



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

ISSN 1609-6169

REPORT 2005

EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA DROGA
IN EUROPA



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA DROGA
IN EUROPA

RELAZIONALI ANZIALI DUALI 2002 2005

Avvertenza

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

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

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

Una scheda bibliografica figura alla fine del volume.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, 2005

ISBN 92-9168-229-2

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2005

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte

Printed in Belgium

STAMPATO SU CARTA SBIANCATA SENZA CLORO



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

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

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

info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Indice

Prefazione	5
Ringraziamenti	7
Nota introduttiva	9
Commento: Individuare le linee di tendenza del consumo di droga in Europa	11
Capitolo 1	
Evoluzione in materia di politiche e legislazione	18
Capitolo 2	
Scuole, giovani e droghe	27
Capitolo 3	
Cannabis	36
Capitolo 4	
Stimolanti del tipo anfetamine, LSD e altre droghe sintetiche	44
Capitolo 5	
Cocaina e cocaina crack	54
Capitolo 6	
Eroina e consumo per via parenterale	61
Capitolo 7	
Criminalità e situazione carceraria	82
Riferimenti bibliografici	87



Prefazione

Quest'anno, la relazione annuale dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze è corroborata da ulteriori elementi on-line comprendenti il nostro nuovo bollettino statistico, attualmente alla sua seconda edizione, che è giunto ad integrare oltre 200 tabelle di dati quantitativi che illustrano la situazione della droga in Europa.

Per oltre 10 anni, l'OEDT ha collaborato con gli Stati membri dell'Unione europea per sviluppare un quadro esaustivo del fenomeno della droga a livello europeo. La quantità e la qualità dei dati attualmente disponibili, che ispirano l'analisi della relazione annuale di quest'anno, rispecchiano non solo la prestazione tecnica dei gruppi di lavoro scientifici che forniscono le informazioni, ma anche l'impegno dei responsabili delle decisioni politiche in Europa per sostenere e investire nel processo di raccolta dei dati. Si tratta di un esempio concreto dei benefici apportati dal lavoro in comune a livello europeo. Gli Stati membri non differiscono solo per i problemi di droga cui devono far fronte, ma anche per i modi in cui hanno risposto a tali sfide. Malgrado tali differenze, attualmente è anche emersa quella che potremmo considerare la prospettiva europea sul problema delle droghe. Esiste un forte consenso sulla necessità di fondare le azioni su una solida comprensione della situazione, di condividere le esperienze di ciò che funziona e di agire assieme ogniqualvolta è possibile conseguire benefici comuni. Tali aspirazioni sono individuabili nella nuova strategia e nel piano d'azione sulle droghe dell'UE e costituiscono anche i temi principali della presente relazione.

La nostra relazione annuale evidenzia dei settori di preoccupazione, numerosi e importanti, sul modo in cui l'uso della droga esercita un impatto tanto sui cittadini quanto sulle comunità nelle quali vivono. Attiriamo l'attenzione sulle problematiche emergenti con le quali siamo attualmente confrontati, quali l'uso crescente in alcune parti dell'Europa di analettici nonché, in

particolare, la cocaina o il numero sempre più crescente di giovani europei che entrano nel mondo della droga. In Europa, c'è ovviamente ancora molto da fare per migliorare la risposta all'uso di droga. Nella presente relazione siamo tuttavia in grado di rilevare un determinato numero di sviluppi positivi, non da ultimi l'espansione generale dei servizi destinati a quanti hanno problemi di droga e i segni di stabilizzazione, se non di declino, per quanto concerne alcuni degli aspetti più distruttivi di tale fenomeno. La relazione pertanto non evidenzia solo alcuni dei principali problemi cui dobbiamo far fronte, ma mette anche a fuoco quella che dovrebbe essere la futura via per rispondere efficacemente ai problemi di droga in Europa.

Ci rallegriamo nuovamente nel notare che anche quest'anno i dati forniti dai nuovi Stati membri dell'Unione europea sono aumentati. Oltre a descrivere la situazione nell'Unione allargata, ove disponibile, includiamo anche i dati provenienti dalla Bulgaria, dalla Romania e dalla Turchia nonché alcune analisi su importanti sviluppi internazionali. La natura globale del problema della droga implica che dobbiamo elaborare la nostra analisi europea in un contesto più ampio. Il traffico e l'uso di droga sono indissociabilmente connessi con alcune delle più urgenti preoccupazioni attuali. L'uso della droga esercita un impatto sulla salute e lo sviluppo generali, sulla criminalità e la sicurezza personale nonché sulla sicurezza internazionale. La nostra relazione è ampiamente incentrata sul quadro europeo, anche se non possiamo permetterci il lusso di ignorare che stiamo affrontando un problema di dimensioni globali.

Marcel Reimen

Presidente del consiglio di amministrazione dell'OEDT

Wolfgang Götz

Direttore dell'OEDT



Ringraziamenti

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

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

I punti focali nazionali Reitox

Reitox è la rete informativa europea sulle droghe e tossicodipendenze ed è formata dai punti focali nazionali negli Stati membri, in Norvegia, nei paesi candidati all'adesione e dalla Commissione europea. Sotto la responsabilità dei rispettivi governi, i punti focali rappresentano le autorità nazionali che forniscono informazioni in materia di droga all'OEDT.

Le coordinate di contatto dei punti focali nazionali sono disponibili su:
<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1596>



Nota introduttiva

La presente relazione annuale si fonda sulle informazioni fornite all'OEDT dagli Stati membri, dai paesi candidati all'adesione e dalla Norvegia (che partecipa ai lavori dell'OEDT sin dal 2001) sotto forma di relazioni nazionali. I dati statistici ivi riportati si riferiscono al 2003 (o all'ultimo anno disponibile). I grafici e le tabelle della relazione possono riferirsi a un gruppo ristretto di paesi dell'UE: la selezione viene fatta in base ai paesi sui quali sono disponibili informazioni per il periodo di riferimento.

Una versione online della relazione annuale è disponibile in 22 lingue su <http://annualreport.emcdda.eu.int>

Il bollettino statistico 2005 (<http://stats05.emcdda.eu.int>) presenta l'insieme completo delle tabelle sulle quali è basata l'analisi statistica della relazione e fornisce ulteriori informazioni sulla metodologia utilizzata e oltre 100 grafici statistici supplementari.

I profili dei dati per paese (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) forniscono una sintesi grafica di alto livello sugli aspetti principali della situazione degli stupefacenti in ciascun paese.

La relazione comporta inoltre tre rassegne approfondite che esaminano i seguenti punti:

- reati contro l'ordine pubblico connessi alla droga: evoluzione delle strategie e delle misure;
- alternative alla detenzione carceraria: individuazione dei delinquenti consumatori problematici di droga nell'UE;
- buprenorfina: pratiche terapeutiche, abuso e prassi prescrittiva.

Tali punti sono disponibili su supporto cartaceo e online (<http://issues05.emcdda.eu.int>) solo in lingua inglese.

Le relazioni nazionali dei punti focali Reitox forniscono una descrizione e un'analisi particolareggiata del problema della droga in ciascun paese e sono disponibili sul sito web dell'OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).



Commento: Individuare le linee di tendenza del consumo di droga in Europa

Ricomporre il mosaico europeo

La presente sezione offre una panoramica generale dell'evoluzione e delle linee di tendenza del fenomeno della droga in Europa. Si è giunti al quadro proposto mettendo assieme informazioni provenienti da fonti diverse, tenendo conto sia dei punti di forza sia di debolezza della base informativa attualmente a disposizione. Ne è risultata una valutazione di come i dati presentati nel 2005 possano contribuire a comprendere l'andamento del fenomeno della droga in Europa nel medio e lungo periodo.

I problemi della poliassunzione complicano la comprensione dei problemi correlati al consumo di droga e rendono difficile l'organizzazione di una risposta adeguata

L'approccio analitico, che si riflette su gran parte della presente relazione, è stato di focalizzare il discorso sulle principali sostanze usate. In linea di principio, si tratta di un accostamento di facile comprensione, unito al vantaggio di essere in linea con la maggior parte degli indicatori del consumo di droga, basati a loro volta su rilevamenti comportamentali specifici per sostanza. Per altro verso esso non tiene conto della poliassunzione, vale a dire una delle caratteristiche distintive del problema della droga in Europa. L'analisi dell'impatto del consumo di droga sulla salute pubblica deve dunque prendere in considerazione il quadro articolato del consumo correlato di sostanze psicoattive, tra cui alcol e tabacco. In Europa, per esempio, la cannabis viene spesso fumata assieme al tabacco, con conseguenti implicazioni sia in termini di danni associati a tale comportamento sia per quanto concerne le attività di prevenzione. Le analisi tossicologiche dei decessi collegati al consumo di stupefacenti rivelano spesso la presenza di più sostanze, mentre è stato dimostrato che il consumo concomitante di alcol aumenta i rischi associati all'uso di eroina e di cocaina. Inoltre, il fatto di concentrarsi sugli andamenti tipici di una sostanza può essere fuorviante ove venga ignorata l'interazione tra diversi tipi di droga; per esempio, questa relazione contiene prove di un aumento della reperibilità degli oppiacei sintetici, un aspetto questo che non deve essere sottovalutato in un'analisi dell'andamento del consumo di eroina. Analogamente, potrebbe essere opportuno valutare la potenziale sovrapposizione delle linee di tendenza nel consumo di sostanze stimolanti diverse nonché capire, nell'ambito di una qualsiasi analisi, in quale misura i cambiamenti osservati siano riconducibili a una variazione dei modelli di consumo.

In sintesi, la stragrande maggioranza di coloro che, in Europa, si rivolgono a comunità terapeutiche per un problema di droga fa uso di più sostanze stupefacenti. È quindi necessario elaborare prassi migliori per individuare questo aspetto chiave del consumo di droga e comprendere l'impatto della poliassunzione sull'efficacia degli interventi in futuro.

I giovani e la droga: aumenta il consumo di cannabis mentre si profilano diversi modelli di consumo

Il consumo di droga in Europa rimane un fenomeno prevalentemente giovanile, diffuso soprattutto tra i giovani di sesso maschile. I dati raccolti da indagini condotte nella popolazione in generale e nelle scuole sono di aiuto per comprendere l'evoluzione dei modelli di consumo di stupefacenti in Europa a partire dalla metà degli anni novanta. Quest'anno, è stato possibile includere nella relazione annuale i dati dell'ultimo ciclo di sondaggi effettuati nell'ambito del progetto di indagine europea sul consumo di alcol e di altre droghe nelle scuole (ESPAD), fonte di informazioni affidabili per il monitoraggio del consumo di stupefacenti nelle scuole e per tracciarne l'andamento nel tempo.

In seguito ad una valutazione di tutte le informazioni disponibili, emerge con forza che il consumo di cannabis varia notevolmente da paese a paese. Sebbene a partire dalla metà degli anni novanta sia prevalso in Europa un andamento crescente, alcuni paesi mostrano un modello più stabile. Per esempio, i dati sul consumo di cannabis nel Regno Unito, particolarmente elevati a partire dagli anni novanta, sono rimasti costanti in tutto questo arco di tempo. Parimenti esigue sono state le variazioni registrate nei cambiamenti incorsi nel consumo di cannabis in alcuni paesi a bassa prevalenza, tra cui Svezia e Finlandia nell'Europa settentrionale e Grecia e Malta nell'Europa meridionale. La maggior parte degli aumenti del consumo di cannabis osservati dall'ESPAD a partire dallo stesso periodo interessa i nuovi Stati membri. L'analisi dei dati raccolti nelle scuole e delle prove fornite dalle indagini sulla popolazione generale suggerisce che Repubblica ceca, Spagna e Francia hanno affiancato il Regno Unito nella maggioranza dei rilevamenti, andando con quest'ultimo a costituire un gruppo di paesi ad alta prevalenza.

Nonostante la scarsità di dati a disposizione, sussiste un'inquietudine crescente in Europa per l'impatto negativo del consumo di cannabis sulla salute pubblica. Le informazioni sulle domande di trattamento in Europa vedono la cannabis seconda soltanto agli oppiacei,

sebbene la cannabis riguardi solo il 12 % delle domande di trattamento e il quadro generale sia pesantemente influenzato da un numero di paesi relativamente ridotto. I dati sul consumo regolare e intensivo di cannabis sono essenziali per capire il probabile nesso esistente tra consumo di cannabis e salute pubblica, ma si tratta di informazioni tuttora limitate. Sebbene i dati a disposizione riferiscono che almeno tre milioni di persone, perlopiù giovani di sesso maschile, farebbero uso quotidiano di cannabis in Europa, nulla si sa circa le problematiche che tale comportamento può fare insorgere in questo gruppo.

Lo stato del consumo problematico di droga: si può parlare di un declino del consumo di eroina e del consumo per via parenterale?

Uno degli aspetti più complessi dal punto di vista metodologico del monitoraggio del consumo di stupefacenti è la stima del numero di persone che consumano droga in maniera cronica e particolarmente dannosa. L'OEDT ha introdotto un indicatore del consumo problematico di droga per poter rilevare questo fenomeno; nella maggior parte dei paesi dell'UE gli indicatori del consumo problematico di droga consentono di individuare soprattutto il consumo di oppiacei e il consumo di stupefacenti per via parenterale. Secondo le stime attuali esistono probabilmente 1,2-2,1 milioni di consumatori problematici di droga nell'UE; di questi un numero compreso tra 850 000 e 1,3 milioni riguarda con molta probabilità consumatori recenti di droga per via parenterale. Le stime sulla prevalenza del consumo problematico nel tempo sono lacunose e rendono difficile l'individuazione di linee di tendenza nel lungo termine. Per altro verso, gli indicatori disponibili nell'UE a 15 suggeriscono, ancorché in maniera approssimativa, che il rapido aumento dei consumatori di eroina riscontrato nella maggior parte degli Stati ha registrato un picco all'inizio degli anni novanta per poi stabilizzarsi nel periodo successivo. Benché alcuni paesi abbiano continuato a riferire di aumenti a partire dal 1999, i segnali recenti mostrano una situazione disomogenea: non è infatti possibile tracciare un quadro coerente a livello comunitario unicamente sulla base delle stime sulla prevalenza. In modo particolare i nuovi Stati membri, che sembrano aver riscontrato problematiche analoghe solo in tempi più recenti rispetto all'UE a 15, riferiscono una situazione più fluida.

Tra le altre fonti di informazione per la valutazione del consumo problematico di droga si annoverano i decessi collegati al consumo di stupefacenti e le domande di trattamento. Dall'analisi dei decessi collegati al consumo di droga (dovuti soprattutto a overdose di oppiacei) si evince che le vittime hanno un'età in aumento, come testimonia la diminuzione dei decessi registrati tra i giovani di età inferiore ai 25 anni, a partire dal 1996. Un elemento importante è che i dati provenienti dai nuovi

paesi dell'UE, sia pur limitati, mostrano finora una tendenza all'aumento della percentuale di decessi tra i soggetti di età inferiore ai 25 anni, nonostante si osservi attualmente un certo grado di stabilizzazione. Nel complesso, il numero di decessi collegati al consumo di droga nell'UE sembra ormai aver raggiunto l'apice, pur mantenendosi a un livello storicamente alto.

Nella maggior parte dei paesi l'eroina rimane la droga principale per la quale i pazienti chiedono di entrare in terapia. In alcuni Stati è possibile ricostruire l'andamento nel tempo del consumo di eroina tra i nuovi pazienti in terapia; si osserva così un leggero calo nel numero assoluto di pazienti a partire dal 1996. Analogamente, l'andamento riferito da alcuni paesi suggerisce un invecchiamento della popolazione di consumatori di oppiacei, benché, ancora una volta, questo dato non venga segnalato da tutti i paesi e in alcuni nuovi Stati membri (stando a dati, ancora una volta, limitati) i consumatori di oppiacei che per la prima volta entrano in terapia rimangono relativamente giovani. In taluni paesi europei, segnatamente dell'UE a 15, si è notato per alcuni anni un calo del consumo per via parenterale tra i nuovi consumatori di oppiacei che chiedono di entrare in terapia; in tutta Europa meno della metà dei nuovi pazienti che fanno domanda di trattamento per consumo di oppiacei riferisce di assumere la droga per via parenterale. Una volta di più, questa tendenza non è la stessa osservata nei nuovi Stati membri, dove il consumo per via parenterale rimane la principale modalità di assunzione tra gli eroinomani che accedono ai servizi terapeutici.

È impossibile, in sostanza, dare una risposta semplicistica alla domanda se si possa osservare o meno un declino nel consumo di eroina o nel consumo di eroina per via parenterale in Europa. Sotto molti aspetti la situazione odierna (in termini di nuovi consumatori di eroina e di consumo per via parenterale) sembra più positiva rispetto al quadro riferito dall'UE a 15 all'inizio degli anni novanta. Vi sono prove che la situazione in molti paesi si è stabilizzata, talvolta con segnali di invecchiamento della popolazione, un fenomeno quest'ultimo che forse riflette una riduzione dell'incidenza. Tuttavia, in alcuni dei nuovi Stati membri, dove l'incremento dei problemi collegati al consumo di eroina è un fenomeno più recente, il consumo per via parenterale continua a essere la modalità predominante dell'assunzione di oppiacei; resta in ogni caso difficile tracciare un'interpretazione delle attuali linee di tendenza sulla base dei dati disponibili.

Consumo di cocaina e di altri stupefacenti: nessun compiacimento

L'Europa rimane uno dei principali mercati per gli stupefacenti e gli indicatori suggeriscono che, in linea generale, la tendenza del consumo di anfetamine, ecstasy e cocaina è in continuo aumento. In molti casi, l'ecstasy ha

superato le anfetamine come seconda droga più usata in Europa dopo la cannabis. Peraltro, stando alle indagini condotte nella popolazione generale e tra gli studenti nel Regno Unito, che dagli anni novanta ha registrato a più riprese la prevalenza più elevata di consumo di ecstasy e anfetamine, sembrerebbe in atto una flessione del consumo di entrambe le sostanze stupefacenti; in particolare l'andamento parrebbe in caduta libera per le anfetamine mentre di portata più ridotta per l'ecstasy. Ciò nonostante, la prevalenza nel Regno Unito resta relativamente elevata rispetto ad altri paesi, sia pur con differenze meno marcate, dal momento che taluni Stati riferiscono oggi dati analoghi sul consumo e consentono dunque di tracciare un quadro somigliante a quello poc'anzi descritto per la cannabis.

La prevalenza del consumo di cocaina in Europa si presenta frastagliata e, ancora una volta, la tendenza generale sembrerebbe in aumento. I dati raccolti dalle indagini inducono a pensare, soprattutto per Spagna e Regno Unito, a un'impennata del consumo di cocaina alla fine degli anni novanta, con incrementi ulteriori, sia pur modesti, di recente. In entrambi i paesi le ultime stime sul consumo di cocaina tra i giovani adulti superano oggi quelle relative al consumo di ecstasy e anfetamina.

Resta difficile quantificare l'impatto sulla salute pubblica del consumo di stupefacenti nel vecchio continente; di certo gli attuali modelli di consumo non sono rallegranti. Le domande di trattamento per consumo di cocaina sono in aumento. Nonostante le grandi differenze riscontrate da paese a paese, la cocaina è implicata nel 10 % circa di tutte le domande di trattamento in Europa. Il consumo di cocaina crack, una forma di droga responsabile, in particolare, di problemi sanitari e di altro genere, è ancora limitato in Europa. I dati sul consumo di cocaina crack sono in genere circoscritti a poche metropoli; ciò nonostante, nelle comunità dove si fa uso di questa droga i danni possono essere ingenti. Una serie di problemi pratici e metodologici rendono difficile la valutazione del numero di decessi correlati in Europa al consumo di questo tipo di stupefacenti. Per quanto esiguo rispetto al numero di decessi riferiti per consumo di oppiacei, il numero di decessi dovuti a tali stupefacenti può essere in crescita e, probabilmente, non sempre segnalato. Nonostante la scarsità di dati di cui si dispone attualmente, alcuni paesi riferiscono un ruolo determinante della cocaina nel 10 % circa di tutti i decessi collegati al consumo di stupefacenti. I decessi per ecstasy sono rari nella maggior parte dei paesi dell'UE, sebbene le procedure di segnalazione potrebbe essere migliorate.

In controtendenza: nessun segno di problematiche significative riconducibili alle metanfetamine in Europa

La metanfetamina è nota per essere associata in particolare a problemi di tipo sociosanitario. Aumentano a livello

globale i timori per i problemi crescenti provocati dalle metanfetamine; le percentuali sul consumo sembrano essere alte o in aumento in USA, Australia, alcune regioni dell'Africa e in molti paesi dell'Asia sudorientale. Ad oggi il consumo di metanfetamine in Europa è perlopiù limitato alla Repubblica ceca, che da tempo ammette problemi con questa sostanza. Negli altri Stati europei solo sporadicamente si segnala la presenza della metanfetamina, con alcune indicazioni di sequestri e menzioni occasionali di importazione dalla Repubblica ceca ai paesi limitrofi. Ciononostante, la diffusione potenziale del consumo di metanfetamine non può essere ignorata ove si tenga conto del fatto che molti paesi europei hanno stretti rapporti con le regioni del mondo che riferiscono problemi con le metanfetamine e che il mercato europeo degli stupefacenti è in espansione. Si tratta dunque di un aspetto da tenere sotto controllo.

Creare e ampliare i servizi per i tossicodipendenti

La disponibilità di servizi per i tossicodipendenti può fare la differenza sia per i singoli consumatori sia per la comunità in cui vivono. Questo fatto è riconosciuto da molte politiche nazionali in materia di droga, al punto che il vecchio e il nuovo piano d'azione dell'Unione europea sulle droghe si impegnano ad ampliare il ventaglio di servizi per i consumatori di droga. Per quanto sia difficile fare una mappa dell'estensione globale dei servizi per i tossicodipendenti disponibili in Europa, alcuni indicatori suggeriscono chiaramente che sono aumentati in maniera palese sia i servizi terapeutici sia talune forme di servizi di riduzione dei danni. Ciò detto, la natura e l'entità dei diversi servizi varia nettamente da paese a paese. Un ambito di fornitura di servizi che ha subito un'evidente espansione nell'ultimo decennio è quello della terapia sostitutiva per i consumatori di oppioidi, soprattutto in quei paesi in cui si registra un consumo di eroina per via parenterale relativamente elevato. Il metadone viene utilizzato in poco meno dell'80 % delle terapie sostitutive in Europa, e in oltre il 90 % delle terapie sostitutive nei servizi specialistici, ma la buprenorfina si sta sempre più imponendo come opzione farmacologica, utilizzata probabilmente nel 20 % circa delle terapie sostitutive in Europa (per ulteriori informazioni sul consumo di questa sostanza cfr. «Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices» (Buprenorfina: trattamento, abuso e prassi prescrittiva) nella sezione riservata alle questioni specifiche che accompagna la presente relazione). Si calcola che il numero di persone in terapia sostitutiva in Europa superi i 500 000 pazienti; ciò suggerirebbe che un numero compreso tra circa un quarto e la metà dei soggetti con problemi di oppiacei può essere sottoposto a terapia sostitutiva.

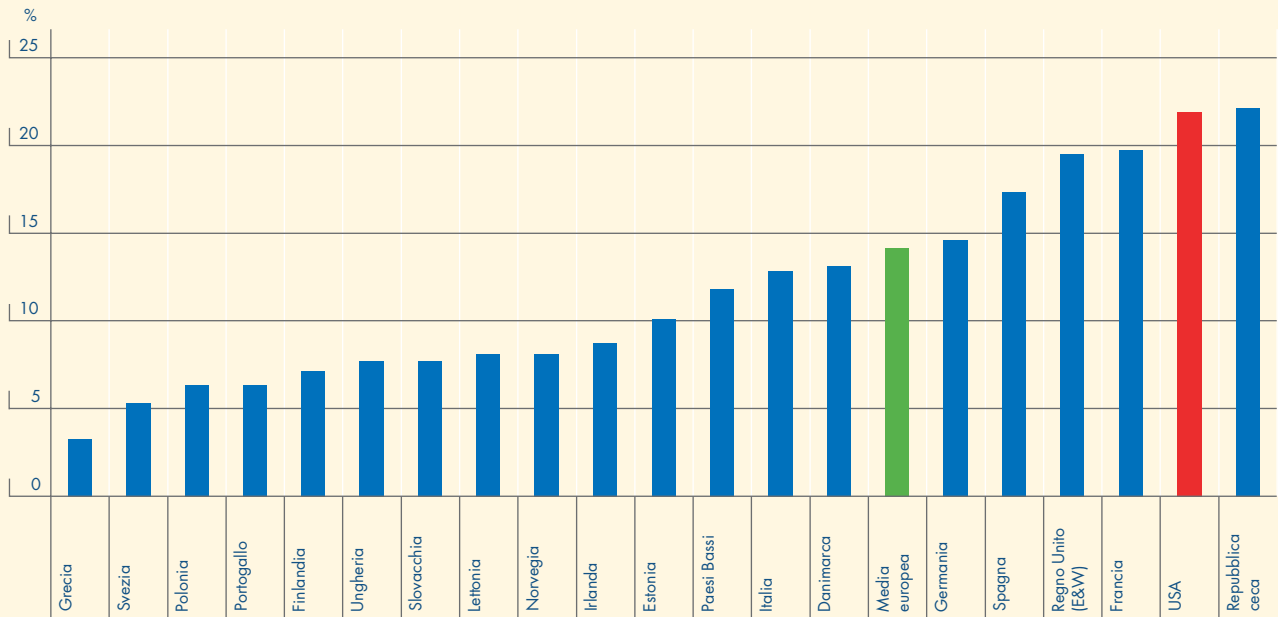
La terapia sostitutiva non è l'unica opzione disponibile per i pazienti con problemi di oppiacei; i dati riferiti agli altri approcci terapeutici tuttavia sono insufficienti per poter individuare stime affidabili sulla prestazione di questi

Il consumo di droga in Europa rimane inferiore rispetto agli USA, ma le stime sulla prevalenza si equivalgono in talune aree

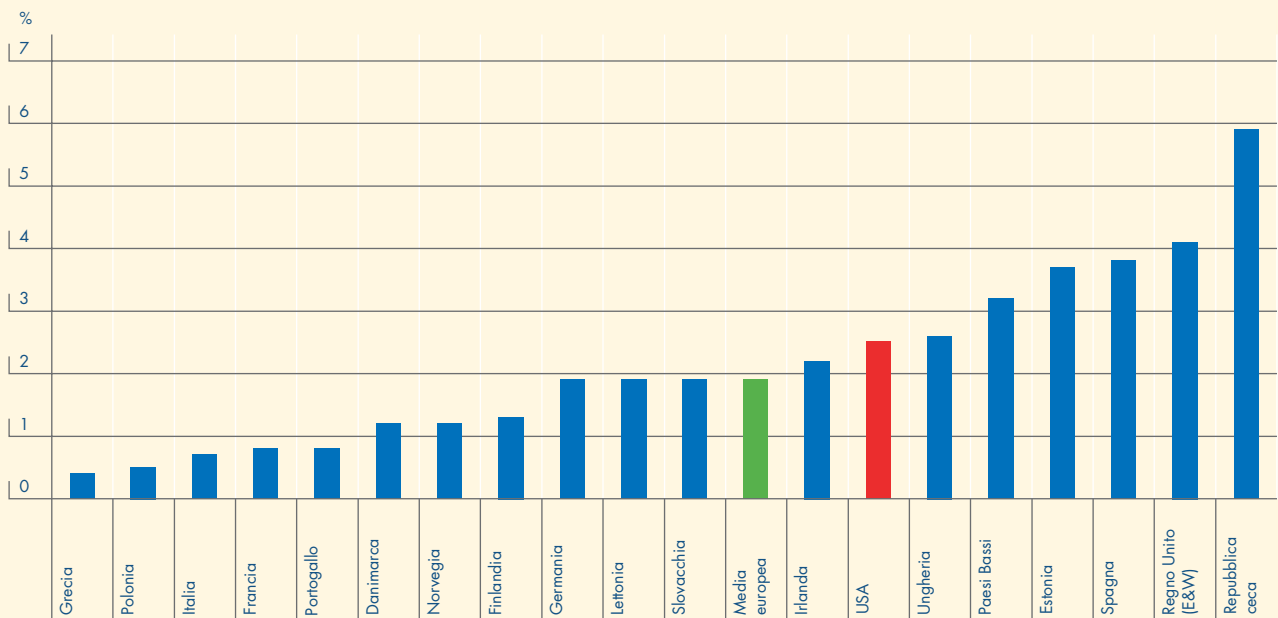
Il livello di consumo di droga negli USA è sempre stato molto più alto rispetto a quello registrato nei paesi europei. Questa affermazione rimane valida in larga misura anche al giorno d'oggi, benché il confronto dei dati sul consumo recente (prevalenza nell'ultimo anno) suggerisca che in una manciata di paesi europei la prevalenza del consumo di cannabis, ecstasy e cocaina tra i giovani adulti sia oggi simile a quella riscontrata negli USA (cfr. grafico). Inoltre, per quanto riguarda il consumo recente di ecstasy da parte dei giovani adulti, le stime americane sono inferiori a quelle di alcuni paesi europei, un fatto questo che probabilmente riflette il forte legame con l'Europa nell'evoluzione storica del consumo di questa sostanza. Tuttavia, in generale, la media della popolazione coinvolta nell'UE rimane inferiore alla media statunitense in tutti i rilevamenti. In molti paesi europei il consumo diffuso di stupefacenti è un fenomeno più recente rispetto agli USA, un fatto questo che può riflettersi nelle stime sul consumo una tantum negli USA, che sono più alte rispetto a quelle europee (cfr. i grafici 1, 2 e 3 nel bollettino statistico 2005). Queste stime, infatti, possono essere considerate in certa misura indicatori cumulativi dei livelli di consumo nel tempo.

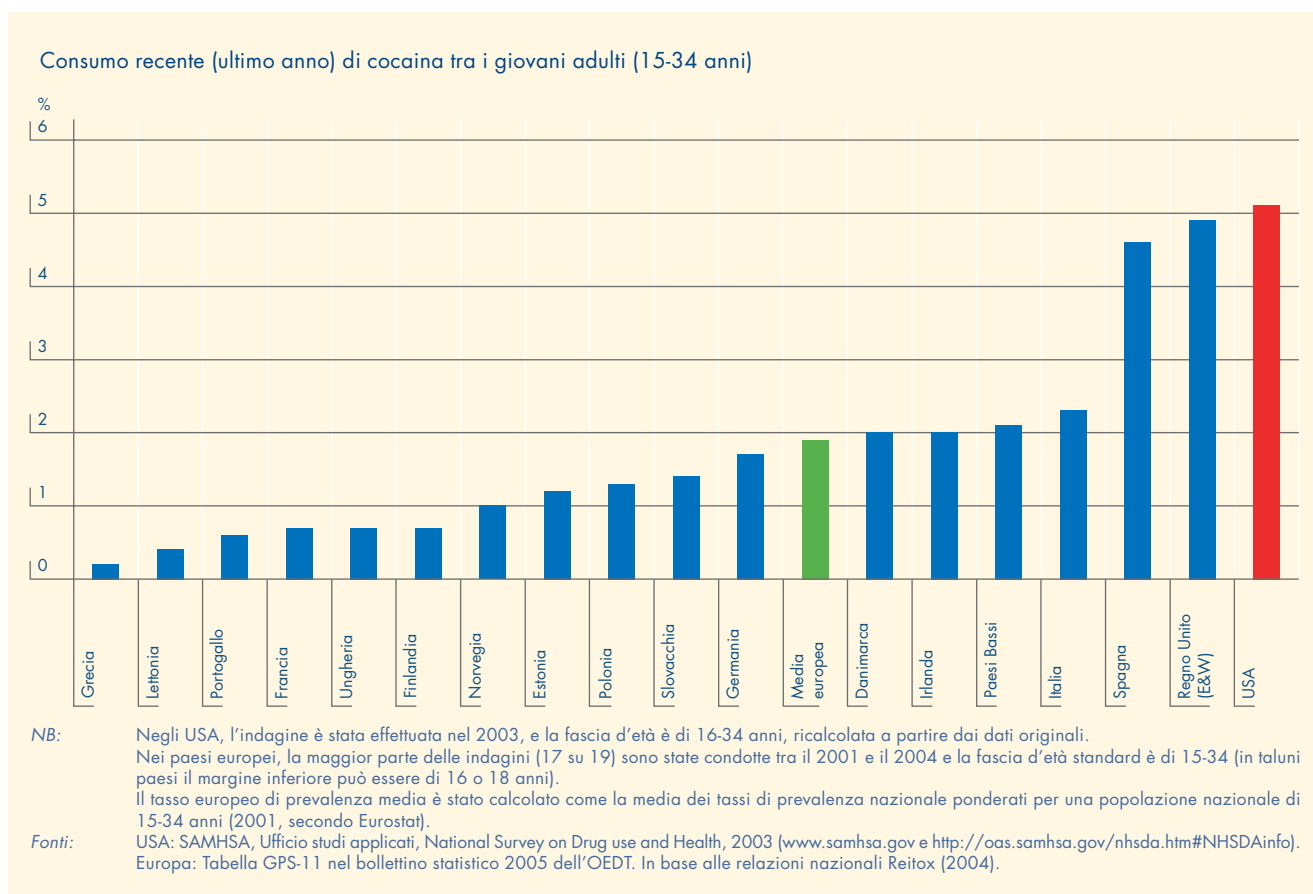
Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cannabis, ecstasy e cocaina tra i giovani adulti (15-34 anni) nell'Europa e negli USA

Consumo recente (ultimo anno) di cannabis tra i giovani adulti (15-34 anni)



Consumo recente (ultimo anno) di ecstasy tra i giovani adulti (15-34 anni)





servizi a livello europeo. Sono stati fatti progressi notevoli nell'elaborazione di modelli di assistenza per i soggetti con problemi di oppiacei e i dati per giudicare l'efficacia in questo settore sono relativamente consistenti. Non è questo il caso, invece, di altri tipi di droga in cui si imbattono sempre più i servizi terapeutici europei. Il consenso sulle opzioni terapeutiche più appropriate per chi, per esempio, chiede aiuto per problemi di consumo di stupefacenti o cannabis è sempre più debole; si presume che l'elaborazione di opzioni terapeutiche per questi pazienti diventi in futuro una sfida via via più importante.

Consumo di droga, infezione da HIV e AIDS: interventi più disponibili influiscono sull'andamento complessivo

L'espansione dei servizi terapeutici è l'unico settore in cui i servizi per i tossicodipendenti hanno mostrato un miglioramento. I programmi di scambio di aghi e siringhe, che forniscono strumenti sterili ai tossicodipendenti che si iniettano la droga, vengono messi in atto praticamente in tutti gli Stati membri dell'UE; nella maggior parte dei paesi la tendenza nel medio termine ha fatto registrare un aumento sia della diffusione delle attività sia della copertura geografica degli interventi. In alcuni Stati membri anche le farmacie contribuiscono in maniera determinante ad ampliare la copertura di questo genere di iniziative. Programmi specialistici sono spesso integrati nei servizi più ampi destinati ai tossicodipendenti, soprattutto

negli enti a bassa soglia, e di conseguenza vengono spesso considerati come un modo per entrare in contatto con i consumatori attivi di stupefacenti e, forse, di incanalarli verso servizi terapeutici o di altro genere.

Per un certo periodo l'incidenza dell'AIDS riconducibile al consumo di stupefacenti per via parenterale ha fatto registrare, in generale, un calo. Il contatto eterosessuale ha superato oggi il consumo di droga per via parenterale come principale fattore di rischio per la trasmissione dell'AIDS in Europa. Ciò può essere attribuito all'accresciuta disponibilità della terapia antiretrovirale altamente efficace (HAART) a partire dal 1996, all'aumentata reperibilità di servizi terapeutici e di riduzione dei danni e alla diminuzione del numero di consumatori di droga per via parenterale nella maggior parte dei paesi colpiti. Le stime messe a disposizione dall'OMS suggeriscono che nella maggior parte degli Stati europei ha accesso alla terapia HAART più del 75 % delle persone che ne hanno bisogno. La copertura, tuttavia, è considerata scarsa in alcuni paesi baltici, con un conseguente probabile aumento del numero di nuovi casi di AIDS tra i tossicodipendenti che si iniettano la droga, perlomeno in alcuni paesi di questa regione. Ci sono stati in passato anche drastici aumenti dei nuovi casi di infezione da HIV in taluni paesi baltici, sia pur contrastati di recente da altrettanti drastici cali, probabilmente dovuti alla saturazione delle popolazioni

più a rischio. Inoltre, è presumibile che l'aumento della prestazione di servizi abbia avuto un impatto positivo in alcune zone.

Nella maggior parte dei nuovi Stati membri dell'UE, la prevalenza dell'HIV rimane bassa, così come in molti paesi dell'UE a 15. Dei paesi dell'UE dove la prevalenza dell'HIV è storicamente alta tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, molti hanno riferito un calo significativo, seguito da una stabilizzazione. Ciò tuttavia non significa che i problemi siano scomparsi: nonostante le difficoltà metodologiche che complicano l'interpretazione delle linee di tendenza a livello nazionale, alcuni studi recenti riferiscono nuove trasmissioni in talune sottopopolazioni di consumatori di stupefacenti per via parenterale. Da qui la necessità di una sorveglianza continua.

Relazioni generali sulle sanzioni applicate in caso di detenzione o consumo di stupefacenti

Si rileva una grave mancanza di dati comparabili a livello europeo relativi alla maggior parte degli aspetti caratteristici del rapporto tra droga e criminalità. Fanno eccezione soprattutto i reati contro le leggi sugli stupefacenti, vale a dire i reati contrari alle normative sul controllo degli stupefacenti. Sebbene i confronti tra paesi esigano la dovuta cautela, s'intravede dalla fine degli anni novanta fino al 2003 un aumento dei reati contro le leggi sugli stupefacenti in molti paesi dell'UE. Particolarmente marcati sono stati gli incrementi riferiti da alcuni nuovi Stati membri. Nella maggior parte dei paesi il grosso dei rapporti riguarda reati di detenzione o consumo di stupefacenti. Fra gli Stati membri, la maggioranza riferisce reati in collegamento con la cannabis e, a partire dal 1998, la proporzione di tali reati nella maggioranza dei paesi è aumentata o rimasta stabile. È diminuita, invece, in molti Stati la proporzione dei reati collegati all'eroina.

In diversi paesi europei cresce il timore per l'accresciuto impatto che il consumo di droga può avere sulle comunità in questione. I problemi di salute pubblica e l'esposizione dei giovani alla droga figurano tra le preoccupazioni riferite più di frequente e che si possono raggruppare nella

categoria «reati contro l'ordine pubblico correlati al consumo di droga». Quest'ultima categoria verrà esaminata in dettaglio nella sezione riservata alle questioni specifiche che accompagna la relazione annuale; per approfondire inoltre il tema della giustizia penale una questione specifica è riservata a una revisione delle strategie al fine di evitare che ai tossicodipendenti siano comminate pene detentive, per indirizzarli invece ai servizi terapeutici «Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU» (Alternative alla detenzione: la punizione dei reati commessi da consumatori problematici di droga nell'Unione europea).

Sviluppi nelle politiche sugli stupefacenti: sussistono alcuni tratti comuni, sia pur nel rispetto delle differenze nazionali

Come emergerà chiaramente dalla lettura della presente relazione, le differenze tra gli Stati membri europei in termini sia di problemi collegati al consumo di stupefacenti sia di politiche in materia di droga nonché di entità e natura degli interventi sono notevoli. Ciò nonostante si possono individuare taluni tratti comuni al fenomeno della droga osservato nella maggior parte dei paesi. A livello politico gli Stati membri esprimono un impegno generale verso lo sviluppo di una risposta equilibrata e suffragata dall'esperienza, in linea con gli impegni internazionali; inoltre, pur riconoscendo che le politiche sugli stupefacenti rimangono una responsabilità nazionale, essi restano attenti ai benefici che possono originare dal miglioramento della cooperazione a livello europeo. Queste aspirazioni si riflettono nella strategia dell'UE sugli stupefacenti e nei piani d'azione in materia. Il piano strategico e d'azione dell'UE in materia di droga 2000-2004, pur non avendo raggiunto tutti gli obiettivi ambiziosi che si era prefisso, rimane comunque la testimonianza degli importanti sviluppi avvenuti nel modo in cui gli Stati membri, le istituzioni comunitarie e le agenzie specializzate possono collaborare al fine di coordinare e misurare i progressi compiuti in materia di droga. La nuova strategia dell'UE in materia di droga 2005-2012 cercherà di proseguire questo processo.



Capitolo 1

Evoluzione in materia di politiche e legislazione

Introduzione

Gli sviluppi politici nel settore delle droghe tra gli Stati membri dell'Unione europea sono inevitabilmente eterogenei, in quanto riflettono la varietà di approcci a livello nazionale ed europeo. Ciò, tuttavia, non preclude l'esistenza di caratteristiche comuni che meritano di essere analizzate.

L'aspetto più eclatante emerso nel periodo di riferimento è il modo in cui le strategie contro la droga sono state valutate nei singoli Stati membri. L'attuazione delle strategie nazionali contro la droga viene valutata in alcuni paesi dell'Unione europea. Pur non essendo possibile per il momento determinare tutti gli effetti della valutazione delle politiche sugli stupefacenti, questo esercizio ha tuttavia fornito alcuni risultati promettenti: siamo cioè in grado di comprendere meglio i successi e gli insuccessi, e in taluni casi uno dei risultati della valutazione è stata l'assegnazione di maggiori risorse per consentire il conseguimento degli obiettivi strategici rimasti in sospeso. Inoltre, la valutazione del Piano strategico e d'azione dell'Unione europea 2000-2004 rappresenta il primo traguardo di un importante processo che vede riuniti gli Stati membri, le istituzioni europee e le agenzie specializzate nel monitoraggio dei progressi raggiunti nel settore degli stupefacenti. Tra gli altri risultati raccolti a livello politico nel periodo di riferimento si annoverano la riduzione, in taluni paesi, delle pene in caso di consumo di droga e l'aumento della gravità delle pene per i reati connessi al traffico illecito di stupefacenti e agli stupefacenti in generale che mettano a rischio la sicurezza dei minori.

Un approccio strategico alle politiche sugli stupefacenti nell'Unione europea

La strategia dell'Unione europea in materia di droga 2005-2012, adottata dal Consiglio europeo nel dicembre 2004, tiene conto dei risultati della valutazione finale dei progressi raggiunti nel periodo precedente (2000-2004), mirando a conferire valore aggiunto alle strategie nazionali, nel rispetto dei principi di sussidiarietà e di proporzionalità sanciti nei trattati. La strategia individua due obiettivi generali per l'Unione europea in materia di droga:

- conseguire un elevato livello di tutela della salute, di benessere e di coesione sociale integrando l'azione degli Stati membri destinata a prevenire e ridurre l'uso di droga, la tossicodipendenza e i rischi connessi per la salute e la società;
- assicurare un elevato livello di sicurezza per la popolazione intraprendendo azioni intese a contrastare la produzione e il commercio di droga, il traffico transfrontaliero nonché intensificando l'azione di prevenzione diretta contro la criminalità collegata alla droga, tramite un'efficace collaborazione tra gli Stati membri.

Questi due obiettivi interessano le sei priorità che emergono nella strategia dell'Unione europea in materia di droga 2000-2004. La nuova strategia rivendica un approccio integrato, pluridisciplinare ed equilibrato che consiste nel combinare il contenimento della domanda con la riduzione dell'offerta. Essa si concentra su queste due aree strategiche e su due tematiche trasversali («cooperazione internazionale» e «informazione, ricerca e valutazione») nonché sul «coordinamento».

Nel febbraio 2005 la Commissione europea ha presentato al Parlamento e al Consiglio una comunicazione su un piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga per il periodo 2005-2008. Per la stesura di questo piano d'azione la Commissione si è consultata sia con l'OEDT sia con l'Europol e la società civile. Il piano d'azione, che tiene conto dei risultati della valutazione del precedente piano, è concepito in modo tale che, per ciascun intervento, vengono chiaramente individuati gli attori coinvolti e specificati gli strumenti per la valutazione, gli indicatori e il calendario delle attività. Ciò dovrebbe agevolare il monitoraggio delle azioni al momento della verifica successiva nonché dare un orientamento più valido sull'attuazione del piano. Prima di proporre un piano per il periodo 2009-2012 la Commissione eseguirà revisioni annuali sull'andamento del piano d'azione e una valutazione dell'impatto.

Sull'esempio edificante dell'Unione europea la maggior parte degli Stati membri ha adottato strategie nazionali in materia di droga. Dei 29 paesi considerati nella presente relazione, 26 attuano le proprie politiche nazionali in materia di stupefacenti sulla scorta di un piano nazionale, di una strategia o di un documento analogo. Per quanto

riguarda gli altri paesi, in Italia il piano nazionale è stato approvato dal Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga nel marzo 2003 ed è attualmente al vaglio delle regioni e delle province autonome; Malta e Austria hanno comunicato che, all'epoca in cui è stata scritta la relazione, era in fase di stesura e di adozione una strategia nazionale in materia di droga ⁽¹⁾.

Nuove strategie nazionali in materia di droga sono state adottate in sette paesi dell'Unione europea (cfr. la tabella 1). Il principio secondo cui le politiche sugli stupefacenti dovrebbero essere globali e multidisciplinari sembra essere accettato in tutte le strategie contro la droga degli Stati membri, in conformità con l'approccio europeo in materia di lotta alla droga. Tuttavia, possono emergere importanti divergenze di contenuto nelle diverse strategie nazionali: per esempio, nella messa in atto degli interventi, che può variare nonostante l'uso della stessa terminologia; nel ruolo, da importante a marginale, attribuito alla valutazione nell'ambito delle strategie; persino nell'adozione o comunque nell'applicazione di impostazioni politiche fondamentali quali la riduzione dei danni. In effetti, nei 26 documenti politici o strategici esaminati ⁽²⁾, la riduzione dei danni sembra essere l'aspetto che produce la maggior divergenza di opinioni: esso risulta predominante in dodici paesi, è compreso nel dibattito di altri argomenti in nove paesi e non viene affatto menzionato in cinque.

Primi risultati della valutazione delle strategie in materia di droga

La strategia dell'Unione europea in materia di droga (2000-2004) è stata valutata nel periodo di riferimento della presente relazione. Il Consiglio Giustizia e Affari interni del 25-26 ottobre 2004 ha esaminato la relazione della Commissione relativa a questa valutazione finale ⁽³⁾. Il suo intervento era finalizzato ad analizzare fino a che punto il piano d'azione era riuscito a conseguire i risultati della strategia contro la droga nonché l'impatto sia della strategia sia del piano d'azione sulla situazione degli stupefacenti nell'Unione europea. Esso ha inoltre contribuito al dibattito sfociato nell'approvazione ⁽⁴⁾ di una nuova strategia contro la droga. La Commissione è stata assistita nel suo compito di valutazione da un comitato esecutivo (composto da rappresentanti della Commissione, dei quattro Stati membri che hanno detenuto la presidenza nel periodo 2003-2004, dell'OEDT e dell'Europol). L'assenza di obiettivi operativi precisi e quantificabili rappresentava un ostacolo grave per l'esercizio di valutazione.

La comunicazione sulla valutazione finale e i suoi allegati ⁽⁵⁾, da un lato, metteva in luce le principali conquiste ottenute nel settore della lotta contro la droga a livello nazionale ed europeo e, dall'altro lato, individuava le aree dove sono necessari ulteriori progressi. In particolare, faceva notare che

Tabella 1 — Nuove strategie nazionali in materia di droga

Stato	Titolo	Calendario data di adozione	Obiettivi	Obiettivi quantificabili	Indicatori di rendimento	Responsabilità dell'esecuzione	Bilancio per l'esecuzione
Estonia	Strategia nazionale sulla prevenzione della tossicodipendenza	2004-2012	✓	✓	✓	n.d.	n.d.
Estonia	Piano d'azione per obiettivi della strategia	2004-2008	✓	✓	✓	✓	✓
Francia	Piano d'azione contro droghe illecite, tabacco e alcol	2004-2008	✓	✓	✓	n.d.	✓
Cipro	Strategia nazionale in materia di droga	2004-2008	✓	n.d.	n.d.	n.d.	✓ ⁽⁶⁾
Lituania ⁽¹⁾	Strategia sul programma nazionale di prevenzione della tossicodipendenza	2004-2008	✓	n.d.	✓	✓	✓
Lussemburgo	Strategia e piano d'azione in materia di lotta contro la droga e la tossicodipendenza	2005-2009	✓	✓ ⁽²⁾	✓	✓	✓
Slovenia ⁽¹⁾	Risoluzione sul programma nazionale in materia di droga	2004-2009	✓	n.d.	n.d.	✓	✓
Finlandia	Programma d'azione strategico in materia di droga	2004-2007	✓	n.d.	n.d.	✓	n.d.
<i>NB:</i>		n.d. = informazioni non disponibili.					
⁽¹⁾		Dati forniti dal personale dei punti focali nazionali.					
⁽²⁾		Obiettivi quantificabili della strategia lussemburghese non disponibili per il contenimento della domanda.					
⁽³⁾		La strategia cipriota sottolineata che, per conseguire l'obiettivo strategico, saranno messe a disposizione risorse umane e finanziarie: non figurano nel testo dettagli sulle cifre.					

⁽¹⁾ Per ulteriori informazioni e definizioni si rimanda al sito web dell'OEDT (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360).

⁽²⁾ Non sono pervenute informazioni al riguardo da Malta, Slovacchia e Turchia.

⁽³⁾ COM(2004) 707 def.

⁽⁴⁾ Consiglio europeo (16-17 dicembre 2004) — Conclusioni.

