	30,9 %	16,0 %	8,4 %
Intervallo	3,7-58,6 %	1,5-37,3 %	0,5-22,4 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (3,7 %) Malta (4,9 %) Cipro (6,9 %) Grecia (9,0 %)	Romania (1,5 %) Grecia, Cipro (3,6 %) Svezia (4,9 %) Portogallo (6,6 %)	Romania (0,5 %) Grecia, Svezia (1,2 %) Cipro (2,0 %) Polonia (2,5 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Repubblica ceca (58,6 %) Francia (42,0 %) Danimarca (41,1 %) Germania (39,0 %)	Repubblica ceca (37,3 %) Spagna (24,1 %) Italia (22,3 %) Francia (21,7 %)	Repubblica ceca (22,4 %) Spagna (16,9 %) Francia (12,7 %) Italia (11,0 %)

Le stime della prevalenza europea si basano su medie ponderate ricavate dalle ultime indagini nazionali eseguite dal 2001 al 2008/2009 (principalmente 2004-2008), pertanto non possono essere collegate a un unico anno. 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 sono disponibili informazioni è stata attribuita la prevalenza UE media. Popolazioni utilizzate quale base: fascia 15-64 (334 milioni), 15-34 (133 milioni) e 15-24 (63 milioni). I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» nel bollettino statistico 2010.

quattro altri paesi (Repubblica ceca, Estonia, Italia, Slovacchia) hanno riferito livelli superiori di consumo di cannabis tra i giovani adulti, ma tendenze in aumento negli ultimi anni.

Osservando le ultime tendenze nel consumo di cannabis tra i giovani adulti, la maggior parte dei 12 paesi in cui

sono state condotte indagini ripetute durante il periodo 2003-2008 ha riferito una situazione stabile (Danimarca, Germania, Spagna, Ungheria, Svezia, Finlandia, Regno Unito). Cinque paesi hanno segnalato un aumento del consumo di cannabis nel corso di questo periodo, di almeno due punti in percentuale in Bulgaria, Estonia

e Slovacchia e di circa otto punti in percentuale nella Repubblica ceca e in Italia.

In Europa sono stati riscontrati modelli simili di evoluzione delle tendenze nel tempo riguardo al consumo di cannabis tra gli studenti tra il 1995 e il 2007 (OEDT, 2009a). Sette paesi, situati principalmente nell'Europa settentrionale e meridionale (Grecia, Cipro, Malta, Romania, Finlandia, Svezia, Norvegia), riferiscono una prevalenza di consumo di cannabis globalmente stabile e bassa durante l'intero periodo. La maggior parte dei paesi dell'Europa occidentale, oltre a Croazia e Slovenia, che aveva una prevalenza di consumo di cannabis una tantum elevata o marcatamente in crescita fino al 2003, ha osservato un calo o una stabilizzazione nel 2007. Tra questi 11 paesi, nove hanno riferito un calo e due condizioni stabili. La situazione appare piuttosto diversa nella maggior parte dell'Europa centrale e orientale, dove la tendenza all'aumento osservata tra il 1995 e il 2003 sembra essersi appianata. In questa regione, sei paesi riferiscono condizioni stabili e due un aumento tra il 2003 e il 2007.

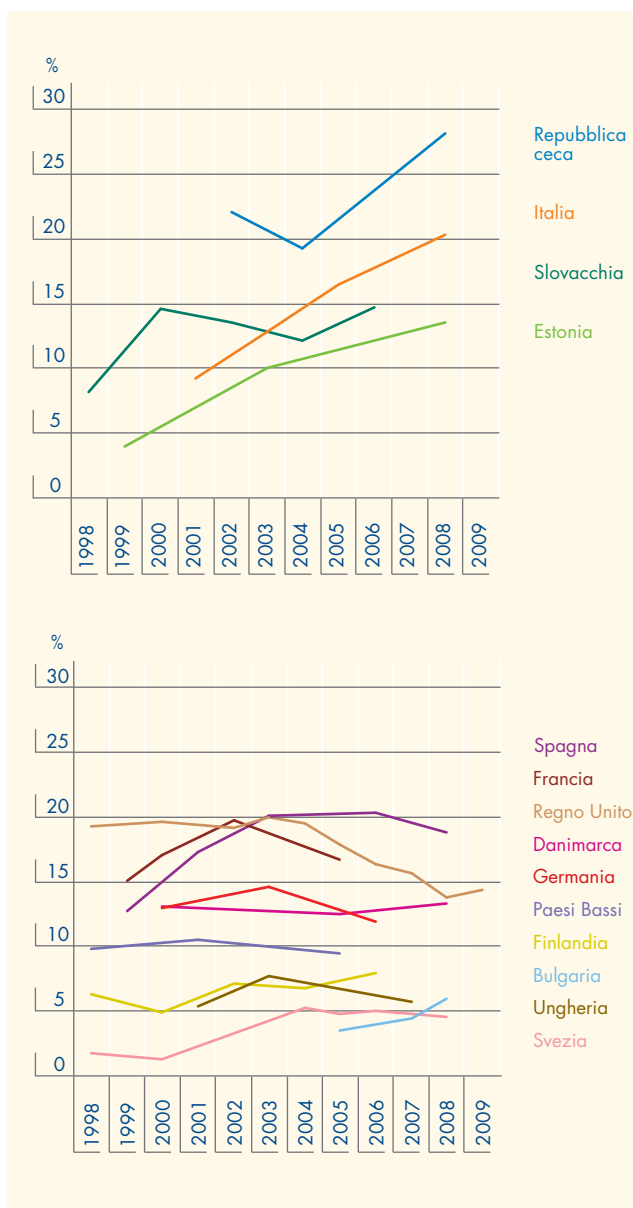
Tre paesi che hanno condotto indagini nelle scuole nel 2008 (Belgio-comunità fiamminga, Svezia e Regno Unito) segnalano una prevalenza di consumo di cannabis una tantum stabile o più bassa rispetto al 2007, mentre la Spagna riferisce un calo di oltre tre punti percentuali. Anche i dati dell'indagine nelle scuole comunicati da Stati Uniti e Australia rivelano un andamento in calo, osservato per la prima volta in Australia nel 1999 (54).

Modelli del consumo di cannabis

I dati disponibili riflettono l'esistenza di una certa varietà di modelli di consumo di cannabis, che spaziano dal consumo sperimentale alla dipendenza. Numerosi individui usano la sostanza solo una o due volte, altri la consumano occasionalmente o durante un periodo di tempo limitato. 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 (55). Tuttavia, tra coloro che l'hanno usata nell'ultimo anno, in media, metà l'ha fatto durante l'ultimo mese.

I dati di un campione di 13 paesi europei, la cui popolazione rappresenta il 77 % della popolazione adulta dell'Unione europea e della Norvegia, mostrano che sui 12,5 milioni di europei che si ritiene abbiano consumato cannabis durante l'ultimo mese, circa il 40 % potrebbe avere fatto uso della sostanza per 1-3 giorni durante tale mese, circa un terzo per 4-19 giorni e un quarto

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



NB: Cfr. il grafico GPS-4 nel bollettino statistico 2010 per ulteriori informazioni.
 Fonte: Relazioni nazionali Reitox (2009), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

per 20 giorni o più. Sulla base di questi dati 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 (56). La prevalenza del consumo di cannabis quotidiano

(54) Cfr. il grafico EYE-1 (parte xii) nel bollettino statistico 2010.

(55) Cfr. il grafico GPS-2 nel bollettino statistico 2010.

(56) Le medie europee 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 i quali 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-10 nel bollettino statistico 2010.

o quasi quotidiano è quattro volte maggiore nei maschi che nelle femmine.

In dieci paesi europei che hanno fornito i dati per lo ESPAD condotto tra studenti di età compresa tra 15 e 16 anni, percentuali relativamente elevate di studenti di sesso maschile (5-12 %) hanno riferito di avere utilizzato cannabis in 40 o più occasioni. Questa quota rappresenta almeno il doppio di quella riscontrata presso le femmine. Nella maggior parte di questi paesi una percentuale di studenti compresa tra il 5 % e il 9 % ha riferito di avere iniziato a consumare cannabis all'età di 13 anni o prima. Tale gruppo suscita preoccupazione poiché l'inizio precoce del consumo è stato associato con il successivo sviluppo di forme più intensive e problematiche di consumo di droga.

Fattori di rischio per l'iniziazione alla cannabis e la dipendenza da cannabis

I ricercatori hanno provato a scoprire perché alcuni consumatori di cannabis diventano dipendenti mentre altri no. Uno dei loro risultati è che i fattori correlati all'iniziazione al consumo di cannabis sono spesso diversi da quelli che portano al consumo problematico e alla dipendenza dalla cannabis. Alcuni fattori esterni (consumo della droga da parte di amici e disponibilità della cannabis) e i fattori riferiti all'individuo (per esempio un atteggiamento positivo nei confronti del consumo futuro di sostanze stupefacenti) sono associati specificamente all'iniziazione al consumo di cannabis (Von Sydow e altri, 2002). Altri fattori sono connessi, con importanza diversa, sia all'iniziazione che alla dipendenza dalla cannabis. Tra questi vi sono fattori genetici (Agrawal e Lynskey, 2006), fattori individuali, come il sesso maschile, disturbi mentali e il consumo di altre sostanze (alcol, tabacco e altro). Anche fattori familiari come avere un rapporto difficile con la madre e crescere senza entrambi i genitori sono legati all'iniziazione alla cannabis, mentre il divorzio o la separazione dei genitori e la morte di un genitore prima dei 15 anni sono legati alla dipendenza dalla cannabis (Coffey e altri, 2003; Swift e altri, 2008; Von Sydow, 2002).

I fattori specificamente associati alla progressione verso la dipendenza comprendono modelli intensivi o rischiosi di consumo della cannabis, consumo persistente e inizio precoce. Gli individui che hanno sperimentato effetti positivi (per esempio felicità, allegria) nel loro consumo precoce della cannabis (all'età di 14-16 anni) hanno avuto un rischio maggiore di dipendenza dalla cannabis nel corso della loro vita. Inoltre, sono associati alla progressione verso la dipendenza vari fattori psicologici e di salute mentale (tra cui una bassa autostima, uno scarso autocontrollo e capacità di reazione) e fattori socioeconomici (tra cui un basso status socioeconomico e una cattiva situazione finanziaria) (Coffey e altri, 2003; Fergusson e altri, 2003; Swift e altri, 2008; Von Sydow, 2002).

Sempre più spesso la dipendenza da cannabis è riconosciuta come una possibile conseguenza del consumo regolare della sostanza, persino tra i giovani consumatori⁽⁵⁷⁾. Tuttavia la pericolosità e gli effetti di questa abitudine possono sembrare meno gravi di quelli comunemente riscontrati per altre sostanze psicoattive (per esempio, eroina o cocaina). Lo sviluppo della dipendenza da cannabis può essere più graduale rispetto ad alcune altre droghe (Wagner e Anthony, 2002). È stato segnalato che la metà dei consumatori dipendenti da cannabis che smette di assumere la droga è in grado di farlo senza terapia (Cunningham, 2000). Ciononostante, alcuni consumatori di cannabis, in particolare i consumatori assidui, possono sperimentare problemi senza necessariamente soddisfare i criteri clinici della dipendenza⁽⁵⁸⁾.

Il consumo di cannabis è stato correlato all'appartenenza a gruppi vulnerabili o socialmente svantaggiati, quali, per esempio, gli studenti che abbandonano la scuola prematuramente, ragazzi problematici, che si assentano da scuola, bambini assistiti nelle strutture pubbliche e private, giovani che hanno commesso reati e persone che vivono in quartieri economicamente depressi (OEDT, 2008c). Può anche essere associato al consumo di altre sostanze. Per esempio, i giovani adulti (di età compresa tra i 15 e i 34 anni) che hanno riferito un forte o frequente consumo di alcol nell'ultimo anno erano da 2 a 6 volte più inclini a segnalare il consumo di cannabis rispetto alla popolazione generale. Sebbene la maggior parte dei consumatori di cannabis non faccia uso di altre sostanze illecite, esistono più probabilità che ciò si verifichi rispetto alla popolazione generale. I consumatori di cannabis adolescenti riferiscono anche una prevalenza superiore di due o tre volte di consumo del tabacco da fumo rispetto alla popolazione generale di studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni.

Alcuni consumatori di cannabis assumono modelli di consumo più rischiosi, quali il consumo di cannabis con un contenuto molto elevato di THC (Δ^9 -tetraidrocannabinolo) o in grandi quantità e inalando la sostanza da una pipa ad acqua («bong») anziché da uno «spinello». Questi consumatori in genere riferiscono maggiori problemi di salute, inclusa la dipendenza (Chabrol e altri, 2003; Swift e altri, 1998).

Trattamento

Domanda di trattamento

Nel 2008, la cannabis era la droga primaria nel 21 % circa di tutte le richieste di trattamento (circa

⁽⁵⁷⁾ Cfr. il riquadro «Fattori di rischio per l'iniziazione al consumo e alla dipendenza da cannabis».

⁽⁵⁸⁾ Cfr. il riquadro «Effetti negativi sulla salute del consumo di cannabis».

85 000 pazienti) riferite da 27 paesi, diventando così la sostanza più segnalata dopo l'eroina. La cannabis è citata tra le principali cause sottese all'avvio di un trattamento da meno del 5 % dei consumatori primari di cannabis in Bulgaria, Estonia, Lituania, Lussemburgo e Slovenia e da oltre il 30 % in Danimarca, Germania, Francia, Ungheria e Paesi Bassi, dove la maggior parte dei consumatori di cannabis si affida al trattamento ambulatoriale ⁽⁵⁹⁾.

Tali differenze possono essere spiegate dalla prevalenza dell'uso della cannabis e di altre sostanze, dalle esigenze terapeutiche, dall'erogazione e organizzazione della terapia o dalle prassi di affidamento ai servizi sanitari. In uno dei paesi con le percentuali più elevate di pazienti in trattamento per la cannabis, i centri di consulenza sono rivolti ai giovani consumatori della sostanza (Francia), mentre nell'altro (Ungheria), ai condannati per reati connessi al consumo di cannabis viene offerta la possibilità di sottoporsi al trattamento in alternativa alla pena. Le autorità giudiziarie svolgono un ruolo sostanziale nell'indirizzare i soggetti alle strutture di cura in entrambi i paesi, tuttavia, nel complesso, gli Stati membri riferiscono che la maggior parte dei consumatori di cannabis che si sottopongono al trattamento in Europa lo fanno di propria iniziativa. Alcuni consumatori possono anche iniziare il trattamento a causa di altre condizioni soggiacenti, quali problemi psicologici per cui non possono reperire un adeguato trattamento altrove (Zachrisson e altri, 2006).

Numerosi consumatori di cannabis riferiscono il consumo di alcol o di altre droghe. In base a una raccolta dati eseguita in 14 paesi, il 65 % dei pazienti assume un'altra sostanza, per la maggior parte alcol o cocaina e alcuni riferiscono il consumo sia di alcol che di cocaina (OEDT, 2009d). La cannabis viene segnalata come droga secondaria dal 24 % di tutti i pazienti che si sono sottoposti al trattamento ambulatoriale ⁽⁶⁰⁾.

Tendenze nelle nuove domande di trattamento

Nei 18 paesi per i quali sono disponibili i dati, il numero di pazienti che riferiscono un consumo primario di cannabis tra quelli che si sottopongono al trattamento per la prima volta è aumentato da circa 23 000 a 35 000 nel periodo 2003-2007, prima di diminuire leggermente a circa 33 000 nel 2008. A partire dal 2005 e dal 2006, 13 paesi hanno segnalato cali del numero di nuovi pazienti in terapia per la dipendenza da cannabis ⁽⁶¹⁾. Ciò potrebbe rispecchiare le recenti tendenze in calo

del consumo di cannabis, ma potrebbe anche essere collegato alla saturazione della capacità dei servizi o all'utilizzo di altri servizi (per esempio, assistenza sanitaria primaria, centri di salute mentale).

Profili dei pazienti

I consumatori di cannabis che iniziano la terapia in regime ambulatoriale in Europa sono prevalentemente giovani di sesso maschile, con rapporto uomo-donna di 5:1 e hanno in media 25 anni. Tra i consumatori di droga che si sottopongono per la prima volta a un trattamento ambulatoriale, il consumo primario di cannabis è segnalato dal 69 % dei pazienti della fascia di età di 15-19 anni e dall'83 % di quelli di età inferiore ai 15 anni ⁽⁶²⁾.

Nel complesso, il 22 % dei soggetti in trattamento ambulatoriale che riferisce un consumo primario di cannabis è costituito da consumatori occasionali (o che non l'hanno consumata il mese precedente all'inizio del trattamento), probabilmente indirizzati ai servizi terapeutici dalle autorità giudiziarie; l'11 % consuma cannabis una volta alla settimana o meno spesso; circa il 17 % ne fa uso da 2 a 6 volte alla settimana e il 50 % la consuma quotidianamente e rappresenta il gruppo più problematico. Sono state osservate differenze significative tra i diversi paesi. In Ungheria, Romania e Croazia, oltre la metà dei pazienti è costituita da consumatori occasionali mentre in Belgio, Danimarca, Spagna, Francia, Malta e Paesi Bassi oltre il 50 % dei pazienti è costituito da consumatori quotidiani ⁽⁶³⁾.

Messa a disposizione di trattamenti

Il trattamento per i consumatori di cannabis in Europa copre un'ampia gamma di misure, tra cui trattamento basato su Internet, consulenza psicologica, interventi psicosociali strutturati e trattamento presso strutture ospedaliere. Esiste anche una sovrapposizione frequente in questo campo tra prevenzione selettiva, riduzione del danno e interventi di trattamento (cfr. il capitolo 2).

In Francia, la rete dei centri di consulenza psicologica per i giovani, nota anche come «cliniche della cannabis», fornisce ai consumatori servizi di diverso approccio e durata in base alla gravità della situazione. In uno studio condotto in 226 dei 274 centri di consulenza nel 2007, il 47 % dei pazienti in regime ambulatoriale è stato diagnosticato come consumatore occasionale senza sintomi di dipendenza o abuso e circa il 30 % di

⁽⁵⁹⁾ Cfr. il grafico TDI-2 (parte ii) e le tabelle TDI-5 (parte ii) e TDI-24 nel bollettino statistico 2010.

⁽⁶⁰⁾ Cfr. la tabella TDI-22 (parte i) nel bollettino statistico 2010.

⁽⁶¹⁾ Cfr. il grafico TDI-1 e la tabella TDI-3 (parte iv) nel bollettino statistico 2010.

⁽⁶²⁾ Cfr. le tabelle TDI-10 (parte iii) e (parte iv) e TDI-21 (parte ii) nel bollettino statistico 2010.

⁽⁶³⁾ Cfr. le tabelle TDI-18 (parte ii) e TDI-111 (parte viii) nel bollettino statistico 2010.

Effetti negativi sulla salute del consumo di cannabis

Diverse analisi recenti hanno esaminato gli effetti negativi sulla salute associati al consumo di cannabis (OEDT, 2008a; Hall e Degenhardt, 2009). Questi comprendono effetti acuti come ansietà, reazione da panico e sintomi psicotici, che sono spesso riferiti da chi consuma cannabis per la prima volta. Tali effetti sono responsabili di un gran numero di richieste di ricovero in pronto soccorso correlate alla droga nei pochi paesi che le monitorizzano. Inoltre, il consumo di cannabis sembra accrescere da due a tre volte il rischio di coinvolgimento in un incidente stradale (OEDT, 2008b).

Il consumo di cannabis può avere anche effetti cronici che possono essere direttamente collegati con i modelli di consumo (frequenza e quantità). Tra questi vi è la dipendenza dalla cannabis ma anche la bronchite cronica e altri disturbi respiratori. Il consumo di cannabis in gravidanza può ridurre il peso del nascituro ma non sembra determinare difetti congeniti. L'associazione del consumo di cannabis alla depressione e al suicidio non è ancora certa.

L'effetto della cannabis sulle prestazioni cognitive e la sua reversibilità rimangono poco chiari. Il consumo regolare di cannabis nell'adolescenza potrebbe influire negativamente sulla salute mentale dei giovani adulti, con prove di un maggior rischio di sintomi psicotici e di disordini che aumentano con la frequenza del consumo (Hall e Degenhardt, 2009; Moore e altri, 2007).

Mentre il rischio individuale correlato al consumo di cannabis sembra più basso di quello associato all'eroina o alla cocaina, esistono problemi sanitari e, a causa dell'elevata prevalenza d'uso, l'effetto della cannabis sulla salute pubblica può essere significativo. Si dovrebbe prestare particolare attenzione al consumo di cannabis da parte degli adolescenti e delle persone con problemi di salute mentale. Altri motivi di preoccupazione sono il consumo frequente di cannabis, il consumo per lunghi periodi, alla guida o durante altre attività potenzialmente pericolose.

questi non ha ricevuto ulteriore consulenza psicologica (Obradovic, 2009). Al contrario, tra il 53 % dei pazienti ai quali è stata diagnosticata dipendenza o abuso al momento dell'ammissione al trattamento, a quasi l'80 % è stata offerta ulteriore consulenza, mentre la maggior parte degli altri pazienti sono stati indirizzati a centri terapeutici. La metà dei pazienti che hanno assistito a una seconda sessione di consulenza ha riferito una riduzione del consumo di cannabis. Ciò è maggiormente diffuso tra i pazienti che si sono sottoposti volontariamente al trattamento o che sono stati indirizzati dai professionisti del sistema sanitario, mentre quelli indirizzati ai servizi terapeutici dalle autorità giudiziarie sono più inclini ad abbandonare il trattamento dopo qualche sessione.

In alternativa all'azione penale, il sistema giudiziario in Ungheria indirizza le persone responsabili di reati correlati alla droga a un «servizio di consulenza preventiva» e i casi più gravi alle strutture terapeutiche specializzate. I consumatori indirizzati ai servizi terapeutici dalle autorità giudiziarie, circa l'85 % di tutti i pazienti in terapia per la cannabis, devono ricorrere alla consulenza psicosociale o al trattamento almeno una volta ogni quindici giorni per sei mesi, per ottenere un certificato di rilascio. In caso contrario possono essere perseguiti legalmente.

La Germania, i Paesi Bassi e il Regno Unito offrono un trattamento basato su Internet al fine di facilitare l'accesso ai consumatori che sono riluttanti a cercare aiuto all'interno del sistema terapeutico specializzato. Gli interventi di trattamento online includono programmi di auto-aiuto senza contatto con i consulenti o programmi strutturati con contatti programmati (cfr. OEDT, 2009b). Nei Paesi Bassi sono attualmente in fase di sviluppo un'etichetta della qualità e linee guida in questo campo.

I Paesi Bassi riferiscono inoltre la valutazione di un nuovo intervento motivazionale familiare rivolto ai consumatori di cannabis con insorgenza recente di schizofrenia. Tale intervento mira a ridurre il consumo di cannabis, aumentare la conformità medica e a migliorare le relazioni tra genitori e figli all'interno di questo gruppo. I risultati preliminari, dopo tre mesi, mostrano una riduzione significativa del consumo di cannabis rispetto alla psicoeducazione abituale, mentre le altre variabili di risultato non variano.

Studi recenti sul trattamento dei consumatori di cannabis

Un numero relativamente esiguo di studi ha valutato l'efficacia degli interventi mirati per i consumatori di cannabis (Levin e Kleber, 2008), nonostante l'aumento del numero di domande di trattamento. Sono state condotte ricerche riguardanti sia gli interventi farmacoterapeutici che psicosociali, tuttavia i risultati non sono conclusivi.

Uno studio randomizzato controllato di recente pubblicazione ha valutato l'efficacia dei colloqui motivazionali rispetto alle informazioni e alla consulenza sulla droga e non ha riscontrato differenze significative nel consumo di cannabis (McCambridge e altri, 2008). Ha rilevato inoltre che gli effetti dell'intervento del medico generico possono influenzare i tassi di cessazione del consumo di cannabis, limitando pertanto la trasferibilità degli interventi. Gli studi europei in quest'area valutano l'efficacia della terapia multidimensionale familiare (INCANT), dell'arricchimento motivazionale, della terapia cognitiva comportamentale, della risoluzione dei problemi psicosociali (CANDIS) e del trattamento basato su Internet.

Recentemente sono stati pubblicati due studi sulla farmacoterapia da dipendenza da cannabis, nessuno dei quali ha riferito risultati significativi. Nei Paesi Bassi, uno studio randomizzato controllato ha confrontato gli effetti di un inibitore della captazione della serotonina (olanzapine) e di un antagonista della dopamina (risperidone) sui pazienti con comorbidità

psichica (van Nimwegen e altri, 2008). Negli Stati Uniti, uno studio preliminare ha confrontato gli effetti di un antidepressivo (nefazodone), di un inibitore della captazione della dopamina (bupropione a rilascio prolungato) e di un placebo sul consumo e sui sintomi da astinenza tra i consumatori di cannabis (Carpenter e altri, 2009).

Applicazioni pratiche della scienza nella terapia delle tossicodipendenze

La terapia delle tossicodipendenze è stata spesso lenta nell'adottare metodi comprovati scientificamente nella sua pratica clinica. L'offerta limitata della terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi in diversi paesi europei e il raro ricorso alla gestione della contingenza per il trattamento della dipendenza da cocaina sono esempi di questa lacuna tra scienza e prassi. Fra i motivi proposti per spiegare questo vi sono: fedeltà individuale a determinati modelli terapeutici, mancanza di formazione o di finanziamenti, diffusione inefficiente delle conoscenze e mancanza di prontezza organizzativa e di supporto alle nuove pratiche (Miller e altri, 2006).

Per superare queste barriere, è stata organizzata di recente in Germania una conferenza volta a esaminare la

trasposizione in pratica clinica di progetti sperimentali di trattamento della dipendenza da cannabis con comprovata efficacia (Kipke e altri, 2009). Tra i progetti esaminati vi erano «CANDIS», «Quit the shit» e «FreD», descritti tutti in pubblicazioni precedenti dell'OEDT. La conferenza ha riscontrato che le caratteristiche del programma che hanno agevolato la trasposizione in pratica clinica comprendevano: compatibilità con le attuali offerte di trattamento; protocolli chiari e strutturati; seminari per specialisti e piattaforme di scambio delle esperienze. I principali ostacoli individuati erano problemi nella gestione della cooperazione, per esempio con i partner esterni (come la polizia) e la mancanza di finanziamenti oltre la fase sperimentale.

Gli aspetti di trasferibilità dovrebbero essere integrati nella pianificazione iniziale degli interventi sperimentali. L'adozione più ampia degli interventi con prove empiriche solide o di lunga durata richiede l'impegno di tutte le parti interessate.



Capitolo 4

Anfetamine, ecstasy e sostanze allucinogene

Introduzione

Le anfetamine (un termine generico che include sia l'anfetamina sia la metanfetamina) e l'ecstasy figurano tra le sostanze illecite più frequentemente utilizzate in Europa. In termini di cifre assolute, il consumo di cocaina può essere maggiore, ma la concentrazione geografica dell'abuso di questa sostanza in alcuni paesi fa pensare che, dopo la cannabis, l'ecstasy o le anfetamine rimangano al secondo posto tra le sostanze illecite più consumate. In alcuni paesi, inoltre, l'uso delle anfetamine è particolarmente allarmante all'interno del fenomeno generale del consumo di droga, essendo tali sostanze menzionate da una percentuale sostanziale di tossicodipendenti in cura.

L'anfetamina e la metanfetamina sono stimolanti del sistema nervoso centrale. Delle due, l'anfetamina è la sostanza di gran lunga più diffusa in Europa, mentre un consumo significativo di metanfetamina sembra essere limitato alla Repubblica ceca e alla Slovacchia fino a tempi recenti; alcuni paesi dell'Europa settentrionale riferiscono attualmente un aumento della presenza di questa sostanza sui mercati delle anfetamine.

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-metilendirossimetamfetamina (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 e, in misura sempre crescente, al forte consumo episodico di alcol.

La sostanza allucinogena sintetica di gran lunga più nota in Europa è il dietilammide dell'acido lisergico (LSD), il cui consumo si è mantenuto basso e piuttosto stabile per un periodo di tempo abbastanza lungo. Sembra tuttavia che negli ultimi anni vi sia un interesse crescente tra i giovani per le sostanze allucinogene naturali come quelle presenti nei funghi allucinogeni.

Tabella 4 – Produzione, sequestri, prezzo e purezza di anfetamina, metanfetamina, ecstasy e LSD

	Anfetamine	Metanfetamine	Ecstasy	LSD
Stima della produzione globale (tonnellate) ⁽¹⁾	197-624 ⁽²⁾		57-136	n.d.
Quantità globali sequestrate (tonnellate)	23,0	17,9	2,3	0,1
Quantità sequestrate in UE e Norvegia (comprese Croazia e Turchia)	8.3 tonnellate (8,4 tonnellate)	300 chilogrammi (300 chilogrammi)	Pasticche 12,7 milioni (13,7 milioni)	Unità 141 100 (141 800)
Numero di sequestri UE e Norvegia (comprese Croazia e Turchia)	37 000 (37 500)	4 700 (4 700)	18 500 (19 100)	950 (960)
Prezzo medio di vendita (euro) Intervallo (intervallo interquartile) ⁽³⁾	Grammi 6-36 (9-19)	Grammi 12-126	Pasticche 2-19 (4-9)	Dose 4-30 (7-12)
Intervallo di purezza media o contenuti di MDMA	3-34 %	22-80 %	17-95 mg	n.d.

(1) Le cifre per la produzione si basano sulle stime del consumo e sui dati relativi ai sequestri.

(2) Sono disponibili solo stime aggregate della produzione globale di anfetamine e metanfetamine.

(3) Intervallo della metà intermedia dei prezzi medi riferiti.

NB: Tutti i dati sono relativi al 2008; n.d., dati non disponibili.

Fonte: UNODC (2010b) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

Offerta e disponibilità

Precursori sintetici di droghe

Le attività delle autorità di polizia sono dirette ai precursori chimici necessari per la produzione illegale di sostanze stupefacenti, un ambito 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 sono trasmesse all'Organo internazionale di controllo degli stupefacenti (INCB, 2010a).

Secondo l'INCB, nel 2008 vi è stata una riduzione dei sequestri a livello mondiale dei due precursori principali della metanfetamina; 12,6 tonnellate di efedrina (rispetto alle 22,7 tonnellate del 2007 e 10,3 tonnellate nel 2006) e 5,1 tonnellate di pseudo-efedrina (rispetto alle 25 tonnellate del 2007 e alle 0,7 tonnellate del 2006). Gli Stati membri dell'UE (principalmente i Paesi Bassi e il Regno Unito) sono responsabili del recupero di 0,3 tonnellate di efedrina, circa la metà del quantitativo sequestrato l'anno precedente e di oltre 0,5 tonnellate di pseudo-efedrina, quasi tutta in Francia.

D'altra parte, i sequestri mondiali di 1-fenil-2-propanone (P2P, BMK), che può essere usato nella produzione illegale di metanfetamina e anfetamina, sono aumentati sensibilmente dagli 834 litri del 2007 ai 5 620 litri del 2008. L'ammontare dei sequestri di P2P nell'Unione europea è stato pari a 2 757 litri, rispetto ai 773 litri del 2007.

Nel 2008 non sono stati segnalati sequestri di 3,4-metilenediossifenil-2-propanone (3,4-MDP2P, PMK), impiegato nella produzione di MDMA, in contrasto con i sequestri globali di 2 297 e 8 816 litri rispettivamente del 2007 e del 2006. I sequestri mondiali di safrolo, che può sostituire il 3,4-MDP2P nella sintesi di MDMA, sono calati a 1 904 litri dopo il picco dei 45 986 litri del 2007. La maggior parte dei sequestri di safrolo del 2008 si sono verificati nell'Unione europea.

Anfetamina

La produzione globale di anfetamina rimane concentrata in Europa, dove si trova oltre l'80 % di tutti i laboratori di anfetamina segnalati nel 2008 (UNODC, 2010b).

I sequestri globali di anfetamina sono rimasti per lo più stabili nel 2008, raggiungendo le quasi 23 tonnellate (cfr. la tabella 4). Di queste, oltre un terzo sono state confiscate nell'Europa occidentale e centrale, e ciò rispecchia il ruolo dell'Europa come maggior produttore e consumatore di questa sostanza (UNODC, 2010b).

La maggior parte dell'anfetamina sequestrata in Europa è prodotta, in ordine di importanza, nei Paesi Bassi, in Polonia e in Belgio, e in quantità minori in Estonia, Lituania e Regno Unito. Nel 2007 nell'Unione europea sono stati scoperti e denunciati all'Europol 29 siti di produzione, confezionamento o immagazzinamento di anfetamina.

Nel 2008, sono stati stimati 37 500 sequestri per un totale di 8,3 tonnellate di polvere di anfetamina prodotta in Europa ⁽⁶⁴⁾. Il numero di sequestri di anfetamina ha oscillato attorno a una tendenza stabile per gli ultimi cinque anni, sebbene rispetto al 2003 essi si siano mantenuti a livelli più elevati, mentre i quantitativi sono aumentati nel corso del periodo 2003-2008 ⁽⁶⁵⁾.

La purezza dei campioni di anfetamina intercettati in Europa nel 2008 varia notevolmente, e in misura tale per cui qualsiasi commento sui valori tipici deve essere fatto con estrema attenzione. Nonostante ciò, la purezza media dei campioni varia da meno del 10 % in Danimarca, Austria, Portogallo, Slovenia, Regno Unito, Croazia e Turchia, a oltre il 25 % in Lettonia, Paesi Bassi, Polonia e Norvegia. Negli ultimi cinque anni, la purezza dell'anfetamina è rimasta stabile o è diminuita nella maggior parte dei 17 paesi per i quali vi sono dati sufficienti per condurre un'analisi delle tendenze ⁽⁶⁶⁾.

Nel 2008, il prezzo medio al dettaglio dell'anfetamina era compreso tra i 9 e i 20 euro al grammo in oltre la metà dei 17 paesi che hanno fornito i dati. I prezzi al

Produzione di anfetamine in Europa

Nel 2009 l'OEDT e l'Europol hanno avviato una serie di pubblicazioni sulla fornitura di droghe illecite in Europa. Dopo le relazioni sulla metanfetamina e sulla cocaina, la terza relazione della serie pubblicata nel 2010 fornisce una panoramica completa sulla produzione di anfetamine e su aspetti del traffico ed esamina le risposte adottate a livello europeo e internazionale. Nei prossimi anni verranno aggiunte alla serie relazioni sulla fornitura di altre droghe in Europa, quali l'ecstasy e l'eroina.

