

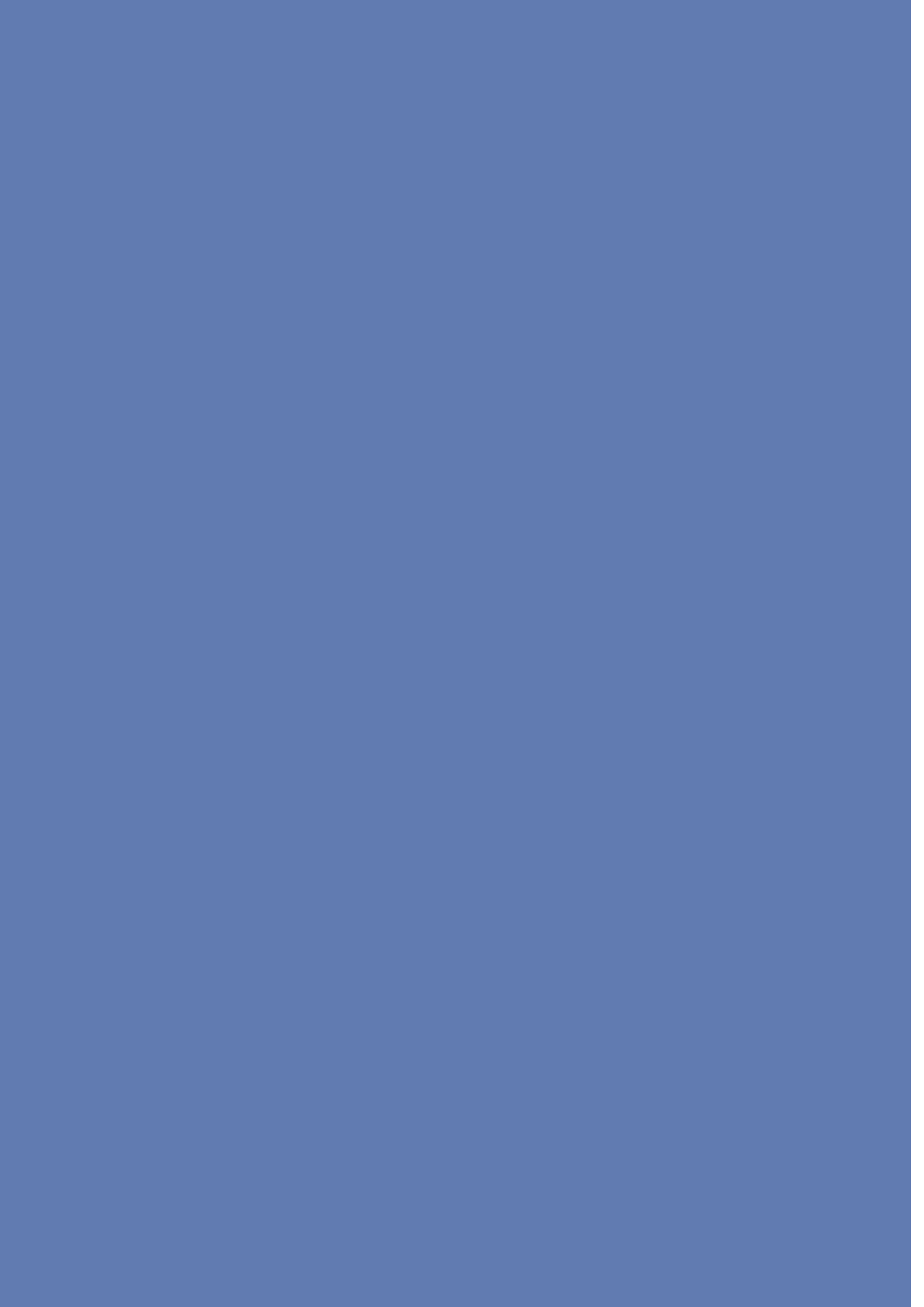


Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

ISSN 1609-6169

RELAZIONE ANNUALE 2009

EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA DROGA
IN EUROPA





Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

RELAZIONALE ANNUALE 2009

EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA DROGA
IN EUROPA

Avvertenza

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

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

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

Numero verde unico (!):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Una scheda bibliografica figura alla fine del volume.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, 2009

ISBN 978-92-9168-387-1

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2009

La riproduzione è autorizzata con citazione della fonte.

Printed in Luxemburg

STAMPATO SU CARTA SBIANCATA SENZA CLORO



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, PORTOGALLO
Tel. (351) 211 21 02 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Indice

| | |
|---|-----|
| Premessa | 5 |
| Ringraziamenti | 7 |
| Introduzione | 9 |
| Commento: Colpire un bersaglio in movimento: la sfida di sviluppare una risposta politica pragmatica a un problema mutevole di droga | 11 |
| Capitolo 1: Misure politiche e legislative Sviluppi politici internazionali e nell'UE • Strategie nazionali • Spesa pubblica • Legislazione nazionale • Ricerca | 19 |
| Capitolo 2: La risposta ai problemi della droga in Europa: panoramica Prevenzione • Trattamento • Riduzione del danno • Reinserimento sociale • Applicazione della legge sulla droga e reati connessi alla droga • Interventi sul piano sociale e sanitario nelle carceri | 28 |
| Capitolo 3: Cannabis Offerta e disponibilità • Prevalenza e modelli di consumo • Trattamento | 41 |
| Capitolo 4: Anfetamine, ecstasy e sostanze allucinogene Offerta e disponibilità • Prevalenza e modelli di consumo • Anfetamine ed ecstasy in ambienti ricreativi • Trattamento | 54 |
| Capitolo 5: Cocaina e cocaina crack Offerta e disponibilità • Prevalenza e modelli di consumo • Conseguenze per la salute • Consumo problematico e domanda di trattamento • Trattamento e riduzione del danno | 66 |
| Capitolo 6: Consumo di oppiacei e assunzione di droga per via parenterale Offerta e disponibilità • Consumo problematico di oppiacei • Assunzione di droga per via parenterale • Trattamento | 78 |
| Capitolo 7: Malattie infettive e decessi correlati alla droga Malattie infettive correlate alla droga • Prevenzione e reazione alle malattie infettive • Mortalità e decessi • Riduzione dei decessi | 88 |
| Capitolo 8: Nuove droghe e tendenze emergenti L'azione comunitaria in merito alle nuove droghe • Prodotti «Spice» e cannabinoidi sintetici correlati • I negozi online • Follow-up delle sostanze | 100 |
| Riferimenti bibliografici | 106 |



Premessa

La presente relazione fornisce una valutazione tempestiva e dettagliata del fenomeno della droga in Europa ed esprimiamo riconoscenza al nostro personale per l'impegno profuso per realizzarla. Tuttavia, dobbiamo riconoscere che la forza di questo documento deriva non soltanto dal nostro lavoro qui a Lisbona ma, soprattutto, dagli sforzi a livello di Stati membri per sviluppare un sistema informativo che sia valido e completo. Oltre a dare un importante contributo a un dibattito maturo e informato sul problema della droga, riteniamo che l'esistenza di questo sistema di monitoraggio produca politiche migliori e più efficaci.

Tali politiche si dimostrano sempre più necessarie, poiché le problematiche in questo ambito diventano sempre più complesse. Un tema comune che si riscontra in questa relazione è la natura dinamica del problema della droga e dobbiamo accertarci che la nostra visione sia al passo con le condizioni in corso di trasformazione cui siamo confrontati.

Quest'anno, l'OEDT ha festeggiato 15 anni di raccolta di informazioni e di elaborazione di relazioni sul fenomeno della droga in Europa. Per mettere in risalto questo evento abbiamo organizzato una conferenza dal titolo «Identifying Europe's information needs for effective drug policy» (Individuazione delle esigenze di informazioni dell'Europa per un'efficace politica di lotta alla droga). Questo evento ha offerto un'opportunità a scienziati, professionisti e politici provenienti da tutta Europa e oltre, di riunirsi a Lisbona per contribuire a tracciare e a valutare l'attuale base di conoscenze nel campo della droga e ad individuare le esigenze di informazione attuali e future.

La conferenza ha dimostrato che l'Europa ha sviluppato un laboratorio straordinario di studio e comprensione del consumo di droga e delle risposte correlate a tale consumo e questo ci fornisce notevoli opportunità di apprendimento collettivo e di condivisione delle conoscenze. In nessun'altra parte del mondo esiste un gruppo così vasto di paesi culturalmente diversi che dimostrano una determinazione comune nel migliorare la loro comprensione e le risposte a questo complesso problema sociale. Ciò può essere desunto anche dallo sviluppo di un sistema trasversale di monitoraggio della droga che comprende 30 paesi con una popolazione complessiva di più di mezzo miliardo di abitanti, nonché dalla strategia e dal piano d'azione dell'Unione europea (UE) in materia di lotta contro la droga, strumenti destinati a fare il punto sulle informazioni disponibili e a elaborarle in azioni pratiche e collettive. Ciò è particolarmente importante oggi, in quanto i nostri Stati membri affrontano scelte difficili sulle priorità di finanziamento e sono più che mai concentrati sulla necessità di trarre il massimo vantaggio dagli investimenti effettuati. Confidiamo che la nostra attuale relazione

contribuisca a questo processo. Inoltre, ci impegniamo affinché l'individuazione di ciò che costituisce una pratica efficace nel campo delle droghe rappresenti una parte sempre più importante delle attività future dell'OEDT.

La conferenza ha individuato inoltre una serie di questioni importanti che vengono riprese nell'analisi presentata in questa sede. I nostri sistemi di informazione devono dare risultati migliori nell'individuare, rilevare e riferire in merito alle nuove tendenze. Tuttavia, nel realizzare ciò, è fondamentale che le nostre relazioni rimangano accurate, fondate e non allarmistiche. Inoltre, è stata evidenziata la necessità di riunire nella nostra analisi sia le questioni che riguardano l'offerta che quelle che riguardano la domanda. Nella relazione di quest'anno diamo maggiore importanza a un'analisi degli indicatori dell'offerta e del mercato della droga. Questo viene fatto con cautela, perché sono stati fatti sforzi insufficienti per migliorare la qualità, l'affidabilità e la comparabilità delle serie di dati europei in quest'ambito. Ciò viene ampiamente riconosciuto oggi e ci impegniamo a collaborare con i nostri partner nazionali ed europei per affrontare la questione.

Uno dei dati emersi dalla relazione di quest'anno è che la valutazione del fenomeno della droga in Europa richiede una comprensione simultanea delle caratteristiche nazionali, delle specificità subregionali e, sempre più, delle tendenze comuni europee, o persino globali. Per il futuro, occorre descrivere meglio questo rapporto complesso, poiché questo ci aiuterà non solo a capire quei fattori che possono promuovere o inibire lo sviluppo dei problemi della droga, ma ci guiderà anche nello sviluppo degli interventi adatti.