⁽⁵⁾ Tra i quali figura l'Istantanea statistica (1999-2004) di OEDT-Europol (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

erano stati fatti passi in avanti sia verso la riduzione dell'incidenza dei problemi di salute correlati all'uso di droghe [comprese l'infezione da virus dell'immunodeficienza umana (HIV) e l'epatite] e del numero di decessi dovuti all'uso di droghe (obiettivo n. 2 della strategia dell'Unione europea contro la droga), sia — soprattutto — nel miglioramento della disponibilità dei trattamenti (obiettivo n. 3). Per quanto concerne l'obiettivo n. 1, la riduzione del consumo di droga, non sono stati osservati miglioramenti importanti. Analogamente, non è stato registrato un calo della reperibilità della droga (obiettivo n. 4). Nel contempo, gli obiettivi nn. 4 e 5 considerati assieme sono stati un catalizzatore per un certo numero di iniziative a livello comunitario che hanno rafforzato le misure di polizia contro il traffico e l'offerta di stupefacenti. Durante il periodo di attuazione del piano è stata anche adottata una serie di iniziative importanti per combattere il riciclaggio di denaro (obiettivo n. 6.1) e per prevenire la diversione dei precursori (obiettivo n. 6.2), soprattutto attraverso una modifica della normativa comunitaria nel settore del controllo sul commercio dei precursori.

La comunicazione ha inoltre sottolineato la necessità di proseguire la ricerca, per esempio a livello biomedico, psicosociale e in altre aree riguardanti l'uso di droghe e la tossicodipendenza, soprattutto laddove vi è ancora scarsità di informazioni (per esempio, il consumo a lungo termine della cannabis o delle droghe sintetiche). La comunicazione auspicava infine la consultazione periodica della società civile nella formulazione delle politiche sugli stupefacenti a livello comunitario. Da ultimo, la Commissione raccomandava di estendere la strategia da cinque a otto anni, affinché fosse possibile far rientrare in questo periodo l'attuazione di due piani d'azione comunitari consecutivi e, di riflesso, la messa in atto delle iniziative e il loro assestamento per allinearle con gli obiettivi comunitari.

Alcune attività di valutazione condotte a livello nazionale durante questo periodo sono degne di nota. Di particolare interesse sono le valutazioni condotte dai paesi che hanno adottato un approccio più «strutturato» per la propria strategia nazionale in materia di droga, di cui è possibile sintetizzare così gli elementi fondanti: la documentazione formale degli obiettivi, la definizione e la quantificazione degli obiettivi, l'individuazione di un'autorità responsabile dell'attuazione, la specificazione di una data entro cui conseguire tali obiettivi. Questo approccio facilita per tali paesi le attività di comunicazione degli obiettivi raggiunti e di individuazione degli aspetti problematici, consentendo in tal modo di intervenire dove necessario.

Gli esempi di adozione di questa impostazione possono essere ricercati nelle strategie di Repubblica ceca, Irlanda, Lussemburgo, Polonia e Portogallo, dove la valutazione delle strategie nazionali in materia di stupefacenti ha rivelato, o può potenzialmente rivelare, le azioni che sono

state messe a punto e gli ambiti in cui è ancora necessario intervenire. Un esempio di come un approccio strutturato possa contribuire alla valutazione dell'andamento può essere rappresentato dalla valutazione 2004 della strategia nazionale in materia di droga del Portogallo. In questo caso, i valutatori esterni hanno menzionato nelle proprie conclusioni il conseguimento di 30 obiettivi principali del piano d'azione portoghese, di cui otto in toto e dieci in parte; a causa della scarsità delle informazioni disponibili, tuttavia, i valutatori esterni hanno incontrato difficoltà nell'esaminare altri obiettivi, mentre cinque di tali obiettivi sono stati giudicati non raggiunti. In Germania è stato istituito un comitato esecutivo (il cosiddetto Consiglio nazionale per la tossicodipendenza) con il compito di guidare il piano d'azione 2003 verso l'attuazione e di monitorarne gli esiti.

L'adozione di una strategia nazionale contro la droga, o della valutazione del successo di una precedente strategia, ha portato in alcuni paesi a un aumento del bilancio riferito alla lotta contro la droga. In Grecia, per esempio, si è registrato un costante incremento delle spese relative ai servizi di assistenza sanitaria; in Ungheria sono state mobilitate risorse per finanziare gli elementi della strategia rimasti non attuati; in Lussemburgo il bilancio relativo agli stupefacenti del ministero della Salute è aumentato da circa 1 milione di euro nel 1999 a circa 6 milioni di euro nel 2004. Tuttavia, in tutti gli Stati membri la spesa pubblica per la lotta alla droga rappresenta solo una minima parte di quella complessiva (una percentuale compresa tra lo 0,1 e lo 0,3 %). In parte ciò spiega l'osservazione che, nell'Unione europea, non esiste un collegamento diretto tra crescita economica e cambiamenti a questa associati nel bilancio generale, da un lato, e cambiamenti a livello di spesa pubblica sul problema della droga, dall'altro lato.

In alcuni paesi dell'Unione europea la spesa per la riduzione dell'offerta ha continuato a rappresentare il grosso della spesa pubblica (circa il 68-75 % della spesa pubblica riferita alla lotta contro gli stupefacenti) ⁽⁶⁾. In un numero ristretto di paesi, tuttavia, tra cui Malta e Lussemburgo, la spesa sul contenimento della domanda pare sia stata più alta rispetto alla spesa sulla riduzione dell'offerta (nei paesi summenzionati la spesa sul contenimento della domanda ha rappresentato rispettivamente il 66 % e il 59 % della spesa complessiva per la lotta alla droga). Resta da chiarire, tuttavia, se le differenze riportate negli stanziamenti di bilancio costituiscano una differenza fondamentale nelle priorità politiche o se invece riflettano una tendenza nella raccolta dei dati.

La scarsità di informazioni disponibili sulla spesa pubblica diretta per la lotta alla droga continua a costituire un problema. Vi sono segnali, comunque, che, accanto all'interesse accademico crescente in questo settore ⁽⁷⁾, vi sia un altrettanto crescente impegno politico verso

⁽⁶⁾ Cfr. sul punto «La spesa pubblica nel settore della riduzione della domanda di stupefacenti» nella Relazione annuale dell'OEDT del 2003 (<http://ar2003.emcdda.eu.int/it/page077-it.html>).

⁽⁷⁾ In Belgio, Spagna, Francia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Finlandia, Svezia e Regno Unito: per maggiori dettagli cfr. il sito web dell'OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

l'individuazione e la descrizione della spesa pubblica correlata agli stupefacenti, affinché sia possibile inserire la spesa nazionale per la lotta alla droga tra gli elementi pregnanti delle valutazioni dell'efficacia rispetto ai costi. In collaborazione con la rete Reitox e la Commissione europea, l'OEDT sta elaborando una metodologia che consentirà di effettuare stime coerenti e credibili della spesa pubblica per la lotta agli stupefacenti nell'Unione europea, come previsto dal piano d'azione dell'Unione europea per il 2005.

Il primo processo di valutazione a livello nazionale ed europeo rappresenta un meccanismo prezioso di feedback, che fornirà ai legislatori informazioni sul recepimento delle loro decisioni e sul costo di tali operazioni di recepimento, dando loro così la possibilità di intervenire nei settori più problematici o in cui la valutazione ha raccolto risultati negativi. Nonostante la mancanza di prove valide sull'impatto delle strategie nazionali in materia di droga sul fenomeno della droga nel suo complesso (OEDT, 2004a), l'approccio del «conteggio del punteggio ottenuto» è un segnale positivo che, auspicabilmente, produrrà in Europa una generale tendenza a valutare in maniera dettagliata ciascuna strategia nazionale in materia di droga.

Dibattiti in seno ai parlamenti nazionali e sui mezzi di informazione

Le preoccupazioni che il fenomeno della droga suscita nella società civile si riflettono nei dibattiti che si sviluppano nelle aule parlamentari e tra gli specialisti dell'informazione. Nel periodo di riferimento della presente relazione, tra i dati relativi ai dibattiti parlamentari contenuti nelle relazioni nazionali Reitox, gli argomenti più frequenti sono stati la «riduzione dei danni» o gli interventi che comunque rientrano in questa categoria, l'«uso della cannabis» e i «reati correlati agli stupefacenti e le relative modifiche della legislazione sugli stupefacenti».

I vantaggi e gli svantaggi delle terapie sostitutive e delle misure di riduzione dei danni rispetto agli approcci orientati al regime di astinenza hanno stimolato un acceso dibattito parlamentare nella Repubblica ceca, in Estonia, Francia, Irlanda e Norvegia. Tra i temi che hanno maggiormente acceso la discussione si annoverano la proposta di rendere permanente il programma di scambio di aghi e siringhe in Svezia, sia pur in condizioni di rigido controllo, e l'istituzione temporanea di «sale di iniezione» (*injecting rooms*) in Norvegia (cfr. sul punto legislazione nazionale e reati contro l'ordine pubblico).

La cannabis rimane un tema di discussione importante, soprattutto in Germania, dove il dibattito è orbitato attorno

all'uso della cannabis da parte dei giovani, e in Lussemburgo e Portogallo, dove si è proposto che la cannabis sia resa reperibile dietro prescrizione medica. L'uso della cannabis o, più in generale, delle droghe nelle scuole e da parte dei giovani è stato oggetto di attenzione da parte dei mezzi di informazione in Belgio, Repubblica ceca, Germania, Cipro, Lussemburgo e Austria. Nei Paesi Bassi hanno fatto scalpore il dimostrato aumento della concentrazione di tetraidrocannabinolo (THC) nelle coltivazioni di cannabis («nederwiet») e le potenziali conseguenze sulla salute di un tipo di cannabis estremamente potente. In Polonia la cannabis è stata la sostanza più citata nei media, con 865 menzioni su un totale di circa 2 500 riferimenti alle droghe. Proposte di legge che ne invocano la legalizzazione sono state presentate in Belgio, Danimarca e in taluni comuni dei Paesi Bassi (allo scopo di risolvere il cosiddetto problema della «via traversa»⁽⁸⁾), provocando una decisa opposizione pubblica da parte della maggior parte dei parlamentari e dei ministri di governo.

La prospettiva di introdurre modifiche nella legislazione sugli stupefacenti ha attirato l'attenzione dei media, scatenando il dibattito politico in Francia e in Italia. In Francia una proposta volta a sostituire le pene detentive comminate ai consumatori di droga con ammende è stata abbandonata per il timore che questo emendamento potesse essere «interpretato come un segnale che le droghe non sono molto pericolose» e, quindi, determinare «un nuovo aumento dell'uso e il consumo in età più precoce»⁽⁹⁾. In Italia gli organi d'informazione hanno dato ampia eco al vigoroso dibattito parlamentare sulle modifiche alla legge del 1990, mentre l'ipotesi di introdurre una differenziazione nelle sanzioni comminate per il possesso di droghe ha richiamato l'attenzione dei media e della classe politica nella Repubblica ceca.

Una ricerca commissionata ad hoc per analizzare i messaggi veicolati dai media è stata intrapresa nella Repubblica ceca nonché in Grecia, Lussemburgo, Polonia e Portogallo, mentre sono state elaborate campagne di informazione nazionale destinate, in particolare, ai giovani in Belgio⁽¹⁰⁾, Polonia e Regno Unito⁽¹¹⁾.

Evoluzione in materia di legislazione e programmi comunitari

Importanti iniziative comunitarie in materia di droghe individuate nel periodo di riferimento della presente relazione sono state intraprese nel campo della salute pubblica, del traffico illecito di stupefacenti nonché del controllo dei precursori e delle droghe sintetiche.

⁽⁸⁾ I bar sono autorizzati a tenere in giacenza fino a 500 g di cannabis destinata alla vendita, che tuttavia i pubblici esercizi possono acquistare soltanto attraverso canali illeciti. È questo il cosiddetto «problema della via traversa».

⁽⁹⁾ MILDT (2004), pag. 43, citato nella relazione nazionale francese.

⁽¹⁰⁾ www.partywise.be

⁽¹¹⁾ La campagna «Talk to Frank» sui rischi del consumo della cannabis (<http://www.talktofrank.com>).

Sanità pubblica

A livello europeo la prevenzione della droga rientra nel filone dei fattori sanitari determinanti del programma in materia di sanità pubblica ⁽¹²⁾. Il piano di lavoro 2004 di tale programma si incentrava sulla raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 e sulla creazione, con il coinvolgimento dell'OEDT, di una banca dati adeguata per l'inventariazione delle attività svolte nel territorio dell'Unione europea. La Commissione ha incoraggiato le parti interessate a presentare proposte contenenti un approccio di lotta all'abuso di tutte le sostanze stupefacenti suscettibili di creare dipendenza che fosse orientato a modificare lo stile di vita, soprattutto negli ambienti ad uso ricreativo (per esempio, i nightclub) e nelle carceri. La Commissione si è mostrata particolarmente interessata all'approntamento delle migliori prassi e all'ottimizzazione delle comunicazioni come pure alla divulgazione di informazioni tramite tecniche moderne. Nel 2004 la Commissione ha selezionato quattro progetti mirati a prevenire i comportamenti a rischio, ad armonizzare le conoscenze internazionali sugli effetti biomedici collaterali del doping, a rafforzare il trasferimento di conoscenze sulle risposte al consumo di droga e a estendere ai nuovi Stati membri una risorsa online di informazione sulle droghe lecite e illecite.

Traffico di stupefacenti

Nel 2004 è stata adottata a livello comunitario una serie di strumenti volti a contrastare il traffico di stupefacenti. La 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 ⁽¹³⁾ rappresenta uno strumento fondamentale per contrastare il traffico di stupefacenti attraverso l'introduzione di sanzioni minime per tali reati negli Stati membri.

Nel dicembre 2004 il Consiglio ha raggiunto l'accordo su una decisione del Consiglio sugli scambi di informazioni, la valutazione del rischio e il controllo delle nuove sostanze psicoattive. La decisione fornisce un quadro per un effettivo scambio di informazioni sulle nuove sostanze psicotrope nonché un meccanismo per effettuare controlli a livello comunitario.

Il 30 marzo 2004 il Consiglio ha adottato una raccomandazione sugli orientamenti per il prelievo di campioni della droga sequestrata. Nel documento si raccomanda agli Stati membri che ancora non l'abbiano fatto di adottare un sistema di prelievo dei campioni in conformità con gli orientamenti accolti a livello internazionale. Il Consiglio ha inoltre adottato una risoluzione sulla cannabis e una relazione sull'andamento

Istituzione di un sistema di monitoraggio sanitario sostenibile

L'istituzione e il funzionamento di un sistema di monitoraggio sanitario sostenibile è uno dei principali obiettivi del programma in materia di sanità pubblica (2003-2008). La Commissione si sta consultando con gli Stati membri e con gli organismi internazionali al fine di definire un insieme consolidato di indicatori sanitari della Comunità europea. In tale contesto sono stati inclusi nella bozza dell'elenco degli indicatori chiave i «decessi correlati al consumo di stupefacenti» e il «consumo di sostanze psicotrope», rafforzando in tal modo i collegamenti strutturali con l'OEDT quale potenziale fornitore di dati.

dei piani di attuazione sul contenimento della domanda e sulla riduzione dell'offerta di droghe nonché sulla fornitura di droghe sintetiche.

L'11 febbraio 2004 il Parlamento europeo e il Consiglio hanno adottato il regolamento (CE) n. 273/2004 relativo ai precursori di droghe ⁽¹⁴⁾ che prevede l'adozione di provvedimenti armonizzati per il controllo e il monitoraggio intracomunitario di talune sostanze frequentemente impiegate nella fabbricazione illecita di stupefacenti o di sostanze psicotrope, per impedirne la diversione verso l'attività illecita. In particolare, il regolamento fornisce agli Stati membri orientamenti nell'adozione delle misure necessarie a consentire alle rispettive autorità competenti di svolgere i loro compiti di controllo e di monitoraggio nonché informazioni su come riconoscere e notificare le transazioni sospette. Il 22 dicembre 2004 il Consiglio ha adottato il regolamento (CE) n. 111/2005, recante norme per il controllo del commercio dei precursori di droghe tra la Comunità e i paesi terzi.

A fronte di una risoluzione del Consiglio del novembre 2002, nel novembre 2004 la Commissione europea ha presentato al gruppo di lavoro orizzontale «Droga» (HDG) del Consiglio uno studio su un approccio al controllo delle droghe sintetiche basato su un elenco generico e di emergenza. Nell'aprile dello stesso anno ha inoltre dato all'HDG suggerimenti per un'eventuale ulteriore ottimizzazione dei metodi di mappatura delle reti di distribuzione delle droghe sintetiche nell'Unione europea.

Evoluzione delle legislazioni nazionali

Giovani

Tra le modifiche alla legislazione nazionale di alcuni Stati membri introdotte nel periodo di riferimento della presente

⁽¹²⁾ Decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 settembre 2002, che adotta un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) — *Dichiarazioni della Commissione* (GU L 271 del 9.10.2002, pagg. 1-12).

⁽¹³⁾ GU L 335 dell'11.11.2004, pag. 8; cfr. inoltre la relazione annuale 2004 dell'OEDT (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁴⁾ GU L 47 del 18.2.2004, pag. 1.

relazione si segnalano i provvedimenti volti a proteggere i giovani da coloro che trasgrediscono alle leggi o per prevenire l'iniziazione al consumo di droghe tra i giovani.

Questo genere di protezione può essere garantita attraverso approcci sia diretti che più generici. In Ungheria la legge entrata in vigore nel marzo 2003 si prefigge lo scopo di proteggere le persone di età inferiore ai 18 anni dall'abuso di sostanze stupefacenti, con l'introduzione di pene più gravi per gli adulti che commettono reati ai danni di minori. In Estonia gli emendamenti introdotti all'inizio del 2004 hanno aggravato le pene comminate per la maggior parte dei reati collegati alle droghe, compresa l'istigazione di un minore al consumo illecito di droga.

In Danimarca la legge sulle sostanze euforizzanti è stata modificata nel luglio 2004; la distribuzione di droghe in ristoranti, discoteche o luoghi simili frequentati da bambini o giovani rientra oggi fra le maggiori circostanze aggravanti. Questi reati dovrebbero sempre essere puniti con la detenzione; si prevede inoltre di aumentare di un terzo la pena detentiva media per tali reati. Analogamente, in Spagna, dall'ottobre 2004 il traffico di droga in prossimità delle scuole costituisce un'aggravante; in questo paese, in aggiunta, il limite di età per cui si considera «giovane» una persona reclutata per il traffico di droga è stato portato da 16 a 18 anni. In Inghilterra e Galles sono state pubblicate linee direttrici per l'applicazione della nuova legislazione, le cosiddette *Cannabis Enforcement Guidance* (ACPO, 2003), che suggeriscono una linea di condotta nei confronti dei soggetti trovati in possesso di cannabis all'interno o in prossimità di locali come scuole, circoli giovanili e parchi da gioco.

Tra i provvedimenti introdotti per prevenire l'iniziazione al consumo di droghe tra i giovani vale la pena menzionare i due regolamenti di gabinetto adottati in Lettonia nel dicembre 2003. Dei due, uno traccia le procedure per il trattamento istituzionale obbligatorio (con il consenso dei genitori) dei giovani scoperti a usare droghe; il secondo specifica le azioni da intraprendere in caso di rinvenimento di droghe o altre sostanze inebrianti in una scuola. In Inghilterra e Galles le persone di età inferiore ai 18 anni arrestate per reati legati alla cannabis ricevono ammonizioni continue o un ultimo avvertimento oppure vengono interrogati dalla polizia, a seconda della gravità del reato commesso. Il giovane responsabile di un reato che abbia ricevuto un ultimo avvertimento viene riferito a un gruppo specializzato in delinquenza minorile (YOT), che disporrà in merito al trattamento o ad altre forme di sostegno.

Nella Repubblica ceca la legge sui minori, entrata in vigore nel 2004, modifica le condizioni che disciplinano il trattamento dei giovani coinvolti in reati che prevalgono sulla normativa generale. I provvedimenti di carattere

penale andrebbero imposti soltanto in caso di necessità; tra le misure a scopo educativo possono rientrare la proibizione all'uso delle sostanze in questione o l'obbligo di sottoporsi a un trattamento. Adesso i limiti massimi previsti per le pene di tipo non detentivo corrispondono alla metà dei limiti applicati nel caso degli adulti. In Polonia un regolamento ministeriale del gennaio 2003 stabilisce forme specifiche di attività educativa e preventiva tra i bambini e i giovani a rischio. Le scuole hanno l'obbligo di mettere a punto strategie educative e preventive.

Nell'ottobre 2003 la Banca dati giuridica europea sugli stupefacenti (ELDD) ha pubblicato uno studio comparativo sulla legislazione in materia di droga e giovani ⁽¹⁵⁾, che ha fornito la base per la stesura di un documento utilizzato dalla Commissione per lo svolgimento della valutazione del piano d'azione dell'Unione europea 2000-2004, pubblicato nell'ottobre 2004 ⁽¹⁶⁾. Quest'ultimo documento ha messo in evidenza un totale di 22 leggi, approvate da 11 Stati membri (su 15), che affrontavano le problematiche che investono i giovani contenute nel piano d'azione. La maggior parte delle leggi mira a fornire alternative alla detenzione, mentre sei paesi hanno approvato leggi volte a ridurre la prevalenza del consumo di droga, soprattutto tra i giovani. Nel complesso, tuttavia, l'attenzione del legislatore sembra essere stata consacrata soltanto in minima parte a quei punti del piano d'azione esteso a un periodo quinquennale. Per un'analisi approfondita dei provvedimenti diretti a giovani trasgressori che fanno uso di droga si rimanda alla questione specifica sulle alternative alla detenzione.

Riduzione dei danni

Nel 2003 e 2004 sono entrate in vigore alcune leggi che fanno riferimento al problema della riduzione dei danni.

In Francia una legge approvata nell'agosto 2004 che adotta il piano quinquennale sulla politica sanitaria pubblica integra i regolamenti di sanità pubblica con le politiche sulla riduzione dei danni per i consumatori di droga, dando una definizione ufficiale di riduzione dei danni e assegnando questa misura alla giurisdizione dello Stato.

In Finlandia un decreto governativo ha modificato la legge sulle malattie trasmissibili affinché fosse stipulato che gli specialisti di malattie trasmissibili nei centri sanitari devono intraprendere azioni preventive, ivi compresa la fornitura di consulenza sanitaria ai consumatori di droga per via endovenosa e l'adozione di programmi di scambio di aghi e siringhe al bisogno. In Lussemburgo il decreto granducale del dicembre 2003 disciplina il programma nazionale di distribuzione di aghi e siringhe definendo le strutture e le figure professionali autorizzate a fornire siringhe ai consumatori di droga. Ciò riflette la tendenza a

⁽¹⁵⁾ *Giovani e droghe: una panoramica giuridica* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ *Legislazione in materia di droga e giovani 2000-2004* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

concedere l'autorizzazione per il possesso e la fornitura di siringhe sterili tramite una normativa esplicita ⁽¹⁷⁾ supportata dal piano d'azione dell'Unione europea 2000-2004, già concluso, che chiedeva l'elaborazione di disposizioni sulla profilassi. Per ulteriori informazioni di carattere giuridico si rimanda alla panoramica dell'ELDD sul tema: «Quadro giuridico dei programmi di scambio di aghi e siringhe» ⁽¹⁸⁾.

Nel Regno Unito la legge sull'abuso di droghe è stata modificata nell'agosto 2003 per consentire a medici, farmacisti e operatori nel campo delle tossicodipendenze di fornire legalmente batuffoli, acqua sterile, taluni oggetti usati per l'iniezione di droghe (tra cui cucchiaini, ciotole, tazze e piatti) e acido citrico ai consumatori di droga che ottengono droghe controllate senza bisogno di prescrizione medica. Nel giugno 2004 il parlamento norvegese ha adottato, per un periodo di tre anni, la legge provvisoria su un regime di prova per l'istituzione di sale adibite all'assunzione di droga per via parenterale. Grazie ad essa gli utenti di queste sale non sono soggetti alla pena prevista in caso di detenzione e uso di un'unica dose di droga; una prima sala designata per l'iniezione di droga è stata aperta nel febbraio 2005.

Nella Repubblica ceca alcune organizzazioni non governative (ONG) forniscono servizi di analisi delle pasticche allo scopo di ridurre il rischio del consumo di sostanze non note o non previste; va detto tuttavia che la legalità di tali regimi è oggetto di appassionati dibattiti. Nel 2003 non sono stati condotti processi penali e l'unico caso riferito finora dalla polizia (risalente al 2002) è stato rigettato dal pubblico ministero. Da allora l'ufficio della Corte suprema emana orientamenti in materia.

In linea con questa evoluzione a livello legislativo i servizi di riduzione dei danni vengono in genere riconosciuti dalla nuova strategia dell'Unione europea e dal nuovo piano strategico come una valida risposta alla domanda di un maggior accesso ai programmi di scambio di aghi e siringhe per ridurre i rischi correlati al consumo di droga per la salute del singolo cittadino e della società nel suo complesso.

Sanzioni

Durante il periodo di riferimento della presente relazione alcuni paesi hanno modificato la propria legislazione in materia di droga per quanto concerne le pene applicabili per vari reati, oltre a quella già vista che riguarda nello specifico i giovani. Per esempio, lo scorso anno Belgio e Regno Unito hanno riferito di aver diminuito con successo le pene per il possesso non problematico di cannabis. In Belgio una nuova direttiva pubblicata nel febbraio 2005 chiariva le eccezioni a questa riduzione della pena,

ribadendo la piena perseguibilità per i reati che comportano «turbativa dell'ordine pubblico». Rientrano in questa fattispecie il possesso di cannabis all'interno o in prossimità di luoghi potenzialmente frequentati da bambini in età scolare (scuole, parchi, fermate dell'autobus) e il possesso «palese» in un luogo o in un edificio pubblico. In Danimarca, un emendamento alla legge sulle sostanze euforizzanti risalente al maggio 2004 e una circolare del pubblico ministero sancivano che la detenzione di droghe per il consumo personale sarebbe stata punita con un'ammenda anziché con l'ammonizione, come avveniva in precedenza.

Questi esempi rispecchiano la tendenza a modificare le sanzioni applicabili ai consumatori e ai trafficanti emersa negli ultimi anni e osservata dall'OEDT ⁽¹⁹⁾. Per esempio, nel 2003 il Belgio ha creato una nuova categoria di reato per il quale non è prevista l'applicazione di pene ai consumatori non problematici di cannabis; la Grecia ha ridotto la pena massima applicabile per il consumo di droga da cinque anni a un anno; l'Ungheria ha cancellato dal proprio codice penale il reato di consumo di droghe. Nel 2002 l'Estonia ha cancellato il reato di consumo ripetuto o di possesso di piccole quantità di droghe illecite per uso personale (con la pena massima della detenzione fino a tre anni a questi associata); al contrario, la Lituania ha introdotto nel proprio codice penale il reato del possesso di droga, con una potenziale pena detentiva fino a due anni. Nel 2001 il Lussemburgo ha depenalizzato l'uso della cannabis, eliminando dal proprio sistema la pena detentiva prevista per il semplice consumo di droga non associato ad aggravanti; la Finlandia ha introdotto il reato per il consumo di droga, con una pena detentiva massima inferiore e un procedimento penale sommario da parte del procuratore. Nel 2000 il Portogallo ha adottato sanzioni amministrative per il reato di consumo di droga; lo stesso anno, tuttavia, la Polonia ha ritirato l'esenzione dall'applicazione di sanzioni prevista in precedenza per il reato del possesso. Questa tendenza, tuttavia, non è accompagnata da un allentamento dei controlli sugli effetti del consumo di droga sulla società, come evidenziano la questione specifica sui reati contro l'ordine pubblico e le restrizioni sul possesso di droga in presenza di giovani (vedi pagina seguente).

Per le persone sospettate di traffico illecito la tendenza è quella di accrescere le pene comminabili. Nel marzo 2004, in Danimarca, le pene massime per i reati derivanti dal traffico illecito di stupefacenti sono state aumentate di oltre il 50 %. All'inizio del 2004 l'Estonia ha adottato pene più severe per la maggior parte dei reati legati alle droghe, soprattutto in presenza di aggravanti. Nel Regno Unito la pena detentiva massima prevista per il traffico di droghe della classe C è passata da cinque a quattordici anni. Inoltre, negli ultimi anni in Grecia (2001), Lituania

⁽¹⁷⁾ Dal 1999 sono sette i paesi che hanno prodotto leggi in materia, vale a dire Belgio, Francia, Lussemburgo, Polonia, Portogallo, Slovenia e Finlandia.

⁽¹⁸⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

⁽¹⁹⁾ Per ulteriori dettagli si rimanda al documento tematico dell'OEDT *Illicit drug use in the EU: legislative approaches* (Uso illecito di droghe nell'UE: approcci legislativi — <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

(2000) e Irlanda (1999) i riflettori sono stati puntati sulle pene comminate per i reati correlati alla distribuzione ai giovani (cfr. sopra) e al traffico di droga. Questo incremento unanime della severità delle pene per il traffico di droga si riflette nella decisione quadro dell'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.

Droghe sul posto di lavoro

Due paesi hanno riferito iniziative per legiferare in materia di droga sul posto di lavoro. In Finlandia la legge sulla protezione della privacy nella vita lavorativa (legge 759/2004) mira a regolamentare e valorizzare la privacy dei dipendenti in termini di test sulle droghe nella vita lavorativa. La legge sancisce che il datore di lavoro e i dipendenti devono stilare un programma antidroga per il posto di lavoro, ivi compresi piani di prevenzione e opzioni terapeutiche, in cui siano elencati quei lavori che richiedono un certificato attestante l'avvenuta esecuzione del test sulla droga. Durante il processo di assunzione un datore di lavoro può soltanto chiedere al candidato questo tipo di certificato. Il datore di lavoro ha il diritto di utilizzare le informazioni presenti nel certificato se il posto vacante richiede caratteristiche quali precisione, affidabilità, senso critico o stato di vigilanza, e se il rendimento del soggetto sotto l'influsso di stupefacenti o tossicodipendente può mettere a rischio la vita o la salute o può provocare danni ingenti. Dopo l'assunzione il

dipendente deve fornire un certificato soltanto se vi sono motivi di sospettare una sua tossicodipendenza o il consumo da parte sua di droghe durante lo svolgimento dell'attività lavorativa.

Nel giugno 2004 è stata pubblicata in Irlanda la proposta di legge sulla sicurezza, la salute e il benessere sul lavoro. Una sezione di questa proposta impone ai dipendenti di garantire di non fare uso di sostanze inebrianti durante l'orario di lavoro se tali sostanze possono mettere a repentaglio la loro sicurezza, salute o il loro benessere sul lavoro o quello di qualsiasi altra persona. Impone inoltre ai dipendenti, dietro ragionevole richiesta del datore di lavoro, di presentare test adeguati, ragionevoli e proporzionati effettuati da persona competente.

La prevenzione in taluni ambienti specifici, come il posto di lavoro, è uno degli argomenti menzionati nel nuovo piano d'azione dell'Unione europea. L'accresciuta enfasi sulla prevenzione mirata può controbilanciare la tendenza generale a ridurre la gravità delle pene per i consumatori di droga, forse a fronte dei timori sulla prevalenza e la frequenza del consumo di stupefacenti nell'Unione europea. Tuttavia, non vi sono cifre chiare sulla vera entità di questo fenomeno percepito, e l'esecuzione dei test sulla droga per ragioni diverse dal rilevamento del consumo attuale può sollevare questioni giuridiche complicate in materia di privacy in alcuni ordinamenti giuridici nazionali e internazionali. Nel frattempo continuano gli investimenti privati allo scopo di migliorare l'accuratezza e la facilità di impiego di questi kit d'analisi.

Reati contro l'ordine pubblico connessi alla droga: evoluzione delle strategie e delle misure, in *Relazione nazionale OEDT 2005: questioni specifiche*

I reati contro l'ordine pubblico rappresentano un problema emergente nel dibattito sulle politiche in materia di droga a livello tanto nazionale quanto europeo. I comportamenti e le azioni solitamente compresi nella definizione di «reati contro l'ordine pubblico connessi alla droga» si osservano da tempo nella maggior parte degli Stati membri, dei paesi candidati all'adesione e in Norvegia. Non si sta quindi prendendo atto di nuovi fenomeni, bensì si osserva una nuova tendenza della strategia in materia di droga, perlomeno in alcuni Stati membri, a classificare e a raggruppare tali fenomeni sotto un'unica definizione e a fissare tra gli obiettivi della strategia nazionale in materia di droga la riduzione di tali fenomeni.

In proposito ci si domanda fino a che punto i paesi europei condividono questa posizione; se esiste una definizione concordata del concetto; come vanno valutate la natura e

la portata di tali fenomeni; quali traguardi si prefiggono queste politiche e quali tipi di interventi vengono messi a punto, indipendentemente dal fatto che essi siano o non siano specificatamente ed esplicitamente concepiti per contrastare i reati contro l'ordine pubblico connessi alla droga; se siano già a disposizione i risultati delle valutazioni e se gli standard qualitativi per gli interventi siano già stati fissati. Si tratta di alcuni degli interrogativi chiave cui tale questione intende trovare una risposta.

Presentando al dibattito politico europeo una rassegna puntuale sull'evoluzione dei reati contro l'ordine pubblico connessi alla droga, l'OEDT mira a informare i responsabili politici e l'opinione pubblica in generale sulla natura del fenomeno nonché gli andamenti e le misure adottate dalle politiche in materia di droga.

La presente questione specifica è disponibile in lingua inglese («Drug-related public nuisance: trends in policy and measures, in *EMCDDA 2005 annual report: selected issues*») in formato cartaceo e tramite Internet in formato elettronico (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Capitolo 2

Suole, giovani e droghe

I dati comparabili sul consumo tra i giovani di alcol e droghe provengono in larga misura da sondaggi condotti tra studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni. Nell'ambito del progetto di indagine europea nelle scuole sul consumo di alcol e altre droghe (ESPAD) sono state eseguite indagini nel 1995, nel 1999 e, più di recente, nel 2003. Il sondaggio del 2003 (Hibell e altri, 2004) fornisce dati comparabili provenienti da 22 Stati membri dell'Unione europea nonché dalla Norvegia e da tre paesi candidati all'adesione (Bulgaria, Romania e Turchia). Anche altre indagini condotte nelle scuole (per esempio nei Paesi Bassi, in Svezia e in Norvegia) e i sondaggi

dello studio *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC, I comportamenti legati alla salute dei giovani in età scolare) forniscono informazioni sul consumo di droghe tra studenti in età scolare e, solitamente, i risultati si equivalgono.

Prevalenza e modelli di consumo

Cannabis

I dati dell'ultima indagine ESPAD, risalenti al 2003, rivelano che la più alta prevalenza una tantum del

Progetto di indagine europea su alcolici e sostanze stupefacenti nelle scuole (ESPAD): una risorsa crescente per comprendere l'andamento dei rispettivi consumi tra i giovani

L'ESPAD è un'importante fonte di informazione circa il consumo di sostanze stupefacenti e alcolici tra gli studenti europei nonché un prezioso strumento per registrarne l'andamento nel tempo. Le indagini ESPAD sono state condotte nel 1995, 1999 e 2003. L'impiego di metodi e strumenti standardizzati tra i campioni rappresentativi a livello nazionale di studenti di 15-16 anni di età consente la raccolta di un insieme di dati di grande qualità e comparabili. La partecipazione alle indagini ESPAD si è andata espandendo sondaggio dopo sondaggio; attualmente vi partecipano Stati membri dell'UE e paesi terzi. Nel 1995 hanno preso parte a queste indagini un totale di 26 paesi europei (compresi i 10 nuovi Stati membri dell'UE). Questa cifra è salita a 30 nel 1999 e, nel 2003, l'indagine ha coinvolto ben 35 paesi, tra cui 23 Stati membri dell'UE (compresi i 10 nuovi Stati membri), tre paesi candidati all'adesione (Bulgaria, Romania e Turchia) e la Norvegia. La Spagna non ha partecipato allo studio, ma la relazione ESPAD 2003 presenta dati nazionali ricavati dall'indagine condotta nelle scuole spagnole (PNSD).

La comparabilità dell'indagine ESPAD nelle scuole poggia sulla standardizzazione della fascia di età bersaglio e del metodo e della tempistica della raccolta dei dati, sul ricorso a un campionamento casuale, sulla solidità dell'impostazione dei quesiti e sulla garanzia dell'anonimato.

I quesiti dell'indagine sono incentrati sul consumo di alcol (prevalenza una tantum, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni, consumo medio, *binge drinking*) e sull'uso di sostanze illecite (prevalenza una tantum, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni, comprese le misure sulla frequenza del consumo di droga tra questi intervalli di tempo).

Quelli che seguono sono alcuni dei principali risultati dell'indagine 2003 condotta negli Stati membri, nei paesi candidati all'adesione e in Norvegia:

- la cannabis è di gran lunga lo stupefacente di più largo consumo;
- l'ecstasy è la seconda sostanza illecita più consumata, sebbene l'esperienza sia relativamente bassa;
- l'esperienza del consumo di anfetamine e LSD nonché di altri allucinogeni è bassa;
- nonostante la prevalenza relativamente bassa dell'uso, i funghi magici sono gli allucinogeni più comunemente usati in 12 Stati membri dell'UE;
- altre sostanze utilizzate dagli studenti delle scuole comprendono tranquillanti e sedativi senza prescrizione medica (con un livello nazionale massimo riferito del 17 %) e inalanti (livello massimo nazionale del 18 %);
- la prevalenza negli ultimi 30 giorni del *binge drinking* (definito come il consumo di almeno cinque bevande alcoliche consecutivamente) varia notevolmente da paese a paese.

Maggiori informazioni sull'ESPAD e sulla reperibilità della nuova relazione sono disponibili sul sito web dell'ESPAD (www.ESPAD.org).

consumo di cannabis tra gli studenti di 15 e 16 anni è stata registrata nella Repubblica ceca (44 %) (grafico 1). Le stime più basse sulla prevalenza una tantum (inferiore al 10 %) sono state invece registrate in Grecia, Cipro, Svezia, Norvegia, Romania e Turchia. Tra i paesi con un tasso di prevalenza superiore al 25 % vi sono la Germania, l'Italia, i Paesi Bassi, la Slovacchia e la Slovenia (27 % e 28 %), mentre la prevalenza una tantum più alta (compresa tra il 32 % e il 40 %) viene riferita in Belgio, Francia, Irlanda e Regno Unito. Dal 1995 nella maggior parte dei paesi si è osservato un incremento costante del numero di studenti che hanno provato la cannabis almeno una volta nella vita ⁽²⁰⁾. Le oscillazioni da paese a paese sono tuttavia marcate.

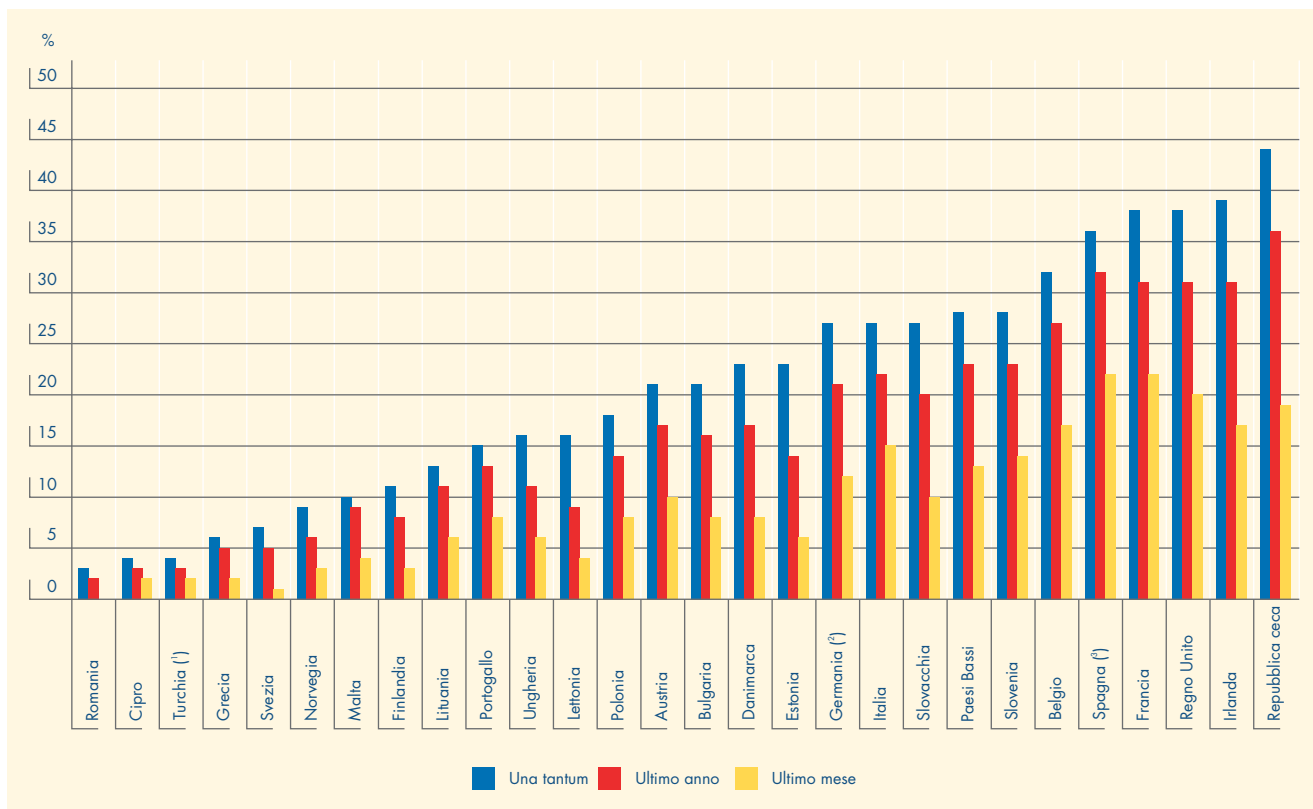
I nuovi dati provenienti dalle indagini ESPAD del 2003 effettuate su studenti di 15-16 anni mostrano che la prevalenza una tantum del consumo di cannabis varia dal 3 % al 44 %. Una percentuale di studenti compresa tra il 2 % e il 36 % riferisce di aver fatto uso di droga negli ultimi 12 mesi, mentre il dato sul consumo nell'ultimo mese va da 0 % in alcune nazioni al 19 % in altre ⁽²¹⁾

(grafico 1). Si osservano inoltre variazioni relative delle percentuali relative alla prevalenza. Per esempio, la percentuale più alta relativa alla prevalenza una tantum è stata registrata nella Repubblica ceca, ma quella riferita all'uso attuale (nell'ultimo mese) è più alta in Spagna e in Francia (22 %).

In quasi tutti i paesi la prevalenza dell'uso di cannabis è maggiore tra i maschi. Le differenze di genere sono più marcate tra gli studenti che riferiscono di aver fatto uso di cannabis almeno 40 volte nella vita ⁽²²⁾.

Nelle indagini fatte a livello nazionale nelle scuole di 11 Stati membri e Bulgaria sono stati inseriti studenti più vecchi (17 e 18 anni). La prevalenza una tantum del consumo di cannabis in questa fascia di età variava da meno del 2 % a Cipro al 56 % nella Repubblica ceca, mentre il dato riferito al consumo attuale (ultimo mese) di cannabis andava da meno dell'1 % a Cipro a quasi il 30 % in Francia. In tutti i paesi in cui sono state condotte le indagini, a eccezione di Cipro, le stime sulla prevalenza tra gli studenti di età maggiore erano più alte

Grafico 1 — Prevalenza una tantum, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese del consumo di droga tra gli studenti di 15-16 anni nel 2003



(*) Le cifre della Turchia si riferiscono al capoluogo di sei diverse regioni (Adana, Ankara, Diyarbakir, Istanbul, Izmir e Samsun).
 (**) I dati provenienti dalla Germania si riferiscono soltanto a sei regioni (Bavaria, Brandeburgo, Berlino, Hesse, Meclenburgo-Pomerania occidentale e Turingia).
 (†) La Spagna non ha partecipato all'indagine ESPAD. I dati inseriti si fondano su un'indagine condotta in questo paese nel periodo novembre-dicembre 2002. I quesiti sulla prevalenza del consumo di droga possono essere considerati analoghi ai quesiti dell'ESPAD; vi sono tuttavia differenze in termini metodologici che rendono difficile il confronto con i dati spagnoli.
 Fonte: Hibell e altri, 2004.

⁽²⁰⁾ Cfr. i grafici EYE-1 (parte ii) e EYE-1 (parte ix) nel bollettino statistico 2005.
⁽²¹⁾ Cfr. il capitolo 3 per un resoconto più dettagliato del consumo di cannabis tra i ragazzi in età scolare.
⁽²²⁾ Cfr. il grafico EYE-1 (parte iii) nel bollettino statistico 2005.

rispetto agli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni ⁽²³⁾.

Tra il 1999 e il 2003 vi è stato nella Repubblica ceca un aumento del 5 % del numero di studenti che hanno riferito di aver provato la cannabis a 13 anni o prima. Tredici altri paesi dell'Unione europea hanno registrato lievi incrementi (1-3 %) ⁽²⁴⁾. Solo Paesi Bassi e Regno Unito riportano un calo (dell'1 %).

Secondo un recente studio dell'Eurobarometro (2004) ⁽²⁵⁾, il numero di giovani di età compresa tra i 15 e i 24 anni che hanno dichiarato di avere avuto offerte di cannabis è salito dal 46 % nel 2002 al 50 % nel 2004. Nello stesso periodo è cresciuto dal 65 % al 68 % anche il numero di giovani che hanno segnalato di conoscere persone che fanno uso di cannabis.

Le indagini dell'ESPAD mostrano che le percezioni della cannabis tra gli studenti, in termini sia dei rischi associati al consumo sia della reperibilità, sono fortemente correlati alla prevalenza una tantum del consumo della cannabis stessa. Il rapporto tra rischio e prevalenza è inversamente proporzionale ⁽²⁶⁾, ossia alte percezioni di rischio sono associate a una bassa prevalenza del consumo e viceversa, ma la percezione della reperibilità è direttamente correlata alla prevalenza del consumo una tantum ⁽²⁷⁾.

Nei paesi con percentuali di prevalenza medie più alte per il consumo della cannabis i giovani possono essere sempre più inclini a considerare «normale» l'uso di cannabis. La maggior parte dei paesi che riferiscono percentuali relativamente alte di consumo di cannabis una tantum riferiscono anche percentuali relativamente alte di *binge drinking*, ossia del bere per ubriacarsi (definito come il consumo di cinque o più bevande alcoliche consecutivamente) negli ultimi 30 giorni ⁽²⁸⁾, a suggerire che le due condotte possono far parte di uno stesso stile di vita. Le eccezioni a questo modello sono Francia, Italia e Bulgaria, dove il consumo di cannabis è relativamente alto, ma il fenomeno del *binge drinking* è abbastanza contenuto.

Altre droghe

La prevalenza del consumo di ecstasy è maggiore rispetto a quella del consumo di anfetamine in 14 degli Stati membri dell'Unione europea e dei paesi candidati all'adesione coinvolti nell'indagine ESPAD del 2003 ⁽²⁹⁾.

I livelli più bassi di consumo una tantum di ecstasy (2 % o meno) sono stati registrati in Danimarca, Grecia, Cipro, Lituania, Malta, Finlandia, Svezia, Norvegia, Romania e Turchia. Tassi di prevalenza maggiori, in un range compreso tra il 3 e il 4 %, sono stati riferiti da Belgio, Germania, Francia, Italia, Lettonia, Austria, Polonia, Portogallo, Slovenia, Slovacchia e Bulgaria. I paesi con le percentuali di prevalenza una tantum maggiori per il consumo di ecstasy sono Repubblica ceca (8 %) ed Estonia, Spagna, Irlanda, Paesi Bassi e Regno Unito (tutti al 5 %).

Per quanto riguarda i tassi di prevalenza in periodi diversi, il tasso più alto di prevalenza una tantum dell'uso di ecstasy nel 2003 era dell'8 % rispetto al 5 % riferito al consumo negli ultimi 12 mesi (uso recente) e del 2 % riferito al consumo nell'ultimo mese (uso attuale).

Indagini consecutive mostrano che, in genere, la prevalenza una tantum del consumo di ecstasy tra gli studenti di 15 e 16 anni è aumentata nel periodo compreso tra il 1995 e il 2003, con i principali incrementi registrati nella Repubblica ceca e nella maggior parte dei nuovi Stati membri ⁽³⁰⁾. Tuttavia, le cifre sulla prevalenza una tantum ricavate dalle indagini ESPAD del 1999 rivelano oscillazioni in alcuni paesi. I cali del consumo di ecstasy registrati nel Regno Unito si riferiscono a un'epoca precedente il 1999 e possono essere in parte attribuiti all'ampia risonanza data dai media ai decessi correlati al consumo di ecstasy alla fine degli anni novanta.

Psilocina e psilocibina: i funghi magici

La psilocina e la psilocibina, ingredienti psicoattivi dei cosiddetti «funghi magici», sono presenti nell'allegato 1 della convenzione delle Nazioni Unite del 1971 e, pertanto, sono controllate in tutti gli Stati membri. Tuttavia, lo status legale dei funghi magici nonché l'entità dell'applicazione delle restrizioni di legge sulla crescita e il consumo degli stessi, varia da Stato membro a Stato membro: i funghi magici, cioè, possono essere controllati, non controllati o controllati se «trattati», uno status questo che non è del tutto chiaro sotto il profilo giuridico.

L'indagine ESPAD riferisce l'uso dei «funghi magici» per la prima volta nel 2003. Le stime sulla prevalenza del consumo dei «funghi magici» tra gli studenti di 15-16 anni superano o sono pari alle cifre riferite al consumo di LSD o di altre droghe allucinogene nella maggior parte dei paesi che hanno partecipato all'indagine ⁽³¹⁾. Inoltre, rispetto

⁽²³⁾ Cfr. le tabelle EYE-1 e EYE-3 nel bollettino statistico 2005.

⁽²⁴⁾ Cfr. il grafico EYE-1 (parte vii) nel bollettino statistico 2005.

⁽²⁵⁾ Una seconda indagine dell'Eurobarometro (Eurobarometro, 2004), *Giovani e droghe*, è stata realizzata nel 2004. Questo sondaggio, basato su procedure di campionamento di non probabilità, comprendeva 7 659 giovani nella fascia di età 15-24 anni nei 15 Stati membri compresi nella precedente indagine 2002.