La relazione è disponibile in versione stampata e online sul sito Internet dell'OEDT solo in inglese.

⁽⁶⁴⁾ Si tratta di un'analisi preliminare, poiché i dati del Regno Unito per il 2008 non sono ancora disponibili.

⁽⁶⁵⁾ I dati sui sequestri di sostanze stupefacenti in Europa citati nel presente capitolo sono reperibili nelle tabelle da SZR-11 a SZR-18 nel bollettino statistico 2010.

⁽⁶⁶⁾ I dati sulla purezza della droga in Europa citati nel presente capitolo sono reperibili nella tabella PPP-8 nel bollettino statistico 2010.

dettaglio dell'anfetamina sono diminuiti o rimasti stabili in tutti i 13 paesi che hanno riferito i dati durante il periodo 2003-2008, tranne in Spagna dove, dopo gli aumenti degli anni precedenti, sono scesi a un livello record nel 2008 ⁽⁶⁷⁾.

Metanfetamina

Nel 2008, il numero di laboratori di metanfetamina segnalati a livello mondiale è salito del 29 %. Il più forte incremento è stato registrato nell'America settentrionale, ma le relazioni sui laboratori clandestini sono aumentate anche nell'Asia orientale e sudorientale. Inoltre, è stata segnalata la presenza di attività correlata alla produzione di metanfetamina in America latina e Oceania. Nel 2008 sono state recuperate 17,9 tonnellate di metanfetamina, proseguendo una tendenza stabile dal 2004. La maggior parte della sostanza è stata sequestrata nell'Asia orientale e sudorientale (in particolare in Cina), seguita dall'America settentrionale (UNODC, 2010b).

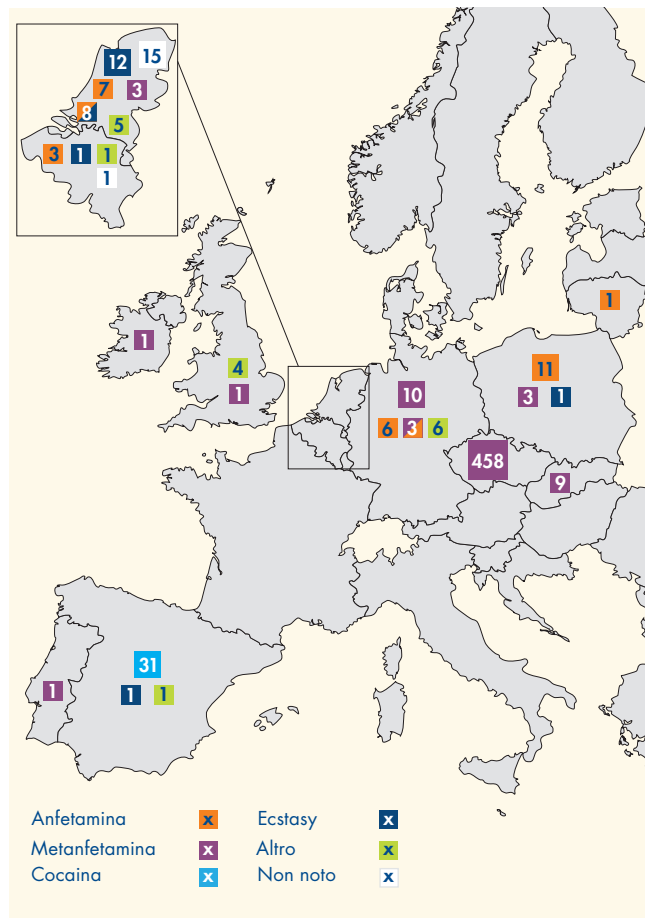
La produzione illegale di metanfetamina avviene anche in Europa, ma è generalmente circoscritta alla Repubblica ceca, dove nel 2008 sono stati individuati 458 siti di produzione (grafico 5). Si tratta del numero più elevato di piccoli laboratori («kitchen laboratories») segnalato finora dalla Repubblica ceca. Anche i sequestri di precursori chimici sono aumentati nel 2008. Riferiscono altresì una produzione della sostanza la Lituania, la Polonia e la Slovacchia.

Nel 2008, in Europa sono stati segnalati circa 4 700 sequestri di metanfetamina per un totale di circa 300 chilogrammi. Tra il 2003 e il 2008, il numero dei sequestri di metanfetamina è aumentato costantemente. Nello stesso periodo, le quantità sequestrate sono aumentate toccando un massimo nel 2007 per poi diminuire leggermente nel 2008, soprattutto in seguito al calo del quantitativo confiscato in Norvegia, il paese responsabile della maggior parte dei sequestri in Europa per quanto riguarda questa sostanza.

Ecstasy

Nel 2008 la produzione globale di ecstasy è stata stimata tra le 57 e le 136 tonnellate (UNODC, 2010b). Sembra che la produzione abbia continuato a diffondersi a livello geografico; in particolare, nell'Asia orientale e sudorientale, nell'America settentrionale e in Oceania la produzione è più vicina ai mercati di consumo. Nonostante ciò, l'Europa occidentale e centrale rimane il principale centro di produzione dell'ecstasy, con un'attività concentrata nei Paesi Bassi e in Belgio.

Grafico 5: Strutture illegali di produzione di droga smantellate nell'Unione europea, secondo quanto riferito all'Europol



NB: Basato sui dati riferiti all'Europol da 11 Stati membri dell'UE. Il tipo di droga è denotato dal colore, con il numero di strutture segnalate nel paese indicato. Le strutture che trattano le combinazioni di anfetamina e metanfetamina o di anfetamina ed ecstasy sono indicate da simboli bicolore. Le strutture che trattano altre droghe sintetiche o loro combinazioni sono indicate con «altro». Sono indicate anche strutture per le quali le sostanze non sono note. Le strutture segnalate comprendevano unità di produzione, confezionamento in pastiglie e conservazione, che non sono differenziate in questa sede. Tutte le strutture segnalate per la cocaina erano coinvolte nella trasformazione o nell'estrazione secondaria della droga.

Fonte: Europol.

A livello mondiale, i sequestri globali di ecstasy nel 2008 sono scesi a un livello molto basso (2,3 tonnellate) (UNODC, 2010b). L'Europa occidentale e centrale ha riferito un calo dei quantitativi sequestrati, che sono passati dalle 1,5 tonnellate del 2007 alle 0,3 tonnellate del 2008.

Nel 2008, l'Europa ha segnalato più di 19 100 sequestri, che hanno portato all'intercettazione di 13,7 milioni di pastiglie di ecstasy. Si tratta, tuttavia, di una valutazione preliminare, poiché i dati per il 2008 non erano disponibili per i Paesi Bassi e il Regno Unito, che hanno riferito complessivamente il sequestro di 18,4 milioni di pastiglie nel 2007.

⁽⁶⁷⁾ I dati sui prezzi della droga in Europa citati nel presente capitolo sono reperibili nella tabella PPP-4 nel bollettino statistico 2010.

Dopo un periodo di stabilizzazione tra il 2003 e il 2006, il numero di sequestri di ecstasy riferito in Europa ha mostrato una lieve diminuzione, e le quantità confiscate sono calate globalmente tra il 2003 e il 2008 ⁽⁶⁸⁾.

In Europa la maggior parte delle pasticche di ecstasy analizzate nel 2008 conteneva MDMA o un'altra sostanza simile all'ecstasy (MDEA, MDA) come unica sostanza psicoattiva presente; 19 paesi hanno riferito che questi dati sono confermati in più del 60 % del numero totale di pasticche analizzate. Sette paesi (Spagna, Cipro, Lettonia, Lussemburgo, Slovenia, Regno Unito, Croazia) riferiscono attualmente percentuali inferiori di pasticche di ecstasy con MDMA o sostanze analoghe. Alcuni paesi segnalano che in una percentuale sostanziale delle pasticche di ecstasy analizzate (cfr. il capitolo 8) è stata riscontrata la presenza di 1-(3-clorofenil)piperazine (mCPP), una sostanza non controllata ai sensi delle convenzioni internazionali in materia di stupefacenti.

Il contenuto tipico di MDMA delle pasticche di ecstasy testate nel 2008 era compreso tra 5 e 72 mg negli 11 paesi che hanno fornito i dati. Alcuni paesi hanno riferito inoltre la presenza di pasticche di ecstasy a dosaggio elevato, contenenti più di 130 mg di MDMA (Belgio, Bulgaria, Germania, Estonia, Lettonia, Paesi Bassi, Slovacchia, Norvegia). Riguardo al contenuto di MDMA delle pasticche di ecstasy non si osserva alcuna tendenza chiara.

L'ecstasy è ora molto più economica rispetto all'epoca in cui ha cominciato a diffondersi, all'inizio degli anni novanta. Per quanto, secondo alcune relazioni le pasticche possano essere vendute anche a meno di 2 euro, la maggior parte dei paesi riferisce prezzi medi al dettaglio che variano tra i 4 e i 10 euro a pasticca. I dati disponibili per il periodo 2003-2008 suggeriscono che il prezzo al dettaglio dell'ecstasy, corretto dell'inflazione, ha continuato a scendere in Europa.

Sostanze allucinogene

Il consumo e il traffico di LSD in Europa sono ancora considerati poco rilevanti. Il numero di sequestri di LSD è aumentato tra il 2003 e il 2008, mentre le quantità sequestrate, dopo avere registrato un picco nel 2005 a causa dei sequestri record nel Regno Unito, hanno subito un'oscillazione a livelli molto minori nel corso del periodo ⁽⁶⁹⁾. I prezzi al dettaglio dell'LSD (corretti a causa dell'inflazione) sono rimasti stabili o sono diminuiti leggermente in otto paesi dal 2003, mentre sono stati

registrati aumenti in Belgio e in Svezia. Nel 2008, il prezzo medio variava tra i 5 e i 12 euro per unità nella maggior parte dei 13 paesi dichiaranti.

Prevalenza e modelli di consumo

Livelli relativamente elevati di consumo di anfetamine o ecstasy tra la popolazione generale sono riferiti da alcuni degli Stati membri dell'UE (Repubblica ceca, Estonia, Regno Unito). In alcuni paesi, il consumo di anfetamina o metanfetamina, spesso per via parenterale, è responsabile di una percentuale significativa di casi problematici di tossicodipendenza ed è menzionato con frequenza elevata 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 le serate in discoteca o i festival musicali; per questa situazione si segnalano livelli di consumo significativamente maggiori tra i giovani e livelli di consumo estremamente più elevati in alcuni contesti o in taluni sottogruppi particolari della popolazione. I livelli di consumo di sostanze allucinogene come il dietilamide dell'acido lisergico (LSD) e i funghi allucinogeni sono generalmente inferiori e si sono mantenuti ampiamente stabili negli ultimi anni.

Anfetamine

Secondo le stime sulla prevalenza della droga, circa 12 milioni di cittadini europei hanno provato le anfetamine e circa 2 milioni ne hanno fatto uso nell'ultimo anno (cfr. la tabella 5 per una sintesi dei dati).

Tra i giovani adulti (15-34 anni) la prevalenza di consumo di anfetamine varia notevolmente, a seconda del paese, dallo 0,1 al 15,4 %, con una media europea ponderata che si attesta attorno al 5,2 %. Il consumo di anfetamine in questa fascia di età nell'ultimo anno è compreso tra lo 0,1 % e il 3,2 %, con la maggior parte dei paesi che riferisce stime di prevalenza oscillanti tra lo 0,5 % e il 2,0 %. Si stima che, in media, abbiano fatto uso di anfetamine nell'ultimo anno circa 1,5 milioni (1,2 %) di giovani europei.

Tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni, la prevalenza del consumo di anfetamine varia dal 1 % all'8 % nei 26 Stati membri dell'UE, Norvegia e Croazia, in base all'indagine condotta nel 2007, mentre livelli di prevalenza superiori al 5 % sono stati riferiti solo per Bulgaria, Lettonia (entrambi 6 %) e Austria (8 %).

⁽⁶⁸⁾ Questa analisi è preliminare in quanto non sono ancora disponibili dati per i Paesi Bassi e per il Regno Unito per il 2008.

⁽⁶⁹⁾ Questa analisi è preliminare in quanto non sono ancora disponibili dati per il Regno Unito per il 2008.

I cinque paesi che hanno condotto indagini nelle scuole nel 2008 (Belgio-comunità fiamminga, Spagna, Italia, Svezia, Regno Unito) hanno riferito una prevalenza di consumo di anfetamine una tantum del 3 % o minore ⁽⁷⁰⁾.

Consumo problematico di anfetamine

L'indicatore dell'OEDT del consumo problematico di stupefacenti, che può essere utilizzato per l'anfetamina, indica come tale il consumo per via parenterale oppure il consumo a lungo termine/regolare. Solo 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, circa il quadruplo del numero di consumatori problematici di oppioidi del paese.

Si calcola che il numero di domande di trattamento terapeutico per il consumo di anfetamina come droga

primaria sia relativamente basso (meno del 5 %) nella maggior parte dei paesi europei (18 dei 27 paesi che hanno fornito le informazioni), tuttavia percentuali significative di domande di trattamento si registrano soprattutto in Svezia (32 %), Finlandia (20 %) e Lettonia (15 %). Cinque altri paesi (Belgio, Danimarca, Germania, Ungheria, Paesi Bassi) riferiscono percentuali comprese tra il 6 % e il 10 % di domande di trattamento ricevute da pazienti che citano l'anfetamina come droga primaria; altrove la percentuale è inferiore al 5 %. L'anfetamina è anche segnalata come droga secondaria da altri pazienti in terapia ⁽⁷¹⁾.

I consumatori di anfetamina che si sottopongono a una cura hanno, in media, 30 anni, mentre i pazienti ospedalizzati sono più giovani (28 anni). Il rapporto uomo-donna tra i pazienti che consumano anfetamine (2:1) è inferiore a quello per qualsiasi altra sostanza

Tabella 5 — 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	12 milioni	2 milioni
Media europea	3,7 %	0,6 %
Intervallo	0,0-12,3 %	0,0-1,7 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (0,0 %) Grecia (0,1 %) Malta (0,4 %) Cipro (0,8 %)	Romania, Malta, Grecia (0,0 %) Francia (0,1 %) Portogallo (0,2 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Regno Unito (12,3 %) Danimarca (6,3 %) Svezia (5,0 %) Repubblica ceca (4,3 %)	Repubblica ceca (1,7 %) Regno Unito, Danimarca (1,2 %) Norvegia, Estonia (1,1 %)
15-34 anni		
Numero stimato di consumatori in Europa	7 milioni	1,5 milioni
Media europea	5,2 %	1,2 %
Intervallo	0,1-15,4 %	0,1-3,2 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (0,1 %) Grecia (0,2 %) Malta (0,7 %) Cipro (0,8 %)	Romania, Grecia (0,1 %) Francia (0,2 %) Cipro (0,3 %) Portogallo (0,4 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Regno Unito (15,4 %) Danimarca (10,5 %) Repubblica ceca (7,8 %) Lettonia (6,1 %)	Repubblica ceca (3,2 %) Danimarca (3,1 %) Estonia (2,5 %) Regno Unito (2,3 %)

Le stime della prevalenza europea si basano su medie ponderate ricavate dalle ultime indagini nazionali eseguite dal 2001 al 2008/2009 (principalmente 2004-2008), pertanto non possono essere collegate a un unico anno. 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 sono disponibili informazioni è stata attribuita la prevalenza UE media. Popolazioni utilizzate quale base: fascia 15-64 (334 milioni) e 15-34 (133 milioni). I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» nel bollettino statistico 2010.

⁽⁷⁰⁾ Cfr. la tabella EYE-11 nel bollettino statistico 2010.

⁽⁷¹⁾ Cfr. le tabelle TDI-5 (parte ii) e TDI-22 nel bollettino statistico 2010.

illegale. Repubblica ceca, Estonia, Lettonia, Lituania, Svezia e Finlandia riferiscono tutti livelli relativamente elevati di assunzione per via parenterale, dal 57 % all'82 %, tra i pazienti in terapia che consumano anfetamina come droga primaria ⁽⁷²⁾.

Le tendenze dei consumatori di anfetamina che hanno iniziato il trattamento tra il 2003 e il 2008 sono rimaste ampiamente stabili nella maggior parte dei paesi ⁽⁷³⁾.

Consumo problematico di metanfetamina

A differenza di quanto accade in altre parti del mondo, dove il consumo di metanfetamina è aumentato negli ultimi anni, i livelli di utilizzo in Europa sembrano limitati. Storicamente, il consumo di questa sostanza in Europa è rimasto concentrato nella Repubblica ceca e in Slovacchia. Nel 2008, è stato calcolato nella Repubblica ceca un numero di consumatori problematici di metanfetamina compreso tra 20 700 e 21 800 (da 2,8 a 2,9 casi ogni 1 000 abitanti nella fascia di età di 15-64 anni), circa il doppio del numero stimato di consumatori problematici di oppioidi. Per la Slovacchia, nel 2007 è stato stimato un numero di consumatori problematici di metanfetamina di circa 5 800-15 700 (da 1,5 a 4,0 casi ogni 1 000 abitanti nella fascia di età di 15-64 anni), circa il 20 % in meno del numero stimato di consumatori problematici di oppioidi. Recentemente, la metanfetamina ha fatto la sua

comparsa sul mercato degli stupefacenti in altri paesi, in particolare nel nord dell'Europa (Norvegia, Svezia, Lettonia e, in misura minore, Finlandia), dove sembra avere sostituito parzialmente l'anfetamina, praticamente impossibile da distinguere per i consumatori. In Europa, i consumatori problematici di metanfetamina in genere si iniettano la sostanza per via parenterale o la sniffano, raramente la fumano, sempre contrariamente ad altre parti del mondo.

La metanfetamina è diventata la droga primaria segnalata più frequentemente da coloro che richiedono il trattamento terapeutico per la prima volta nella Repubblica ceca (59 %) e in Slovacchia (29 %). L'assunzione per via parenterale è riferita quale metodo di utilizzo principale dall'80 % dei consumatori nella Repubblica ceca e dal 36 % in Slovacchia ⁽⁷⁴⁾. Spesso viene segnalato anche il consumo di altre sostanze stupefacenti, in particolare eroina, cannabis e alcol. Entrambi i paesi riferiscono che il consumo di metanfetamina come sostanza secondaria è comune, specialmente tra le persone in terapia sostitutiva.

I consumatori di metanfetamina che iniziano il trattamento nella Repubblica ceca e in Slovacchia sono relativamente giovani, in media di età compresa tra 25 e 26 anni. La Repubblica ceca riferisce che il numero di donne che iniziano il trattamento per il consumo primario di metanfetamina è in aumento, in particolare tra i gruppi di più giovani. Tra il 2003 e il 2008, il numero di pazienti che si sottopongono al trattamento per la prima volta per problemi correlati al consumo di metanfetamina è aumentato in entrambi i paesi ⁽⁷⁵⁾.

Questione specifica: consumo problematico di anfetamine e metanfetamina, conseguenze e risposte correlate

Le anfetamine, e soprattutto la metanfetamina, sono state indicate come causa di importanti problemi in diverse parti del mondo. In Europa, soltanto alcuni paesi riferiscono danni significativi prodotti da queste droghe e segnalano un numero importante di consumatori problematici di anfetamine e metanfetamina. Una nuova questione specifica dell'OEDT esamina gli sviluppi storici e recenti in questi paesi. La relazione esamina l'epidemiologia del consumo, soprattutto cronico o intensivo, di anfetamine e metanfetamina e le correlazioni sanitarie e sociali. Inoltre, descrive le risposte a livello sanitario, sociale e legale elaborate per i problemi connessi con queste droghe.

La questione specifica è disponibile in versione stampata e online sul sito Internet dell'OEDT solo in inglese.

Ecstasy

Il consumo di ecstasy è concentrato tra gli adulti più giovani e i livelli di consumo sono nettamente superiori tra gli uomini che tra le donne in tutti i paesi ad eccezione della Svezia e della Finlandia. Dei circa 2,5 milioni (0,8 %) di adulti europei che hanno consumato ecstasy nell'ultimo anno, praticamente tutti rientrano nel gruppo di età compresa tra i 15 e i 34 anni (cfr. la tabella 6 per una sintesi dei dati). Livelli ancora più elevati di consumo di ecstasy sono stati riscontrati nel gruppo di età compresa tra i 15 e i 24 anni, dove la prevalenza una tantum varia dall'1 % in Grecia e Romania al 20,8 % nella Repubblica ceca, seguita dalla Slovacchia e dal Regno Unito (entrambi 9,9 %) e dalla Lettonia (9,4 %), sebbene la maggior parte dei paesi riferisca stime comprese tra il 2,1 e il 6,8 % ⁽⁷⁶⁾. Il consumo di ecstasy nell'ultimo anno

⁽⁷²⁾ Cfr. le tabelle TDI-5 (parte iv) e TDI-37 nel bollettino statistico 2010.

⁽⁷³⁾ Cfr. la Questione specifica 2010 sul consumo problematico di anfetamina e metanfetamina per un'analisi completa.

⁽⁷⁴⁾ Cfr. la tabella TDI-5 (parte ii) e (parte iv) nel bollettino statistico 2010.

⁽⁷⁵⁾ Cfr. la tabella TDI-3 nel bollettino statistico 2010.

⁽⁷⁶⁾ Cfr. la tabella GPS-7 (parte iv) nel bollettino statistico 2010.

da parte di questa fascia di età è stimato tra l'1,0 e il 3,7 % nella maggior parte dei paesi, nonostante esista una differenza significativa tra la stima nazionale più bassa pari allo 0,3 % e quella più elevata di 11,3 %.

Tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni, la prevalenza una tantum del consumo di ecstasy varia tra l'1 e il 5 % nella maggior parte dei paesi dell'UE in cui è stata condotta l'indagine nel 2007. Solo quattro paesi riferiscono livelli di prevalenza più elevati: Bulgaria, Estonia, Slovacchia (tutti 6 %) e Lettonia (7 %). I cinque paesi che hanno condotto indagini presso le scuole nel 2008 (Belgio-comunità fiamminga, Spagna, Italia, Svezia, Regno Unito) hanno riferito una prevalenza una tantum di consumo di ecstasy del 4 % o inferiore ⁽⁷⁷⁾.

Pochi consumatori di ecstasy si sottopongono al trattamento per problemi correlati all'assunzione della sostanza. Nel 2008, l'ecstasy è stata citata come droga primaria da meno

dell'1 % dei pazienti che hanno iniziato il trattamento in 21 dei 27 paesi che hanno fornito informazioni. Altrove, la proporzione varia tra l'1 % e il 3 %. Con un'età media di 24 anni, i consumatori di ecstasy sono tra i più giovani a iniziare una terapia per tossicodipendenza. Il rapporto uomo-donna tra i pazienti è di 2-3 uomini per ogni donna. I pazienti riferiscono spesso di consumare in concomitanza anche altre sostanze, tra cui alcol, cocaina e, in misura minore, cannabis e anfetamine ⁽⁷⁸⁾.

LSD e funghi allucinogeni

La prevalenza una tantum del consumo di LSD tra i giovani adulti (15-34 anni) è compresa tra zero e 6,1 %, fatta eccezione per la Repubblica ceca dove un'indagine del 2008 sul consumo della sostanza ha riscontrato una prevalenza superiore (10,3 %). Livelli di prevalenza nettamente inferiori si segnalano per il consumo nell'ultimo anno ⁽⁷⁹⁾.

Tabella 6 — 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	11 milioni	2,5 milioni
Media europea	3,7 %	0,8 %
Intervallo	0,3-9,6 %	0,1-3,7 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (0,3 %) Grecia (0,4 %) Malta (0,7 %) Polonia (1,2 %)	Romania, Svezia (0,1 %) Malta, Grecia (0,2 %) Polonia (0,3 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Repubblica ceca (9,6 %) Regno Unito (8,6 %) Irlanda (5,4 %) Lettonia (4,7 %)	Repubblica ceca (3,7 %) Regno Unito (1,8 %) Slovacchia (1,6 %) Lettonia (1,5 %)
15-34 anni		
Numero stimato di consumatori in Europa	8 milioni	2,5 milioni
Media europea	5,8 %	1,7 %
Intervallo	0,6-18,4 %	0,2-7,7 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania, Grecia (0,6 %) Malta (1,4 %) Polonia (2,1 %) Cipro (2,4 %)	Romania, Svezia (0,2 %) Grecia (0,4 %) Polonia (0,7 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Repubblica ceca (18,4 %) Regno Unito (13,8 %) Irlanda (9,0 %) Lettonia (8,5 %)	Repubblica ceca (7,7 %) Regno Unito (3,9 %) Slovacchia, Lettonia, Paesi Bassi (2,7 %)

Le stime della prevalenza europea si basano su medie ponderate ricavate dalle ultime indagini nazionali eseguite dal 2001 al 2008/2009 (principalmente 2004-2008), pertanto non possono essere collegate a un unico anno. 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 sono disponibili informazioni è stata attribuita la prevalenza UE media. Popolazioni utilizzate quale base: fascia 15-64 (334 milioni) e 15-34 (133 milioni). I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «indagini realizzate nella popolazione in generale» nel bollettino statistico 2010.

⁽⁷⁷⁾ Cfr. la tabella EYE-11 nel bollettino statistico 2010.

⁽⁷⁸⁾ Cfr. le tabelle TDI-5 e TDI-37 (parte i), (parte ii) e (parte iii) nel bollettino statistico 2010.

⁽⁷⁹⁾ Cfr. la tabella GPS-1 nel bollettino statistico 2010.

Nei pochi paesi che hanno trasmesso dati confrontabili, il consumo di LSD è spesso superato dal consumo di funghi allucinogeni per cui le stime della prevalenza una tantum tra i giovani adulti variano tra lo 0,3 e il 14,1 %, mentre la prevalenza nell'ultimo anno è stimata tra lo 0,2 e il 5,9 %.

Tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni, la prevalenza stimata per il consumo di funghi allucinogeni è maggiore di quella stimata per l'LSD e altre sostanze allucinogene in dieci dei 26 paesi che hanno riferito dati su queste sostanze. La maggior parte dei paesi riferisce stime di prevalenza per il consumo una tantum di funghi allucinogeni comprese tra l'1 % e il 4 %, mentre i livelli maggiori si registrano in Slovacchia (5 %) e nella Repubblica ceca (7 %) ⁽⁸⁰⁾.

Tendenze nel consumo di anfetamine ed ecstasy

Le tendenze alla stabilizzazione nel consumo di anfetamine ed ecstasy in Europa osservate nelle relazioni precedenti sono sostenute dai dati più recenti. Dopo gli aumenti generali negli anni novanta, le indagini condotte nella popolazione segnalano ora una tendenza alla stabilizzazione della popolarità di entrambe le sostanze, nonostante alcuni recenti incrementi siano stati registrati in qualche paese. Le tendenze nazionali nelle indagini condotte nella popolazione generale possono, tuttavia, non rispecchiare le tendenze del consumo di stimolanti a livello locale o tra diverse sotto-popolazioni. Le indagini mirate condotte negli ambienti della vita notturna suggeriscono che la prevalenza e i modelli del consumo di sostanze stimolanti insieme a quello di alcol rimangono elevati, e alcuni studi indicano che i modelli di consumo di droga tra i frequentatori di discoteche e locali notturni stanno diventando sempre più polarizzati rispetto a quelli nella popolazione generale (Measham e Moore, 2009). Al contrario, in base alle osservazioni effettuate recentemente in Germania il consumo della sostanza nella scena delle discoteche e dei locali notturni è in fase di declino in quel paese.

Nel Regno Unito, il consumo di anfetamine nell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34 anni) è diminuito, passando dal 6,2 % del 1998 al 2,3 % nel 2008-2009. In Danimarca, è aumentato dallo 0,5 % nel 1994 al 3,1 % nel 2000 e in seguito si è stabilizzato ⁽⁸¹⁾. Tra gli altri paesi che riferiscono indagini ripetute su intervalli di tempo analoghi (Germania, Grecia, Spagna, Francia, Paesi Bassi, Slovacchia, Finlandia), le tendenze sembrano perlopiù stabili (grafico 6). Durante il periodo 2003-2008, degli 11 paesi che hanno fornito dati sufficienti sulla

prevalenza nell'ultimo anno del consumo di anfetamine nella fascia 15-34 anni, solo due riferiscono una variazione di oltre un punto percentuale (Bulgaria, dallo 0,9 % del 2005 al 2,1 % del 2008 e la Repubblica ceca, dall'1,5 % nel 2004 al 3,2 % del 2008).

Nei paesi che riferiscono livelli superiori alla media di consumo di ecstasy, il consumo della sostanza tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 34 anni in genere ha subito un picco a metà tra il 3 % e il 5 % agli inizi del 2000 (Estonia, Spagna, Slovacchia, Regno Unito; cfr. il grafico 6). Fa eccezione la Repubblica ceca, dove si stima che il 7,7 % del gruppo di età dai 15 ai 34 anni abbia consumato ecstasy nell'ultimo anno, con una tendenza all'aumento tra il 2003 e il 2008. Nel corso di questo periodo, la maggior parte degli altri paesi segnala una tendenza stabile, con l'eccezione dell'Estonia e dell'Ungheria, dove la prevalenza del consumo di ecstasy nell'ultimo anno tra i giovani adulti è aumentata agli inizi del 2000 ed è diminuita da allora.

In otto paesi (Danimarca, Francia, Spagna, Irlanda, Italia, Austria, Portogallo, Regno Unito), le indagini più recenti mostrano che il consumo di cocaina dell'ultimo anno supera attualmente il consumo di anfetamina ed ecstasy tra i giovani adulti.

Le indagini nelle scuole condotte nel 2007 (ESPAD) e nel 2008 suggeriscono, nel complesso, esigui cambiamenti nei livelli di sperimentazione con anfetamine ed ecstasy tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni. Considerando le differenze di almeno due punti percentuali tra il 2003 e il 2007, la prevalenza del consumo di anfetamine una tantum è aumentata in nove paesi. In base alle stesse misurazioni, il consumo di ecstasy è aumentato in sette paesi. Una diminuzione della prevalenza del consumo di anfetamine una tantum è stata osservata solo in Estonia e in Italia, mentre Repubblica ceca, Portogallo e Croazia hanno riferito un calo del consumo di ecstasy. I rimanenti paesi riferiscono una tendenza stabile.

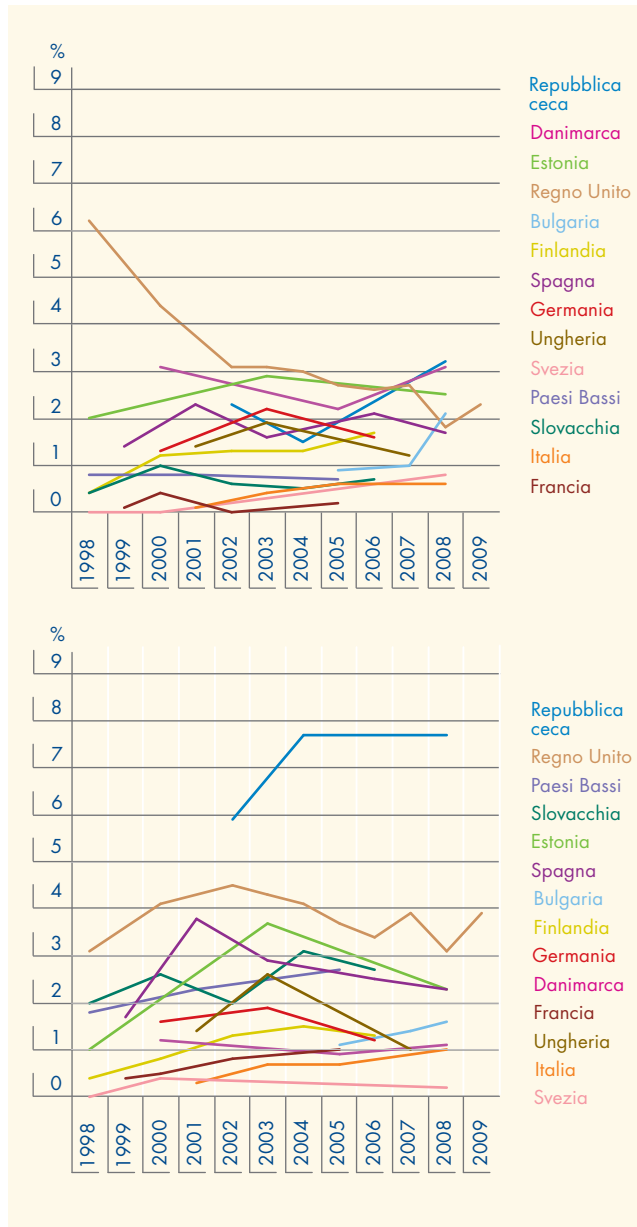
Anfetamine ed ecstasy in ambienti ricreativi: consumo e interventi

I dati sulla prevalenza del consumo di stimolanti provenienti dagli studi condotti negli ambienti notturni nel 2008 sono stati forniti da nove paesi. Le stime mostrano una variazione significativa tra diversi paesi e ambienti e le percentuali vanno dal 10 % all'85 % per il consumo di ecstasy una tantum e dal 5 % al 69 % per il consumo di anfetamine. Tre di questi studi hanno riferito inoltre

⁽⁸⁰⁾ Dati ottenuti da tutti i paesi che hanno partecipato all'indagine ESPAD ad eccezione della Spagna. Cfr. il grafico EYE-2 (parte v) nel bollettino statistico 2010.

⁽⁸¹⁾ In Danimarca, le informazioni per il 1994 si riferiscono alle «droghe pesanti», che erano considerate principalmente le anfetamine.

Grafico 6: Andamento della prevalenza nell'ultimo anno del consumo di anfetamine (in alto) e di ecstasy (in basso) tra i giovani adulti (15-34 anni)



NB: Sono presentati soltanto i dati per i paesi con almeno tre indagini nel periodo dal 1998 al 2009. Cfr. i grafici GPS-8 e GPS-21 nel bollettino statistico 2010 per ulteriori informazioni.
 Fonte: Relazioni nazionali Reitox, sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

stime di prevalenza per il consumo una tantum di funghi allucinogeni, comprese tra il 34 % e il 54 %. Differenze nella prevalenza e nei modelli di consumo della sostanza riferiti dai frequentatori di locali notturni dove si ascoltano diversi generi di dance music elettronica sono state riscontrate in sei paesi (Germania, Francia, Ungheria, Paesi Bassi, Romania, Regno Unito), e il consumo di ecstasy sembra essere associato più da vicino e in modo uniforme ad alcuni generi musicali piuttosto che ad altri. Il

consumo di ecstasy è inoltre più comune rispetto a quello delle anfetamine negli ambienti i cui campioni sono rappresentati in tre paesi che riferiscono i dati (Repubblica ceca, Paesi Bassi, Regno Unito). Per esempio, il 9 % dei frequentatori di discoteche di Amsterdam ha riferito di avere assunto ecstasy durante la sera dell'indagine e il 42 % dei frequentatori di discoteche di Manchester ha riferito di avere consumato o di avere avuto intenzione di consumare ecstasy durante la sera dell'indagine. Le cifre corrispondenti per le anfetamine erano 3,6 % (Amsterdam) e 8 % (Manchester).