Per concludere, va osservato che l'Unione europea e le Nazioni Unite hanno rinnovato i loro documenti relativi alle politiche in materia di droga quasi in parallelo verso la fine del 2008 e all'inizio del 2009. Il nuovo piano d'azione dell'UE sulle droghe e la nuova dichiarazione politica e il piano d'azione delle Nazioni Unite riflettono entrambi l'impegno internazionale a ridurre il consumo di droga e i danni che esso può produrre. Realizzare questi obiettivi rappresenta una sfida importante e sarà possibile soltanto se le azioni previste verranno attuate su larga scala. Il controllo e la valutazione sono elementi chiave in questo processo, poiché ci permettono di portare a compimento le nostre politiche e di registrare i progressi realizzati.

Marcel Reimen

Presidente del consiglio di amministrazione dell'OEDT

Wolfgang Götz

Direttore dell'OEDT



Ringraziamenti

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

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

Punti focali nazionali Reitox

Reitox è la rete informativa europea sulle droghe e sulle tossicodipendenze. La rete è costituita da punti focali nazionali dislocati negli Stati membri dell'Unione europea, in Norvegia, nei paesi candidati all'adesione e presso la Commissione europea. I punti focali, di cui sono responsabili i relativi governi, sono le autorità nazionali che forniscono all'OEDT informazioni relative alle droghe.

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

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



Introduzione

La relazione annuale si basa sulle informazioni fornite all'OEDT dagli Stati membri dell'Unione europea, dai paesi candidati Croazia e Turchia e dalla Norvegia sotto forma di relazioni nazionali. I dati statistici menzionati si riferiscono al 2007 (o all'ultimo anno disponibile). I grafici e le tabelle contenuti nella presente relazione possono riferirsi a un gruppo ristretto di paesi dell'UE: la selezione viene fatta in base ai paesi sui quali sono disponibili informazioni per il periodo di riferimento.

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

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

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

L'analisi delle tendenze si basa solamente su quei paesi che forniscono dati sufficienti per descrivere i cambiamenti avvenuti durante il periodo indicato. I dati relativi al 2006 possono sostituire i valori mancanti del 2007 nell'analisi delle tendenze dei dati sul mercato della droga; per l'analisi di altre tendenze, i dati mancanti possono essere interpolati. Le tendenze relative ai prezzi sono state corrette al livello di inflazione nazionale.

Le informazioni sulla disponibilità ed erogazione di diversi interventi in Europa si basa generalmente sul giudizio informato di esperti nazionali, raccolto attraverso questionari strutturati.

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

La relazione annuale è disponibile in 23 lingue e può essere scaricata al seguente indirizzo:
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>

Il bollettino statistico 2009 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) contiene l'insieme completo delle tabelle sulle quali è basata l'analisi statistica contenuta nella relazione annuale. Esso fornisce inoltre informazioni particolareggiate sulla metodologia utilizzata, nonché circa 100 ulteriori grafici statistici.

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

Le relazioni nazionali dei punti focali Reitox forniscono una descrizione e un'analisi dettagliate del fenomeno della droga in ciascun paese e sono disponibili sul sito web dell'OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



Commento

Colpire un bersaglio in movimento: la sfida di sviluppare una risposta politica pragmatica a un problema mutevole di droga

Il consenso sulle politiche consente un piano d'azione più mirato nel campo delle droghe

La presente relazione riguarda un periodo importante per le politiche in materia di droga, sia in Europa che altrove. Nell'Unione europea si è assistito alla valutazione del piano d'azione in materia di lotta alla droga 2005-2008, il quinto dal 1990, e alla stesura e all'avvio del piano successivo, operativo per gli anni 2009-2012. Spesso viene posta l'attenzione sulle differenze esistenti tra gli Stati membri nelle loro politiche in materia di droga, tuttavia, da una prospettiva storica, il notevole accordo attualmente evidente nelle discussioni a livello europeo è eccezionale. Gli Stati membri possono avere ancora prospettive politiche diverse, che riflettono in una certa misura realtà nazionali distinte; ciononostante, in molti ambiti, il dibattito sembra sempre più maturo e basato sul consenso. Ciò ha consentito di elaborare un nuovo piano d'azione dell'UE, che può essere descritto come pragmatico, focalizzato e mirato. Questo approccio viene concretamente illustrato dall'attenzione attribuita a specifici ambiti della pratica, come la prevenzione dei decessi correlati alla droga, il lavoro nel contesto del carcere e il miglioramento della qualità del trattamento e di altri interventi.

A livello internazionale i dibattiti hanno stimolato un notevole interesse pubblico e professionale, che ha portato all'adozione di una nuova dichiarazione politica delle Nazioni Unite e del piano d'azione per combattere il problema globale della droga, che ha fatto seguito alla revisione degli obiettivi definiti in occasione della sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite del 1998 (Ungass). In questo dibattito, l'Europa ha espresso un parere chiaro a favore di politiche di lotta alla droga equilibrate, scientificamente fondate e umane. Ciò ha contribuito a garantire che, nell'accordo definitivo, fossero mantenuti gli elementi progressivi principali dei documenti originali dell'assemblea Ungass del 1998. Anche se le discussioni all'ONU erano a volte accese e rispecchiavano talvolta posizioni politiche ed ideologiche radicate, vi erano anche segnali di un possibile avanzamento di un approccio più pragmatico e ragionato

all'individuazione di ciò che costituisce un'azione efficace. Gli Stati Uniti, ad esempio, hanno stemperato il loro approccio all'offerta di strumenti sterili per iniezione per ridurre il rischio di infezioni trasmissibili attraverso il sangue e questo rispecchia la sostanziale base di prove a favore dell'efficacia attualmente esistente in questo ambito. Più in generale, quindi, nelle dichiarazioni politiche recenti, gli Stati Uniti sembrano avvicinarsi al modello europeo. Un forte consenso è emerso, inoltre, dalla riunione dell'Ungass sull'esigenza di un controllo globale efficace del fenomeno della droga, soprattutto considerato il continuo aumento dei problemi nei paesi in transizione e in via di sviluppo. Il meccanismo di elaborazione di relazioni sviluppato per valutare l'attuazione dei piani d'azione di Ungass è stato criticato. Ma con il suo abbandono, importanti ambiti di intervento, soprattutto quelli che riguardano misure di riduzione della domanda rimangono al di fuori della struttura globale di segnalazione esistente. Questa questione costituirà probabilmente un argomento importante per la prossima sessione della commissione stupefacenti.

Prassi di applicazione della legge a confronto con obiettivi politici concorrenti

L'applicazione della legge sulla droga riceve grande attenzione nella relazione annuale di quest'anno e una questione specifica si occupa delle sentenze e di altri eventi che coinvolgono le persone accusate di reati connessi alla droga. Il numero di violazioni delle leggi sulla droga riferite in Europa continua a crescere e sebbene i dati siano difficili da interpretare, questa osservazione solleva questioni su quanto la pratica di applicazione della legge sia al passo con gli obiettivi politici in questo ambito.

In linea generale, il dibattito politico europeo ha progredito verso la visione secondo cui dovrebbe essere data la priorità alle attività di interdizione rivolte all'offerta anziché al consumo di droghe. Come riflesso di ciò, in alcuni paesi sono state aumentate le sanzioni legali applicabili ai reati connessi all'offerta o sono state introdotte tariffe minime. È difficile valutare l'ampiezza

con cui questo spostamento dell'attenzione dagli utenti ai fornitori di droga viene tradotto in prassi di operazioni di polizia. Soltanto in un esiguo numero di paesi i reati legati all'offerta di droga superano quelli connessi al possesso di stupefacenti. Complessivamente, il numero dei reati correlati all'offerta è aumentato, ma è aumentato anche il numero dei reati legati al possesso o al consumo di sostanze stupefacenti, e questo in misura ancora maggiore. Inoltre, in Europa il quadro dei reati legati all'offerta è più vario e la metà dei paesi che hanno riferito dei dati hanno osservato un calo in termini di cifre nei dati a medio termine.

L'analisi approfondita delle sentenze per i reati connessi alla droga in Europa che accompagna la presente relazione esamina le conseguenze prodotte dalla violazione delle leggi in materia di droga. Sono frequenti le pene detentive per i reati legati all'offerta, ma tendono a essere inflitte per i periodi più bassi tra quelli previsti, per una media di tre anni o meno. Ciò può semplicemente riflettere il fatto che molte delle persone accusate sono gli anelli più bassi della catena di fornitura; si tratta ad esempio di spacciatori da strada o di tossicodipendenti che vendono anche sostanze stupefacenti per mantenere la loro abitudine. Questo risultato comporta delle implicazioni per lo sviluppo di orientamenti minimi sulle sentenze, se sono destinati a scoraggiare i grandi criminali dal partecipare al traffico di sostanze stupefacenti.

Nella maggior parte dei paesi vengono raramente emesse pene detentive per consumo o possesso di droga. Detto questo, a una esigua percentuale di soggetti che compaiono in tribunale viene applicata una pena detentiva immediata, possibilmente a causa di circostanze aggravanti. Ciò significa che sempre più tossicodipendenti entrano in contatto con il sistema della giustizia penale soltanto per ricevere una sanzione amministrativa o secondaria. Lasciando da parte il possibile effetto deterrente di questo tipo di azione, essa solleva la questione della misura in cui questo contatto con alcuni gruppi di tossicodipendenti rappresenta un'occasione mancata per altre attività di riduzione della domanda. Alcuni paesi hanno sviluppato approcci innovativi in questo ambito, che nel complesso sono peraltro ancora rari.

Poiché è probabile che le persone accusate di reati correlati alla droga facciano parte di un gruppo vario, la valutazione delle esigenze è una questione particolarmente importante per lo sviluppo di servizi in questo ambito. Gli interventi in ambito sanitario vanno da approcci di prevenzione, formazione e riduzione dei danni, a brevi azioni e, qualora garantito, all'affidamento a servizi di trattamento specializzato della tossicodipendenza e servizi sociali di supporto.

È probabile che lo sviluppo di un modello attuabile per assicurare percorsi di affidamento adatti ponga una sfida organizzativa. Il Portogallo ha affrontato questo problema in maniera piuttosto diversa. Il consumo di stupefacenti non è più soggetto a sanzioni penali e le persone trovate in possesso di droghe vengono direttamente affidate per la valutazione dei bisogni a un tribunale speciale, conosciuto come «commissione per la dissuasione dall'abuso di droga». Il tribunale può comminare ammende, ma il suo obiettivo principale non è imporre sanzioni. Questo regime è in funzione da otto anni. I timori iniziali secondo cui questo approccio avrebbe portato a un aumento del turismo della droga o a livelli maggiori di consumo non sembrano essere supportati dai dati a disposizione.