⁽²⁶⁾ Cfr. il grafico EYE-1 (parte v) nel bollettino statistico 2005.

⁽²⁷⁾ Cfr. il grafico EYE-1 (parte vi) nel bollettino statistico 2005.

⁽²⁸⁾ Cfr. il grafico EYE-1 (parte viii) nel bollettino statistico 2005.

⁽²⁹⁾ Cfr. il grafico EYE-2 (parte iv) nel bollettino statistico 2005.

⁽³⁰⁾ Cfr. il grafico EYE-2 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

⁽³¹⁾ Cfr. il grafico EYE-2 (parte v) nel bollettino statistico 2005.

all'esperienza una tantum del consumo di ecstasy, la prevalenza una tantum del consumo di funghi magici è maggiore in Belgio, Germania e Francia, mentre fa registrare le stesse percentuali nella Repubblica ceca, in Danimarca, Italia, Paesi Bassi e Polonia. La prevalenza una tantum del consumo di funghi magici è nulla a Cipro, in Finlandia e in Romania, per salire al 4 % in Germania, Irlanda e Regno Unito, e al 5 % in Belgio, Francia e Paesi Bassi. La prevalenza maggiore è stata rinvenuta nella Repubblica ceca (8 %). Non sono disponibili dati di tendenza per l'uso dei funghi magici.

Evoluzione nella prevenzione

I valori e i comportamenti individuali sono influenzati dalla percezione di cosa sia «normale» nell'ambiente sociale, soprattutto tra i giovani. Se cioè i giovani percepiscono come «normale» e socialmente accettabile l'uso della cannabis in via sperimentale (perché lo associano a bassi livelli di rischio e a una facile reperibilità), questa percezione può influenzare i loro valori e il loro comportamento nei confronti del consumo di cannabis (Botvin, 2000). La sfida della prevenzione sta dunque nell'offrire ai giovani strategie sociali e cognitive adatte a gestire queste influenze. Non è quindi realistico valutare l'efficacia delle politiche di prevenzione sulla base dei dati riferiti al consumo di droga da parte dei giovani, soprattutto se riferiti al consumo a titolo sperimentale, poiché tali informazioni riflettono le norme sociali e non la reale condotta problematica.

La prevenzione dovrebbe essere invece valutata sulla base di una serie di criteri chiari: obiettivi ben definiti, gruppi bersaglio e azioni delineate nelle strategie nazionali e fondate sulla base di conoscenze internazionali; misure di controllo della qualità; elaborazione di misure di prevenzione selettive e di una prevenzione su base familiare; provvedimenti normativi sulle droghe lecite volti a influenzare le norme sociali che implicano il condono o comunque il consenso verso taluni comportamenti nei confronti del consumo di droga.

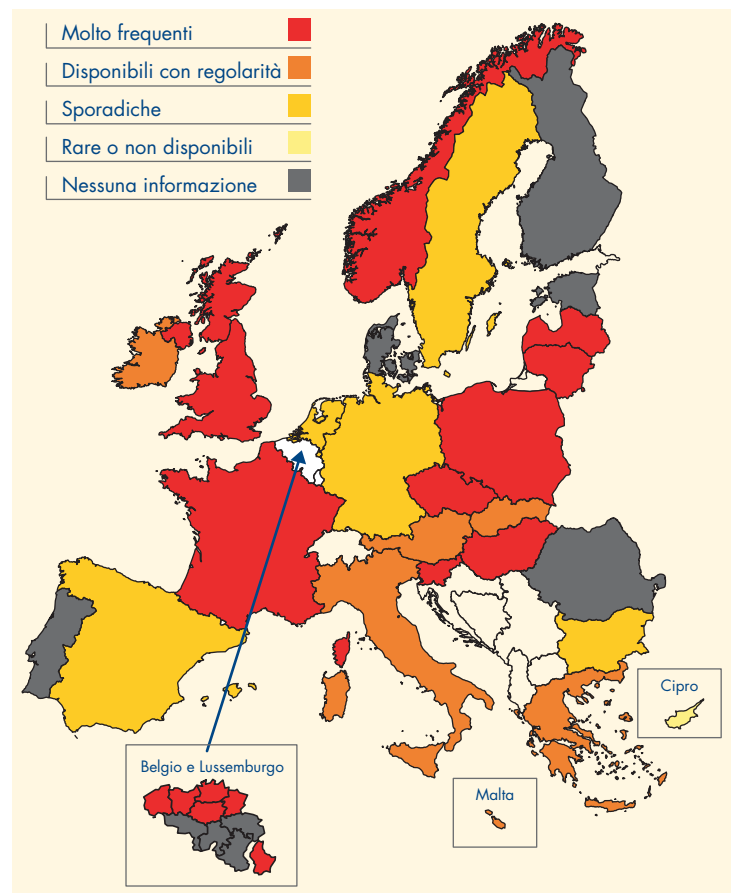
Per quanto riguarda la valutazione delle strategie di prevenzione, le nuove strategie nazionali in Francia e in Italia evidenziano importanti progressi rispetto alle precedenti politiche, nel senso che il ruolo della prevenzione è ora meglio definito, così come meglio definita è l'importanza dei programmi strutturati e dei settori prioritari di intervento. In quasi tutti gli Stati membri si osserva una tendenza all'adozione di impostazioni più strategiche e una maggiore attenzione nella pianificazione generale verso i gruppi vulnerabili.

Misure normative e strutturali

Le misure di controllo sulle droghe lecite consentono di stabilire i fondamenti normativi su cui possono essere erette altre misure preventive. Le norme sociali che

rinforzano il consumo di tabacco e alcol e ne tollerano l'influsso sul comportamento sono fattori di rischio ben noti per un atteggiamento condiscendente verso le droghe illecite nonché per il consumo delle stesse (Becoña, 2002). Contrariamente alle convinzioni popolari, le norme sociali vengono influenzate più dalle politiche di controllo che non dalle campagne attraverso i mass media o gli approcci educativi (Hawks e altri, 2002; Canning e altri, 2004). L'Eurostat (2002) ha messo a confronto le misure di controllo del tabacco e gli indicatori sul fumo nei bambini/negli adolescenti negli Stati membri dell'Unione europea, individuando un nesso tra la severità delle politiche in materia di controllo del tabacco (divieto di pubblicità, imposizione di limiti d'età per l'acquisto, restrizioni ecc.) e il comportamento dei fumatori. La percentuale di fumatori tra gli adolescenti è risultata maggiore nei paesi che applicano politiche relativamente miti (per esempio, Danimarca, Germania e Regno Unito) rispetto ai paesi in cui si effettuano controlli più rigorosi (per esempio, Francia, Svezia e Norvegia). È noto che l'impatto degli interventi preventivi è limitato se tali interventi non sono sostenuti o sono addirittura contrastati da norme sociali e politiche di controllo. Le iniziative comunitarie e dell'OMS (Aspect Consortium, 2004) in

Grafico 2 — Sviluppo delle politiche scolastiche



NB: Belgio germanofono = sporadiche.
Fonte: punti focali nazionali Reitox.

questo campo hanno preso piede e gli Stati membri cominciano a mettere in collegamento le politiche di controllo in materia di tabacco con le misure di prevenzione della droga.

La prevenzione nelle scuole

In tutti gli Stati membri le scuole sono considerate l'ambiente principe della prevenzione universale; l'enfasi data alla prevenzione nelle scuole nelle strategie nazionali e nell'attuazione strutturata di questo approccio è cresciuta notevolmente. Questo interesse si riflette nell'espansione delle politiche in materia di droga nelle scuole (grafico 2) e nello sviluppo di specifici programmi modulari di prevenzione della droga per le scuole nonché nel miglioramento della formazione degli insegnanti.

Rispetto al passato sono più numerosi i paesi che hanno introdotto (la Danimarca, che ha adottato il suo primo programma di sviluppo personale orientato alla scuola), ampliato (la Germania) o stanno pianificando (Francia e Italia, nell'ambito delle rispettive strategie nazionali) programmi preventivi più strutturati. Per esempio, nel 2003 sono stati messi in atto programmi di prevenzione nel 60 % delle scuole polacche.

La Grecia offre un esempio particolarmente valido di trasformazione delle politiche di prevenzione, svincolandole dagli approcci tradizionali individuali (consulenza) e orientati all'informazione, in favore dell'approntamento di una vera strategia di sanità pubblica in grado di ottimizzare la copertura grazie ad approcci di tipo programmatico. Il numero dei programmi preventivi scolastici in Grecia è più che raddoppiato nel periodo 2000-2003, mentre i programmi a base familiare sono triplicati nello stesso periodo. Anche Malta e il Regno Unito hanno valorizzato il ruolo degli approcci di tipo programmatico nelle proprie politiche preventive: il programma Blueprint mira a determinare in che modo la ricerca internazionale sulla prevenzione efficace della droga possa essere trasferita al sistema scolastico inglese, e si fonda sull'evidenza che l'informazione scolastica sul tema delle droghe, con il coinvolgimento dei genitori, è più efficace dei semplici interventi educativi della scuola se associata a campagne dei media, iniziative sanitarie locali e partenariati con le comunità. Al programma sono stati accordati per un periodo di cinque anni sei milioni di sterline (8,5 milioni di euro) ⁽³²⁾.

Monitoraggio e controllo della qualità

Prerequisito essenziale per un controllo e per il miglioramento della qualità della prevenzione è la disponibilità di una valida panoramica delle attività in corso e dei loro contenuti. Gli Stati membri, di conseguenza, danno sempre maggiore importanza al

monitoraggio dei programmi di prevenzione, come testimoniano i nuovi schemi di intervento in Germania ⁽³³⁾ e in Norvegia ⁽³⁴⁾ nonché il progetto di ricerca ungherese dal titolo «Luci e ombre» che raccoglie informazioni sul contenuto, gli obiettivi, la metodologia, i gruppi bersaglio e l'ampiezza dei programmi di prevenzione su base scolastica. Attività di monitoraggio vengono svolte inoltre nella Repubblica ceca nonché attraverso la banca dati Ginger nelle Fiandre. Purtroppo la Spagna ha abbandonato il progetto IDEA Prevención, che per molti anni è stato il miglior sistema di monitoraggio e di qualità sulla prevenzione in Europa.

Anche i sistemi informativi sulla prevenzione aiutano a tener traccia dell'incidenza di prassi non efficaci e di componenti di programmi di scarsa validità. Per esempio, in alcuni Stati membri gli incontri o i seminari informativi occasionali con esperti o ufficiali di polizia sono ancora frequenti, nonostante siano ormai considerati all'unanimità inutili nella migliore delle ipotesi, se non addirittura dannosi (Canning e altri, 2004).

Soltanto una sistematica registrazione delle attività di prevenzione può consentire di revisionare il contenuto dei programmi di prevenzione e, di conseguenza, grazie alle informazioni disponibili sulla loro efficacia, indirizzare tali programmi a gruppi specifici della popolazione. Sono indispensabili linee guida o standard per l'attuazione dei programmi di prevenzione, soprattutto nei paesi in cui la prevenzione è fortemente decentrata.

Contenuti dei programmi e delle attività

L'aumento degli approcci programmatici e il miglioramento dei sistemi di raccolta standardizzata delle informazioni hanno consentito di revisionare e confrontare tra loro i contenuti e le tendenze nelle politiche di prevenzione in tutto il territorio dell'Unione europea. Le informazioni provengono solitamente da esperti o gruppi di esperti nazionali che dispongono di un quadro affidabile della situazione del proprio paese, tale da permettergli di produrre graduatorie standardizzate o di acquisire dati quantitativi sugli interventi programmatici monitorati che vengono attuati in taluni Stati membri, tra cui Grecia e Ungheria.

Per esempio, la maggior parte degli Stati membri, nell'ambito di un approccio preventivo, ha organizzato nelle scuole attività formative per favorire lo sviluppo individuale e delle competenze sociali. Tra gli argomenti trattati vi sono: il processo decisionale, le strategie di coping (vale a dire metodi per fronteggiare situazioni stressanti), le strategie di fissazione degli obiettivi e di affermazione personale, le tecniche di comunicazione e di manifestazione di empatia. Questa tecnica basata sull'esperienza, che deriva dalle teorie sull'apprendimento

⁽³²⁾ www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint

⁽³³⁾ [PreVNet \(www.preynet.de\)](http://www.preynet.de).

⁽³⁴⁾ www.forebyggingstiltak.no

sociale ⁽³⁵⁾, sembra essere oggi un'importante metodologia nella maggior parte degli Stati membri, persino nei paesi dove non esistono approcci di tipo programmatico (Francia, Lussemburgo e Svezia) (tabella 2). L'Estonia informa in merito all'esistenza di un libro che viene usato diffusamente per insegnare le competenze sociali.

La fornitura di informazioni continua a svolgere un ruolo centrale nella prevenzione della droga in molti Stati membri (cfr. la tabella 2). Solo gradualmente si va riconoscendo la scarsa incisività della raccolta di informazioni in termini di prevenzione della droga (cfr. al riguardo, per esempio, la relazione nazionale svedese).

Tabella 2 — La prevenzione nelle scuole in Europa

	Standard/linee guida qualitativi ⁽¹⁾			Competenze sociali personali	Obiettivi	
	In atto	Obbligatori	Prerequisito per il finanziamento		Primari	Secondari
Belgio — Fiandre	Sì	Sì	Sì	Molto frequenti	Competenze di sviluppo personale	Informazioni
Belgio — Vallonia	Sì	Sì	Sì	n.d.	Ambiente protettivo	Rapporto educativo
Repubblica ceca	In previsione		Sì	Molto frequenti	Autostima	Ambiente protettivo
Danimarca	No			No	Informazioni	
Germania	No			Molto frequenti	Competenze di sviluppo personale	Informazioni
Estonia	No			Sporadiche	n.d.	
Grecia	Sì	Sì	Sì	Molto frequenti	Competenze di sviluppo personale	Rapporto educativo
Spagna	In previsione	Sì	Sì	Molto frequenti	Competenze di sviluppo personale	Autostima
Francia	Sì			Rare	Informazioni	Competenze di sviluppo personale
Irlanda	Sì	Sì		Molto frequenti	Competenze di sviluppo personale	Autostima
Italia	Sì			Regolari	Informazioni	Competenze di sviluppo personale
Cipro	In previsione	Sì	Sì	Sporadiche	Ambiente protettivo	Competenze di sviluppo personale
Lettonia	In previsione			Sporadiche	Informazioni	Competenze di sviluppo personale
Lituania	No			Regolari	Informazioni	
Lussemburgo	Sì		Sì	Regolari	Rapporto educativo	Competenze di sviluppo personale
Ungheria	In previsione			Regolari	Informazioni	Competenze di sviluppo personale
Malta	No			Molto frequenti	Informazioni	Competenze di sviluppo personale
Paesi Bassi	Sì			No	Informazioni	
Austria	Sì		No	Sporadiche	Competenze di sviluppo personale	Ambiente protettivo
Polonia	No			Regolari	Competenze di sviluppo personale	Informazioni
Portogallo	Sì	Sì	Sì	Sporadiche	Informazioni	Competenze di sviluppo personale
Slovenia	In previsione			Sporadiche	Informazioni	Competenze di sviluppo personale
Slovacchia	No			Rare		
Finlandia	n.d.			n.d.	Servizi di assistenza sociale	Informazioni
Svezia	No			Regolari	Ambiente protettivo	Inclusione sociale
Regno Unito	Sì			Molto frequenti	Informazioni	Competenze di sviluppo personale
Norvegia	No			Regolari	Informazioni	Autostima
Bulgaria	n.d.			Sporadiche	Informazioni	Ambiente protettivo
Romania	n.d.			Sporadiche		

NB:

n.d. = informazioni non disponibili.

(1)

Si rammenta che non esiste una definizione europea comune di «standard e linee guida qualitativi» e che l'indicazione dei dettagli può variare, con conseguenze sulla comparabilità.

⁽³⁵⁾ Il comportamento viene visto come il frutto di un apprendimento sociale attraverso modelli di ruolo, norme, atteggiamenti di «altri importanti» (Bandura, 1977). Gli atteggiamenti negativi nei confronti del consumo di droga e un'autoefficacia protettiva possono essere appresi o condizionati. Questo concetto sta alla base dei modelli tra pari e dello specifico modello di sviluppo personale.

Anche gli approcci fondati esclusivamente sull'educazione sanitaria si limitano a influenzare i processi cognitivi e spesso mancano delle componenti concrete della formazione comportamentale e di interazione sociale. Tuttavia, tali approcci sono ancora diffusi in alcuni paesi, nonostante sia possibile oggi capire esattamente come debba essere condotta una prevenzione efficace della droga.

La sopravvivenza di tali approcci alla prevenzione della droga si spiega in due modi. Da un lato, continua a essere radicata l'idea tradizionale e istintiva che le informazioni sulla droga e sui rischi ad essa associati possano fungere da deterrenti. Dall'altro lato, come si osserva anche in una recentissima tendenza ispirata dai movimenti per la riduzione dei danni, persiste la convinzione che, per insegnare ai giovani a prendere decisioni e a fare scelte informate nella vita, le competenze cognitive siano più importanti degli approcci comportamentali. I difensori di questo metodo sono convinti che gli approcci comportamentali alla prevenzione della droga, come il miglioramento delle competenze di sviluppo personale, siano paternalistici e demonizzino l'uso della droga (Ashton, 2003; Quensel, 2004), mentre il metodo migliore sarebbe quello di dare ai giovani gli strumenti cognitivi necessari, mediante l'informazione. Nonostante le diverse tradizioni, entrambi gli approcci considerano il comportamento nei confronti della salute, e nello specifico il consumo di droga, una questione di scelta razionale personale, mentre la comunità scientifica concorda ampiamente che siano i fattori sociali (vicini, gruppi di pari, norme) e personali (carattere, competenze accademiche ed emotive) a influire, più dei fattori meramente cognitivi, sulla formazione dei comportamenti nei confronti della salute e dell'uso di droga.

La percezione erronea del consumo di droga come un fatto normale e socialmente accettabile nel gruppo di pari è l'elemento cognitivo più importante su cui può influire la prevenzione. Infatti, una prevalenza di un tantum del consumo di cannabis del 30 % tra i giovani adulti significa che più di 2/3 di questa popolazione non ha mai provato la cannabis, ed è questa la vera «normalità». Tuttavia, nonostante il beneficio comprovato delle tecniche che incidono sulle convinzioni normative dei giovani (Reis e altri, 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers e altri, 2002), esse trovano raramente impiego in Europa.

Prevenzione selettiva

Le strategie e i piani d'azione nazionali menzionano con sempre maggior frequenza e in maniera sempre più esplicita i gruppi vulnerabili come i destinatari principali delle misure di prevenzione. Questo interesse verso i gruppi vulnerabili è ancor più spiccato nei nuovi Stati membri: Estonia (bambini di strada, scuole speciali), Ungheria, Cipro, Malta, Polonia (bambini e giovani trascurati, provenienti da famiglie problematiche) e Slovenia.

Poiché i gruppi vulnerabili oggetto di una prevenzione selettiva spesso hanno un'esperienza significativa di consumo di droghe lecite e illecite, gli interventi di prevenzione più selettivi sono limitati alla fornitura di informazioni personalizzate, di consulenza individuale e di alternative nella sfera della creatività o delle attività sportive. Tuttavia, va ricordato che le tecniche adottate nei programmi di influsso sociale globali finalizzati alla prevenzione universale sono altrettanto, se no di più, efficaci dei programmi di prevenzione selettiva. Nonostante che la riorganizzazione normativa (per esempio, apprendere che la maggior parte dei coetanei disapprova l'uso della droga), l'addestramento all'affermazione personale, la motivazione e la fissazione di obiettivi nonché la correzione dei miti si siano dimostrati estremamente efficaci tra i giovani vulnerabili (Sussman e altri, 2004), tali metodi vengono solo di rado utilizzati ai fini di prevenzione selettiva nell'Unione europea. Le tecniche di intervento negli ambienti ricreativi (cfr. «Prevenzione negli ambienti ricreativi», pag. 48) si configurano perlopiù alla stregua di attività di informazione mirata.

Prevenzione selettiva nelle scuole

Nelle scuole la prevenzione selettiva è prevalentemente incentrata sugli interventi finalizzati a gestire le crisi e sull'individuazione precoce dei ragazzi problematici. Lo scopo è trovare soluzioni a livello scolastico per evitare che gli studenti a rischio lascino la scuola o siano espulsi, con un conseguente aggravamento della loro situazione. Approcci di tipo programmatico vengono offerti da Germania, Irlanda, Lussemburgo e Austria (Leppin, 2004), mentre Polonia e Finlandia organizzano corsi di formazione per gli insegnanti o distribuiscono linee guida su come riconoscere gli allievi problematici, compresi i soggetti che fanno uso di droga, e quindi intervenire in maniera adeguata. Tra gli approcci individuali tradizionali si annoverano i servizi di psicologia educativa (Francia e Cipro), ai quali vengono indirizzati o si rivolgono direttamente i soggetti con problemi. L'Irlanda vanta un nuovo servizio di assistenza educativa intensiva che prevede la collaborazione con le scuole e le famiglie distribuite in zone scolasticamente svantaggiate, per garantire la regolare frequenza scolastica dei bambini e dei ragazzi.

Approcci selettivi a livello locale

Gli approcci selettivi a livello locale sono indirizzati prevalentemente ai giovani di strada vulnerabili. Nei paesi nordici gli approcci cosiddetti *Nightwalkers* prevedono l'intervento di gruppi di genitori deputati alla sorveglianza notturna delle strade. L'Austria ha investito abbondantemente sul miglioramento dell'equilibrio tra prevenzione della droga e creazione di strutture di istruzione e di lavoro sociali mediante l'organizzazione di corsi, linee guida qualitative e seminari congiunti, per

esempio destinati ad assistenti sociali giovanili negli ambienti ad uso ricreativo. L'obiettivo è quello di sfruttare le strutture di lavoro sociali destinate ai giovani per lo svolgimento di attività professionali di prevenzione della droga. Sulla stessa scia la Norvegia vanta una collaborazione e moltiplica gli sforzi interdisciplinari tra scuola, servizi di tutela dell'infanzia e servizi sociali. Per questi progetti in Norvegia (ma anche in Germania e nei Paesi Bassi) vengono utilizzati i metodi RAR (valutazione e risposta rapide) ⁽³⁶⁾, che consistono nella raccolta rapida di informazioni (materiale statistico) e nell'organizzazione di interviste (questionari, gruppi campione) e/o di osservazioni dell'area problematica.

Gli interventi che fanno perno sulla vicinanza a soggetti ad alto rischio sono consolidati in Irlanda, nel Regno Unito e, in misura minore, nei Paesi Bassi e in Portogallo. Peraltro anche Germania (Stöver e Kolte, 2003, citati nella relazione nazionale tedesca) e Francia hanno cominciato a proporre azioni in questo settore. È una novità che questi paesi indirizzino le proprie azioni di prevenzione della droga a particolari aree geografiche sulla base di parametri sociali.

Anche gli Stati membri stanno sempre più puntando le proprie attività a gruppi etnici specifici nell'ambito delle rispettive politiche di prevenzione selettiva (per esempio, Irlanda, Lussemburgo e Ungheria). L'attenzione rivolta all'appartenenza etnica rappresenta fra l'altro un fattore importante in Ungheria, dove la popolazione rom rientra fra quelle ad alto rischio a causa delle caratteristiche sociali e culturali e delle condizioni di vita svantaggiose in cui versano le diverse comunità. Sono le organizzazioni non governative (ONG) a intervenire con formazione tra pari, gruppi di autoaiuto, attività di supervisione, programmi vari di prevenzione e servizi a bassa soglia per i rom.

Famiglie vulnerabili

La prevenzione universale che fa perno sulle famiglie, che si concreta perlopiù in eventi, convegni, seminari e workshop serali destinati ai genitori, è una forma di intervento ancora popolare in molti Stati membri (Germania, Francia, Cipro e Finlandia), nonostante sia difficile dimostrarne l'efficacia (Mendes e altri, 2001). In Grecia, Spagna, Irlanda e Norvegia, tuttavia, la prevenzione selettiva attraverso le famiglie ha avuto interessanti sviluppi grazie all'introduzione di concetti innovativi che non sono circoscritti alle famiglie o ai genitori con problemi di droga, ma che riconoscono l'impatto sociale, economico e culturale del consumo di droga. Nei Paesi Bassi, dalla valutazione dei progetti di prevenzione della droga per genitori immigrati è emerso che un intervento standardizzato attraverso le reti di

immigranti, rivolto a uomini e donne separatamente, rappresenterebbe una nuova soluzione percorribile (Tarweij e Van Wamel, 2004). In Norvegia la «formazione dei genitori per la gestione dei figli» (PMTO, modello Oregon), nata inizialmente come metodo formativo per le famiglie con bambini con gravi disturbi del comportamento, è stata attuata e valutata in tre municipalità. In altri due paesi è stato messo a punto il «programma dello Iowa di rafforzamento delle famiglie» (ISFP). Questo programma intensivo di intervento in favore delle famiglie a rischio combina metodi didattici destinati agli studenti (10-14 anni) a un programma educativo per i genitori, il cui scopo è la prevenzione della droga attraverso un'accresciuta competenza della famiglia e il rafforzamento dei legami al suo interno (Kumpfer e altri, 2003).

La necessità di una prevenzione mirata

La prevenzione mirata si incentra su soggetti individuati come a rischio di problemi correlati alla droga, per esempio, soggetti con deficit di attenzione/iperattivi. Solo Germania e Svezia riferiscono tuttavia l'adozione di misure di prevenzione della droga mirate ai giovani con deficit di attenzione/iperattività. In Germania le stime attuali sulla prevalenza dei deficit di attenzione/iperattività dimostrano che ne sono affetti il 2-6 % dei soggetti di età compresa tra i 6 e i 18 anni; questa condizione rappresenta quindi uno dei quadri clinici cronici più diffusi tra i bambini e i giovani. In Svezia la strategia preventiva per questi bambini prevede interventi di formazione cognitiva e sociale; le metodologie elaborate a tal fine vengono inserite nei programmi di formazione di esperti della prevenzione. Poiché quasi tutti i bambini in età prescolare beneficiano di un'assistenza sanitaria primaria e la maggior parte frequenta le scuole elementari, un vaglio sistematico dovrebbe consentire di individuare la maggior parte dei bambini a rischio e, quindi, di mettere a punto i successivi interventi individuali.

Il piano d'azione italiano dà molta importanza alle condizioni psicopatologiche e ai gravi problemi comportamentali nei bambini e negli adolescenti, ritenendo che, se trascurati in una fase precoce, essi rappresentano un trampolino di lancio verso il consumo o l'abuso di droga. Tra i problemi individuati si contano: disturbi del comportamento, iperattività e deficit di attenzione, ansia associata a disturbi dell'umore, bulimia e obesità psicogena, disturbi della personalità, problemi di comunicazione interpersonale, disturbi da stress posttraumatico, attacchi di panico. Si prevedono approcci di prevenzione sia universale che selettiva.

⁽³⁶⁾ Organizzazione mondiale della sanità: *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people* (Guida rapida di valutazione e risposta sull'uso di sostanze psicoattive tra i giovani particolarmente vulnerabili, <http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).



Capitolo 3

Cannabis

Prevalenza e modelli

La cannabis è la sostanza illecita più consumata in Europa. Le recenti indagini condotte tra la popolazione indicano che il tra 3 e il 31 % degli adulti (di età compresa tra i 15 e i 64 anni) ha provato la cannabis almeno una volta nella vita (consumo una tantum). Le percentuali di prevalenza più basse sul consumo una tantum si registrano a Malta (3,5 %), in Portogallo (7,6 %) e in Polonia (7,7 %); le più alte in Francia (26,2 %), nel Regno Unito (30,8 %) e in Danimarca (31,3 %). Nella maggior parte dei paesi (15 su 23 che hanno fornito informazioni) la prevalenza una tantum è compresa tra il 10 % e il 25 %.

Una percentuale compresa tra l'1 % e l'11 % degli adulti riferisce di aver fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi, con il dato più basso sulla prevalenza proveniente da Malta, Grecia e Svezia e quello più alto da Repubblica ceca, Francia, Spagna e Regno Unito. La maggior parte dei paesi (14) riferisce tassi di prevalenza sull'uso recente del 3-7 %.

Una stima del numero complessivo di adulti (15-64 anni) che fanno uso di cannabis in tutta l'Unione europea si può evincere dalle stime nazionali disponibili. Si calcola cioè che il 20 % circa della popolazione totale, pari a più di 62 milioni di persone, ha provato la cannabis almeno una volta nella vita. Questa cifra precipita al 6 % degli adulti (più di 20 milioni di persone) se si considera l'uso più recente (prevalenza nell'ultimo anno). A titolo di confronto, da un'indagine condotta nel 2003 a livello nazionale sul rapporto tra consumo di droga e salute (SAMSHA, 2003) emerge che il 40,6 % degli adulti (definiti come soggetti di almeno 12 anni d'età) ha segnalato di aver provato la cannabis o la marijuana almeno una volta, mentre il 10,6 % ha ammesso di averne fatto uso negli ultimi 12 mesi. Nella fascia d'età compresa tra i 18 e i 25 anni le percentuali erano di 53,9 % (una tantum), 28,5 % (ultimi 12 mesi) e 17 % (ultimo mese) ⁽³⁷⁾.

Come per le altre droghe, i tassi più elevati si registrano tra i giovani. Una percentuale compresa tra l'11 % e il 44 % dei giovani europei di 15-34 anni segnala di aver provato la cannabis almeno una volta; i tassi più bassi

Consumo di droga stimato nella popolazione

Il consumo di droga nella popolazione in generale è valutato con indagini miranti a stimare il tasso percentuale di popolazione che ha fatto uso di droga in determinati periodi di tempo: consumo una tantum (esperimento), consumo negli ultimi 12 mesi (consumo recente) o consumo negli ultimi 30 giorni (consumo corrente) ⁽¹⁾.

L'OEDT ha elaborato un insieme di tematiche comuni («Questionario europeo», EMQ) che viene usato da o è compatibile con la maggior parte delle indagini realizzate negli Stati membri dell'UE. L'EMQ è inserito in una relazione disponibile sul sito web dell'OEDT ⁽²⁾. Il «consumo una tantum» può essere di limitato valore come indicatore della situazione corrente tra gli adulti (nonostante possa essere un indicatore ragionevole tra gli scolari), ma associato ad altre misure può favorire la comprensione di taluni aspetti dei modelli di consumo (continuazione o cessazione del consumo) nonché delle dinamiche generazionali della diffusione del consumo di stupefacenti. Il «consumo negli ultimi 12 mesi» fornisce un'indicazione del consumo recente di stupefacenti, sebbene si tratti spesso di un consumo occasionale, mentre il «consumo negli ultimi 30 giorni» segnala un consumo più attuale, un dato che comprende anche le persone che fanno uso frequente di droga.

⁽¹⁾ Per maggiori informazioni sulla metodologia delle indagini nella popolazione e la metodologia usata in ciascuna indagine nazionale si rimanda al bollettino statistico 2005.

⁽²⁾ Manuale per le indagini sul consumo di droga nella popolazione generale (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380).

provengono da Grecia, Portogallo e Polonia, i più alti da Francia (39,9 %), Regno Unito (43,4 %) e Danimarca (44,6 %). Un uso recente è stato dichiarato dal 3-22 % dei giovani adulti; le percentuali più basse si riferiscono a Grecia, Svezia, Polonia e Portogallo, le più alte a Regno Unito (19,5 %), Francia (19,7 %) e Repubblica ceca (22,1 %). Undici paesi riportano percentuali di prevalenza comprese nel range 7-15 %.

Tra gli europei di 15-24 anni, il 9-45 % dice di aver provato la cannabis (dato raccolto nella maggior parte dei paesi:

⁽³⁷⁾ Va notato che la fascia d'età dell'indagine statunitense (12 anni e oltre) è più ampia della fascia d'età segnalata dall'OEDT per le indagini a livello UE (15-64 anni). È vero però che la fascia d'età dei giovani (18-25 anni) è più esigua della fascia d'età usata nella gran parte delle indagini a livello UE (15-24 anni).

20-35 %). Riferiscono un uso recente (negli ultimi 12 mesi) il 4-32 % dei partecipanti all'indagine; il dato raccolto nella maggior parte dei paesi è compreso nel range 9-21 % ⁽³⁸⁾.

Come per le altre droghe illecite, le percentuali riferite all'uso della cannabis sono nettamente più alte tra gli uomini rispetto alle donne, benché il grado di differenza sia variabile da paese a paese. Il rapporto uomo-donna per l'esperienza una tantum va da 1,25:1 a 4:1 (da 1,25 a 4 uomini per ogni donna), quello per l'uso attuale da circa 2:1 a 6:1. Le indagini evidenziano inoltre che l'uso della cannabis è più diffuso nelle zone urbane o nelle aree ad alta densità di popolazione. Pertanto, le differenze note a livello nazionale potrebbero in parte riflettere le differenze nel grado di urbanizzazione, sebbene si suggerisca che l'uso di droga a scopo ricreativo stia dilagando dalle zone urbane a quelle rurali.

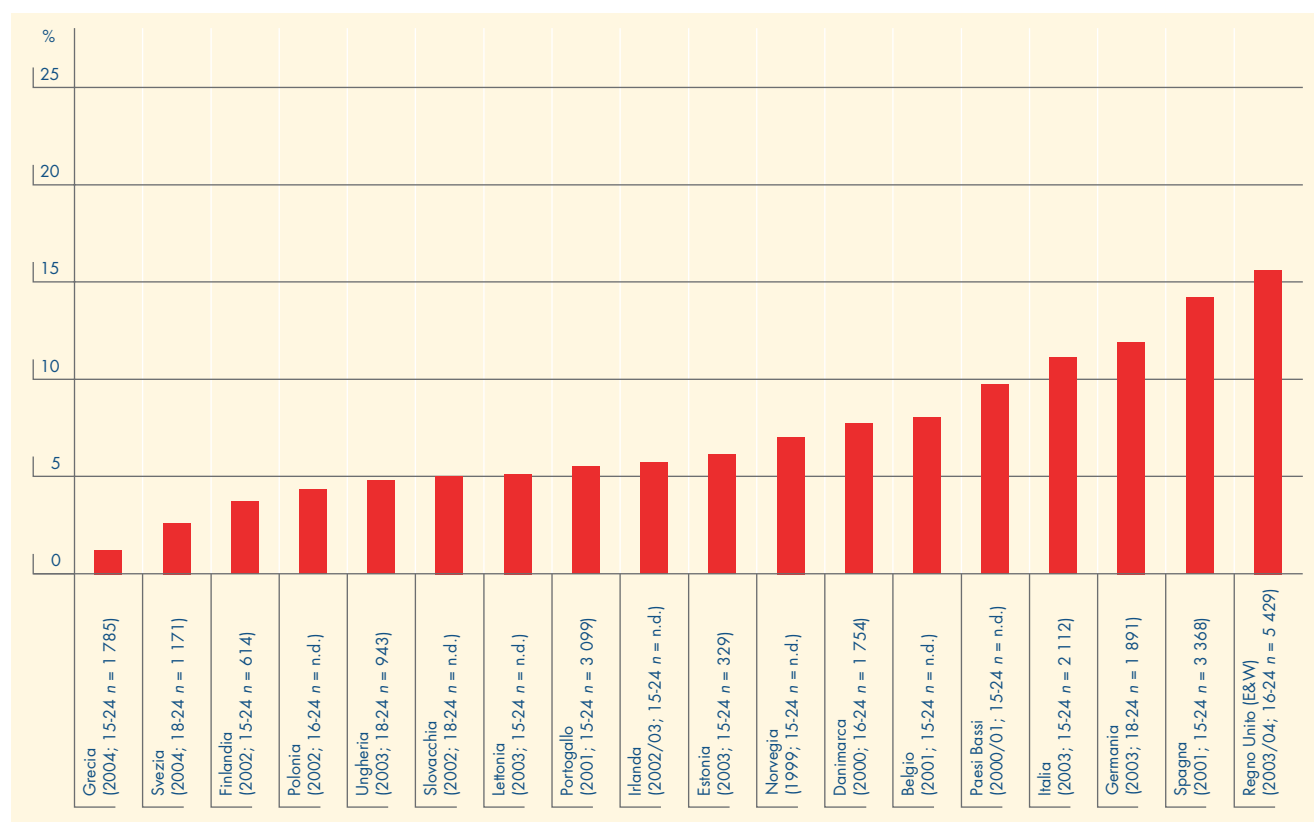
Il fatto che le percentuali riferite all'uso recente e all'uso attuale siano massicciamente più basse rispetto alla percentuale dell'esperienza una tantum indica che il consumo di cannabis tende a essere occasionale o che prima o poi venga interrotto. Nella maggioranza dei paesi UE, una percentuale compresa tra il 20 % e il 40 %

di tutti gli adulti che hanno provato la cannabis almeno una volta nella vita segnala di averne fatto uso nel corso degli ultimi 12 mesi, e una percentuale compresa tra il 10 % e il 20 % ammette di averne fatto uso nel corso degli ultimi 30 giorni («percentuali di continuità»).

Nei sondaggi recenti il consumo nell'ultimo mese è stato riferito dallo 0,5-9 % di tutti gli adulti (molti paesi con percentuali comprese tra il 2 % e il 4 %), dall'1,5-13 % dei giovani adulti (molti paesi con percentuali comprese tra il 3 % e l'8 %) e dall'1,2-16 % dei ragazzi di 15-24 anni (molti paesi con percentuali comprese tra il 5 % e il 10 %) (grafico 3). Da una stima rudimentale si potrebbe concludere che un giovane europeo su 10-20 fa uso attualmente di cannabis. I paesi con la prevalenza minore di consumo attuale sono Malta, Grecia, Svezia, Polonia e Finlandia, quelli con la prevalenza maggiore Regno Unito e Spagna.

I dati contenuti nella relazione annuale 2004 (EMCDDA, 2004a) e riferiti alla frequenza dell'uso di cannabis negli ultimi 30 giorni suggeriscono che circa un quarto (19-33 %) dei soggetti che ha consumato cannabis negli ultimi mesi fa uso di questa sostanza con frequenza quotidiana o quasi quotidiana ⁽³⁹⁾; tra questi prevalgono

Grafico 3 — Uso attuale (ultimo mese) della cannabis tra i giovani adulti (15-24 anni), registrato dalle indagini nazionali



NB: I dati provengono dalle indagini nazionali più recenti disponibili in ogni paese. Alcuni paesi si riferiscono ad una fascia d'età leggermente diversa da quella standard applicata dall'OEDT per i giovani adulti. Le differenze in base alle fasce di età possono, in misura ridotta, produrre disparità da paese a paese.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox (2004), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici. Cfr. la tabella GPS-0 nel bollettino statistico 2005.

⁽³⁸⁾ Cfr. il grafico GPS-2 nel bollettino statistico 2005.

⁽³⁹⁾ Cfr. la relazione annuale 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Le informazioni si riferiscono al «consumo per 20 o più giorni nell'arco dei 30 giorni precedenti» o anche al «consumo quotidiano o quasi quotidiano».

i giovani di sesso maschile. Si calcola che tra i giovani europei di età compresa tra i 15 e i 34 anni lo 0,9-3,7 % consuma cannabis quotidianamente, e che circa 3 milioni di persone in Europa potrebbero utilizzare questa sostanza ogni giorno o quasi ogni giorno.

Tendenze

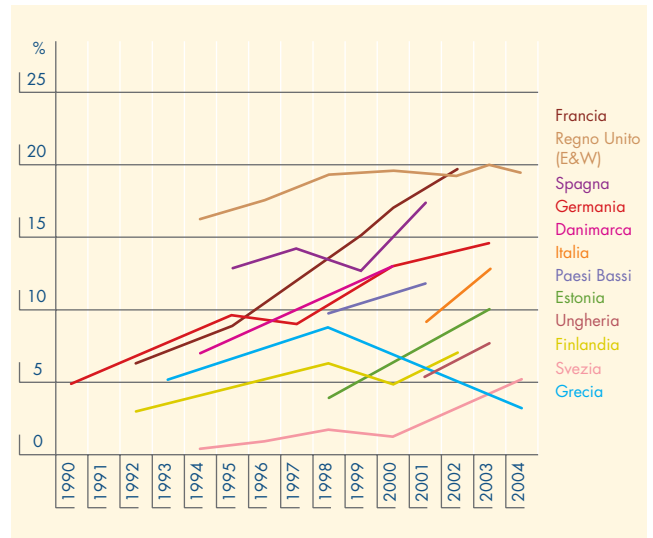
Nella maggior parte dei paesi dell'UE la mancanza di una serie di lungo periodo di indagini coerenti rappresenta un limite all'individuazione di linee di tendenza affidabili. Molti paesi effettuano indagini consecutive, ma non si tratta di serie di indagini in senso stretto: nonostante il grado di armonizzazione raggiunto, i metodi e le dimensioni dei campioni continuano a variare da indagine a indagine e la frequenza stessa può essere irregolare. Inoltre, le indagini vengono condotte in anni diversi in paesi diversi, rendendo così difficoltosa l'individuazione delle tendenze europee. L'ideale sarebbe svolgere indagini nazionali sulla popolazione in tutti gli Stati membri nello stesso periodo: ciò agevolerebbe enormemente il raffronto dei risultati a livello nazionale (nel tempo) ed europeo (tra paesi) e favorirebbe la valutazione dei risultati del piano d'azione europeo in materia di droga.

Ciò che si può dedurre dai dati ottenuti dai vari tipi di indagine (a livello nazionale o domestico locale, tra i militari di leva e nelle scuole) è che il consumo di cannabis è aumentato nettamente nel corso degli anni novanta in quasi tutti i paesi dell'UE, particolarmente tra i giovani, e che in taluni paesi continua a crescere anche di recente (grafico 4). Nel Regno Unito, che fino al 2000 mostrava le cifre più alte, l'uso della cannabis tra i giovani adulti è rimasto relativamente stabile tra il 1998 e il 2003-2004, mentre altri paesi hanno cominciato ad avvicinarsi [Francia e Spagna ⁽⁴⁰⁾]. In controtendenza, la Grecia ha registrato un calo tra il 1998 e il 2004.

Nella maggior parte dei nuovi Stati membri i dati disponibili, provenienti soprattutto da indagini condotte nelle scuole, suggeriscono un aumento sostanziale del consumo di cannabis verificatosi negli ultimi anni. Tale aumento è stato riscontrato soprattutto dalla metà degli anni novanta in poi, concentrato nelle zone urbane, tra i giovani di sesso maschile. In Estonia e Ungheria una serie di indagini consecutive condotte tra gli adulti ha permesso di individuare le recenti tendenze (grafico 4).

Un confronto con i risultati delle indagini ESPAD nelle scuole del 1995, 1999 e 2003 (Hibell e altri, 2004) mostra che, in quasi tutti gli Stati membri e nei paesi candidati che hanno partecipato all'attività, la prevalenza del consumo una tantum di cannabis tra gli studenti di 15-16 anni è aumentata del 2 % o più (grafico 5). In oltre la metà di questi paesi le stime sulla prevalenza sono raddoppiate o triplicate dal 1995. Gli aumenti relativi più

Grafico 4 — Andamento del consumo recente (ultimo anno) della cannabis tra i giovani adulti (15-34 anni), registrato dalle indagini nazionali ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Le dimensioni dei campioni (intervistati) nel gruppo 15-34 anni, per paese e per anno, figurano nella tabella GPS-4 nel bollettino statistico 2005. NB: I dati sono desunti dalle indagini nazionali disponibili nei vari paesi. I dati e la metodologia di ciascuna indagine si possono consultare nella tabella GPS-4 nel bollettino statistico 2005.

Per i giovani adulti, l'OEDT utilizza la fascia d'età 15-34 anni; la Danimarca e il Regno Unito partono da 16 anni, la Germania, l'Estonia (1998) e la Francia da 18 anni. In Francia la fascia di età si è estesa da 25-34 anni nel 1992 a 18-39 anni nel 1995.

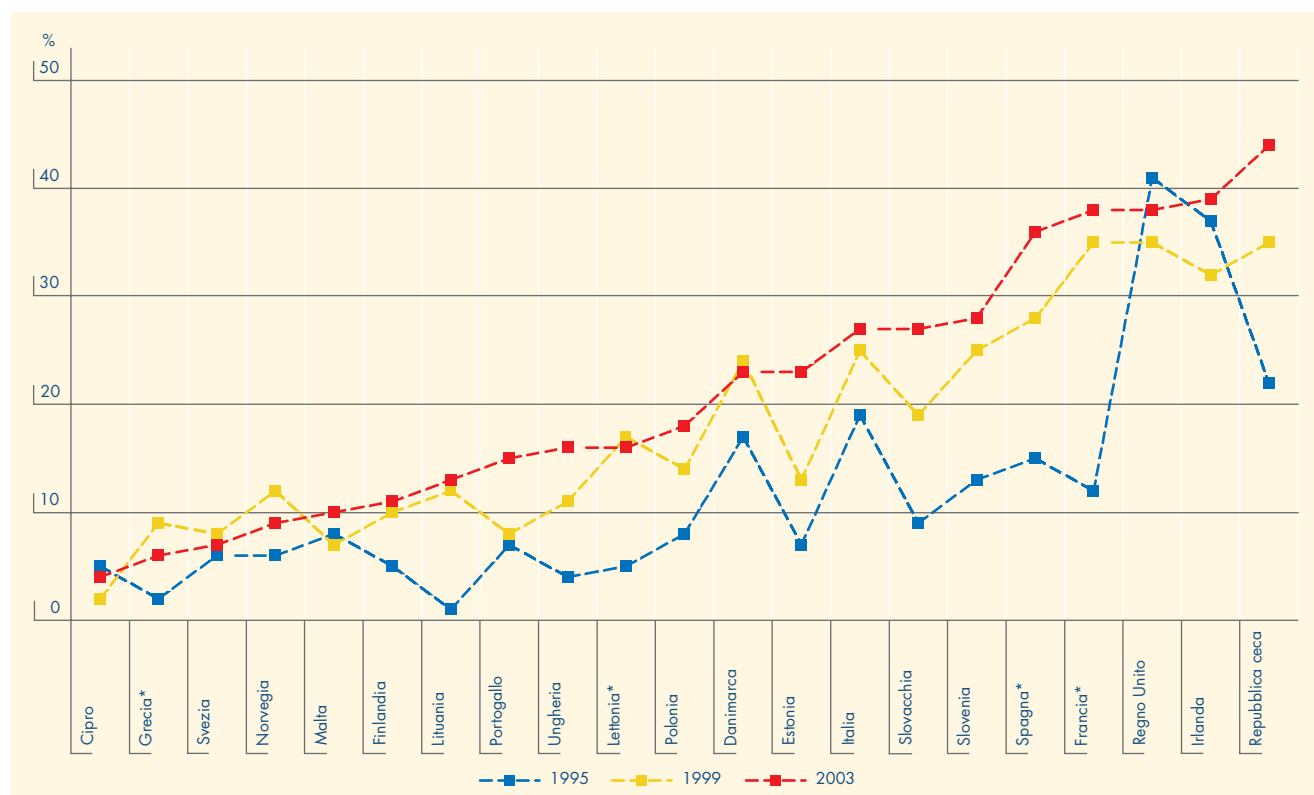
Fonti: Relazioni nazionali Reitox (2004), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici. Cfr. la tabella GPS-0 nel bollettino statistico 2005.

alti si sono avuti soprattutto negli Stati membri dell'Europa orientale, che hanno riferito una prevalenza dell'uso una tantum di cannabis pari a meno del 10 % nel 1995. In nessuno dei paesi partecipanti alle tre indagini si è registrato un calo continuo ed evidente del consumo una tantum di cannabis.

Le indagini nelle scuole rivelano che, per quanto concerne le tendenze del consumo ricreativo e occasionale della cannabis, gli Stati membri possono essere classificati in tre gruppi distinti: nel primo gruppo (che comprende Irlanda e Regno Unito) la prevalenza una tantum è alta (attorno al 38-39 %), ma è rimasta stabile negli ultimi otto anni. Questi paesi hanno una lunga storia di consumo di cannabis; percentuali elevate di consumo di questa sostanza sono state registrate negli anni ottanta e novanta. In un secondo gruppo di paesi la prevalenza una tantum dell'uso di cannabis tra gli studenti delle scuole è molto aumentata nel periodo di riferimento (fino a 26 punti percentuali). Il gruppo comprende tutti i nuovi Stati membri dell'Europa orientale e Danimarca, Spagna, Francia, Italia e Portogallo. Nel terzo gruppo i dati sulla prevalenza una tantum tra gli studenti sono rimasti a livelli relativamente bassi (attorno al 10 % o meno). Questo gruppo comprende Stati

⁽⁴⁰⁾ Le informazioni pervenute in ritardo e da includere nella relazione evidenziano un LYP tra i giovani adulti in Spagna del 20,1% nell'indagine del 2003.

Grafico 5 — Prevalenza una tantum del consumo di cannabis tra gli studenti di 15-16 anni riportata nelle indagini ESPAD del 1995, 1999 e 2003



NB: Nel 1995 le indagini condotte nei paesi contrassegnati da un asterisco non erano strettamente paragonabili a quelle dell'ESPAD. La Spagna non ha partecipato all'indagine ESPAD. I dati inseriti si fondano su una serie di indagini condotte in Spagna nel 1996, nel 1998 e nel 2002. I quesiti sulla prevalenza del consumo di droga possono essere considerati analoghi ai quesiti dell'ESPAD; taluni aspetti metodologici tuttavia differiscono e ciò rende difficile il confronto.

Fonte: Hibell e altri, 2004.

membri dell'Europa settentrionale e meridionale (Finlandia, Svezia e Norvegia; Grecia, Cipro e Malta).