Solo 13 paesi europei hanno riferito recentemente in merito agli interventi negli ambienti ricreativi della vita notturna. La diffusione di informazioni e i materiali sulla riduzione del danno erano le principali attività riferite; tuttavia, sono state messe a punto alcune strategie informative rivolte alle credenze normative sottese alla cultura giovanile. Sette paesi, (Belgio, Danimarca, Germania, Spagna, Lussemburgo, Paesi Bassi, Regno Unito) riferiscono singolarmente o insieme approcci ambientali, quali ambienti di divertimento più sani per i locali notturni, trasporti sicuri, regimi di vendita e politici, zone di *chill-out*, test dell'alcol, interventi di crisi. La cooperazione tra gli attori coinvolti nel settore della vita notturna (comuni, polizia e proprietari di ristoranti o discoteche) viene attualmente riferita anche da Spagna e Italia.

I danni associati al consumo di alcol negli ambienti della vita notturna sono sempre più riconosciuti in Europa. Strategie ambientali sull'alcol sono segnalate da Danimarca, Lussemburgo, Svezia e Regno Unito, oltre che da alcune zone della Spagna. Tra i diversi interventi attuati in questi paesi si annoverano: distribuzione responsabile delle bevande alcoliche, addestramento del personale, tasse più elevate sugli *alcopops*, limite minimo di 16 anni per l'acquisto di bevande alcoliche e tolleranza zero per i giovani neopatentati.

Poiché il consumo di alcol e di altre sostanze è associato da vicino agli ambienti ricreativi notturni, i regolamenti mirati al consumo di alcol possono anche ridurre il consumo di stimolanti. Una recente indagine britannica sui reati ha riferito che la frequenza delle visite alle discoteche e ai locali notturni era fortemente associata alla poliassunzione di sostanze stupefacenti⁽⁸²⁾. I dati ottenuti dalle indagini nella popolazione generale e analizzati dall'OEDT in nove paesi europei rivelano che tra i consumatori frequenti o di elevate quantità di alcol, la prevalenza del consumo di anfetamine o ecstasy è di molto superiore alla media (OEDT, 2009d). L'analisi dei dati delle indagini nelle scuole ESPAD per 22 paesi mostra che l'85,5 % degli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni che hanno consumato ecstasy durante l'ultimo mese ha anche bevuto cinque

⁽⁸²⁾ Definita come l'assunzione di due o più sostanze illecite nello stesso periodo, ad esempio, nell'ultimo anno.

o più bevande alcoliche in un'occasione (OEDT, 2009d). Inoltre, come viene riferito dai Paesi Bassi, è possibile che i consumatori di bevande alcoliche assumano talvolta sostanze stimolanti quali cocaina e anfetamine per smaltire l'eccesso di alcol.

Trattamento

I consumatori di anfetamine in generale ricevono il trattamento presso servizi terapeutici ambulatoriali che, in paesi con esperienza di livelli significativi di consumo di anfetamine, possono essere specializzati nel trattamento di questo tipo di problema. La terapia per i consumatori più problematici di anfetamine può essere erogata presso centri terapeutici, cliniche psichiatriche o ospedali. Ciò avviene in particolare nei casi in cui la dipendenza da anfetamine è complicata da disturbi psichiatrici concomitanti. In Europa sono somministrati prodotti farmaceutici (antidepressivi, sedativi o antipsicotici) per il trattamento dei primi sintomi dell'astinenza all'inizio della terapia di disintossicazione, che viene in genere praticata presso i reparti psichiatrici specializzati degli ospedali. Nella Repubblica ceca, i consumatori di metanfetamina indirizzati ai centri di disintossicazione arrivano spesso in uno stato di psicosi tossica acuta, che è in genere accompagnata da aggressività sia nei confronti di se stessi che dell'ambiente circostante. Tali pazienti hanno spesso bisogno di essere tenuti fisicamente sotto controllo, la comunicazione con loro è difficile, inoltre sovente rifiutano le cure. I pazienti con condizioni psicotiche sono trattati con farmaci antipsicotici atipici presso le strutture psichiatriche ospedaliere. La Repubblica ceca riferisce altresì che, a causa della giovane età dei clienti e dell'elevata frequenza di problemi correlati alla famiglia, è comune rapportarsi con i consumatori di metanfetamine in un contesto di terapia familiare.

La mancanza di un sostituto farmacologico per il trattamento della dipendenza da anfetamine è menzionata da vari paesi come uno dei problemi da affrontare per potere fare in modo che i pazienti continuino a sottoporsi al trattamento. La dexanfetamina è disponibile come sostituto per il trattamento di consumatori di anfetamine altamente problematici in Inghilterra e nel Galles; tuttavia le linee guida nazionali sulla gestione clinica della tossicodipendenza non ne raccomandano l'uso a tale scopo, a causa dell'assenza di una dimostrazione dell'efficacia (NTA, 2007).

Efficacia del trattamento

Il consumo cronico di metanfetamina può portare a disturbi cognitivi, il che può ridurre la capacità del paziente di trarre beneficio da terapie psicologiche,

Interventi basati su prove

Il consumo di droga e di alcol in ambienti ricreativi può produrre numerosi problemi di salute e sociali attraverso la violenza, il sesso involontario e a rischio, gli incidenti stradali, il consumo di alcol in giovane età e disturbi a livello sociale. Un recente esame dell'efficacia degli interventi in questo contesto ha riscontrato che le iniziative attuate con maggiore frequenza non si fondavano su prove (Calafat e altri, 2009). Tali interventi comprendono l'offerta di informazioni per ridurre i danni, la promozione della moderazione, una vendita responsabile di alcolici, la formazione degli addetti al controllo degli ingressi e programmi per gli autisti. In alcuni casi, la mancanza di efficacia potrebbe essere collegata a carenze a livello di attuazione.

Sono state riscontrate prove indicanti che l'unione della formazione del personale e del cliente, della cooperazione obbligatoria fra le autorità e l'industria dello svago e dell'applicazione della legge (licenze, verifica dell'età) era la migliore strategia per ridurre le lesioni, i modelli di consumo problematico di alcol e l'accesso dei giovani all'alcol. Purtroppo, i risultati sul consumo illegale di droga sono stati valutati solo raramente.

Altre misure a livello sociale che sono efficaci nella riduzione del consumo di sostanze negli ambienti notturni comprendono la tassazione degli alcolici, la limitazione degli orari di vendita, la limitazione della densità degli spacci, la realizzazione di punti di controllo per la guida in stato di ebbrezza, la riduzione dei limiti di concentrazione dell'alcol nel sangue, la definizione di un'età minima per l'acquisto legale e la sospensione delle licenze.

cognitive e comportamentali (Rose e Grant, 2008). Ciò può aiutare a spiegare il significativo impegno di ricerca che è stato profuso per sviluppare gli interventi farmacologici. In alcuni casi, i farmaci oggetto di studio hanno lo scopo di consentire ai pazienti di beneficiare di un intervento psicologico.

Sono state pubblicate recentemente o sono in corso numerose sperimentazioni cliniche sui prodotti farmaceutici destinati al trattamento della dipendenza da anfetamine. Dei nove studi pubblicati, sei sono stati condotti negli Stati Uniti, due in Svezia e uno in Australia. Le sostanze oggetto dell'indagine includono gli inibitori della ricaptazione della dopamina, metilfenidato e bupropione, per promuovere l'astinenza nei pazienti affetti da dipendenza da metanfetamina; aripiprazolo, un agente antipsicotico; ondansetron, un agente anti ansietà; amineptina, un farmaco psicotropico; mirtazapina, un antistaminico; modafinil, un agente neuroprotettivo e naltrexone, un antagonista dei recettori oppioidi. Tra tutti gli studi, solo quello

relativo al naltrexone ha rilevato un beneficio di trattamento significativo in termini di riduzione del consumo (sia comprovato dai campioni di urine che segnalato dai pazienti stessi) e del livello di astinenza continua. Gli studi condotti negli Stati Uniti si occupano anche di verificare se la citicolina, che può migliorare le funzioni mentali nei soggetti con dipendenza da metanfetamina, migliora anche l'efficacia di altri trattamenti farmaceutici.

Infine, uno studio controllato ha mostrato che il trattamento ambulatoriale sotto la supervisione di una commissione ha prodotto risultati migliori rispetto al trattamento privo di supervisione. In uno studio clinico, l'aggiunta della gestione della contingenza ha migliorato i risultati rispetto al trattamento erogato da solo. In una recente dissertazione è stato anche descritto un possibile vaccino antidroga con anticorpi monoclonali per l'overdose e la prevenzione della ricaduta.



Capitolo 5

Cocaina e cocaina crack

Introduzione

Nel corso dell'ultimo decennio in Europa si è osservato un incremento globale nel consumo e nei sequestri di cocaina, che è ora la seconda sostanza illecita, dopo la cannabis. Esistono differenze significative nei livelli di consumo tra i diversi paesi, e l'uso della cocaina è concentrato negli Stati membri occidentali e meridionali. Vi è, inoltre, una notevole diversità tra i consumatori di cocaina, sia in termini di modelli di consumo che in termini socio-demografici. Esistono consumatori occasionali di cocaina, consumatori regolari socialmente integrati, consumatori socialmente esclusi che spesso hanno sviluppato dipendenza dalla sostanza, tra cui gli ex o gli attuali consumatori di oppioidi. Tale diversità complica la valutazione della prevalenza del consumo della sostanza, delle sue conseguenze per la salute e sul piano sociale e delle risposte necessarie.

Offerta e disponibilità

Produzione e traffico

La coltivazione delle foglie di coca, da cui si ottiene la cocaina, continua a essere concentrata in tre paesi della

regione andina. L'UNODC (2010b) stima che per il 2009 la coltivazione totale di 158 000 ettari di foglie di coca abbia consentito una produzione potenziale compresa tra 842 e 1 111 tonnellate di cocaina pura, rispetto alle 865 tonnellate stimate per il 2008 (UNODC, 2010b). Si ritiene che l'area coltivata nel 2009 sia diminuita a 158 000 ettari, rispetto ai 167 600 ettari del 2008, con un calo del 5 % ampiamente attribuito a una riduzione dell'area adibita alla coltivazione di coca in Colombia non compensata dagli aumenti registrati in Perù e in Bolivia.

La maggior parte del processo di conversione delle foglie di coca in cocaina idrocloride avviene in Colombia, Perù e Bolivia, sebbene possa interessare anche altri paesi. L'importanza della Colombia nella produzione di cocaina è comprovata dalle informazioni sui laboratori smantellati e dai sequestri di permanganato di potassio, un reagente chimico utilizzato nella sintesi della cocaina idrocloride. Nel 2008 sono stati smantellati 3 200 laboratori di cocaina (INCB, 2010b), e in Colombia è stato recuperato un totale di 42 tonnellate di permanganato di potassio (il 90 % dei sequestri globali) (INCB, 2010a).

Le informazioni disponibili suggeriscono che la cocaina continua a essere importata in Europa attraverso rotte

Tabella 7 – Produzione, sequestri, prezzo e purezza della cocaina e della cocaina crack

	Cocaina	Crack ⁽¹⁾
Stima della produzione globale (tonnellate)	842-1 111	n.d.
Quantità globali sequestrate (tonnellate)	711 ⁽²⁾	n.d.
Quantità sequestrata (tonnellate)		
UE e Norvegia	67	0,06
(comprese Croazia e Turchia)	(67)	(0,06)
Numero di sequestri		
UE e Norvegia	95 700	10 100
(comprese Croazia e Turchia)	(96 300)	(10 100)
Prezzo medio di vendita (euro al grammo)		
Intervallo	37-107	45-82
(intervallo interquartile) ⁽³⁾	(50-70)	
Intervallo di purezza media (%)	13-62	20-89

⁽¹⁾ A causa dell'esiguo numero di paesi che riferiscono informazioni, i dati devono essere interpretati con cautela.

⁽²⁾ UNODC calcola che questa cifra sia equivalente a 412 tonnellate di cocaina pura.

⁽³⁾ Intervallo della metà intermedia dei prezzi medi riferiti.

NB: Tutti i dati sono relativi al 2008 tranne le stime della produzione globale (2009); n.d., dati non disponibili.

Fonte: UNODC (2010b) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

differenti via aria e via mare. Le partite di cocaina transitano attraverso i paesi dell'America meridionale e centrale, quali Argentina, Brasile, Ecuador, Venezuela e Messico, prima di raggiungere l'Europa. Anche le isole dei Caraibi sono usate frequentemente per la spedizione della droga in Europa. Negli ultimi anni è stata individuata una rotta alternativa attraverso l'Africa occidentale (OEDT ed Europol, 2010). Sebbene nel 2008 sia stato segnalato un «calo sostanziale» dei sequestri di cocaina in transito nell'Africa occidentale (UNODC, 2009), è probabile che quantità significative di sostanza passino ancora attraverso la regione (OEDT ed Europol, 2010).

La penisola iberica, specialmente la Spagna, e i Paesi Bassi, in particolare la regione olandese, sembrano essere i punti di accesso della cocaina contrabbandata in Europa. Francia, Italia e Regno Unito sono citati frequentemente come paesi importanti di transito o di destinazione all'interno dell'Europa. Le ultime relazioni indicano anche che il traffico di cocaina potrebbe essere in fase di espansione verso est (OEDT ed Europol, 2010; INCB, 2010b). La cifra aggregata per dieci paesi dell'Europa centrale e orientale mostra un aumento del numero di sequestri di cocaina, dai 469 casi del 2003 ai 1 212 del 2008; tuttavia questi rappresentano ancora solo circa l'1 % del totale europeo.

Sequestri

La cocaina è la droga più venduta al mondo, dopo le foglie e la resina di cannabis. Nel 2008 i quantitativi globali sequestrati sono rimasti stabili intorno alle 710 tonnellate (tabella 7) (UNODC, 2010b). L'America meridionale continua a riferire i quantitativi sequestrati più ingenti, che rappresentano il 60 % della cifra globale (CND, 2009), seguita dall'America settentrionale, con il 28 %, e dall'Europa occidentale e centrale, con l'11 % (UNODC, 2009).

In Europa il numero di sequestri è aumentato negli ultimi 20 anni, in particolare dopo il 2004. Nel 2008 i sequestri di cocaina in Europa sono cresciuti a 96 000 casi, sebbene il quantitativo totale recuperato sia sceso a 67 tonnellate rispetto alle 121 tonnellate del 2006 e alle 76 tonnellate del 2007. Il calo nel quantitativo totale di cocaina sequestrata è in larga misura dovuto ai cali dei quantitativi confiscati dal 2006 in Spagna e in Portogallo ⁽⁸³⁾. Ciò si spiega con i cambi delle rotte o delle pratiche di traffico o con le modifiche delle priorità di applicazione della legge. Nel 2008 la Spagna ha continuato a essere il paese che ha realizzato il maggior numero di sequestri e totalizzato i quantitativi maggiori di

Laboratori di «estrazione secondaria» della cocaina in Europa

I laboratori clandestini istituiti dai trafficanti di droga per trasformare la cocaina in Europa svolgono una funzione diversa dai laboratori di cocaina dell'America del Sud, in cui la cocaina base o idrocloride viene estratta dalle foglie o dalla pasta di coca. Sembra che la maggior parte dei laboratori che non sono stati scoperti dalle agenzie europee incaricate di far rispettare la legge estragga la cocaina dai materiali in cui è stata incorporata prima dell'esportazione.

La cocaina idrocloride e, meno spesso, la cocaina base sono state scoperte in una serie di materiali «di trasporto» di vario genere, quali cera d'api, fertilizzante, indumenti, erbe e liquidi. Il processo di incorporazione può variare in sofisticazione dal semplice impregnare i vestiti in una soluzione di cocaina e acqua, all'integrazione della droga nella plastica. Nell'ultimo caso è necessario un processo chimico d'inversione per estrarre la cocaina. Dopo l'estrazione, la sostanza può essere adulterata con vari agenti di taglio ed essere compressa in mattonelle con impresso un logo che indica una cocaina molto pura nei paesi produttori.

L'Europol ha ricevuto i rapporti della scoperta di circa 30 laboratori di «estrazione secondaria» di varia grandezza nel 2008, tutti in Spagna. Nei Paesi Bassi è stato sequestrato un laboratorio di media grandezza che rimuoveva la cocaina da polvere di cacao e liquore a Roosendaal, nella provincia di Brabante. Un anno prima, le autorità olandesi avevano già smantellato due laboratori di «estrazione secondaria» nella stessa provincia, sequestrando otto tonnellate di plastica (polipropilene) contenenti cocaina. La documentazione recuperata presso i laboratori ha rivelato che nel corso dell'anno erano state importate più di 50 tonnellate di plastica dalla Colombia.

sostanza recuperata in Europa (circa la metà del totale). Questa analisi è preliminare, in quanto non sono ancora disponibili dati per il 2008 relativi ai Paesi Bassi, che hanno segnalato la seconda maggiore quantità di cocaina intercettata nel 2007.

Purezza e prezzo

Nel 2008 la purezza media dei campioni di cocaina testati andava dal 25 % al 55 % per la maggior parte dei paesi che hanno fornito i dati, nonostante siano stati riferiti valori inferiori in Danimarca (solo al dettaglio, 23 %) e in alcune zone del Regno Unito (Scozia, 13 %), e valori superiori in Belgio (59 %), Francia (60 %) e Romania (62 %) ⁽⁸⁴⁾. Ventuno paesi hanno fornito dati sufficienti per l'analisi delle tendenze della purezza della cocaina nel periodo 2003-2008; 17 paesi hanno segnalato un calo e tre (Germania, Grecia, Francia) una

⁽⁸³⁾ Cfr. le tabelle SZR-9 e SZR-10 nel bollettino statistico 2010.

⁽⁸⁴⁾ Per i dati sulla purezza e sul prezzo, cfr. le tabelle PPP-3 e PPP-7 nel bollettino statistico 2010.

situazione stabile, mentre il Portogallo ha registrato un aumento.

Nel 2008 il prezzo medio al dettaglio della cocaina era compreso tra 50 e 70 euro per grammo nella metà dei 18 paesi dichiaranti. Prezzi inferiori sono stati segnalati in Polonia e in Portogallo e superiori nella Repubblica ceca, in Italia, in Lettonia e in Svezia. Tutti i paesi che hanno fornito dati sufficienti per un confronto, ad eccezione di uno, hanno riferito un calo dei prezzi al dettaglio della cocaina tra il 2003 e il 2008. Solo la Polonia ha segnalato un aumento durante il periodo, nonostante una flessione nel 2008.

Prevalenza e modelli di consumo

Consumo di cocaina tra la popolazione 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 stima che circa 14 milioni di europei l'abbiano provata almeno una volta nella vita, pari a una media del 4,1 % di adulti della fascia dei 15-64 anni di età (cfr. la tabella 8 per una sintesi dei dati). Le cifre nazionali oscillano tra lo 0,1 e il 9,4 %, con 12 dei 24 paesi tra cui la maggior parte dei paesi dell'Europa centrale e orientale, che riferiscono tassi di prevalenza un tantum molto bassi tra la popolazione adulta (0,5-2 %).

Si stima che circa 4 milioni di cittadini europei abbiano fatto uso della sostanza nell'ultimo anno (in media l'1,3 %), benché anche in questo caso esistano differenze marcate tra i paesi. Le recenti indagini nazionali riportano stime della prevalenza nell'ultimo anno comprese tra lo zero e il 3,1 %. La stima sulla prevalenza del consumo di cocaina dell'ultimo mese in Europa rappresenta circa lo 0,5 % della popolazione adulta, ossia circa 2 milioni di persone.

Un esiguo numero di paesi (Danimarca, Spagna, Irlanda, Italia, Regno Unito) riferisce livelli di consumo di cocaina superiori alla media europea. In tutti questi paesi tranne uno, la cocaina è la sostanza stimolante illecita più comunemente consumata. L'eccezione è costituita dalla Danimarca, che riferisce una prevalenza simile per il consumo di cocaina e anfetamine.

Consumo di cocaina tra giovani adulti

Si ritiene che in Europa circa 8 milioni di giovani adulti (15-34 anni), per una media del 5,9 %, abbiano usato la cocaina almeno una volta nella vita. Le cifre nazionali

oscillano tra lo 0,1 % e il 14,9 %. La media europea del consumo di cocaina nell'ultimo anno in questa fascia di età è stimata al 2,3 % (circa 3 milioni) e quella del consumo nell'ultimo mese allo 0,9 % (1,5 milioni).

Il consumo è particolarmente elevato tra i giovani di sesso maschile (15-34 anni), con un tasso di prevalenza nell'ultimo anno compreso tra il 4 % e l'8,4 % in Danimarca, Spagna, Irlanda, Italia e Regno Unito ⁽⁸⁵⁾. In 12 dei paesi che hanno fornito informazioni, il rapporto uomo-donna riguardo alla prevalenza del consumo di cocaina nell'ultimo anno tra giovani adulti è di almeno 2:1 ⁽⁸⁶⁾.

Le indagini su un campione trasversale di popolazione e le indagini mirate hanno mostrato che il consumo di cocaina è associato a stili di vita e ambienti specifici. Per esempio, un'analisi dei dati dell'indagine britannica sui reati 2008/2009 ha riscontrato che tra i giovani di età compresa tra 16 e 24 anni che hanno frequentato una discoteca quattro o più volte durante l'ultimo mese, il 14,2 % riferisce di avere fatto uso di cocaina, rispetto al 4,0 % dei giovani che non hanno frequentato discoteche (Hoare, 2009). Le recenti indagini mirate condotte negli ambienti della musica elettronica nella Repubblica ceca, nei Paesi Bassi, in Austria e nel Regno Unito evidenziano un consumo di cocaina un tantum molto elevato, che va dal 17,6 % all'86 %. Il consumo di cocaina può anche essere associato direttamente ai seguenti ambienti: in un'indagine condotta tra i frequentatori di discoteche di Amsterdam nel 2008, il 4,6 % dei 646 intervistati ha riferito di avere usato cocaina durante la sera dell'indagine, mentre un'indagine in loco condotta tra 323 frequentatori di discoteche nel Regno Unito ha rivelato che il 22 % degli interpellati aveva assunto o pianificato di assumere cocaina nel corso della serata.

I dati ottenuti dalle indagini nella popolazione generale rivelano anche che la prevalenza di forte consumo episodico di alcol ⁽⁸⁷⁾ è molto più elevata tra i consumatori di cocaina che tra la popolazione in generale (OEDT 2009d). I Paesi Bassi riferiscono inoltre che i consumatori di cocaina possono anche assumere la sostanza per smaltire l'eccesso di alcol.

Consumo di cocaina tra gli studenti

Le stime sulla prevalenza del consumo di cocaina tra gli studenti sono molto inferiori rispetto a quelle sul consumo di cannabis. Secondo l'indagine ESPAD 2007 la prevalenza del consumo di cocaina un tantum tra gli studenti di età compresa tra 15 e 16 anni oscilla tra l'1 e il

⁽⁸⁵⁾ Cfr. il grafico GPS-13 nel bollettino statistico 2010.

⁽⁸⁶⁾ Cfr. la tabella GPS-5 (parte iii) e (parte iv) nel bollettino statistico 2010.

⁽⁸⁷⁾ Definito come l'assunzione di sei o più bicchieri di bevanda alcolica nella stessa occasione almeno una volta alla settimana durante gli ultimi 12 mesi.

Tabella 8 – 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	14 milioni	4 milioni	2 milioni
Media europea	4,1 %	1,3 %	0,5 %
Intervallo	0,1-9,4 %	0,0-3,1 %	0,0-1,5 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (0,1 %) Malta (0,4 %) Lituania (0,5 %) Grecia (0,7 %)	Romania (0,0 %) Grecia (0,1 %) Ungheria, Polonia, Lituania (0,2 %) Malta (0,3 %)	Romania, Grecia (0,0 %) Malta, Svezia, Polonia, Lituania, Estonia, Finlandia (0,1 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Regno Unito (9,4 %) Spagna (8,3 %) Italia (7,0 %) Irlanda (5,3 %)	Spagna (3,1 %) Regno Unito (3,0 %) Italia (2,1 %) Irlanda (1,7 %)	Regno Unito (1,5 %) Spagna (1,1 %) Italia (0,7 %) Austria (0,6 %)
15-34 anni			
Numero stimato di consumatori in Europa	8 milioni	3 milioni	1,5 milioni
Media europea	5,9 %	2,3 %	0,9 %
Intervallo	0,1-14,9 %	0,1-6,2 %	0,0-2,9 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (0,1 %) Lituania (0,7 %) Malta (0,9 %) Grecia (1,0 %)	Romania (0,1 %) Grecia (0,2 %) Polonia, Lituania (0,3 %) Ungheria (0,4 %)	Romania (0,0 %) Grecia, Polonia, Lituania (0,1 %) Ungheria, Estonia (0,2 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Regno Unito (14,9 %) Spagna (11,8 %) Danimarca (9,5 %) Irlanda (8,2 %)	Regno Unito (6,2 %) Spagna (5,5 %) Danimarca (3,4 %) Irlanda (3,1 %)	Regno Unito (2,9 %) Spagna (1,9 %) Italia (1,1 %) Irlanda (1,0 %)
Le stime della prevalenza europea si basano su medie ponderate ricavate dalle ultime indagini nazionali eseguite dal 2001 al 2008/2009 (principalmente 2004-2008), pertanto non possono essere collegate a un unico anno. 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 sono disponibili informazioni è stata attribuita la prevalenza UE media. Popolazioni utilizzate quale base: fascia 15-64 anni (334 milioni) e 15-34 anni (133 milioni). I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» nel bollettino statistico 2010.			

2 % nella metà dei 28 paesi dichiaranti. La maggioranza dei restanti paesi riferisce livelli di prevalenza compresi tra il 3 e il 4 %, mentre Francia e il Regno Unito hanno comunicato il 5 e il 6 % rispettivamente. Laddove sono disponibili i dati sugli studenti di età compresa tra i 17 e i 18 anni, la prevalenza una tantum del consumo di cocaina è in genere più elevata, e in Spagna raggiunge l'8 %⁽⁸⁸⁾.

Confronti internazionali

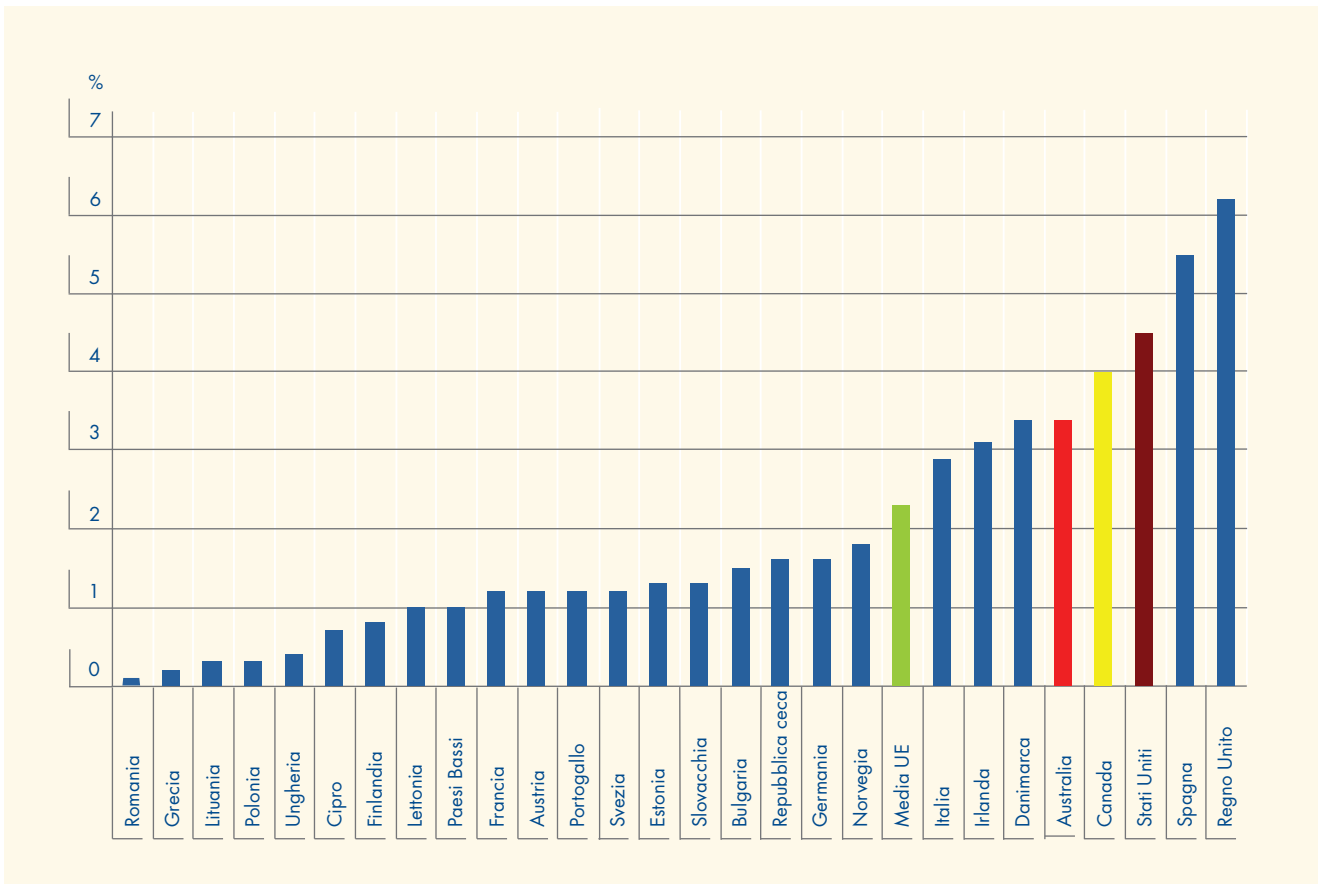
Nel complesso, la prevalenza stimata del consumo di cocaina durante l'ultimo anno è minore tra i giovani adulti nell'Unione europea (2,3 %) che non tra i loro coetanei in Australia (3,4 % nella fascia di età compresa tra i 14 e i 39 anni), in Canada (4,0 %) e negli Stati Uniti (4,5 % nella fascia di età compresa tra i 16 e i 34 anni).

Tuttavia, la Danimarca riferisce la stessa cifra dell'Australia, mentre la Spagna e il Regno Unito riferiscono cifre più elevate rispetto al Canada e agli Stati Uniti (grafico 7).

Tendenze relative al consumo di cocaina

Le tendenze del consumo di cocaina in Europa si sono evolute in modo diverso. Nei due paesi con la prevalenza di consumo di cocaina più elevata (Spagna e Regno Unito), il consumo della sostanza è aumentato drasticamente alla fine degli anni novanta, prima di assestarsi su tendenze più stabili, seppure ancora generalmente orientate verso l'alto. In altri tre paesi (Danimarca, Irlanda, Italia), l'aumento della prevalenza è stato meno marcato e si è verificato un po' più tardi. I livelli di consumo in questi tre paesi sono tuttavia alti rispetto agli standard europei. Per quanto riguarda gli altri

⁽⁸⁸⁾ Cfr. le tabelle da EYE-3 a EYE-10 nel bollettino statistico 2010.

Grafico 7: Prevalenza del consumo di cocaina nell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34 anni) in Europa, Australia, Canada e Stati Uniti


NB: I dati provengono dall'ultima indagine disponibile per ogni paese. Il tasso medio di prevalenza in Europa è stato calcolato come media dei tassi di prevalenza nazionali ponderata in base alla popolazione nazionale dei giovani di 15-34 anni (2006, dati forniti da Eurostat). I dati per gli Stati Uniti e l'Australia sono stati ricalcolati dai risultati dell'indagine originale sulle fasce di età rispettivamente di 16-34 anni e di 14-39 anni. Cfr. il grafico GPS-20 nel bollettino statistico 2010 per ulteriori informazioni.

Fonte: Punti focali nazionali Reitox.
 SAMHSA (Stati Uniti), Office of Applied Studies. National survey on drug use and health, 2008.
 Canada: Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey.
 Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series No 22. Cat. No PHE 107. Canberra: AIHW.

paesi in cui sono state effettuate ripetutamente indagini tra il 1998 e il 2008/2009, la prevalenza dell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34 anni) appare più stabile, con livelli al di sotto del 2 % durante il periodo in esame (grafico 8).

Se si considerano le tendenze più recenti, tra i 15 paesi nei quali sono state condotte indagini ripetute durante il periodo 2003-2008, la prevalenza dell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34 anni) è almeno raddoppiata rimanendo tuttavia inferiore al 2 % in tre paesi (Bulgaria, Repubblica ceca, Lettonia). È salita di circa il 50 % in due paesi (Irlanda, Regno Unito) ed è rimasta stabile o diminuita in otto paesi (Germania, Estonia, Lituania, Ungheria, Austria, Polonia, Slovacchia, Finlandia).

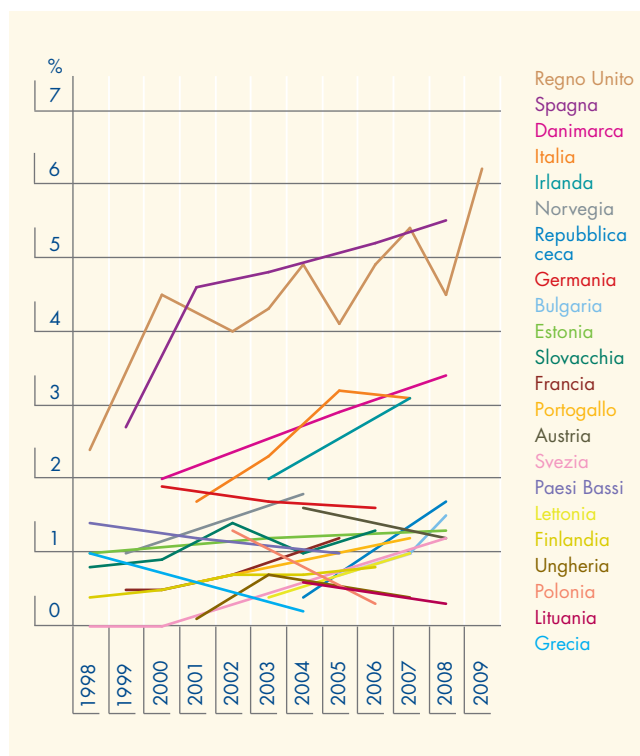
Secondo le indagini ESPAD condotte nel 2007 presso le scuole, la prevalenza del consumo di cocaina una tantum tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni

è aumentata di almeno due punti percentuali dal 2003 in Francia, a Cipro, a Malta, in Slovenia e in Slovacchia. L'indagine presso le scuole spagnole ha rivelato un calo di due punti percentuali tra il 2004 e il 2007. Nei cinque paesi che hanno condotto indagini presso le scuole nel 2008, non sono stati riferiti cambiamenti superiori all'1 %.