Trattamento e interventi sanitari: da un sistema «adatto a tutti» a un insieme di misure mirate

I servizi per i tossicodipendenti in Europa stanno diventando sempre più differenziati e vengono offerti quale componente di un pacchetto integrato di assistenza. Ciò è evidente sia a livello concettuale che nella pratica. Ad esempio, gli interventi di riduzione dei danni e di trattamento sono sempre più collegati e offerti dagli stessi organismi. Malgrado il riconoscimento diffuso dell'importanza del reinserimento sociale, questo rimane un ambito scarsamente sviluppato e i tossicodipendenti incontrano tuttora notevoli difficoltà a trovare lavoro, un alloggio adeguato e a coltivare interessi non legati alla droga.

Nonostante i progressi realizzati nella cura dei tossicodipendenti in Europa, questi sono discontinui, sia in termini di sostanze coinvolte che di copertura geografica. I più grandi avanzamenti sono stati riscontrati nell'ambito della terapia sostitutiva per gli oppiacei, con un numero di soggetti trattati intorno alle 650 000 persone, cifra in aumento. Tuttavia, l'Europa orientale contribuisce nel complesso soltanto a una piccola percentuale di questo totale, fatto che suggerisce la necessità di un ampliamento dei servizi in alcuni paesi. Un insegnamento emerso da un certo numero di paesi è che il coinvolgimento dei medici generici può contribuire a un ampliamento dell'offerta di cure. L'organizzazione di cure condivise con i centri specializzati non fornisce soltanto supporto ai medici generici, ma garantisce anche la qualità del trattamento.

Malgrado il fatto che nella maggior parte dei paesi sia teoricamente possibile continuare o iniziare la terapia sostitutiva nell'ambito del carcere, in pratica ciò è spesso difficile. Dato il numero dei tossicodipendenti all'interno delle carceri in Europa vi è una necessità urgente di aumentare le opportunità di trattamento di ogni tipo

all'interno di questo contesto. Questo fatto viene riconosciuto nel piano d'azione dell'UE, ma rimane attualmente un ambito trascurato nella maggior parte dei paesi.

Per quanto riguarda le droghe diverse dagli oppiacei, la disponibilità dei servizi e la nostra comprensione di ciò che rappresenta una cura efficace sono meno ben sviluppati in Europa. Tuttavia, questo problema ha iniziato a essere riconosciuto, con un numero crescente di progetti di ricerca europei e di programmi pilota che si occupano attualmente delle necessità di trattamento dei consumatori di cannabis e di sostanze stimolanti. Inoltre, i progressi realizzati nelle neuroscienze non soltanto hanno migliorato la nostra comprensione dei meccanismi biologici di dipendenza, ma stanno attualmente iniziando a favorire alcuni approcci innovativi. Gli esempi in questo caso comprendono un vaccino per la cocaina, attualmente in corso di test su vasta scala in Europa. Anche gli sviluppi nella tecnologia informatica hanno favorito l'innovazione, come i programmi di trattamento basati su Internet e l'uso dei messaggi di testo.

Nuove prove del fatto che l'Europa si sta dirigendo verso un periodo di riduzione del consumo di cannabis

La diffusione del consumo di cannabis è aumentata drasticamente nel corso degli anni novanta, fino al punto che, attualmente, quasi un quarto di tutti gli adulti europei riferisce di aver consumato questa sostanza almeno una volta. Successivamente, la situazione ha iniziato a stabilizzarsi e i dati più recenti supportano l'analisi presentata nella relazione dell'anno scorso, di un calo generale nel consumo di questa droga. Sono particolarmente interessanti gli ultimi risultati del progetto di indagine europea nelle scuole sul consumo di alcol e di altre droghe, che offrono uno spaccato sulle evoluzioni cronologiche nel consumo di droga tra gli studenti delle scuole. I modelli riscontrati qui si ritroveranno probabilmente in seguito in gruppi di maggiore età. È interessante notare che, proprio come era possibile rilevare modelli temporali diversi nella tendenza in aumento nel consumo di cannabis in passato, questo modello sembra ora ripetersi al contrario. Il Regno Unito, ad esempio, uno dei primi paesi a registrare livelli di prevalenza elevati è stato anche tra i primi a riferire un calo nel consumo. Questo modello viene riscontrato attualmente nella maggior parte degli altri paesi dell'Europa occidentale. In Europa orientale, i livelli di consumo erano ancora in aumento nella maggior parte dei paesi fino a poco tempo fa. Tuttavia, anche in questi paesi, vi sono segni di stabilizzazione nella popolazione di giovani e, se si ripeterà il modello riscontrato altrove, si potrà prevedere un calo successivo.

Comprendere i fattori che influenzano la diffusione di una droga come la cannabis è chiaramente importante. Tuttavia, si dovrebbe fare attenzione a desumere qualunque semplice spiegazione causale. Le politiche nazionali e comunitarie possono aver svolto un ruolo nell'influenzare queste tendenze; tuttavia sono stati riscontrati livelli di consumo in calo anche negli Stati Uniti e in Australia, e questo suggerisce che possono svolgere un ruolo anche fattori socioculturali più ampi. Nel quadro europeo emerge un piccolo gruppo di paesi, principalmente nel nord o nel sud dell'Europa, in cui i livelli del consumo di cannabis sono rimasti bassi e stabili per qualche tempo. La comprensione dei fattori protettivi che agiscono in quei paesi sarebbe di grande interesse; tuttavia, ancora una volta l'analisi dovrà prendere pienamente in considerazione i fattori culturali, sociali e storici, oltre a considerare l'influenza delle politiche sociali e in materia di droga.

Contrariamente ai dati sui livelli complessivi di consumo, l'analisi più recente dei modelli di consumo problematico della cannabis in Europa è più complessa e meno incoraggiante. Un avvertimento in questo caso è che attualmente mancano misure corrette del consumo dipendente o problematico e, benché si stiano realizzando alcuni progressi in questo senso, è necessario basarsi su misure più indirette. Il numero di nuove richieste di trattamento per il consumo di cannabis potrebbe attualmente stabilizzarsi, dopo essere aumentato costantemente per diversi anni, anche se rimane poco chiaro quanto ciò rifletta i modelli di consumo o la capacità dei servizi. Attualmente, il migliore indicatore comportamentale del consumo problematico di cannabis è fornito dall'estrapolazione delle stime del numero di consumatori quotidiani della droga. Le tendenze relative al consumo quotidiano sono difficili da valutare, ma i dati disponibili non indicano alcuna riduzione generale. L'OEDT valuta che tra il 2 e il 2,5 % circa dei giovani adulti facciano uso di cannabis quotidianamente o quasi quotidianamente, con livelli molto più elevati riscontrati tra i giovani maschi. Ciò rappresenta una vasta popolazione a rischio ed evidenzia l'esigenza di una migliore comprensione delle necessità di assistenza di questo gruppo.

Eroina e cocaina: nessun segnale di una diminuzione del problema

Vi sono scarsi segnali che lascino intravedere un miglioramento della situazione per quanto riguarda l'uso di eroina e cocaina, le due sostanze al centro del problema del consumo di droga in Europa. Ciò detto, tracciare un quadro chiaro in quest'area è complicato dalla difficoltà di conciliare le informazioni provenienti da

Panoramica: stime del consumo di droga in Europa

Le stime presentate di seguito si riferiscono alla popolazione adulta (fascia di età compresa tra i 15 e i 64 anni) e si basano sui dati disponibili più recenti. Per l'insieme completo dei dati e delle informazioni sulla metodologia, confrontare il bollettino statistico in allegato.

Cannabis

Prevalenza nel corso della vita: almeno 74 milioni (il 22 % degli adulti europei)

Consumo nell'ultimo anno: circa 22,5 milioni di adulti europei ovvero un terzo dei consumatori nel corso della vita

Consumo nell'ultimo mese: circa 12 milioni di europei

Variazione del consumo dell'ultimo anno da paese a paese: gamma globale dallo 0,4 al 14,6 %

Cocaina

Prevalenza nel corso della vita: circa 13 milioni (il 3,9 % degli adulti europei)

Consumo dell'ultimo anno: 4 milioni di adulti europei ovvero un terzo dei consumatori nel corso della vita

Consumo dell'ultimo mese: circa 1,5 milioni

Variazione del consumo dell'ultimo anno da paese a paese: gamma globale dallo 0,0 al 3,1 %

Ecstasy

Prevalenza nel corso della vita: circa 10 milioni (il 3,1 % degli adulti europei)

Consumo dell'ultimo anno: circa 2,5 milioni oppure un quarto dei consumatori nel corso della vita

Consumo dell'ultimo mese: meno di 1 milione

Variazione del consumo dell'ultimo anno da paese a paese: gamma globale dallo 0,1 al 3,5 %

Amfetamine

Prevalenza nel corso della vita: circa 12 milioni (il 3,5 % di adulti europei)

Consumo dell'ultimo anno: circa 2 milioni ovvero un sesto dei consumatori nel corso della vita

Consumo dell'ultimo mese: meno di 1 milione

Variazione del consumo dell'ultimo anno da paese a paese: gamma globale dallo 0,0 all'1,3 %

Oppiacei

Consumatori problematici di oppiacei: stimati tra l'1,2 e l'1,5 milioni di europei

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

È la sostanza stupefacente principale in oltre il 50 % di tutte le richieste di terapia per droga.

Nel 2007 circa 650 000 consumatori di oppiacei si sono sottoposti al trattamento per problemi correlati al consumo di oppiacei.

indicatori diversi. Questo problema è particolarmente evidente per la cocaina, laddove al calo di produzione stimata si aggiunge, in base ai dati più recenti, il calo della quantità di droga sequestrata all'interno dell'Unione europea e la diminuzione della purezza della sostanza venduta per le strade nella maggior parte dei paesi. Nel Regno Unito, un paese con un vasto mercato di cocaina, i recenti cali di purezza della cocaina sono stati considerevoli. Questi dati potrebbero suggerire una riduzione della disponibilità di cocaina, tuttavia, altre informazioni mettono in dubbio tale conclusione. Il numero di sequestri della sostanza è ancora in aumento, i prezzi sono in calo e appare evidente uno spostamento verso nuove rotte di traffico attraverso l'Europa orientale, che potrebbe avere vanificato gli sforzi compiuti per mantenere il divieto. Il consumo di cocaina in Europa rimane concentrato nei paesi occidentali, dove la tendenza è, in genere, stabile o ancora in aumento. Ciononostante, esistono prove di un'ulteriore diffusione della droga in altri paesi. Anche le richieste di trattamento per problemi correlati alla cocaina sono in crescita. Dalle prove disponibili, si può inferire che i livelli attuali di consumo della sostanza rimangono elevati, non registrano un calo nelle zone in cui il fenomeno è radicato da tempo e continuano a crescere altrove. Vi sono tuttavia segnali che i fornitori possano dover far fronte a difficoltà per soddisfare le esigenze dei consumatori in alcuni dei mercati principali. Sarà interessante verificare se in futuro emergeranno prove più concrete di una diminuzione della disponibilità di questa sostanza dopo le recenti comunicazioni in merito al calo globale della produzione di cocaina.