Tra gli adulti lo scenario è meno chiaro, perché sono disponibili meno informazioni e quelle disponibili sono più eterogenee; tuttavia si configura un panorama analogo, con percentuali sull'uso recente di cannabis (uso nell'ultimo anno) elevate ma stabili nel Regno Unito, forti incrementi negli ultimi anni in alcuni altri paesi (per esempio, Danimarca, Germania, Estonia, Spagna e Francia) e una prevalenza più bassa nonché un andamento meno chiaro per altri (per esempio, Grecia, Finlandia e Svezia). Nuove indagini nelle scuole e tra gli adulti nei prossimi 2-3 anni consentiranno di far luce sul problema complesso dell'evoluzione delle tendenze in tema di droga.

Prevenzione dell'uso della cannabis

A fronte delle preoccupazioni manifestate in alcuni paesi per l'aumento del consumo di cannabis tra i giovani si è aperto un dibattito sull'utilità o meno di introdurre tra le misure di controllo il test sulla droga. Alcuni paesi si sono mossi in questa direzione, sebbene il test per il rilevamento

della droga rimanga tuttora una misura poco diffusa. Nella Repubblica ceca gli organi d'informazione hanno riferito l'impiego del test delle urine e dei cani antidroga nelle scuole. Se, da un lato, vi è chi sostiene tali misure, dall'altro lato un gruppo di esperti ha concluso che tali metodi non dovrebbero rientrare in una strategia di prevenzione primaria efficace. Nel Regno Unito le linee guida lanciate di recente per le scuole contengono una serie di aspetti importanti da considerare prima di mettere in atto un programma di test per il rilevamento della droga. Tra questi il fatto di ottenere il necessario consenso dei genitori (o degli allievi stessi, se considerati competenti), una riflessione per capire se il test è coerente con il dovere pastorale d'assistenza della scuola, e l'eventuale disponibilità o altro di servizi di sostegno idonei. Qualsiasi decisione di sottoporre gli allievi a un test sulla droga deve essere fatta rientrare nella politica in materia di droga della scuola. Sul sito web dell'OEDT è disponibile una breve relazione sull'esecuzione di test sulla droga nelle scuole dell'Unione europea ⁽⁴¹⁾.

La cannabis è quasi sempre compresa nei programmi di prevenzione universali (non mirati). L'accento dato dagli organi di informazione al consumo crescente di cannabis

(41) <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

tra i giovani, con l'insinuazione sottesa che l'uso della cannabis è sempre più «normale», mette in evidenza la necessità di intervenire sulle convinzioni normative dei giovani. Il disagio prodotto dalla crescente accettazione del consumo di cannabis tra i giovani ha portato all'adozione di programmi di prevenzione miranti ad incidere sulle convinzioni dei giovani su ciò che rappresenta un comportamento normale o accettabile. Questo aspetto è discusso in dettaglio al capitolo 2. Molti interventi consistono perlopiù nella distribuzione di informazioni sulla cannabis attraverso campagne informative tramite i media, volantini o siti web. Esistono, tuttavia, alcuni interessanti esempi di prevenzione selettiva, che possono essere reperiti nella banca dati dell'OEDT dei progetti di prevenzione valutati, EDDRA ⁽⁴²⁾. Questi schemi si rivolgono prevalentemente a giovani consumatori di cannabis colpevoli di reati correlati agli stupefacenti, offrendo servizi di consulenza, formazione delle competenze personali e sostegno tra le diverse agenzie. Tra gli esempi di questi schemi vale la pena citare FRED (Germania), MSF-Solidarité Jeunes (Lussemburgo), Ausweg (Austria) e le équipes dedicate ai giovani autori di reati (YOT) nel Regno Unito.

L'elevata prevalenza del consumo di cannabis tra i giovani comporta spesso, per chi lavora a contatto con studenti in età scolare, una profonda riflessione su questo problema cruciale. Un promettente approccio di prevenzione selettiva nelle scuole è il programma graduale *Step by Step*, attuato in Germania e Austria. Esso aiuta gli insegnanti a individuare e a gestire il consumo di droga e i comportamenti problematici diffusi tra gli studenti ⁽⁴³⁾.

Una questione spinosa per chi intende reagire a questo scenario resta l'individuazione del limite tra prevenzione e trattamento. Il consumo di cannabis è influenzato da fattori sociali, personali e legati al gruppo, i quali fattori rivestono un ruolo importante nel rischio individuale di sviluppare un problema di droga a lungo termine; l'opera di prevenzione pertanto si concentra spesso su tali sfere piuttosto che non sulla droga stessa (Morral e altri, 2002). Per esempio, in seguito ad una valutazione del progetto Ausweg (Austria) è emerso, contrariamente alle previsioni, che sono meno elevate le probabilità che i giovani alla prima denuncia per reati in connessione con la cannabis siano affetti da deficit della personalità, ciò a conferma dell'importanza dell'influsso sul consumo di droga dei fattori situazionali, sociali e del gruppo anziché dei problemi psicologici individuali (Rhodes e altri, 2003;

Butters, 2004). Alcuni progetti, è vero, pongono la cannabis al centro delle attività e offrono ai giovani un servizio di consulenza finalizzato a ridurre il consumo. Un esempio in tal senso viene dalla Germania, dal sito web «Quit the Shit» (www.drugcom.de), che rappresenta un programma di consulenza online innovativo per i consumatori di cannabis.

Dati sulla domanda di trattamento

Tra le circa 480 000 domande di trattamento riportate in totale, la cannabis è segnalata come droga primaria nel 12 % circa dei casi, seconda dopo l'eroina. Nel periodo 1996-2003 (otto anni) la percentuale di consumatori di cannabis tra i nuovi soggetti che hanno chiesto un trattamento per tutte le sostanze è aumentato di almeno il doppio in molti paesi ⁽⁴⁴⁾, con aumenti analoghi del numero di pazienti. Quest'analisi, tuttavia, andrebbe considerata con cautela, essendo fondata su un numero ristretto di paesi in grado di fornire i dati necessari per un confronto delle tendenze nel tempo.

Nel complesso, dopo l'eroina, la cannabis è anche la seconda droga più citata nelle cartelle cliniche dei pazienti che per la prima volta si sottopongono a un trattamento ⁽⁴⁵⁾. Si notano variazioni notevoli da paese a paese: la cannabis è citata dal 2-3 % di tutti i pazienti in Bulgaria e Polonia, ma da oltre il 20 % di tutti i pazienti in Danimarca, Germania, Ungheria e Finlandia ⁽⁴⁶⁾. In tutti i paesi in cui sono disponibili dati, la proporzione di pazienti che chiedono un trattamento per il consumo di cannabis è maggiore tra i nuovi pazienti rispetto agli altri, con poche eccezioni in cui il rapporto è più o meno lo stesso ⁽⁴⁷⁾. Ciò nonostante, nell'arco del periodo di otto anni 1996-2003, la percentuale rispetto ai pazienti che cercano un trattamento per tutte le altre droghe è aumentata dal 9,4 % al 21,9 % ⁽⁴⁸⁾. Quest'analisi dovrebbe venire ugualmente considerata con cautela essendo basata su un numero ristretto di paesi in grado di fornire i dati necessari per un confronto delle tendenze nel tempo.

Tra i consumatori di droga in terapia il numero dei pazienti di sesso maschile supera quello delle pazienti donna. Il rapporto uomo-donna più alto si riscontra tra i nuovi pazienti che chiedono di essere sottoposti a terapia per il consumo di cannabis (4,8 a 1). I rapporti più alti vengono registrati in Germania, Cipro, Ungheria e Slovenia; quelli più bassi in Repubblica ceca, Slovenia,

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int>

⁽⁴³⁾ Cfr. il sito web dell'OEDT per ulteriori informazioni: *Step by Step* (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) e *Individuazione e intervento precoci in caso di uso problematico della droga e tossicodipendenza* (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Cfr. le tabelle TDI-2 (parte i) e TDI-3 (parte iii) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁴⁵⁾ Cfr. anche la questione specifica sulla richiesta di trattamento per la cannabis nella relazione annuale 2004 dell'OEDT (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

Per quanto attiene alla distribuzione generale e alle tendenze, l'analisi dei dati poggia sui pazienti che fanno domanda di trattamento in tutti i centri terapeutici mentre per il profilo dei pazienti e i modelli d'uso essa attinge dai centri terapeutici ambulatoriali.

⁽⁴⁶⁾ Cfr. le tabelle TDI-2 (parte ii) e TDI-5 (parte ii) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁴⁷⁾ Cfr. le tabelle TDI-4 (parte ii) e TDI-5 (parte ii) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁴⁸⁾ Cfr. la tabella TDI-3 (parte iii) nel bollettino statistico 2005.

Indicatore della domanda di trattamento

Le informazioni relative al numero delle persone che chiedono di entrare in terapia per problemi di droga forniscono un'indicazione utile dell'andamento generale che caratterizza il consumo problematico di stupefacenti; offrono inoltre un quadro dell'organizzazione delle strutture terapeutiche e del ricorso ad esse. L'indicatore della domanda di trattamento (TDI) utilizzato dall'OEDT ⁽¹⁾ ⁽²⁾ fornisce una struttura uniforme per relazionare sul numero e sulle caratteristiche dei pazienti demandati alle strutture terapeutiche. Per quanto i dati TDI forniscano un quadro ragionevolmente affidabile e utile delle caratteristiche dei pazienti demandati a servizi specializzati, per una serie di ragioni tecniche occorre cautela nell'estrapolare risultati relativi alla clientela di tutti i servizi complessivamente erogati. In particolare, il numero di paesi che forniscono annualmente nuovi dati è variabile: pertanto si richiede prudenza nell'interpretare le tendenze individuate a livello europeo. Va notato, inoltre, che la copertura dei dati può variare da paese a paese (i dati sulle unità coperte sono riferiti nel bollettino statistico) e che i dati sulla domanda di trattamento riflettono in parte la disponibilità di servizi terapeutici a livello nazionale.

Per favorire l'interpretazione e il confronto dei dati sulla domanda di trattamento, si deve tener conto di quanto segue:

- i pazienti che per la prima volta entrano in terapia per tossicodipendenza vengono denominati «nuovi pazienti». A livello analitico, questo gruppo è

considerato preminente, in quanto indice delle tendenze nel consumo di stupefacenti; sono peraltro riportate analisi relative a tutti i pazienti. Il gruppo comprende i nuovi pazienti come pure coloro che, avendo interrotto o terminato una terapia nell'anno precedente, la riprendono in quello di riferimento. Non sono riportati dati sui pazienti che, durante il periodo di riferimento, hanno continuato — senza interruzioni — una terapia iniziata negli anni precedenti;

- i tipi di dati raccolti sono due: dati riassuntivi su tutti i centri terapeutici e dati dettagliati per ciascun tipo di centro (centri terapeutici ambulatoriali, centri terapeutici ospedalieri, enti a bassa soglia, medici generici, unità terapeutiche in carcere, altri tipi di centri). Tuttavia, per la maggior parte degli Stati, esistono dati sparsi per tipi di centro diversi dai centri terapeutici ambulatoriali e ospedalieri. Per questa ragione l'analisi è spesso limitata ai centri terapeutici ambulatoriali, per i quali esiste una copertura informativa migliore;
- rientrano nei dati informazioni qualitative e contestuali estrapolate dalle relazioni nazionali Reitox 2004 al fine di favorire l'interpretazione dei dati TDI.

⁽¹⁾ Per ulteriori dettagli si rimanda alla pagina web dell'OEDT sulla domanda di trattamento (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) e al link al protocollo sull'indicatore della domanda di trattamento, versione 2.0, del gruppo congiunto Pompidou - OEDT.

⁽²⁾ Per maggiori dettagli sulle fonti di informazione per paese cfr. la tabella TDI-1 nel bollettino statistico 2005.

Finlandia e Svezia. Queste differenze da paese a paese sono il frutto di fattori culturali o di altre possibili differenze nell'organizzazione dei servizi terapeutici ⁽⁴⁹⁾.

I pazienti sottoposti a terapia per problemi collegati alla cannabis tendono a essere relativamente giovani; praticamente tutti i pazienti che per la prima volta chiedono di entrare in terapia per la cannabis hanno un'età inferiore ai 30 anni. Nei programmi terapeutici specializzati sono gli adolescenti i soggetti nei quali con più probabilità viene riscontrato un problema di cannabis primario; la cannabis interessa il 65 % delle domande di trattamento tra gli adolescenti di età inferiore ai 15 anni e il 59 % tra quelli di età compresa tra i 15 e i 19 anni ⁽⁵⁰⁾.

Le differenze da paese a paese in termini di frequenza del consumo di cannabis tra i nuovi pazienti sono marcate. Le percentuali maggiori di consumo di cannabis quotidiano si raccolgono in Danimarca e nei Paesi Bassi tra i nuovi pazienti con problemi di cannabis, mentre le percentuali maggiori di consumatori occasionali o di soggetti che non hanno fatto uso della sostanza nel mese precedente il trattamento vengono riferite in Germania e Grecia ⁽⁵¹⁾;

queste differenze probabilmente riflettono le diversità di prescrizione del trattamento. In Germania circa un terzo dei nuovi pazienti con problemi di cannabis fa uso di questa droga occasionalmente o non ne ha fatto uso nel mese precedente il trattamento; altrove, tuttavia, questo gruppo rappresenta l'11 % dei pazienti, dei quali il 60 % ne fa uso quotidianamente.

Sequestri e informazioni sul mercato

Produzione e traffico

Nel 2003 la cannabis ha continuato a essere la droga illecita più largamente prodotta e smerciata in tutto il mondo. Ciò nonostante, la diffusione globale della produzione di cannabis e la difficoltà nel monitorarla rendono la stima sul volume di produzione alquanto problematica (UNODC, 2003a).

La produzione su larga scala della resina di cannabis è concentrata in una manciata di paesi, soprattutto in Marocco, mentre il traffico è diffuso su un ampio numero di Stati (CND, 2004, 2005). In base a un'indagine sulla

⁽⁴⁹⁾ Cfr. la tabella TDI-22 nel bollettino statistico 2005.

⁽⁵⁰⁾ Cfr. la tabella TDI-10 (parte ii) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁵¹⁾ Cfr. la tabella TDI-18 (parte iv) nel bollettino statistico 2005.

Interpretazione dei sequestri e delle informazioni sul mercato

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

produzione di cannabis in Marocco condotta dall'UNODC e dal governo marocchino (2003), si calcola che nel 2003 la regione del Rif contribuiva per il 40 % della produzione mondiale di resina di cannabis (INCB, 2005). La maggior parte della resina di cannabis consumata nell'UE proviene dal Marocco e penetra nel continente europeo soprattutto attraverso la penisola iberica, sebbene i Paesi Bassi rappresentino un altro notevole centro di distribuzione a destinazione dei paesi dell'UE (Bovenkerk e Hogewind, 2002). Altri Stati menzionati nel 2003 come originari della resina di cannabis sequestrata nell'UE sono Albania, Afghanistan, Iran, Pakistan, Nepal e India (relazioni nazionali Reitox, 2004; INCB, 2005).

La produzione globale di foglie di cannabis continua a essere diffusa in tutto il mondo; la potenziale produzione è stata calcolata attorno alle 40 000 tonnellate (CND, 2005). Si ritiene che le foglie di cannabis sequestrate nell'UE nel 2003 provenissero da vari paesi, compresi Paesi Bassi e Albania, ma anche da Stati africani (Malawi, Sud Africa, Nigeria) e USA (relazioni nazionali Reitox, 2004). Inoltre, parte della coltivazione (sia in serra che all'aria aperta) e produzione locali dei prodotti a base di cannabis avviene principalmente negli Stati membri europei (relazioni nazionali Reitox, 2004).

Sequestri

Nel 2003 sono state sequestrate in tutto il mondo 1 347 tonnellate di resina di cannabis e 5 821 tonnellate di foglie di cannabis. Il quantitativo maggiore di resina di cannabis è stato sequestrato in Europa occidentale e centrale (70 %) nonché in Asia sudoccidentale e nel Vicino e Medio Oriente (21 %), mentre i quantitativi maggiori di foglie di cannabis sono stati sequestrati nelle Americhe (68 %) e in Africa (26 %) (CND, 2005). In termini di numeri di sequestri, la cannabis è la sostanza più sequestrata in tutti i paesi dell'Unione europea, a eccezione di Estonia e Lettonia, dove nel 2003 era maggiore il numero dei sequestri di anfetamine. In termini quantitativi, la cannabis è anche la droga più sequestrata nell'UE, sebbene nel 2003 siano stati riferiti in alcuni paesi volumi maggiori di altre sostanze sequestrate (anfetamine in Estonia e Lussemburgo, eroina in Ungheria, cocaina in Polonia). Storicamente il numero più alto di sequestri nell'UE si è avuto nel Regno Unito, seguito da Spagna e Francia, e probabilmente la situazione non è cambiata⁽⁵²⁾. Tuttavia, negli ultimi cinque anni, in Spagna è stata intercettata più della metà del volume totale di sostanza sequestrata nell'UE. A livello comunitario il numero di sequestri di cannabis⁽⁵³⁾ ha evidenziato un andamento più o meno crescente nel 1998, sebbene il dato sia reso incerto dalla disponibilità soltanto parziale di dati da parte di alcuni paesi, mentre i quantitativi di sostanza intercettata⁽⁵⁴⁾ sembrano aver subito un incremento dal 2000.

Prezzo e potenza

Nel 2003 il prezzo al dettaglio medio della resina di cannabis nell'Unione europea andava da 1,4 euro al grammo in Spagna a 21,5 euro al grammo in Norvegia, mentre il prezzo delle foglie di cannabis andava da 1,1 euro al grammo in Spagna a 12 euro al grammo in Lettonia⁽⁵⁵⁾.

La potenza dei prodotti di cannabis è determinata dal loro contenuto in tetraidrocannabinolo (THC), il principale principio attivo. Nel 2003, nei paesi di cui si dispongono i dati, la resina di cannabis al dettaglio aveva un contenuto medio di THC compreso tra meno dell'1 % (Polonia) e il 25 % (Slovacchia), mentre la potenza delle foglie di cannabis variava dall'1 % (Ungheria e Finlandia) al 20 % (foglie prodotte nei Paesi Bassi)⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵²⁾ L'affermazione andrebbe verificata alla luce dei dati ancora mancanti riferiti al 2003, una volta che si renderanno disponibili. I dati riguardanti il numero dei sequestri di cannabis nel 2003 non erano disponibili per Italia, Cipro, Paesi Bassi e Romania; i dati riguardanti sia il numero dei sequestri di cannabis sia i quantitativi sequestrati di cannabis nel 2003 non erano disponibili per Irlanda e Regno Unito.

⁽⁵³⁾ Cfr. la tabella SZR-1 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁵⁴⁾ Cfr. la tabella SZR-2 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁵⁵⁾ Cfr. la tabella PPP-1 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁵⁶⁾ Cfr. la tabella PPP-5 (parte i) nel bollettino statistico 2005.



Capitolo 4

Stimolanti del tipo anfetamine, LSD e altre droghe sintetiche

In termini di prevalenza d'uso, in quasi tutti i paesi viene riferito il consumo di una qualche forma di droga sintetica come seconda sostanza usata più di frequente. Nel complesso la prevalenza del consumo di queste sostanze nella popolazione generale è bassa, ma la prevalenza tra i gruppi più giovani è molto superiore e, anzi, il consumo di queste sostanze stupefacenti può essere particolarmente elevato in alcuni ambienti sociali e/o in alcune subculture.

Tra le droghe sintetiche usate in Europa vi sono sia gli stimolanti, sia le sostanze allucinogene. Tra queste ultime il dietilamide dell'acido lisergico (LSD) è di gran lunga il più noto, ma i livelli di consumo generali sono rimasti bassi e, in un certo senso, stabili per molto tempo. È in parte dimostrato un interesse crescente verso gli allucinogeni naturali, di cui avremo modo di parlare in questa relazione.

L'espressione «stimolanti del tipo anfetamine» (ATS) si usa in riferimento sia alle anfetamine sia al gruppo ecstasy. Il termine «anfetamine» è una parola generica usata per descrivere una serie di sostanze chimicamente correlate che stimolano il sistema nervoso centrale; tra queste le due più importanti, dal punto di vista del mercato europeo delle droghe illecite, sono l'anfetamina e la metanfetamina. Delle due l'anfetamina è senz'altro la più facilmente reperibile, benché la diffusione della metanfetamina sia in crescita in tutto il mondo. Ad oggi un consumo significativo della metanfetamina in Europa sembra ristretto alla Repubblica ceca, anche se sporadiche segnalazioni da altri paesi sottolineano l'esigenza di monitorare la diffusione di questa sostanza, notoriamente responsabile di una gamma di gravi problemi sanitari.

All'interno del gruppo ecstasy, la sostanza più nota è la 3,4-metilendiossimetamfetamina (MDMA) sebbene, talvolta, nelle pasticche di ecstasy si ritrovino altri suoi analoghi. Queste sostanze sono note altresì come «entactogeni» (ossia «che toccano dentro», empatogeni) e comprendono sostanze sintetiche che sono correlate alle anfetamine dal punto di vista chimico, ma dalle quali differiscono in qualche misura per gli effetti, poiché combinano alcuni degli effetti solitamente correlati alle sostanze allucinogene.

Prevalenza e modelli di consumo

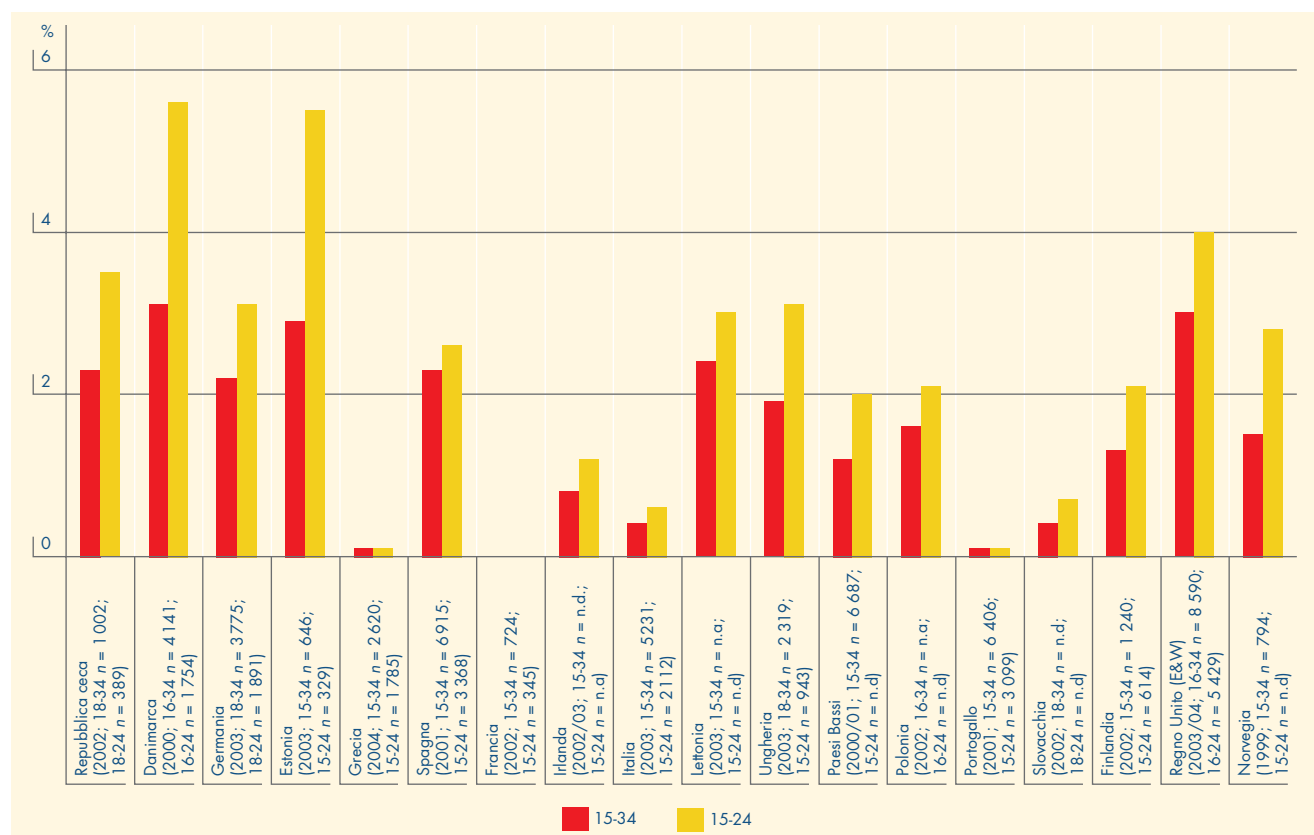
In passato i sondaggi condotti tra la popolazione hanno dimostrato che, dopo la cannabis, le anfetamine sono le sostanze illecite più frequentemente usate, sebbene la prevalenza complessiva delle anfetamine sia — com'è ovvio pensare — più bassa. Questo modello sembra adesso cambiare in molti paesi, dove l'ecstasy sta superando le anfetamine per insinuarsi al secondo posto tra le sostanze più usate dopo la cannabis, sia nelle indagini recenti sulla popolazione generale, sia nelle indagini condotte nelle scuole. Le indagini ESPAD 2003 nelle scuole (Hibell e altri, 2004), per esempio, indicano un tasso di prevalenza una tantum dell'uso di ecstasy superiore a quello delle anfetamine in 14 Stati membri dell'UE, in Norvegia e nei paesi candidati all'adesione⁽⁵⁷⁾. Vale la pena ricordare, tuttavia, che l'ecstasy è diventata popolare soltanto negli anni novanta, mentre l'anfetamina ha una storia di consumo più lunga. Questo aspetto si riflette nelle recenti indagini condotte tra gli adulti, che hanno rivelato cifre maggiori per l'esperienza una tantum dell'uso di anfetamine in 11 paesi e dell'uso di ecstasy in 10 paesi, ma un uso recente (ultimi 12 mesi) di ecstasy più alto in 15 paesi e di anfetamine in soli 5 paesi (in due paesi le percentuali riferite erano uguali).

Stando a indagini recenti, tra tutti gli adulti (15-64 anni) l'esperienza una tantum dell'uso di anfetamine negli Stati membri dell'UE va dallo 0,1 % al 6 %, a eccezione del Regno Unito, dove la percentuale raggiunge addirittura il 12 %. Il dato sull'uso recente è ovviamente più basso, compreso cioè tra lo 0 % e l'1,5 %, e vede Danimarca, Estonia e Regno Unito dominare la classifica.

Uno scenario simile si profila per il gruppo dei giovani adulti (15-34 anni) nelle indagini condotte nella popolazione, dove l'esperienza una tantum dell'uso di anfetamine va dallo 0,1 % al 10 %, con l'eccezione del dato straordinariamente alto del Regno Unito (18,4 %). Le percentuali sull'uso recente sono comprese tra lo 0 % e il 3 %; anche in questo caso Danimarca, Estonia e Regno Unito sono gli Stati da cui provengono i valori più alti (grafico 6). Nonostante i valori elevati per l'uso una tantum provenienti dal Regno Unito siano nettamente più alti rispetto a quelli di altri paesi, la prevalenza dell'uso recente di anfetamine (uso negli ultimi 12 mesi) è molto

⁽⁵⁷⁾ Cfr. il grafico EYE-2 (parte iv) nel bollettino statistico 2005.

Grafico 6 — Consumo recente (ultimo anno) di anfetamine tra i giovani adulti in fasce d'età selezionate, 15-34 anni e 15-24 anni, registrato dalle indagini sulla popolazione



NB: I dati provengono dalle indagini nazionali più recenti disponibili per ciascun paese (cfr. la tabella GPS-4 per la fascia d'età di 15-34 anni). Alcuni paesi si riferiscono ad una fascia d'età leggermente diversa da quella standard applicata dall'OEDT per i giovani adulti. Le differenze in base alle fasce di età possono in misura ridotta produrre disparità da paese a paese.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox (2004), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici. Cfr. la tabella GPS-0 nel bollettino statistico 2005.

simile ai dati riferiti in altri paesi e, nel complesso, è in continua diminuzione.

Nuovi dati sull'uso delle anfetamine tra gli studenti di 15-16 anni sono riportati nelle indagini ESPAD 2003⁽⁵⁸⁾. La prevalenza una tantum dell'uso di anfetamine va da meno dell'1 % al 7 %; le stime nazionali più alte riferite all'uso recente e a quello corrente (ultimi 30 giorni) della sostanza sono pari al 4 % e al 3 % rispettivamente.

Ha provato l'ecstasy circa lo 0,2-6,5 % della popolazione adulta, con valori compresi tra l'1 ed il 4 % per la gran parte dei paesi. L'uso recente è riferito dallo 0-2,5 % degli adulti: Repubblica ceca, Spagna e Regno Unito segnalano le percentuali più alte.

Tra i giovani adulti (15-34 anni) una percentuale compresa tra 0,6 % e 13,6 % dichiara di aver provato l'ecstasy. L'uso recente (prevalenza negli ultimi 12 mesi) è ammesso dallo 0,4-6 %; i dati più alti provengono da Repubblica ceca, Estonia, Spagna e Regno Unito (grafico 7).

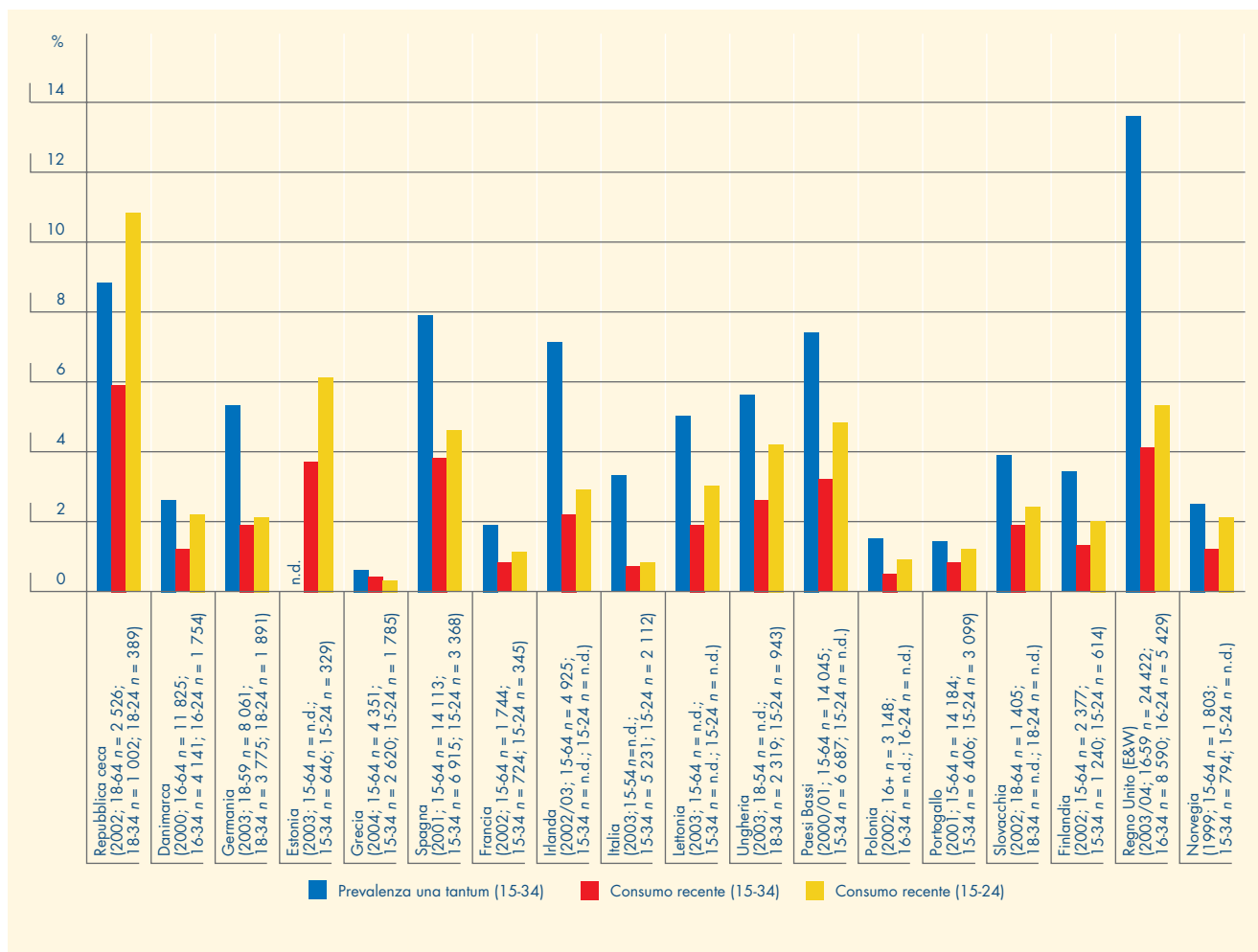
Essendo il consumo di ecstasy un fenomeno prevalentemente giovanile, può essere utile analizzare la

prevalenza tra gli studenti nelle fasce di età di 15-24 anni e 15-16 anni. Nei giovani compresi nel gruppo di 15-24 anni la prevalenza una tantum è compresa tra lo 0,4 % e il 13 %, mentre i dati sul consumo recente vanno dallo 0,3 % all'11 %. Inoltre, dal momento che le percentuali sul consumo di droga in questa fascia di età sono più alte nei maschi rispetto alle femmine, la maggior parte dei paesi riferisce una prevalenza una tantum tra i ragazzi maschi di 15-24 anni con range tra 4-16 % e un dato sul consumo recente tra i maschi del 2-8 %. Infine, sette paesi segnalano dati riferiti al consumo corrente (uso negli ultimi 30 giorni), in cui rientra l'uso regolare, compresi fra il 2-5 %, a suggerire che un ragazzo di sesso maschile su 20-50 di età compresa tra i 15 e i 24 anni fa regolarmente uso di ecstasy. Queste percentuali tendono a essere più alte nelle zone urbane e, in particolare, tra i soggetti che frequentano discoteche, club o che prendono parte a eventi danzanti (Butler e Montgomery, 2004).

Le stime sulla prevalenza del consumo di ecstasy sono nettamente inferiori per gli studenti di 15-16 anni rispetto al gruppo di 15-24 anni. La prevalenza del consumo una tantum di ecstasy tra gli studenti intervistati va dallo 0 %

⁽⁵⁸⁾ Cfr. il capitolo 2 per un'analisi dettagliata dei risultati dell'indagine ESPAD 2003 nelle scuole.

Grafico 7 — Prevalenza una tantum e consumo recente (ultimo anno) di ecstasy tra i giovani adulti in fasce d'età selezionate, 15-34 anni e 15-24 anni, registrato dalle indagini sulla popolazione



NB: I dati sono tratti dalle indagini nazionali più recenti disponibili per ciascun paese (cfr. le tabelle GPS-2 per la prevalenza una tantum e GPS-4 per il consumo recente nella fascia d'età 15-34 anni del bollettino statistico 2005). Alcuni paesi si riferiscono ad una fascia d'età leggermente diversa da quella standard applicata dall'OEDT per i giovani adulti. Le differenze in base alle fasce di età possono in misura ridotta produrre disparità da paese a paese.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox (2004), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici. Cfr. la tabella GPS-0 nel bollettino statistico 2005.

all'8 %, con tassi più bassi riferiti al consumo recente (0-4 %) e al consumo corrente (0-3 %). Nella maggior parte dei paesi le stime sul consumo corrente sono comprese tra l'1 % e il 2 %, con poche differenze di genere (Hibell e altri, 2004).

Per consentire un confronto, l'indagine nazionale condotta nel 2003 negli Stati Uniti su consumo di droga e salute (Samsha, 2003) riferisce una percentuale del 4,6 % di adulti (soggetti di almeno 12 anni di età) che ammettono di avere esperienze una tantum di consumo di ecstasy, mentre lo 0,9 % segnala un consumo recente. Nella stessa indagine condotta nel gruppo di età di 18-25 anni il 14,8 % degli intervistati ha riferito un'esperienza una tantum, il 3,7 % un consumo recente e lo 0,7 % un consumo corrente (ultimo mese) ⁽⁵⁹⁾.

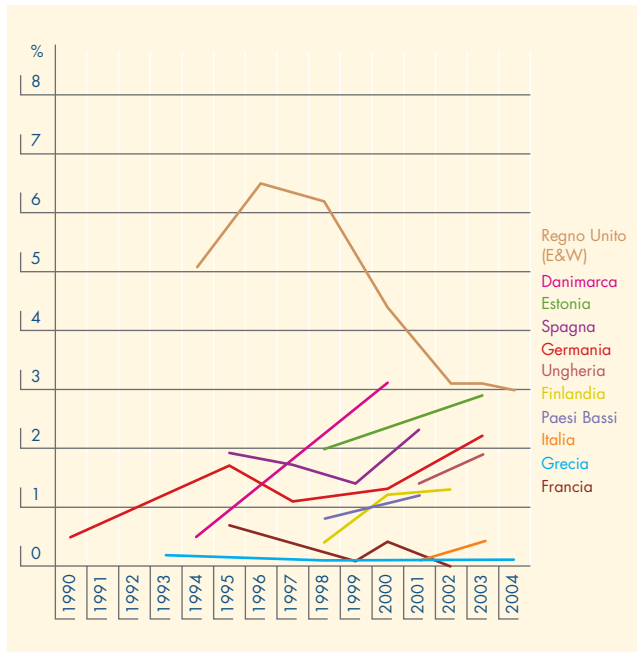
Tendenze

I sondaggi nella popolazione mostrano un incremento del consumo recente di anfetamina (grafico 8) e di ecstasy (grafico 9) tra i giovani adulti nella maggior parte dei paesi che hanno prodotto informazioni per le indagini consecutive. Per l'ecstasy le eccezioni sono Germania e Grecia, dove la prevalenza non è aumentata, e Regno Unito, dove il consumo di questa sostanza stupefacente si è stabilizzato ultimamente (2002-2003), sia pur a livelli relativamente alti (grafico 9).

Come si è detto, il consumo di ecstasy supera al giorno d'oggi il consumo di anfetamina in molti paesi; il dato tuttavia non va affatto inteso come un calo del consumo. Nella maggior parte dei paesi in grado di fornire dati da

⁽⁵⁹⁾ Va notato che la fascia d'età dell'indagine statunitense (12 anni e oltre) è più ampia della fascia d'età segnalata dall'OEDT per le indagini a livello UE (15-64 anni). È vero però che la fascia d'età dei giovani (18-25 anni) è più esigua della fascia d'età usata nella gran parte delle indagini a livello UE (15-24 anni).

Grafico 8 — Andamento del consumo recente (ultimo anno) di anfetamine tra i giovani adulti (15-34 anni), registrato dalle indagini sulla popolazione (1)



(1) Le dimensioni dei campioni (intervistati) nel gruppo 15-34 anni, per paese e per anno, figurano nella tabella GPS-4 nel bollettino statistico 2005.

NB: I dati sono desunti dalle indagini nazionali disponibili nei vari paesi. I dati e la metodologia di ogni indagine si possono consultare nella tabella GPS-4 nel bollettino statistico 2005.

Per i giovani adulti, l'OEDT utilizza la fascia d'età 15-34 anni; la Danimarca e il Regno Unito partono da 16 anni, la Germania, l'Estonia (1998) e l'Ungheria da 18 anni. In Francia la fascia di età si è ampliata da 18-39 anni nel 1995.

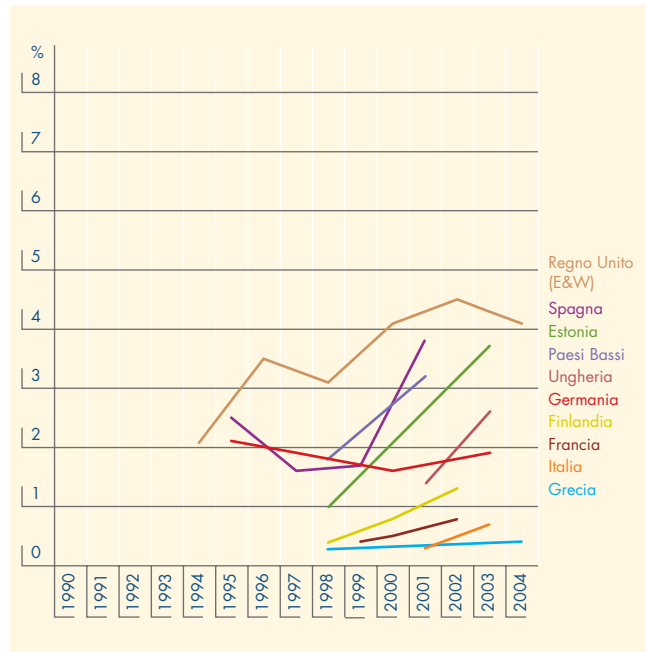
Fonti: Relazioni nazionali Reitox (2004), basate su indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici. Cfr. la tabella GPS-0 nel bollettino statistico 2005.

indagini consecutive, il consumo di anfetamina (uso recente tra i giovani adulti) è piuttosto aumentato. Un'eccezione degna di nota è rappresentata dal Regno Unito, dove si registra dal 1998 un calo sostanziale del consumo di anfetamina. Ciò si può spiegare con il fatto che nel Regno Unito la prevalenza del consumo una tantum è alta rispetto alle percentuali, più moderate, del consumo recente segnalato. Si può inoltre desumere che il calo del consumo di anfetamina sia stato compensato in parte dagli incrementi del consumo di cocaina ed ecstasy (cfr. i grafici 8 e 9).

Dati sulla domanda di trattamento

Raramente il consumo delle ATS è la causa principale alla base della richiesta di entrare in terapia. Ci sono tuttavia alcune eccezioni: nella Repubblica ceca, in Finlandia e in Svezia le ATS, in particolare le anfetamine piuttosto che l'ecstasy, sono la causa del 18 % e fino a oltre il 50 % di

Grafico 9 — Andamento del consumo recente (ultimo anno) di ecstasy tra i giovani adulti (15-34 anni), registrato dalle indagini sulla popolazione (1)



(1) Le dimensioni dei campioni (intervistati) nel gruppo 15-34 anni, per paese e per anno, figurano nella tabella GPS-4 nel bollettino statistico 2005.

NB: I dati sono desunti dalle indagini nazionali disponibili nei vari paesi. I dati e la metodologia di ogni indagine si possono consultare nella tabella GPS-4 nel bollettino statistico 2005.

Per i giovani adulti, l'OEDT utilizza la fascia d'età 15-34 anni; la Danimarca e il Regno Unito partono da 16 anni, la Germania, l'Estonia (1998) e l'Ungheria da 18 anni.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox (2004), basate su indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici. Cfr. la tabella GPS-0 nel bollettino statistico 2005.

tutte le richieste di terapia primaria. Nella Repubblica ceca, oltre il 50 % delle richieste segnalate di terapia riguarda problemi legati all'uso primario di metanfetamine. Il dato si riflette anche nelle nuove richieste di terapia, compresa la Slovacchia (60). Inoltre, l'11 % dei nuovi pazienti europei che chiedono un servizio terapeutico e che hanno partecipato alle indagini indicano le ATS come droga secondaria (61).

Il confronto dei dati del 2002 e 2003 rivela una tendenza alla crescita nel numero di consumatori di ATS (+ 3,5 %); tra il 1996 e il 2003 il numero di pazienti che hanno fatto domanda di trattamento per le ATS è aumentato da 2 204 a 5 070 in 12 paesi dell'Unione europea.

Tra i nuovi pazienti che chiedono di entrare in terapia nei centri terapeutici ambulatoriali a causa del consumo di ATS, il 78,5 % fa uso di anfetamine e il 21,4 % di MDMA (ecstasy) (62). La percentuale più elevata di pazienti di ecstasy è riferita da Ungheria, Paesi Bassi e Regno Unito.

(60) Cfr. le tabelle TDI-4 (parte ii) e TDI-5 (parte ii) nel bollettino statistico 2005.

(61) Cfr. la tabella TDI-24 nel bollettino statistico 2005.

(62) Cfr. la tabella TDI-23 nel bollettino statistico 2005.

Quasi un terzo dei consumatori di ATS che chiedono di entrare in terapia ha un'età compresa tra i 15 e i 19 anni; l'altro terzo tra i 20 e i 24 anni ⁽⁶³⁾. La stragrande maggioranza dei pazienti di ATS prova la droga tra i 15 e i 19 anni ⁽⁶⁴⁾.

Tra i pazienti di ATS in terapia, si trovano in pari percentuale consumatori occasionali e consumatori quotidiani. Nei paesi in cui la percentuale di pazienti in cura per consumo di anfetamine è più alta, la maggior parte di essi fa uso della droga 2-6 volte alla settimana ⁽⁶⁵⁾.

La principale via di assunzione delle anfetamine e dell'ecstasy è quella orale (58,2 %); tuttavia, circa il 15 % dei pazienti si inietta la droga. In alcuni paesi più del 60 % dei clienti di ATS si inietta le anfetamine (Repubblica ceca e Finlandia) ⁽⁶⁶⁾.

Decessi correlati all'ecstasy

Rispetto ai decessi dovuti agli oppiacei i decessi per ecstasy sono relativamente infrequenti, sia pur non trascurabili in taluni paesi; il monitoraggio di questo fenomeno andrebbe pertanto migliorato. La dizione «decesso correlato all'ecstasy» potrebbe significare che la sostanza è menzionata nel certificato di morte oppure che le analisi tossicologiche l'hanno evidenziata (spesso in combinazione con altre droghe) ⁽⁶⁷⁾.

Anche se le relazioni non sono armonizzate, i dati raccolti dalle relazioni nazionali Reitox 2004 suggeriscono che i decessi per ecstasy sono rari nella maggior parte dei paesi dell'UE, soprattutto se il decesso è dovuto esclusivamente a questa sostanza. Nel 2003 hanno riferito decessi correlati all'ecstasy alcuni paesi: Austria (un decesso unicamente per ecstasy), Repubblica ceca (un decesso, probabilmente dovuto a un'overdose di MDMA), Francia (otto casi dovuti all'ecstasy), Germania (due casi associati unicamente all'ecstasy e otto casi per ecstasy in combinazione con altre droghe; nel 2002 erano stati segnalati, rispettivamente, 8 e 11 decessi), Portogallo (ecstasy rintracciata nel 2 % dei decessi associati a droghe) e Regno Unito (ecstasy «menzionata» in 49 certificati di morte nel 2000, in 76 nel 2001 e in 75 nel 2002). I Paesi Bassi hanno riferito sette decessi dovuti a intossicazione psicostimolante acuta, sebbene manchi il riferimento alla sostanza incriminata.

Pochi paesi riportano dati sugli interventi di emergenza a livello ospedaliero associati all'ecstasy. Ad Amsterdam il numero di emergenze non letali (relazione nazionale olandese) attribuibili al consumo di ecstasy è rimasto stabile tra il 1995 e il 2003 (così come il dato sulle

emergenze associate al consumo di anfetamine), mentre sono aumentate le emergenze provocate da funghi allucinogeni e gamma-idrossibutirato (GHB). In Danimarca (relazione nazionale) il numero di contatti ospedalieri attribuibili a intossicazione con stimolanti è aumentato da 112 casi nel 1999 a 292 casi nel 2003; di questi contatti ospedalieri, il numero dovuto all'uso di ecstasy è aumentato nettamente dal 1999 al 2000, ma senza mostrare una chiara tendenza a partire da questa data, mentre il numero di contatti associati al consumo di anfetamine è cresciuto in maniera costante in questo periodo.

Prevenzione

I progetti di prevenzione mobile si stanno adeguando alla frammentazione della cultura rave, in modo da poter continuare a rivolgersi al gruppo bersaglio dei giovani utenti di droga per fini ricreativi, per esempio attraverso i punti di contatto su ciascuna «scena». Tra i paesi in cui era stato introdotto il test delle pasticche, la pratica è stata interrotta in Germania e in Portogallo. Nei Paesi Bassi il test delle pasticche viene effettuato unicamente in laboratorio, mentre in Francia è stato proposto di rinunciare ai test in loco. Tra i motivi di queste decisioni vanno annoverate la ridotta frequenza delle pasticche adulterate nell'Europa occidentale e i dubbi sollevati circa la legalità di questa prassi. Peraltro, in Repubblica ceca, i progetti sui test delle pasticche sono continuati e, di fatto, sono stati fatti oggetto di discussione da parte dei mass media.

Prevenzione negli ambienti ricreativi

Sempre più gli Stati membri riferiscono di progetti di prevenzione selettiva in ambienti ricreativi, soprattutto Repubblica ceca, Cipro (unità di informazione mobile nei locali notturni), Ungheria (tre organizzazioni), Polonia e Slovenia.

In genere, il contenuto degli interventi rimane invariato ed è simile in molti Stati membri: campagne antidroga all'interno delle discoteche o nell'ambito di eventi artistici, spettacoli teatrali, mediante i mass media (film, cartoni animati ecc.), seminari, esibizioni mobili ed esperienze di viaggio (relazione nazionale del Lussemburgo).

Gli approcci strutturali rimangono fondamentali. In Italia, Paesi Bassi e Scandinavia la creazione di reti è considerata un prerequisito importante per la prevenzione della droga, utile per influenzare la cultura notturna. A tal fine i professionisti della prevenzione contattano i proprietari dei locali usati di preferenza per il consumo

⁽⁶³⁾ Cfr. le tabelle TDI-11 (parte i) e TDI-11 (parte v) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁶⁴⁾ Cfr. le tabelle TDI-10 (parte i) e TDI-10 (parte v) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁶⁵⁾ Cfr. la tabella TDI-18 (parte iii) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁶⁶⁾ Cfr. la tabella TDI-17 (parte iii) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁶⁷⁾ Cfr. la relazione annuale dell'OEDT 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/it/page038-it.html>) per una trattazione più dettagliata dei decessi correlati all'ecstasy.

ricreativo di droga (compresi i bar, nei Paesi Bassi) nonché altri attori che partecipano alla vita notturna (buttafuori e personale dei bar). In Svezia questi interventi stanno cominciando a prendere piede anche in altre grandi città, oltre a Stoccolma. Uno studio su analoghi schemi di intervento nei Paesi Bassi conclude: «i partecipanti alle feste e gli organizzatori hanno verso le droghe illecite un comportamento decisamente più responsabile di quanto si potesse pensare» (Pijlman e altri, 2003). Approcci integrati come questi hanno il vantaggio di sviare l'attenzione dell'opinione pubblica dagli incidenti e dalle emergenze mediche provocati dal consumo di droghe illecite nell'ambito di grandi feste verso i rischi generali rappresentati dagli ambienti più ristretti. Le linee guida per una vita notturna più sicura rientrano in questa categoria di interventi, ma non sono ancora molto diffuse in Europa (Calafat e altri, 2003).