Modelli di consumo di cocaina

In alcuni paesi europei un numero significativo di persone ha sperimentato il consumo di cocaina solo una o due volte (Van der Poel e altri, 2009). Tra i consumatori abituali o che fanno un uso intensivo della cocaina si possono distinguere due ampi gruppi. Il primo gruppo è costituito dai consumatori «socialmente integrati» che tendono a consumare cocaina durante i fine settimana, alle feste o in altre occasioni speciali, talvolta in

Grafico 8: Andamento della prevalenza dell'ultimo anno del consumo di cocaina tra i giovani adulti (15-34 anni)



NB: Per ulteriori informazioni cfr. il grafico GPS-14 (parte I) nel bollettino statistico 2010.
 Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

grandi quantità («binges») o frequentemente. Numerosi consumatori socialmente integrati riferiscono di controllare il proprio consumo di cocaina imponendosi regole, per esempio su quantità, frequenza o contesto del consumo (Decorte, 2000). Alcuni di questi consumatori possono soffrire di problemi di salute correlati al consumo di cocaina o sviluppare modelli compulsivi di consumo che necessitano di un intervento terapeutico. Gli studi suggeriscono tuttavia che una percentuale significativa dei consumatori di cocaina che soffrono di problemi correlati all'assunzione della sostanza possono guarire senza ricorrere a un trattamento formale (Cunningham, 2000).

Il secondo gruppo include consumatori più «marginalizzati» o «socialmente esclusi», tra cui ex o attuali consumatori di oppioidi che possono fare uso di crack o assumere cocaina per via parenterale. Inoltre, appartengono a questo gruppo i consumatori assidui di cocaina e i consumatori di «crack» appartenenti a gruppi sociali svantaggiati, quali lavoratori del sesso o immigrati (Prinzleve e altri, 2004).

Conseguenze del consumo di cocaina sulla salute

Le conseguenze del consumo di cocaina sulla salute sono spesso sottovalutate. Ciò è dovuto in parte alla natura spesso non specifica o cronica delle patologie che generalmente derivano dal consumo a lungo termine di cocaina e in parte alle difficoltà di stabilire nessi causali tra la malattia e il consumo della sostanza⁽⁸⁹⁾. Il consumo regolare di cocaina, anche sniffando la sostanza, può essere associato a problemi cardiovascolari, neurologici e psichiatrici, a un aumento del rischio di incidenti e di trasmissione di malattie infettive attraverso rapporti sessuali non protetti (Brugal e altri, 2009). Uno studio condotto negli Stati Uniti, ha mostrato che circa il 5 % dei consumatori di cocaina può sviluppare dipendenza durante il primo anno di consumo, sebbene non oltre il 20 % dei consumatori sviluppi dipendenza a lungo termine (Wagner e Anthony, 2002).

Studi condotti in paesi con livelli elevati di prevalenza del consumo di cocaina indicano che una percentuale significativa dei problemi cardiaci dei giovani possa essere correlata al consumo di cocaina (Qureshi e altri, 2001). In questi paesi, il consumo di cocaina sembra essere coinvolto in una percentuale notevole di emergenze ospedaliere correlate alla droga (per esempio, 32 % nei Paesi Bassi e la maggior parte in Spagna e negli Stati Uniti). Un recente studio effettuato in Spagna tra 720 giovani di età compresa tra i 18 e i 20 anni, consumatori abituali di cocaina, ma non consumatori abituali di eroina, ha riscontrato che il 27 % dei giovani ha sperimentato un'intossicazione acuta da cocaina nell'ultimo anno. Di questi, il 35 % ha presentato sintomi di psicosi (allucinazioni o delirio) e oltre il 50 % dolore toracico (Santos e altri, in stampa).

L'assunzione di cocaina per via parenterale e il consumo di crack sono associati a rischi per la salute più elevati, inclusi problemi cardiovascolari e mentali. Questi sono generalmente aggravati dalla marginalizzazione sociale e da problemi specifici aggiuntivi, quali i rischi connessi all'assunzione per via parenterale, compresa la trasmissione di malattie infettive e i rischi di overdose (OEDT, 2007c).

Nel complesso, esistono indicazioni di un costo sociale e sanitario significativo e probabilmente in crescita correlato al consumo di cocaina in Europa, non ancora interamente individuato e riconosciuto. Recentemente sono state sollevate anche preoccupazioni riguardanti l'associazione tra il consumo di cocaina e i reati violenti correlati al mondo degli intrattenimenti notturni (Measham e Moore, 2009).

⁽⁸⁹⁾ Cfr. il riquadro «Decessi causati dalla cocaina» nel capitolo 7.

Levamisolo come adulterante della cocaina

Gli adulteranti o «sostanze da taglio» sono sostanze aggiunte intenzionalmente alle droghe, in particolare alle droghe in polvere, per aumentare il valore di vendita e il beneficio economico. Sono diverse dalle impurità, che sono piccole quantità di sostanze indesiderate prodotte dal processo sintetico (King, 2009).

La cocaina, a causa del suo elevato valore, può essere tagliata varie volte con una o più sostanze. Queste possono essere diluenti inerti (quali gli zuccheri e l'amido) che aumentano il volume della droga. Possono essere utilizzati anche adulteranti farmacologicamente attivi per aumentare o imitare gli effetti della droga o per migliorare l'aspetto. Questa categoria comprende gli analgesici (per esempio il paracetamolo), gli anestetici locali (come la lidocaina), gli antistaminici (es. l'idrossizina), il diltiazem e l'atropina (Meijers, 2007).

L'uso del levamisolo (l-tetramisolo) quale adulterante della cocaina è stato segnalato negli Stati Uniti e in Europa a partire dal 2004. Il levamisolo viene utilizzato come agente antiparassitario in medicina veterinaria ed è stato utilizzato precedentemente nella medicina umana come immunostimolante. Se utilizzato per un lungo periodo e in dosi elevate può produrre effetti negativi, tra cui il più allarmante è l'agranulocitosi⁽¹⁾.

Il levamisolo non viene individuato abitualmente nei sequestri di cocaina ed è raramente quantificato. Le informazioni disponibili, tuttavia, indicano un aumento sia nella percentuale di campioni di cocaina adulterati con levamisolo che nella concentrazione di levamisolo nella droga. Ciò ha indotto il sistema di allarme rapido europeo (cfr. il capitolo 8) a pubblicare un avviso e ad avviare una raccolta di dati supplementare. Un avviso per la sanità pubblica pubblicato negli Stati Uniti ha annunciato che più del 70 % dei sequestri di cocaina analizzati nel 2009 conteneva levamisolo⁽²⁾ e che entro la fine di quell'anno erano stati segnalati nel paese 20 casi confermati o probabili di agranulocitosi (con due decessi). Tuttavia sembra che il numero dei casi sia molto basso rispetto al numero dei consumatori di cocaina.

⁽¹⁾ L'agranulocitosi è una condizione ematologica che può portare a infezioni a sviluppo rapido potenzialmente letali.

⁽²⁾ Comunicato stampa del SAMHSA.

Consumo problematico di cocaina e domanda di trattamento

I consumatori abituali di cocaina, che fanno uso della sostanza per periodi prolungati, e quelli che la assumono per via parenterale sono definiti, dall'OEDT, consumatori problematici. Le stime delle dimensioni di questa popolazione forniscono un'approssimazione del numero di persone che potenzialmente necessitano di intervento terapeutico. I consumatori problematici socialmente integrati sono tuttavia trascurati in queste stime, nonostante possano

anch'essi necessitare di trattamento. Stime nazionali dei consumatori problematici di cocaina sono disponibili solo per l'Italia, mentre stime regionali e sul crack sono disponibili per il Regno Unito (Inghilterra). In Italia, nel 2008 il numero di consumatori problematici di cocaina è stato stimato a circa 172 000 (tra i 4,2 e i 4,6 ogni 1 000 cittadini di età compresa tra i 15 e i 64 anni)⁽⁹⁰⁾. I dati delle tendenze sul consumo problematico di cocaina e altre fonti di informazioni indicano un aumento graduale del consumo di cocaina in Italia.

Il consumo di crack è poco diffuso tra i consumatori di cocaina socialmente integrati e riguarda principalmente i gruppi marginalizzati e svantaggiati quali i lavoratori del sesso, i consumatori problematici di oppioidi e, talvolta, alcune minoranze etniche specifiche (per esempio, in Francia, Paesi Bassi, Regno Unito); è osservabile principalmente in alcune città europee (Prinzleve e altri, 2004; Connolly e altri, 2008). La maggior parte delle richieste di trattamento correlate al consumo di crack e dei sequestri di crack in Europa è segnalata dal Regno Unito. Il consumo di crack è considerato anche uno dei componenti principali dei problemi di droga di Londra. Le stime del consumo problematico di cocaina crack in Inghilterra a partire dal 2006/2007 vanno da 1,4 e 17 casi ogni 1 000 abitanti, di età compresa tra i 15 e i 64 anni, con una media nazionale di 5,2-5,6 casi ogni 1 000 abitanti⁽⁹¹⁾. Si stima che oltre due terzi dei consumatori problematici di crack siano anche consumatori problematici di oppioidi.

Nei paesi con i livelli di prevalenza più elevati, la cocaina in polvere o la cocaina crack sono spesso utilizzate da consumatori di oppioidi che si sono sottoposti alla terapia sostitutiva (principalmente in Spagna, Italia, Paesi Bassi, Regno Unito). Anche il consumo di cocaina e quello di alcol sono correlati tra i pazienti in terapia sostitutiva.

Domanda di trattamento

Nel 2008 la cocaina, in modo particolare in polvere, è stata citata quale ragione principale per la domanda di trattamento da circa il 17 % di tutti i pazienti in terapia, una percentuale questa che corrisponde a circa 70 000 casi in 27 paesi europei. Tra coloro i quali iniziano il trattamento per la prima volta, la percentuale dei pazienti che indicano la cocaina come loro sostanza stupefacente primaria è più elevata (24 %).

Esistono ampie differenze tra paesi riguardo alla percentuale e al numero di pazienti in terapia per problemi correlati alla cocaina come droga primaria. La Spagna riferisce la percentuale più elevata (46 %),

⁽⁹⁰⁾ Cfr. la tabella PDU-102 (parte i) nel bollettino statistico 2010.

⁽⁹¹⁾ Cfr. la tabella PDU-103 (parte ii) nel bollettino statistico 2010.

seguita dai Paesi Bassi (33 %) e dall'Italia (28 %). In Belgio, Irlanda, Cipro, Lussemburgo e Regno Unito, i pazienti in terapia per cocaina rappresentano tra l'11 e il 15 % di tutti i pazienti. Altrove in Europa, la cocaina riguarda meno del 10 % dei pazienti in terapia, e otto paesi riferiscono meno dell'1 % ⁽⁹²⁾.

Il numero di pazienti che si sottopongono a trattamento per consumo primario di cocaina ha continuato ad aumentare in Europa per alcuni anni, sebbene la tendenza sia fortemente influenzata da alcuni paesi (Spagna, Italia, Paesi Bassi, Regno Unito). In base ai dati riferiti dai 17 paesi dichiaranti, il numero di pazienti che hanno iniziato il trattamento per problemi correlati alla cocaina è salito da circa 37 000, nel 2003, a 52 000 nel 2008, mentre la loro percentuale è cresciuta dal 17 % al 19 % di tutti i pazienti. Tra i soggetti che hanno iniziato il trattamento per la prima volta, il numero di pazienti con problemi correlati alla cocaina è passato da circa 18 000 a 28 000 e la loro percentuale si è portata dal 22 % al 27 % (in base a 18 paesi). Tra i paesi con le percentuali più elevate di pazienti in terapia per cocaina, dal 2005 Spagna, Italia e Paesi Bassi riferiscono una situazione stabile o una tendenza al calo nel numero e nella percentuale di nuovi pazienti che citano la cocaina come loro droga principale, mentre il Regno Unito segnala un aumento ⁽⁹³⁾.

Profilo dei pazienti in terapia

Quasi tutti i pazienti in terapia per cocaina si sottopongono al trattamento presso centri terapeutici ambulatoriali, nonostante qualche cocainomane venga anche curato in cliniche private, un tipo di assistenza che il sistema di monitoraggio attuale non considera come dovrebbe.

Tra i pazienti con problemi di cocaina che seguono una terapia ambulatoriale si osserva il rapporto uomo-donna più elevato tra tutti i pazienti in trattamento per tossicodipendenza da sostanze stupefacenti (5 uomini per ogni donna) e un'età media tra le più alte (circa 32 anni). Ciò è vero, in particolare, in alcuni paesi con numeri elevati di pazienti per problemi di cocaina come droga primaria, e specialmente in Italia, dove il rapporto uomo-donna è di 6:1 e l'età media 34 anni. I consumatori di cocaina come droga primaria riferiscono di avere iniziato a utilizzare la sostanza a un'età maggiore (22,3 anni, l'87 % prima dei 30 anni) rispetto ai consumatori di altre sostanze come droga primaria e il periodo di tempo che intercorre tra la

prima volta in cui si è provata la sostanza e l'inizio della terapia è di circa nove anni.

La maggior parte dei cocainomani sniffa (63 %) o fuma (31 %) la sostanza mentre solo il 3 % riferisce di assumerla per via parenterale ⁽⁹⁴⁾. Quasi la metà di essi ha consumato la sostanza da una a sei volte alla settimana durante il mese precedente all'inizio del trattamento, il 26 % l'ha utilizzata quotidianamente e il 25 % non l'ha consumata in quel periodo ⁽⁹⁵⁾. Nel 2006, un'analisi dei dati del trattamento provenienti da 14 paesi ha rivelato che la poliassunzione interessa circa il 63 % dei pazienti di cocaina. Tra questi, il 42 % consuma anche alcol, il 28 % cannabis e il 16 % eroina. La cocaina è anche menzionata spesso come droga secondaria dal 32 % dei pazienti ambulatoriali, specialmente dai consumatori di eroina come droga primaria (OEDT, 2009d).

Nel 2008 circa 10 000 pazienti hanno iniziato il trattamento per il consumo primario di cocaina crack, una cifra che rappresenta il 16 % di tutti i pazienti di cocaina e il 3 % di tutti i pazienti in terapia ambulatoriale. La maggior parte dei pazienti per crack (circa 7 500) sono citati dal Regno Unito, dove costituiscono il 42 % dei pazienti in terapia per cocaina e il 5,6 % di tutti i pazienti in terapia per la tossicodipendenza. I Paesi Bassi riferiscono inoltre che i pazienti in terapia per la dipendenza da crack rappresentano una percentuale significativa di tutti i pazienti che hanno iniziato il trattamento nel 2008 ⁽⁹⁶⁾.

Nel complesso, sono stati individuati due gruppi principali di pazienti in terapia per cocaina: individui socialmente integrati che consumano cocaina in polvere; e un gruppo di pazienti più marginalizzati, che utilizza cocaina, spesso cocaina crack, in combinazione con oppioidi. Il primo gruppo generalmente riferisce di sniffare la droga e talvolta di consumarla insieme ad altre sostanze quali alcol o cannabis, ma non insieme a oppioidi. Alcuni membri di questo gruppo sono indirizzati al trattamento dalle autorità giudiziarie. Il secondo gruppo riferisce spesso di avere assunto la droga per via parenterale, di utilizzare sia cocaina che oppioidi, talvolta di fumare crack e presenta condizioni sociali e di salute precarie. In questo gruppo, che include ex eroinomani che si sottopongono nuovamente al trattamento per problemi di consumo di cocaina, l'identificazione della droga primaria può essere difficile (NTA, 2010) ⁽⁹⁷⁾.

⁽⁹²⁾ Cfr. il grafico TDI-2 e le tabelle TDI-5 (parte i) e (parte ii) e TDI-24 nel bollettino statistico 2010; i dati per la Spagna si riferiscono al 2007.

⁽⁹³⁾ Cfr. i grafici TDI-1 e TDI-3 nel bollettino statistico 2010.

⁽⁹⁴⁾ Cfr. la tabella TDI-17 (parte iv) nel bollettino statistico 2010.

⁽⁹⁵⁾ Cfr. la tabella TDI-18 (parte ii) nel bollettino statistico 2010.

⁽⁹⁶⁾ Dal 2008, i Paesi Bassi considerano i pazienti per problemi correlati alla cocaina che riferiscono di fumare la sostanza, adottando la via di assunzione dei consumatori di crack. Ciò ha portato a un marcato aumento nei numeri riferiti negli anni precedenti. L'individuazione insufficiente di pazienti per crack può esistere anche in altri paesi.

⁽⁹⁷⁾ Cfr. le tabelle TDI-10, TDI-11 (parte iii), TDI-21 e TDI-103 (parte ii) nel bollettino statistico 2010.

Trattamento e riduzione del danno

Erogazione del trattamento

In Europa il trattamento per la dipendenza da cocaina e cocaina crack viene generalmente erogato in centri terapeutici ambulatoriali specializzati. Non essendo disponibile una vera terapia farmacologica ai pazienti in terapia per cocaina viene fornito un trattamento psicosociale, come consulenze e terapie cognitive comportamentali. Alcuni paesi forniscono linee guida per il trattamento dei problemi connessi alla cocaina (per esempio, Germania e Regno Unito). Le linee guida del Regno Unito consigliano, a seconda delle necessità del paziente, da tre a venti sessioni di trattamento che mirano a risolvere ambivalenze nei confronti dei cambiamenti, a migliorare il riconoscimento di stimoli e bisogni derivanti dal consumo di cocaina e a controllarli, a ridurre i danni correlati all'uso di cocaina e a evitare ricadute (NTA, 2006).

In Europa la terapia farmacologica è generalmente utilizzata per alleviare i sintomi della dipendenza da cocaina, in modo particolare l'ansia. Uno studio qualitativo sulle attuali prassi terapeutiche per cocainomani in Francia ha riscontrato che, nonostante la scarsità di prove di efficacia, farmaci specifici, come il metilfenidato, il modafinil e il topiramato, sono prescritti per ridurre l'appetizione compulsiva o in funzione sostitutiva (Escots e Suderie, 2009).

In Europa, i centri terapeutici ambulatoriali pubblici sono orientati per la maggior parte alle necessità dei consumatori di oppioidi, mentre i consumatori socialmente integrati di cocaina in polvere possono essere riluttanti a sottoporsi al trattamento perché lo percepiscono come un marchio negativo. La Danimarca, l'Irlanda, l'Italia e l'Austria hanno pertanto sviluppato programmi specifici per questi soggetti. Una caratteristica comune è che il trattamento può essere fornito al di fuori del normale orario di apertura per potere venire incontro a esigenze lavorative e garantire discrezione.

Due recenti studi hanno analizzato l'efficacia del trattamento psicosociale offerto a consumatori di cocaina in polvere (NTA, 2010) e di cocaina crack (Mardsen e altri, 2009) in centri terapeutici inglesi. Entrambi gli studi hanno comparato il cambiamento nel consumo di droga prima del trattamento e dopo sei mesi dall'inizio dello stesso (o prima nel caso di abbandono). Nel primo studio, il 61 % dei consumatori di cocaina in polvere (1 864 su 3 075) aveva smesso di consumare la droga e un ulteriore 11 % ne aveva significativamente ridotto il consumo. Nel secondo studio, il 52 % dei consumatori

di cocaina crack (3 941 su 7 636) non ne faceva uso dopo sei mesi di trattamento. Un dato meno positivo riscontrato è che la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi non era altrettanto efficace in pazienti che consumavano eroina e cocaina crack quanto in quelli che consumavano solamente eroina. Questo risultato conferma gli effetti dannosi del consumo concomitante di cocaina o di cocaina crack sui risultati della terapia sostitutiva e sottolinea la necessità di elaborare nuove strategie per il trattamento della dipendenza combinata da eroina e cocaina o da eroina e cocaina crack.

Studi recenti sul trattamento della dipendenza da cocaina

Oltre 50 tipi di medicinali diversi sono stati valutati per il trattamento della dipendenza da cocaina. Finora nessuno si è rivelato chiaramente efficace e né l'Agenzia europea per i medicinali (EMA) né l'Agenzia americana per gli alimenti e i medicinali (FDA) hanno approvato alcun medicinale per il trattamento della dipendenza da cocaina (Kleber e altri, 2007). Tuttavia, sono registrate oltre 100 prove controllate randomizzate per testare nuove sostanze, in taluni casi associate a interventi psicologici.

È stato riscontrato un collegamento tra l'utilizzo del disulfiram, una sostanza che interferisce con il metabolismo dell'alcol, e la riduzione del consumo di cocaina da parte di pazienti affetti anche da alcolismo. La riduzione è stata attribuita a una diminuzione della disinibizione legata all'alcol e dell'indebolimento della capacità di giudizio. Studi recenti hanno anche rilevato

Vaccino per la cocaina

Un vaccino per la cocaina è stato provato per la prima volta all'inizio degli anni novanta negli studi sugli animali. Una volta somministrato, induce la produzione di anticorpi che si legano alle molecole della cocaina nella circolazione sanguigna e, quindi, permettono che gli enzimi presenti in natura li convertano in molecole inattive.

La prima prova controllata randomizzata del vaccino è stata condotta negli Stati Uniti e ha coinvolto 115 soggetti in terapia sostitutiva per oppioidi. Lo studio ha rilevato che i soggetti a cui è stato praticato il vaccino e che hanno ottenuto un livello adeguato di anticorpi sono rimasti astinenti. Tuttavia, soltanto quattro circa su dieci (il 38 %) dei consumatori di oppioidi vaccinati hanno raggiunto un livello di anticorpi in grado di fornire un blocco della cocaina di due mesi (Martell e altri, 2009). Risultati analoghi sono stati osservati in uno studio successivo che includeva dieci consumatori di cocaina maschi che fumavano la droga, erano dipendenti e non avevano fatto ricorso al trattamento della tossicodipendenza.

un effetto diretto del disulfiram sul metabolismo della cocaina. Tuttavia, vista la scarsa qualità delle prove, è stato suggerito che i medici bilancino i possibili benefici con i potenziali effetti dannosi del disulfiram (Pani e altri, 2010).

L'uso di un certo numero di agenti anticonvulsivi è stato valutato in 15 studi effettuati su 1 066 pazienti (Minozzi e altri, 2009). I farmaci non si sono rivelati molto migliori del placebo nel mantenere i pazienti in terapia, nel ridurre il numero e il tipo degli effetti collaterali o nel ridurre il consumo di cocaina. Sette studi effettuati su 293 pazienti hanno valutato agenti antipsicotici (Amato e altri, 2009). Questi studi sono generalmente troppo ridotti per confermare possibili effetti, ma i risultati disponibili non sono a favore dell'utilizzo di questi farmaci nel trattamento della dipendenza da cocaina.

Tra i pazienti sottoposti alla terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi è stato riscontrato che l'utilizzo di bupropione, dextroamfetamina e modafinil è associato a percentuali più alte di astinenza continuativa dalla cocaina di quelle ottenute con un placebo (Castells e altri, 2010).

Tra i casi di intervento non farmacologico, alcuni interventi psicosociali hanno fornito risultati positivi nel ridurre gli abbandoni, il consumo di cocaina e nel migliorare la frequenza, in modo particolare quando l'intervento è stato fornito in combinazione con la gestione della contingenza con l'utilizzo di voucher (Knapp e altri, 2007). Molti studi attualmente in corso stanno ulteriormente analizzando gli effetti degli interventi basati su incentivi, in alcuni casi unitamente a terapia comportamentale e a interventi farmacologici. Infine, i trattamenti con agopuntura auricolare non hanno fornito risultati significativi (Gates e altri, 2006).

Riduzione del danno

Il problema degli interventi per la riduzione del danno destinati ai consumatori di crack e cocaina è un campo d'azione nuovo per molti Stati membri. Una delle ragioni

dell'erogazione limitata di interventi in questo campo, in particolare per i consumatori di crack, può essere la mancanza, da parte degli operatori, di conoscenze sufficienti sulla sostanza, sul gruppo di destinazione e sulle sue esigenze. Una recente analisi degli interventi per la riduzione del danno ai consumatori di stimolanti ha raggiunto la conclusione che è stata prestata più attenzione alla specificazione dei danni legati alla cocaina che non allo sviluppo di interventi per ridurre i danni stessi (Grund e altri, 2010).

Gli Stati membri in genere erogano ai cocainomani che assumono la sostanza per via parenterale gli stessi servizi e strutture offerti ai consumatori di oppioidi, come raccomandazioni per un consumo sicuro, consigli per l'iniezione sicura e programmi di scambio di aghi e siringhe. Tuttavia, l'assunzione di cocaina per via parenterale può essere associata a rischi più elevati di condivisione degli strumenti per le iniezioni e di iniezioni frequenti, che possono condurre al collasso delle vene e all'iniezione in parti del corpo ad altro rischio (per esempio, gambe, mani, piedi e inguine). Pertanto le raccomandazioni per un consumo più sicuro dovrebbero essere conformate a questi rischi specifici e le politiche di scambio di aghi e siringhe dovrebbero essere evitate. A causa della potenziale elevata frequenza di iniezioni, la fornitura di siringhe sterili ai consumatori per via parenterale non dovrebbe essere ristretta (van Beek e altri, 2001). In alcuni paesi (Spagna, Francia) sono fornite anche pipe da crack nuove in alcune agenzie a bassa soglia.

Gli interventi di riduzione del danno destinati ai consumatori di cocaina in polvere negli ambienti ricreativi si concentrano principalmente sulla sensibilizzazione. I programmi offrono consulenza e informazioni ai giovani sui rischi associati al consumo di alcol e di droga in generale, includendo, di solito, anche materiale sui rischi correlati al consumo di cocaina. Per lo più, escludendo la crescente sensibilizzazione, le opzioni di riduzione del danno destinate a questo gruppo, che costituisce la grande maggioranza dei consumatori di cocaina in Europa, sono pressoché inesistenti.



Capitolo 6

Consumo di oppioidi e assunzione di droga per via parenterale

Introduzione

Il consumo di eroina, in particolare per via parenterale, è stato strettamente associato alla salute pubblica e ai problemi sociali in Europa fin dagli anni settanta. Oggi questa droga è ancora responsabile della maggior parte dei casi di morbilità e mortalità collegati al consumo di droga nell'Unione europea. Alla fine degli anni novanta e nei primi anni del secolo è stato osservato un calo nell'uso dell'eroina e nei problemi correlati, sebbene dati più recenti suggeriscano che in alcuni paesi la tendenza potrebbe essere cambiata. Inoltre, le relazioni sull'uso degli oppioidi sintetici, quali il fentanil e l'iniezione di sostanze stimolanti, come la cocaina o le anfetamine, riflettono la natura sempre più complessa del problema del consumo di droga in Europa.

Offerta e disponibilità

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. Una piccola quantità di oppioidi viene prodotta anche 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 (per esempio Lettonia e Lituania).

Produzione e traffico

L'eroina consumata in Europa è prodotta per lo più in Afghanistan, paese in cui è riunita la maggior parte della produzione illegale globale di oppio. Gli altri paesi produttori sono il Myanmar, che rifornisce principalmente i mercati dell'Asia orientale e sudorientale, il Pakistan, il Laos, seguito dal Messico e dalla Colombia, che sono considerati i maggiori fornitori di eroina agli Stati Uniti (UNODC, 2009). Si calcola che la produzione mondiale di oppio sia scesa dal picco del 2007, a causa

principalmente di un calo della produzione afgana da 8 200 tonnellate a 6 900 tonnellate nel 2009. La stima più recente della potenziale produzione globale di eroina è di 657 tonnellate, in calo rispetto ai livelli stimati di circa 750 tonnellate nel 2007 e nel 2008 (UNODC, 2010b).

L'eroina entra in Europa seguendo due principali rotte di traffico. Attraverso la rotta dei Balcani, storicamente importante, transita l'eroina prodotta in Afghanistan attraverso il Pakistan, l'Iran e la Turchia e successivamente attraverso altri paesi di transito o di destinazione (Albania, Ungheria, Bulgaria, Repubblica ceca, ex Repubbliche iugoslave, Romania, Slovacchia, Austria, Italia). L'eroina entra in Europa anche attraverso la «via

Tabella 9 – Produzione, sequestri, prezzo e purezza dell'eroina

Produzione e sequestri	Eroina
Stima della produzione globale (tonnellate)	657
Quantità globale sequestrata (tonnellate)	
Eroina	75
Morfina	17
Quantità sequestrata (tonnellate)	
UE e Norvegia	8
(comprese Croazia e Turchia)	(24)
Numero di sequestri	
UE e Norvegia	54 400
(comprese Croazia e Turchia)	(56 600)
Prezzo e purezza in Europa ⁽¹⁾	Eroina brown
Prezzo di vendita medio (euro al grammo)	
Intervallo	25-133
(intervallo interquartile) ⁽²⁾	(33-80)
Purezza media (%)	
Intervallo	7-43

⁽¹⁾ Poiché pochi paesi riferiscono il prezzo di vendita e la purezza dell'eroina bianca, i dati non sono presentati nella tabella. Possono essere consultati nelle tabelle PPP-2 e PPP-6 nel bollettino statistico 2010.

⁽²⁾ Intervallo della metà intermedia del prezzo medio riferito o della purezza.

NB: I dati sono riferiti al 2008, tranne che per la stima della produzione globale (2009).

Fonte: UNODC (2010b) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

della seta», tramite l'Asia centrale e la Russia, quindi attraverso la Bielorussia, la Polonia e l'Ucraina verso i paesi scandinavi e altre nazioni, attraverso la Lituania (INCB, 2010b). All'interno dell'Unione europea, i Paesi Bassi e, in misura minore, il Belgio svolgono un ruolo importante quali nodi di distribuzione secondari.

Sequestri

I sequestri di oppio riferiti a livello mondiale sono aumentati notevolmente tra il 2007 e il 2008, da 510 a 657 tonnellate (tabella 9). Oltre l'80 % del totale dei sequestri è stato effettuato in Iran e il 7 % circa in Afghanistan. I sequestri globali riferiti di eroina sono saliti a 75 tonnellate nel 2008, mentre i sequestri globali di morfina sono scesi a 17 tonnellate (UNODC, 2010b).

Nel 2008 in Europa circa 56 600 sequestri hanno portato all'individuazione di 23,6 tonnellate di eroina. Il Regno Unito ha continuato a riferire il numero più elevato di sequestri, mentre la Turchia ha riferito nuovamente la maggior quantità sequestrata, con 15,5 tonnellate recuperate nel 2008 ⁽⁹⁸⁾. Le cifre per gli anni 2003-2008 provenienti da 26 paesi che hanno fornito dati indicano che il numero dei sequestri è aumentato dal 2003. La tendenza generale per quanto riguarda la quantità di eroina intercettata in Turchia è diversa da quella osservata nell'Unione europea (grafico 9). Mentre la Turchia ha riferito un aumento triplicato della quantità di eroina sequestrata tra il 2003 e il 2008, la quantità sequestrata nell'Unione europea ha rivelato un calo limitato durante questo periodo, dovuto principalmente a diminuzioni riferite in Italia e nel Regno Unito, i due paesi con i sequestri più ingenti nell'Unione europea ⁽⁹⁹⁾.

I sequestri globali di anidride acetica (utilizzata per produrre l'eroina) sono aumentati da 57 300 litri nel 2007 a 199 300 litri nel 2008, con le maggiori quantità sequestrate riferite dalla Slovenia (86 100 litri) e dall'Ungheria (63 600 litri). L'INCB esorta la Commissione UE e gli Stati membri dell'UE a prevenire il dirottamento dell'anidride acetica dal mercato interno (INCB, 2010a).

Purezza e prezzo

Nel 2008 per la maggior parte dei paesi che hanno fornito dati, la purezza media dell'eroina brown esaminata andava dal 15 % al 30 %; sono stati riferiti valori medi inferiori in Francia (11 %), Austria (solo dettaglio, 11 %) e Turchia (solo dettaglio, 7 %), e superiori in Bulgaria (31 %), Portogallo (32 %), Romania (43 %)

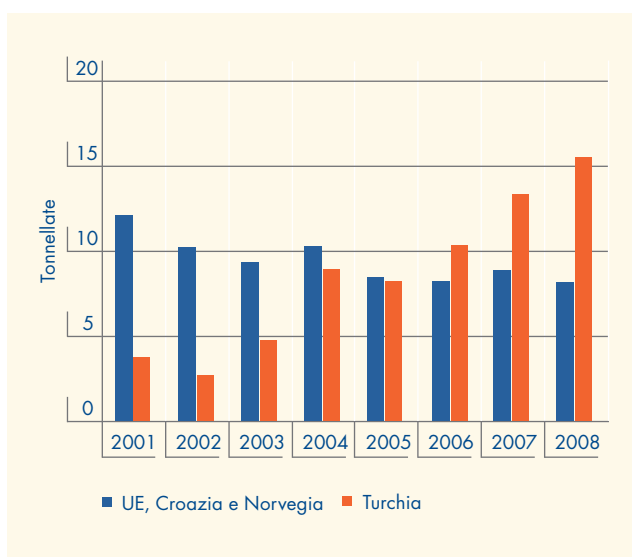
e Norvegia (31 %). Tra il 2003 e il 2008, la purezza dell'eroina brown è aumentata in otto paesi, mentre in altri quattro è rimasta stabile o è diminuita. Generalmente, la purezza media dell'eroina bianca era maggiore (30-50 %) nei pochi paesi europei che hanno fornito dati ⁽¹⁰⁰⁾.

Il prezzo al dettaglio dell'eroina brown ha continuato a essere più alto nei paesi del nord che nel resto d'Europa, con la Svezia che ha riferito un prezzo medio di 133 euro al grammo e la Danimarca di 107 euro. In altri otto paesi che hanno fornito dati, il prezzo al dettaglio dell'eroina brown oscillava tra 25 e 80 euro al grammo. Nel periodo 2003-2008, il prezzo al dettaglio dell'eroina brown è aumentato in cinque dei nove paesi europei che hanno trasmesso dati comparabili ed è sceso in quattro. Nel 2008, nei pochi paesi che hanno riferito il prezzo al dettaglio dell'eroina bianca, questo è risultato compreso tra 24 e 213 euro al grammo.