L'eroina è ancora responsabile della maggior parte dei casi di morbidità e mortalità collegati al consumo di droga in Europa. Il consumo della sostanza è generalmente diminuito a partire dalla seconda metà degli anni novanta, tuttavia, oggi, il quadro appare meno chiaro e in alcune zone desta preoccupazione. Dopo aver registrato un calo considerevole, le nuove richieste di trattamento sono aumentate a partire dal 2002 e un numero significativo di paesi riferisce attualmente una crescita sia nel numero sia nella percentuale di richieste di terapia per problemi connessi al consumo di oppiacei. Inoltre, i decessi correlati al consumo di droga, che sono in larga misura associati al consumo di eroina, non forniscono alcuna indicazione di un possibile ritorno della tendenza al calo come quella osservata prima del 2004. Anche i dati sul numero di reati connessi alla droga e sui sequestri indicano un aumento. Un esiguo numero di paesi riferisce, in maniera preoccupante, che sono stati osservati problemi di eroina tra alcuni giovani e suggerisce che la

sostanza possa essersi diffusa tra le popolazioni più giovani. Nel complesso, è da considerarsi sconcertante il fatto che l'analisi positiva di una tendenza al calo dei problemi correlati all'eroina non sia più sostenibile. E, sebbene non esista alcuna prova di un ritorno a una diffusione epidemica del consumo di eroina come quella verificatasi in passato, esistono problemi sanitari e sociali considerevoli derivanti dal consumo della sostanza. Qualsiasi segnale di un possibile peggioramento della situazione, specialmente ora che l'Europa si trova a dover affrontare un periodo di difficoltà economiche, è fonte di grande preoccupazione.

La poliassunzione di stupefacenti e i problemi concomitanti legati al consumo di alcol sono gli elementi che definiscono attualmente il problema della droga in Europa

Nel campo della prevenzione della droga, si è compreso da tempo che i problemi relativi al consumo della sostanza si affrontano meglio in maniera olistica e nel contesto di stili di vita sani e salutari nonché di scelte informate. Al contrario, il discorso sul consumo della droga è spesso legato specificatamente alla sostanza. È difficile non trarre la conclusione che questa prospettiva monodimensionale si stia rivelando sempre meno utile per la comprensione della natura in costante sviluppo dei modelli di consumo della sostanza in Europa. Gli individui che consumano droga non limitano quasi mai il loro consumo a un'unica sostanza. Oggi, in Europa, i modelli di poliassunzione costituiscono la norma e il consumo combinato di diverse sostanze è responsabile della maggior parte dei problemi a cui si viene confrontati o li complica. Ciò suscita l'esigenza di sviluppare una prospettiva più completa, integrata e multisostanza, al fine di comprendere meglio la situazione e progettare e valutare risposte adeguate. Inoltre, si applica in misura equivalente al mercato della droga. Le azioni mirate alla riduzione dell'offerta di una sostanza stupefacente perdono chiaramente di valore se aprono semplicemente la strada al consumo di una sostanza sostitutiva, che potrebbe persino essere ancora più dannosa.

La relazione annuale di quest'anno è accompagnata da una questione specifica sulla poliassunzione, che esplora l'impatto del consumo concomitante di diverse sostanze stupefacenti sui vari gruppi di consumatori di droga. I risultati sono allarmanti. Tra i giovani, il consumo di più sostanze può aumentare l'insorgere di problemi gravi e si prevede che possa portare allo sviluppo del consumo cronico di stupefacenti più avanti negli anni. Tra i consumatori regolari di droga più adulti, la poliassunzione costituisce il motivo principale che porta all'overdose, complica la terapia per problemi correlati al consumo di

droga ed è associata alla violenza e ai reati. Anche la scelta di sostanze stupefacenti disponibili per i consumatori è in crescita in Europa. Nella relazione attuale sono stati osservati: l'aumento di una gamma di sostanze che sfuggono ampiamente al controllo destinate al mercato della cannabis; l'innovazione nella produzione delle droghe sintetiche e la crescente preoccupazione per l'uso scorretto dei farmaci soggetti a prescrizione medica. Inoltre, è stato ampiamente riconosciuto che uno dei fattori che definiscono il problema del consumo di stupefacenti in Europa è l'assunzione concomitante di alcol. Tale fenomeno è osservabile in ogni fascia d'età. Tra gli studenti, i dati più recenti mostrano una forte associazione tra «binge drinking» e consumo di droga. Il «binge drinking» si accompagna spesso al consumo di droga in ambienti ricreativi, aumentando i rischi di risultati negativi presso i giovani. Nell'ambito della popolazione di consumatori cronici di stupefacenti, l'abuso di alcol è così comune che spesso non viene nemmeno menzionato e l'esigenza di trattare la dipendenza da alcol coesistente è diventata una questione di importanza crescente per i centri terapeutici per tossicodipendenti. I problemi correlati al consumo di alcol possono essere particolarmente deleteri per i consumatori di droga che hanno sviluppato la dipendenza da oppiacei perché le loro funzioni epatiche possono essere già state compromesse a causa di infezioni da epatite e il rischio di overdose è elevato.

Innovazione e disponibilità dei precursori: fattori d'interazione che hanno un crescente impatto sul mercato delle droghe sintetiche

L'OEDT sta assistendo a una situazione sempre più complessa e instabile per quanto riguarda la disponibilità e il consumo delle droghe sintetiche in Europa. Il mercato illecito e i suoi fornitori mostrano livelli di innovazione elevati in termini di processi di produzione, nuovi prodotti e opportunità di commercializzazione, oltre a dimostrare una rapida capacità di adattamento alle misure di controllo. Inoltre, la crescente sofisticazione del marketing delle «alternative legali» alle sostanze illecite rappresenta uno sviluppo preoccupante.

Un esempio di volatilità del mercato può essere rintracciata nei recenti sviluppi della disponibilità di ecstasy. Fino al 2007, la maggior parte delle pasticche di ecstasy analizzate in Europa conteneva 3,4-metilendioossimetamfetamina (MDMA) o un'altra sostanza simile all'ecstasy. Tuttavia, i dati iniziali ottenuti dal sistema di allarme rapido dall'inizio del 2009 suggeriscono che potrebbero essersi verificati cambiamenti in alcuni paesi, quali ad esempio Danimarca

e Paesi Bassi. In quasi la metà delle pasticche analizzate in questi paesi, non è stata rilevata la presenza né dell'MDMA né di qualsiasi altra sostanza analoga. Le pillole contenevano invece 1-(3-clorofenil)piperazina (mCPP) sia da sola sia in combinazione con un'altra sostanza psicoattiva. Nonostante non sia elencata nelle convenzioni delle Nazioni Unite, l'mCPP è stata sottoposta a misure di controllo in alcuni Stati membri dell'UE. Le ragioni dell'attuale cambiamento del mercato non sono completamente chiare, tuttavia, una possibile spiegazione potrebbe essere la carenza di 3,4-metilenediossifenil-2-propanone (PMK), uno dei precursori principali per la sintesi dell'MDMA. Non si può ancora affermare con certezza se questo sviluppo sia una digressione temporanea o se indichi una transizione più significativa nell'ambito del mercato dell'ecstasy. Il sistema di allarme rapido dell'UE ha tenuto monitorato l'mCPP dal 2005 mentre l'OEDT e l'Europol seguono da vicino gli sviluppi di questo settore e, nel 2010, redigeranno una relazione congiunta sul mercato.

I cambiamenti del mercato dell'ecstasy possono evidenziare la necessità di sforzi sempre più impegnativi per impedire la diversione dei precursori chimici e tali sforzi possono anche avere effetti importanti sulla disponibilità e sul consumo di altre sostanze. Ad esempio, vi sono segnali che lasciano presupporre la sostituzione dell'anfetamina con la metanfetamina in alcune regioni dell'Europa settentrionale. Anche in questo caso, i fattori di mercato e i precursori chimici appaiono importanti, inoltre i luoghi di produzione della metanfetamina sembrano ora essere ubicati in Lituania, un paese la cui posizione geografica facilita l'importazione di precursori, in questo caso dell'1-fenil-2-propanone (BMK), dall'esterno dell'Unione europea. La situazione nei paesi nordici suscita ulteriore preoccupazione riguardo alla possibile diffusione del consumo di metanfetamina al di fuori della Repubblica ceca. In questo paese, i problemi correlati alla metanfetamina sono di lunga data, tuttavia la produzione rimane in genere limitata, su scala ridotta, e destinata al consumo personale o locale. Numerosi paesi dell'Europa centrale riferiscono attualmente il consumo di metanfetamina e l'Europol comunica che in altre parti d'Europa sono stati scoperti e smantellati alcuni siti di produzione su più vasta scala. Inoltre, sono state riferite prove della rapida crescita del consumo di metanfetamina in alcuni dei paesi che confinano con l'Unione europea. Fino ad oggi, la sostanza non è riuscita ad aprirsi la strada verso i grandi mercati delle sostanze stimolanti dell'Europa occidentale, dove dominano ancora i consumi di cocaina o anfetamina. Ciononostante, considerata la relativa semplicità con cui può essere prodotta la

metanfetamina e il notevole impatto negativo che questa sostanza può avere sulla salute pubblica, non c'è spazio per la compiacenza. La velocità di sviluppo dei problemi è illustrata dalla Slovacchia, che fornisce uno studio del caso di un paese in cui il consumo di metanfetamina è cresciuto in misura significativa.

Internet e marketing: la diffusione della «Spice» lascia presagire problemi per il futuro?

Poche aree della vita contemporanea non sono state trasformate dai progressi della tecnologia informatica e dalle possibilità attualmente offerte da Internet in qualità non solo di fonte di informazioni illimitate ma anche di mercato virtuale per lo scambio di beni e servizi. Pertanto, non desta sorpresa il fatto che questo mezzo abbia ora un impatto nel campo delle sostanze stupefacenti. Quest'anno, l'OEDT ha avviato una prima analisi degli approcci terapeutici via Internet e sembra che per alcune forme di interventi di prevenzione e riduzione del danno, gli approcci basati sul web abbiano un notevole potenziale. Per quanto riguarda gli aspetti meno positivi, esistono apparenti difficoltà per la regolamentazione di questo fenomeno virtuale e globale e Internet può essere utilizzata per promuovere il consumo di sostanze psicoattive. A destare ulteriore preoccupazione oltre alle operazioni di marketing online di alcol e medicinali si è aggiunta anche la comparsa di una gamma di alternative apparentemente «legali» rispetto al consumo delle sostanze psicoattive controllate.