La consulenza on line individuale tramite i siti web è un approccio relativamente nuovo adottato in Austria e Germania (www.drugcom.de). Sulla stessa scia è disponibile in Austria, presso il nuovo call centre del Servizio di assistenza antidroga di Vienna, un servizio di consulenza mediante posta elettronica, di cui si stanno elaborando gli standard qualitativi (FSW, 2004). La maggior parte dei siti web dedicati alla prevenzione della droga, tuttavia, si limita a fornire consigli di esperti, ma non prevede spazi per forum di discussione, dal momento che non esistono elementi probanti validi sull'efficacia di queste comunità di pari orientate al consumatore (Eysenbach e altri, 2004).

Sequestri e informazioni sul mercato ⁽⁶⁸⁾

Come riferisce l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC, 2003a), la produzione di ATS — «droghe sintetiche, fra cui anfetamine, metanfetamine ed ecstasy chimicamente correlate» — è difficilmente quantificabile in quanto «basata su sostanze chimiche di facile reperibilità, all'interno di laboratori che si possono nascondere agevolmente». Peraltro, la produzione globale annua di ATS è stimata di circa 520 tonnellate (UNODC, 2003b). I sequestri complessivi di ATS hanno registrato un'impennata nel 2000, con 46 tonnellate, per poi subire un calo e, quindi, risalire a 34 tonnellate nel 2003 (CND, 2004, 2005).

Anfetamine

Sulla base del numero dei laboratori smantellati, la produzione mondiale di anfetamine resta concentrata in Europa. Nel 2003 sono stati scoperti laboratori di anfetamine in otto paesi dell'UE (Belgio, Germania, Estonia, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Regno Unito). La maggior parte delle anfetamine sequestrate nell'UE nel 2003 proveniva dai Paesi Bassi e, secondariamente, da Polonia e Belgio. Inoltre, è stata riferita una produzione di anfetamine in Estonia e Lituania, per lo smercio nei paesi nordici. Il traffico di anfetamine rimane perlopiù intraregionale (relazioni nazionali Reitox, 2004; CND, 2005).

Analogamente, la maggior parte dei sequestri di anfetamine ha luogo in Europa. L'Europa occidentale e centrale ha contribuito per l'82 % alla quantità totale di anfetamine sequestrate in tutto il mondo nel 2003, l'Europa sudorientale per il 13 % e i paesi del Vicino e Medio Oriente per il 3 % (CND, 2005). Negli ultimi cinque anni, il paese dell'UE dove è avvenuto il maggior numero di sequestri di anfetamine è stato il Regno Unito ⁽⁶⁹⁾. Nell'Unione europea il numero di sequestri di anfetamine ⁽⁷⁰⁾, che in passato aveva fatto registrare una tendenza alla crescita, ha raggiunto l'apice nel 1998, mentre per quanto riguarda le quantità di anfetamine sequestrate ⁽⁷¹⁾ il picco si è avuto nel 1997. Il numero di sequestri di anfetamine è tornato a crescere nel 2001 e nel 2002, ma stando all'andamento osservato nei paesi che hanno fornito dati, potrebbe essersi stabilizzato o potrebbe essere diminuito nel 2003. Lo stesso andamento oscillante si nota per le quantità sequestrate, con un'apparente tendenza all'aumento dal 2002 ⁽⁷²⁾.

Nel 2003 i prezzi medi delle anfetamine per il consumatore andavano da meno di 10 euro al grammo in Belgio, Estonia, Grecia, Lettonia, Ungheria, Paesi Bassi e Slovacchia a 37,5 euro al grammo in Norvegia ⁽⁷³⁾. La purezza media al dettaglio delle anfetamine nel 2003 variava dal 7,5 % (Germania) al 50 % (Norvegia) ⁽⁷⁴⁾.

Metanfetamine

A livello globale, le ATS più importanti, in termini di quantitativi prodotti e smerciati, sono le metanfetamine. Nel 2003 enormi quantità hanno continuato ad essere prodotte e sequestrate nell'Asia orientale e sudorientale (Cina, Myanmar, Filippine, Thailandia) nonché nell'America settentrionale (Stati Uniti) (CND, 2005).

⁽⁶⁸⁾ Cfr. «Interpretazione dei sequestri e delle informazioni sul mercato», pag. 42.

⁽⁶⁹⁾ La situazione andrebbe verificata, non appena possibile, rispetto ai dati 2003 del Regno Unito. I dati riguardanti il numero dei sequestri di anfetamine nel 2003 non erano disponibili per Italia, Cipro, Paesi Bassi e Romania; i dati riguardanti sia il numero dei sequestri di anfetamine sia i quantitativi sequestrati di anfetamine nel 2003 non erano disponibili per Irlanda e Regno Unito.

⁽⁷⁰⁾ Cfr. la tabella SZR-7 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁷¹⁾ Cfr. la tabella SZR-8 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁷²⁾ L'affermazione andrebbe verificata sulla scorta dei dati mancanti riferiti al 2003, soprattutto provenienti dal Regno Unito, una volta che saranno resi disponibili.

⁽⁷³⁾ Cfr. la tabella PPP-4 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁷⁴⁾ Cfr. la tabella PPP-8 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

In Europa la produzione di metanfetamine avviene su scala molto più ridotta. Nel 2003 sono stati scoperti e segnalati laboratori clandestini di metanfetamine nella Repubblica ceca, in Germania, Lituania e Slovacchia (relazioni nazionali Reitox, 2004; CND, 2005). Nella Repubblica ceca la produzione di metanfetamine è segnalata a partire dai primi anni ottanta (UNODC, 2003a); la maggioranza è destinata al consumo locale, anche se una parte di essa è contrabbandata in Germania e Austria (relazione nazionale ceca, 2004). Nel 2003 le autorità ceche hanno riferito un aumento della produzione di «pervitina» (metanfetamina locale) da prodotti farmaceutici di marca a seguito della carenza di efedrina (il precursore della metanfetamina) sul mercato nero locale. Sebbene l'OEDT non raccolga in maniera sistematica dati sui sequestri di metanfetamine, Repubblica ceca, Germania, Lituania e Norvegia riferiscono di aver effettuato questo genere di sequestri nel 2003. Inoltre, la Danimarca ha segnalato che la metanfetamina è sempre più presente nel mercato delle droghe illecite, mentre la Lettonia ha denunciato una quantità di efedrina sequestrata nel 2003 (0,8 tonnellate) maggiore rispetto al 2002 (relazioni nazionali Reitox, 2004).

Nel 2003 il prezzo al dettaglio della «pervitina» riferito dalla Repubblica ceca andava da 16 euro a 63 euro al grammo ⁽⁷⁵⁾, mentre la purezza era compresa tra il 50 % e il 75 % ⁽⁷⁶⁾.

Ecstasy

Complessivamente, l'Europa resta il principale centro di produzione dell'ecstasy, sebbene negli ultimi anni la sua importanza relativa sembrerebbe in calo stando alla diffusione della produzione di ecstasy in altre parti del mondo, in particolare nel Nord America, in Asia orientale e sudorientale (CND, 2005; INCB, 2005). Nel 2003 è calato il numero di laboratori di ecstasy scoperti in tutto il mondo (CND, 2005); nell'Unione europea sono stati individuati laboratori di questo tipo in Belgio, Estonia, Lituania e Paesi Bassi (relazioni nazionali Reitox, 2004; CND, 2005). L'ecstasy sequestrata nell'UE è segnalata provenire principalmente dai Paesi Bassi, seguiti dal Belgio, per quanto anche l'Estonia e il Regno Unito siano menzionati come paesi di produzione (relazioni nazionali Reitox, 2003).

Il traffico di ecstasy è tuttora fortemente concentrato nell'Europa occidentale, anche se, al pari della

produzione, in questi ultimi anni si è andato diffondendo in tutto il mondo (UNODC, 2003a). In termini di quantità di sostanza sequestrata nel 2003, l'Europa occidentale e centrale ha contribuito per il 58 % e l'Oceania per il 23 % (CND, 2005). Nel 2002 i Paesi Bassi hanno superato per la prima volta il Regno Unito come paese in cui è stata sequestrata la più massiccia quantità di ecstasy ⁽⁷⁷⁾.

Il numero di sequestri di ecstasy ⁽⁷⁸⁾ a livello europeo è aumentato rapidamente nel periodo 1998-2001. Tuttavia, dal 2002 il numero di sequestri è diminuito e, sulla base della tendenza osservata nei paesi che hanno messo a disposizione dei dati, questo calo sembra essere proseguito anche nel 2003. I quantitativi di ecstasy intercettati ⁽⁷⁹⁾ sono cresciuti enormemente dal 1998 al 2000 e, da allora, in maniera più graduale. Peraltro, nel 2003, è stata registrata una flessione dei quantitativi sequestrati dalla maggior parte dei paesi che hanno fornito informazioni. Tuttavia l'apparente declino dei sequestri nell'Unione europea nel 2003 (in termini sia di numeri che di quantitativi) deve essere confermato sulla scorta dei dati che ancora devono pervenire (soprattutto dal Regno Unito).

Nel 2003 il costo medio al dettaglio di una pasticca di ecstasy andava da meno di 5 euro (Ungheria, Paesi Bassi) a 20-30 euro (Grecia, Italia) ⁽⁸⁰⁾.

Nel 2003 si è scoperto che la maggior parte delle pasticche vendute come droghe illecite, una volta analizzate, contenevano tra gli ingredienti psicoattivi soltanto ecstasy (MDMA, la sostanza attiva) e sostanze simili all'ecstasy (MDEA, MDA). In particolare nel caso di Danimarca, Spagna, Ungheria, Paesi Bassi, Slovacchia e Norvegia oltre il 95 % delle pasticche analizzate conteneva queste sostanze. Per contro Estonia e Lituania hanno riferito che un'alta percentuale (94 % e 76 % rispettivamente) di pasticche analizzate conteneva anfetamina e/o metanfetamina come uniche sostanze psicoattive. Il contenuto in termini di MDMA delle pasticche di ecstasy varia notevolmente tra un lotto e l'altro (anche tra quelli con lo stesso logotipo), all'interno di ciascun paese e tra un paese e l'altro. Nel 2003 il contenuto medio di MDMA nelle pasticche di ecstasy andava da 54 a 78 mg ⁽⁸¹⁾. Altre sostanze psicoattive riscontrate nelle pasticche vendute come ecstasy nel 2003 contenevano MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA e 1-PEA (relazioni nazionali Reitox, 2004).

⁽⁷⁵⁾ Cfr. la tabella PPP-4 (parte I) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁷⁶⁾ Cfr. la tabella PPP-8 (parte I) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁷⁷⁾ L'affermazione andrebbe verificata alla luce dei dati ancora mancanti riferiti al 2003, una volta resi disponibili. I dati riguardanti il numero dei sequestri di ecstasy nel 2003 non erano disponibili per Italia, Cipro, Paesi Bassi e Romania; per Irlanda e Regno Unito non erano disponibili nel 2003 i dati riguardanti sia il numero dei sequestri di ecstasy sia i quantitativi di ecstasy sequestrati.

⁽⁷⁸⁾ Cfr. la tabella SZR-9 (parte IV) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁷⁹⁾ Cfr. la tabella SZR-10 (parte I) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁸⁰⁾ Cfr. la tabella PPP-4 (parte I) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁸¹⁾ Questo intervallo è stato calcolato in base ai dati forniti da pochi paesi, ossia Danimarca, Germania, Francia, Lussemburgo e Paesi Bassi.

LSD

L' LSD viene prodotto e venduto in proporzione minore rispetto alle ATS. Fino al 2000 la maggior parte dei sequestri di LSD nell'Unione europea è avvenuta nel Regno Unito; a partire da questa data, tuttavia, è la Germania ⁽⁸²⁾ a riferire il numero di sequestri più elevato ⁽⁸³⁾. Nel periodo 1998-2002 sia il numero di sequestri di LSD a livello europeo ⁽⁸⁴⁾ sia i quantitativi di sostanza intercettata ⁽⁸⁵⁾ sono diminuiti in maniera costante, fatto salvo per una pausa di arresto nel 2000. Per contro, nel 2003, per la prima volta in nove anni, sono aumentati sia il numero di sequestri sia i volumi sequestrati. Quantitativi eccezionalmente elevati di LSD sono stati intercettati in Spagna, Francia e Polonia. Questo aumento potrebbe essere il preludio di una riviviscenza del traffico (e probabilmente del consumo) di LSD nell'Unione europea. Nel 2003 il costo medio per i consumatori di un'unità di LSD era compreso tra 4 euro nel Regno Unito e 25 euro in Italia ⁽⁸⁶⁾.

Sistema di allarme rapido

Scopo principale del sistema di allarme rapido europeo nell'ambito dell'Azione comune sulle nuove droghe sintetiche ⁽⁸⁷⁾ del 1997 è la raccolta, l'analisi e lo scambio di informazioni rapido sulle nuove droghe sintetiche alla loro prima comparsa sul mercato della droga europeo. Il sistema di allarme rapido è stato costituito sotto gli auspici dell'OEDT attraverso la rete Reitox e opera in stretta collaborazione con l'Europol, che fornisce informazioni di polizia pertinenti attraverso la sua rete di unità nazionali.

Nel 2004 gli Stati membri hanno comunicato all'OEDT la presenza di sei nuove droghe sintetiche, che hanno portato a oltre 25 il numero complessivo di sostanze monitorate. Tra queste si annoverano fenetilamine ottenute per sostituzione dell'anello aromatico (perlopiù dal gruppo 2C nonché da TMA-2, T-MTA, PMMA ecc.), triptamine (come DMT, AMT, DIPT e vari derivati) e piperazine (compreso BZP, mCPP). Sono state inoltre raccolte e scambiate informazioni su numerose altre sostanze, compresi i catinoni (come pirrolidine sostituite). Tuttavia, alla Commissione europea e al Consiglio europeo non è stato chiesto di sancire una valutazione del rischio di queste sostanze, non essendo stato sufficientemente comprovata la sussistenza di pericoli per la salute pubblica e individuale ovvero sociali.

Le chetamine e il gamma-idrossilbutirato, entrambi sottoposti a una valutazione del rischio nel 2000, continuano a essere monitorati attraverso il sistema di allarme rapido. Pur essendoci segnali che l'uso di queste due sostanze potrebbe dilagare rapidamente negli ambienti ricreativi, le prove disponibili restano insufficienti per quantificare la prevalenza o per individuare le tendenze a livello comunitario.

Identificazioni di chetamina sono state riferite da Belgio, Danimarca, Grecia, Francia, Ungheria, Paesi Bassi, Svezia, Regno Unito e Norvegia. Gran parte dei sequestri riguardavano polvere bianca, ma Francia e Regno Unito hanno riferito sequestri/acquisti di chetamina in forma liquida. Il numero più alto di intercettazioni di liquidi e campioni corporei è stato riferito da Svezia e Norvegia (51 e 30 rispettivamente), sebbene nessuno dei due paesi abbia fatto distinzione tra uso medico e uso illecito.

Le identificazioni di GHB, ivi compresi i sequestri dei suoi precursori GBL e 1,4-BD (sostanze chimiche ampiamente disponibili in commercio), sono stati riferiti da Belgio, Repubblica ceca, Danimarca, Estonia, Francia, Paesi Bassi, Svezia, Finlandia, Regno Unito e Norvegia. Il GHB è stato sequestrato sia in polvere sia in forma liquida.

Negli ultimi due mesi del 2004 sono stati segnalati da Belgio, Francia, Italia e Paesi Bassi alcuni casi di intossicazione dovuta al consumo di cocaina adulterata con dosi relativamente alte di atropina ⁽⁸⁸⁾. Non appena è emerso il rischio di intossicazione combinata da cocaina/atropina, l'OEDT ha lanciato un'allerta ai partner del sistema di allarme rapido, suggerendo loro di informare le rispettive reti e, in particolare, le autorità sanitarie competenti in merito ai segni dell'intossicazione da cocaina/atropina, perché potesse essere diagnosticata in una fase precoce. Di conseguenza alcuni Stati membri hanno deciso di lanciare allarmi rapidi alle rispettive reti o autorità sanitarie pubbliche.

Nel maggio 2005 il sistema di allarme rapido è stato ulteriormente rafforzato da una decisione del Consiglio (2005/387/GAI) che ha sostituito l'azione comune del 1997. La decisione del Consiglio amplia l'ambito d'applicazione di tutte le nuove sostanze psicoattive (sia sostanze stupefacenti sia droghe sintetiche). Inoltre, il meccanismo consente l'inclusione dei prodotti medicinali nello scambio di informazioni sulle nuove sostanze psicoattive.

⁽⁸²⁾ Si dovrebbe tener conto del numero limitato di sequestri di LSD per evitare di sopravvalutare le variazioni da un anno all'altro.

⁽⁸³⁾ L'affermazione andrebbe rivista nel momento in cui saranno disponibili i dati per il 2003. In particolare, non sono ancora pervenuti i dati sul numero di sequestri di LSD nel 2003 in Italia, Cipro, Paesi Bassi e Polonia; i dati riguardanti il numero dei sequestri di LSD e i quantitativi sequestrati nel 2003 non sono ancora disponibili per Irlanda, Malta, Slovenia, Regno Unito, Bulgaria e Romania.

⁽⁸⁴⁾ Cfr. la tabella SZR-11 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁸⁵⁾ Cfr. la tabella SZR-12 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁸⁶⁾ Cfr. la tabella PPP-4 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁸⁷⁾ L'azione comune del 16 giugno 1997 riguardante lo scambio di informazioni, la valutazione dei rischi e il controllo delle nuove droghe sintetiche (GU L 167 del 25.6.1997) definisce le nuove droghe sintetiche come «droghe sintetiche che attualmente non figurano in nessuno degli elenchi contenuti nella convenzione delle Nazioni Unite sulle sostanze psicotrope e rappresentano una minaccia per la salute pubblica di gravità comparabile a quella posta dalle sostanze riportate negli elenchi I e II e che possiedono un valore terapeutico limitato». Essa si riferisce ai prodotti finali, distinti dai precursori.

⁽⁸⁸⁾ L'atropina, un agente anticolinergico, è un alcaloide dell'*Atropa belladonna* presente in natura. L'intossicazione grave può essere letale.

Azione internazionale contro la produzione e il traffico delle droghe sintetiche

La cooperazione comunitaria e internazionale ha riconosciuto viepiù l'importanza del monitoraggio e della lotta ai precursori chimici necessari per la produzione di sostanze poste sotto controllo. Intensificando la vigilanza sulle sostanze chimiche necessarie per la produzione di droghe come eroina, cocaina ed ecstasy è possibile mettere a punto misure per sopprimere o inibire la fornitura. Attualmente sono in corso in questo ambito tre principali programmi internazionali: l'operazione Porpora, un programma finalizzato al rilevamento di permanganato di potassio (utilizzato per la produzione di cocaina); l'operazione Topazio, che mira a monitorare il commercio internazionale dell'anidride acetica, un precursore usato nella produzione dell'eroina; il progetto Prisma, incentrato sulle indagini a ritroso nei sequestri dei precursori di stimolanti del tipo anfetamine nei porti di ingresso o nei laboratori clandestini. Un totale di 20 227 transazioni è stato notificato all'INCB ed esaminato negli ultimi due anni nell'ambito di queste operazioni e vi sono prove che tali azioni hanno avuto un impatto sulla produzione di droga.

Particolarmente importante per la produzione di droghe sintetiche nell'Unione europea è il progetto Prisma. Quello toccato dal progetto Prisma è un ambito in cui è opportuno insistere, perché tra l'enorme quantità di sostanze chimiche che possono essere utilizzate per la produzione di ATS, molte sono richieste per o sono il frutto di attività commerciali del tutto lecite. I settori di interesse del progetto Prisma comprendono il monitoraggio degli scambi internazionali di safrolo, una sostanza usata nella produzione dell'ecstasy, la prevenzione della diversione dei preparati farmaceutici contenenti pseudoefedrina e l'individuazione dei laboratori implicati nella produzione illecita di 1-fenil-2-propanone. Nonostante la difficoltà di operare in questo settore, il progetto Prisma sembra aver favorito una migliore cooperazione internazionale, che si è tradotta in attività efficaci di interdizione. Ne sia un esempio, menzionato dall'INCB (2005) nella sua recente relazione, la cooperazione tra Cina e Polonia, che ha permesso l'individuazione di un importante caso di contrabbando di 1-fenil-2-propanone in Polonia.

Misure di lotta alla produzione e al traffico di droghe sintetiche in Europa

In conformità con il piano di attuazione sulle azioni da intraprendere nei confronti della fornitura di droghe sintetiche, nel dicembre 2003 la Commissione ha elaborato, in collaborazione con l'Europol, una relazione che illustra lo stato attuale dei principali progetti multilaterali sulla mappatura delle reti di distribuzione e

delle esperienze acquisite in questo campo a livello comunitario, negli Stati membri e nei paesi candidati all'adesione. La relazione ha messo in luce gli elementi chiave di questi progetti che sembrano essenziali per il conseguimento di benefici operativi. Conclude inoltre che sussiste «il beneficio potenziale di riunire informazioni e dati di intelligence da un'ampia gamma di settori collegati alle droghe sintetiche in una strategia inclusiva e integrata».

Nel dicembre 2004 l'Europol ha fuso assieme i progetti CASE e Genesis creando il progetto Sinergia, che comprende un archivio di lavoro per fini di analisi (AWF) supportato da 20 Stati membri e da qualche paese terzo, il sistema di confronto dell'Europol dei laboratori clandestini (EILCS, *Europol Illicit Laboratory Comparison System*) e il sistema LOGO dell'Europol sull'ecstasy (EELS, *Europol Ecstasy Logo System*). Il progetto continua a sostenere l'azione globale contro le droghe sintetiche in Europa (CASE, *Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe*), un'iniziativa svedese sul profilo legale delle anfetamine nonché l'Unità europea congiunta sui precursori (EJUP, *European Joint Union on Precursors*), costituita da esperti di sei Stati membri.

La componente AWF contribuisce alla raccolta e all'analisi di informazioni di intelligence criminale di alto livello correlate alle droghe e ai precursori. Viene data priorità alle investigazioni su gruppi criminali e/o modus operandi significativi.

L'EILCS combina le informazioni fotografiche e tecniche dei siti di produzione di droghe sintetiche e delle discariche abusive di sostanze chimiche, consentendo in tal modo di indagare sui collegamenti tra attrezzature, materiali e sostanze chimiche sequestrati, di dare avvio allo scambio di informazioni, di eseguire indagini a ritroso, di effettuare l'esame forense a scopi probatori nonché di individuare e gestire i facilitatori e i gruppi criminali a questi associati. L'Europol, tramite l'EILCS, è il punto focale europeo per il progetto Prisma — Attrezzature, il programma mondiale INCB di rintracciabilità delle Nazioni Unite sui macchinari per la produzione di pasticche e su altre macchine per la produzione di droghe sintetiche.

L'EELS associa le informazioni fotografiche sul modus operandi e i dati legali di base sui sequestri più ingenti (consentendo l'individuazione di nessi tra i sequestri) e sulle droghe sequestrate (avviando in tal modo lo scambio di informazioni di polizia, incentivando le indagini e la creazione di profili legali a scopi probatori nonché il trattamento dei gruppi criminali).

Il catalogo dell'Europol delle attrezzature di produzione delle droghe sintetiche e il catalogo LOGO dell'Europol sull'ecstasy vengono aggiornati e pubblicati regolarmente.



Capitolo 5

Cocaina e cocaina crack

Prevalenza e modelli di consumo di cocaina

Secondo recenti indagini nazionali, una percentuale della popolazione adulta compresa tra lo 0,5 % e il 6 % riferisce di aver provato la cocaina almeno una volta (prevalenza una tantum); Italia (4,6 %), Spagna (4,9 %) e Regno Unito (6,8 %) figurano in cima alle statistiche. Il consumo recente di cocaina (ultimi 12 mesi) viene segnalato, in generale, da meno dell'1 % degli adulti; nella maggior parte degli Stati l'intervallo è compreso tra lo 0,3 % e l'1 %. In Spagna e nel Regno Unito i dati più recenti sulla prevalenza superano il 2 %.

Nonostante questi dati siano chiaramente inferiori a quelli comparabili riguardanti la cannabis, i livelli del consumo tra i giovani adulti possono essere superiori alla media della popolazione. L'esperienza una tantum nella fascia della popolazione di età compresa tra i 15 e i 34 anni va dall'1 % all'11,6 %; ancora una volta la prevalenza maggiore si ha in Spagna (7,7 %) e nel Regno Unito (11,6 %). Il consumo recente va dallo 0,2 % al 4,6 % in Danimarca, Irlanda, Italia e Paesi Bassi, che riferiscono tutti percentuali attorno al 2 %; in Spagna e nel Regno Unito il dato supera il 4 %.

Il consumo di cocaina è maggiore tra i soggetti di sesso maschile. Per esempio, da sondaggi effettuati in Danimarca, Germania, Spagna, Italia, Paesi Bassi e Regno Unito è emerso che, nella popolazione di sesso maschile e di età compresa tra i 15 e i 34 anni, l'esperienza una tantum è del 5-13 %. In sei paesi il dato sul consumo recente superava il 3 %; di questi, Spagna e Regno Unito hanno riferito una prevalenza del 6-7 % (grafico 10).

Tra la popolazione generale, il consumo di cocaina di solito si interrompe dopo un periodo di sperimentazione nella fase di vita adulta giovane oppure riveste un carattere occasionale, in quanto avviene principalmente durante i fine settimana e in ambienti ricreativi (bar e discoteche). In alcuni paesi, tuttavia, alcune forme di consumo regolare non devono essere trascurate. Il consumo attuale (negli ultimi 30 giorni) è riferito

dall'1,5-4 % dei giovani uomini (15-34 anni) in Spagna, Italia, Paesi Bassi e Regno Unito. Nelle zone urbane il consumo di cocaina è probabilmente molto più elevato.

In uno studio recente condotto in più città la stragrande maggioranza (95 %) di coloro che sono stati definiti consumatori socialmente integrati (reclutati in discoteche, club o tramite contatti privati) hanno ammesso di fare assunzione di cocaina; solo una piccola percentuale ha dichiarato di aver fumato o di essersi iniettato la sostanza (Prinzleve e altri, 2004).

Una stima molto approssimativa del consumo recente (prevalenza nell'ultimo anno) della cocaina, presupponendo una prevalenza media dell'1 % circa di tutta la popolazione adulta, darebbe una cifra compresa tra 3 e 3,5 milioni di persone in Europa. Per altro verso i dati sul consumo corrente consentirebbero una stima approssimativa di circa 1,5 milioni di consumatori⁽⁸⁹⁾.

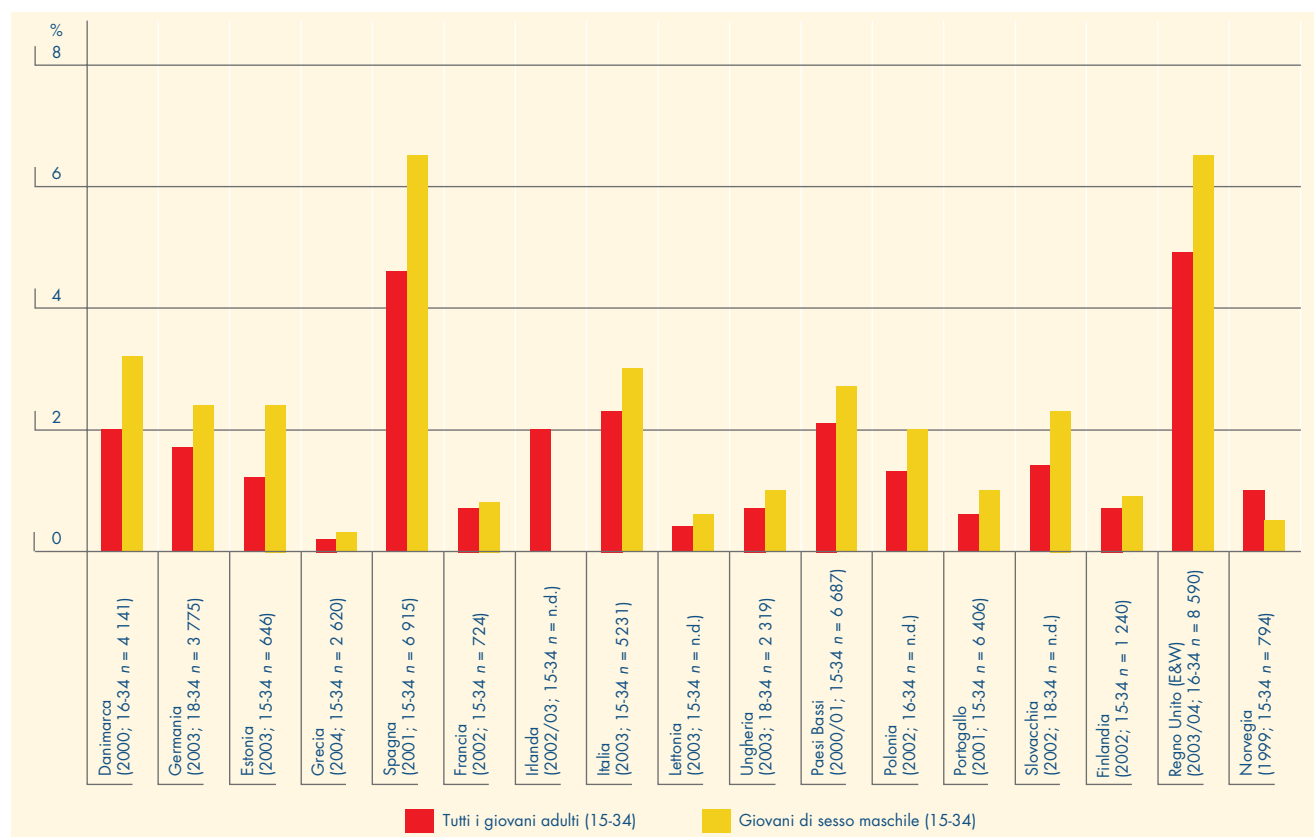
Per estendere il confronto ad un paese terzo, negli Stati Uniti, l'indagine a livello federale condotta nel 2003 su consumo di droga e salute (Samhsa, 2003) riferisce una percentuale del 14,7 % di adulti (soggetti di almeno 12 anni di età) che ammettono di avere esperienze una tantum di consumo di cocaina, mentre il 2,5 % segnala un consumo negli ultimi 12 mesi⁽⁹⁰⁾. Nella fascia d'età compresa tra i 18 e i 25 anni le percentuali erano di 15 % (una tantum), 6,6 % (ultimi 12 mesi) e 2,2 % (ultimo mese). Per gli uomini di 18-25 anni il dato era, rispettivamente, 17,4 %, 8,2 % e 2,9 %. Nel complesso, la prevalenza una tantum del consumo di cocaina è maggiore nella popolazione generale statunitense rispetto ai paesi europei con la prevalenza più alta. Tuttavia, questa differenza diminuisce a fronte delle più recenti segnalazioni sul consumo, dal momento che alcuni paesi europei riferiscono dati anche superiori a quelli statunitensi.

Tendenze relative al consumo di cocaina

Resta difficile stabilire con chiarezza le tendenze sul consumo di cocaina in Europa, basandosi unicamente su studi condotti tra la popolazione (cfr. la sezione dedicata

⁽⁸⁹⁾ Queste stime, estremamente approssimative, sono semplicemente basate sui valori medi delle percentuali minime e massime di prevalenza nazionale (cfr. la tabella GPS-1 nel bollettino statistico 2005). Si noti che alcuni paesi molto popolati (Germania, Spagna, Italia, Paesi Bassi e Regno Unito) forniscono dati sulla prevalenza comparativamente alti, in taluni casi più alti rispetto al range usato per questo calcolo.

⁽⁹⁰⁾ Va notato che la fascia d'età dell'indagine statunitense (12 anni e oltre) è più ampia della fascia d'età segnalata dall'OEDT per le indagini a livello comunitario (15-64 anni). È altresì vero che la fascia d'età dei giovani (18-25 anni) è più esigua della fascia d'età usata nella gran parte delle indagini a livello dell'UE (15-24 anni).

Grafico 10 — Consumo recente (ultimo anno) di cocaina tra tutti i giovani adulti e tra i giovani di sesso maschile, registrato dalle indagini nazionali

NB: I dati provengono dalle indagini nazionali più recenti disponibili per ciascun paese (cfr. la tabella GPS-4 nel bollettino statistico 2005). Alcuni paesi si riferiscono ad una fascia d'età leggermente diversa da quella standard applicata dall'OEDT per i giovani adulti. Le differenze in base alle fasce di età possono in misura ridotta produrre disparità da paese a paese.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox (2004), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici. Cfr. la tabella GPS-0 nel bollettino statistico 2005.

alle Tendenze relative al consumo di cannabis). Tuttavia, più fonti mettono in guardia sull'aumento del consumo di cocaina in Europa; tra queste figurano relazioni locali, studi mirati condotti negli ambienti di vita notturna, relazioni sull'aumento degli indicatori sui sequestri e taluni aumenti degli indicatori di problemi correlati (decessi, emergenze).

Tra il 1996 e il 2000, il consumo di cocaina tra i giovani ha subito un forte incremento nel Regno Unito per poi mantenersi relativamente stabile, nonostante gli aumenti moderati osservati di recente, un andamento analogo si è registrato in Spagna ⁽⁹¹⁾ tra il 1999 e il 2001. Aumenti meno marcati sono stati registrati in Danimarca, Italia, Ungheria, Paesi Bassi e Austria (nelle indagini locali) e, con delle oscillazioni negli anni novanta, in Germania (grafico 11).

Decessi correlati alla cocaina

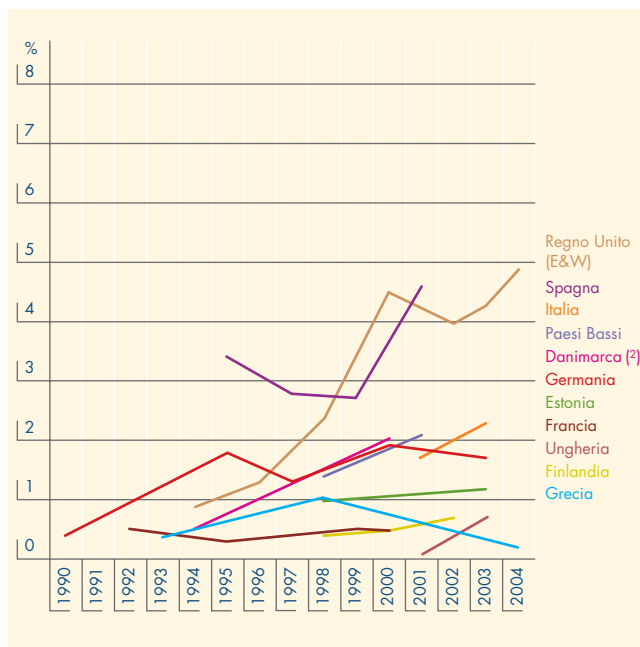
Cresce l'inquietudine legata ai rischi per la salute derivanti dal consumo di cocaina, riconducibili soprattutto a un aumento dell'uso a scopo ricreativo osservato in alcuni

paesi, in particolare negli ambienti (discoteche, club) frequentati dai giovani. Nonostante la difficoltà a stimare il numero di decessi riconducibili alla cocaina, questo dato può fungere da valido indicatore del rischio accresciuto o aiutare a individuare i modelli di consumo più pericolosi. Benché i decessi acuti dovuti a cocaina non associata a oppiacei sembrano poco frequenti in Europa, è possibile che le statistiche attuali siano inadeguate per rilevare questo fenomeno. Le informazioni disponibili sui decessi per cocaina a livello europeo sono infatti limitate e vengono fornite in forma diversa. Il consumo di cocaina è frequente tra i consumatori di oppiacei e non è raro il riscontro di cocaina nelle analisi tossicologiche effettuate sui cadaveri di persone morte per overdose di oppiacei, accanto ad altre sostanze quali alcol e benzodiazepine.

Nel 2003 alcuni paesi hanno inoltrato informazioni sui decessi per cocaina (relazioni nazionali Reitox): la Germania (25 casi attribuibili alla sola cocaina e 93 dovuti a cocaina in associazione con altre droghe; nel 2002 i dati corrispondenti erano 47 e 84), la Francia (10 decessi per la sola cocaina e uno associato a un farmaco), la Grecia (due casi per cocaina), l'Ungheria

⁽⁹¹⁾ Stando ad informazioni pervenute troppo tardi per poterne tenere conto nella relazione, si registra una stabilizzazione nelle indagini del 2003 (prevalenza nell'ultimo anno tra gli adulti del 4,8 % rispetto al 4,6 % del 2001).

Grafico 11 — Andamento del consumo recente (ultimo anno) di cocaina tra i giovani adulti (15-34 anni), registrato dalle indagini sulla popolazione (1)



(1) Le dimensioni dei campioni (intervistati) nel gruppo 15-34 anni, per paese e per anno, figurano nella tabella GPS-4 nel bollettino statistico 2005.

(2) In Danimarca il dato del 1994 corrisponde alle «droghe pesanti». I dati sono desunti dalle indagini nazionali disponibili nei vari paesi. I dati e la metodologia di ogni indagine si possono consultare nella tabella GPS-4 nel bollettino statistico 2005.

Per i giovani adulti, l'OEDT utilizza la fascia d'età 15-34 anni; la Danimarca e il Regno Unito partono da 16 anni, la Germania, l'Estonia (1998) e l'Ungheria da 18 anni. In Francia la fascia di età si amplia da 25-34 anni nel 1992 a 18-39 anni nel 1995.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox (2004), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici. Cfr. la tabella GPS-0 nel bollettino statistico 2005.

(quattro decessi imputabili a un'overdose di cocaina), i Paesi Bassi (17 decessi per cocaina nel 2003, con una tendenza all'aumento tra il 1994, due casi, e il 2002, 37 casi), l'Austria (riscontro di cocaina nel 30 % dei decessi per droga; la cocaina è stata individuata tuttavia come unica causa di decesso in soli tre casi e in un caso in associazione a gas), il Portogallo (riscontro di cocaina nel 37 % dei decessi per droga) e il Regno Unito (le «menzioni» della cocaina nei certificati di morte sono aumentate da 85 nel 2000, a 115 nel 2001 e a 171 nel 2002, pari a un incremento di otto volte nel periodo 1993-2001). Nella relazione nazionale Reitox 2003, la Spagna riferisce che nel 2001 la cocaina era stata osservata nel 54 % di tutti i decessi per droga. In 39 casi (l'8 % di tutti i decessi per droga) il decesso si è verificato in assenza di oppiacei; 21 di questi casi erano imputabili alla sola cocaina, cinque al consumo di cocaina e alcol.

Nonostante la scarsità delle informazioni disponibili, la cocaina sembra aver giocato un ruolo determinante nell'1 % fino al 15 % dei decessi per droga nei paesi che sono riusciti a distinguere tra i tipi di droga responsabili di morte; taluni paesi (Germania, Spagna, Francia e Ungheria) riferiscono per i decessi causati dalla droga percentuali dell'8-12 %. Per quanto possa essere arduo estrapolare da questi risultati un dato valido per l'intera Europa, si potrebbero tuttavia ipotizzare per l'Unione europea alcune centinaia di decessi all'anno dovuti alla cocaina. Anche se questi numeri sono molto inferiori rispetto al numero dei decessi provocati dagli oppiacei, la morte riconducibile alla cocaina è un problema grave e, probabilmente, in crescita; nei pochi paesi dove è possibile fare una stima della tendenza, le informazioni sembrano additare a un aumento.

Inoltre, la cocaina può essere un fattore responsabile dei decessi per problemi cardiovascolari (aritmie, infarto miocardico ed emorragie cerebrali; cfr. Ghuran e Nolan, 2000), soprattutto nei consumatori con condizioni predisponenti, e molte di queste morti possono passare inosservate.

Dati relativi alla domanda di trattamento ⁽⁹²⁾

Dopo gli oppiacei e la cannabis, la cocaina è la droga più di frequente riferita come la principale sostanza usata dai soggetti che entrano in terapia, concorrendo per circa il 10 % di tutte le richieste di trattamento nell'Unione europea. Questa percentuale tuttavia nasconde un'ampia varietà da paese a paese: nella maggior parte degli Stati le richieste di terapia sono poche, mentre in Spagna e nei Paesi Bassi la percentuale di pazienti che fanno richiesta di trattamento per consumo di cocaina è, rispettivamente, del 26 % e del 38 % ⁽⁹³⁾. Nella maggior parte dei paesi le percentuali dei nuovi pazienti che chiedono di entrare in terapia per consumo di cocaina come droga primaria sono superiori a quelle riferite a tutti i pazienti in generale ⁽⁹⁴⁾. La cocaina è inoltre riferita come droga secondaria dal 13 % dei nuovi pazienti che fanno richiesta di trattamento nei centri terapeutici ambulatoriali ⁽⁹⁵⁾.

Molti paesi segnalano aumenti del consumo di cocaina tra i pazienti che chiedono di essere sottoposti a terapia: dal 1996 al 2003 la percentuale di nuovi pazienti che ha chiesto una terapia per il consumo di cocaina è cresciuta dal 4,8 % al 9,3 %, mentre il numero di nuovi pazienti che desiderano sottoporsi a terapia per consumo primario di cocaina è salito da 2 535 a 6 123. Nei Paesi Bassi il numero di nuovi pazienti che ha chiesto di entrare in

⁽⁹²⁾ L'analisi dei dati poggia sui pazienti che fanno domanda di trattamento in tutti i centri terapeutici per la distribuzione generale e le tendenze nonché sui centri terapeutici ambulatoriali per il profilo dei pazienti e i modelli d'uso.

⁽⁹³⁾ Cfr. la tabella TDI-5 (parte ii) nel bollettino statistico 2005. Il dato per la Spagna è riferito al 2002.

⁽⁹⁴⁾ Cfr. la tabella TDI-4 (parte ii) nel bollettino statistico 2005.

⁽⁹⁵⁾ Cfr. la tabella TDI-24 nel bollettino statistico 2005.

terapia a causa della cocaina nel 2003 ha superato per la prima volta il numero di chi invece ha fatto la stessa richiesta a causa di una dipendenza dagli oppiacei. Da un'analisi dei dati terapeutici raccolti a Londra tra il 1995-1996 e il 2000-2001 si evince che i pazienti che consumano cocaina sono più che raddoppiati (GLADA, 2004), sia pur da un punto di partenza basso (735-1917).

Questi dati sono probabilmente influenzati dal problema — ancora di dimensioni ridotte, sebbene in crescita — della cocaina crack (una base di cocaina da fumare), segnalato sia dai Paesi Bassi che dal Regno Unito, dove il numero di consumatori di cocaina crack è aumentato negli ultimi anni. Per quanto la percentuale dei consumatori problematici sia bassa, essi tendono tuttavia a concentrarsi nelle principali zone urbane e, quindi, risultano più visibili nelle relazioni prodotte dal monitoraggio urbano.

I consumatori di cocaina crack hanno un comune denominatore sociale diverso dai consumatori di cocaina in polvere. Sussistono maggiori probabilità che i primi siano soggetti socialmente svantaggiati; alcune prove suggeriscono che le minoranze etniche possono essere particolarmente vulnerabili al problema della cocaina crack: due terzi dei neri che chiedono di entrare in terapia per droga a Londra sono prevalentemente consumatori di cocaina crack (GLADA, 2004), mentre il 30 % dei pazienti consumatori di cocaina crack nei Paesi Bassi è di origine non olandese. Nonostante i timori associati al fenomeno della cocaina crack, va ricordato che questa droga, pur essendo responsabile di un danno specifico per i soggetti che ne fanno uso e per la comunità in cui essi vivono, rappresenta un problema localizzato perlopiù in Europa. Si deve inoltre osservare che i pazienti consumatori di cocaina crack vengono riportati prevalentemente da Paesi Bassi e Regno Unito.

In generale, la maggior parte di richieste di trattamento per cocaina in Europa non riguarda il fenomeno della cocaina crack. Circa il 70 % dei nuovi pazienti consumatori di cocaina fa uso di cocaina idrocloride (cocaina in polvere), perlopiù inalata, mentre consuma cocaina crack solo il rimanente 30 %. Circa il 5 % dei nuovi pazienti consumatori di cocaina dice di iniettarsi la droga.

I nuovi pazienti che chiedono di essere sottoposti a terapia per consumo primario di cocaina sono soprattutto di sesso maschile (rapporto maschio-femmina: 3,7:1). Le differenze che emergono da paese a paese interessano la distribuzione del genere ⁽⁹⁶⁾. Da uno studio di ricerca qualitativo condotto in Italia su pazienti che fanno richiesta di terapia a causa del consumo di stimolanti, perlopiù cocaina, emerge che, tra i consumatori, il numero

di donne è quasi pari al numero di uomini, ma che tra i soggetti che fanno richiesta di trattamento per cocaina o altri stimolanti prevalgono nettamente i soggetti di sesso maschile (Macchia e altri, 2004).

I nuovi pazienti che fanno uso di cocaina come droga primaria sono in genere più anziani rispetto ai consumatori di altre droghe (età media di 30 anni, di cui la maggior parte appartenenti alla fascia dei 20-34 anni); una percentuale minore, benché più importante, di pazienti ha un'età compresa tra i 35 e i 39 anni ⁽⁹⁷⁾.

La cocaina è spesso usata in associazione con altre droghe sussidiarie, spesso cannabis (40 %) o alcol (37 %). Studi locali condotti su soggetti che fanno uso di droghe per via parenterale suggeriscono che, in talune zone, sta divenendo popolare l'iniezione di eroina in associazione a cocaina (talora denominata dagli stessi consumatori *speedballing*). Se così fosse, ciò tuttavia non emergerebbe dai dati generali riferiti alle richieste di terapia provenienti dalla maggior parte dei paesi, dove solo una percentuale minore di pazienti ammette l'uso combinato di eroina e cocaina. Questo non si verifica ovunque: nei Paesi Bassi, per esempio, un'analisi dei dati riferiti alle richieste di terapia dei consumatori di cocaina evidenzia che molti pazienti cocainomani fanno uso di più sostanze stupefacenti e che il gruppo più corposo è costituito dai soggetti che usano la cocaina in associazione all'eroina (Mol e altri, 2002).

Trattamento del consumo problematico di cocaina

Non esiste per i consumatori di cocaina una terapia farmacologica consolidata e diffusa come nel caso dei pazienti che riferiscono problemi associati agli oppiacei. Si possono prescrivere ai consumatori di cocaina farmaci che alleviano in maniera sistematica i disturbi, ma si tratta solitamente di farmaci a vita breve e mirati a ridurre i problemi correlati al consumo di cocaina tra cui, per esempio, l'ansia o i disturbi del sonno. Le opzioni terapeutiche a più lungo termine vengono in genere somministrate nell'ambito dei servizi generali per tossicodipendenti. Tuttavia, le opzioni terapeutiche generali per chi ha problemi con la cocaina sembrano ancora poco sviluppate (Haasen, 2003). Questa situazione potrebbe cambiare dal momento che alcuni paesi hanno cominciato a elaborare nuove risposte terapeutiche per questi soggetti; ne è un esempio lo sviluppo di servizi specifici per il consumo di cocaina crack in corso di elaborazione in Inghilterra (NTA, 2003).

La maggior parte della letteratura scientifica sul trattamento dei problemi collegati alla cocaina proviene da studi americani e, di conseguenza, non riflette il contesto europeo.

⁽⁹⁶⁾ Cfr. la tabella TDI-22 nel bollettino statistico 2005 e *Differenze nei modelli di consumo di droga tra uomini e donne* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Cfr. la tabella TDI-10 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

Purtroppo, il trattamento dei pazienti che fanno uso di cocaina è un aspetto ancora poco valutato nell'Unione europea; ciò riflette in parte il fatto che, storicamente, i servizi terapeutici si sono imbattuti in problemi correlati al consumo di questa sostanza soltanto (relativamente) di rado. A livello europeo una revisione sistematica della letteratura sul trattamento dei pazienti cocainomani (Rigter e altri, 2004) ha evidenziato che l'osservanza della terapia da parte dei consumatori di cocaina è generalmente bassa e che le percentuali di ricaduta sono alte. La psicoterapia si è dimostrata utile per ridurre il consumo, mentre non vi sono prove convincenti dell'efficacia dell'agopuntura nel trattamento dei problemi collegati al consumo di cocaina. Tuttavia, in generale, questi risultati andrebbero visti nel contesto semplicemente di un'assenza di una base probante convincente a livello europeo capace di guidare gli interventi terapeutici in questo settore. Per esempio, non si sa nemmeno con chiarezza se gli interventi mirati specificatamente alla cocaina siano più efficaci del reclutamento dei soggetti con problemi di cocaina in programmi terapeutici più generici, aspecifici. Inoltre, rimane aperta la questione se sia possibile elaborare una terapia farmacologica per i consumatori problematici di cocaina che possa diventare un'opzione terapeutica standard come il metadone e la buprenorfina sono divenuti approcci standard nel trattamento del consumo problematico di oppiacei. Si deve tener presente che vi sono differenze importanti nei meccanismi con cui gli oppiacei e gli stimolanti come la cocaina agiscono sull'organismo, tali da rendere probabilmente diverse le opzioni terapeutiche disponibili per il trattamento dei problemi collegati alla droga. Negli Stati Uniti sono in corso alcune attività interessanti per individuare interventi che possano temporaneamente bloccare l'effetto del consumo di cocaina sulla persona che ne fa uso; sarebbe interessante sapere se in futuro, da queste attività, sarà possibile estrapolare nuove opzioni terapeutiche.