Stime sulla prevalenza del consumo problematico di oppioidi

I dati presentati in questa sezione provengono dall'indicatore del consumo problematico di stupefacenti (PDU) dell'OEDT, che riguarda principalmente il consumo di droghe per via parenterale e il consumo di oppioidi, sebbene in alcuni paesi anche i consumatori di

Grafico 9: Quantità stimate di eroina sequestrata nell'Unione europea, in Croazia, in Norvegia e in Turchia



Nota: La quantità totale di eroina sequestrata è ricavata dai dati forniti da tutti i paesi che hanno riferito dati all'OEDT (27 Stati membri dell'UE, Croazia, Turchia e Norvegia). I dati mancanti sono stati estrapolati dai dati per gli anni vicini.

Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

⁽⁹⁸⁾ Cfr. le tabelle SZR-7 e SZR-8 nel bollettino statistico 2010. Osservare che laddove sono assenti i dati per il 2008 vengono utilizzati i dati corrispondenti per il 2007 per valutare i totali europei.

⁽⁹⁹⁾ Questa analisi è preliminare in quanto non sono ancora disponibili dati per il Regno Unito per il 2008.

⁽¹⁰⁰⁾ Per i dati relativi al prezzo e alla purezza cfr. le tabelle PPP-2 e PPP-6 nel bollettino statistico 2010.

anfetamine o di cocaina rappresentino una componente non irrilevante. Data la prevalenza relativamente bassa e la natura nascosta di questo tipo di consumo di droga, sono necessarie estrapolazioni statistiche per ottenere stime della prevalenza a partire dalle fonti di dati disponibili (principalmente dati sulla terapia per tossicodipendenza e dati sull'applicazione della legge sulla droga). La maggior parte dei paesi è in grado di fornire stime specifiche per i «consumatori problematici di oppioidi»; tuttavia vale la pena notare che questi sono spesso poliassuntori e che le cifre sulla prevalenza sono spesso molto più elevate nelle aree urbane e tra i gruppi esclusi a livello sociale.

Le stime della prevalenza del consumo problematico di oppioidi nei paesi europei durante il periodo 2003-2008 vanno a grandi linee da uno a otto casi su 1 000 abitanti nella fascia di età dei 15-64 anni (grafico 10); la prevalenza globale del consumo problematico di oppioidi viene stimata in un intervallo compreso tra due e dieci casi su 1 000. I paesi che riferiscono le stime correttamente documentate più alte sul consumo problematico di oppioidi sono l'Irlanda, Malta, l'Italia e il

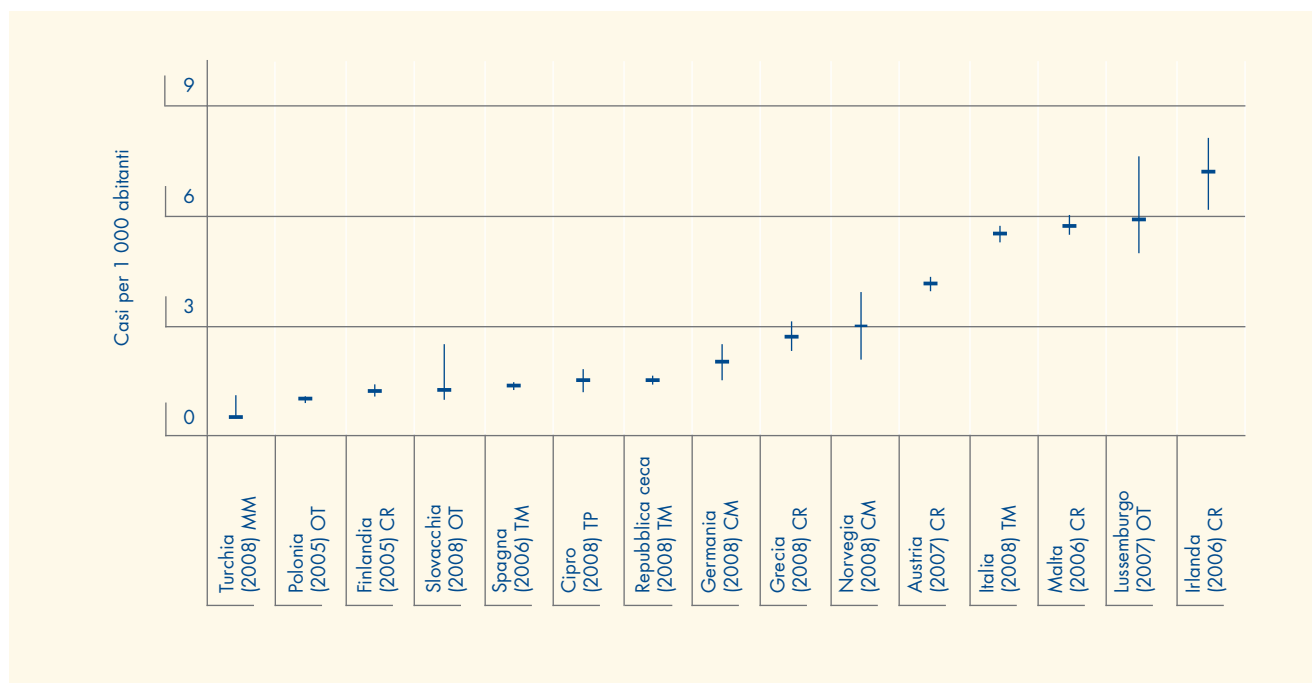
Lussemburgo, mentre le stime più basse sono riferite dalla Repubblica ceca, da Cipro, dalla Lettonia, dalla Polonia e dalla Finlandia (sia la Repubblica ceca che la Finlandia hanno un numero elevato di consumatori problematici di anfetamine). Soltanto la Turchia segnala cifre inferiori a un caso su 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni.

La prevalenza media del consumo problematico di oppioidi nell'Unione europea e in Norvegia è stimata tra i 3,6 e i 4,4 casi ogni 1 000 abitanti su una popolazione di 15-64 anni. Ciò equivale a circa 1,35 milioni (da 1,2 a 1,5 milioni) di consumatori problematici di oppioidi nell'Unione europea e in Norvegia nel 2008 ⁽¹⁰⁾. Questa stima comprende i consumatori in terapia sostitutiva; tuttavia i carcerati, soprattutto quelli con pene più lunghe da scontare, potrebbero essere rappresentati per difetto.

Trattamento della dipendenza da oppioidi

Gli oppioidi continuano a essere indicati come la sostanza primaria dalla maggior parte (53 %) dei pazienti che si sono sottoposti a una terapia specializzata in Europa nel 2008, con l'eroina citata

Grafico 10: Stime della prevalenza annuale del consumo problematico di oppioidi (tra la popolazione con 15-64 anni di età)



NB: Un segno orizzontale indica una stima puntuale; un segno verticale 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 differenti fonti di dati; pertanto il confronto va fatto con cautela. Fasce di età non standard sono utilizzate negli studi provenienti da Finlandia (15-54), Malta (12-64) e Polonia (tutte le età). Tutte e tre le stime sono adattate a una popolazione di 15-64 anni. Per la Germania, l'intervallo rappresenta i limiti superiore e inferiore di tutte le stime esistenti 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); MM = mortality multiplier (moltiplicatore mortalità); CM = combined methods (metodi combinati); TP = truncated Poisson (troncata di Poisson); OT = other methods (altri metodi). Cfr. il grafico PDU-1 (parte ii) e la tabella PDU-102 nel bollettino statistico 2010 per ulteriori informazioni.

Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

⁽¹⁰⁾ Questa stima è stata modificata da 1,4 a 1,35 milioni in base ai nuovi dati. A causa degli ampi intervalli di confidenza e del fatto che la stima si basa su dati provenienti da anni diversi, non è possibile concludere che ci sia stata una riduzione nella prevalenza del consumo problematico di oppioidi in Europa.

dal 48 % di tutti i pazienti ⁽¹⁰²⁾. Tuttavia, esistono notevoli differenze in Europa nella percentuale di tossicodipendenti che entrano in terapia per problemi collegati a queste sostanze; i consumatori di oppioidi sono oltre il 90 % di quelli che entrano in terapia in Bulgaria, Estonia e Slovenia, tra il 50 % e il 90 % in 15 paesi e tra il 10 e il 49 % in altri nove paesi ⁽¹⁰³⁾. Oltre ai circa 200 000 pazienti nella prima fase di trattamento che hanno indicato gli oppioidi quale sostanza primaria nel 2008, altri 47 000 consumatori di droghe diverse hanno citato gli oppioidi quale sostanza secondaria ⁽¹⁰⁴⁾.

Molti consumatori di oppioidi sono inseriti in programmi che forniscono assistenza a lungo termine, in particolare la terapia sostitutiva. Ciò si riflette in una quota più elevata di consumatori principali di oppioidi tra i tossicodipendenti già in cura rispetto agli anni precedenti. Un'analisi recente dei dati forniti da nove paesi ha rivelato che i consumatori di oppioidi quale droga primaria rappresentavano il 61 % di tutti i tossicodipendenti sottoposti a terapia, ma solamente il 38 % di quelli che iniziavano la terapia per la prima volta ⁽¹⁰⁵⁾.

Andamento del consumo problematico di oppioidi

Il numero limitato di stime ripetute dell'incidenza e della prevalenza del consumo problematico di oppioidi, insieme all'incertezza statistica sulle singole stime, contribuisce alla difficoltà di monitorare l'evoluzione delle tendenze nel tempo. I dati provenienti da otto paesi con stime ripetute della prevalenza nel periodo 2003-2008 suggeriscono, tuttavia, una situazione relativamente stabile. Un aumento apparente osservato in Austria fino al 2005 non è stato confermato nella stima recente, che è attualmente al di sotto del livello del 2003. L'Irlanda ha riferito un aumento tra il 2001 e il 2006, meno marcato a Dublino (21 %) rispetto al resto del territorio (164 %) ⁽¹⁰⁶⁾.

Laddove non sono disponibili stime adeguate e aggiornate dell'incidenza e della prevalenza del consumo problematico di oppioidi, può essere ancora possibile analizzare le tendenze nel tempo servendosi dei dati ricavati da altri indicatori, per lo più indiretti, come i dati sulle richieste di terapia. In base a un campione di 19 paesi, il numero complessivo di consumatori primari di eroina che iniziano una terapia, e di quelli che iniziano

una terapia per la prima volta, è aumentato tra il 2003 e il 2008 ⁽¹⁰⁷⁾. In un intervallo di tempo più recente, il numero dei consumatori primari di oppioidi che iniziano una terapia è aumentato in 11 paesi tra il 2007 e il 2008. Per i soggetti che hanno intrapreso una terapia per la prima volta, l'andamento complessivo al rialzo si è stabilizzato nel 2008, sebbene sei paesi abbiano segnalato ancora aumenti ⁽¹⁰⁸⁾.

I dati sui decessi correlati al consumo di droga nel 2008, associati per lo più al consumo di oppioidi, non forniscono alcuna indicazione di un ritorno alla tendenza al calo osservata fino al 2003 (cfr. il capitolo 7). Più della metà dei paesi che hanno risposto ha registrato un incremento dei decessi indotti dagli stupefacenti tra il 2007 e il 2008 ⁽¹⁰⁹⁾. Anche il numero dei sequestri di eroina in Europa è salito dal 2003, mentre le quantità sequestrate sono diminuite nell'Unione europea. È confermato il passaggio da un andamento discendente a uno in ascesa, segnalato l'anno scorso nei reati correlati all'eroina, con aumenti nel periodo 2003-2008 nella maggior parte dei paesi europei che hanno riferito dati sufficienti.

Il consumo di eroina e di farmaci a base di oppioidi da parte di nuovi gruppi, compresi i soggetti integrati a livello sociale e i frequentatori dei «tecno party», è stato riferito dal sistema «TREND» francese, che si basa su dati sia qualitativi che quantitativi. Anche altri studi qualitativi (Eisenbach-Stangl e altri, 2009) hanno rilevato una piccola percentuale di consumatori di eroina tra campioni specifici di soggetti socialmente integrati. Tra essi possono esservi utenti sperimentatori e persone che sono in grado di controllare il loro consumo di droga (Shewan e Dalgarno, 2005; Warburton e altri, 2005).

I dati disponibili suggeriscono che la tendenza al calo negli indicatori di oppioidi osservata fino al 2003 si è stabilizzata. Ciò è forse più chiaramente visibile a partire dal 2003, tra i sequestri e i decessi indotti dagli stupefacenti, e dopo il 2004 nelle nuove richieste di terapia correlate al consumo di eroina. Questi cambiamenti si sono verificati parallelamente a un aumento della produzione di oppio in Afghanistan fino al 2007, sollevando preoccupazioni sul fatto che questi eventi potrebbero essere collegati attraverso una maggiore disponibilità di eroina nel mercato europeo.

⁽¹⁰²⁾ Cfr. il grafico TDI-2 (parte ii) e le tabelle TDI-5 e TDI-113 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹⁰³⁾ Cfr. la tabella TDI-5 (parte ii) nel bollettino statistico 2010.

⁽¹⁰⁴⁾ Cfr. la tabella TDI-22 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹⁰⁵⁾ Cfr. la tabella TDI-38 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹⁰⁶⁾ Cfr. le tabelle PDU-6 (parte ii) e PDU-102 nel bollettino statistico 2010 per informazioni complete sugli studi, compresi gli intervalli di confidenza.

⁽¹⁰⁷⁾ Cfr. i grafici TDI-1 e TDI-3 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹⁰⁸⁾ Una parte della variazione nel tempo potrebbe essere dovuta a cambiamenti nella copertura dei dati o nella disponibilità della terapia e gli andamenti complessivi possono essere fortemente influenzati dall'Italia e dal Regno Unito, che forniscono i numeri più elevati di nuovi consumatori di eroina. Cfr. le tabelle TDI-3 e TDI-5 nel bollettino statistico 2009 e 2010.

⁽¹⁰⁹⁾ Cfr. la tabella DRD-2 (parte i) nel bollettino statistico 2010.

Consumo problematico di oppioidi e consumo di stupefacenti per via parenterale nei paesi vicini all'Unione europea

Fra i paesi vicini all'Unione europea, la Russia ha la popolazione più numerosa di consumatori di oppioidi, con stime riferite che vanno da 1,5 a 6 milioni di consumatori (UNODC, 2005). Uno studio recente basato su un metodo moltiplicatore trattamento, uno dei metodi suggeriti dall'OEDT, ha fornito una stima di 1,68 milioni di consumatori problematici di oppioidi, che equivale a 16 per 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni (UNODC, 2009). Il Russian Federal Drug Control Service calcola che 10 000 consumatori di eroina muoiono per overdose ogni anno (INCB, 2010b). È probabile che il secondo gruppo più numeroso di consumatori di oppioidi ai confini con l'Unione europea si trovi in Ucraina, con una stima di 323 000-423 000 consumatori di oppioidi. Ciò rappresenta 10-13 casi su 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni (UNODC, 2009). Nel 2008 sono stati inoltre riferiti all'UNODC aumenti percepiti nel consumo di oppioidi dall'Albania, dalla Bielorussia e dalla Moldavia.

Per il 2007 è stato valutato che potrebbero esserci 1 825 000 consumatori di stupefacenti per via parenterale (17,8 per 1 000 abitanti di 15-64 anni) in Russia e 375 000 (11,6 per 1 000 abitanti) in Ucraina, con quasi il 40 % di loro HIV positivi in entrambi i paesi (Mathers e altri, 2008). Inoltre, il tasso d'infezione da HIV recentemente diagnosticata tra gli IDU è molto più alto in Russia (79 su un milione nel 2006) e in Ucraina (153 su un milione nel 2006) che in altri paesi e regioni del mondo come l'Australia, il Canada, l'Unione europea e gli Stati Uniti (Wiessing e altri, 2009).

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, come gravi malattie infettive (per esempio HIV/AIDS, epatite) o overdose da stupefacenti, a causa della loro tossicodipendenza. Nella maggior parte dei paesi europei, l'assunzione per via parenterale è comunemente associata al consumo di oppioidi, sebbene in qualche paese sia associata al consumo di anfetamine. Solo 14 paesi sono stati in grado di fornire stime recenti sulla prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale ⁽¹¹⁰⁾, nonostante la loro importanza per la salute pubblica. Il miglioramento del livello delle informazioni disponibili riguardo a questo particolare gruppo continua a rappresentare una sfida importante per lo sviluppo dei sistemi di controllo 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. Se si esclude questo dato, come valore erratico, la media ponderata è di circa 2,6 casi su 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni ⁽¹¹¹⁾, numero che, se estrapolato rispetto alla popolazione dell'Unione europea, corrisponderebbe a una cifra compresa tra tre quarti di milione e un milione di consumatori di stupefacenti per via parenterale attivi. È probabile che il numero di ex consumatori di stupefacenti per via parenterale sia superiore (Sweeting e altri, 2008), tuttavia per la maggior parte dei paesi UE non è noto.

I consumatori di oppioidi che iniziano una terapia specializzata riferiscono spesso l'assunzione per via parenterale quale modalità abituale di assunzione. Ciò riguarda più della metà dei consumatori di oppioidi in 16 paesi, tra il 25 % e il 50 % in sei paesi e meno del 25 % in cinque paesi. Le percentuali più basse di consumatori di oppioidi per via parenterale che iniziano una terapia sono registrate da Paesi Bassi (5 %) e Spagna (19 %) e quelle più elevate da Lituania (99 %), Romania (95 %), Estonia (91 %) e Slovacchia (86 %) ⁽¹¹²⁾.

È difficile trarre conclusioni sull'andamento nel tempo della prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale a causa della scarsità dei dati e degli ampi intervalli di confidenza delle stime. I dati disponibili indicano, tuttavia, una situazione stabile nella Repubblica ceca, in Grecia, a Cipro e in Norvegia ⁽¹¹³⁾. Una riduzione statisticamente significativa è stata osservata nel Regno Unito, tra il 2004 e il 2006. La percentuale di consumatori di droga per via endovenosa (IDU) tra i consumatori di eroina che entrano in trattamento è diminuita nel complesso negli ultimi anni, con cali rilevanti dal punto di vista statistico registrati tra il 2002 e il 2007 da 13 paesi. In questo periodo sono stati segnalati aumenti soltanto da tre paesi (Bulgaria, Lituania, Slovacchia) ⁽¹¹⁴⁾. La percentuale di IDU è leggermente inferiore nel complesso anche tra i consumatori di oppioidi che hanno iniziato un trattamento per la prima volta (38 %) rispetto a tutti i consumatori di oppioidi che cominciano una terapia (42 %). Questo dato riguarda 20 dei 23 paesi dichiaranti. Altrove viene fornita un'analisi più dettagliata della

⁽¹¹⁰⁾ Cfr. il grafico PDU-2 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹¹¹⁾ La media ponderata è 0,26 %, con un intervallo di incertezza (medie ponderate dei limiti inferiore e superiore delle stime del paese) da 0,23 % a 0,30 %, con una conseguente stima di 886 606 (788 778-1 040 852) per il 2008. Questa stima deve essere considerata con cautela perché si basa su dati disponibili forniti unicamente da 12 dei 27 Stati membri dell'UE e dalla Norvegia.

⁽¹¹²⁾ Cfr. la tabella TDI-5 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹¹³⁾ Cfr. la tabella PDU-6 (parte iii) nel bollettino statistico 2010.

⁽¹¹⁴⁾ Cfr. la tabella PDU-104 nel bollettino statistico 2010.

prevalenza e dell'andamento del consumo di stupefacenti per via parenterale (OEDT, 2010c).

Trattamento del consumo problematico di oppioidi

I dati raccolti dall'indicatore della domanda di terapia dell'OEDT possono essere utilizzati per descrivere

Consumo di oppioidi diverso da quello per via parenterale

A seguito della stabilizzazione o del calo dell'iniezione di oppioidi in diversi paesi europei, è stata dedicata maggiore attenzione ad altre vie di assunzione come l'inalazione della sostanza come vapore riscaldato (fumare) o come polvere (tirare, sniffare) o la sua ingestione. Pochi paesi hanno riferito stime dei gruppi di consumatori di oppioidi per via diversa da quella parenterale e solo la Norvegia ha fornito una cifra recente. Nel 2008, è stato valutato che il fumo era l'unica via di assunzione della droga per 1 450 consumatori di eroina, ovvero circa il 15 % di tutti i consumatori di eroina stimati in Norvegia. I dati sugli utenti che accedono a servizi specializzati nella terapia delle tossicodipendenze confermano la presenza di gruppi considerevoli di consumatori che fumano o che sniffano la droga all'interno delle popolazioni che consumano oppioidi in alcuni paesi. Per esempio, il fumo è stato riferito come la via di assunzione principale per un gruppo compreso tra la metà e i tre quarti dei consumatori primari di oppioidi che accedono alla terapia in regime ambulatoriale in Belgio, Irlanda, Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito. Anche l'atto di sniffare è stato riferito quale via principale di assunzione da circa un terzo dei consumatori di oppioidi in Austria e da circa la metà in Grecia e in Francia (¹).

La scelta della via di assunzione dipende da diversi fattori, quali l'efficienza, la pressione dell'ambiente sociale, la preoccupazione circa le conseguenze per la salute (Bravo e altri, 2003) ed il tipo di oppioide utilizzato. Per esempio, l'eroina brown più comune (forma chimica base), che proviene principalmente dall'Afghanistan, viene per lo più fumata. L'eroina bianca (sotto forma di sale), che proviene tipicamente dall'Asia sudorientale, può essere facilmente sniffata sotto forma di polvere; può anche essere dissolta in acqua fredda senza additivi e iniettata, ma può essere fumata o aspirata con il fumo soltanto in maniera molto inefficace. I farmaci sostituiti degli oppioidi sono comunemente distribuiti in forma liquida anziché in pillole o possono avere sostanze aggiunte che riducono o cambiano gli effetti della droga una volta iniettate.

(¹) Cfr. la tabella TDI-17 (parte ii) nel bollettino statistico 2010.

le caratteristiche di un sottogruppo cospicuo di consumatori di stupefacenti che iniziano una terapia e, più specificamente, di quelli che hanno avuto accesso ai servizi specializzati per la terapia della tossicodipendenza nel corso dell'anno.

Le persone che iniziano una terapia in regime ambulatoriale per il consumo primario di oppioidi hanno in media 34 anni; le donne e le persone che iniziano la terapia per la prima volta sono in media più giovani (¹¹⁵). Quasi tutti i paesi riferiscono un aumento dell'età media dei consumatori di oppioidi a partire dal 2003. Il rapporto maschi/femmine tra i pazienti consumatori di oppioidi in regime ambulatoriale è di 3,5:1, anche se le donne rappresentano una percentuale più elevata di consumatori di oppioidi nei paesi settentrionali (per esempio, Svezia, Finlandia) e una percentuale più bassa nei paesi dell'Europa meridionale (per esempio, Grecia, Spagna, Italia) (¹¹⁶).

Tra i consumatori di oppioidi che iniziano una terapia si riscontrano tassi più elevati di disoccupazione, livelli di istruzione più bassi e livelli più elevati di disturbi psichiatrici rispetto ai consumatori che riferiscono di utilizzare altre sostanze primarie (¹¹⁷). Quasi tutti i consumatori di oppioidi che iniziano il trattamento dichiarano di aver iniziato a consumare queste sostanze prima dei 30 anni e, per circa la metà, prima dei 20 anni. In media si è registrato uno scarto temporale di circa dieci anni tra la prima esperienza di consumo di oppioidi e il primo contatto con i servizi terapeutici (¹¹⁸).

Erogazione e diffusione dell'assistenza

L'assistenza terapeutica per i consumatori di oppioidi avviene per la maggior parte in strutture ambulatoriali, che possono comprendere centri specializzati, studi di medici generici e servizi medici a bassa soglia (cfr. il capitolo 2). Anche i centri ospedalieri ricoprono un ruolo cruciale in alcuni paesi, in particolare in Bulgaria, Grecia, Lettonia, Polonia, Romania, Finlandia e Svezia (¹¹⁹). La gamma di opzioni disponibili in Europa per il trattamento della dipendenza da oppioidi è ampia e sempre più differenziata, anche se varia geograficamente in termini di accessibilità e di copertura. Tutti gli Stati membri dell'UE, la Croazia e la Norvegia mettono a disposizione dei consumatori di oppioidi la terapia sostitutiva o il trattamento in regime di astinenza. L'impiego della terapia sostitutiva in Turchia è attualmente oggetto di studio.

(¹¹⁵) Cfr. le tabelle TDI-10, TDI-32 e TDI-103 nel bollettino statistico 2010.

(¹¹⁶) Cfr. le tabelle TDI-5 e TDI-21 nel bollettino statistico 2010.

(¹¹⁷) Cfr. anche il capitolo 2.

(¹¹⁸) Cfr. le tabelle TDI-11, TDI-33, TDI-107 e TDI-109 nel bollettino statistico 2010.

(¹¹⁹) Cfr. la tabella TDI-24 nel bollettino statistico 2010.

Il trattamento in regime di astinenza è un approccio terapeutico che richiede generalmente che i soggetti si astengano dall'assunzione di tutte le sostanze, compresa la terapia sostitutiva. I pazienti partecipano ad attività quotidiane e ricevono un'assistenza psicologica intensiva. Mentre la terapia in regime di astinenza può avvenire sia in regime ambulatoriale che di ricovero, i tipi riferiti più di frequente dagli Stati membri corrispondono ai programmi residenziali che applicano i principi delle comunità terapeutiche o il modello Minnesota. La Francia e la Repubblica ceca stanno eseguendo attualmente delle valutazioni dei risultati delle loro comunità terapeutiche, in base ai risultati previsti per il 2010. In base al piano d'azione francese, si prevede di ampliare la disponibilità di questa modalità di trattamento in futuro. Le comunità terapeutiche rappresentano il tipo più diffuso di trattamento delle tossicodipendenze in Polonia. Tuttavia, per motivi economici e a causa del cambiamento dei profili dei pazienti, è stato riferito che la durata dei programmi terapeutici si riduce gradualmente. Infine, la Croazia e il Portogallo hanno sviluppato di recente delle linee guida per le comunità terapeutiche.

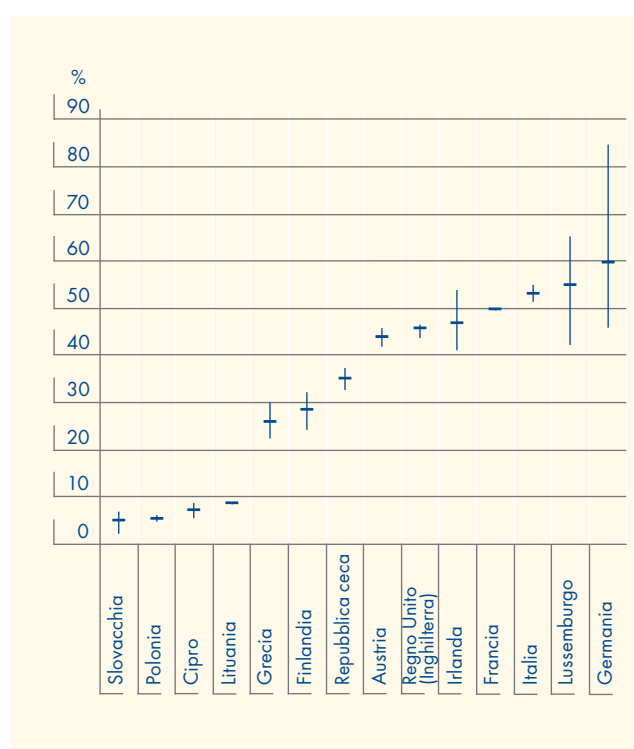
La terapia sostitutiva, spesso affiancata dall'assistenza psicosociale, viene erogata generalmente presso strutture ambulatoriali specializzate. Tredici paesi riferiscono che viene fornita anche da medici generici, solitamente attraverso accordi di collaborazione con centri terapeutici specializzati. I medici generici possono ottenere risultati migliori rispetto ai centri specializzati in termini di mantenimento in terapia, tassi di astinenza e consumo combinato di altre sostanze. Ciò è stato rilevato in uno studio naturalistico di 12 mesi condotto su 2 694 pazienti in terapia sostitutiva in Germania (Wittchen e altri, 2008). Altri studi hanno dimostrato che l'attuazione della terapia sostitutiva in ambienti di assistenza primaria non è soltanto fattibile ma può anche essere conveniente (Gossop e altri, 2003; Hutchinson e altri, 2000).

Il numero totale di consumatori di oppioidi che ricevono una terapia sostitutiva nell'Unione europea, in Croazia e in Norvegia è ancora in crescita, con circa 670 000 pazienti nel 2008, in aumento rispetto ai 650 000 del 2007 ⁽¹²⁰⁾ e al quasi mezzo milione del 2003. Il numero dei pazienti ha rivelato un aumento in diversi paesi dell'Europa centrale e orientale, ma i paesi che sono entrati nell'Unione europea dopo il 2004 continuano a rappresentare soltanto il 2 % circa del numero totale di pazienti in terapia sostitutiva per oppioidi nell'Unione europea ⁽¹²¹⁾.

Un confronto tra il numero di pazienti in terapia sostitutiva nell'Unione europea e le stime del numero di consumatori problematici di oppioidi indica un tasso di copertura della terapia del 50 % circa. Tuttavia, la copertura varia notevolmente da un paese all'altro, con percentuali inferiori al 40 % segnalate da sette dei 14 paesi per cui sono disponibili stime del numero di consumatori problematici di oppioidi; inoltre quattro di questi paesi riferiscono una copertura inferiore al 10 % (cfr. il grafico 11). Ciononostante, può essere stimato che due su tre consumatori problematici di oppioidi nell'Unione europea vivono in paesi in cui la copertura della terapia sostitutiva è elevata ⁽¹²²⁾.

Alla maggior parte dei pazienti in Europa viene somministrato il metadone (70-75 %), ma il numero dei paesi in cui questa è l'unica sostanza prescritta è in diminuzione. La buprenorfina ad alto dosaggio è attualmente disponibile in tutti gli Stati membri dell'UE tranne quattro (Bulgaria, Spagna, Ungheria, Polonia) ed è utilizzata nel 20-25 % di tutte le terapie sostitutive fornite in Europa e in oltre il 50 % nella Repubblica ceca, in Francia, a Cipro, in Lettonia, in Svezia e in Croazia. In Francia, dove la buprenorfina ha sempre dominato,

Grafico 11: Percentuale stimata di consumatori problematici di oppioidi in terapia sostitutiva



NB: Cfr. il grafico HSR-1 nel bollettino statistico 2010 per ulteriori informazioni.

Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

⁽¹²⁰⁾ Cfr. la tabella HSR-3 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹²¹⁾ Cfr. il grafico HSR-2 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹²²⁾ Queste stime devono essere considerate con cautela poiché vi è ancora una mancanza di precisione nelle serie di dati.

il metadone è attualmente prescritto a una percentuale in crescita di pazienti in terapia sostitutiva. In 14 paesi è stata introdotta la combinazione di buprenorfina e nalossone, approvata dall’Agenzia europea per i medicinali nel 2006. Altre opzioni, che rappresentano una piccola percentuale di tutte le terapie sostitutive, comprendono la morfina a lento assorbimento (Bulgaria, Austria, Slovenia), la codeina (Germania, Cipro, Austria) e la diacetilmorfina (eroina). La prescrizione di eroina è diventata un’opzione terapeutica consolidata in Danimarca, in Germania e nei Paesi Bassi; esiste anche in Spagna e nel Regno Unito, mentre in Belgio e Lussemburgo sono in via di preparazione alcuni progetti pilota.

Accesso alle terapie

I regolamenti sulla fornitura e sull’erogazione della terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi sono fondamentali per la sua accessibilità. Le strutture legali potrebbero consentire a tutti i medici generici (in Belgio, Repubblica ceca, Danimarca, Germania, Francia, Italia, Cipro, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Croazia) o alle persone che sono state appositamente formate o accreditate (Germania, Irlanda, Lussemburgo, Austria, Slovenia, Norvegia) di prescrivere una o più sostanze sostitutive. In altri paesi (Bulgaria, Estonia, Grecia, Spagna, Lituania, Ungheria, Polonia, Romania, Slovacchia, Finlandia, Svezia), solo i centri terapeutici specializzati possono fornire una terapia sostitutiva.

Nella maggior parte dei paesi europei la terapia sostitutiva può essere erogata dai medici generici, dalle farmacie o dalle unità mobili di prima assistenza. Ciò non accade, tuttavia, in Bulgaria, Estonia, Grecia, Lituania, Polonia e Slovacchia, dove solo i centri terapeutici specializzati possono erogare i medicinali. La buprenorfina ad alto dosaggio può essere erogata da tutti i medici generici nella Repubblica ceca o in qualsiasi farmacia in Lettonia. In Romania, Ungheria e Finlandia le farmacie sono autorizzate a erogare unicamente la combinazione di buprenorfina e nalossone. È stato riferito che in Ungheria e in Romania questo farmaco è disponibile solo da poco ed è costoso, pertanto viene somministrato soltanto a un numero esiguo di pazienti.

Recentemente sono state raccolte informazioni sul costo della terapia sostitutiva per i pazienti. Tra i 26 paesi che hanno fornito indicazioni, 17 hanno riferito che la terapia (nella maggior parte dei casi metadone) è gratuita a meno che non venga richiesta da fornitori privati. In Belgio e Lussemburgo il paziente deve pagare parte dei costi della terapia solo se viene prescritta da un medico

generico. Nella Repubblica ceca, in Lettonia, Portogallo, Ungheria e Finlandia, la terapia con il metadone è gratuita ma il paziente deve pagare interamente o in parte per la buprenorfina o la combinazione di buprenorfina e nalossone. In Lettonia, per esempio, il costo mensile per una dose giornaliera di 8 mg di buprenorfina è di circa 250 euro. Il metadone è generalmente meno costoso di altre terapie sostitutive con efficacia analoga, come la buprenorfina (OMS, 2009), il che spiega parzialmente perché molte assicurazioni sanitarie nazionali forniscano preferibilmente il risarcimento completo per il metadone rispetto ad altre terapie sostitutive. Dal 2006 sono disponibili versioni generiche della buprenorfina ad alto dosaggio, più economiche, in Francia, dove sono prescritte a circa 30 000 utenti (il 30 % di tutti i consumatori di buprenorfina).