L'OEDT sta attualmente monitorando regolarmente le sostanze psicoattive offerte dai rivenditori online. Questo mercato è cresciuto nel corso degli ultimi anni e include ora un'ampia gamma di prodotti fitoterapeutici, in particolare composti di erbe e prodotti contenenti composti sintetici. Le nuove sostanze che compaiono sul mercato di Internet possono spaziare dalle droghe consumate tradizionalmente in alcune parti del mondo, alle sostanze chimiche sperimentali sintetizzate in laboratorio e non testate sull'uomo. Altre innovazioni comprendono lo sviluppo di diversi marchi e l'uso di confezioni accattivanti. Un esempio significativo di questo fenomeno è rappresentato dai composti di erbe che sono stati commercializzati sotto l'etichetta «Spice».

Sono stati trovati numerosi marchi di «Spice» con diverse confezioni ed elenchi di ingredienti differenti. Le analisi forensi non sono state in grado di rilevare la base di erbe dichiarate sulle etichette ma hanno individuato in alcuni campioni la presenza di cannabinoidi sintetici che sono stati aggiunti ai composti. Queste sostanze non erano incluse negli elenchi degli ingredienti e, pertanto, sono

state consumate senza conoscerne la composizione. I cannabinoidi riscontrati sono composti di ricerca relativamente sconosciuti, alcuni sono estremamente potenti e i loro effetti sugli esseri umani non sono noti.

I tentativi di aggirare i controlli sulle sostanze stupefacenti commercializzando sostituti non regolati non sono nuovi. Ciò che rappresenta una novità è l'ampia gamma di sostanze attualmente in esplorazione, la commercializzazione aggressiva di prodotti che sono stati intenzionalmente etichettati in maniera incorretta, il crescente utilizzo di Internet e la velocità con cui il mercato reagisce alle misure di controllo. La diffusione della «Spice» può anche rappresentare un allarme che

preannuncia problemi in arrivo. L'abilità di chimici sofisticati, spesso ubicati al di fuori delle giurisdizioni europee, nel condurre sintesi organiche economiche, fornisce potenzialmente accesso a un numero considerevole di sostanze psicoattive. Questo può far sì che vengano aggiunti al quadro delle sostanze nuovi interi gruppi chimici, che comprendono numerose sostanze analoghe, che possono essere difficili da rilevare e creano notevoli problemi per le politiche di controllo basate sui singoli composti. Inoltre, poiché alcune di queste sostanze possono essere destinate a usi legittimi o venire commercializzate presumibilmente per scopi legittimi, esse possono rientrare nell'ambito del controllo degli stupefacenti e della regolamentazione del commercio.



Capitolo 1

Misure politiche e legislative

Introduzione

Nel corso dell'ultimo anno sono stati sviluppati due nuovi documenti strategici europei e internazionali in materia di droga. Nel dicembre 2008, l'Unione europea ha rivelato il suo nuovo piano d'azione in materia di lotta contro la droga (2009-2012) a cui ha fatto seguito, alcuni mesi dopo, la nuova dichiarazione politica e il piano d'azione delle Nazioni Unite per contrastare il problema mondiale della droga. In questo capitolo vengono trattati il contenuto dei nuovi documenti strategici in materia di droga e il ruolo delle organizzazioni che rappresentano la società civile nella loro formazione.

I dibattiti politici internazionali hanno incluso discussioni in merito al traffico di droga e nella presente relazione vengono esaminati i recenti sviluppi legislativi nell'ambito delle pene minime inflitte per il traffico di droga in Europa. Anche la riduzione del danno ha rappresentato una questione chiave per il dibattito politico e nel presente capitolo sono trattati anche lo stato giuridico di due importanti interventi in quest'area, lo scambio di aghi e siringhe e la terapia sostitutiva.

Altri argomenti trattati sono la recente adozione e valutazione di strategie nazionali sugli stupefacenti e piani d'azione, i nuovi dati e tendenze della spesa pubblica connessa agli stupefacenti e gli sviluppi riguardanti la ricerca sulla droga in Europa.

Sviluppi politici internazionali e nell'UE

Nuova dichiarazione politica delle Nazioni Unite e piano d'azione

Quest'anno, in occasione di una riunione politica di alto livello durante la sessione della commissione stupefacenti delle Nazioni Unite sono stati adottati una nuova dichiarazione politica e un nuovo piano d'azione delle Nazioni Unite⁽¹⁾. Questo è stato il risultato di un anno di riflessione, nell'ambito di un'analisi decennale dei progressi realizzati nel raggiungimento dei fini e degli obiettivi fissati nel 1998 durante la sessione speciale

dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite (Ungass) sul problema della droga a livello mondiale.

L'Unione europea e i suoi Stati membri hanno svolto un ruolo di primo piano nell'analisi dell'Ungass. La posizione dell'Europa in merito alla politica sulle droghe delle Nazioni Unite emersa dal processo di revisione è stata espressa in un documento di posizione comune redatto dal Consiglio dell'Unione europea. Tale documento ha sottolineato l'importanza della salute pubblica come principio basilare

Mercato globale della droga illegale

I risultati di un nuovo studio finanziato dalla Commissione europea sul mercato globale della droga illegale sono stati presentati durante la sessione 2009 della commissione stupefacenti a Vienna⁽¹⁾. Lo studio non ha individuato alcuna prova della riduzione del problema globale della droga tra il 1998 e il 2007. Per alcune nazioni il problema si è attenuato, ma per altre è peggiorato, in alcuni casi in maniera sostanziale.

Secondo lo studio, i mercati della droga illegale non sono integrati verticalmente o dominati da venditori o cartelli importanti. Mentre si calcola che le vendite di droghe illegali producono più di 100 miliardi di euro, la grande maggioranza delle persone coinvolte nel commercio di droga realizza profitti modesti. Alcuni individui fanno grandi fortune, ma queste rappresentano soltanto una piccola parte del reddito totale.

Lo studio riferisce di una convergenza delle politiche nazionali di lotta alla droga, con una riduzione della domanda, che riceve sempre maggiore attenzione, e una riduzione dei danni, che trova una sempre più ampia accettazione. Sono state inasprite le politiche nei confronti degli spacciatori e dei trafficanti.

Lo studio valuta che l'applicazione del divieto del consumo di droga ha prodotto notevoli danni sostanziali, molti dei quali avrebbero potuto essere previsti (ad esempio il trasferimento geografico della produzione e del traffico).

⁽¹⁾ Commissione europea, «Report on global illicit drug markets, 2009» (relazione sui mercati globali illegali della droga), disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm

⁽¹⁾ Dichiarazione politica e piano d'azione sulla cooperazione internazionale verso una strategia integrata ed equilibrata di lotta contro il problema della droga a livello mondiale.

del sistema di controllo internazionale della droga e la necessità di una coerenza a livello di sistema nel campo degli stupefacenti tra gli organi delle Nazioni Unite (tra cui INCB, UNODC, Unaid, OMS). Ha inoltre auspicato l'inclusione di un insieme di elementi chiave e di priorità nella nuova dichiarazione politica delle Nazioni Unite. Tra questi elementi è compresa la necessità di una politica efficace sulle droghe, integrata ed equilibrata, in cui lo scopo di ridurre la domanda di droga acquisisca un'importanza maggiore e la riduzione del danno sia inclusa a tutti gli effetti. L'UE ha raccomandato che il rispetto delle convenzioni sui diritti umani internazionali, compreso il diritto alla salute, costituisca un elemento fondamentale della nuova politica in materia di droga e che lo sviluppo delle politiche in materia di droga si basi su prove scientifiche. Inoltre, l'UE ha ribadito che per combattere la produzione di droga, il sostegno allo sviluppo alternativo non dovrebbe essere condizionato dalle riduzioni di coltivazioni illecite.

Il contenuto del nuovo documento delle Nazioni Unite è simile alle dichiarazioni originali e ai piani d'azione dell'Ungass concordati nel 1998. Include numerosi degli elementi proposti dall'Unione europea, come si può osservare nel piano d'azione, che esamina i problemi attuali di strategia in materia di droga ed elenca le azioni che gli Stati membri delle Nazioni Unite si sono impegnati a compiere nel corso del prossimo decennio. Tra le azioni e gli obiettivi chiave nell'ambito degli interventi di riduzione della domanda di sostanze stupefacenti si annoverano: maggiore rispetto dei diritti umani, maggiore accessibilità ai servizi e maggiore attenzione rivolta ai gruppi vulnerabili. Inoltre si auspica un maggiore equilibrio nelle politiche in materia di droga, a favore della riduzione della domanda e l'attuazione di interventi fondati sull'esperienza, oltre a meccanismi quali il monitoraggio e l'assicurazione della qualità. Tuttavia, il documento delle Nazioni Unite non riconosce esplicitamente il contributo della riduzione del danno, un approccio che è stato perseguito in Europa basandosi sull'analisi scientifica.

Piani d'azione dell'UE sulle droghe

Nel settembre 2008, la Commissione europea ha pubblicato la sua valutazione finale del piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga per il periodo 2005-2008 ⁽²⁾. La valutazione ha esaminato l'attuazione delle azioni e il raggiungimento degli obiettivi stabiliti nel piano d'azione. Inoltre ha esaminato l'impatto del piano d'azione sulle politiche nazionali in materia di droga degli Stati membri dell'UE e ha osservato le tendenze recenti della situazione della droga in Europa.

La valutazione ha riscontrato che, sebbene non siano state attuate interamente tutte le azioni e non tutti gli obiettivi siano stati raggiunti, in quasi tutte le aree del piano d'azione sono stati realizzati dei progressi. Inoltre, il fatto che la maggior parte dei documenti strategici nazionali in materia di droga contenga obiettivi che riecheggiano quelli del piano d'azione dell'UE è stato ritenuto una prova dell'accresciuta convergenza tra paesi europei nel campo della politica in materia di droga. Si è osservata anche una relativa stabilizzazione della situazione delle droghe in Europa negli ultimi anni, tuttavia non è stato possibile determinare il contributo del piano d'azione dell'UE a tale tendenza.