Ridurre il danno per la salute

Nell'ultimo quinquennio sono aumentate con rapidità le misure miranti a prevenire e ridurre il danno per la salute associato al consumo di cocaina e di cocaina crack; sono state rese disponibili, soprattutto mediante Internet, nuove informazioni sulla cocaina e specifiche sul crack. In Belgio, Francia e Portogallo i servizi di assistenza telefonica hanno ricevuto più richieste di informazioni sulla cocaina e la cocaina crack rispetto al passato, sebbene la percentuale di tali telefonate rimanga ben al di sotto di quella sulle droghe lecite e sulla cannabis. Il personale dei servizi per i tossicodipendenti è stato maggiormente coinvolto in corsi di formazione, allo scopo di offrire una risposta adeguata ai problemi riconducibili al consumo di cocaina e cocaina crack negli ambienti dove questo

fenomeno si osserva per la prima volta (i fine settimana a Dublino o gli eventi *techno* a Vienna).

Un servizio di consulenza specializzata e offerte di trattamento dirette ai consumatori di cocaina e cocaina crack sono disponibili nei grandi centri urbani, per esempio a Francoforte (Suchthilfzentrum Bleichstrasse: www.drogenberatung-jj.de), a Barcellona (Hospital Vall d'Hebron: www.vhebron.es), a Vienna (ChEck iT!: www.checkyourdrugs.at) e a Londra (www.cracklondon.org.uk).

Sequestri e informazioni sul mercato ⁽⁹⁸⁾

Produzione e traffico

La Colombia è di gran lunga la massima fonte di produzione illecita di coca nel mondo, seguita dal Perù e dalla Bolivia. Nel 2003 la produzione globale di cocaina è stata stimata in 655 tonnellate, cui la Colombia ha contribuito con il 67 %, il Perù con il 24 % e la Bolivia con il 9 % (CND, 2005). La maggior parte della cocaina sequestrata in Europa proviene direttamente dal Sud America (Colombia), oppure transita in America centrale e nei Caraibi. Nel 2003 Brasile e Venezuela, in particolare, sono stati segnalati come paesi di transito della cocaina importata nell'Unione europea, assieme ad Argentina, Costa Rica e Curaçao (relazioni nazionali Reitox, 2004; CND, 2005). Altre zone di transito sono state l'Africa meridionale e occidentale (INCB, 2005). I principali punti di ingresso nell'Unione europea rimangono Spagna, Paesi Bassi e Portogallo (relazioni nazionali Reitox, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

Sequestri

I dati sui sequestri indicano che il traffico di cocaina è il terzo maggior traffico di droga del mondo, dopo l'erba di cannabis e la resina di cannabis. In termini di volumi sequestrati (490,5 tonnellate in tutto il mondo nel 2003) la maggior parte del traffico di cocaina ha continuato a riguardare nel 2003 le Americhe (82 %) e l'Europa. Quest'ultima ha contribuito per il 17 % ai quantitativi totali di cocaina sequestrata in tutto il mondo, con una tendenza all'aumento rispetto all'anno precedente (CND, 2005). In Europa i volumi più cospicui di cocaina sequestrata vengono segnalati nei paesi occidentali. Negli ultimi cinque anni la Spagna è stata il paese europeo che ha riportato il maggior numero di sequestri di cocaina, con oltre la metà di tutti i sequestri compiuti nell'UE nel 2003 come pure di tutti i quantitativi sequestrati ⁽⁹⁹⁾.

Nell'arco del periodo 1998-2002 il numero dei sequestri di cocaina ⁽¹⁰⁰⁾ è aumentato in tutti i paesi, fatta eccezione

⁽⁹⁸⁾ Cfr. «Interpretazione dei sequestri e delle informazioni sul mercato», pag. 42.

⁽⁹⁹⁾ L'affermazione andrebbe verificata alla luce dei dati ancora mancanti riferiti al 2003, una volta che si renderanno disponibili. I dati riguardanti il numero dei sequestri di cocaina nel 2003 non erano disponibili per Italia, Cipro, Paesi Bassi e Romania; i dati riguardanti sia il numero dei sequestri di cocaina sia i quantitativi sequestrati di cocaina nel 2003 non erano disponibili per Irlanda e Regno Unito.

⁽¹⁰⁰⁾ Cfr. la tabella SZR-5 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

per Germania e Portogallo. Nello stesso periodo, nonostante le oscillazioni nei quantitativi di cocaina sequestrati nell'UE ⁽¹⁰¹⁾, la tendenza è stata in aumento. Tuttavia, sulla base degli andamenti osservati nei paesi che hanno messo a disposizione informazioni in merito, il numero di sequestri di cocaina a livello europeo sembra essere diminuito nel 2003 (soprattutto in Spagna), mentre è aumentato fortemente il volume di cocaina sequestrata (soprattutto in Spagna e Paesi Bassi). Nel 2003 sembrano esserci stati nell'UE sequestri di quantitativi particolarmente voluminosi di cocaina.

Per quanto alcuni paesi dell'UE abbiano segnalato sequestri di cocaina crack, a volte essi non sono

distinguibili dai sequestri di cocaina. Ne deriva che i dati sull'andamento dei sequestri di cocaina precedentemente riportati potrebbero comprendere anche la cocaina crack.

Prezzo e purezza

Il prezzo medio ⁽¹⁰²⁾ della cocaina al dettaglio ha registrato nel 2003 notevoli variazioni all'interno dell'UE, da 34 euro al grammo in Spagna a 175 euro al grammo in Norvegia.

Rispetto all'eroina, la purezza media della cocaina al dettaglio è elevata, con un campo di variazione che nel 2003 andava dal 32 % nella Repubblica ceca e in Germania all'83 % in Polonia ⁽¹⁰³⁾.

⁽¹⁰¹⁾ Cfr. la tabella SZR-6 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁰²⁾ Cfr. la tabella PPP-3 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁰³⁾ Cfr. la tabella PPP-7 (parte i) nel bollettino statistico 2005. Si noti che le stime sulla purezza media della cocaina nella Repubblica ceca e in Polonia nel 2003 si basano su un numero di campioni ridotto ($n = 5$ e 6 rispettivamente).



Capitolo 6

Eroina e consumo per via parenterale

Il consumo regolare e sostenuto di eroina, il consumo per via parenterale e, in alcuni paesi, l'uso intensivo di sostanze stimolanti sono responsabili di una percentuale considerevole dei problemi sanitari e sociali correlati alla droga riscontrabili in Europa. Il numero di persone che mostrano questo tipo di comportamento è basso rispetto alla popolazione complessiva, ma l'impatto del consumo problematico è notevole. Per far comprendere la dimensione del fenomeno e per permettere il monitoraggio dell'andamento nel tempo, l'OEDT sta operando con gli Stati membri per giungere a una nuova definizione di «consumo problematico di stupefacenti» e per elaborare strategie volte a misurare l'entità del fenomeno e il relativo impatto.

Consumo problematico di stupefacenti

Il consumo problematico di stupefacenti (PDU) è definito operativamente come «il consumo di stupefacenti per via parenterale, oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o anfetamine»⁽¹⁰⁴⁾. Le variazioni esistenti nelle definizioni e le incertezze metodologiche rendono difficile il calcolo di stime affidabili in quest'area; quando si vanno a interpretare le differenze esistenti tra i vari paesi o nel tempo, occorre procedere con cautela.

Il consumo problematico di stupefacenti può essere suddiviso in due importanti gruppi. Si può fare una distinzione generale tra il consumo di eroina, che in passato ha rappresentato la parte più consistente del consumo problematico di stupefacenti nella maggioranza dei paesi dell'UE, e il consumo problematico di sostanze stimolanti, che predomina in Finlandia e Svezia, dove la maggioranza dei consumatori problematici di stupefacenti è data da consumatori primari di anfetamine.

Analogamente, nella Repubblica ceca i consumatori di metanfetamine hanno sempre rappresentato una percentuale significativa dei consumatori problematici di stupefacenti.

Il consumo problematico di stupefacenti si sta diversificando. Per esempio, i problemi dovuti alla poliassunzione di sostanze stupefacenti hanno progressivamente acquisito una maggiore importanza in gran parte dei paesi, mentre alcuni paesi, in cui in passato predominavano i problemi legati agli oppiacei, segnalano

ora spostamenti verso altre sostanze stupefacenti. In Spagna le stime dei consumatori problematici di oppiacei registrano un calo e si osserva un aumento dei problemi e delle stime relative al consumo di cocaina; non sono tuttavia disponibili dati affidabili sull'andamento nel tempo del consumo problematico della cocaina. La Germania e i Paesi Bassi segnalano una percentuale crescente di consumatori di cocaina crack tra i gruppi che fanno un uso problematico di sostanze stupefacenti, anche se la stima complessiva dei consumatori problematici di stupefacenti resta invariata nei Paesi Bassi.

Prevalenza

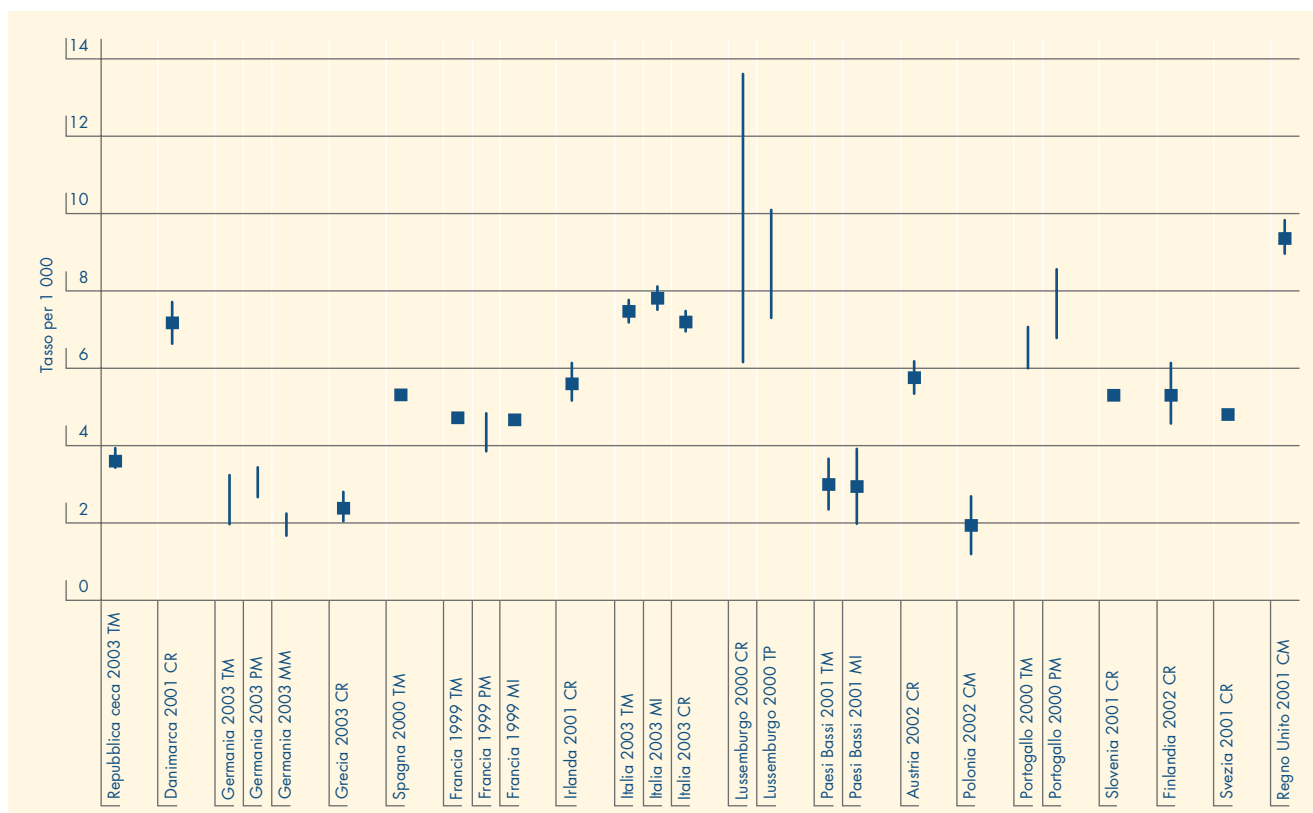
Le stime relative alla prevalenza del consumo problematico di stupefacenti a livello nazionale nel periodo 1999-2003 variano da 2 a 10 casi ogni 1 000 soggetti all'interno della fascia di popolazione d'età compresa tra 15 e 64 anni (sulla base dei punti mediani delle stime), ovvero l'1 % della popolazione adulta⁽¹⁰⁵⁾. Il dato sulla prevalenza sembra variare enormemente da paese a paese, sebbene i risultati siano perlopiù coerenti quando metodi diversi vengono usati all'interno dello stesso paese. Le stime più elevate sono segnalate da Danimarca, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Austria, Portogallo, Spagna e Regno Unito (6-10 casi ogni 1 000 abitanti d'età 15-64 anni). I valori più bassi sono segnalati da Germania, Grecia, Paesi Bassi e Polonia (< 4 casi ogni 1 000 abitanti d'età 15-64 anni; cfr. grafico 12). Tra i nuovi paesi dell'UE e i paesi candidati all'adesione, stime ben documentate sono disponibili soltanto per Repubblica ceca, Polonia e Slovenia, dove i dati si trovano nella fascia media-inferiore, rispettivamente a 3,6, 1,9 e 5,3 casi ogni 1 000 abitanti d'età 15-64 anni. La media ponderata del consumo problematico di stupefacenti nell'UE è probabilmente compresa tra 4 e 7 casi ogni 1 000 abitanti di 15-64 anni, il che corrisponde a 1,2-2,1 milioni di consumatori problematici di stupefacenti nell'UE, di cui un numero compreso fra 850 000 e 1,3 milioni fa un uso attivo di sostanze stupefacenti per via parenterale. Tuttavia, queste stime sono tutt'altro che attendibili e dovranno essere affinate quando saranno disponibili altri dati dai nuovi Stati membri.

Le stime a livello locale e regionale suggeriscono che la prevalenza del consumo problematico di stupefacenti può

⁽¹⁰⁴⁾ Per maggiori dettagli, cfr. Note metodologiche sul consumo problematico di stupefacenti, bollettino statistico 2005.

⁽¹⁰⁵⁾ Cfr. la tabella PDU-1 nel bollettino statistico 2005.

Grafico 12 — Stime sulla prevalenza del consumo problematico di sostanze stupefacenti nel 1999-2003 (tasso su un campione di 1 000 abitanti di età compresa fra 15 e 64 anni)



NB: CR, capture-recapture (cattura-ricattura); TM, treatment multiplier (moltiplicatore trattamento); PM, police multiplier (moltiplicatore polizia); MI, multivariate indicator (indicatore multivariato); TP, truncated Poisson (Poisson troncato); CM, combined methods (metodi combinati). Per ulteriori dettagli cfr. le tabelle PDU-1, PDU-2 e PDU-3 nel bollettino statistico 2005. Il simbolo indica una stima puntuale; la barra indica un intervallo di incertezza, che può essere un intervallo di confidenza del 95 % o un intervallo basato sull'analisi della sensibilità (cfr. tabella PDU-3). I gruppi bersaglio possono variare leggermente a causa di metodi diversi e di fonti diverse di dati; pertanto il confronto va fatto con cautela. La stima spagnola non comprende il consumo problematico di cocaina; una stima più alta, che tiene conto di questo gruppo ma che potrebbe essere meno affidabile, figura nelle tabelle PDU-2 e PDU-3.

Fonti: Punti focali nazionali. Cfr. anche OEDT (2003).

variare enormemente da città a città e da regione a regione. I dati più alti sulla prevalenza locale nel periodo 1999-2003 vengono riferiti da Irlanda, Portogallo e Regno Unito, con i seguenti numeri ogni 1 000 abitanti: 16 (Dublino), 17 (Beja), 24 (Aveiro) e 25 (quartieri di Londra), fino a 29 (Dundee) e 34 (Glasgow) (grafico 13). La variabilità geografica è tuttavia marcata a livello locale, con una prevalenza in un'altra zona di Londra calcolata a 6 ogni 1 000 abitanti. Di qui l'esigenza di aumentare la disponibilità di dati affidabili sulla prevalenza locale in molti altri paesi, dove può esserci una prevalenza regionale o locale alta (o bassa), che tuttavia non è stata ancora rilevata.

Malgrado vi siano stati considerevoli miglioramenti nelle tecniche di stima, la mancanza di dati storici affidabili e coerenti complica la valutazione dell'andamento del consumo problematico di stupefacenti. Le informazioni provenienti da alcuni paesi che indicano una variazione delle stime supportata anche da altri indicatori parlano di un aumento del consumo problematico degli stupefacenti a

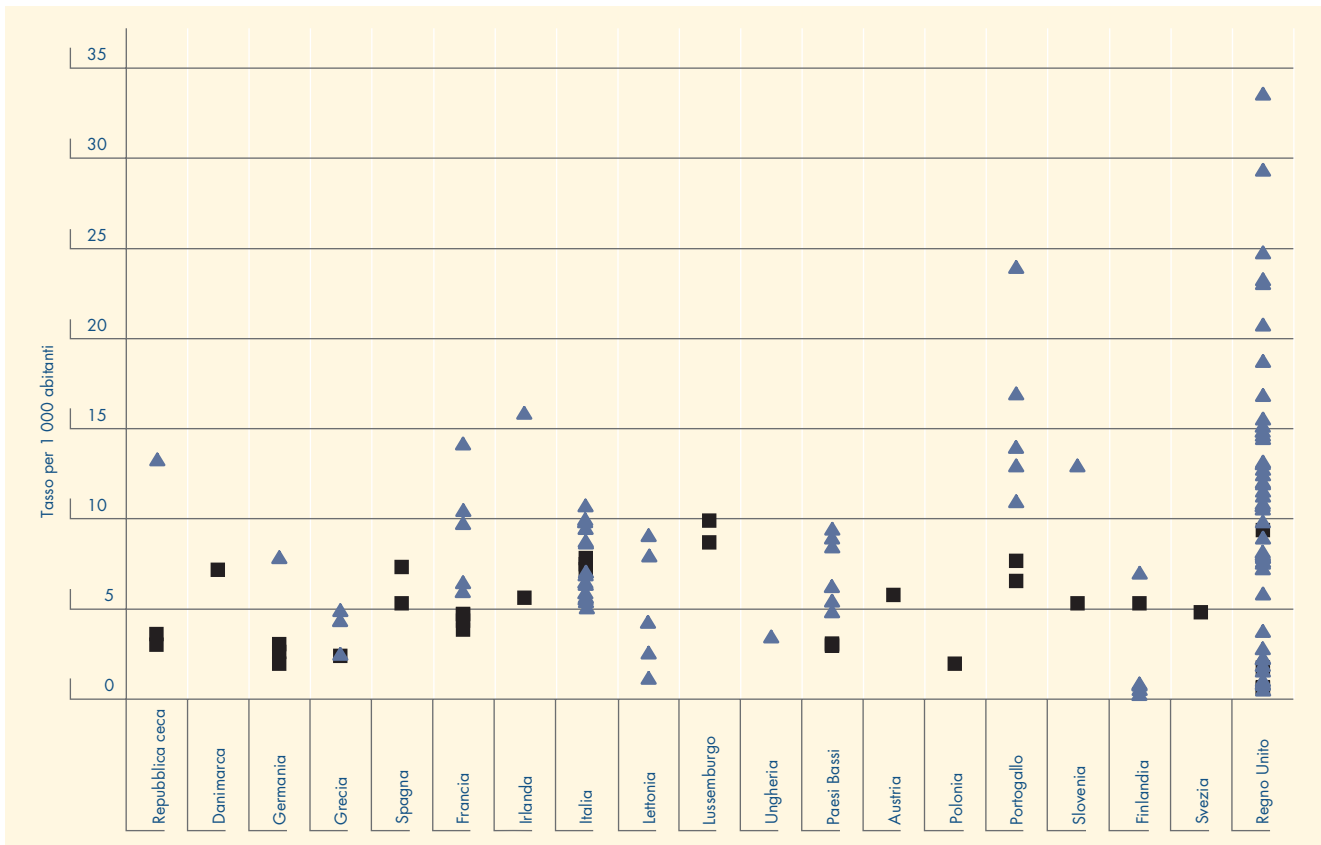
partire da metà anni novanta (OEDT, 2004a); in alcuni Stati, tuttavia, il fenomeno sembra essersi stabilizzato negli ultimi anni. Ripetute stime sono state fornite per il periodo 1999-2003 da 16 paesi (tra cui Danimarca e Svezia, entrambe con dati riferiti al periodo 1998-2001 e Regno Unito con dati riferiti al periodo 1996-2001). Di questi 16 paesi, 6 hanno segnalato un aumento delle stime sul consumo problematico di stupefacenti (Danimarca, Finlandia, Norvegia, Austria, Svezia e Regno Unito), 5 hanno riferito una prevalenza stabile o un calo (Repubblica ceca, Irlanda, Germania, Grecia e Slovenia) e 5 (Spagna, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi e Portogallo) hanno registrato andamenti diversi, a seconda del metodo di previsione utilizzato, che talvolta può fare riferimento a gruppi bersaglio diversi tra i consumatori problematici di stupefacenti ⁽¹⁰⁶⁾.

Consumo di stupefacenti per via parenterale

I consumatori di stupefacenti per via parenterale corrono un rischio elevato di andare incontro a effetti avversi.

⁽¹⁰⁶⁾ Cfr. il grafico PDU-4 nel bollettino statistico 2005.

Grafico 13 — Stime nazionali e locali sulla prevalenza del consumo problematico di droga, 1999-2003
(tasso su un campione di 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni)



NB: Quadrato nero = campioni a copertura nazionale; triangolo blu = campioni a copertura locale/regionale. I gruppi bersaglio possono variare leggermente a causa di metodi diversi e di fonti diverse di dati; pertanto il confronto va fatto con cautela. Per ulteriori dettagli cfr. le tabelle PDU-1, PDU-2 e PDU-3 nel bollettino statistico 2005. Il modello delle stime di prevalenza locale dipende in gran parte dalla disponibilità e dalla localizzazione degli studi; tuttavia, se disponibili, le stime locali suggeriscono una prevalenza diversa rispetto alla media nazionale per città o regioni specifiche.

Fonti: Punti focali nazionali. Cfr. anche OEDT (2003).

È importante pertanto considerare il consumo di stupefacenti per via parenterale separatamente, come una categoria chiave del consumo problematico di droga.

Nonostante l'importanza per la salute pubblica di questo fenomeno, pochi paesi forniscono stime nazionali o locali sul consumo di stupefacenti per via parenterale. Le stime disponibili a livello nazionale vanno da 1 a 6 casi per 1 000 abitanti di età compresa nella fascia 15-64 anni, suggerendo rilevanti differenze da paese a paese nella prevalenza di questo tipo di consumo di stupefacenti ⁽¹⁰⁷⁾. Il Lussemburgo riporta i dati più alti di consumo di stupefacenti per via parenterale, con circa 6 casi ogni 1 000 abitanti di 15-64 anni, mentre la Grecia segnala il dato più basso, con un solo caso o poco più ogni 1 000 abitanti. Nonostante la scarsità di dati sulla prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale, vi sono segnali che indicano un aumento a partire dal 1999 in

Norvegia, mentre in Portogallo metodi di previsione diversi fanno pensare ad andamenti diversi ⁽¹⁰⁸⁾.

L'analisi delle percentuali sul consumo di stupefacenti per via parenterale tra i consumatori di eroina in terapia mette in evidenza notevoli differenze da paese a paese nonché andamenti variabili nel tempo ⁽¹⁰⁹⁾. In alcuni paesi (Spagna, Paesi Bassi, Portogallo), una percentuale relativamente modesta di eroinomani ricorre alla via parenterale, mentre nella maggior parte degli altri Stati l'assunzione di eroina per iniezione è tuttora la norma. In alcuni Stati dell'UE a 15 che hanno fornito informazioni (Danimarca, Spagna, Francia, Grecia, Italia e Regno Unito), il numero di consumatori di eroina in terapia che fanno uso di questa sostanza per via parenterale è in calo. Tuttavia, nella maggior parte dei nuovi Stati membri, perlomeno di quelli in cui sono reperibili informazioni in merito, quasi tutti i consumatori di eroina in terapia si iniettano la sostanza.

⁽¹⁰⁷⁾ Cfr. il grafico PDU-2 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁰⁸⁾ Cfr. il grafico PDU-5 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁰⁹⁾ Cfr. il grafico PDU-3 nel bollettino statistico 2005.

Dati relativi alla domanda di trattamento

Sul totale di richieste presentate, il 60 % riguarda la terapia per oppiacei (sebbene in molti casi la droga primaria non sia riferita); oltre la metà (54 %) di questi consumatori di oppiacei si inietta la sostanza, mentre per il 10 % la via di somministrazione non è nota. Gli oppiacei sono inoltre menzionati come droga secondaria da circa il 10 % dei nuovi pazienti ⁽¹¹⁰⁾.

In molti paesi gli oppiacei (perlopiù l'eroina) rimangono la droga principale per la quale il paziente chiede di entrare in terapia; si osservano tuttavia importanti differenze da paese a paese. Gli Stati membri dell'UE e relativi paesi candidati si possono suddividere grosso modo in tre gruppi, a seconda dell'entità delle problematiche legate all'eroina della popolazione in terapia:

- sotto il 40 %: Repubblica ceca, Paesi Bassi, Polonia, Finlandia, Svezia;
- 50-70 %: Danimarca, Germania, Spagna, Irlanda, Cipro, Lettonia, Slovacchia, Romania;
- oltre il 70 %: Francia, Grecia, Italia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Slovenia, Regno Unito, Bulgaria ⁽¹¹¹⁾.

Il numero di pazienti consumatori di oppiacei che continuano il trattamento nel corso di molti anni è in aumento, mentre diminuisce l'incidenza di nuove richieste di trattamento per gli oppiacei (relazioni nazionali Reitox, 2004; divisione di ricerca sull'abuso di stupefacenti, 2004). Per alcuni paesi l'andamento del consumo di eroina tra i nuovi pazienti in terapia si riferisce al periodo 1996-2003 e mostra una generale flessione del numero di pazienti che chiedono di entrare in terapia.

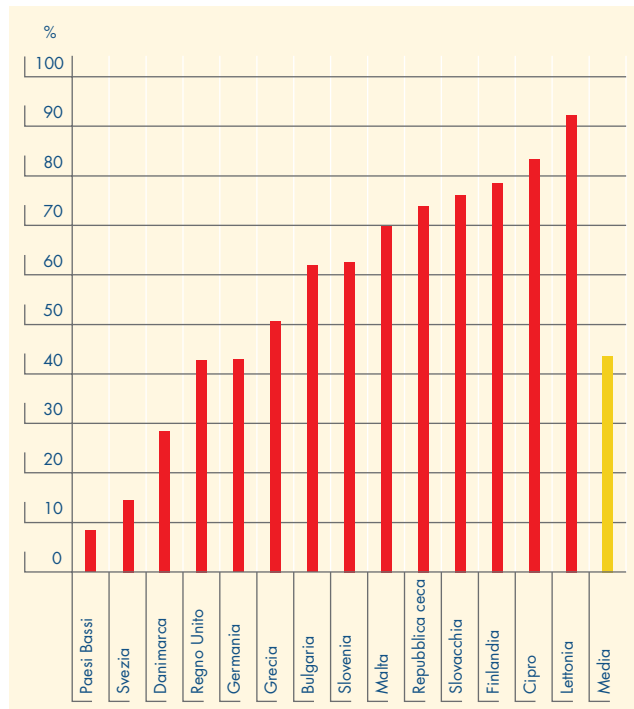
Il contributo relativo del trattamento per oppiacei rispetto alla popolazione complessiva appena entrata in terapia è sceso in maniera più marcata, a causa di un aumento del numero di pazienti con problemi collegati soprattutto ad altre droghe. Ciò può essere dovuto a un passaggio dal consumo di eroina a quello di cocaina da parte di alcuni pazienti in terapia per oppiacei (Ouweland e altri, 2004), alla differenziazione del sistema terapeutico, che è più accessibile per altri consumatori problematici di stupefacenti, o alla ridotta percentuale di nuovi consumatori problematici (relazione nazionale olandese).

Nell'andamento dell'ultimo decennio si osservano differenze da paese a paese: si nota in particolare un forte calo dei pazienti eroinomani in Danimarca, Germania, Paesi Bassi, Slovacchia e Finlandia e un leggero aumento in Bulgaria e nel Regno Unito ⁽¹¹²⁾.

L'analisi dei dati sui nuovi pazienti che frequentano le strutture terapeutiche ambulatoriali consente di fornire una descrizione più dettagliata del profilo dei consumatori di oppiacei. Fanno per la prima volta richiesta di entrare in terapia per consumo primario di oppiacei 2,8 uomini per ogni donna; tuttavia, il rapporto di genere varia notevolmente da paese a paese (da 5:1 a 2:1), a eccezione di Cipro, dove il rapporto uomo-donna è molto alto (11:1), e della Svezia, dove è molto basso (0,9:1) e le donne superano gli uomini tra i consumatori di oppiacei ⁽¹¹³⁾.

La maggior parte dei consumatori di oppiacei ha età compresa tra i 20 e i 34 anni, e nella fascia d'età 30-39 anni più della metà dei pazienti chiede di entrare in terapia a causa del consumo di oppiacei. L'andamento riferito suggerisce un invecchiamento dei pazienti consumatori di oppiacei; per esempio, nei Paesi Bassi circa il 40 % dei pazienti in terapia per la prima volta per oppiacei ha più di 40 anni d'età. Fanno eccezione Romania e Slovenia con un gruppo di pazienti consumatori di oppiacei assai giovane (15-19 anni) ⁽¹¹⁴⁾.

Grafico 14 — Pazienti nuovi in regime ambulatoriale che assumono oppiacei per via parenterale, rispetto al totale dei pazienti nuovi in terapia per oppiacei, suddivisi per paese (2003)



NB: Sono riportati solo i paesi in cui sono presenti pazienti che riferiscono gli oppiacei come droga primaria e/o i paesi che hanno fornito informazioni.

Fonte: Relazioni nazionali Reitox (2004).

⁽¹¹⁰⁾ Cfr. la tabella TDI-24 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹¹¹⁾ Cfr. la tabella TDI-5 (parte ii) nel bollettino statistico 2005.

⁽¹¹²⁾ Cfr. la tabella TDI-3 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

⁽¹¹³⁾ Cfr. la tabella TDI-12 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹¹⁴⁾ Cfr. la tabella TDI-10 (parte iii) nel bollettino statistico 2005.

La maggior parte dei pazienti consumatori di oppiacei riferisce di aver provato per la prima volta queste sostanze in un'età compresa tra i 15 e i 24 anni; di questi il 50 % circa ammette di aver provato la droga prima dei 20 anni ⁽¹¹⁵⁾. Se si confronta l'età in cui la droga viene usata per la prima volta con l'età in cui per la prima volta viene fatta domanda di entrare in terapia, in genere l'intervallo di tempo tra l'una e l'altra epoca è di circa 5-10 anni. Spesso il consumo precoce di oppiacei è associato a un ventaglio di problemi comportamentali e di gravi carenze sociali (relazione nazionale britannica).

Nella maggior parte dei paesi una percentuale di pazienti consumatori di oppiacei compresa tra il 60 % e il 90 % fa uso della droga quotidianamente, mentre alcuni pazienti riferiscono di non aver usato la droga nell'ultimo mese o di averla usata soltanto occasionalmente; ciò si spiega probabilmente con il fatto che i pazienti interrompono il consumo di droga prima di entrare in terapia ⁽¹¹⁶⁾.

Il 40 % dei clienti si inietta la droga e il 40 % la fuma o la inala. Sono riferite differenze nel modo di consumo tra i vecchi e i nuovi Stati membri dell'UE ⁽¹¹⁷⁾ (grafico 14): la percentuale dei consumatori di oppiacei per via parenterale è superiore al 60 % nei nuovi Stati membri e inferiore al 60 % nei vecchi Stati membri (a eccezione della Finlandia, dove la percentuale di questi consumatori tra i pazienti è del 78,4 %). La percentuale più bassa di consumatori di oppiacei per via parenterale tra i pazienti si registra nei Paesi Bassi (8,3 %) ⁽¹¹⁸⁾.

Molti nuovi pazienti consumano oppiacei in associazione a un'altra sostanza, spesso la cannabis (47 %) o l'alcol (24 %). Si riscontrano tuttavia differenze notevoli da paese a paese: nella Repubblica ceca e in Slovacchia quasi la metà dei pazienti fa uso di oppiacei in associazione a stimolanti diversi dalla cocaina; in Grecia e a Malta rispettivamente il 18 % e il 29 % dei pazienti fa uso di oppiacei e, come droga secondaria, di cocaina; in Finlandia tra i consumatori di oppiacei (perlopiù consumatori di buprenorfina) il 37 % ammette anche l'uso di ipnotici e sedativi (prevalentemente benzodiazepine) come droghe secondarie ⁽¹¹⁹⁾.

Malattie infettive correlate alla droga

HIV e AIDS

Andamento recente nei casi di HIV riferiti

L'HIV è dilagato con ritmo epidemico tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nei nuovi Stati membri della regione baltica, dopo le epidemie di massa

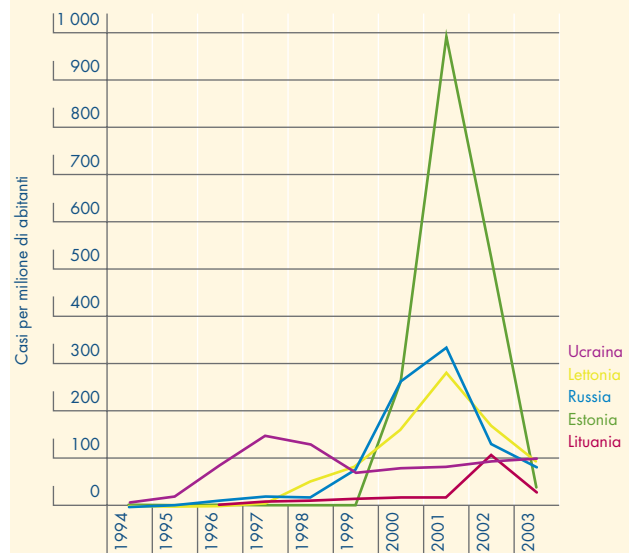
dell'Europa orientale (EuroHIV, 2004) (cfr. il riquadro «HIV e AIDS nell'Europa orientale»). Le percentuali dei nuovi casi diagnosticati hanno raggiunto l'apice in Estonia e

HIV e AIDS nell'Europa orientale

Negli ultimi anni il virus dell'immunodeficienza umana (HIV) ha fatto registrare una diffusione epidemica massiccia tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in Russia e in Ucraina, così come nei paesi baltici. Nel 2001 il tasso più elevato di nuove infezioni diagnostiche nei consumatori di stupefacenti per via parenterale è stato segnalato dall'Estonia e dalla Federazione russa, con rispettivamente 991 e 333 casi per milione di abitanti. Tuttavia, nel 1997 il picco è stato riportato dall'Ucraina, con 146 casi per milione di abitanti, in conseguenza di un'ampia trasmissione dovuta al consumo di sostanze stupefacenti per via parenterale; la percentuale dei nuovi casi di HIV diagnosticati per consumo di stupefacenti per via parenterale è quindi scesa, per di nuovo aumentare di recente.

Il rapido aumento dell'incidenza di casi di AIDS tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in Lettonia e Ucraina sta a suggerire che l'accesso a e la copertura della terapia antiretrovirale sono probabilmente inadeguati (cfr. Terapia antiretrovirale altamente efficace nella regione dell'Europa dell'OMS, pag. 67).

Infezioni da HIV diagnostiche di recente nei consumatori di stupefacenti per via parenterale in taluni paesi selezionati dell'UE, in Russia e Ucraina, per anno di segnalazione



Fonte: Centro europeo per il monitoraggio epidemiologico dell'AIDS (EuroHIV) (2004).

⁽¹¹⁵⁾ Cfr. la tabella TDI-11 (parte ii) nel bollettino statistico 2005.

⁽¹¹⁶⁾ Cfr. la tabella TDI-18 (parte i) nel bollettino statistico 2005. Solo la Germania riferisce un 70 % di pazienti per la prima volta in terapia che fa uso occasionale di droga o che si è astenuto dal consumo nell'ultimo mese.

⁽¹¹⁷⁾ Solo i paesi che hanno messo a disposizione le informazioni.

⁽¹¹⁸⁾ Cfr. la tabella TDI-17 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

⁽¹¹⁹⁾ Cfr. la tabella TDI-25 (parte ii) nel bollettino statistico 2005. Cfr. anche la questione specifica sulla buprenorfina. Ogni paziente può riferire l'uso di un numero massimo di quattro droghe secondarie.

Lettonia nel 2001 e in Lituania nel 2002, mentre di recente registrano un netto calo. Questo andamento è tipico dell'epidemia da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale; esso si deve al fatto che il ristretto gruppo di consumatori di stupefacenti per via parenterale a più alto rischio contrae l'infezione in un periodo di tempo breve, terminato il quale l'incidenza decresce per la mancanza di consumatori vulnerabili, per poi stabilizzarsi a un livello che dipende dalla percentuale di nuovi consumatori di stupefacenti per via parenterale ad alto rischio. Non può escludersi tuttavia, tra le cause, anche una modifica del comportamento che, se confermata, potrebbe essere il frutto di interventi specifici (cfr. «Prevenzione delle malattie infettive correlate alla droga», pag. 69).

Nell'UE a 15 il numero di casi di HIV diagnosticati di recente è rimasto basso negli ultimi anni, a eccezione del Portogallo. Tuttavia non è possibile una comparazione esaustiva a livello comunitario, dal momento che taluni fra i paesi più colpiti dall'AIDS non dispongono dei dati sulla registrazione dei casi di HIV (Spagna e Italia) o tali informazioni cominciano a essere reperibili soltanto adesso (Francia). Il Portogallo segnala una percentuale estremamente alta di 88 ogni milione di abitanti nel 2003, ma anche un forte calo a partire dal 2000 (quando la percentuale era di 245 ogni milione). Questa riduzione va interpretata con cautela, dal momento che il sistema europeo di registrazione dei dati è stato messo in atto in Portogallo soltanto nel 2000.

Sieroprevalenza di HIV

I dati sulla sieroprevalenza provenienti dai consumatori di stupefacenti per via parenterale (percentuale infetta in campioni prelevati da questi soggetti) sono un elemento complementare importante rispetto ai dati di segnalazione di casi di HIV. Gli studi ripetuti sulla sieroprevalenza e il monitoraggio routinario dei dati dai test diagnostici possono convalidare l'andamento delle segnalazioni e possono fornire informazioni più dettagliate sulle regioni e sugli ambienti specifici interessati da questo fenomeno. Tuttavia, i dati sulla prevalenza provengono da fonti diverse e, in alcuni casi, è difficile confrontarli; pertanto devono essere interpretati con cautela.

I recenti aumenti di casi di HIV segnalati sono perlopiù confermati dai dati disponibili sulla sieroprevalenza; per esempio, in Lettonia la prevalenza nei campioni nazionali ottenuti da consumatori di stupefacenti per via parenterale è aumentata dall'1,5 % (5/336) nel 1997 al 14 %

(302/2 203) nel 2001, per poi scendere al 7 % (65/987) nel 2003. In Austria, dove non sono disponibili dati sui casi di HIV per i consumatori di stupefacenti per via parenterale, la prevalenza dell'HIV tra i campioni nazionali di decessi correlati (direttamente) alla droga suggeriscono un leggero aumento dall'1 % (1/117) nel 1998 al 7 % (11/163) nel 2003, ma le cifre sono esigue e, di conseguenza, l'andamento non è statisticamente significativo.

Nel 2002 e 2003 la prevalenza dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, perlopiù tra quelli in terapia per droga, mostrava grandi differenze all'interno e tra i vari paesi, vale a dire dallo 0 % di Bulgaria, Ungheria, Slovenia e Slovacchia fino a un massimo del 37,5 % (54/144) in una città italiana (2003, Bolzano — consumatori in terapia e in carcere) ⁽¹²⁰⁾. La prevalenza più alta nei campioni nazionali (oltre il 10 % nel 2002-2003) è stata riferita da Italia, Lettonia e Portogallo ⁽¹²¹⁾; in Spagna i dati del 2001 suggeriscono una prevalenza molto elevata, ma mancano dati più recenti ⁽¹²²⁾. La prevalenza massima nei campioni regionali e locali (oltre il 20 % nel 2002-2003) è stata segnalata da Spagna, Italia, Lettonia e Polonia ⁽¹²³⁾, sebbene non vi siano dati recenti per alcuni Stati o alcune zone con una prevalenza elevata negli anni precedenti. In Lettonia e Polonia studi locali suggeriscono una trasmissione recente dell'HIV, dovuta all'elevata prevalenza tra giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale ⁽¹²⁴⁾. Nel caso dello studio polacco, la trasmissione recente è confermata da una prevalenza del 23 % in un campione di 127 nuovi consumatori per via parenterale ⁽¹²⁵⁾.

L'andamento nel tempo della prevalenza è diverso anche da paese a paese. Nonostante le recenti epidemie nella regione baltica, i dati sulla sieroprevalenza dell'HIV provenienti da campioni raccolti da consumatori di stupefacenti per via parenterale suggeriscono un calo a partire dalla metà degli anni novanta in alcuni dei paesi più colpiti (Spagna, Francia e Italia), seguito da una stabilizzazione negli ultimi anni ⁽¹²⁶⁾. Tuttavia, se la sieroprevalenza è elevata e stabile, la trasmissione probabilmente continuerà. In Spagna i dati riferiti ai nuovi consumatori di stupefacenti per via parenterale mostrano un livello di trasmissione in corso, persino in crescita, tra il 1999 e il 2000. In altri paesi (Francia 2001-2003, Portogallo 1999-2000) i dati locali e regionali sui nuovi consumatori di stupefacenti per via parenterale in giovane età fanno pensare a un aumento della trasmissione, sebbene questo andamento non sia statisticamente rilevante per via del numero troppo esiguo di

⁽¹²⁰⁾ Cfr. il grafico INF-3 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹²¹⁾ I dati di Portogallo e Italia non sono riferiti soltanto ai consumatori di stupefacenti per via parenterale; è quindi possibile che la prevalenza in questo gruppo di consumatori sia sottostimata.

⁽¹²²⁾ Cfr. le tabelle INF-1 e INF-8 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹²³⁾ Cfr. la tabella INF-8 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹²⁴⁾ Consumatori di stupefacenti per via parenterale al di sotto dei 25 anni: 33 % con infezione da HIV su 55 giovani consumatori appartenenti a questo gruppo in Polonia e 20 % su 107 in Lettonia.

⁽¹²⁵⁾ Cfr. la tabella INF-10 e i grafici INF-4 e INF-5 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹²⁶⁾ Cfr. il grafico INF-16 nel bollettino statistico 2005.

campioni ⁽¹²⁷⁾. Al tempo stesso va notato che in alcuni paesi la prevalenza dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale è rimasta molto bassa nel periodo 2002-2003. Essa era cioè inferiore all'1 % in Repubblica ceca, Grecia (dati nazionali), Ungheria, Slovenia, Slovacchia, Finlandia, Romania (dati disponibili solo per il 2001), Bulgaria e Norvegia (dati disponibili per la città di Oslo). In alcuni di questi paesi (per esempio, Ungheria), la prevalenza sia dell'HIV sia del virus dell'epatite C (HCV) è tra le più basse nell'UE, a suggerire un rischio di consumo di droga per via parenterale basso (cfr. la successiva sezione «Epatite B e C»).

Incidenza dell'AIDS

In Lettonia l'incidenza dell'AIDS in correlazione al consumo di stupefacenti per via parenterale è aumentata da 0 casi nel 1997 a circa 19 casi per milione di abitanti nel 2002 e nel 2003 ⁽¹²⁸⁾. Peraltro lo Stato membro con l'incidenza più elevata resta il Portogallo, che riferisce 33 casi ogni milione di abitanti, malgrado questa cifra sia in calo dal 1999. L'incidenza dell'AIDS dovuta al consumo di stupefacenti per via parenterale ha registrato un picco all'inizio degli anni novanta, per poi iniziare a decrescere. Per qualche tempo, la Spagna è stata il paese più colpito, con un'incidenza di 124 casi per milione di abitanti nel 1994; nel 2003, tuttavia, questa cifra era scesa a circa 16 casi per milione di abitanti.

La flessione nell'incidenza dei casi di AIDS osservata alla fine degli anni novanta è il frutto dell'introduzione nel 1996 di una terapia antiretrovirale estremamente attiva (HAART), in grado di prevenire lo sviluppo dell'AIDS nei

Terapia antiretrovirale altamente efficace nella regione dell'Europa dell'OMS

Le stime dell'OMS riferite alla copertura di una terapia antiretrovirale altamente efficace (HAART) indicano che, nell'UE e nella maggior parte dell'Europa centrale, oltre il 75 % delle persone bisognose di trattamento hanno la possibilità di accedere alla HAART.

Tuttavia, tra i paesi baltici, la copertura è stimata «scarsa» in Estonia e Lituania (25-50 %) e «molto scarsa» in Lettonia (sotto il 25 %). Del resto la copertura è calcolata come «molto scarsa» nella maggior parte dei paesi dell'Europa orientale.

Non sono disponibili stime sulla copertura riferite specificatamente ai consumatori di sostanze stupefacenti per via parenterale, ma è stato dimostrato che questi tossicodipendenti sono più a rischio di avere un accesso inadeguato alla HAART rispetto ai soggetti che hanno contratto la malattia attraverso altre vie.

Fonte: Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa, banca dati «Health for All» (www.euro.who.int/hfdb) (accesso: 8 marzo 2005).

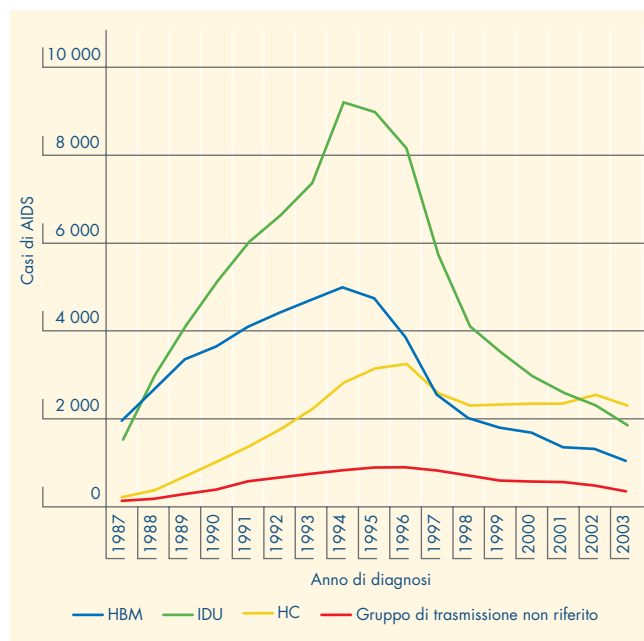
soggetti infetti dall'HIV (cfr. il riquadro sulla HAART). Nel caso dei consumatori di stupefacenti per via parenterale possono aver giocato un ruolo altrettanto importante anche le misure di prevenzione dell'HIV e, in taluni Stati, può aver contribuito a questo risultato anche la diminuzione del numero di persone che si iniettano la droga (cfr. «Consumo di stupefacenti per via parenterale», pag. 62).

I dati annui mostrano che fino al 2002 il maggior numero di nuovi casi di AIDS nell'UE poteva essere attribuito al consumo endovena di droga; a partire da quella data, questa via di trasmissione è stata superata dai rapporti sessuali di tipo eterosessuale, cosa che riflette i cambiamenti occorsi nell'epidemiologia dell'HIV negli anni precedenti (grafico 15). Va notato, tuttavia, che i modelli di infezione variano enormemente da paese a paese ⁽¹²⁹⁾.

Epatite B e C

La prevalenza di anticorpi contro il virus dell'epatite C (HCV) tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale è di solito estremamente alta, nonostante le differenze che si osservano da paese a paese, come pure all'interno di uno Stato ⁽¹³⁰⁾. Tra i campioni di consumatori di

Grafico 15 — Casi di AIDS per gruppo di trasmissione e anno di diagnosi (1987-2003) adeguati per ritardi di segnalazione, UE



NB: Dati presentati per i tre principali gruppi di trasmissione e per i casi senza gruppo di trasmissione riferito. HBM = omosessuali e uomini bisessuali, IDU = consumatori di stupefacenti per via parenterale, HC = contatto eterosessuale.

I paesi non compresi sono Francia, Paesi Bassi (dati non disponibili per l'intero periodo) e Cipro (nessun dato disponibile).
Fonte: EuroHIV; dati al 31 dicembre 2003.

⁽¹²⁷⁾ Cfr. i grafici INF-26 e INF-27 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹²⁸⁾ Cfr. il grafico INF-1 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹²⁹⁾ Cfr. il grafico INF-2 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹³⁰⁾ Cfr. le tabelle INF-2 e INF-11 nel bollettino statistico 2005.