Le informazioni sui costi, sulla fornitura di una terapia sostitutiva e sull’erogazione di farmaci sostitutivi evidenzia differenze regionali in Europa. I paesi dell’Europa del nord e dell’est applicano spesso un modello di accesso più mirato e a soglia più elevata, mentre molti paesi dell’Europa occidentale attuano un modello di accesso multi-site e a bassa soglia. Queste differenze possono riflettere modelli diversi di assistenza, con la priorità attribuita in alcuni paesi all’obiettivo dell’astinenza e agli approcci psicosociali e in altri alla stabilizzazione e al mantenimento dei pazienti e ad approcci di riduzione del danno.

Efficacia e qualità del trattamento

È stato riscontrato che la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi, abbinata ad interventi psicosociali, è l’opzione terapeutica più efficace per i consumatori di oppioidi. Rispetto alla disintossicazione o a nessun trattamento, i trattamenti con il metadone

Insight dell’OEDT sulla terapia assistita con eroina

La terapia assistita con eroina viene fornita attualmente a circa 1 500 consumatori problematici cronici di oppioidi in cinque Stati membri dell’UE. La maggior parte di questi paesi, nonché la Svizzera e il Canada, hanno condotto prove sperimentali per valutare i risultati di questo tipo di terapia. Nel 2011, con il supporto di un gruppo di ricercatori e medici internazionali, l’OEDT pubblicherà uno studio su questo tipo di trattamento, esaminando le prove scientifiche raccolte negli ultimi anni. Questo numero di Insight esaminerà, inoltre, lo sviluppo, la fornitura operativa e le prassi cliniche per la terapia assistita con eroina e descriverà alcune delle sfide associate alla sua attuazione. Verrà delineata inoltre una serie di standard di qualità minimi.

o con la buprenorfina ad alto dosaggio mostrano risultati notevolmente migliori per quanto riguarda il consumo di droga, le condotte criminose, i comportamenti a rischio e la trasmissione dell'HIV, le overdose e la mortalità nel complesso, nonché migliori tassi di proseguimento della terapia (OMS, 2009).

I risultati del ritiro degli oppioidi sono generalmente bassi a lungo termine (Mattick e altri, 2009), ma possono aiutare i pazienti, se scelgono in maniera informata di sottoporsi a questo tipo di trattamento. In situazioni con pazienti interni o in regime ambulatoriale, la disintossicazione viene realizzata tramite la diminuzione delle dosi di metadone o di buprenorfina (come trattamenti preferiti), o degli alfa2 agonisti. Le tecniche

accelerate di astinenza che utilizzano gli antagonisti dei recettori oppioidi in combinazione con una forte sedazione non sono consigliate a causa di problemi di sicurezza (Gowing e altri, 2010). Dopo l'astinenza da oppioidi, ai pazienti che sono motivati a rimanere in astinenza dal consumo di oppioidi dovrebbe essere consigliato di prendere in considerazione il naltrexone per evitare le ricadute.

La combinazione di buprenorfina e nalossone (commercializzata come Suboxone) è stata creata per evitare l'iniezione di buprenorfina. Tuttavia, la sua efficacia nell'evitare il consumo intravenoso di buprenorfina non è ancora chiara (Bruce e altri, 2009, Simojoki e altri, 2008).



Capitolo 7

Malattie infettive e decessi correlati alla droga

Introduzione

Il consumo di droga può produrre un'ampia gamma di conseguenze negative, quali incidenti, disturbi mentali, malattie polmonari, problemi cardiovascolari, disoccupazione o l'assenza di fissa dimora. Le ripercussioni negative sono particolarmente prevalenti tra i tossicodipendenti problematici, la cui salute generale e situazione socioeconomica possono essere notevolmente inferiori a quelle della popolazione generale.

Il consumo di oppioidi e il consumo di stupefacenti per via parenterale sono due forme di utilizzo di stupefacenti strettamente associate a tali danni, in particolare alle overdose e alla trasmissione di malattie infettive. Il numero di overdose mortali riferite nell'Unione europea negli ultimi due decenni è pari a circa un decesso da overdose ogni ora. Le ricerche dimostrano inoltre che, negli ultimi due decenni, un gran numero di consumatori di stupefacenti è morto per altri motivi, come l'AIDS o il suicidio.

La riduzione della mortalità e della morbilità correlate al consumo di droga è fondamentale per le politiche europee sulla droga. Gli sforzi principali in questo ambito sono effettuati attraverso interventi diretti ai gruppi più a rischio e mirano ai comportamenti direttamente associati ai danni 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, C e D, le malattie sessualmente trasmissibili, la tubercolosi, il tetano, il botulismo, l'antrace e il virus dei linfociti T dell'uomo possono colpire i tossicodipendenti in misura

estremamente maggiore. L'OEDT sta monitorando sistematicamente l'infezione da HIV e l'epatite B e C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale ⁽¹²³⁾.

HIV e AIDS

Alla fine del 2008, il tasso di nuove diagnosi da HIV tra i consumatori di droga per via endovenosa (IDU) è rimasto basso nella maggior parte dei paesi dell'Unione europea e la situazione complessiva nell'UE risulta positiva rispetto al contesto globale (ECDC e OMS-Europa, 2009; Wiessing e altri, 2009). 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 sostitutiva e i programmi di scambio di aghi e siringhe (Wiessing e altri, 2009). Anche altri fattori, come il calo del consumo per via parenterale, segnalato in alcuni paesi, 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 2008, 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 2008 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 ⁽¹²⁴⁾. Nel 2008 il tasso complessivo di infezioni di nuova diagnosi tra gli IDU nei 23 Stati membri dell'UE per cui vi sono dati disponibili era di 2,6 casi per milione di abitanti, in calo quindi rispetto ai 3,7 del 2007 ⁽¹²⁵⁾. Dei quattro paesi che riferiscono i tassi più elevati di infezioni di nuova diagnosi (Estonia, Lettonia, Lituania, Portogallo) tutti hanno continuato a segnalare

⁽¹²³⁾ Per i dettagli sui metodi e le definizioni, cfr. il bollettino statistico 2010.

⁽¹²⁴⁾ Negli ultimi anni sono cambiate le procedure di segnalazione per l'infezione da HIV e attualmente sono disponibili dati per anno di diagnosi, anziché per anno di segnalazione (ECDC e OMS-Europa, 2009). Ciò si traduce in cifre più basse in alcuni paesi, che potrebbero riflettere in maniera più precisa l'incidenza reale (ad es. il Portogallo). In alcuni casi, tuttavia, i ritardi di segnalazione potrebbero aver causato una sottovalutazione dell'incidenza.

Cfr. la tabella INF-104 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹²⁵⁾ Non sono disponibili dati nazionali per la Danimarca, la Spagna, l'Italia e l'Austria.

una tendenza al ribasso, con un calo più marcato in Estonia e Lettonia (grafico 12). In Estonia, il calo è stato da 86 casi su un milione nel 2007 a 27 nel 2008 e in Lettonia da 62 casi su un milione nel 2007 a 44 per milione nel 2008.

Complessivamente non sono stati osservati aumenti rilevanti nelle nuove diagnosi di infezione da HIV tra il 2003 e il 2008 e i tassi riferiti rimangono bassi. Tuttavia, in Bulgaria, il tasso per i consumatori di stupefacenti per via parenterale è aumentato da 0,0 nuovi casi per milione di abitanti nel 2003 a 6,8 su un milione nel 2008, mentre in Svezia è stato osservato un picco di 6,7 casi nel 2007, il che suggerisce la potenzialità continua di diffusione dell'HIV tra gli IDU.

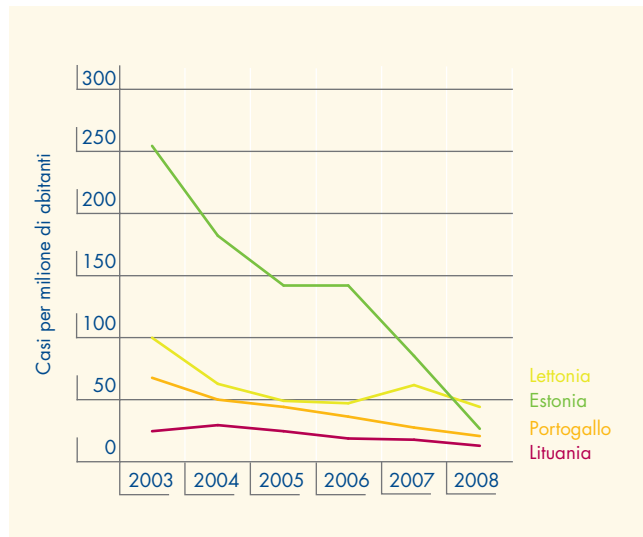
I dati sull'andamento provenienti dalle attività di monitoraggio della prevalenza dell'HIV in campioni di IDU sono un elemento complementare importante rispetto ai dati di segnalazione dei casi di HIV. Per il periodo 2003-2008 sono disponibili statistiche sulla prevalenza trasmesse da 24 paesi ⁽¹²⁶⁾. In 16 Stati la prevalenza dell'HIV non ha subito variazioni. In sette paesi (Bulgaria, Spagna, Francia, Italia, Polonia, Portogallo, Norvegia) si sono verificate diminuzioni statisticamente significative della prevalenza dell'HIV, sei delle quali basate su campioni nazionali, mentre in Francia la tendenza si basa sui dati provenienti da cinque città. In tre paesi sono stati segnalati incrementi a livello regionale: in Bulgaria (Sofia); in Italia, in due regioni su 21 e in Lituania (Vilnius). Tuttavia esiste una tendenza in calo nei casi di nuova diagnosi di infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in questi tre paesi.

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.

Nonostante le tendenze in rapido calo, la percentuale delle nuove diagnosi di HIV nel 2008 correlate al consumo di stupefacenti per via parenterale è tuttora elevata in Lettonia (44 casi su un milione di abitanti), Estonia (27), Portogallo (20,7) e Lituania (12,5), il che indica che la trasmissione è ancora in corso tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in questi paesi.

Ulteriori segnali di una trasmissione continua dell'HIV negli ultimi anni si trovano nei riscontri di elevati livelli di

Grafico 12: Andamento delle infezioni da HIV segnalate di recente nei consumatori di stupefacenti per via parenterale in quattro Stati membri dell'UE che registrano tassi elevati di infezioni



NB: Dati registrati alla fine di ottobre 2009.
Fonte: ECDC e OMS-Europa.

prevalenza (oltre il 5 %) tra i giovani IDU (campioni di almeno 50 IDU di età inferiore ai 25 anni) in alcuni paesi: Estonia (due regioni, 2005), Francia (cinque città, 2006), Lettonia (una città, 2007), Lituania (una città, 2006) e Polonia (una città, 2005) ⁽¹²⁷⁾. Sebbene sia necessaria cautela, poiché alcuni campioni sono di dimensioni ridotte, i dati indicano aumenti significativi dal punto di vista statistico nella prevalenza dell'HIV tra i giovani IDU tra il 2003 e il 2008 in Belgio (comunità fiamminga) e Bulgaria, mentre è possibile osservare un calo in Svezia e in Spagna. I dati sulla prevalenza dell'HIV nei nuovi IDU (che consumano stupefacenti per via parenterale da meno di due anni) sostengono ulteriormente un probabile calo in questo gruppo in Svezia ⁽¹²⁸⁾.

Incidenza dell'AIDS e disponibilità della HAART

Le informazioni sull'incidenza dell'AIDS possono essere importanti per dimostrare i nuovi casi di malattia sintomatica, sebbene non rappresentino un buon indicatore della trasmissione dell'HIV. La presenza di elevati tassi di incidenza dell'AIDS può indicare che molti IDU affetti da HIV non ricevano la terapia antiretrovirale estremamente attiva (HAART) in una fase sufficientemente precoce dell'infezione, che consentirebbe loro di trarre il massimo beneficio dal trattamento. Una recente indagine conferma che potrebbe essere ancora così in alcuni paesi dell'UE (Mathers e altri, 2010).

⁽¹²⁶⁾ Cfr. la tabella INF-108 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹²⁷⁾ Cfr. la tabella INF-109 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹²⁸⁾ Cfr. la tabella INF-110 nel bollettino statistico 2010.

L'Estonia è il paese con la più elevata incidenza di casi di AIDS riconducibili al consumo di stupefacenti per via parenterale, con 30,6 nuovi casi stimati ogni milione di abitanti nel 2008, in calo rispetto ai 33,5 nuovi casi per milione di abitanti nel 2007. Tassi relativamente elevati di incidenza dell'AIDS sono segnalati anche da Lettonia, Lituania, Portogallo e Spagna, con rispettivamente 25,5, 10,7, 10,2 e 8,9 nuovi casi per milione di abitanti. Tra questi quattro paesi la tendenza è in diminuzione in Spagna e Portogallo, ma non in Lettonia e Lituania ⁽¹²⁹⁾.

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 maggiore negli IDU in tutta Europa. I livelli di anticorpi anti-HCV tra i campioni nazionali di IDU esaminati nel 2007-2008 variano da circa il 12 % all'85 %, anche se otto dei 12 paesi riferiscono valori superiori al 40 % ⁽¹³⁰⁾. Tre paesi (Repubblica ceca, Ungheria, Slovenia) 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.

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, in Italia, le stime regionali oscillano dal 31 % circa all'87 % (grafico 13).

Studi recenti (2007-2008) mostrano un'ampia gamma di livelli di prevalenza tra gli IDU di età inferiore a 25 anni e tra quelli che assumono droghe per via parenterale da meno di due anni, indicando livelli diversi di incidenza di HCV in questi gruppi in Europa ⁽¹³¹⁾. Ciononostante, questi studi indicano anche che molti IDU contraggono il virus quando iniziano ad adottare questa modalità di consumo e ciò implica che l'intervallo di tempo in cui si può prevenire l'infezione da HCV è piuttosto breve.

Anche la prevalenza degli anticorpi contro il virus dell'epatite B (HBV) varia in larga misura, 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 per l'HBV è quello riferito all'anticorpo contro l'antigene del core virale dell'epatite B (anti-HBc), che è indice di una storia

Epidemia di antrace tra i consumatori di eroina nel Regno Unito e in Germania

L'antrace è una malattia infettiva acuta causata dal batterio *Bacillus anthracis*. Si presenta più frequentemente negli animali selvatici e domestici ed è endemica in diversi paesi principalmente agricoli, ma è molto rara in Europa.

Nel dicembre 2009, il Regno Unito ha emanato un avviso che segnalava un'epidemia di antrace tra gli IDU in Scozia. Al 31 maggio 2010 erano stati confermati 42 casi in Scozia, 13 dei quali avevano condotto alla morte, con altri tre casi (due mortali) in Inghilterra e due (uno mortale) in Germania. Il ceppo di antrace trovato in Germania e in Inghilterra non era distinguibile da quello trovato in Scozia, il che suggeriva fortemente una fonte comune di infezione. Inoltre, poiché tutti i casi segnalati si erano verificati tra i consumatori di eroina, è probabile che l'origine sia stata una partita contaminata di eroina. Tuttavia, non è stata riscontrata alcuna prova dell'esistenza di spore di antrace nei campioni di eroina analizzati in Scozia alla fine del maggio 2010.

Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) e l'OEDT hanno svolto valutazioni del rischio congiunte correlate a questa epidemia. Sono stati distribuiti anche aggiornamenti regolari delle informazioni, che hanno portato a successive relazioni sulla serie di decessi avvenute tra i tossicodipendenti di altri paesi. Tuttavia, è stato dimostrato che questi non erano collegati all'infezione da antrace.

di infezione. Nel biennio 2007-2008, quattro dei nove paesi che hanno fornito dati su questo virus tra gli IDU hanno segnalato livelli di prevalenza anti-HBc superiori al 40 % ⁽¹³²⁾.

È stato osservato che la prevalenza dell'HCV è in calo in nove paesi e in aumento in altri tre, mentre altri quattro paesi hanno serie di dati che indicano entrambi i tipi di andamento, sebbene si debba mantenere la cautela date le dimensioni limitate del campione in alcuni casi ⁽¹³³⁾. Gli studi sui giovani IDU (di età inferiore ai 25 anni) suggeriscono una prevalenza per lo più stabile e alcuni andamenti in calo, sebbene venga riportato un aumento in una regione in Grecia (Attica). Ciò è confermato dai dati per i nuovi IDU (che consumano stupefacenti per via parenterale da meno di due anni) per la Grecia, sia in Attica che a livello nazionale. I dati per i nuovi IDU mostrano anche un aumento in Slovenia, sebbene le dimensioni del campione siano ridotte, e un calo in Portogallo (livello nazionale) e in Svezia (Stoccolma).

⁽¹²⁹⁾ Cfr. il grafico INF-1 e la tabella INF-104 (parte ii) nel bollettino statistico 2010.

⁽¹³⁰⁾ Cfr. la tabella INF-111 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹³¹⁾ Cfr. il grafico INF-6 (parte ii) e (parte iii) nel bollettino statistico 2010.

⁽¹³²⁾ Cfr. la tabella INF-115 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹³³⁾ Cfr. la tabella INF-111 nel bollettino statistico 2010.

L'andamento rilevato nei casi notificati di epatite B e C indica quadri diversi, che sono però di difficile interpretazione perché i dati sono di scarsa qualità. Tuttavia, la percentuale di IDU tra tutti i casi notificati in cui i fattori di rischio sono noti può fornire ulteriori indicazioni sull'epidemiologia di queste infezioni (Wiessing e altri, 2008). Per quanto riguarda l'epatite B, la percentuale di IDU è diminuita tra il 2003 e il 2008 in otto paesi su 17. Nel caso dell'epatite C, la percentuale di IDU tra i casi notificati è scesa in sei paesi tra il 2003 e il 2008 ed è aumentata in altri tre paesi (Repubblica ceca, Malta, Regno Unito) (134).

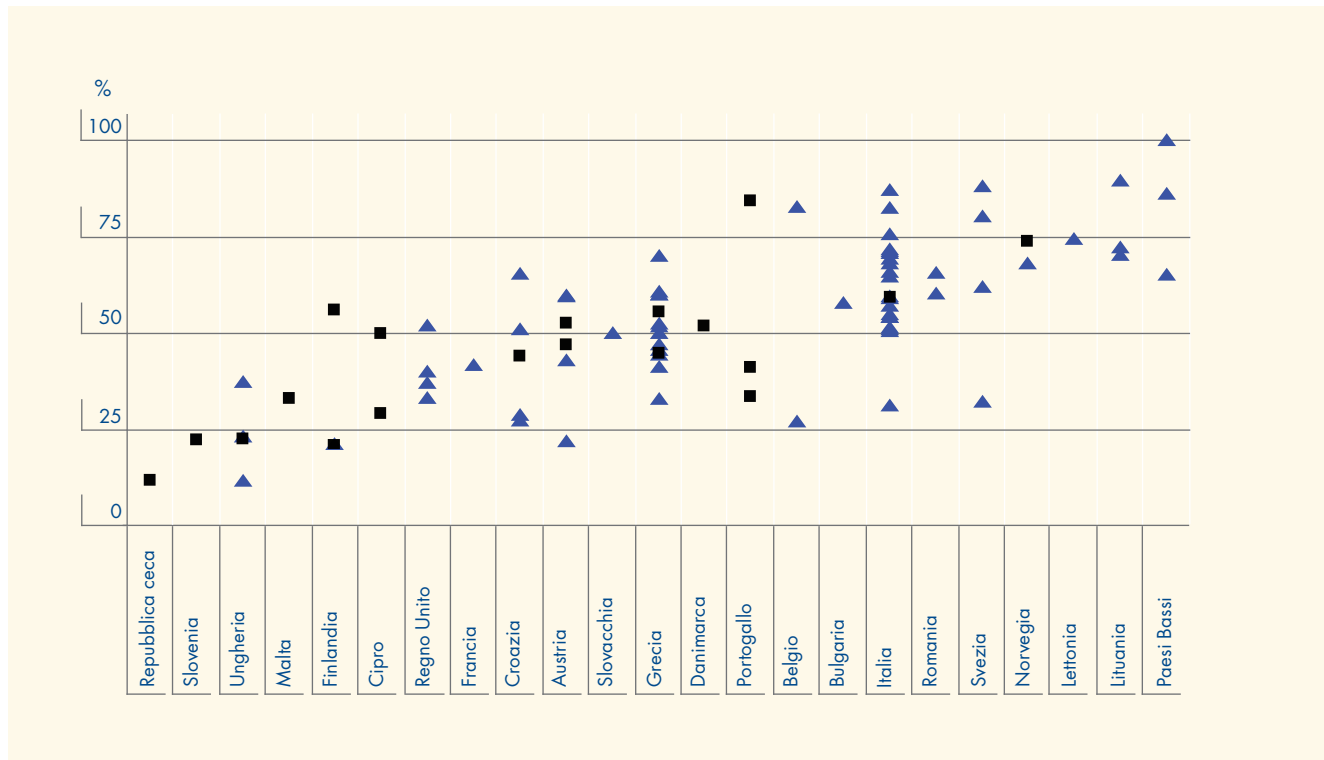
Prevenzione e reazione alle malattie infettive

La prevenzione delle malattie infettive tra i tossicodipendenti è un importante obiettivo di salute pubblica dell'Unione europea e una componente delle politiche di lotta alla droga della maggior parte degli Stati membri. I paesi reagiscono alla diffusione delle malattie infettive tra i tossicodipendenti attraverso una combinazione di approcci, tra cui il trattamento delle tossicodipendenze, in particolare la terapia sostitutiva per

la dipendenza da oppioidi, la distribuzione di strumenti sterili per le iniezioni e di altri ausili e attività a livello di comunità che forniscono informazioni, istruzione, interventi di valutazione e comportamentali, spesso attuati tramite agenzie di prima assistenza o agenzie a bassa soglia (135). Queste misure, insieme alla terapia antiretrovirale e alla diagnosi e al trattamento della tubercolosi, sono state promosse dalle agenzie delle Nazioni Unite come interventi fondamentali per la prevenzione, il trattamento e l'assistenza per l'HIV destinati agli IDU (OMS, UNODC e UNAIDS, 2009).

In Europa è aumentata notevolmente la disponibilità del trattamento delle tossicodipendenze e delle misure di riduzione del danno a partire dalla metà degli anni novanta. Attualmente in tutti i paesi tranne la Turchia sono disponibili la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi e programmi di scambio di aghi e siringhe. Mentre l'offerta di questi interventi rimane limitata in diversi paesi, si calcola che uno su due consumatori problematici di oppioidi in Europa potrebbe ricevere la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi (cfr. il capitolo 6). Una relazione recente (Kimber e altri, 2010) conclude che esistono attualmente prove sufficienti del

Grafico 13: Prevalenza degli anticorpi HCV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale



NB: Dati per gli anni 2007 e 2008. I quadrati neri rappresentano campioni con copertura nazionale, i triangoli blu campioni con copertura subnazionale (locale o regionale). Le differenze tra i paesi devono essere interpretate con cautela a causa delle differenze nei tipi di impostazioni e metodi di studio; le strategie di campionamento sono diverse. I paesi sono presentati per ordine di prevalenza crescente, in base alla media dei dati nazionali o, se non disponibile, dei dati sub-nazionali. Per ulteriori informazioni cfr. il grafico INF-6 nel bollettino statistico 2010.

Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

(134) Cfr. le tabelle INF-105 e INF-106 nel bollettino statistico 2010.

(135) Per ulteriori informazioni sulle priorità nazionali e sui livelli di fornitura, cfr. la tabella HSR-6 nel bollettino statistico 2009.

fatto che questo tipo di trattamento riduce la trasmissione dell'HIV e il comportamento a rischio dell'assunzione per via parenterale autodichiarato; tuttavia le prove di una riduzione della trasmissione dell'epatite C sono più limitate. Uno studio di coorte svolto ad Amsterdam ha rivelato, nondimeno, che la «piena partecipazione» sia a programmi di scambio di aghi e siringhe sia alla terapia sostitutiva era associata a un'incidenza molto più bassa dell'HIV e dell'HCV tra gli IDU (Van den Berg e altri, 2007), mentre un recente studio di coorte effettuato nel Regno Unito ha collegato la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi a riduzioni significative dal punto di vista statistico dell'incidenza dell'HCV (Craine e altri, 2009).

Interventi

La priorità riferita più di frequente è l'accesso a strumenti sterili per le iniezioni. Per tutti i paesi tranne quattro sono disponibili dati sulla fornitura di siringhe tramite programmi specializzati di scambio di aghi e siringhe nel periodo 2007-2008 ⁽¹³⁶⁾. Tali dati dimostrano che attraverso questi programmi sono distribuiti circa 40 milioni di siringhe all'anno, pari a una media di 80 siringhe per IDU stimato nei paesi che forniscono dati sulle siringhe.

Il numero medio di siringhe distribuite in un anno per ogni IDU può essere calcolato per 13 paesi europei (grafico 14). In sette di questi paesi, il numero medio di siringhe distribuite tramite programmi specializzati è pari a meno di 100 per IDU, cinque paesi distribuiscono tra 140 e 175 siringhe e la Norvegia riferisce la distribuzione di oltre 320 siringhe per IDU ⁽¹³⁷⁾. Per la prevenzione dell'HIV, le agenzie delle Nazioni Unite ritengono bassa la cifra di 100 siringhe distribuite all'anno per IDU e alta la cifra di 200 siringhe per IDU (OMS, UNODC e UNAIDS, 2009).

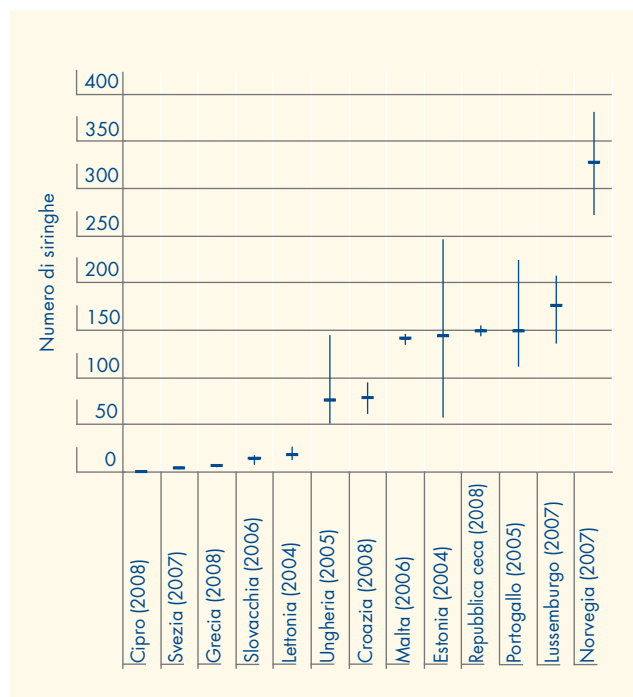
Un recente studio sulla convenienza dei programmi di scambio di aghi e siringhe in Australia, dove sono distribuiti 30 milioni di siringhe ogni anno, calcola che questi abbiano evitato più di 32 000 casi di infezione da HIV e quasi 100 000 casi di epatite C dalla loro introduzione nel 2000 (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2009).

I nuovi dati per il 2008 provenienti da 14 paesi indicano aumenti nella fornitura di siringhe ai tossicodipendenti in Belgio (comunità fiamminga), Repubblica ceca, Estonia, Ungheria, Regno Unito (Irlanda del Nord) e Croazia, confermando in tal modo gli andamenti precedenti. Sono

stati riferiti aumenti anche in Portogallo e Lituania, dove i numeri si erano ridotti precedentemente. Rispetto al 2007 è stato riferito un calo in Grecia, Romania e Slovacchia, nonché in Lussemburgo e Polonia, dove la tendenza al calo era già stata osservata l'anno prima. A Cipro il programma non è stato utilizzato dai tossicodipendenti.

I programmi di scambio di aghi e siringhe in Europa forniscono sempre più una serie di altri elementi correlati all'assunzione per via parenterale (per esempio, contenitori di miscelazione) per evitare che vengano condivisi. Essi mettono a disposizione anche attrezzature che possono essere utilizzate per forme di consumo di stupefacenti diverse da quella per via parenterale, per esempio pipe o foglio di alluminio, per spingere i consumatori ad abbandonare tale modalità di assunzione. Un altro esempio viene riferito dalla Repubblica ceca, dove le agenzie a bassa soglia hanno iniziato a fornire ai consumatori di metanfetamina per via parenterale capsule di gelatina rigida che possono essere riempite di droga e ingoiate.

Grafico 14: Siringhe distribuite attraverso programmi specializzati, per consumatore di stupefacenti per via parenterale stimato



NB: In base alle stime del consumo di stupefacenti per via parenterale negli anni indicati e ai dati disponibili più recenti sul numero di siringhe fornite tramite programmi specializzati di scambio di aghi e di siringhe (2006-2008). Per le note e le fonti complete cfr. il grafico HSR-3 nel bollettino statistico 2010.
Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

⁽¹³⁶⁾ Cfr. la tabella HSR-6 nel bollettino statistico 2009 e la tabella HSR-5 nel bollettino statistico 2010. Per il 2007/2008 non erano disponibili dati sul numero di siringhe per la Danimarca, la Germania, l'Italia e il Regno Unito.

⁽¹³⁷⁾ Queste cifre non includono le vendite farmaceutiche, che possono rappresentare una fonte importante di siringhe sterili per i tossicodipendenti in diversi paesi.

I paesi europei hanno riferito sviluppi recenti nella diagnosi, nella prevenzione e nel trattamento dell'epatite cronica. Questi comprendono l'adozione di programmi specifici o di piani d'azione, come, per esempio, in Danimarca, Francia, Regno Unito (Inghilterra, Scozia e Irlanda del Nord). Gli interventi esistenti comprendono specifici materiali di informazione, una formazione sulle modalità di assunzione per via parenterale più sicure destinate ai nuovi e giovani IDU, realizzata da team di prima assistenza (per esempio, Romania) o tramite l'educazione tra pari (per esempio, nelle carceri in Spagna e Lussemburgo) e consulenza e test gratuiti di facile accesso. Il Regno Unito riferisce anche l'utilizzo della gestione delle crisi per incentivare l'esecuzione dei test. Altre misure segnalate mirano a mantenere bassi i livelli di assunzione per via parenterale tramite la costanza nel proseguimento della terapia, a integrare i servizi per l'epatite virale in situazioni a beneficio dei tossicodipendenti e a rivedere la guida al trattamento HCV per migliorarne l'accesso (per esempio, nella Repubblica ceca). Alcuni paesi hanno avviato inoltre iniziative destinate ad aumentare la conoscenza e a sensibilizzare sull'epatite virale cronica tra i fornitori di assistenza sanitaria e di servizi sociali (Austria) e tra il pubblico (per esempio, Germania, Irlanda, Paesi Bassi).

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 e può riguardare una percentuale notevole di tutti i decessi tra gli adulti. Gli studi hanno rilevato che tra il 10 % e il 23 % della mortalità tra le persone di età compresa tra 15 e 49 anni può essere attribuita al consumo di oppioidi (Bargagli e altri, 2006; Bloor e altri, 2008).

La mortalità indotta dagli stupefacenti comprende i decessi provocati direttamente o indirettamente dal consumo di stupefacenti. Questa comprende i decessi prodotti da overdose di stupefacenti (decessi indotti dagli stupefacenti), HIV/AIDS, incidenti stradali (in particolare in associazione ad alcol), violenza, suicidio e problemi cronici di salute prodotti dal consumo ripetuto di droghe (per esempio, problemi cardiovascolari nei consumatori di cocaina) ⁽¹³⁸⁾.

Decessi indotti dagli stupefacenti

Nel periodo 1995-2007, gli Stati membri dell'UE, la Croazia, la Turchia e la Norvegia hanno riferito ogni

anno un numero di decessi indotti dagli stupefacenti compreso tra 6 400 e 8 500. Nel 2007 il Regno Unito e la Germania hanno segnalato quasi la metà di tutti i decessi indotti dagli stupefacenti. I tassi di mortalità nella popolazione dovuti a overdose variano notevolmente da paese a paese, con oscillazioni comprese tra 2 e poco meno di 85 decessi per milione di abitanti nella fascia di età dei 15-64 anni (media di 21 decessi per milione di abitanti). Percentuali superiori a 20 decessi per milione di abitanti si riscontrano in 14 paesi europei su 28, mentre in 6 paesi il dato supera i 40 decessi per milione di abitanti. Tra i cittadini europei di 15-39 anni, l'overdose da stupefacenti era pari al 4 % di tutti i decessi ⁽¹³⁹⁾. Le zone con una prevalenza più elevata di consumo problematico di stupefacenti possono essere colpite in maniera molto diversa. Per esempio, nel 2008, il numero di decessi indotti dagli stupefacenti in Scozia era 112,5 per milione di abitanti, una cifra molto più alta della percentuale per l'insieme del Regno Unito (38,7 per milione).

Il numero di decessi indotti dagli stupefacenti riferiti può essere influenzato dalla prevalenza e dai modelli di consumo degli stupefacenti (per via parenterale, poliassunzione), dall'età e dalle comorbilità dei tossicodipendenti e dalla disponibilità dei servizi di trattamento e di emergenza, nonché dalla qualità della raccolta dei dati e dalla modalità di stesura delle relazioni. I miglioramenti nell'affidabilità dei dati europei hanno consentito migliori descrizioni degli andamenti e la maggior parte dei paesi ha adottato attualmente una definizione dei casi conforme a quella dell'OEDT ⁽¹⁴⁰⁾. Ciononostante occorre applicare una certa cautela nel confronto dei dati, poiché esistono differenze nazionali nella qualità delle pratiche di accertamento dei dati e di stesura di relazioni.

Decessi correlati agli oppioidi

Eroina

Gli oppioidi, soprattutto l'eroina o i suoi metaboliti, sono menzionati nella maggior parte dei decessi indotti dagli stupefacenti riferiti in Europa. Nei 20 paesi che hanno fornito dati nel 2008, gli oppioidi erano responsabili di più di tre quarti di tutti i casi (77-100 %) e 11 di questi paesi hanno segnalato percentuali superiori all'85 % ⁽¹⁴¹⁾. Le sostanze riscontrate spesso oltre all'eroina comprendono alcol, benzodiazepine, altri oppioidi e, in alcuni paesi, la cocaina. Questo suggerisce che una

⁽¹³⁸⁾ Vedere «Mortalità correlata agli stupefacenti: un concetto complesso», nella relazione annuale 2008.

⁽¹³⁹⁾ Cfr. il grafico DRD-7 (parte i) e le tabelle DRD-5 (parte ii) e DRD-107 (parte i) nel bollettino statistico 2010.

⁽¹⁴⁰⁾ Per informazioni metodologiche dettagliate vedere il bollettino statistico 2010.