A livello globale, nonostante alcune carenze operative, si ritiene che il piano d'azione in materia di lotta contro la droga dell'UE abbia apportato valore aggiunto in tre diverse aree: nell'ottenere l'impegno da parte degli Stati membri e delle istituzioni dell'UE in vista del raggiungimento di obiettivi comuni; nel fornire un quadro per il coordinamento e per lo sviluppo di un approccio coerente nel campo della lotta contro la droga e come modello di strategia a livello internazionale.

La valutazione finale del piano d'azione in materia di lotta contro la droga ha ispirato la stesura del suo successore, il piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2009-2012), approvato dal Consiglio europeo nel dicembre 2008 ⁽³⁾. Questo piano d'azione in materia di lotta contro la droga, il quinto a partire dal 1990, è il secondo nell'ambito dell'attuale strategia dell'UE in materia di droga (2005-2012). Il suo obiettivo globale è quello di ridurre in misura significativa la prevalenza del consumo di droga tra la popolazione e di ridurre i danni sociali e sanitari causati dal consumo e dal traffico di sostanze illecite.

Il nuovo piano d'azione dell'UE individua cinque priorità chiave che rispecchiano le sue aree d'azione: migliorare il coordinamento, la cooperazione e sensibilizzare l'opinione pubblica; ridurre la domanda di stupefacenti; ridurre l'offerta di stupefacenti; migliorare la cooperazione internazionale e migliorare la comprensione del problema. Il nuovo piano è più specifico rispetto a quello precedente, e comprende solo circa metà degli obiettivi (24) e un numero minore di azioni (72). Contiene anche obiettivi e azioni non presenti nel piano d'azione precedente ⁽⁴⁾. Un valutatore esterno e indipendente condurrà una valutazione finale della strategia e del piano d'azione attuali in materia di lotta contro la droga nel 2012, alla quale farà seguito un periodo di riflessione al fine di preparare i successivi documenti strategici dell'UE in materia di droga.

⁽²⁾ 13407/08 ADD3 Cordrogue 69 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf>).

⁽³⁾ GU C 326 del 20.12.2008, pag. 7.

⁽⁴⁾ Cfr. «Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2009-2012): nuove caratteristiche», pag. 21.

Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2009-2012): nuove caratteristiche

La partecipazione della società civile alla politica di lotta alla droga riceve ulteriore attenzione nel nuovo piano d'azione contro la droga dell'UE. Attraverso l'istituzione di un'azione europea sulle droghe il piano d'azione mira a stimolare l'impegno della società civile europea riguardo a un'azione sui problemi della droga. Il piano d'azione richiede, inoltre, che gli Stati membri partecipino alla società civile a tutti i livelli adeguati della politica di lotta alla droga.

L'attenzione alla qualità degli interventi negli ambiti della prevenzione, del trattamento, della riduzione dei danni e della riabilitazione è stata rafforzata tramite azioni che richiedono la progettazione e lo scambio di orientamenti, buone prassi e standard di qualità, nonché lo sviluppo di standard di qualità minimi per l'UE o di parametri di riferimento in questi campi. Anche l'ambiente del carcere riceve ulteriore attenzione per quanto riguarda una riduzione della domanda di droga, con azioni che invitano gli Stati membri a fornire servizi per i tossicodipendenti in carcere equivalenti a quelli esistenti fuori dal carcere, ad attuare un'assistenza di follow-up dopo il rilascio dal carcere e a migliorare nel complesso il controllo dei problemi legati alla droga e dei servizi ai tossicodipendenti in questo contesto.

La maggior parte delle azioni relative alla riduzione dell'offerta mirano a migliorare l'applicazione della legge e la cooperazione giudiziaria tra gli Stati membri, spesso attraverso un maggiore impiego degli organi, dei progetti e degli strumenti dell'Unione europea. La riduzione della deviazione e del traffico dei precursori della droga all'interno dell'Europa e attraverso di essa è oggetto di sette azioni diverse, con un centro operativo ben funzionante.

Nell'ambito della cooperazione internazionale viene attribuita maggiore enfasi allo sviluppo alternativo, con tre azioni che richiedono un sostegno finanziario e politico intensificato per tali programmi. Inoltre, si desidera rispecchiare meglio negli accordi e nei programmi esterni l'approccio bilanciato tra riduzione della domanda e dell'offerta.

Per quanto riguarda le informazioni, la ricerca e la valutazione, una nuova azione richiede lo sviluppo di indicatori chiave e di strategie di raccolta dei dati sui reati connessi alla droga, sulla coltivazione illegale, sui mercati della droga e sugli interventi di riduzione della fornitura. Inoltre, viene messo ulteriormente in evidenza il rafforzamento della ricerca nel campo delle droghe e lo sviluppo di una valutazione della politica di lotta alla droga sia a livello nazionale che comunitario.

Società civile ed elaborazione della politica antidroga dell'UE

Il coinvolgimento delle organizzazioni non governative (ONG) nelle discussioni preparatorie per i nuovi documenti strategici in materia di droga dell'UE e delle Nazioni Unite rappresenta un passo importante per l'impegno della società civile in questo settore politico. Nel maggio 2008, il forum della società civile sulla droga della Commissione europea ha discusso i primi risultati della valutazione del piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2005-2008) nonché le esigenze e i possibili contenuti del successivo piano d'azione (Commissione europea, 2008a). Le 26 ONG partecipanti al forum hanno suggerito che i principi della salute pubblica e dei diritti umani dovrebbero essere al centro della politica sulle droghe dell'UE e che dovrebbero essere sottolineate la non-stigmatizzazione e la non-discriminazione. Inoltre hanno chiesto che fosse dedicata più attenzione a gruppi vulnerabili, poliassunzione, problemi di salute mentale, situazione nelle carceri e prevenzione dei decessi correlati alla droga. Tra le priorità d'azione individuate dal forum si annoverano il miglioramento del coordinamento tra governi e società civile, lo sviluppo di standard di qualità nella riduzione della domanda di droga, meccanismi di raccolta dei dati migliorati e sostegno allo sviluppo alternativo nei paesi terzi.

Il contributo delle ONG ai progressi ottenuti nel raggiungimento degli obiettivi fissati in occasione dell'Ungass 1998 è stato esaminato dal comitato delle ONG di Vienna sui narcotici, con il sostegno finanziario della Commissione europea e di alcuni Stati membri. Il processo «Oltre il 2008» era basato su nove consultazioni regionali il cui culmine è stato il forum di Vienna del luglio 2008. La dichiarazione finale e le risoluzioni adottate dal forum hanno sottolineato le molteplici attività delle ONG e il loro crescente ruolo nell'ambito della politica in materia di droga ⁽⁵⁾. Le ONG hanno esortato i governi e le organizzazioni governative e internazionali a consultarli regolarmente e a fornire loro maggiore sostegno. Tra i numerosi e svariati appelli rivolti agli Stati membri e alle organizzazioni internazionali, possono essere identificati alcuni temi, tra cui: una politica in materia di droga esauriente ed equilibrata basata su diritti umani, salute pubblica e prove scientifiche; maggiore monitoraggio e capacità di valutazione; sviluppo e diffusione delle migliori prassi e, in particolare, dei principi guida delle Nazioni Unite per un trattamento efficace; accessibilità e fornitura adeguata di narcotici in qualità di antidolorifici; sanzioni alternative e disposizioni per i reati correlati alla droga e rispetto dei diritti umani dei detenuti o delle persone in custodia per reati correlati alla droga.

⁽⁵⁾ http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56

Piani d'azione e strategie nazionali in materia di droga

Nuovi sviluppi

I piani d'azione e le strategie in materia di droga sono ora strumenti essenziali delle politiche nazionali sulle droghe in Europa. Tutti i 30 paesi monitorati dall'OEDT tranne uno hanno adottato tali documenti e li rinnovano periodicamente.

Nel 2008, Grecia, Francia e Regno Unito hanno adottato nuovi documenti strategici in materia di droga ⁽⁶⁾. La Grecia ha adottato un piano d'azione (2008-2012) per integrare la sua strategia in materia di lotta contro la droga esistente. Tra gli obiettivi del nuovo piano è compresa una migliore erogazione del trattamento della tossicodipendenza. Il nuovo piano d'azione francese (2008-2011) copre le sostanze illecite, l'alcool e il tabacco. Una priorità chiave del piano è quella di dissuadere i giovani fin dall'inizio a utilizzare le droghe ribadendo la proibizione del consumo di sostanze stupefacenti e informando i giovani e i loro genitori sui rischi correlati al consumo di tali sostanze. La nuova strategia in materia di droga (2008-2018) e il relativo piano d'azione (2008-2011) adottati dal Regno Unito mirano a limitare l'offerta di sostanze illecite e a ridurre la domanda, rivolgendo un'attenzione particolare alla protezione delle famiglie e al rafforzamento delle comunità.

I documenti strategici nazionali in materia di droga di altri dieci Stati membri dell'UE scadevano nel 2008. La Spagna ha adottato una nuova strategia in materia di droga nel febbraio 2009 e otto altri paesi (Bulgaria, Irlanda, Italia, Lituania, Cipro, Portogallo, Romania, Slovacchia) stavano finalizzando e adottando nuovi piani d'azione e strategie in materia di droga nella prima metà del 2009; la Lettonia ha esteso il suo programma 2005-2008 con un piano d'azione di un anno. Anche i Paesi Bassi pianificano di sostituire il loro libro bianco di politica in materia di droga del 1995 nel 2009, mentre almeno uno dei documenti strategici di alcuni paesi scadrà quest'anno alla fine del presente semestre (Repubblica ceca, Lussemburgo, Ungheria, Slovenia, Croazia, Turchia).

Valutazione

Circa due terzi dei paesi europei riferiscono di produrre una revisione in corso di svolgimento o annuale dell'attuazione delle azioni esposte nei loro documenti strategici nazionali in materia di droga. Nella maggior parte dei casi, viene presentata al governo o al

parlamento una relazione basata sui dati raccolti dai fornitori di servizi e dai ministeri coinvolti nella politica in materia di lotta contro la droga. La maggior parte dei paesi ha pertanto già iniziato ad attuare l'azione 70 del piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2009-2012), che fa appello agli Stati membri dell'UE per valutare e affinare le rispettive politiche nazionali di lotta contro la droga su una base regolare o in corso di svolgimento.

Una valutazione simile può essere effettuata riguardo alla valutazione finale dei piani d'azione e delle strategie nazionali in materia di droga, con oltre 20 paesi che riferiscono di essere attualmente impegnati a preparare tale valutazione o di averla appena conclusa. In alcuni casi, la relazione finale è una sintesi delle revisioni di attuazione annuali; in altri, si assiste a un tentativo di giungere a una migliore comprensione del processo di attuazione, dell'efficacia o dell'impatto della politica. Due tra i paesi che hanno adottato un approccio più in profondità nei confronti della valutazione (Lussemburgo e Cipro) hanno deciso di collaborare con valutatori esterni internazionali.