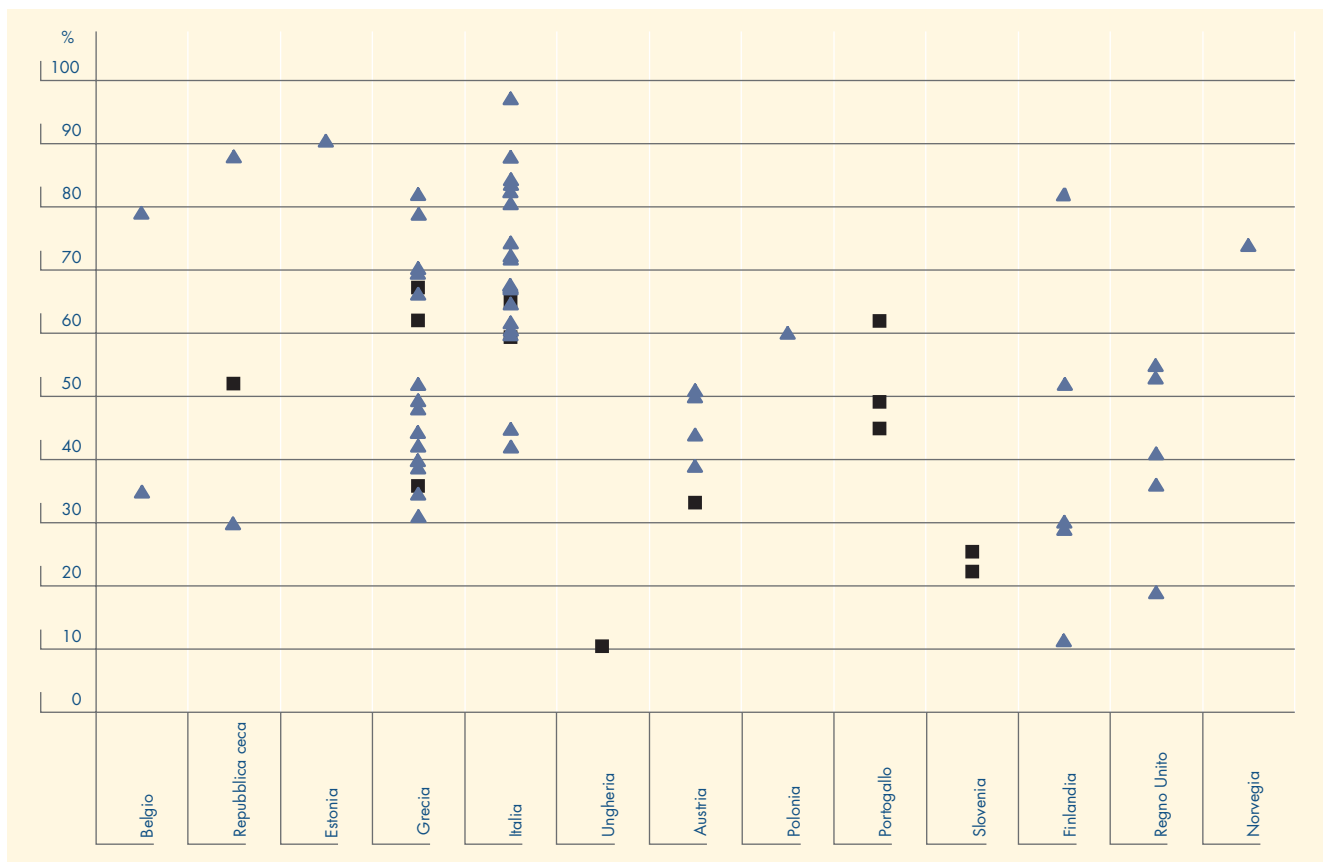
stupefacenti per via parenterale emerge, nel periodo 2002-2003, un'incidenza di oltre il 60 % in Belgio, Estonia, Grecia, Italia, Polonia, Portogallo e Norvegia, mentre campioni con prevalenza inferiore al 40 % vengono segnalati da Belgio, Repubblica ceca, Grecia, Ungheria, Austria, Slovenia, Slovacchia, Finlandia e Regno Unito (grafico 16) ⁽¹³¹⁾.

I dati sulla prevalenza tra i giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale (di età inferiore ai 25 anni) sono pervenuti solo da pochi Stati e, in alcuni casi, si è trattato di un numero di campioni esiguo. Se disponibile, la prevalenza più alta tra i giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale nel 2002-2003 (oltre il 40 %) è stata osservata nei campioni di Grecia, Austria e Polonia e la prevalenza più bassa (sotto il 20 %) nei campioni di Ungheria, Slovenia, Finlandia e Regno Unito ⁽¹³²⁾. I dati sulla prevalenza dell'HCV nei nuovi consumatori di droga per via

parenterale (che si iniettano la sostanza da meno di due anni) sono ancora più scarsi, ma le informazioni disponibili per il periodo 2002-2003 mostrano che la prevalenza maggiore (oltre il 40 %) riguarda i campioni provenienti da Belgio e Polonia e quella minore (meno del 20 %) i campioni provenienti da Repubblica ceca, Grecia e Slovenia ⁽¹³³⁾. I dati sulle notifiche dell'epatite C per il periodo 1992-2003 suggeriscono che, nei paesi che hanno fornito informazioni, i consumatori di stupefacenti per via parenterale contribuiscono alla stragrande maggioranza dei casi notificati di epatite C (le notifiche limitandosi perlopiù ai casi diagnosticati di infezione acuta) (grafico 17).

Anche la prevalenza dei marcatori del virus dell'epatite B (HBV) varia enormemente da paese a paese e all'interno dello stesso paese ⁽¹³⁴⁾. I dati più completi riguardano il test HBc, che — se positivo — indica una storia di

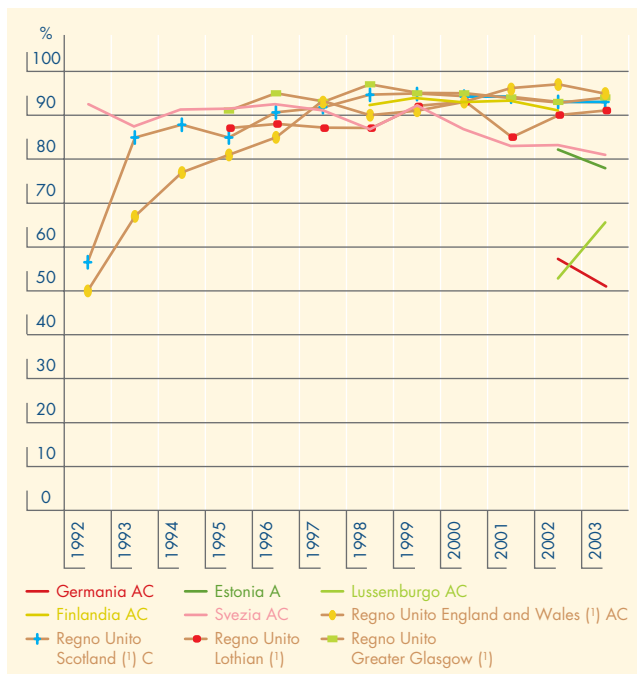
Grafico 16 — Stime nazionali e locali sulla prevalenza sulla HCV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, 2002-2003



NB: Quadrato nero = campioni a copertura nazionale; triangolo blu = campioni a copertura locale/regionale. Le differenze tra paesi devono essere interpretate con cautela a causa dei diversi tipi di strutture e/o di metodi di studio; variano anche le strategie di campionamento nazionali. I dati riferiti a Spagna e Portogallo e alcuni dati riferiti alla Repubblica ceca non comprendono i consumatori di stupefacenti per via non parenterale (non IDU) e, quindi, la prevalenza tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) può essere sottostimata (percentuale di non IDU nei campioni non nota). I dati per Portogallo, Slovenia e Slovacchia riguardano soltanto la prevalenza tra IDU in trattamento e potrebbero non rappresentare la prevalenza tra gli IDU che, invece, non sono in trattamento. Fonti: Punti focali nazionali Reitox (2004). Per fonti primarie, dettagli dello studio e dati prima del 2002, cfr. la tabella INF-11 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹³¹⁾ Cfr. anche il grafico INF-21 nel bollettino statistico 2005 e Mathei e altri, 2005.
⁽¹³²⁾ Cfr. la tabella INF-12 nel bollettino statistico 2005.
⁽¹³³⁾ Cfr. la tabella INF-13 e i grafici INF-7 e INF-8 nel bollettino statistico 2005.
⁽¹³⁴⁾ Cfr. le tabelle INF-3, INF-14 e INF-15 nel bollettino statistico 2005.

Grafico 17 — Casi notificati di epatite C, percentuale di casi riferiti come IDU, 1992-2003



(I) I dati non si riferiscono al territorio nazionale.
 NB: A, casi acuti; AC, casi acuti e cronici; C, casi cronici.
 Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

infezione e, tra i soggetti risultati negativi, suggerisce un potenziale per la vaccinazione. Nel 2002-2003 campioni di consumatori di stupefacenti per via parenterale con una prevalenza superiore al 60 % sono stati riferiti da Belgio, Estonia e Italia, mentre campioni con prevalenza inferiore al 30 % sono stati segnalati da Belgio, Spagna, Italia, Austria, Portogallo, Slovenia, Slovacchia e Regno Unito⁽¹³⁵⁾. I dati sulla notifica dell'epatite B per il periodo 1992-2003 per i paesi che hanno fornito dati suggeriscono che la percentuale dei consumatori di stupefacenti per via parenterale è in crescita⁽¹³⁶⁾. Nella regione nordica la grande maggioranza dei casi acuti notificati di epatite B si verifica tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale; in alcuni paesi le epidemie di epatite B sono coincise con aumenti del consumo di droga endovena (Blystad e altri, 2005).

Per una breve panoramica di altre malattie infettive collegate alla droga si rimanda alla relazione annuale 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/it/page074-it.html>).

Prevenzione delle malattie infettive correlate alla droga

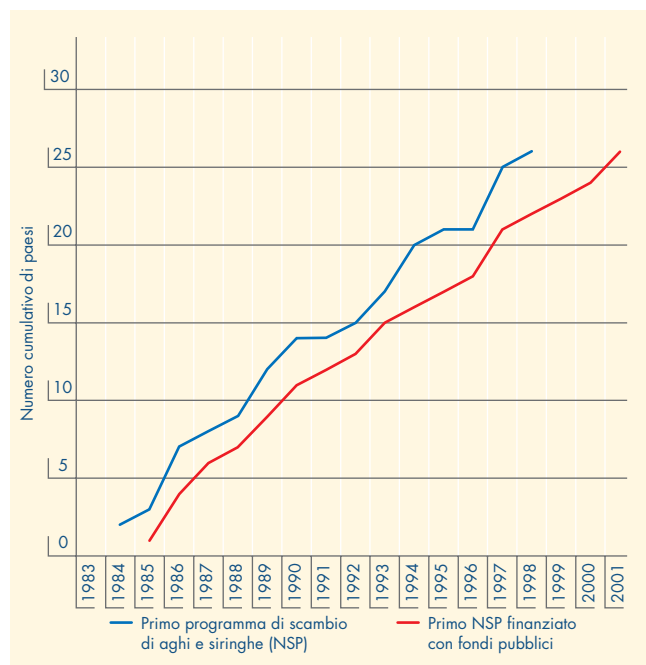
Nonostante le politiche nazionali degli Stati membri siano diverse e riflettano la rispettiva situazione degli

stupefacenti nel loro territorio nazionale nonché il contesto politico, vi sono segnali sempre più frequenti dell'emergere di un consenso a livello europeo sugli elementi chiave indispensabili per dare una risposta efficace all'HIV e ad altre malattie infettive diffuse tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale⁽¹³⁷⁾. Tra le risposte appropriate si annoverano un accesso migliorato ai servizi di trattamento antidroga (OMS, 2005), lo sviluppo di servizi a bassa soglia e la fornitura di strumenti sterili e di programmi educativi; tuttavia è necessario notare che ciascun paese pone l'accento su elementi diversi del servizio. Particolarmente importante è la disponibilità di un numero sufficiente di terapie sostitutive per i consumatori di oppioidi che si iniettano la sostanza, dal momento che questo fattore riduce in maniera significativa il comportamento a elevato rischio di trasmissione dell'HIV collegato alla droga (Gowing e altri, 2005; Sullivan e altri, 2005).

Reperibilità di aghi e siringhe

I programmi di scambio di aghi e siringhe (NSP), avviati nell'Unione europea a metà degli anni ottanta a fronte della minaccia di un'epidemia di HIV tra i consumatori di droga per via parenterale, si sono andati espandendo rapidamente nel corso degli anni novanta (grafico 18). Nel 1993 esistevano già programmi finanziati dal settore pubblico in più della metà degli attuali 25 Stati membri

Grafico 18 — Introduzione dei programmi di scambio di aghi e siringhe in 23 paesi dell'UE, in Norvegia e in Bulgaria



Fonte: Relazioni nazionali Reitox, 2004.

⁽¹³⁵⁾ Cfr. i grafici INF-9, INF-10, INF-22 e INF-23 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹³⁶⁾ Cfr. il grafico INF-14 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹³⁷⁾ In due recenti conferenze i rappresentanti dei governi europei hanno confermato il partenariato nella lotta contro HIV/AIDS e definito misure per rafforzare le proprie risposte in questo settore (dichiarazione di Dublino, febbraio 2004, e dichiarazione di Vilnius, settembre 2004). Tutti i documenti chiave dell'UE sul tema HIV/AIDS sono reperibili sul sito web della salute pubblica della Commissione europea (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm).

dell'UE e in Norvegia. Oggi programmi di scambio di aghi e siringhe sono disponibili in Bulgaria, Romania e Norvegia nonché in tutti gli altri paesi dell'UE, a eccezione di Cipro, dove tuttavia il materiale sterile si può liberamente reperire nelle farmacie e attualmente si sta discutendo l'opportunità di adottare un programma ufficiale di questo genere ⁽¹³⁸⁾. Dopo che tali programmi sono stati introdotti in un paese, la copertura geografica dei centri incaricati di metterli in atto in genere continua a crescere. In molti paesi questa rete copre l'intero territorio e, in alcuni Stati membri, le farmacie si sono rivelate un partner fondamentale. In Svezia, tuttavia, non sono stati aggiunti altri programmi ai due avviati nel 1986 nella parte meridionale del paese; mentre in Grecia il numero di programmi è limitato e circoscritto nella capitale, Atene ⁽¹³⁹⁾.

I programmi di scambio vengono in genere saldamente integrati nell'operato degli enti di consulenza antidroga a bassa soglia (cfr. il riquadro «Verso un più facile accesso ai servizi»), nelle attività di prima assistenza e nei servizi di assistenza dei senzatetto nei paesi dell'UE e in Norvegia. Poiché gli enti che hanno una bassa soglia di accesso sono in grado di raggiungere le popolazioni nascoste dei consumatori attivi di stupefacenti, essi possono rappresentare un primo importante punto di contatto, prevenzione, informazione e consulenza nonché un punto di riferimento per l'avvio della terapia. Si riconosce inoltre sempre più che i servizi a bassa soglia possono essere una piattaforma vitale per offrire un'assistenza medica di base, uno screening delle malattie virali e una campagna vaccinale nonché una terapia antivirale ai membri della comunità che, per una serie di motivi, possono avere difficoltà ad accedere a servizi sanitari più formali.

I programmi di scambio di aghi e siringhe vengono descritti come approcci predominanti alla prevenzione delle malattie infettive tra i consumatori di droga in 16 Stati membri dell'UE e in Norvegia nonché come un approccio comune in altri sei paesi; vengono inoltre considerati una risposta politica prioritaria alle malattie infettive tra i consumatori di droga nei due terzi degli Stati membri dell'Unione europea ⁽¹⁴⁰⁾.

Prova dell'efficacia dei programmi di scambio di aghi e siringhe

Gli studi di ricerca scientifici sull'efficacia dei programmi di scambio di aghi e siringhe nel ridurre l'incidenza di HIV/AIDS tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale risalgono agli anni ottanta ⁽¹⁴¹⁾. Stando alle conclusioni di una revisione della letteratura pubblicata dall'OMS nel 2004, sarebbe ampiamente dimostrato che l'aumento della reperibilità e dell'impiego di strumenti sterili da parte dei consumatori di stupefacenti per via parenterale riduce in maniera sostanziale l'infezione da

Verso un più facile accesso ai servizi

Il termine «a bassa soglia» descrive un contesto che mira a facilitare l'accesso per i tossicodipendenti ai servizi socio-sanitari. A tal fine sono istituiti appositi centri in località specifiche, con orari di apertura correlati alle esigenze dei pazienti, ivi compreso un orario serale o notturno. Per l'erogazione dei propri servizi, gli enti a bassa soglia spesso si avvalgono di operatori di prima assistenza. Il ricorso a questi enti comporta minore burocrazia, sovente i servizi sono gratuiti e non grava sui pazienti l'obbligo dell'astinenza, durante o dopo la prestazione del servizio. Questi enti si rivolgono tanto ai consumatori attuali che non sono mai venuti in contatto con servizi sanitari e per tossicodipendenti quanto a coloro che, invece, hanno perso tale contatto. I loro servizi si rivolgono a gruppi «difficili da raggiungere», a gruppi di utenti specifici, ad alto rischio, nonché ai consumatori sperimentali (per es., il servizio viene fornito nei club o nelle discoteche o durante una festa). Questa forma di servizio è adatta alle organizzazioni di strada, ai centri di accoglienza terapeutica diurni e ai centri sanitari sul campo nonché ai rifugi di emergenza. Nell'ambito di un sistema di assistenza generale, questi enti, grazie alla loro facile accessibilità, svolgono un ruolo importante perché raggiungono i gruppi di tossicodipendenti più «nascosti» o «difficili da raggiungere». Oltre a motivare questi consumatori a richiedere il trattamento e a fare segnalazioni, spesso questi enti forniscono servizi «di sopravvivenza», mettendo cioè a disposizione cibo, indumenti, strumentazione sterile per l'assunzione della droga, assistenza medica e asilo. Si tratta di ambienti di fondamentale importanza per la divulgazione di messaggi di promozione sanitaria e per il miglioramento delle conoscenze e delle competenze su un consumo sicuro tra coloro che fanno uso di droga in via sperimentale o tra i tossicodipendenti e i consumatori problematici. Sempre più questi centri mettono a disposizione anche servizi terapeutici.

HIV e che non vi sarebbero prove di gravi conseguenze negative indesiderate (OMS, 2004). Tuttavia, si legge anche nelle conclusioni che i programmi di scambio di aghi e siringhe non sono di per sé sufficienti a controllare l'infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, ma che, per poter contrastare l'infezione tra e da questo genere di consumatori di stupefacenti, tali programmi devono essere sostenuti da una serie di misure complementari. Rianalizzando l'efficacia rispetto ai costi dei programmi di scambio di aghi e siringhe, de Wit e Bos (2004) concludono che tali programmi sembrano essere efficaci rispetto ai costi nel prevenire la diffusione dell'HIV e producono inoltre ulteriori benefici validi oltre a ridurre l'infezione da HIV, tra cui quello di stabilire un contatto tra i servizi sanitari e sociali e una popolazione di consumatori di droga difficile da raggiungere.

⁽¹³⁸⁾ Cfr. la tabella NSP-2 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹³⁹⁾ Cfr. Reperibilità di aghi e siringhe nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁴⁰⁾ Cfr. il sito web dell'OEDT per una panoramica delle risposte nazionali alle malattie infettive (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

⁽¹⁴¹⁾ Cfr. il sito web dell'OEDT per un elenco delle revisioni chiave (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

Prevenzione dell'epatite

Coloro che si iniettano la droga sono soggetti ad altissimo rischio di contrarre un'infezione da HBV e da HCV; il 50-80 % dei consumatori di droga contrae l'infezione entro cinque anni dalla prima iniezione, fatto questo che può avere come esito l'infezione cronica con conseguente danno fino alla completa distruzione del fegato (OEDT, 2004b). Se è vero che non esistono attualmente vaccini disponibili contro l'epatite C, l'epatite B può essere invece efficacemente prevenuta con la vaccinazione ⁽¹⁴²⁾.

Negli ultimi dieci anni alcuni paesi dell'UE hanno introdotto o reintrodotto l'epatite B nei programmi nazionali di vaccinazione, e questo vaccino rientra oggi nei programmi di vaccinazione pediatrica routinari nella maggior parte dei paesi dell'UE. Finora, tuttavia, sono solo Danimarca, Paesi Bassi, Svezia, Regno Unito e Norvegia a non aver accolto la raccomandazione dell'OMS ⁽¹⁴³⁾.

Anche se dovrà passare qualche decennio prima che si riescano a eliminare le popolazioni a rischio più numerose, i programmi di vaccinazione mirati ai consumatori di droga vengono attualmente messi a punto nella maggior parte dei paesi dell'UE e in Norvegia. Per raggiungere le popolazioni bersaglio la vaccinazione viene messa a disposizione dei consumatori di droga in punti di contatto facilmente accessibili e, sempre più di frequente, anche nelle carceri ⁽¹⁴⁴⁾.

Le campagne vaccinali contro l'epatite B sono spesso associate a vaccinazioni per l'epatite A nonché a consulenza, test e segnalazioni sul virus dell'epatite C. Benché in tutti i paesi venga offerto un trattamento per l'epatite C, l'accesso alla terapia può — nella pratica — essere difficoltoso per i consumatori di droga. Dal momento che le linee guida mediche ufficiali sono considerate uno strumento importante per orientare la fornitura della terapia dell'epatite C, nel 2003-2004 queste linee guida sono state oggetto di analisi da parte dell'OEDT ⁽¹⁴⁵⁾. La maggior parte delle linee guida suggeriscono, nel caso dei consumatori di droga, di avviare la terapia soltanto dopo la disintossicazione o dopo un periodo di stabilizzazione con una terapia orale sostitutiva per un periodo di tempo che può andare da tre mesi a due anni. Più recenti sono i documenti orientativi,

più è probabile che essi tengano conto degli studi che dimostrano i benefici per i consumatori di droga di un approccio terapeutico pluridisciplinare da parte di équipe di epatologi e specialisti dell'uso di droga. Il recente aumento degli orientamenti a livello nazionale può migliorare sia le opzioni terapeutiche sia i risultati per i tossicodipendenti.

Decessi correlati agli stupefacenti

Decessi per eroina

In questa sezione l'espressione «decessi correlati al consumo di stupefacenti» viene usata in riferimento ai decessi direttamente provocati dal consumo di una o più sostanze stupefacenti e, in genere, occorsi poco dopo il consumo della sostanza o delle sostanze. Questi decessi sono noti come «overdose», «avvelenamento» o «decesso indotto da stupefacenti» ⁽¹⁴⁶⁾.

Gli oppiacei sono presenti nella maggior parte dei «decessi correlati agli stupefacenti» causati dalle sostanze illecite segnalate nell'UE, anche se, in molti casi, l'esame tossicologico evidenzia anche altre sostanze, in particolare alcol, benzodiazepine e, in taluni paesi, cocaina ⁽¹⁴⁷⁾.

Tra il 1990 e il 2002 i paesi dell'UE hanno riferito 7 000-9 000 decessi per overdose all'anno ⁽¹⁴⁸⁾, per un totale di oltre 100 000 decessi. Queste cifre possono essere considerate una stima minima, perché molti paesi tendono a non segnalare tutti i casi.

L'overdose da oppiacei è una delle cause principali di morte tra i giovani in Europa, soprattutto tra i soggetti di sesso maschile nelle zone urbane (OEDT, 2004c). Attualmente l'overdose è anche la principale causa di morte tra i consumatori di oppiacei nel territorio dell'UE; per esempio, nel 2001, negli Stati dell'UE a 15 sono stati riportati 8 347 decessi collegati al consumo di droga, rispetto ai 1 633 decessi per AIDS tra i giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale (EuroHIV, 2004) ⁽¹⁴⁹⁾, benché non debbano essere trascurati i costi e i potenziali problemi di lungo termine dell'infezione da HIV.

⁽¹⁴²⁾ Per maggiori informazioni sull'epatite si rimanda al sito web dell'OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴³⁾ «Report on the 14th Global Advisory Group: Expanded Programme on Immunization», 14-18 ottobre 1991, Antalya, Turchia, adottato dall'Assemblea mondiale della sanità nel 1992.

⁽¹⁴⁴⁾ Cfr. tabella delle vaccinazioni dell'epatite B (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ *Studio di consulenza sulle linee guida per il trattamento dell'epatite C destinate ai consumatori di stupefacenti per via parenterale* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

⁽¹⁴⁶⁾ Questa è la definizione concordata dal gruppo di esperti nazionali dell'OEDT: cfr. le note metodologiche «Definizione dell'OEDT di decesso correlato al consumo di stupefacenti» nel bollettino statistico 2005 e *DRD-Standard, version 3.0* (Protocollo standard sui decessi correlati al consumo di stupefacenti, versione 3.0, <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). La maggior parte dei paesi possiede definizioni nazionali dei casi, che al momento corrispondono o sono relativamente simili alla definizione dell'OEDT, sebbene alcuni paesi comprendano casi dovuti a farmaci psicoattivi o a decessi non provocati da overdose, generalmente in proporzione limitata (cfr. «Definizioni nazionali di decessi correlati al consumo di stupefacenti» nel bollettino statistico 2005).

⁽¹⁴⁷⁾ Cfr. la tabella DRD-1 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁴⁸⁾ Cfr. le tabelle DRD-2 e DRD-3 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁴⁹⁾ La cifra riferita ai decessi per AIDS riguarda la regione occidentale dell'Europa dell'OMS e comprende decessi in alcuni paesi terzi, tra cui Svizzera, Islanda e Israele.

La maggior parte dei consumatori di droga che muoiono per overdose è di sesso maschile (60-100 % dei casi) e nella maggioranza dei paesi la proporzione è compresa nell'intervallo 75-90 %. La maggior parte delle vittime per overdose ha vent'anni o trent'anni; l'età media è di 35 anni (intervallo: 22-45 anni). L'età media è più bassa in alcuni nuovi Stati membri (Estonia, Lettonia, Lituania e Romania), in molti dei quali la percentuale di vittime da overdose con meno di 25 anni è relativamente alta, il che induce a concludere per un popolazione di consumatori di eroina più giovane in questi paesi ⁽¹⁵⁰⁾.

Decessi per metadone

Nelle relazioni nazionali Reitox 2004 il metadone figura, per alcuni paesi, come una causa importante di morte per droga. Le informazioni sono fornite in conformità con la terminologia nazionale e, in taluni casi, è difficile valutare con esattezza il ruolo effettivamente svolto dal metadone in questi decessi; talvolta si tratta di vere e proprie intossicazioni da metadone, in altri casi la presenza della sostanza è quasi irrilevante. La Danimarca segnala la presenza di metadone nel 49 % dei decessi per intossicazione (97 casi su 198, di cui 64 esclusivamente attribuibili al metadone). La Germania riferisce un 23 % di casi riconducibili a «sostanze sostitutive», di cui il 3 % dovuti unicamente a tali sostanze (55 casi) e il 20 % in associazione ad alcol e a sostanze stupefacenti (354 casi); nel 2002, invece, queste cifre ammontavano complessivamente al 30 % (7 % per consumo di queste sole droghe e 23 % per consumo di tali droghe in associazione ad altre sostanze stupefacenti o all'alcol). Il Regno Unito ha riferito 418 casi in cui il metadone veniva «menzionato», sebbene in questo dato non debba leggersi una relazione di causa-effetto. Altri paesi hanno segnalato un ruolo meno frequente del metadone nei decessi correlati al consumo di stupefacenti: si tratta di Francia (otto casi da solo o in concomitanza con altre droghe), Austria (riscontrato nel 10 % dei decessi), Portogallo (individuato nel 3 % dei casi) e Slovenia (quattro decessi dovuti a metadone). Nelle relazioni nazionali Reitox del 2003 anche Irlanda e Norvegia riferivano percentuali significative di casi associati alla presenza di metadone.

Al pari di tutti gli oppiacei, il metadone è una sostanza potenzialmente tossica, ma le ricerche condotte mostrano che le terapie sostitutive riducono il rischio di mortalità per overdose tra i partecipanti al programma. Da alcuni studi è emerso che i decessi in cui è presente il metadone sono dovuti più probabilmente all'uso illecito, piuttosto che a quello autorizzato della sostanza; altri hanno riscontrato un rischio più elevato durante le fasi iniziali delle terapie di mantenimento con metadone. Questi risultati

suggeriscono l'esigenza di garantire buoni standard di qualità nei programmi di sostituzione.

Decessi per fentanil e buprenorfina

Negli ultimi anni, i paesi baltici hanno segnalato taluni decessi in cui dall'indagine tossicologica era emerso fentanil spesso in combinazione con eroina. Nella sua relazione nazionale la Svezia parla di 13 decessi nel 2003 imputabili al fentanil tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, rispetto a un unico caso occasionale registrato negli anni precedenti. Per maggiori informazioni sul ruolo della buprenorfina nei decessi correlati al consumo di stupefacenti si rimanda alla questione specifica sulla buprenorfina.

Andamento dei decessi improvvisi correlati al consumo di stupefacenti

L'andamento dei decessi correlati al consumo di stupefacenti varia da paese a paese ⁽¹⁵¹⁾, e persino da regione a regione, per le differenze attribuibili al progredire dell'epidemia di eroina, alla prevalenza dell'uso di tale sostanza, ai comportamenti a rischio (per esempio, percentuale di consumatori per via parenterale, poliassunzione), alla disponibilità di servizi terapeutici e di sostegno per i consumatori di droga e, forse, alla reperibilità e alle caratteristiche dell'eroina stessa. Anche le differenze a livello organizzativo e delle politiche dei servizi medici di urgenza possono giocare un ruolo determinante.

Tenendo conto quindi di tali limiti è comunque possibile individuare un andamento generale per l'Unione europea, in particolare per gli Stati membri dell'UE a 15, per i quali si dispone di una raccolta più corposa e sistematica di dati. Nel corso degli anni ottanta e dei primi anni novanta è stato osservato un marcato incremento complessivo dei decessi correlati al consumo di stupefacenti. Nel periodo 1990-2000, nonostante il decremento registrato in alcuni paesi, è proseguita in Europa la tendenza complessiva al rialzo, anche se a un ritmo meno accentuato. Nel 2000 sono stati registrati 8 930 decessi rispetto ai 6 426 del 1990 (un incremento del 40 %) ⁽¹⁵²⁾. Nella maggior parte degli Stati dell'UE a 15 si osserva che l'età media delle vittime da overdose è in aumento, il che suggerisce un «effetto coorte di invecchiamento» che potrebbe essere dovuto al calo del numero di nuovi consumatori tra i giovani (grafico 19).

Dal 2000, tuttavia, molti paesi dell'UE segnalano una diminuzione del numero di decessi correlati al consumo di stupefacenti. Tra gli Stati dell'UE a 15 e la Norvegia il numero complessivo di casi è passato da 8 930 nel 2000 a 8 394 nel 2001 (diminuzione del 6 %) e a 7 122 nel 2002 ⁽¹⁵³⁾ (ulteriore calo del 15 %). Soltanto 10 paesi

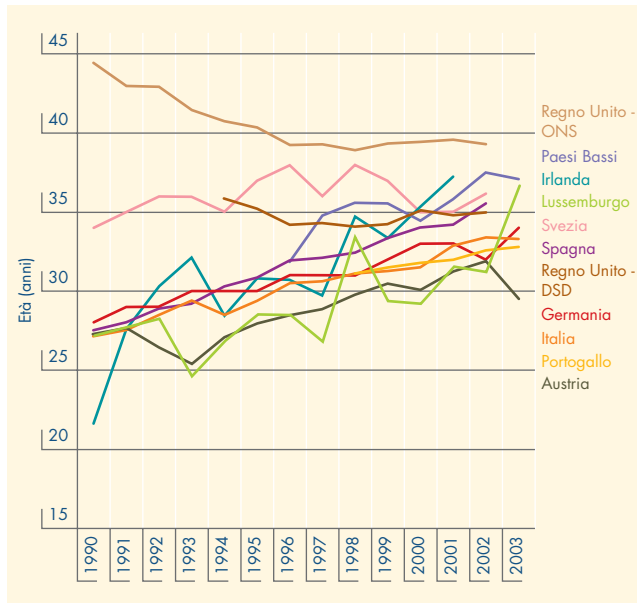
⁽¹⁵⁰⁾ Cfr. il grafico DRD-2 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁵¹⁾ Cfr. il grafico DRD-7 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁵²⁾ Cfr. il grafico DRD-8 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁵³⁾ Nel 2002 non sono compresi i dati di Belgio e Irlanda (nel 2001 sono stati registrati in Irlanda 88 casi).

Grafico 19 — Andamento dell'età media delle vittime per decesso improvviso correlato al consumo di stupefacenti in alcuni paesi dell'UE a 15, 1990-2001/2003



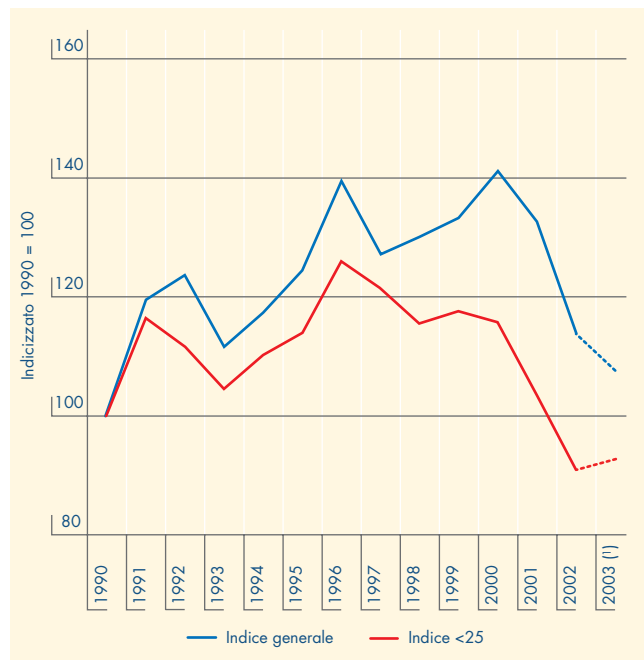
NB: La cifra riporta i dati forniti dai paesi che hanno segnalato l'età media delle vittime nella maggior parte degli anni del periodo di riferimento. Informazioni basate sulle «definizioni nazionali» riportate nella tabella DRD-6 del bollettino statistico 2005. In Inghilterra e Galles viene utilizzata la «definizione della strategia in materia di droga».

Fonti: Relazioni nazionali Reitox (2004), dati desunti dai registri nazionali di mortalità o da registri speciali (di medicina legale o della polizia).

hanno dato informazioni per il 2003; ne consegue che qualsiasi deduzione sull'andamento nell'UE deve essere fatta con una certa cautela. Tuttavia, sulla base dei dati forniti da questi 10 paesi, si osserva nel 2003 una diminuzione del 5 % pari a solo un terzo del calo osservato nel 2002. Dei 10 Stati che hanno fatto pervenire informazioni per il 2003, tre hanno segnalato un aumento, uno un andamento statico e sei hanno riferito un calo, che potrebbe essere considerato significativo soprattutto per Grecia (22 %) e Italia (17 %) ⁽¹⁵⁴⁾. Questi sviluppi destano inquietudine, ove si consideri che i fattori responsabili del declino dei decessi correlati al consumo di stupefacenti tra il 2000 e il 2002 (calo di circa il 20 %) potrebbero essere venuti meno nel 2003; il dato è particolarmente importante perché questi decessi restano pur sempre a livelli storicamente alti, vale a dire a livelli perlopiù simili a quelli registrati all'inizio degli anni novanta (grafico 20).

In generale i decessi correlati al consumo di stupefacenti tra soggetti di età inferiore ai 25 anni sono diminuiti a un ritmo relativamente costante dal 1996, il che indica un possibile decremento anche del numero dei giovani che si iniettano la droga (grafici 19 e 20), frutto di una tendenza decrescente o stabile nella maggior parte degli Stati

Grafico 20 — Andamento generale dei decessi improvvisi correlati al consumo di stupefacenti nell'UE a 15 e andamento della percentuale di vittime per decesso correlato al consumo di stupefacenti di età inferiore ai 15 anni, 1990-2003



(*) Il dato del 2003 è provvisorio, perché per quest'anno hanno fornito informazioni soltanto dieci paesi. Il dato per il 2003 è basato sui paesi che hanno fornito informazioni sia per il 2002 sia per il 2003. NB: Indice: 1990 = 100. Nella tabella DRD-2 (parti i e v) del bollettino statistico 2005 figurano i numeri di casi per paese per anno. Il Belgio non ha inviato informazioni per il periodo 1998-2001 e l'Irlanda per il 2002. Per correggere la situazione è stato usato il metodo di calcolo descritto in OEDT (2001).

Fonti: Relazioni nazionali Reitox (2004), desunte dai registri nazionali di mortalità o da registri speciali (di medicina legale o della polizia), sulla base delle definizioni nazionali riportate nella tabella DRD-6 del bollettino statistico 2005.

dell'UE a 15 a eccezione di Francia, Svezia e Norvegia. Tuttavia, in alcuni nuovi Stati membri, si è osservato nel periodo metà anni novanta e 2000-2002 un netto incremento della percentuale di vittime di età inferiore ai 25 anni, cosa che fa pensare a un aumento del numero di giovani consumatori di droga ⁽¹⁵⁵⁾. Inoltre, il calo osservato nell'ambito dell'UE a 15 dal 2000 si è ravvisato perlopiù tra gli uomini (diminuzione del 21,9 %) mentre è rimasto di molto inferiore quello registrato tra le donne (14,5 %); nel 2003, a differenza degli uomini, la tendenza decrescente tra le donne sembra addirittura invertita ⁽¹⁵⁶⁾.

L'individuazione di un andamento nei nuovi Stati membri è difficile per via delle scarse informazioni disponibili. Nonostante le differenze riscontrate da paese a paese, le informazioni a portata di mano suggeriscono che i decessi correlati al consumo di stupefacenti hanno iniziato ad aumentare in maniera più spiccata all'inizio e fino alla fine degli anni novanta. Questo andamento è stato anche

⁽¹⁵⁴⁾ In base a un semplice modello statistico di Poisson. Anche i dati forniti dalla polizia norvegese indicano un netto calo nel 2003.

⁽¹⁵⁵⁾ Cfr. il grafico DRD-9 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁵⁶⁾ Cfr. il grafico DRD-6 nel bollettino statistico 2005.

affiancato dall'aumento della percentuale di vittime tra i giovani di età inferiore ai 25 anni riscontrato tra la metà degli anni novanta e il biennio 1999-2000 nella maggior parte dei paesi che hanno fornito informazioni ⁽¹⁵⁷⁾. Nei nuovi Stati membri che hanno inviato informazioni il numero di vittime di età inferiore ai 25 anni è aumentato molto più del numero complessivo a partire dal 1996 e fino agli anni recenti (grafico 21), un fatto questo che fa pensare a un'epidemia recente. Dal 2000 i decessi dovuti all'abuso di sostanze illecite si sono stabilizzati o sono diminuiti in Bulgaria, Repubblica ceca ⁽¹⁵⁸⁾, Lettonia (nel 2003) e Ungheria. In totale sembra potersi notare negli ultimi anni un certo grado di stabilizzazione, anche se si tratta di un dato da considerare con una certa cautela, visto che la qualità e la portata delle informazioni sono ancora limitate in molti paesi. Il probabile aumento del consumo di eroina occorso negli anni novanta in numerosi nuovi Stati membri potrebbe essere stato compensato dall'aumento dei servizi terapeutici osservato più di recente o da altri fattori; rimane tuttavia difficile prevedere l'andamento futuro (grafico 21).

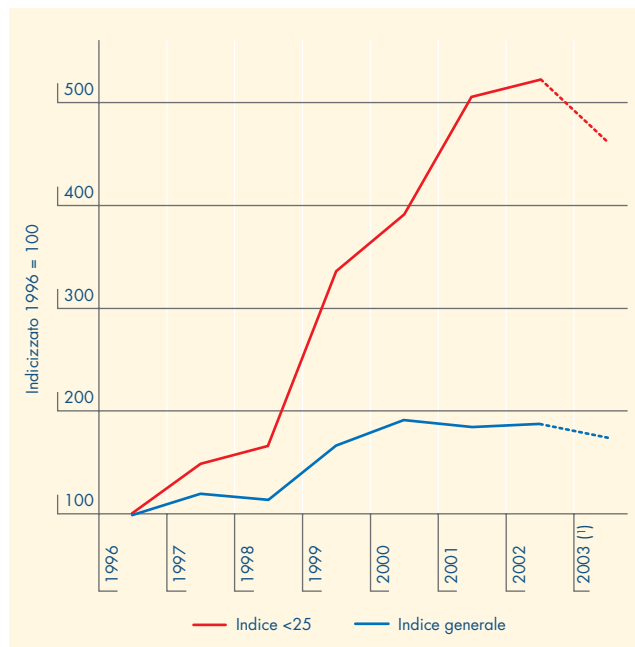
Si può concludere che, nonostante gli sviluppi favorevoli incorsi tra il 2000 e il 2002, probabilmente correlati al calo di assunzione di droga per via parenterale tra i consumatori di oppiacei in alcuni paesi, all'aumento dei servizi terapeutici disponibili nonché alla possibile stabilizzazione o diminuzione dei consumatori di oppiacei, per un verso le cifre attuali restano elevate in una prospettiva di più lungo termine e per altro verso alcuni segnali indicano che l'andamento positivo potrebbe interrompersi.

Mortalità complessiva tra i consumatori di oppiacei

Tra i consumatori di oppiacei si registra una mortalità complessiva anche superiore a 20 volte rispetto alla popolazione generale della stessa età. Ciò è particolarmente evidente tra i soggetti assumono droga per via parenterale. Nonostante la bassa prevalenza di dipendenza da oppiacei, questa condizione incide ugualmente sulla mortalità dei giovani adulti in Europa (Bargagli e altri, 2004).

Tra le cause di mortalità nei consumatori di oppiacei non vi è solo l'overdose, ma anche l'AIDS e altre malattie infettive nonché le cause esterne di morte (incidenti, violenza, suicidi ecc.). La principale causa di morte nelle coorti con una bassa prevalenza di infezione da HIV è l'overdose. I decessi per AIDS sono diminuiti nettamente negli ultimi anni, anche tra le coorti con un'elevata prevalenza dell'infezione da HIV, grazie a una maggiore disponibilità della terapia antiretrovirale a partire dal

Grafico 21 — Andamento generale dei decessi improvvisi correlati al consumo di stupefacenti nei nuovi Stati membri e nei paesi candidati all'adesione e andamento della percentuale di vittime sotto i 25 anni, 1996-2003



(*) Il dato del 2003 è provvisorio.
 NB: I paesi compresi sono Repubblica ceca, Estonia, Lettonia, Lituania, Ungheria, Malta, Slovenia e Bulgaria.
 Indice: 1996 = 100. Nella tabella DRD-2 (parte ii) del bollettino statistico 2005 figurano i numeri di casi per paese per anno.
 Si rammenta che l'indice è stato calcolato sulla base dei dati provenienti da un numero limitato di paesi. Va notato inoltre che una percentuale consistente di vittime di età inferiore ai 25 anni è stata registrata nella Repubblica ceca e in Estonia.
 L'Estonia non ha fornito dati per il 1996 e il 2003, l'Ungheria per il 2002 e la Repubblica ceca per il periodo 1996-2000. Il metodo di calcolo è specificato in OEDT (2001).
 Fonti: Relazioni nazionali Reitox (2004), desunte dai registri nazionali di mortalità o da registri speciali (di medicina legale o della polizia), sulla base delle definizioni nazionali riportate nella tabella DRD-6 del bollettino statistico 2005.

1995 (cfr. sopra le cifre complessive riferite all'Europa) ⁽¹⁵⁹⁾.

La mortalità dei consumatori di oppiacei aumenta progressivamente con l'aumentare dell'età, perché ai decessi per overdose o per cause esterne (suicidio e violenza) si aggiungono condizioni croniche come cirrosi, cancro, malattie respiratorie, endocarditi, AIDS (relazione nazionale olandese).

Possono inoltre contribuire sostanzialmente all'elevata mortalità tra i consumatori di droga le condizioni di vita e i fattori diversi dal consumo (mancanza di una dimora fissa, malattia mentale, violenza, alimentazione inadeguata ecc.). Da alcuni studi è emerso che la mortalità tra i pazienti psichiatrici è quattro volte superiore

⁽¹⁵⁷⁾ Cfr. il grafico DRD-9 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁵⁸⁾ Considerando solo i casi riportati nella «selezione D» dell'OEDT, che comprende le droghe illecite. Nella definizione nazionale rientrano molti decessi provocati da farmaci psicoattivi (75 %).

⁽¹⁵⁹⁾ Mortalità dei consumatori di droga nell'UE: coordinamento dell'attuazione di nuovi studi di coorte, azioni di verifica successiva e analisi delle coorti esistenti e sviluppo di nuovi metodi e risultati. Relazione dell'OEDT CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

rispetto alla popolazione generale (Korkeila, 2000) e che la mortalità tra i senza tetto è da tre a quattro volte maggiore rispetto alla popolazione generale (Hwang, 2001).

Riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti

Politiche di risposta

L'obiettivo politico dell'UE nel 2000-2004 di una sostanziale riduzione dei decessi correlati alla droga è stato ampiamente accettato dagli Stati membri. Otto degli Stati dell'UE a 15 (Germania, Grecia, Spagna, Irlanda, Lussemburgo, Portogallo, Finlandia e Regno Unito) e quattro dei nuovi Stati membri (Cipro, Lettonia, Lituania e Polonia) hanno inserito nei propri documenti di strategia nazionale l'obiettivo della riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti ⁽¹⁶⁰⁾. Il fatto tuttavia che alcuni nuovi Stati membri continuino a non produrre informazioni affidabili su questi decessi rappresenta un importante ostacolo alla definizione di una politica di risposta adeguata.

La nuova strategia dell'Unione europea in materia di droga (2005-2012) attribuisce alta priorità al miglioramento dell'accesso ad un ventaglio di servizi in grado di ridurre la morbilità e la mortalità associate alla tossicodipendenza e il numero di decessi correlati al consumo di stupefacenti è stato selezionato come uno dei principali indicatori di progresso verso questo obiettivo nel primo piano d'azione quadriennale (2005-2008) ⁽¹⁶¹⁾.

Interventi

Un intervento decisivo in termini di impatto sui decessi correlati al consumo di stupefacenti è la fornitura adeguata di servizi terapeutici, in particolare di una terapia sostitutiva (OMS, 1998; ACMD, 2000; Brugal e altri, 2005). Durante gli anni ottanta, e in misura ancora maggiore negli anni novanta, la terapia sostitutiva si è diffusa rapidamente in Europa, soprattutto negli Stati membri dell'Unione europea, con un'elevata prevalenza della somministrazione dell'eroina per via parenterale. Attualmente più di mezzo milione di consumatori di eroina nell'Unione europea (vale a dire da circa un quarto a circa la metà del gruppo bersaglio stimato di consumatori di eroina) rientrano in programmi di terapia sostitutiva.

Nei paesi in cui più della metà della popolazione interessata dal problema è in terapia sostitutiva è verosimile che si verifichi una diminuzione dei livelli di somministrazione di droga per via parenterale e dei comportamenti a rischio correlati, con una conseguente riduzione dei decessi da overdose.

Nel 2003 il Consiglio europeo ha raccomandato agli Stati membri dell'UE l'adozione di una serie di provvedimenti volti a ridurre il numero di decessi correlati al consumo di droga ⁽¹⁶²⁾. Oltre alla disponibilità di terapie per i tossicodipendenti, si annoverano tra questi provvedimenti il miglioramento dell'istruzione e la divulgazione di informazioni sul rischio e sulla gestione dell'overdose tra i consumatori di droga e i loro coetanei e familiari nonché strategie concrete per raggiungere chi non è a contatto di tali servizi attraverso un lavoro di prossimità e servizi per tossicodipendenti facilmente accessibili e attraenti. Il livello di attuazione della raccomandazione e i relativi effetti sono in fase di stretta valutazione da parte della Commissione, di cui si prevede la pubblicazione di una relazione nel 2006.

Il profilo demografico delle vittime da overdose mostra che i consumatori di eroina da più tempo, non sottoposti a terapia, corrono il maggior rischio di morire per overdose. Una misura specifica efficace nel raggiungere questo gruppo prioritario è la creazione di locali di consumo controllati ⁽¹⁶³⁾. Questi servizi operano attualmente in 15 città tedesche e in 15 città olandesi nonché a Madrid, Barcellona e Bilbao (Spagna) e Oslo (Norvegia).

Trattamento per oppiacei

In breve, le opzioni disponibili per il trattamento del consumo problematico di oppiacei possono essere raggruppate in tre grandi categorie: trattamento medicalmente assistito (MAT), trattamento in regime di astinenza e trattamento di disassuefazione (non considerato nella relazione annuale). Affrontare la questione della dipendenza e della disassuefazione è tuttavia soltanto uno degli aspetti del trattamento efficace del problema degli oppiacei. Altrettanto importanti nel garantire un esito positivo nel lungo termine sono i tentativi di aiutare l'individuo a rientrare nella società attraverso un'integrazione sociale, ossia trovandogli un lavoro e un alloggio sicuro, favorendo lo sviluppo delle indispensabili competenze sociali e delle strategie di coping per evitare le ricadute. Numerosi studi hanno messo in evidenza che i soggetti che consumano oppiacei si sottopongono a più cicli terapeutici e che gli obiettivi terapeutici, tra i quali soprattutto l'astinenza, vengono raggiunti non necessariamente nel corso del primo trattamento, bensì attraverso ripetuti interventi terapeutici.

Trattamento medicalmente assistito

Il trattamento medicalmente assistito prevede sia la terapia sostitutiva con sostanze agoniste (metadone, buprenorfina, diidrocodeina, eroina, morfina a rilascio lento) che, sia

⁽¹⁶⁰⁾ Cfr. la tabella riassuntiva: strategie e misure adottate per ridurre i decessi correlati al consumo di stupefacenti (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

⁽¹⁶¹⁾ Cfr. la Strategia dell'Unione europea in materia di droga 2005-2012 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

⁽¹⁶²⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegaltxt&id=2603&lang=en&T=2>

⁽¹⁶³⁾ Relazione europea sui locali per il consumo di droga (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

Tabella 3 — Sostanze utilizzate nel trattamento medicalmente assistito in Europa (comprese sperimentazioni)

Stato	Metadone	Buprenorfina	Diidrocodina	Morfina a rilascio lento	Eroina	Naltrexone/naloxone	Clonidina
Belgio	X	X	X			X	X
Repubblica ceca	X	X					
Danimarca	X	X					
Germania	X	X	X		X	X	
Estonia	X	X					
Grecia	X	X				X	
Spagna	X	X			X		
Francia	X	X		X			
Irlanda	X						
Italia	X	X				X	X
Cipro							
Lettonia	X						
Lituania	X	X				X	
Lussemburgo	X	X		X			
Ungheria	X						
Malta	X		X			X	X
Paesi Bassi	X	X			X	X	X
Austria	X	X	X	X			
Polonia	X						
Portogallo	X	X				X	X
Slovenia	X						
Finlandia	X	X					
Svezia	X	X					
Regno Unito	X	X	X		X	X	X
Bulgaria	X			X			
Romania	X						
Norvegia	X	X					

NB: Non sono disponibili informazioni per Slovacchia e Turchia.
Fonte: Tabella standard sulla disponibilità di trattamenti per tossicodipendenti.

pur in maniera molto più limitata, la terapia con sostanze antagoniste (per esempio, naltrexone).