⁽¹⁴¹⁾ Poiché nella maggior parte dei casi riferiti all'OEDT si tratta di overdose da oppioidi (per lo più eroina), per descrivere e analizzare questi casi vengono utilizzate le caratteristiche generali dei decessi correlati al consumo di eroina. Cfr. il grafico DRD-1 nel bollettino statistico 2010.

parte considerevole di tutti i decessi correlati al consumo di stupefacenti potrebbe verificarsi in un contesto di poliassunzione.

In Europa, la maggior parte dei consumatori di droga che muore per overdose è di sesso maschile (81 %). L'età media dei tossicodipendenti deceduti nella maggioranza dei paesi è attorno ai 35 anni e in molti casi si sta alzando, a suggerire una possibile stabilizzazione o diminuzione del numero di giovani consumatori di eroina e un gruppo di consumatori problematici di oppioidi che invecchia. Nel complesso, il 13 % dei decessi da overdose registrati in Europa si verifica tra persone di età inferiore a 25 anni, anche se Austria, Romania e Malta (numeri ridotti) riferiscono percentuali del 40 % o più. Ciò può indicare una popolazione di consumatori di eroina o di IDU più giovane in questi paesi ⁽¹⁴²⁾.

Numerosi fattori sono associati alle overdose letali e non letali di eroina, tra cui l'assunzione per via parenterale e l'utilizzo simultaneo di altre sostanze, in particolare alcol, benzodiazepine e alcuni antidepressivi. Sono correlati alle overdose anche il consumo smoderato di droga, la comorbilità, l'assenza di fissa dimora, la scarsa salute mentale (per esempio la depressione), il fatto di non essere in terapia per la tossicodipendenza, l'aver sperimentato altre overdose in precedenza e l'essere da soli al momento dell'overdose (Rome e altri, 2008). Il periodo immediatamente successivo al rilascio dal carcere o all'abbandono di una terapia è stato identificato come un periodo particolarmente ad alto rischio per le overdose, come illustrato da alcuni studi longitudinali (OMS, 2010).

Altri oppioidi

La terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi riduce notevolmente il rischio di overdose letale, come illustrato da uno studio norvegese su 3 800 persone con un follow-up fino a sette anni, che ha mostrato una riduzione della mortalità durante il trattamento rispetto al pre-trattamento. La riduzione del rischio era notevole per i decessi dovuti a overdose (rischio relativo 0,2) e per la mortalità per qualunque causa (rischio relativo 0,5) (Clausen e altri, 2008).

Ogni anno sono riferiti diversi decessi che indicano la presenza di sostanze utilizzate nella terapia sostitutiva. Ciò riflette il gran numero di tossicodipendenti che si sottopone a questo tipo di trattamento e non implica che tali sostanze siano state la causa del decesso. I decessi da overdose tra i pazienti in terapia sostitutiva possono essere il risultato della combinazione di farmaci,

Overdose da oppioidi non letali

Gli studi riferiscono che la maggior parte dei consumatori di oppioidi (in genere il 50-60 %) è sopravvissuta a un'overdose, e che dall'8 % al 12 % ha sperimentato un'overdose negli ultimi sei mesi, con alcuni consumatori che hanno vissuto un'overdose più di una volta. Per ogni decesso indotto dagli stupefacenti si calcola che vi sono da 20 a 25 overdose non letali. Il numero delle overdose non letali che si verifica ogni anno in Europa non può essere valutato con precisione, perché il controllo è molto limitato e le definizioni possono variare fra i paesi. Tuttavia, le informazioni disponibili suggeriscono che potrebbero esserci tra 120 000 e 175 000 overdose non mortali ogni anno in Europa.

Sopravvivere a un'overdose aumenta notevolmente il rischio di morire per un'overdose successiva (Stoové e altri, 2009). Inoltre, le overdose non letali possono produrre un'ampia morbosità, compresi danni polmonari, polmonite e danni muscolari. Le overdose possono portare anche a danni neurologici e il numero di overdose sperimentate è un indicatore significativo di scarse prestazioni cognitive. È probabile che la morbosità generale sia maggiore tra i consumatori più adulti, più esperti e più dipendenti (Warner-Smith e altri, 2001).

Il riconoscimento precoce di un'overdose da oppioidi in corso e l'intervento dei servizi di pronto soccorso possono essere essenziali a impedire una conclusione fatale. Contattare i servizi di pronto soccorso e somministrare un trattamento per avvelenamento acuto rappresenta un'occasione di ricevere informazioni sulla prevenzione dell'overdose e di affidare la persona a un servizio di consulenza e trattamento.

Il monitoraggio delle overdose non letali può consentire di convalidare in maniera incrociata le informazioni sui decessi correlati agli stupefacenti. Nella Repubblica ceca, per esempio, il ricovero ospedaliero per le overdose da oppioidi non letali è diminuito tra il 2001 e il 2008, rispecchiando il calo dei decessi legati al consumo di oppioidi. Contemporaneamente sono aumentati i numeri delle overdose non letali e dei decessi legati al consumo di metanfetamina.

poiché alcuni utenti continuano a consumare oppioidi acquistati per strada, bevono molto e utilizzano sostanze psicoattive prescritte. Tuttavia, la maggior parte dei decessi dovuti alle sostanze sostitutive (spesso associate ad altre sostanze) si verifica tra le persone che non sono sottoposte a una terapia sostitutiva (Heinemann e altri, 2000).

I decessi ascrivibili a intossicazione da buprenorfina sono un evento raro, nonostante l'aumento del ricorso a questa sostanza nella terapia sostitutiva in molti paesi europei (cfr. il capitolo 6). In Finlandia, tuttavia, la buprenorfina rimane attualmente la sostanza più comune rilevata nelle

⁽¹⁴²⁾ Cfr. i grafici DRD-2 e DRD-3 e la tabella DRD-1 (parte i) nel bollettino statistico 2010.

autopsie, ma generalmente in combinazione con altre sostanze come alcol, anfetamina, cannabis e farmaci, o assunta per via parenterale.

In Estonia, la maggior parte dei decessi indotti dagli stupefacenti riferiti nel 2007 e nel 2008 era associata al consumo di 3-metilfentanil. In Finlandia è stata riferita la presenza di oppioidi quali l'ossicodone, il Tramadol o il Fentanyl, sebbene non sia stato specificato il ruolo di queste sostanze nei decessi.

Decessi correlati ad altre sostanze

I decessi prodotti da intossicazione acuta da cocaina sembrano essere relativamente poco comuni ⁽¹⁴³⁾. Tuttavia, poiché è più difficile definire e individuare le overdose da cocaina rispetto a quelle correlate agli oppioidi, esse potrebbero venire registrate meno.

Nel 2008 sono stati segnalati circa 1 000 decessi correlati al consumo di cocaina in 15 paesi. Esistono segni di rilevamento della cocaina in un sempre maggior numero di decessi indotti da stupefacenti segnalati nei paesi europei, ma a causa della mancanza di confrontabilità nei dati disponibili non è possibile descrivere l'andamento europeo. Negli ultimi anni è stato osservato un aumento marcato nel numero di decessi correlati alla cocaina nei due paesi con la più alta prevalenza di consumo di cocaina nella popolazione generale. In Spagna, i decessi in cui era presente la cocaina in assenza di oppioidi hanno mostrato un aumento marcato tra il 2002 e il 2007. Nel Regno Unito, il numero di certificati di morte in cui era menzionata la cocaina è raddoppiato tra il 2003 (161) e il 2008 (325).

I decessi in cui è presente l'ecstasy sono riferiti raramente e, in molti di questi casi, la droga non è stata identificata come causa diretta del decesso ⁽¹⁴⁴⁾. La questione specifica OEDT del 2010 sul consumo problematico di anfetamine e metanfetamine esamina i dati sui decessi correlati a queste due sostanze.

Andamento dei decessi correlati al consumo di stupefacenti

I decessi indotti dagli 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 ⁽¹⁴⁵⁾.

Tra il 2000 e il 2003 molti Stati membri dell'UE hanno segnalato una diminuzione (23 %) dei decessi correlati al consumo di stupefacenti, seguita da un successivo

Decessi causati dalla cocaina

I decessi per overdose da cocaina sono un fenomeno molto più complesso dei decessi per overdose da oppioidi, che hanno una presentazione clinica relativamente chiara. Pertanto, molti decessi prodotti dalla cocaina potrebbero non giungere all'attenzione della polizia o degli esperti dei tribunali a causa della loro presentazione e del profilo sociale delle vittime.

Il consumo di cocaina può produrre risultati mortali attraverso meccanismi diversi. Esistono le overdose farmacologiche da cocaina, ma i risultati letali sono generalmente associati soltanto a un'ingestione massiccia di droga. La maggior parte degli incidenti mortali associati al consumo di cocaina sono causati da incidenti cardiovascolari o cerebrovascolari (Sporer, 1999). Questi non dipendono dalla dose e possono verificarsi anche tra i consumatori occasionali o a bassi dosaggi, soprattutto nelle persone affette da problemi cardiovascolari o cerebrovascolari preesistenti. La maggior parte dei decessi che rivela un consumo di cocaina si verifica, tuttavia, tra i consumatori problematici affetti da patologie causate dal consumo cronico della droga (aterosclerosi coronarica, ipertrofia ventricolare o altri problemi) (Darke e altri, 2006). Tali patologie possono essere aggravate dal consumo di alcol (Kolodgie e altri, 1999) e dal fatto di fumare tabacco. In una percentuale sconosciuta di decessi correlati alla cocaina, può non venir riconosciuta la connessione con il consumo di droga, a causa di una mancanza di specificità clinica e perché il decesso può sopravvenire a distanza di giorni o settimane dal problema acuto. Le patologie provocate dal consumo abituale di cocaina possono anche costituire la base di successivi infarti del miocardio innescati da altri fattori, in modo analogo al consumo di tabacco.

La valutazione del peso reale dei problemi sanitari e della perdita di vite umane legata alla cocaina presenta sfide specifiche e richiederà metodi diversi da quelli utilizzati per i decessi da overdose di oppioidi.

aumento (11 %) tra il 2003 e il 2007. I dati preliminari disponibili per il 2008 indicano una cifra globale pari almeno a quella dell'anno precedente, con aumenti segnalati da 11 su 18 paesi in cui è possibile un confronto. Il Regno Unito e la Germania, che riuniscono la maggior parte dei casi riferiti in Europa mostrano un progressivo aumento da un anno all'altro, rispettivamente dal 2003 e dal 2006. Anche altri paesi (per esempio Francia, Finlandia e Norvegia) riferiscono un aumento.

È difficile spiegare le cause dell'elevato numero di decessi indotti dagli stupefacenti, soprattutto considerate le indicazioni di riduzioni nel consumo di droga per via parenterale e gli aumenti nel numero di consumatori di

⁽¹⁴³⁾ Cfr. il riquadro «Decessi causati dalla cocaina».

⁽¹⁴⁴⁾ Per i dati sui decessi correlati a sostanze stupefacenti diverse dall'eroina vedere la tabella DRD-108 nel bollettino statistico 2010.

⁽¹⁴⁵⁾ Vedere i grafici DRD-8 e DRD-11 nel bollettino statistico 2010.

oppioidi che ricorrono a servizi di terapia e di riduzione dei danni. Le spiegazioni possibili che richiedono un'ulteriore indagine comprendono: maggiori livelli di poliassunzione (OEDT, 2009d) o comportamento ad alto rischio; un aumento del numero di consumatori di oppioidi recidivanti che lasciano il carcere o abbandonano la terapia e un gruppo di tossicodipendenti che invecchia, possibilmente con una popolazione più vulnerabile di tossicodipendenti cronici. Per esempio, diversi paesi (come Germania, Spagna, Regno Unito) riferiscono una maggiore percentuale di casi di persone di età superiore a 35 anni, che riflettono la tendenza all'aumento dell'età media dei decessi indotti dagli stupefacenti (grafico 15).

Mortalità generale correlata al consumo di sostanze stupefacenti

La mortalità generale legata al consumo di sostanze stupefacenti comprende i decessi indotti dagli stupefacenti e quelli prodotti indirettamente dal consumo di droga, come attraverso la trasmissione di malattie infettive, problemi cardiovascolari e incidenti. È difficile quantificare il numero dei decessi correlati indirettamente al consumo di droga, ma il loro effetto sulla salute pubblica può essere notevole. I decessi correlati agli stupefacenti sono concentrati per lo più tra i tossicodipendenti, sebbene alcuni (incidenti stradali) si verifichino tra i consumatori occasionali.

Le stime della mortalità generale correlata agli stupefacenti possono essere ricavate in molti modi, per esempio associando informazioni provenienti da studi di coorte a stime della prevalenza del consumo di droga. Un altro approccio consiste nell'utilizzo delle statistiche generali sulla mortalità esistenti e nella stima della percentuale correlata al consumo di droga.

Studi di coorte sulla mortalità

Gli studi di coorte sulla mortalità esaminano gli stessi gruppi di tossicodipendenti problematici nel tempo e, attraverso il collegamento con registri della mortalità, provano a individuare le cause di tutti i decessi che si verificano nel gruppo. Questo tipo di studio può stabilire i tassi di mortalità generali e quelli legati a una causa specifica relativi alla coorte e può valutare la mortalità in eccesso del gruppo rispetto alla popolazione generale ⁽¹⁴⁶⁾.

A seconda delle modalità di reclutamento (per esempio strutture per la terapia delle tossicodipendenze) e dei criteri di inclusione (per esempio IDU), la maggior parte

degli studi di coorte indica tassi di mortalità nell'intervallo compreso tra 1 e 2 % all'anno tra i tossicodipendenti problematici. Questi tassi di mortalità sono approssimativamente da 10 a 20 volte superiori a quelli dello stesso gruppo di età nella popolazione generale. L'importanza relativa delle cause di decesso cambia da paese a paese e nel tempo, tuttavia la causa principale è generalmente l'overdose da droga, responsabile del 50-60 % dei decessi tra i consumatori per via parenterale nei paesi a bassa prevalenza di HIV/AIDS. Oltre all'HIV/AIDS e ad altre malattie, le cause di decesso segnalate più frequentemente comprendono il suicidio e l'abuso di alcol, come illustrato in uno studio recente svolto a Stoccolma, che ha rilevato che il 17 % dei decessi in un gruppo di consumatori in prevalenza di oppioidi era dovuto al suicidio e che il 15 % era accidentale. L'alcol era coinvolto nel 30 % dei decessi (Stenbacka e altri, 2010).

Decessi indirettamente correlati al consumo di stupefacenti

Associando i dati esistenti provenienti da Eurostat e dal controllo su HIV/AIDS, l'OEDT ha calcolato che circa 2 100 persone sono decedute nell'Unione europea nel 2007 a causa dell'infezione da HIV/AIDS contratta in seguito al consumo di stupefacenti ⁽¹⁴⁷⁾, con il 90 % di questi decessi verificatisi in Spagna, Francia, Italia e Portogallo. In seguito all'introduzione di una terapia antiretrovirale estremamente attiva nel 1996, la mortalità da HIV/AIDS si è ridotta notevolmente nella maggior parte degli Stati membri dell'UE, ma è aumentata in Estonia e in Lettonia a partire dal 2003. I tassi di mortalità da HIV/AIDS più elevati tra i tossicodipendenti sono riferiti per il Portogallo, seguito da Estonia, Spagna, Lettonia e Italia; nella maggior parte degli altri paesi i tassi sono bassi ⁽¹⁴⁸⁾.

Altre malattie responsabili di una percentuale di decessi tra i tossicodipendenti comprendono condizioni croniche quali le malattie epatiche, dovute principalmente a infezione da epatite C (HCV) e spesso aggravate dal forte consumo di alcol e dalla coinfezione HIV. I decessi prodotti da altre malattie infettive sono più rari. Le cause di decesso non infettive comprendono il cancro e i problemi cardiovascolari ⁽¹⁴⁹⁾.

Altre cause di decesso tra i tossicodipendenti hanno ricevuto molta meno attenzione, nonostante le indicazioni del loro notevole impatto sulla mortalità. Secondo un recente studio dell'OMS (Degenhardt e altri, 2009), in Europa i suicidi e i traumi erano responsabili di circa un

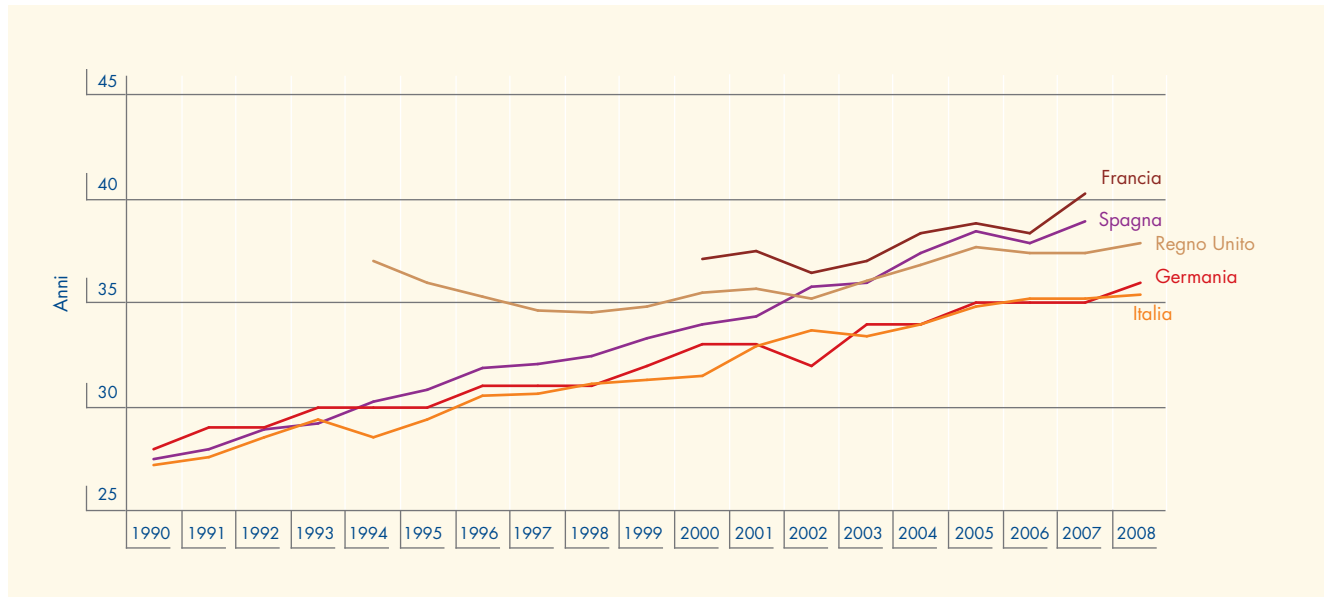
⁽¹⁴⁶⁾ Per informazioni sugli studi di coorte sulla mortalità, cfr. i principali indicatori sul sito web dell'OEDT.

⁽¹⁴⁷⁾ Cfr. la tabella DRD-5 (parte iii) nel bollettino statistico 2010.

⁽¹⁴⁸⁾ Cfr. il grafico DRD-7 (parte ii) nel bollettino statistico 2010.

⁽¹⁴⁹⁾ In particolare, in relazione alla cocaina, cfr. «Conseguenze del consumo di cocaina sulla salute» nel capitolo 5.

Grafico 15: Andamento dell'età media dei decessi correlati al consumo di droga in alcuni paesi europei



NB: Per ulteriori informazioni cfr. il grafico DRD-3 nel bollettino statistico 2010. I dati del Regno Unito sono basati sulla definizione della strategia di lotta alla droga.
 Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

terzo della mortalità attribuibile al consumo problematico di stupefacenti, con la conseguenza di diverse migliaia di decessi ogni anno. Per quanto riguarda in particolare il suicidio, un'analisi dei documenti pubblicati (Darke e Ross, 2002) ha rilevato che i consumatori di eroina avevano un rischio di decesso per suicidio di 14 volte superiore a quello della popolazione generale.

Le informazioni sul numero dei decessi correlati alla guida sotto l'effetto di stupefacenti rimangono limitate. Alcuni studi suggeriscono maggiori rischi di incidenti associati al consumo illecito di droga e il fatto che il consumo combinato di droghe e alcol producono ulteriori danni (OEDT, 2008b).

Riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti

Quindici paesi europei riferiscono che la loro strategia nazionale di lotta alla droga comprende una parte dedicata alla riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti, che tali politiche esistono a livello regionale, o che hanno un piano d'azione specifico per la prevenzione dei decessi correlati agli stupefacenti. L'Austria riferisce che sta preparando un documento strategico.

Interventi

Il trattamento riduce significativamente il rischio di mortalità dei tossicodipendenti (Davoli e altri, 2007),

anche se i rischi relativi alla tolleranza alla droga emergono quando si inizia o si lascia la terapia. Gli studi indicano che il rischio di decesso indotto dalla sostanza stupefacente nella fase di ricaduta dopo il trattamento o nelle settimane successive al rilascio dal carcere è sostanzialmente elevato. Ciò ha condotto alla pubblicazione delle raccomandazioni dell'OMS-Europa per quanto riguarda la prevenzione dell'overdose in carcere e la migliore continuità dell'assistenza dopo il rilascio (OMS, 2010).

La Danimarca e la Norvegia hanno recentemente dato la priorità alla buprenorfina nei loro orientamenti per la terapia sostitutiva, in ragione del suo profilo di sicurezza farmacologico. La Spagna ha approvato di recente la combinazione di buprenorfina e nalossone per i pazienti inseriti nei programmi di terapia sostitutiva realizzati dal sistema sanitario nazionale, allo scopo di ridurre i decessi indotti dagli stupefacenti.

Oltre a migliorare l'accesso al trattamento dei tossicodipendenti, sono stati studiati altri interventi destinati a ridurre i rischi di overdose nei tossicodipendenti. Questi interventi riguardano fattori personali, situazionali e legati al consumo di stupefacenti. Una recente analisi delle prove (Rome e altri, 2008) ha suggerito di sensibilizzare i medici generici circa i pericoli delle prescrizioni multiple, in particolare degli antidepressivi. In Lussemburgo sono state adottate misure per controllare la prescrizione di più farmaci ai pazienti

in terapia sostitutiva e per ridurre quindi le emergenze che coinvolgono l'uso delle benzodiazepine.

L'offerta di materiale informativo è segnalata come intervento comune per ridurre i decessi indotti dagli stupefacenti in Europa ⁽¹⁵⁰⁾. Molti paesi riferiscono di svolgere la prevenzione dell'overdose e di fornire una formazione in fatto di riconoscimento e risposta ai tossicodipendenti e ai loro vicini, amici e famiglie, nonché ai fornitori di servizi che lavorano con i tossicodipendenti. L'offerta di questi interventi è, tuttavia, spesso sporadica e limitata.

In seguito a un'epidemia di overdose da fentanil, gli esperti estoni richiedono l'introduzione di programmi di prevenzione delle overdose nel paese. Il Belgio, la Repubblica ceca, l'Estonia e i Paesi Bassi riferiscono il funzionamento di sistemi di allarme rapido che raccolgono e diffondono informazioni sulle nuove droghe o sulle combinazioni pericolose tramite agenzie a bassa soglia, centri di accoglienza o strutture terapeutiche. Nei Paesi Bassi è stato provato nel 2009 un sistema di monitoraggio per incidenti sanitari acuti correlati agli stupefacenti e attualmente è in fase di ampliamento.

La formazione sull'overdose, associata a una dose per assunzione domestica di nalossone (che inverte gli effetti degli oppioidi) è un approccio che potrebbe salvare molte vite. L'intervento è destinato ai tossicodipendenti e alle

loro famiglie, alle persone che potrebbero trovarsi con un tossicodipendente durante un'overdose e mira a metterli in grado di adottare azioni efficaci durante l'attesa dell'arrivo dei servizi di primo soccorso. Gli studi indicano che le persone che hanno seguito una formazione dimostrano una conoscenza migliore dei segni di overdose e maggiore fiducia nell'impiego del nalossone. Nel 2009 è stato avviato in Inghilterra un progetto di fornitura di confezioni con una siringa precaricata con nalossone a 950 familiari di tossicodipendenti. Nell'ambito di uno studio in corso sono fornite anche confezioni contenenti iniezioni da una dose di nalossone ai tossicodipendenti che lasciano il carcere in Inghilterra, Scozia e Galles. In Italia sono disponibili siringhe precaricate tramite agenzie di assistenza ai tossicodipendenti, in Portogallo sono provate in uno studio e in Bulgaria sono state introdotte di recente. A Copenaghen è stata avviata la fornitura di uno spray nasale, tramite un progetto rivolto ai tossicodipendenti.

I centri di consumo controllati consentono un rapido intervento ai primi segni di overdose. I dati operativi indicano che le overdose di droga che si verificano in queste strutture sono gestite con successo e non sono segnalate overdose letali. Prestare soccorso immediato riduce anche l'effetto delle overdose non letali, compresi i danni irreversibili al cervello e ad altri organi vitali, a causa dell'ipossia (Hedrich e altri, 2010).

⁽¹⁵⁰⁾ Cfr. la tabella HSR-8 nel bollettino statistico 2009.



Capitolo 8

Nuove droghe e tendenze emergenti

Introduzione

Le nuove sostanze psicoattive e i nuovi modelli di consumo di stupefacenti, sebbene appaiano per la prima volta tra gruppi sociali limitati o in pochi ambiti, possono avere conseguenze significative sul piano politico e in tema di salute pubblica. Fornire informazioni tempestive e obiettive ai politici, ai professionisti e al vasto pubblico sulle nuove minacce è una sfida dal punto di vista metodologico e pratico. Inoltre, è sempre più importante, data la natura sempre più dinamica e in rapido mutamento del problema delle droghe in Europa. Il sistema di allarme rapido elaborato dall'Unione europea offre un meccanismo di risposta rapida in caso di comparsa di nuove sostanze psicoattive sul mercato degli stupefacenti.

Negli ultimi anni è comparso un gran numero di nuovi composti sintetici non regolamentati. Queste sostanze sono commercializzate in Internet come droghe «legali» («legal highs») e sono destinate ad aggirare i controlli sulla droga. Rappresentano una sfida agli attuali approcci per il monitoraggio e il controllo delle nuove sostanze psicoattive. Come risulta in questo capitolo, gli ultimi due anni hanno visto l'emergere di nuovi prodotti di origine vegetale da fumare mescolati a cannabinoidi sintetici e la crescente popolarità di vari catinoni sintetici.

Azione in merito alle nuove droghe

Nel 2009 sono state notificate formalmente 24 nuove sostanze sintetiche psicoattive tramite il sistema di allarme rapido europeo. Si tratta del numero più consistente riferito in un anno; l'aumento è dovuto principalmente all'individuazione di nove nuovi cannabinoidi sintetici nell'ultimo anno. Nel 2009 sono state segnalate anche nuove sostanze appartenenti alle famiglie chimiche che forniscono generalmente nuove droghe psicoattive: cinque fenetilamine, due triptamine e quattro catinoni sintetici. Non vi sono state indicazioni relative a piperazine o piante psicoattive nuove.

Dall'istituzione del sistema di allarme rapido, nel 1997, sono state notificate più di 110 sostanze all'OEDT e all'Europol. Negli ultimi cinque anni sono emersi nuovi

Monitoraggio delle nuove sostanze psicoattive in Europa

La decisione del Consiglio sulle nuove sostanze psicoattive ⁽¹⁾ istituisce un meccanismo europeo per il rapido scambio di informazioni sulle nuove sostanze psicoattive che potrebbero costituire delle minacce per la salute pubblica e la società (OEDT, 2007b). All'OEDT e all'Europol, in stretta collaborazione con le loro reti di partner europei, viene assegnato un ruolo centrale nell'attuazione del sistema di allarme rapido. Quando viene rilevata una nuova sostanza psicoattiva sul mercato europeo, gli Stati membri assicurano che le informazioni sulla fabbricazione, sul traffico e sul consumo della droga siano trasmesse all'OEDT e all'Europol tramite i punti focali nazionali Reitox e le unità nazionali dell'Europol. La decisione del Consiglio fornisce anche un quadro per una valutazione dei rischi associati alle nuove sostanze (cfr. OEDT, 2010b). Le informazioni sulle sostanze dal valore medicinale definito e riconosciuto possono essere scambiate anche tramite il servizio di allarme rapido, ma non possono essere sottoposte alla valutazione del rischio ai sensi della decisione del Consiglio.

⁽¹⁾ 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).

gruppi di sostanze, tra cui diverse piperazine, catinoni sintetici e cannabinoidi sintetici. Tuttavia, non è stata individuata alcuna piperazina negli ultimi due anni di segnalazioni. Soltanto sei erano piante o di origine vegetale ed è probabile che le sostanze psicoattive sintetiche continueranno a essere le nuove sostanze segnalate più di frequente in futuro.

Nel 2009 sono state segnalate tre sostanze con proprietà medicinali. Tra queste figura il pregabalina, un farmaco venduto con prescrizione medica, commercializzato con il nome Lyrica e utilizzato per il trattamento del dolore neuropatico, l'epilessia e il disturbo d'ansia generalizzata. Un esame recente dei dati di farmacovigilanza indica preoccupazioni correlate al suo uso non corretto in Finlandia, Svezia e Norvegia. Le informazioni provenienti

dal sistema di allarme rapido segnalano inoltre che il pregabalin potrebbe essere stato coinvolto nei decessi di pazienti in Finlandia, Svezia e Regno Unito, dove è stato individuato in analisi tossicologiche forensi. Le relazioni dei consumatori indicano che il pregabalin ha effetti analoghi a quelli dell'alcol, dell'acido gamma-idrossibutirrico (GHB), dell'ecstasy e delle benzodiazepine. È stato riferito anche che allevia i sintomi di astinenza dall'eroina (oppioidi).

Il sistema di allarme rapido controlla anche i prodotti psicoattivi non regolamentati, le cosiddette droghe «legali» («legal highs»), vendute in Internet e negli «smart» o «head shop», pubblicizzate con strategie di marketing aggressive e sofisticate e, in alcuni casi, intenzionalmente etichettate in modo erraneo con ingredienti diversi da quelli dell'effettiva composizione. Il mercato delle droghe «legali» è contraddistinto dalla velocità con cui i fornitori eludono i controlli offrendo nuove alternative.

Mefedrone

I catinoni sintetici sono stati segnalati sempre più spesso tramite il sistema di allarme rapido negli ultimi anni. Attualmente sono controllate quindici di queste sostanze, tra cui mefedrone, metilone, metedrone e MDPV⁽¹⁵¹⁾. Questi composti «progettati» sono derivati del catinone, uno dei principi psicoattivi della pianta qāt (*Catha edulis*), strutturalmente legato all'anfetamina⁽¹⁵²⁾.

Il mefedrone è un derivato del metcatinone, una droga progettata indicata nella convenzione delle Nazioni Unite del 1971. È comparso per la prima volta in Europa nel 2007 e sembra aver guadagnato popolarità tra i giovani tossicodipendenti, con una conseguente domanda specifica di questa sostanza. Ciò è successo in particolare del Regno Unito, dove il mefedrone ha attirato l'attenzione dei media. Le relazioni di altri Stati membri indicano che è utilizzato anche altrove in Europa.

Nel 2009 sono stati riferiti sequestri di ingenti quantitativi di mefedrone dalla Germania, dai Paesi Bassi, dalla Svezia e dal Regno Unito. In Svezia i risultati tossicologici hanno confermato il ruolo del consumo di mefedrone in un decesso, e nel Regno Unito viene esaminata una serie di decessi per valutare il possibile coinvolgimento del mefedrone. Di recente sono state introdotte misure di controllo sul mefedrone da Danimarca, Estonia, Irlanda, Germania, Romania, Svezia, Regno Unito, Croazia e Norvegia.

Relazione congiunta OEDT-Europol sul mefedrone

L'OEDT e l'Europol hanno portato a termine, nel gennaio 2010, una valutazione delle informazioni disponibili sul mefedrone, basata sui criteri stabiliti negli orientamenti sul funzionamento del sistema di allarme rapido (OEDT, 2007b). Le informazioni comprendono la quantità del materiale sequestrato; prove del coinvolgimento della criminalità organizzata; prove sul traffico internazionale; le proprietà tossico-farmacologiche della sostanza psicoattiva; prove del potenziale di ulteriore (rapida) diffusione e prove sui casi di intossicazione o di infortuni gravi.

L'OEDT e l'Europol hanno concordato sul fatto che le informazioni disponibili sul mefedrone soddisfanno i criteri per la produzione di una relazione congiunta. La relazione congiunta risultante OEDT-Europol è stata presentata al Consiglio dell'Unione europea, alla Commissione europea e all'Agenzia europea per i medicinali ed è stata adottata una decisione per avviare una procedura formale di valutazione del rischio in relazione a questa sostanza.

Il mefedrone è facilmente disponibile in Internet, dove può essere venduto come alternativa legale alla cocaina o all'ecstasy. La sostanza viene pubblicizzata in maniera diversa come «sostanza chimica di ricerca», «sali da bagno», «per ricerca botanica», «fertilizzante per piante» o «alimentatore per piante», spesso con una nota che indica che non è adatto al consumo umano al fine di aggirare possibili meccanismi di controllo. Spesso l'elenco degli ingredienti non indica la presenza di sostanze psicoattive. Una ricerca di negozi di mefedrone online svolta in inglese nel marzo 2010 ha rivelato che almeno 77 siti web vendevano la sostanza. La maggior parte di questi siti web vendeva solo mefedrone e aveva sede nel Regno Unito. In seguito alla classificazione da parte del Regno Unito del mefedrone e di altri catinoni sintetici come droghe controllate nell'aprile 2010, la maggior parte dei siti che vendeva mefedrone ha cessato l'attività.

I dati sul consumo di 29 sostanze, tra cui una serie di «droghe legali», sono stati raccolti in un'indagine online condotta alla fine del 2009, in collaborazione con la rivista sulla musica dance del Regno Unito Mixmag⁽¹⁵³⁾. Il mefedrone è stato indicato come quarta droga più utilizzata (dopo cannabis, ecstasy e cocaina) e come «droga legale» più utilizzata tra le 2 295 persone interpellate. Circa un terzo di queste persone (33,6 %) ha riferito di averla utilizzata nell'ultimo mese, il 37,3 % nell'ultimo anno e il 41,7 % qualche volta. Le cifre

⁽¹⁵¹⁾ Mefedrone (4-metilmetcatinone); metilone (3,4-metilenediossimetcatinone); metedrone (4-metossimetilcatinone) e MDPV (3,4-metilendiossi Pirovalerone).

⁽¹⁵²⁾ Sul sito web dell'OEDT sono disponibili i profili delle droghe relativi al qāt e ai derivati del catinone sintetico.