Le valutazioni sulla politica in materia di lotta contro la droga si trovano confrontate a notevoli difficoltà nei loro tentativi di collegare i risultati dei piani d'azione e delle strategie in materia di droga con i cambiamenti della situazione delle droghe. Tra questi sono da includere i problemi di valutazione degli effetti di vasti insiemi di azioni e la comprensione limitata dell'influenza degli elementi contestuali chiave, quali i mercati delle droghe o le tendenze nel consumo di sostanze stupefacenti e gli stili di vita tra i giovani. Tuttavia, alcuni paesi europei hanno fatto tentativi per stabilire collegamenti tra i piani d'azione e le strategie in materia di droga e gli indicatori della situazione della droga e ciò dovrebbe diventare più comune in futuro, dato che anche il nuovo piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2009-2012) auspica lo sviluppo di strumenti per misurare l'efficacia e l'impatto delle politiche in materia di lotta contro la droga. L'OEDT sta anche sviluppando linee guida per aiutare gli Stati membri a valutare e interpretare i risultati dei loro documenti strategici in materia di droga.

Spesa pubblica

Ai responsabili delle decisioni politiche occorrono informazioni dettagliate e affidabili sulla spesa pubblica nel campo della droga al fine di valutare l'assegnazione effettiva delle risorse in quest'area e, in ultima analisi, i

⁽⁶⁾ Il termine «documento strategico nazionale in materia di droga» fa riferimento a qualsiasi documento ufficiale approvato da un governo che definisce i principi generali e gli interventi specifici o gli obiettivi nel campo delle droghe, laddove ufficialmente rappresentato come una strategia in materia di droga, un piano d'azione, un programma o un altro documento strategico.

rapporti costo-beneficio della politica in materia di lotta contro la droga. La stima in termini economici delle risorse impiegate dallo Stato in risposta all'uso di sostanze illecite rappresenta pertanto un passo essenziale verso la comprensione dell'impatto del consumo di droga su più ampia scala.

Le stime della spesa pubblica si basano sui bilanci del governo e sui documenti contabili ufficiali. Tuttavia, stimare la spesa totale sostenuta per l'attuazione della politica nazionale in materia di droga è difficile, dato che ciò implica riunire le cifre per le attività eseguite a diversi livelli di governo (ad esempio, locale, regionale, nazionale), che possono essere finanziate sulla base di varie linee di bilancio e spesso non sono identificate in maniera specifica come correlate alle droghe.

Per il 2005, le stime della spesa pubblica totale nel campo della droga in Europa sono state di 34 miliardi di euro (OEDT, 2008a). A causa degli elevati livelli di segnalazione inadeguata non è possibile aggiornare tali stime. Le difficoltà riscontrate nella raccolta di informazioni in quest'area sono illustrate dal fatto che tra i 23 paesi che hanno segnalato i dati per il 2007, solo la Repubblica ceca è stata in grado di fornire una distinta delle spese a tutti i livelli di governo. La maggior parte dei paesi ha potuto fornire informazioni sulla spesa del governo centrale e sette paesi hanno riferito dati sulle spese suddivise per governo regionale o locale (Belgio, Danimarca, Estonia, Austria, Finlandia, Croazia) o sulle spese sostenute dai fondi assistenziali (Germania).

Spesa classificata e non classificata

La spesa classificata è la spesa pubblica pianificata correlata alla lotta contro la droga sostenuta dal governo

generale dello Stato. Rispecchia l'impegno volontario dello Stato nel campo delle droghe e può essere rintracciata tramite una revisione dettagliata dei bilanci pubblici. Dei 23 paesi che hanno fornito i dati per il 2007, 16 hanno riferito solo la spesa classificata. In numerosi casi (ad esempio, Estonia, Francia, Polonia, Romania), la maggior parte della spesa classificata identificata è stata sostenuta per l'attuazione dei documenti strategici nazionali in materia di droga.

Non tutta la spesa correlata alla droga è identificata come tale nei bilanci nazionali. Nella maggior parte dei paesi, l'importo speso in alcune attività correlate alla droga è incorporato in altri programmi e interventi (ad esempio, bilancio globale delle operazioni di polizia o interventi diretti sia contro le sostanze lecite che illecite). In questi casi, tali «spese non classificate» devono essere stimate mediante un approccio di modellazione dei costi. I risultati degli studi precedenti mostrano che, nella quasi totalità dei casi, le spese non classificate rappresentano la maggior parte delle spese nazionali relative al problema della droga.

La spesa pubblica correlata alle droghe può essere ordinata in base al sistema di classificazione delle funzioni di governo (COFOG) (OEDT, 2008e). Tre paesi hanno presentato spese classificate incluse nel primo livello del COFOG (Lussemburgo, Finlandia, Regno Unito solo per l'Inghilterra) e solo il Regno Unito ha incluso cifre per i «servizi pubblici generali», «istruzione» e «protezione sociale» (?). In questi tre paesi, la percentuale di esborso totale più elevata è stata destinata alla «salute», seguita da «ordine pubblico e sicurezza» (tabella 1). Al contrario, per i paesi che forniscono i dati del COFOG per la spesa non classificata, la maggior parte della spesa è stata allocata a «ordine pubblico e

Tabella 1: spesa pubblica classificata e non classificata come correlata alla droga nel 2007 per gli Stati membri dell'UE riferita per COFOG (classificazione delle funzioni delle amministrazioni pubbliche)

| Categoria di COFOG | Lussemburgo milioni di euro (%) | | Finlandia ⁽¹⁾ milioni di euro (%) | | Regno Unito milioni di euro (%) |
|-----------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---|------------------|------------------------------------|
| | Classificata | Non classificata ⁽²⁾ | Classificata | Non classificata | Classificata |
| Servizi pubblici generali | – | – | – | – | 50,4 (3,6) |
| Ordine pubblico e sicurezza | 4,7 (37,6) | 15,1 (70,2) | – | 62,3 (82,2) | 358,9 (27,2) |
| Salute | 7,8 (62,4) | 6,4 (29,8) | 14,3 (100) | 3,8 (5,0) | 958,2 (68,8) |
| Istruzione | – | – | – | 9,7 (12,8) | 15,2 (1,1) |
| Protezione sociale | – | – | – | – | 10,5 (0,8) |

⁽¹⁾ Dati del 2006.

⁽²⁾ I dettagli completi delle procedure di adattamento utilizzati per ricavare le stime della spesa non classificata sono forniti dal Lussemburgo.

Fonti: relazioni nazionali Reitox (2008).

(?) La classificazione COFOG comprende tre livelli gerarchici. Al primo livello, la spesa del governo è suddivisa in dieci funzioni.

sicurezza», seguita da «salute». Ciò è in linea con i risultati delle relazioni precedenti (cfr. OEDT, 2008e), i quali suggeriscono che, mentre la più ampia proporzione di spesa classificata può essere allocata agli interventi in materia di «salute», le attività di «ordine pubblico e sicurezza» ricevono la parte più consistente della spesa pubblica sulla droga.

Tendenze

Per la maggior parte dei paesi per i quali sono disponibili informazioni uniformi, la spesa classificata, a prezzi costanti, è aumentata nel 2007 rispetto al 2005. Gli incrementi spaziano dal 14 al 23 % (Repubblica ceca, Irlanda, Lituania, Lussemburgo, Croazia) e al 72 % (Cipro, Finlandia). Nel Regno Unito, la spesa classificata è rimasta stabile nell'arco di questo periodo.

Legislazione nazionale

L'approccio equilibrato dell'Unione europea alle politiche in materia di droga attribuisce pari peso alla riduzione della domanda e dell'offerta di sostanze stupefacenti. Un esame della legislazione nazionale condotto durante gli ultimi dieci anni mostra che gli Stati membri dell'UE hanno elaborato attivamente regolamentazioni in maniera coerenti con tale impegno politico. I paesi hanno istituito quadri di regolamentazione per alcune attività di riduzione del danno, aumentando al contempo le pene per il traffico di droga. A metà del periodo, due strumenti dell'UE hanno dato impulso a questi processi. Nel 2003, il Consiglio europeo ha emesso una raccomandazione sulla prevenzione e riduzione del danno correlato alla droga, che ha fatto appello ad azioni tra cui l'erogazione di una terapia sostitutiva adeguata e l'accesso alla distribuzione e allo scambio dei materiali di iniezione⁽⁸⁾. La decisione quadro 2004/757/GAI del Consiglio del 25 ottobre 2004 ha auspicato pene più severe per il traffico di sostanze illecite. Questa sezione descrive le tendenze nell'arco degli ultimi dieci anni nella regolamentazione delle attività di riduzione del danno e pene nei confronti dei trafficanti. Verrà mostrato che l'attività in queste aree a livello nazionale si è riflessa negli accordi a livello dell'UE, sebbene alcuni paesi abbiano esercitato i propri diritti per superare le norme minime fissate da tali accordi.

Trattamento con terapia sostitutiva per oppiacei

A partire dal 1998, 18 paesi hanno riferito l'esistenza di circa 45 testi legali relativi all'istituzione di un quadro legale o alle modifiche da apportare allo stesso nell'ambito dei programmi di terapia sostitutiva. Alcuni di

questi testi si prefiggono lo scopo di stabilire o regolamentare i programmi nel dettaglio: in Irlanda (1998), Polonia (1999), Germania (2000), Repubblica ceca e Portogallo (2001), Grecia e Lussemburgo (2002), Belgio e Francia (2004), Lettonia (2005) e Austria e Lituania (2007).

I paesi europei hanno affrontato numerosi aspetti diversi della terapia sostitutiva per oppiacei nelle leggi e nei regolamenti adottati, tuttavia fino al 2004 la tendenza era quella di definire le sostanze consentite. Durante questo periodo, circa un quarto dei testi autorizzava o regolava l'uso di sostanze quali il metadone e la buprenorfina mentre, al contrario, un terzo, di quelli citati a partire dal 2002, definivano o agevolavano l'accesso ai programmi. Talvolta la prescrizione delle sostanze per la terapia sostitutiva per oppiacei è limitata per legge ai medici che operano nei centri terapeutici, tuttavia, spesso, è consentita la prescrizione di altri medici⁽⁹⁾. In genere, la legislazione specifica le strutture autorizzate alla distribuzione, per la maggior parte farmacie o centri terapeutici, sebbene alcuni paesi la consentano anche ai medici.