Il metadone è disponibile in quasi tutti gli Stati membri (cfr. la tabella 3) e continua a essere la terapia sostitutiva più frequentemente prescritta in Europa. Tuttavia, in questi ultimi anni le opzioni terapeutiche si sono ampliate. La buprenorfina è oggi disponibile in 18 dei 26 paesi che hanno fornito informazioni. La terapia con altre sostanze agoniste e quella con sostanze antagoniste (naltrexone, naloxone o clonidina) è meno frequente nel territorio dell'UE. In Belgio è attualmente in corso uno studio sull'introduzione di prescrizioni controllate di eroina,

mentre l'Austria ha ricevuto un parere esperto sulla terapia assistita con eroina dei consumatori cronici di oppiacei, sulla base dei risultati degli attuali programmi internazionali.

Le ultime cifre dimostrano che nel 2003 erano oltre 450 000 nell'UE i pazienti in terapia sostitutiva ricoverati in unità specializzate (tabella 4), di cui oltre il 90 % in cura con metadone. A questi vanno aggiunti i pazienti sottoposti ad altri tipi di terapie sostitutive (come diidrocodina, morfina a rilascio lento o eroina) e quelli che hanno ricevuto una terapia sostitutiva in ambienti quali l'ambulatorio del medico generico. Purtroppo, non sono

Tabella 4 — Stime dei pazienti in terapia sostitutiva in Europa nel 2003

Stato	Pazienti in terapia con metadone nelle unità specializzate	Pazienti in terapia con buprenorfina nelle unità specializzate	Totale dei pazienti in terapia sostitutiva nelle unità specializzate
Belgio	1 922	48	1 970
Repubblica ceca	368	204	572
Danimarca	4 971	484	5 455
Germania	65 000	9 000	74 000
Estonia	60	13	73
Grecia	2 018	275	2 293
Spagna	88 678	36	88 714
Francia	15 000	13 000	28 000
Irlanda (1)	5 561	0	5 561
Italia	79 065	7 113	86 178
Cipro	0	0	0
Lettonia	67	0	67
Lituania	332	n.d.	332
Lussemburgo	133	10	143
Ungheria	750	0	750
Malta	698	0	698
Paesi Bassi	12 000	n.d.	12 000
Austria (2)	1 796	1 667	6 413 (3)
Polonia	865	0	865
Portogallo	9 765	2 743	12 508
Slovenia	1 909	0	1 909
Finlandia	170	430	600
Svezia	800	1 300	2 100
Regno Unito	128 000	n.d.	128 000
Bulgaria	380	0	380
Romania	400	0	400
Norvegia	1 947	484	2 431
Totale (4)	422 655	36 807	462 412 (5)

(1) Il dato si riferisce al numero di casi e non già al numero di pazienti trattati nell'anno.

(2) In Austria circa il 46 % dei pazienti è in terapia sostitutiva con sostanze diverse da metadone e buprenorfina; questi pazienti sono stati inseriti per dare il totale corretto. La ripartizione in percentuale si basa sui primi trattamenti.

(3) Il totale aggregato più alto è dovuto alla presenza di circa 2 950 pazienti in terapia sostitutiva con sostanze diverse dal metadone e dalla buprenorfina in Austria (prevalentemente, morfina a rilascio lento).

(4) n.d. = informazioni non disponibili. Nel calcolare i totali è stato attribuito al fattore «n.d.» il valore di 0; di conseguenza, le cifre riportate rappresentano i valori minimi.

NB: Non sono disponibili informazioni per Slovacchia e Turchia.

Fonte: Tabella standard sulla disponibilità di trattamenti per tossicodipendenti.

attualmente disponibili in molti Stati membri dati affidabili su questi aspetti della terapia sostitutiva e, di conseguenza, non è possibile ottenere cifre aggregate per tutta l'Unione europea.

Tuttavia, alcuni paesi possiedono dati o stime affidabili sul numero di pazienti in terapia sostitutiva erogata dai

medici generici, dati che quindi aggiungono informazioni importanti sulle stime complessive riferite ai pazienti in terapia sostitutiva nell'UE. I pazienti che ricevevano un trattamento con metadone dal proprio medico generico nel 2003 erano 8 500 in Francia, 2 682 in Irlanda, 851 in Lussemburgo e 930 nei Paesi Bassi. Inoltre, nella Repubblica ceca e in Francia, 1 200 e 70 000 pazienti

rispettivamente sono in terapia con buprenorfina, anch'essa somministrata dal medico generico. Si calcola che in questi cinque paesi un totale di 81 743 pazienti sia stato messo in terapia sostitutiva dal medico generico. Se si tiene conto che vi sono oltre 450 000 pazienti in terapia sostitutiva ricoverati nelle unità specializzate, il numero complessivo di pazienti in terapia sostitutiva supera oggi il mezzo milione, attestandosi a circa 530 000. Nuovamente l'incompletezza delle informazioni fa sì che detta cifra rappresenti una stima minima del numero di consumatori di droga in terapia sostitutiva.

Sussiste una differenza enorme, in termini di disponibilità della terapia sostitutiva, tra gli Stati dell'UE a 15, da un lato, e i nuovi Stati membri e i paesi candidati all'adesione, dall'altro. Quest'ultimo gruppo di paesi, pur rappresentando più del 20 % della popolazione totale, riporta soltanto l'1,3 % dei pazienti in terapia sostitutiva (il dato non comprende la Turchia, per la quale non vi sono informazioni disponibili sull'argomento). Dei nuovi Stati membri, soltanto due (Repubblica ceca e Slovenia) danno stime sulla prevalenza del consumo di droga problematico e in questi due paesi la terapia sostitutiva è disponibile per una percentuale più esigua di consumatori di droga problematici (16 % e 26 % rispettivamente) rispetto alla media registrata nell'UE a 15 (35 %). Nonostante la carenza di stime sulla prevalenza del consumo problematico di droga in altri nuovi Stati membri e nei paesi candidati all'adesione, il livello riferito per la terapia sostitutiva è ben al di sotto rispetto all'UE a 15. Se si considera l'elevato rischio di diffusione delle malattie infettive in alcuni paesi e il potenziale ruolo preventivo del trattamento medicalmente assistito (cfr., per esempio, UNODC, 2002), la situazione deve destare una certa preoccupazione.

Negli ultimi anni il trattamento medicalmente assistito ha generato due diversi andamenti. Il primo riflette la tendenza verso una maggiore reperibilità della terapia sostitutiva, sia pur sempre meno pronunciata. Per altro verso si osserva una certa diversificazione delle sostanze fornite; per esempio, il numero di paesi che riferiscono l'impiego della buprenorfina è salito a 14 nel 2003, rispetto ai sei nel 1999-2000.

Un'ulteriore tendenza, sebbene meno marcata, vede un maggiore coinvolgimento dei medici generici nel servizio di trattamento medicalmente assistito. Tale partecipazione veniva riportata soltanto da tre Stati dell'UE a 15 (Belgio, Francia, Regno Unito) nel biennio 2000-2001 (Solberg e altri, 2002), mentre viene riferita attualmente da 10 paesi (Belgio, Germania, Francia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Austria, Svezia e Regno Unito) nonché da tre nuovi Stati membri (Repubblica ceca, Malta e Slovenia).

Trattamento in situazione di astinenza

Il trattamento in situazione di astinenza comporta l'applicazione di tecniche psicosociali ed educative per conseguire l'astinenza a lungo termine dalle sostanze stupefacenti. In passato questo tipo di terapia veniva attuato con il ricovero per lunghi periodi, ad esempio in comunità terapeutiche. Oggi viene spesso anche offerto in contesti di comunità.

A differenza del trattamento medicalmente assistito, per il quale esistono registri nazionali centralizzati in molti Stati membri, i registri per il trattamento in situazione di astinenza sono rari; scarsi inoltre sono i dati affidabili, chiari e quantitativi per questo metodo terapeutico. Pur essendo impossibile fare un confronto accurato con il trattamento medicalmente assistito, le relazioni provenienti dagli Stati membri individuano in quest'ultimo la forma principale di trattamento per i consumatori problematici di oppiacei nella maggior parte di essi nonché a livello comunitario. Taluni Stati riportano peraltro una tendenza a prediligere il trattamento in situazione di astinenza rispetto al trattamento medicalmente assistito (Estonia, Cipro, Lituania, Polonia e Finlandia). In altri Stati, vale a dire Grecia, Spagna e Norvegia, il numero dei trattamenti medicalmente assistiti e quello dei trattamenti in situazione di astinenza sembrano equivalersi.

Nuovi sviluppi nell'assicurazione della qualità

In Germania, Austria e Portogallo sono stati divulgati manuali per il personale medico che eroga servizi di trattamento per tossicodipendenti. Gli sforzi profusi dal governo britannico, nel quadro della strategia contro le droghe, hanno mostrato che investimenti in termini di bilancio, organizzazione, monitoraggio e personale consentono di ridurre le liste di attesa, permettendo a un maggior numero di consumatori problematici di droga di accedere al servizio e di restare in terapia. In Inghilterra, nel biennio 2003-2004, i consumatori problematici di droga in contatto con i servizi terapeutici per i tossicodipendenti sono saliti del 41 % rispetto al biennio 1998-1999 mentre, rispetto al 2001, i tempi di attesa si sono ridotti dei due terzi. Inoltre, sempre nel biennio 2003-2004, il 72 % dei pazienti aveva terminato con esito positivo un trattamento strutturato completo o era rimasto in terapia rispetto al 57 % del periodo 2002-2003 (NTA, 2004).

L'ambiente in cui il trattamento in situazione di astinenza viene erogato varia notevolmente. In un gruppo di paesi (Germania, Grecia, Spagna, Francia, Cipro, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Slovenia, Regno Unito) il trattamento in situazione di astinenza dei consumatori problematici di oppiacei avviene prevalentemente in regime ambulatoriale, mentre un gruppo più ristretto di paesi riferisce un uso predominante in regime di ricovero

ospedaliero (Irlanda, Italia, Austria) e altri non riferiscono una netta prevalenza per l'uno o per l'altro regime (Svezia, Norvegia).

Reinserimento sociale

Per reinserimento sociale si intende «un qualsiasi intervento sociale finalizzato a inserire nella comunità gli ex o gli attuali consumatori problematici di droga». I tre «pilastri» del reinserimento sociale sono: 1) la casa; 2) l'istruzione; 3) l'occupazione (compresa la formazione professionale). Possono inoltre essere utilizzate altre misure, come la consulenza e le attività nel tempo libero.

Il reinserimento sociale è una risposta meno consolidata al consumo problematico di stupefacenti di quanto non sia la terapia e, di conseguenza, il monitoraggio e la stesura di relazioni in questo ambito sono più lacunosi. Alcuni paesi conducono valutazioni qualitative dei propri interventi nel campo del reinserimento sociale; nessuno, tuttavia, fornisce informazioni di ampia portata. I paesi in cui vengono redatte relazioni (Estonia, Irlanda, Malta, Paesi Bassi, Romania, Svezia e Norvegia) individuano carenze nei servizi e/o nei programmi di reinserimento sociale. Costituisce un'eccezione alla regola la Grecia, dove esistono sia un ventaglio relativamente ampio di programmi di reinserimento sociale sia dati affidabili sul numero di pazienti interessati da tali programmi.

Sequestri e informazioni sul mercato ⁽¹⁶⁴⁾

Produzione, traffico e sequestri di oppiacei

L'Afghanistan è senza dubbio il leader mondiale nella fornitura di oppio illecito, specialmente dopo l'aumento nel 2004 della superficie complessiva riservata alla coltivazione. Nello stesso anno la produzione globale di oppio illecito era stimata in circa 4 850 tonnellate (4 766 tonnellate nel 2003), di cui l'87 % prodotto in Afghanistan e l'8 % a Myanmar. La produzione globale di oppio è rimasta stabile negli ultimi cinque anni, fatta eccezione per il 2001, quando il regime dei talebani in Afghanistan aveva proibito la coltivazione del papavero da oppio, determinando così un calo, netto ma di breve durata, della produzione. La potenziale produzione globale di eroina è stata stimata in 485 tonnellate nel 2004 (477 tonnellate nel 2003) (CND, 2005).

L'eroina consumata nell'UE risulta prodotta prevalentemente in Afghanistan (in aumento) o lungo le rotte del traffico di oppio, particolarmente in Turchia (UNODC, 2003a, INCB, 2005). L'eroina entra in Europa seguendo due principali rotte di traffico. Di queste, la rotta

dei Balcani, storicamente importante, continua a svolgere un ruolo cruciale nel contrabbando di eroina: quest'ultima transita attraverso il Pakistan, l'Iran e la Turchia, dove la rotta si scinde in un percorso meridionale, attraverso la Grecia, l'ex Repubblica iugoslava di Macedonia (ERIM), l'Albania, una parte dell'Italia, la Serbia e Montenegro e la Bosnia-Erzegovina, e in un percorso settentrionale attraverso Bulgaria, Romania, Ungheria e Austria. L'INCB (2005) riferisce che, nel 2003, il ramo settentrionale della rotta balcanica si è imposto sul traffico di eroina. Dalla metà degli anni novanta, l'eroina viene contrabbandata in Europa sempre maggiormente attraverso un ulteriore percorso, noto come «via della seta»: Asia centrale, Mar Caspio e Federazione russa, Bielorussia o Ucraina (relazioni nazionali Reitox, 2003; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005). Benché queste rotte siano le più importanti, nel 2003 è stata sequestrata eroina destinata all'Europa anche in alcuni paesi dell'Africa orientale e occidentale e delle Americhe (CND, 2005; INCB, 2005).

Oltre all'eroina importata, una parte degli oppiacei viene prodotta all'interno dell'UE. Questa produzione è principalmente confinata alla limitata produzione di derivati domestici del papavero (per esempio, paglia di papavero, concentrato di papavero derivante da steli e infiorescenze di papavero pressati) in alcuni paesi dell'Europa orientale, come Estonia, Lettonia e Lituania (relazioni nazionali Reitox, 2004). In particolare, questi prodotti sembrano aver riacquisito popolarità nel 2003 in Estonia.

In termini di volumi sequestrati, Asia (56 %) ed Europa (34 %) hanno continuato a essere nel 2003 il principale teatro delle intercettazioni. La percentuale dell'Europa è in crescita, in particolare dopo l'aumento dei sequestri di eroina nei paesi dell'Europa orientale e sudorientale (CND, 2005). Dal 1998 il paese europeo che registra il maggior numero di sequestri e di quantità sequestrate è il Regno Unito, seguito da Spagna per numero di sequestri e Italia per quantità intercettata ⁽¹⁶⁵⁾. Nel 2002 il Regno Unito era responsabile di circa il 30 % dei sequestri di eroina e dei quantitativi complessivi di eroina intercettata nell'UE.

In linea di massima, le quantità di eroina sequestrata ⁽¹⁶⁶⁾ nell'UE sono aumentate negli ultimi anni, a eccezione di un periodo di stallo nel biennio 2000-2002, mentre, in generale, nello stesso periodo è diminuito il numero di sequestri. Stando all'andamento osservato nei paesi che hanno messo a disposizione le informazioni necessarie, nel 2003 sembrano essere diminuiti sia il numero di sequestri sia le quantità di eroina intercettata nell'EU ⁽¹⁶⁷⁾.

⁽¹⁶⁴⁾ Cfr. «Interpretazione dei sequestri e delle informazioni sul mercato», pag. 42.

⁽¹⁶⁵⁾ Il dato andrebbe comunque verificato con i dati mancanti del 2003, non appena disponibili. I dati sul numero dei sequestri di eroina nel 2003 non erano disponibili per Italia, Cipro, Paesi Bassi e Romania; i dati riguardanti sia il numero dei sequestri di eroina sia i quantitativi sequestrati di eroina nel 2003 non erano disponibili per Irlanda e Regno Unito.

⁽¹⁶⁶⁾ Cfr. la tabella SZR-4 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁶⁷⁾ Cfr. la tabella SZR-3 (parte i) nel bollettino statistico 2005.

Nel 2003 sono stati nuovamente riferiti in Estonia sequestri di fentanil e metilefentanil (oppiacei sintetici fino a 100 volte più potenti dell'eroina), mentre la Lettonia ha segnalato il suo primo sequestro di 3-metilfentanil nel 2003 e l'Austria il primo sequestro di fentanil nel gennaio 2004. In Estonia la scarsa qualità dell'eroina disponibile sul mercato locale è stata controbilanciata a partire dal 2002 dall'introduzione di questi due oppiacei sintetici, noti con i nomi di «cinese bianca», «persiana bianca» o «eroina sintetica» (relazioni nazionali Reitox, 2004).

Nonostante i dati sui sequestri delle benzodiazepine (usati solitamente come surrogati dell'eroina dai consumatori di questa sostanza) non siano stati sistematicamente raccolti dall'OEDT, Spagna, Lituania, Svezia e Norvegia hanno riferito di aver intercettato queste sostanze (in particolare, Rohypnol) nel 2003.

Buprenorfina: pratiche terapeutiche, abuso e prassi prescrittiva, in *Relazione annuale 2005 dell'OEDT: questioni specifiche*

Negli ultimi dieci anni la buprenorfina è stata usata con sempre maggior frequenza in Europa in alternativa al metadone nel trattamento della dipendenza da oppiacei. Introdotta inizialmente come analgesico, verso la fine degli anni 1970 la buprenorfina venne prescritta nel trattamento di questo tipo di dipendenza. L'introduzione della buprenorfina per tali scopi e quindi la sua espansione nell'UE a 15 come pure nei nuovi Stati membri sono illustrate.

Si fanno confronti tra la buprenorfina e il metadone in termini di efficacia e costi. È descritta la fornitura della terapia con buprenorfina in Europa e vengono fatti raffronti tra gli Stati membri in cui la buprenorfina è la principale sostanza usata nel trattamento della dipendenza da oppiacei e i paesi in cui il trattamento medicalmente assistito è realizzato perlopiù con il metadone. Dai dati che ne derivano si evince che è trattato con buprenorfina oggi nell'Unione europea circa il 20 % dei pazienti in trattamento medicalmente assistito, sebbene la maggior parte di essi venga individuato in Francia. Nel complesso, la buprenorfina si è diffusa in molti paesi, ma il numero

Prezzo e purezza dell'eroina

In Europa, l'eroina è disponibile in due forme: l'eroina brown più comune (forma chimica base) e l'eroina bianca, meno comune e più costosa (sotto forma di sale), che tradizionalmente proviene dall'Asia sudorientale. Nel 2003, nell'UE il prezzo medio al dettaglio dell'eroina brown è stato segnalato variare da 27 euro al grammo in Belgio a 144 euro al grammo in Svezia, mentre il prezzo dell'eroina bianca andava da 25 euro al grammo (Slovacchia) a 216 euro al grammo (Svezia) ⁽¹⁶⁸⁾. Il range di prezzo riflette probabilmente la purezza della droga in vendita.

Nel 2003 la purezza media al dettaglio dell'eroina brown nell'UE andava dal 6 % in Austria al 40 % a Malta. I dati sulla purezza dell'eroina bianca sono stati riferiti soltanto da alcuni paesi ⁽¹⁶⁹⁾; essa andava dal 6 % in Finlandia al 70 % in Norvegia ⁽¹⁷⁰⁾.

attuale di pazienti resta circoscritto nella maggioranza degli Stati membri.

I timori nei confronti della buprenorfina riguardano il potenziale abuso. I primi segnali rivelano che l'abuso di buprenorfina è prevalente in una manciata di paesi, e del tutto raro nei rimanenti. Vi sono prove che mettono in correlazione l'abuso di buprenorfina e talune popolazioni specifiche o fasce di età, o che tentano di individuare gruppi distinti di soggetti che ne abusano. Benché i decessi dovuti all'abuso di buprenorfina siano estremamente rari, la letteratura scientifica e taluni paesi europei ne riportano alcuni esempi. Le relazioni sui decessi collegati all'abuso di buprenorfina vengono messe a confronto con quelle correlate all'abuso di metadone.

La questione specifica trae conclusioni sui meriti relativi della buprenorfina e del metadone nel trattamento della dipendenza da oppiacei. La buprenorfina viene individuata come un'opportunità per rendere il trattamento medicalmente assistito maggiormente disponibile e più facilmente accessibile.

La presente questione specifica è disponibile in lingua inglese («Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices», in *EMCDDA annual report 2005: selected issues*) in formato cartaceo e in Internet in formato elettronico (<http://issues05.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁶⁸⁾ Cfr. la tabella PPP-2 (parte I) nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁶⁹⁾ Cfr. la tabella PPP-6 (parte I) nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁷⁰⁾ Numero di campioni limitato per la Norvegia (n = 8).



Capitolo 7

Criminalità e situazione carceraria

Reati correlati agli stupefacenti

Si parla di reati correlati agli stupefacenti con riferimento a: reati commessi sotto l'influsso di sostanze stupefacenti; reati perpetrati per finanziare il consumo di droga; reati compiuti nell'ambito del funzionamento dei mercati illeciti di sostanze stupefacenti e ai danni delle normative in materia di droga. Nell'Unione europea sono disponibili dati routinari soltanto per quest'ultimo tipo di reato, ossia le violazioni delle normative sugli stupefacenti.

Le «segnalazioni»⁽¹⁷¹⁾ di questo tipo di reati riflettevano le differenze esistenti a livello di legislazioni nazionali, diverse modalità di applicazione delle leggi nonché le priorità e le risorse assegnate dalla giustizia penale a reati specifici. Inoltre i relativi sistemi informativi variano considerevolmente da un paese all'altro, con particolare riferimento alle prassi di segnalazione e registrazione (dati registrati, quando e come). Queste differenze rendono difficile il confronto tra i paesi dell'UE.

Tra il 1998 e il 2003 il numero delle «segnalazioni» di reati contro le normative sugli stupefacenti è aumentato nella maggior parte dei paesi dell'UE. Particolarmente marcati (pari al doppio o più) sono stati gli aumenti registrati in Estonia e Polonia. Tuttavia, il numero di «relazioni» è diminuito nel 2003 in Belgio, Spagna, Italia (dal 2001), Ungheria, Malta, Austria e Slovenia (dal 2002)⁽¹⁷²⁾.

Nella maggior parte degli Stati membri dell'UE la maggioranza delle segnalazioni per questi reati ha continuato a interessare l'uso di droghe o il possesso per uso personale⁽¹⁷³⁾, dal 39 % di tutti i reati contro le normative sugli stupefacenti in Polonia all'87 % in Austria e Regno Unito. Nella Repubblica ceca e in Lussemburgo rispettivamente il 91 % e il 46 % di tutte le segnalazioni per questo tipo di reati riguardava lo spaccio e il traffico, mentre in Italia e Spagna — dove l'uso di sostanze

Consumo di stupefacenti e criminalità: alcuni dati

In un'indagine condotta nel 2004 nella Repubblica ceca gli agenti di polizia impiegati presso sedi regionali calcolano che circa il 40 % dei furti ordinari e il 30 % circa dei furti aggravati sono stati commessi per acquistare droga. Nello stesso paese i dati routinari sui reati denunciati mostrano che nel 2003 lo 0,7 % di tutti i reati è stato commesso da soggetti sotto l'influsso di sostanze stupefacenti o psicotrope (escluso l'alcol) (relazione nazionale ceca).

In Finlandia, nel periodo 2000-2003, la proporzione di omicidi e atti di violenza perpetrati da soggetti sotto l'influsso di sostanze illecite era molto inferiore alla proporzione di reati commessi da soggetti sotto l'influsso di alcol (6 % rispetto al 64 % degli omicidi e 2 % rispetto al 71 % delle violenze) (Lehti e Kivivuori, citato nella relazione nazionale finlandese). Benché il numero di rapine compiute sotto l'influsso di droghe sembrerebbe aumentato nell'ultimo decennio, continuano tuttavia a prevalere i reati di rapina perpetrati sotto l'influsso dell'alcol (il 43 % contro il 9 %).

In Germania, i cosiddetti «reati economici compulsivi diretti» (vale a dire i reati commessi allo scopo di procurarsi sostanze stupefacenti o sostanze sostitutive o alternative) sono diminuiti nel 2003 a 2 568 casi, di cui più del 70 % riguardavano la falsificazione di ricette o il furto di qualche forma di prescrizione medica (BKA, 2004).

In Lettonia i dati routinari forniti dal ministero degli Interni mostrano che il 2,8 % di tutti i reati rilevati nel 2003 (3,1 % nel 2002) sono stati perpetrati da soggetti sotto l'influsso di sostanze stupefacenti (relazione nazionale lettone).

stupefacenti e il possesso per uso personale non sono considerati reati penalmente rilevanti — tutti i reati per droga si riferivano allo spaccio o al traffico di stupefacenti. Infine, in Portogallo⁽¹⁷⁴⁾ e Norvegia⁽¹⁷⁵⁾, il 59 % di tutti i reati era riferito cumulativamente al consumo e al traffico di droga.

⁽¹⁷¹⁾ Il termine «segnalazioni» per reati contro le normative sugli stupefacenti è riportato tra virgolette, perché racchiude concetti diversi a seconda dei vari paesi (relazioni di polizia di persone sospettate di aver commesso reati contro le normative sugli stupefacenti, accuse di reato contro le suddette normative ecc.). Per un'esatta definizione, per ogni paese, si fa riferimento alle note metodologiche sulle definizioni di «segnalazioni» per i reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti contenute nel bollettino statistico 2005 (nelle relazioni nazionali, fino al 2001, è stato usato il termine «arresti»).

⁽¹⁷²⁾ Cfr. la tabella DLO-1 (parte i) nel bollettino statistico 2005. Nel 2003 non sono stati inviati dati sulle «relazioni» per le violazioni della legislazione in materia di droga dai seguenti paesi: Danimarca, Germania, Irlanda, Lettonia, Slovacchia e Regno Unito.

⁽¹⁷³⁾ Cfr. la tabella DLO-2 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁷⁴⁾ In Portogallo i rimanenti reati contro le normative sugli stupefacenti riguardano «spaccio/traffico di sostanze stupefacenti», perché a partire dal luglio 2001 il «consumo/possesso» di sostanze stupefacenti non è più considerato un reato.

⁽¹⁷⁵⁾ In Norvegia non si fa distinzione tra «spaccio/traffico di sostanze stupefacenti» e «uso/spaccio e traffico di sostanze stupefacenti». Pertanto, i rimanenti reati contro le normative sugli stupefacenti riguardano unicamente «l'uso di sostanze stupefacenti».

In tutti i paesi di cui si dispongono dati, fatta eccezione per il Portogallo, la percentuale dei reati per uso/possesso per uso personale di droghe rispetto ai reati contro le normative sugli stupefacenti è aumentata nell'arco del quinquennio 1998-2003 ⁽¹⁷⁶⁾. Il tasso di incremento è stato generalmente basso, sebbene siano state riscontrate tendenze al rialzo più marcate in Belgio, Lussemburgo e Slovenia come pure, fino al 2001, in Irlanda. In Portogallo, la percentuale dei reati in connessione con l'uso di droghe si è ridotta a partire dal 2000, un anno prima della depenalizzazione dell'uso e del possesso per uso personale di sostanze stupefacenti avvenuta nel luglio 2001 ⁽¹⁷⁷⁾. Nel 2003, si riportano diminuzioni in Repubblica ceca, Lussemburgo, Austria e Slovenia.

Nella maggior parte degli Stati membri la cannabis ha continuato ad essere la sostanza illecita più presente nell'ambito dei reati per droga ⁽¹⁷⁸⁾. Nei paesi dove ciò avveniva, i reati correlati alla cannabis rappresentavano nel 2003 una percentuale variabile tra il 39 % (Italia) e l'87 % (Francia) di tutti i reati per droga. Nei Paesi Bassi prevalevano (58 %) i reati riguardanti le «droghe pesanti» ⁽¹⁷⁹⁾, mentre nella Repubblica ceca la maggior parte dei reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti riguardava le anfetamine (48 %). La percentuale relativa dei reati contro le leggi sulla droga rispetto a ciascuna droga specifica è influenzata da vari fattori, tra cui le priorità operative delle forze di polizia e le decisioni strategiche esplicite o implicite per affrontare in modo differenziato i diversi tipi di reato contro le leggi sulla droga.

Dal 1998 la percentuale di reati per droga in cui era coinvolta la cannabis ⁽¹⁸⁰⁾ è aumentata in Germania, Spagna, Francia, Irlanda, Lituania, Lussemburgo, Malta e Portogallo, mentre è rimasta complessivamente stabile in Belgio, Repubblica ceca, Paesi Bassi, Slovenia, Svezia e Regno Unito, ed è diminuita in Italia e in Austria ⁽¹⁸¹⁾.

Nello stesso periodo la proporzione di reati per eroina è diminuita in tutti i paesi dell'Unione europea che hanno fornito informazioni, a eccezione di Austria e Regno Unito, dove è aumentata ⁽¹⁸²⁾. Per contro, dal 1998 i reati per cocaina sono aumentati in proporzione rispetto a tutti gli altri tipi di reati per droga in tutti i paesi che hanno

fornito informazioni, a eccezione della Germania, dove al contrario rivelano un andamento in calo ⁽¹⁸³⁾.

Tossicodipendenti e situazione carceraria

Tossicodipendenti in carcere

Le informazioni nazionali di routine sulla tipologia e sui modelli di consumo di stupefacenti tra i detenuti sono scarse e lacunose. La maggior parte dei dati disponibili nell'UE proviene da studi ad hoc basati su campioni di varie dimensioni, da cui è estremamente difficile estrapolare risultati (e tendenze).

Rispetto alla popolazione generale, all'interno della popolazione carceraria i consumatori di droga sono fortemente sovrarappresentati. Nella maggior parte degli studi condotti nell'Unione europea la prevalenza un tantum del consumo di droga tra i detenuti è stimata come superiore al 50 %; essa, tuttavia, varia notevolmente, dal 22 % all'86 %, a seconda della popolazione carceraria, del penitenziario e del paese ⁽¹⁸⁴⁾. Nell'Unione europea la prevalenza del consumo regolare di stupefacenti o della tossicodipendenza prima della detenzione va dall'8 % al 73 % ⁽¹⁸⁵⁾.

La maggioranza dei tossicodipendenti riduce o interrompe il consumo nel momento in cui entra in carcere, ma alcuni detenuti portano avanti il loro modello di consumo di stupefacenti, mentre altri cominciano a farne uso (e/o per via parenterale) proprio in carcere. Gli studi disponibili indicano che una percentuale compresa tra l'8 e il 60 % dei detenuti segnala un consumo di sostanze stupefacenti in carcere e un 10-42 % segnala un uso regolare di droghe ⁽¹⁸⁶⁾.

In generale, la prevalenza un tantum del consumo di stupefacenti per via parenterale tra i detenuti risulta compresa tra il 15 e il 50 %; tuttavia, alcuni studi hanno segnalato un campo di variazione più ampio, dall'1 al 69 %. Laddove sono disponibili (Austria 1999, Inghilterra e Galles 1997-1998) dati comparabili sui soggetti criminali, risulta che i giovani sono meno inclini ad assumere droghe per via parenterale degli adulti e che tra la popolazione carceraria le donne sono più inclini a

⁽¹⁷⁶⁾ Cfr. la tabella DLO-4 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁷⁷⁾ La legge che depenalizza l'uso e il possesso per uso personale di sostanze stupefacenti è stata approvata nel novembre 2000 ed è entrata in vigore nel luglio 2001.

⁽¹⁷⁸⁾ Cfr. la tabella DLO-3 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁷⁹⁾ Nei Paesi Bassi sono chiamate «droghe pesanti» le droghe che creano rischi inaccettabili per la salute pubblica, quali eroina, cocaina, anfetamine, ecstasy e LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ I seguenti paesi hanno prodotto una serie storica dei reati per droga, suddivisi per sostanza stupefacente: Belgio, Repubblica ceca, Germania, Spagna, Francia, Irlanda, Italia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi (soltanto «droghe leggere»/cannabis e «droghe pesanti»), Austria, Portogallo, Slovenia, Svezia e Regno Unito.

⁽¹⁸¹⁾ Cfr. la tabella DLO-5 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁸²⁾ Cfr. la tabella DLO-6 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁸³⁾ Cfr. la tabella DLO-7 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁸⁴⁾ Cfr. la tabella DUP-1 nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁸⁵⁾ Cfr. la tabella DUP-5 (allegato) nel bollettino statistico 2005.

⁽¹⁸⁶⁾ Cfr. la tabella DUP-3 nel bollettino statistico 2005.

questo tipo di assunzione degli uomini (¹⁸⁷). Sulla base di svariati studi nell'UE, Bird e Rotily (2002) hanno mostrato come circa un terzo dei detenuti adulti maschi faccia uso di droghe per via parenterale. I dati disponibili forniti dai punti focali Reitox dimostrano che una percentuale compresa tra lo 0,2 e il 34 % dei detenuti (¹⁸⁸) ha fatto uso di droghe per via parenterale durante la detenzione. Questo fenomeno solleva il problema della reperibilità di attrezzature sterili per le iniezioni e quello dell'abitudine a condividerle tipica della popolazione carceraria, senza considerare la diffusione potenziale di malattie infettive.

Assistenza e trattamento dei tossicodipendenti in carcere

In tutti gli Stati membri e nei paesi candidati all'adesione esistono sistemi per garantire la disponibilità in carcere di servizi di assistenza ai tossicodipendenti; la varietà di tali servizi e la loro disponibilità è tuttavia notevolmente diversa da paese a paese. Decisamente degna di nota è la tendenza verso un crescente riconoscimento del fatto che i detenuti hanno gli stessi diritti del resto della popolazione in termini di accesso all'assistenza sanitaria, compresa l'assistenza e il trattamento dei tossicodipendenti (Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS, 2002; relazioni nazionali irlandese, lituana e finnica). Tra i servizi che dovrebbero essere resi reperibili per i detenuti non mancano le strategie di prevenzione, compresi i programmi terapeutici che prevedono l'astinenza, le terapie di disintossicazione, le terapie con metadone e con altre sostanze, la consulenza e l'istruzione.

Tuttavia, gli Stati membri e i paesi candidati riferiscono una serie di problemi con la fornitura di un'assistenza adeguata. Per esempio, la disponibilità di servizi è precaria in Estonia; non sono disponibili servizi specifici per i tossicodipendenti in Lettonia; in Polonia le liste d'attesa per una terapia sono molto lunghe; la Svezia ammette un sovraffollamento delle carceri e livelli ridotti di organico; in Romania manca una legislazione adeguata in proposito. A Cipro, pur non essendoci un programma di sostegno integrato per i tossicodipendenti in carcere, si intraprendono tuttavia delle misure preventive.

Tra le strategie preventive generali si annoverano le attività di istruzione e formazione. Nella maggior parte degli Stati membri dell'UE e dei paesi candidati all'adesione tali attività sono destinate sia ai detenuti sia al personale delle carceri. Tra i paesi che riferiscono questo genere di attività vi sono Estonia, Spagna, Cipro, Ungheria, Romania e Slovenia (relazioni nazionali Reitox).

Un altro elemento preventivo è la costituzione di unità di astinenza all'interno delle carceri. La partecipazione è volontaria, solitamente condizionata dalla sottoscrizione da parte dei detenuti consumatori di droga di una

dichiarazione scritta quale forma di accettazione di talune condizioni, per esempio l'esame periodico delle urine. Queste unità esistono in tutti gli Stati dell'UE a 15. Per quanto concerne i «nuovi» Stati membri dell'UE, le unità di astinenza sono state create nella maggior parte di questi paesi. Una valutazione della zona di astinenza in un carcere austriaco ha dimostrato che i detenuti scarcerati da queste strutture venivano condannati nuovamente per reati di droga in misura significativamente minore rispetto ai detenuti scarcerati da unità carcerarie normali (35 % rispetto al 62 %).

La modalità di trattamento più comune nelle carceri è quella in situazione di astinenza, disponibile in tutti gli Stati membri (a eccezione di Cipro e Lettonia), sia pur in misura diversa. In molti paesi (per esempio, Belgio, Repubblica ceca, Grecia, Lussemburgo e Regno Unito) i centri terapeutici presenti nella comunità offrono sostegno e trattamento nonché assistenza a posteriori.

Nella maggioranza degli Stati non vi è nelle carceri una disponibilità di terapie di mantenimento sostitutive ampia come al di fuori dell'ambiente carcerario. Questa terapia è diffusa soltanto in Spagna, dove possono usufruirne il 18 % di tutti i detenuti o l'82 % di tutti i consumatori problematici di droga trattenuti in carcere. La terapia è molto diffusa anche in Lussemburgo. Tra i paesi che riferiscono un aumento importante della disponibilità del trattamento medicalmente assistito vi sono la Francia (soprattutto con buprenorfina) e l'Irlanda (relazioni nazionali Reitox). Nei Paesi Bassi il trattamento medicalmente assistito è messo a disposizione soltanto dei detenuti con condanne di breve termine che facevano uso di metadone prima della detenzione, mentre in Polonia il primo programma di terapia con metadone con 14 pazienti è stato introdotto in un istituto di custodia cautelare.

Evoluzione della lotta contro la diffusione delle malattie infettive in carcere

In Estonia la situazione della prevenzione dell'infezione da HIV è migliorata nel 2003. Il numero di test primari per l'HIV è aumentato di 2,6 volte rispetto al 2002, mentre il numero di esiti positivi ha registrato una crescita ridotta. Anche i servizi di consulenza pre e post-esame sono migliorati dal punto di vista sia quantitativo sia qualitativo. In Romania sono stati elaborati, in collaborazione con alcune organizzazioni non governative internazionali, programmi finalizzati a prevenire la diffusione di HIV/AIDS nei penitenziari e tra i detenuti.

La Spagna è l'unico paese che sistematicamente mette in atto nelle carceri programmi di scambio di aghi e siringhe. Nel 2003, nell'ambito di tali programmi, sono state distribuite in totale 18 260 siringhe. L'attuazione di programmi simili non è invece prevista in altri Stati membri e nei paesi candidati all'adesione.

(¹⁸⁷) Cfr. la tabella DUP-2 nel bollettino statistico 2005.

(¹⁸⁸) Cfr. la tabella DUP-4 nel bollettino statistico 2005.

Alternative alla detenzione: la punizione dei reati commessi da consumatori problematici di droga nell'Unione europea, in *Relazione annuale 2005 dell'OEDT: questioni specifiche*

Il carcere è un ambiente particolarmente nocivo per i consumatori problematici di droga, al punto che la classe politica è largamente convinta della necessità di introdurre il principio della terapia in alternativa all'incarcerazione. Le alternative al carcere che possono essere offerte ai tossicodipendenti che compiono un reato coprono un ventaglio di pene che possono ritardare, evitare, sostituire o integrare la pena detentiva dei tossicodipendenti responsabili di aver perpetrato un crimine solitamente sanzionato dalla legge nazionale con la detenzione. La questione specifica si incentra sulle misure caratterizzate da una componente terapeutica orientata al problema droga.

Sin dagli anni sessanta, accordi, strategie e piani d'azione delle Nazioni Unite e dell'Unione europea hanno più volte riaffermato e rafforzato il principio della fornitura di servizi terapeutici, formativi e riabilitativi in alternativa alla detenzione e alla punizione dei reati collegati al consumo di stupefacenti. Tutto ciò è stato recepito nelle legislazioni nazionali degli Stati membri dell'Unione europea, con un conseguente adeguamento dei sistemi di giustizia penale nonché dei sistemi di assistenza socio-sanitaria. I giovani consumatori di droga sono particolarmente vulnerabili all'eventualità di cadere nel circolo vizioso di tossicodipendenza e criminalità, e si osserva una certa determinazione a evitare l'incarcerazione dei giovani rei.

L'attuazione di misure alternative alla detenzione, tuttavia, incontra alcune difficoltà, dovute ai diversi sistemi amministrativi coinvolti e ai diversi principi sottesi. Si fanno sforzi per colmare i divari tra i sistemi giuridici e i servizi sanitari e sociali tramite strutture e iniziative di

coordinamento, per esempio tra le forze di polizia, i tribunali e le carceri, da un lato, e i servizi per i tossicodipendenti, dall'altro lato. Spesso i meccanismi informali di cooperazione a livello locale sono stati i precursori di forme istituzionalizzate più stabili.

Il ricorso ad alternative alla detenzione in carcere è aumentato negli ultimi decenni nell'UE a 15 pur avendo, di recente, registrato una battuta di arresto in alcuni di questi paesi; per altro verso la legislazione e la messa in atto di alternative è cominciata più tardi nei nuovi Stati membri. In genere, per garantire il trattamento dei soggetti responsabili di reato che sono anche consumatori problematici di stupefacenti si fa riferimento al sistema terapeutico più diffuso. Nella maggior parte degli Stati la terapia viene solitamente fornita in regime ospedaliero, benché vi sia anche la possibilità di seguire programmi terapeutici di tipo ambulatoriale.

In Europa gli studi di valutazione della terapia come alternativa al carcere sono rari e, in parte, inconcludenti. Tuttavia, in linea con altri studi di ricerca, essi confermano che la continuazione della terapia nel tempo si dimostra un indicatore chiave del successo e che il tasso di abbandono rappresenta uno dei principali problemi per i sistemi alternativi al carcere. L'evidenza suggerisce che è la qualità del trattamento fornito e non la via attraverso la quale il paziente è approdato al trattamento a costituire un importante fattore di successo terapeutico. Il trattamento in alternativa al carcere sembra funzionare meglio se i tossicodipendenti sono motivati in tal senso, se le strutture assistenziali aderiscono a buoni standard clinici e possiedono personale sufficiente e qualificato.

La presente questione specifica è disponibile solo in lingua inglese («Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU, in *EMCDDA annual report 2005: selected issues*») in formato cartaceo e in Internet in formato elettronico (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Riferimenti bibliografici

- ACMD (2000), *Reducing drug-related deaths. A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*, The Stationery Office, Londra.
- ACPO (2003), *Cannabis enforcement guidance*, ACPO, Londra.
- Ashton, M. (2003), «The American STAR comes to England», *Drug and Alcohol Findings* 8, pagg. 21-26.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, Lussemburgo (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_exs_it.pdf).
- Bandura, A. (1977), *Social learning theory*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bargagli, A. M. e altri (2004), *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*, VI conferenza Europad, Parigi.
- Becoña, E. (2002), *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- Bird, S. e Rotily, M. (2002), «Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks — results from European prisons», *Howard Journal* 41(2).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004), *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. e Aavitsland, P. (2005), «Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities», *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Boivin, G. J. (2000), «Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors», *Addictive Behaviours* 25, pagg. 887-897.
- Bovenkerk, F. e Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*, Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Brugal, M. T., Domingo-Salvany, A., Puig, R. e altri (2005), «Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and Aids in a cohort of heroin users in Spain», *Addiction*, in corso di pubblicazione.
- Butler, G. K. L. e Montgomery, A. M. J. (2004), «Impulsivity, risk taking and recreational "ecstasy" (MDMA) use», *Drug and Alcohol Dependence* 76, pagg. 55-62.
- Butters, J. E. (2004), «The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11, pagg. 381-390.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. e altri (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, Irefrea España, Palma di Maiorca (www.irefrea.org).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. e Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, Londra.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, commissione stupefacenti, Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite, Vienna.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, commissione stupefacenti, Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite, Vienna.
- Cuijpers, P. e altri (2002), «The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project», *Addiction* 97, pagg. 67-73.
- Cunningham, J. A. (2001), «Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study», *Journal of Studies on Alcohol* 62, pagg. 228-233.
- De Wit, A. e Bos, J. (2004) «Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature», in *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona, pagg. 329-343.
- Drug Misuse Research Division (2004), «Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002», *Occasional Paper No. 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublino.
- Eurobarometro (2004), «Young people and drugs», *Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, direzione generale della Stampa e della comunicazione, Commissione europea, Bruxelles.
- EuroHIV (Centro europeo per il monitoraggio epidemiologico dell'AIDS) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003, No. 70*, Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.
- Eurostat (2002), *Health statistics: Key data on health 2002*, Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, Lussemburgo, pag. 58.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M. e altri (2004), «Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of on line peer to peer interactions», *BMJ* 328, pag. 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Vienna.
- Ghuran, A. e Nolan, J. (2000), «Recreational drug misuse: issues for the cardiologist», *Heart* 83, pagg. 627-633.

- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. e Ali, R. (2005), «Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection» (review), *The Cochrane Library*, 2005, Edizione 2 (www.thecochranelibrary.com).
- GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004), *An evidence base for London crack cocaine strategy*, Greater London Alcohol and Drug Alliance, Londra (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf).
- Haasen, C. (2003), intervento in occasione della «Conferenza sul monitoraggio terapeutico nell'UE e sul piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga per il periodo 2000-2004» presso l'OEDT, novembre 2003.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. e altri (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. e altri (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, Consiglio svedese di informazione su alcool e altre droghe (CAN) e gruppo Pempidou del Consiglio d'Europa.
- Hwang, S. (2001), «Mental illness and mortality among homeless people», *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, pagg. 81-82.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, Comitato per il controllo nazionale dei narcotici delle Nazioni Unite, New York.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES, Helsinki.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. e Whiteside, H. O. (2003), «Family-based interventions for substance use and misuse prevention», *Substance Use and Misuse* 38, pagg. 1759-1787.
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung «Qualität schulischer Suchtprävention» am 20.4.2004 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C. e Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, Franco Angeli, Milano.
- Matheï, C., Robaeys, G., van Damme, P. e altri (2005), «Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences», *Epidemiology and Infection* 133, pagg. 127-136.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A. e altri (2001), *The challenge of prevention of drug use*, Irefrea España, Palma di Maiorca (www.irefrea.org).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. L. e De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag in de ambulante verslavingszorg 1994-2000*, IVZ, Houten.
- Morril, A. R., McCaffrey, D. F. e Paddock, S. M. (2002), «Reassessing the marijuana gateway effect», *Addiction* 97, pagg. 1493-1504.
- National Treatment Agency (NTA) (2003), «New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers», comunicato stampa 13 giugno 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), 54 per cent more drug misusers get treatment in England, comunicato stampa 30 settembre 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- OEDT (2001), Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths, progetto CT.99.RTX.04, coordinato dal Trimbos Institute, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2003), *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000*, CT.00.RTX.23, coordinato dall'Institut für Therapieforschung, Monaco, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- OEDT (2004a), *Relazione annuale 2004: evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2004b), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).
- OEDT (2004c), *Focus sulle droghe 13. Overdose: una delle maggiori cause evitabili di decesso tra i giovani*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OMS (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Organizzazione mondiale della sanità, Programma sull'abuso di sostanze stupefacenti, Divisione Salute mentale e prevenzione tossicodipendenze, Ginevra.
- OMS (2004), «Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users», *Evidence for action technical papers*, OMS, Ginevra.
- OMS (2005), «Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users», *Evidence for action technical papers*, bozza definitiva, marzo 2005, OMS, Ginevra.
- Ouweland, A., Van Alem, V., Mol, A. e Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. e Niesink, R. J. M. (2003), *Uitgaan en Veiligheid: Feiten en Fictie over Alcohol, Drugs en Gezondheidsverstoringen*, Trimbos-instituut, Utrecht.
- 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.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. e Baer, J. (2000), «Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education», *Journal of Drug Education* 30, pagg. 399-421.
- Relazioni nazionali Reitox (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C. e altri (2003), «Risk factors associated with drug use: the importance of "risk environment"», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, pagg. 303-329.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. e Van Laar, M. (2004), «Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004», Trimbos Institute/National Drug Monitor (NDM), Utrecht.
- Samhsa, Ufficio studi applicati, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).

Solberg, U., Burkhart, G. e Nilson, M. (2002), «An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway», *International Journal of Drug Policy* 13, pagg. 477-484.

Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. e Fiellin, D. A. (2005), «Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users», *Addiction* 100, pagg. 150-158.

Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T. e altri (2004), «The motivation, skills and decision-making model of "drug abuse" prevention», *Substance Use and Misuse* 39, pagg. 1971-2016.

Taylor, B. J. (2000), «Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial», *Prevention Science* 1, pagg. 183-197.

Terweij, M. e Van Wamel, A. (2004), *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*, GGZ Nederland, Utrecht.

UNODC (2002), *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.

UNODC e governo del Marocco (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.

Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa (2002), *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa, Ginevra.

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

Relazione annuale 2005 — Evoluzione del fenomeno della droga in Europa

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee
2005 — 89 pagg. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-229-2

VENDITE E ABBONAMENTI

Le pubblicazioni a pagamento dell'Ufficio delle pubblicazioni possono essere ordinate presso i nostri uffici di vendita in tutto il mondo. L'elenco degli uffici di vendita può essere ottenuto:

- consultando il sito Internet dell'Ufficio delle pubblicazioni (<http://publications.eu.int>),
- richiedendolo per fax al numero (352) 2929-42758.

Informazioni sull'OEDT

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) è una delle agenzie decentrate dell'Unione europea. Istituito nel 1993, con sede a Lisbona, l'Osservatorio è il punto di convergenza e la fonte di informazioni di ogni tipo sulle droghe e sulle tossicodipendenze in Europa.

L'OEDT raccoglie, analizza e divulga informazioni obiettive, affidabili e comparabili sulle droghe e sulle tossicodipendenze. In quest'ottica, fornisce al pubblico un quadro teorico e pratico (evidence-based) del fenomeno della droga a livello europeo.

Le pubblicazioni dell'Osservatorio sono una fonte primaria di informazioni per un'ampia gamma di interlocutori, fra cui i responsabili politici ed i relativi consulenti, i professionisti ed i ricercatori che lavorano nel campo delle droghe, ma anche i mass-media ed il pubblico in generale.

La relazione annuale presenta il panorama del fenomeno delle droghe, nell'Unione europea, 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.