⁽¹⁵³⁾ Comunicazione personale di Adam Winstock, King's College Londra.

per il metilone erano rispettivamente 7,5 %, 10,0 % e 10,8 %. La leggera differenza tra la prevalenza nel mese precedente e una tantum indica un fenomeno nuovo e in rapida diffusione. Tuttavia, questi risultati non possono essere considerati rappresentativi della più ampia popolazione dei frequentatori di locali notturni e discoteche, a causa dei limiti metodologici delle indagini online; tali indagini potrebbero fornire, tuttavia, un rapido accesso a determinati gruppi di popolazione (Verster e altri, 2010).

Controllo dei negozi online di sostanze stupefacenti

Il sistema di allarme rapido tiene sotto osservazione la commercializzazione delle nuove sostanze psicoattive in Internet ogni anno dal 2006. Le modifiche nei metodi utilizzati hanno aumentato la qualità e l'estensione delle indagini, ma i dati per i diversi anni non sono direttamente confrontabili.

Nel 2010 sono stati individuati 170 negozi di droghe online, 30 dei quali offrivano sia «droghe legali» che funghi allucinogeni, generalmente con un'ampia selezione di prodotti di entrambi i gruppi: 34 offrivano solo funghi allucinogeni e 106 vendevano «droghe legali» ma non funghi allucinogeni ⁽¹⁵⁴⁾.

Sembra che il numero di venditori di funghi allucinogeni sia aumentato dal 2006, quando sono stati individuati 39 negozi che vendevano questi prodotti (OEDT, 2006). Nel 2010 sono stati rilevati 64 negozi online che vendevano funghi allucinogeni; la maggior parte di essi vendeva kit per la coltivazione, spore e *Amanita muscaria*, anziché funghi contenenti psilocibina.

Secondo l'indagine online del 2009, che si è concentrata solo sulle «droghe legali», il Regno Unito registrava il maggior numero di negozi online, seguito dalla Germania e dai Paesi Bassi. L'istantanea del 2010, con la sua ampia portata, ha rivelato un modello diverso, con 38 negozi online con sede nei Paesi Bassi, 20 nel Regno Unito e 20 in Germania. I paesi con almeno cinque negozi online comprendono Polonia, Francia e Ungheria, mentre numeri più ridotti erano situati nella Repubblica ceca, in Spagna, Portogallo, Slovacchia, Italia e Svezia. Trentotto negozi online avevano sede negli Stati Uniti e non è stato possibile determinare la sede di 15 negozi online. A differenza dei negozi online con sede nel Regno Unito, molti di quelli con sede nei Paesi Bassi sono associati a negozi specializzati. Nel complesso, il 73 % dei negozi online utilizza come lingua l'inglese e il 42 % non offre nessun'altra lingua.

Instantanea sui negozi di sostanze stupefacenti online: metodi

L'indagine del 2010 è stata realizzata tra il 25 gennaio e il 5 febbraio tra i negozi di sostanze stupefacenti online (vendita al dettaglio e all'ingrosso) accessibili a qualunque utente Internet europeo interessato all'acquisto di droghe «legali» (compresa la «Spice»), GHB/GBL o funghi allucinogeni. I negozi online che non fornivano la spedizione ad almeno uno Stato membro dell'UE non sono stati inclusi.

Le stringhe di ricerca sono state provate innanzitutto in inglese, per identificare quelle che producevano la percentuale più elevata di risultati pertinenti. Le ricerche sono state effettuate quindi in 15 lingue parlate come madrelingua dall'84 % della popolazione dell'Unione europea ⁽¹⁾. Sono stati utilizzati tre diversi motori di ricerca: Metacrawler, Google e un motore di ricerca «nazionale», a seconda del paese e della lingua.

Il campionamento consisteva nell'esaminare i primi 100 collegamenti e continuava fino a che 20 collegamenti successivi si dimostravano irrilevanti. Per ogni sito individuato, sono state raccolte le seguenti informazioni: prodotti sulla vendita, descrizioni dei prodotti, prezzi, disponibilità in magazzino, paesi di consegna, ingredienti, avvertenze per la salute e relazioni degli utenti.

⁽¹⁾ Ceco, danese, olandese, inglese, francese, tedesco, greco, ungherese, italiano, maltese, polacco, portoghese, slovacco, spagnolo e svedese.

Il fenomeno «Spice»

Il prodotto «Spice» viene venduto in Internet e in negozi specializzati come miscela da fumare. Nel 2008 alcuni chimici forensi hanno scoperto che non si tratta del prodotto innocuo a base di erbe che dichiara di essere. I suoi veri componenti psicoattivi sono stati identificati come additivi sintetici; si tratta di sostanze, come l'antagonista dei recettori cannabinoidi ⁽¹⁵⁵⁾ JWH-018, che imitano gli effetti del tetraidrocannabinolo (THC) nella cannabis.

Il cosiddetto fenomeno «Spice» ha continuato a ricevere notevole attenzione nel 2009. Nel corso dell'anno i nomi e la presentazione con il marchio dei prodotti analoghi alla «Spice» si sono diversificati. Anche i composti psicoattivi aggiunti a questi prodotti sono cambiati, in risposta a nuove misure di controllo (OEDT, 2009f). Nel 2009 tramite il sistema di allarme rapido sono stati segnalati nove nuovi cannabinoidi sintetici ⁽¹⁵⁶⁾.

La varietà e il numero di cannabinoidi sintetici, o di altre sostanze, che possono essere aggiunti ai prodotti a base

⁽¹⁵⁴⁾ Cfr. il riquadro «Instantanea sui negozi di sostanze stupefacenti online: metodi».

⁽¹⁵⁵⁾ Un agonista è una sostanza chimica che si lega a uno specifico recettore di una cellula e innesca un'attività della cellula. Un agonista imita spesso l'azione di sostanze endogene o di sostanze presenti in natura.

⁽¹⁵⁶⁾ Cfr. il profilo sulle droghe «*Synthetic cannabinoids and 'Spice'*» sul sito web dell'OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/synthetic-cannabinoids>).

di erbe pone sfide in termini di identificazione, controllo e valutazione del rischio. Non si sa quasi nulla della farmacologia, della tossicologia e dei profili di sicurezza di questi composti nell'uomo. Anche il tipo e la quantità dei cannabinoidi sintetici aggiunti può variare notevolmente, e alcuni di questi composti possono essere estremamente attivi a piccolissime dosi. Di conseguenza, non è possibile escludere un sovradosaggio accidentale con un rischio di gravi complicazioni psichiatriche o di altro genere.

Nessuno dei cannabinoidi sintetici è controllato ai sensi delle convenzioni delle Nazioni Unite, e non vi sono informazioni sul fatto che uno di essi sia stato autorizzato come prodotto medicinale nell'Unione europea. Nel momento in cui è stato scritto questo rapporto, diversi Stati membri avevano bandito o controllato in altra maniera il prodotto «Spice», i prodotti simili e i composti correlati ⁽¹⁵⁷⁾. Gli ingredienti a base di erbe dichiarati dei prodotti «Spice» non sono controllati a livello internazionale, ma alcuni Stati membri (Lettonia, Polonia, Romania) hanno inserito uno o più di questi ingredienti nel loro elenco di sostanze controllate. Al di fuori dell'Unione europea, la Svizzera controlla le «miscele Spice a base di erbe» ai sensi del suo regolamento sui prodotti alimentari.

Nell'indagine online del 2010, il numero di negozi online che offrivano il prodotto «Spice» è diminuito nettamente rispetto all'anno precedente. Nonostante la maggiore portata, l'indagine del 2010 ha individuato soltanto 21 negozi che offrivano prodotti di questo tipo, contro i 55 del 2009. Quest'anno, due negozi online che offrono «Spice» hanno sede nel Regno Unito, un calo rispetto ai 23 dell'anno scorso. Nella rassegna più recente, 15 negozi dichiaravano di disporre del prodotto «Spice» e otto di loro rivelavano la loro ubicazione: tre negli Stati Uniti e uno in Spagna, Polonia, Portogallo, Romania e Regno Unito. Gli altri sei negozi online che offrivano prodotti simili alla «Spice» dichiaravano di aver esaurito le scorte e utilizzavano il nome del marchio per attrarre clienti.

A differenza delle droghe illegali, non è stato riferito alcun ingente sequestro di prodotti analoghi alla «Spice», e vi è una mancanza di relazioni sulla criminalità legata a questo fenomeno. Questo dato, associato alla conoscenza limitata sulla composizione chimica e sugli effetti dei nuovi composti crea una «zona grigia» intorno al controllo di tali prodotti.

Prevalenza del consumo delle droghe «legali»

Il termine droghe «legali» («legal highs») comprende un'ampia gamma di prodotti, dalle miscele a base di erbe

alle droghe sintetiche o «droghe progettate», alle «party pills» (droghe ricreative), che sono utilizzate in modi diversi (fumate, sniffate, ingerite). Inoltre, questi prodotti possono essere commercializzati come profumatori per ambienti, incensi a base di erbe o sali da bagno, sebbene siano destinati a un uso diverso. Questa diversità rende difficile raccogliere e interpretare i dati sulla prevalenza delle droghe «legali».

Alcune indagini recenti riportano i dati sulla prevalenza nel consumo delle droghe «legali». Uno studio polacco del 2008 condotto tra alcuni studenti di 18 anni ha rilevato che il 3,5 % aveva consumato droghe «legali» almeno una volta, una cifra paragonabile a quella per i funghi allucinogeni (3,6 %). Il consumo di droghe «legali» negli ultimi 12 mesi è stato segnalato dal 2,6 % degli studenti ⁽¹⁵⁸⁾.

Nell'ambito di un'indagine condotta tra 1 463 studenti di età compresa tra 15 e 18 anni nelle scuole che impartiscono istruzione generale e professionale a Francoforte, il 6 % circa degli intervistati ha riferito di aver utilizzato «Spice» almeno una volta e che il 3 % l'aveva consumato negli ultimi 30 giorni. Queste cifre avrebbero potuto essere influenzate dall'attenzione dedicata dai media al prodotto «Spice» al momento dell'indagine, perché solo l'1 % degli interpellati ha dichiarato di aver assunto «Spice» più di cinque volte. Quasi due terzi di quelli che hanno riferito di aver consumato la «Spice» qualche volta hanno dichiarato di aver utilizzato anche la cannabis nell'ultimo mese.

L'ultima indagine Mixmag online, condotta tra i frequentatori di locali notturni e discoteche nel Regno Unito, ha rilevato che il 56,6 % degli interpellati ha riferito di aver consumato droghe «legali», tra cui i prodotti a base di erbe, «Spice» e «Magic», «party pills» contenenti BZP e prodotti di altro genere, con una prevalenza di consumo nel mese scorso rispettivamente del 2,0 %, 4,6 % e 5,3 %. Gli interpellati hanno riferito di essersi procurati queste droghe da amici (95 %) o di acquistarle su siti Internet (92 %), in negozi (78 %), presso bancarelle nei festival (67 %) o da spacciatori (51 %).

Follow-up di altre sostanze

Piperazine: BZP ed mCPP

È diventato sempre più complicato registrare e interpretare i dati dei sequestri sulle piperazine. Ciò è dovuto alle miscele multiple di sostanze che possono essere rilevate in

⁽¹⁵⁷⁾ Danimarca, Germania, Estonia, Irlanda, Francia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Austria, Polonia, Romania, Svezia, Regno Unito.

⁽¹⁵⁸⁾ Indagine del CBOS del 2008, campione di 1 400 adolescenti degli ultimi corsi delle scuole superiori; il 15 % dei partecipanti ha riferito di aver consumato droghe negli ultimi 12 mesi.

polveri e pillole ⁽¹⁵⁹⁾, ma anche al fatto che le piperazine sono associate ad altre droghe, come le anfetamine e l'MDMA. Inoltre, i laboratori di studi forensi non hanno sempre le risorse necessarie a individuare tutti i componenti delle miscele e in particolare quelli che non sono sotto controllo.

La disponibilità di BZP sembra essere diminuita in seguito alla decisione del Consiglio del 2008 di sottoporla a misure di controllo nell'ambito dell'Unione europea ⁽¹⁶⁰⁾. Alcuni Stati membri, tuttavia, continuano a riferire ingenti sequestri di BZP.

Nel 2009 sembrava che l'mCPP fosse la «nuova droga sintetica» più ampiamente disponibile ⁽¹⁶¹⁾ sul mercato europeo dell'ecstasy, disponibile da sola o in associazione con l'MDMA. Le informazioni provenienti dal sistema di allarme rapido, comprendenti relazioni con dati sui consumatori nei Paesi Bassi e sui sequestri in Danimarca e nel Regno Unito, suggeriscono che la percentuale di pasticche di ecstasy contenenti mCPP (o piperazine in generale) è aumentata notevolmente nella prima metà del 2009, superando probabilmente le pasticche di ecstasy contenenti MDMA. Il sistema danese di controllo delle informazioni sugli stupefacenti ha riferito, inoltre, che il numero di campioni sottoposti dai consumatori per l'analisi è raddoppiato rispetto all'anno precedente, probabilmente a causa di maggiori preoccupazioni relative agli effetti negativi delle piperazine. La percentuale di pasticche di ecstasy contenenti queste sostanze potrebbe essere scesa nella seconda metà del 2009; tuttavia, nel Regno Unito questo calo potrebbe essere stato parzialmente compensato da una maggiore disponibilità di derivati del catinone.

Questi cambiamenti rispecchiano una sempre maggiore complessità del mercato dell'ecstasy, che può essere spiegato dalle variazioni nella disponibilità del PMK, il precursore chimico per la sintesi dell'MDMA.

GHB/GBL e chetamina

L'acido gamma-idrossibutirato (GHB) è sottoposto a controllo internazionale dal 2001, mentre la chetamina,

che è un prodotto medicinale, può essere controllata negli Stati membri ai sensi della loro legislazione sulle droghe o sui farmaci. Anche il consumo di gamma-butilirrolattone (GBL), che viene rapidamente trasformato in GHB una volta ingerito, ha sollevato di recente preoccupazioni in Europa. Il GBL è considerato un «precursore di stupefacenti non programmato» a livello dell'UE ed è incluso nel programma di monitoraggio volontario per i precursori di stupefacenti. Alcuni paesi (Italia, Lettonia, Austria, Svezia, Regno Unito, Norvegia) lo controllano ai sensi della loro legislazione nazionale sugli stupefacenti.

La prevalenza del consumo di GHB e di chetamina nella popolazione generale è bassa, ma può essere molto più elevata in gruppi, ambienti e aree geografiche specifici. L'indagine online Mixmag destinata ai frequentatori di locali notturni nel Regno Unito ha rilevato il mese scorso una prevalenza del consumo dell'1,7 % per il GHB e dell'1,6 % per il GBL, ma pari al 32,4 % per la chetamina. Un'indagine condotta tra i frequentatori dei locali notturni ad Amsterdam svolta nel 2003 e nel 2008 (646 intervistati) ha rilevato un leggero aumento nella prevalenza nell'ultimo mese del consumo di GHB, dal 4,2 % al 4,7 %. Nella Repubblica ceca, un'indagine condotta nel 2008 tra 363 frequentatori di locali notturni ha riscontrato il mese scorso una prevalenza di consumo pari allo 0,3 % per il GHB e allo 0,6 % per la chetamina. A Londra, un'indagine tra 173 frequentatori di locali notturni che avevano richiesto assistenza medica presso la sala medica di un locale ha riscontrato che due terzi l'avevano richiesta a causa del consumo di GHB/GBL (Wood e altri, 2009). Un'indagine condotta regolarmente tra gli studenti di età compresa tra 15 e 16 anni a Francoforte ha rilevato che la percentuale degli studenti a cui era stato offerto GHB era salita dall'1 % nel 2002 al 5 % nel 2008.

Lo studio istantaneo su Internet effettuato dall'OEDT nel 2010 non ha registrato alcun negozio online nell'UE che offrisse GHB, ma ha individuato il GBL in quattro negozi online. Tuttavia, sembra che nessuno di questi pubblicizzasse il GBL come droga o lasciasse intendere che potesse essere utilizzato per le sue proprietà psicoattive.

⁽¹⁵⁹⁾ Ad esempio: BZP (1-benzilpiperazina); CPP (clorofenilpiperazina); TFMP (1-(3-trifluorometilfenil)-piperazina) e DBZP (1,4-dibenzilpiperazina). La CPP ha tre isomeri posizionali, che sono spesso difficili da distinguere, dei quali l'mCPP [1-(3-clorofenil)piperazina] è quello più prevalente.

⁽¹⁶⁰⁾ Decisione 2008/206/GAI del Consiglio, del 3 marzo 2008, che definisce la 1-benzilpiperazina (BZP) quale nuova sostanza psicoattiva da sottoporre a misure di controllo e a sanzioni penali (GU L 63 del 7.3.2008).

⁽¹⁶¹⁾ L'mCPP non è controllato a livello internazionale ma alcuni paesi europei hanno attuato delle misure per controllarlo negli ultimi anni (Belgio, Cipro, Danimarca, Germania, Grecia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Malta, Romania, Slovacchia, Croazia, Turchia, Norvegia).





Riferimenti bibliografici ⁽¹⁶²⁾

- Agrawal, A. e Lynskey, M.T. (2006), «The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence», *Addiction* 101, pagg. 801-812.
- Amato, L., Minozzi, S., Pani, P.P. e Davoli, M. (2007), «Antipsychotic medications for cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Ballotta, D., Bergeron, H. e Hughes, B. (2008), «Cannabis control in Europe» in: *A cannabis reader: global issues and local experiences*, OEDT Monografia n. 8, volume 1, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo, pagg. 97-117.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P. e altri (2006), «Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries», *European Journal of Public Health* 16, pagg. 198-202.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A.H. e McKeganey, N. (2008), «Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study». *BMJ* 337:a478.
- Bravo, M.J., Barrio, G., de la Fuente, L., Royuela, L., Domingo, L. e Silva, T. (2003) «Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic», *Addiction* 98, pagg. 749-760.
- Bruce, R.D., Govindasamy, S., Sylla, L., Kamarulzaman, A. E Alice, F.L. (2009), «Lack of reduction in buprenorphine injection after introduction of co-formulated buprenorphine/naloxone to the Malaysian market», *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35, pagg. 68-72.
- Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. e altri (2009), «Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain», *European Addiction Research* 15, pagg. 171-178.
- Calafat, A., Juan, M. e Duch, M.A. (2009), «Preventive interventions in nightlife: a review», *Adicciones* 21, pagg. 387-414.
- Carpenter, K.M., McDowell, D., Brooks, D.J., Cheng, W.Y. e Levin, F.R. (2009), «A preliminary trial: double-blind comparison of nefazodone, bupropion-SR, and placebo in the treatment of cannabis dependence», *American Journal of Addiction* 18, pagg. 53-64.
- Castells, X., Casas, M., Pérez-Mañá, C., Roncero, C., Vidal, X. e Capellà, D. (2010), «Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Chabrol, H., Roura, C. e Armitage, J. (2003), «Bongs, a method of using cannabis linked to dependence», *Canadian Journal of Psychiatry* 48, pag. 709.
- Clausen, T., Anchersen, K. e Waal, H. (2008), «Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study», *Drug and Alcohol Dependence* 94, pagg. 151-157.
- CND (Commissione stupefacenti) (2009), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Commissione stupefacenti, Nazioni Unite, Vienna.
- Coffey, C., Carlin, J.B., Lynskey, M., Li, N. e Patton, G. (2003), «Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study», *British Journal of Psychiatry* 182, pagg. 330-336.
- Commissione europea (2009a), *Economic Crisis in Europe: causes, consequences and responses*, European Economy 7/2009, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.
- Commissione europea (2009b), *First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy* (disponibile online).
- Comptroller e Auditor General (2009), *Drug addiction treatment and rehabilitation*, Comptroller and Auditor General Special Report (disponibile online).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. e altri (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublino (disponibile online).
- Costa Storti, C. e De Grauwe, P. (2010), «Modelling disorganized crime: the cannabis market», *Bulletin of Narcotic Drugs* (in attesa di pubblicazione).
- CPT (Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti) (2006), *The CPT standards — «Substantive» sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (disponibile online).

⁽¹⁶²⁾ I collegamenti ipertestuali alle fonti online sono reperibili nella versione PDF della relazione annuale, disponibile sul sito web dell'OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).

- Craine, N., Hickman, M., Parry, J.V. e altri (2009), «Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size», *Epidemiology and Infection* 137, pagg. 1255-1265.
- Cunningham, J.A. (2000), «Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?», *Drug and Alcohol Dependence* 59, pagg. 211-213.
- Darke, S. e Ross, J. (2002), «Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods», *Addiction* 97, pagg. 1383-1394.
- Darke, S., Kaye, S. e Dufflou, J. (2006), «Comparative cardiac pathology among deaths due to cocaine toxicity, opioid toxicity and non-drug-related causes», *Addiction* 101, pagg. 1771-1777.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. e altri (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.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, University Press, Belgio.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. e Linskey, M. (2009), «Illicit drug use», in: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Volume 1, Majid Ezzati e altri (curatori), Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra (disponibile online).
- Derzon, J. H. (2007), «Using correlational evidence to select youth for prevention programming», *Journal of Primary Prevention* 28, pagg. 421-447.
- Direzione generale per la Salute e i consumatori (2008), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, direzione generale per la Salute e i consumatori, Bruxelles (disponibile online).
- ECDC e Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa (2009), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*, Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, Stoccolma.
- Eisenbach-Stangl, I., Moskalewicz, J. e Thom, B. (curatori) (2009), *Two worlds of drug consumption in late modern societies*, Ashgate, Farnham (UK).
- Escots, S. e Suderie, G. (2009), *Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?*, Tendances 68, Observatoire Français des Drogues e des Toxicomanies, Parigi.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L. e altri (2010), «The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial», *Drug and Alcohol Dependence* 108, pagg. 56-64.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Lynskey, M.T. e Madden, P.A.F. (2003), «Early reactions to cannabis predict later dependence», *Archives of General Psychiatry* 60, pagg. 1033-1039.
- Fletcher, A., Bonell, C. e Hargreaves, J. (2008), «School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies», *Journal of Adolescent Health* 42, pagg. 209-220.
- Gates, S., Smith, L.A. e Foxcroft, D. (2006), «Auricular acupuncture for cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. e Marsden, J. (2003), «Methadone treatment for opiate dependent patients in general practice and specialist clinic settings: outcomes at 2-year follow-up», *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, pagg. 313-321.
- Gowing, L., Ali, R. e White, J.M. (2010), «Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Grund, J.P., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M. e altri (2010), «The fast and the furious: cocaine, amphetamines and harm reduction», in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monografia OEDT, Rhodes, T. e Hedrich, D. (curatori), Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo, pagg. 191-232.
- Hall, W. e Degenhardt, L. (2009), «Adverse health effects of non-medical cannabis use», *Lancet* 374, pagg. 1383-1391.
- Hedrich, D., Kerr, T. e Dubois-Arber, F. (2010), «Drug consumption facilities in Europe and beyond», in *Harm reduction: evidence and impacts*, Monografia OEDT, Rhodes, T. e Hedrich, D. (curatori), Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo, pagg. 305-331.
- Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Schmoltdt, A. e Puschel, K. (2000), «Methadone-related fatalities in Hamburg 1990-1999: implications for quality standards in maintenance treatment?», *Forensic Science International* 113, pagg. 449-455.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. e altri (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Consiglio svedese di informazione su alcol ed altre droghe (CAN), Stoccolma.
- Hoare, J. (2009), «Drug misuse declared: findings from the 2008/09 British Crime Survey», *Home Office Statistical Bulletin* 12/09.
- Hutchinson, S.J., Taylor, A., Gruer, L., Barr, C., Mills, C. e altri (2000), «One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centred programme», *Addiction* 95, pagg. 1055-1068.
- INCB (2010b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, Nazioni Unite, New York (disponibile online).
- INCB (Commissione stupefacenti) (2010a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Nazioni Unite, New York (disponibile online).

- Irish Prison Service (2009), *Irish Prison Service annual report 2008* (disponibile online).
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S. e altri (2010), «Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness», in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monografia OEDT, Rhodes, T. e Hedrich, D. (curatori), Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo, pagg. 115-163.
- King, L.A. (2009), *Forensic chemistry of substance misuse: a guide to drug control*, Royal Society of Chemistry, Cambridge.
- Kipke, I., Karachaliou, K., Pirona, A. e Pfeiffer-Gerschel, T. (2009), «Bewährtes übertragen: Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis», *Sucht* 55, pagg. 365-368.
- Kleber, H.D., Weiss, R.D., Anton, R.F. Jr., George, T.P., Greenfield, S.F. e altri (2007), *American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines: Treatment of patients with substance use disorders*, seconda edizione, *American Journal of Psychiatry* 164 (4 Suppl.), pagg. 5-123.
- Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrel, M. e Lima, M.S. (2007), «Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders», *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 3.
- Kolodgie, F.D. e altri (1999), «Cocaine-induced increases in the permeability function of human vascular endothelial cell monolayers», *Experimental and Molecular Pathology* 66, pagg. 109-122.
- Koning, I.M., Vollebergh, W.A.M., Smit, F., Verdurmen, J.E.E., Van den Eijnden, R.J.J.M. e altri (2009), «Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously», *Addiction* 104, pagg. 1669-1678.
- Levin, F.R. e Kleber, H.D. (2008), «Use of dronabinol for cannabis dependence: two case reports and review», *American Journal of Addiction* 17, pagg. 161-164.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M. e altri (2009), «Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study», *Lancet* 374, pagg. 1262-1270.
- Martell, B.A., Orson, F.M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R.D. e altri (2009), «Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial», *Archives of General Psychiatry* 66, pagg. 1116-1123.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. e altri (2010), «HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage», *Lancet* 375, pagg. 1014-1028.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M. e altri (2008), «Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review», *Lancet* 372, pagg. 1733-1745.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. e Davoli, M. (2009), «Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- McCambridge, J., Slym, R.L. e Strang, J. (2008), «Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users», *Addiction* 103, pagg. 1819-1820.
- Measham, F. e Moore, K. (2009), «Repertoires of distinction: exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy», *Criminology and Criminal Justice* 9, pagg. 437-464.
- Meijers, R. (2007), *Toxicity of cocaine adulterants*, Trimbo's Instituut, Utrecht.
- Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A. e Brigham, G.S. (2006), «Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions», *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, pagg. 25-39.
- Minozzi, S., Amato, L., Davoli, M., Farrell, M., Lima Reisser A. e altri (2008), «Anticonvulsants for cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B. e altri (2007), «Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review», *Lancet* 370, pagg. 319-328.
- Muscato, R. (Ed.) (2008), *From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances*, Council of Europe Publishing, Strasburgo.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2009), *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, Sydney (disponibile online).
- NOMS (National Offender Management Service) (2009), *National Offender Management Service drug strategy 2008-2011*, Ministry of Justice, Londra.
- NPIA (National Policing Improvement Agency) (2009), *Digest*, marzo (disponibile online).
- NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006), *Models of care for adult drug misusers: update* (disponibile online).
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (disponibile online).
- NTA (2009), *Clinical governance in drug treatment: a good practice guide for providers and commissioners*, NTA, Londra (disponibile online).
- NTA (2010), *Powder cocaine: how the treatment system is responding to a growing problem* (disponibile online).

NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006), *Models of care for adult drug misusers: update* (disponibile online).

Obradovic, I. (2009), *Évaluation du dispositif des «consultations jeunes consommateurs» (2004-2007) — Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, OFDT, Saint-Denis.

OEDT (2006), *Hallucinogenic mushrooms*, Thematic paper OEDT, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (disponibile online).

OEDT (2007a), *Droghe e criminalità: un rapporto complesso*, Focus sulle droghe, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2007b), *Early-warning system on new psychoactive substances: operating guidelines*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2007c), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Questione specifica OEDT, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monografia OEDT, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Insights OEDT, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, Questione specifica OEDT, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2008d), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Questione specifica OEDT, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2009a), *Relazione annuale 2009. Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2009b), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Insights OEDT, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, Thematic paper OEDT, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo (disponibile online).

OEDT (2009d), *Polydrug use: patterns and responses*, Questione specifica OEDT, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2009e), *Drug offences, sentences and other outcomes*, Questione specifica OEDT, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2009f), *Understanding the 'Spice' phenomenon*, Thematic paper OEDT, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (disponibile online).

OEDT (2010a), *Harm reduction: evidence and impacts*, Monografia OEDT, Rhodes, T. e Hedrich, D. (curatori), Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2010b), *Risk assessment of new psychoactive substances: operating guidelines*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2010c), *Trends in injecting drug use in Europe*, Questione specifica OEDT, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT ed Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, pubblicazioni congiunte OEDT-Europol, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OMS (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa, Copenaghen (disponibile online).

OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.

OMS (2010), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Organizzazione mondiale della sanità Europa, Copenaghen.

OMS, UNODC e UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.

Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. e Davoli, M. (2010), «Disulfiram for the treatment of cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.

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.

Pleace, N. (2008), *Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence from an international review*, Scottish Government Social Research (disponibile online).

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. e altri (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., Guterman, L.R. e Hopkins, L.N. (2001), «Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey Scottish Government», *Circulation* 103, pagg. 502-506.

Relazioni nazionali Reitox (2009), disponibili sul sito Internet dell'OEDT.

Rome, A., Shaw, A. e Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgo.

- Rose, M.E. e Grant, J.E. (2008), «Pharmacotherapy for methamphetamine dependence: a review of the pathophysiology of methamphetamine addiction and the theoretical basis and efficacy of pharmacotherapeutic interventions», *Annals of Clinical Psychiatry* 20, pagg. 145-155.
- SAMHSA (2008), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville MD.
- Santos, S., Brugal, M.T., Barrio, G., Castellano, Y., Jiménez, E. e altri (in corso di stampa), «Characteristics and risk factors of acute health problems after cocaine use: assessing the effect of acute and chronic use of cocaine», *Drug and Alcohol Dependence*.
- Shewan, D. e Dalgarno, P. (2005), «Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow (Scotland)», *British Journal of Health Psychology* 10, pagg. 33-48.
- Simojoki, K., Vormaa, H. e Alho, H. (2008), «A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone)», *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy* 17, 3:16 (disponibile online).
- Sporer, K.A. (1999), «Acute heroin overdose», *Annals of Internal Medicine* 130, pagg. 585-590.
- Stenbacka, M., Leifman, A. e Romelsjö, A. (2010), «Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up», *Drug and Alcohol Review* 29, pagg. 21-27.
- Stoové, M.A., Dietze, P.M. e Jolley, D. (2009), «Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data», *Drug and Alcohol Review* 28, pagg. 347-352.
- Sweeting, M.J., De Angelis, D., Ades, A.E. e Hickman, M. (2008), «Estimating the prevalence of ex injecting drug use in the population», *Statistical Methods in Medical Research* 18, pagg. 381-395.
- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L. e Patton, G.C. (2008), «Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood», *Addiction* 103, pagg. 1361-1370.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. e Reilly, D. (1998), «Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area», *Addiction* 93, pagg. 1149-1160.
- UNODC (2005), *Illicit drug trends in the Russian Federation*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- UNODC (2009), *World drug report 2009*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- UNODC (2010a), *Afghanistan cannabis survey 2009*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna (disponibile online).
- UNODC (2010b), *World drug report 2010*, 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.
- UNODC, OMS e UNAIDS (2006), *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- UNODC, UNAIDS e OMS (2010), *HIV testing and counselling in prisons and other closed settings*, Technical paper, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- Van Beek, I., Dwyer, R. e Malcolm, A. (2001), «Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm!», *Drug and Alcohol Review* 20, pagg. 333-342.
- Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R.A. 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.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. e altri (2009), «Trends, motivations and settings or recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands», *International Journal of Drug Policy* 20, pagg. 143-151.
- Van Nimwegen, L.J., de Haan, L., van Beveren, N.J., van der Helm, M., van den Brink, W. e Linszen, D. (2008), «Effect of olanzapine and risperidone on subjective well-being and craving for cannabis in patients with schizophrenia or related disorders: a double-blind randomized controlled trial», *Canadian Journal of Psychiatry* 53, pagg. 400-405.
- Vandam, L. (2009), «Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature», in *Contemporary issues in the empirical study of crime*, Cools, M. e altri (curatori), Maklu, Anversa.
- Verster, J.C., Kuerten, Y., Olivier, B. e van Laar, M.W. (2010), «The ACID-survey: methodology and design of an online survey to assess alcohol and recreational cocaine use and its consequences for traffic safety», *Open Addiction Journal* 3, pagg. 24-31.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M. e Wittchen H.U. (2002), «What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults», *Drug and Alcohol Dependence* 68, pagg. 49-64.
- Wagner, F.A. e Anthony, J.C. (2002), «From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol», *Neuropsychopharmacology* 26, pagg. 479-488.

Warburton, H., Turnbull, P.J. e Hough, M. (2005), *Occasional and controlled heroin use: not a problem?*, Joseph Rowntree Foundation, York.

Warner-Smith, M., Darke, S., Lynskey, M. e Hall, W. (2001), «Heroin overdose: causes and consequences», *Addiction* 96, pagg. 1113-1125.

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. e Cowan, S.A. (2008), «European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability», *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (disponibile online).

Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. e Griffiths, P. (2009), «Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users», *American Journal of Public Health* 99, pagg. 1049-1052.

Wittchen, H.U., Apelt, S.M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M. e altri (2008), «Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients», *Drug and Alcohol Dependence* 95, pagg. 245-257.

Wood, D.M., Nicolauo, M. e Dargan, P.I. (2009), «Epidemiology of recreational drug toxicity in a nightclub environment», *Substance Use & Misuse* 44, pagg. 1495-1502.

Zachrisson, H.D., Rödje, K. e Mykletun, A. (2006), «Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey», *BMC Public Health* 6:34 (disponibile online).

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

Relazione annuale 2010: evoluzione del fenomeno della droga in Europa

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea

2010 — 114 pagg. — 21 × 29.7 cm

ISBN 978-92-9168-435-9

doi:10.2810/3427

COME OTTENERE LE PUBBLICAZIONI DELL'UNIONE EUROPEA

Pubblicazioni gratuite:

- tramite EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- presso le rappresentanze o le delegazioni dell'Unione europea. Per ottenere indicazioni e prendere contatto collegarsi a <http://ec.europa.eu> o inviare un fax al numero +352 29 29-42758.

Pubblicazioni a pagamento:

- tramite EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Abbonamenti a pagamento (ad esempio serie annuali della *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*, raccolte della giurisprudenza della Corte di giustizia):

- tramite gli uffici vendita dell'Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea (http://publications.europa.eu/others/agents/index_it.htm).

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.



Ufficio delle pubblicazioni