Programmi di scambio di aghi e siringhe

I programmi di scambio di aghi e siringhe possono operare a livello locale, regionale o nazionale, talvolta nell'ambito di un quadro legale nazionale specifico che ne consenta l'attuazione, tuttavia in genere senza che ciò sia strettamente necessario. Le leggi in vigore in Europa agli inizi dell'ultimo decennio miravano in larga misura a fornire una base legale per tali interventi (Slovenia nel 1999, Polonia nel 2001, Finlandia nel 2003) oppure a definire o agevolare i diritti d'accesso ai programmi di scambio di aghi e siringhe (Belgio e Francia nel 1998, Finlandia nel 2003). Il nucleo centrale della legislazione è passato alla regolazione di questi programmi, con Belgio, Portogallo e Lussemburgo impegnati ad approvare leggi o decreti specifici e dettagliati nel 2000, 2001 e 2003 rispettivamente per stabilire chi poteva attuare tali regimi e se consentire o meno i distributori. In Portogallo, il quadro normativo è stato ampliato nel 2007 per includere i programmi di scambio di aghi e siringhe nelle prigioni.

Alcuni paesi hanno adottato una legislazione in grado di risolvere la questione se i programmi di scambio di aghi e siringhe potessero essere in conflitto con le disposizioni legali intese a criminalizzare il «favoreggiamento» o l'«incitamento» all'uso di droghe. In Belgio e in Germania, questa questione è stata trattata con una clausola di legge che esenta in modo specifico alcuni programmi da tale reato, tuttavia potrebbero essere applicati dei limiti sul

⁽⁸⁾ Raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 (GU L 165 del 3.7.2003, pag. 31).

⁽⁹⁾ Cfr. il grafico 11, pag. 85.

numero di siringhe erogate. In alcuni paesi, vengono fornite linee guida alla polizia o sono stabilite pratiche di attuazione della legge appropriate in prossimità dei distributori di aghi e siringhe. In genere, la confisca di aghi o siringhe sterili da parte della polizia è considerata rara nel territorio dell'Unione europea.

Pene per il traffico di sostanze stupefacenti

Nel corso degli ultimi dieci anni, gli Stati membri dell'UE hanno indicato sia individualmente che collettivamente che i reati per traffico di droga dovrebbero essere puniti più severamente, anche se le offese stesse sono definite in modo diverso nelle leggi di circa 30 paesi. I reati per «traffico» possono includere produzione o coltivazione, importazione ed esportazione, trasporto, offerta, vendita e/o detenzione, con l'intento di spaccio o di offerta o il concetto di agire «a scopo di lucro» o «su base commerciale».

Nel periodo 1999-2004, sei paesi hanno adottato leggi per aumentare le pene per alcuni reati legati al traffico di droga. Nel 1999, l'Irlanda ha creato il nuovo reato di detenzione di un'elevata quantità di droghe (per un valore superiore a 12 700 euro) con l'intenzione di rivenderla, che comporta una pena minima obbligatoria di dieci anni di reclusione. Nel 2000, il Regno Unito ha introdotto una pena minima di sette anni di reclusione per un terzo giudizio di colpevolezza per traffico di droghe di classe A e nel 2001 la Grecia ha reso più severa la legislazione sui giudizi di colpevolezza dei trafficanti, limitando i loro diritti al rilascio con la condizionale. Le modifiche al codice penale dell'Estonia, nel 2002 e 2004, hanno aumentato le pene massime per i trafficanti di piccoli quantitativi di droga da tre a cinque anni e da cinque a dieci anni per i trafficanti di grandi quantitativi. In Danimarca, le pene per traffico sono state aumentate da sei a dieci anni e, per il traffico di grandi quantitativi o di sostanze particolarmente pericolose, da dieci a 16 anni. Sempre nel 2004, la Lituania ha aumentato le pene per i reati base in materia di traffico di droga da un massimo di due anni a un periodo compreso tra due e otto anni, e, per grandi quantitativi, da una reclusione tra due e otto anni a una reclusione tra otto e dieci anni.

Nell'ottobre 2004, la decisione quadro 2004/757/GAI del Consiglio ha fissato le norme minime relative agli elementi costitutivi dei reati e alle sanzioni applicabili in materia di traffico illecito di stupefacenti. Da allora, altri quattro paesi hanno approvato leggi per stabilire sanzioni per i reati base in materia di traffico di droga in linea con la decisione. Nel 2006, i Paesi Bassi hanno aumentato la

Banca dati giuridica europea sulle sostanze stupefacenti

La Banca dati giuridica europea sulle sostanze stupefacenti (ELDD) è la banca dati di informazioni online dell'OEDT sulla legislazione europea correlata alla droga per gli Stati membri e la Norvegia. L'ELDD fornisce testi legali nei loro formati originali, profili delle leggi sulla droga in ciascun paese e relazioni dettagliate su temi specifici. Nella panoramica degli argomenti fornisce anche sintesi della posizione legale su alcuni temi, tra cui il traffico illegale di droga, la terapia sostitutiva e i programmi di scambio di aghi e siringhe (1).

(1) Rassegna degli argomenti dell'ELDD:
<http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>

pena massima per il traffico di ingenti quantità di droga da quattro a sei anni, mentre la Polonia ha aumentato le pene per la detenzione di grandi quantitativi e lo spaccio ai minori da un minimo di cinque anni a un massimo di otto anni, istituendo, inoltre, un periodo minimo di reclusione di sei mesi. In Slovacchia, la pena di base per traffico è stata aumentata da una reclusione compresa tra due e otto anni a una reclusione compresa tra quattro e dieci anni, e la pena massima per quantitativi maggiori è stata fissata tra i dieci e i 15 anni o persino a 20 anni. Infine, in Austria, la pena massima per la vendita di narcotici ad altre persone o la coltivazione di alcune piante narcotiche è aumentata nel 2007 da sei a 12 mesi di detenzione. Le sanzioni per reati più gravi non sono state modificate, tuttavia la definizione di grande quantità è stata ridotta da 25 a 15 volte la quantità di soglia.

Ricerca sulle droghe

La ricerca sul problema delle droghe condotta in ciascun paese europeo è stata pubblicata dall'OEDT nel 2008 in una questione specifica (10). Quest'anno, i riferimenti alla ricerca nazionale nelle ultime relazioni Reitox sono stati analizzati per fornire un punto di osservazione sulla ricerca recentemente condotta nei paesi europei. Questa stessa sezione comprende anche uno studio relativo alla ricerca sulla droga nell'UE pubblicato quest'anno dalla Commissione europea.

Progetti di ricerca negli Stati membri

Nelle ultime relazioni nazionali Reitox, i paesi europei riferiscono di avere intrapreso oltre 350 progetti di ricerca condotti o pubblicati nel 2007 e 2008. Il Regno Unito ha segnalato il maggior numero di progetti di ricerca, più

(10) Ulteriori informazioni relative alla ricerca nazionale e dell'UE sulla droga sono disponibili all'indirizzo <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>

di 80, seguito da Germania e Paesi Bassi, con oltre 30 ciascuno e Repubblica ceca, Irlanda e Finlandia con più di 20.

Oltre un terzo degli studi recenti riguarda la ricerca sulle riposte relative alla situazione della droga, mentre un altro terzo si è concentrato su prevalenza, incidenza e modelli del consumo di sostanze stupefacenti e un quinto sulle conseguenze di tale consumo. Tra gli argomenti che sembrano attirare in misura molto minore l'attenzione della ricerca si annoverano: studi sui determinanti e sui fattori di rischio e di protezione, meccanismi ed effetti della droga, offerta e mercati e questioni metodologiche.

Nonostante l'obiettivo limitato dell'analisi, i dati forniscono sostegno agli appelli per un nuovo piano d'azione dell'UE allo scopo di intensificare l'impegno di ricerca in queste aree prioritarie che non sono sufficientemente rappresentate, in particolare l'offerta di sostanze illecite.

Analisi della ricerca sulle droghe nell'Unione europea

L'offerta di droga è compresa anche tra le aree individuate come sottorappresentate nella ricerca attuale da uno studio condotto per conto della Commissione

europea intitolato «Analisi comparativa approfondita della ricerca sulle sostanze illecite nell'Unione europea». La relazione ha osservato che la prevenzione, i quadri giuridici e l'interdizione costituiscono altri campi oggetto di minore ricerca in maniera sproporzionata, mentre è stato appurato che la ricerca sugli argomenti epidemiologici è più comune ⁽¹⁾. Lo studio ha riscontrato che, sebbene negli Stati membri sia presente un'esperienza esauriente, sarebbe necessario perseguire una migliore comparabilità dei dati tra paesi e una maggiore visibilità della ricerca.

È stato osservato che la partecipazione alle attività di ricerca europee varia in misura significativa tra i diversi paesi, e la maggior parte della cooperazione internazionale si verifica su base informale. Tuttavia, lo studio enfatizza che la ricerca correlata alla droga può essere agevolata tramite reti europee e internazionali di ricercatori. La capacità di ricerca, la qualità globale e la disponibilità di fondi variano notevolmente nell'UE, ed esiste un'esigenza considerevole di creazione di capacità e di finanziamenti per coprire una più ampia gamma di aree politiche collegate con il piano d'azione dell'UE.

⁽¹⁾ Cfr. http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm



Capitolo 2

La risposta ai problemi della droga in Europa: panoramica

Introduzione

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

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

Prevenzione

Le attività di prevenzione della droga possono essere suddivise in più strategie o su più livelli, che vanno dall'essere rivolte alla società nel suo complesso (prevenzione ambientale) al concentrarsi sugli individui a rischio (prevenzione indicata), e che idealmente non si ostacolano, ma si integrano a vicenda. La panoramica seguente si concentra sui recenti sviluppi e sui nuovi risultati segnalati degli studi controllati nel campo della prevenzione.

Prevenzione universale

La prevenzione universale riguarda popolazioni intere. Mira a fungere da deterrente o a ritardare l'inizio del consumo di sostanze stupefacenti e l'insorgere di problemi correlati alla droga fornendo ai giovani le informazioni e le capacità necessarie per evitarne il consumo. Le misure di prevenzione intraprese in Europa sono ora, per la prima volta, sistematicamente monitorate dalla

maggioranza degli Stati membri. Le relazioni più recenti confermano che gli interventi mirati che forniscono informazioni sulle droghe, quali le conferenze una tantum, costituiscono l'approccio principale nella prevenzione universale basata sulla scuola e situata all'interno della comunità in tutti questi paesi. L'efficacia di tale tipo di intervento, tuttavia, non è sostenuta dalle prove disponibili. Ciononostante, gli interventi con fondamenti scientifici migliori, quali i programmi di prevenzione che seguono protocolli standardizzati, sono ora segnalati da paesi aggiuntivi (Repubblica ceca, Cipro, Austria, Polonia, Slovenia, Slovacchia).

Il numero limitato di programmi di prevenzione di comprovata efficacia è stato trattato in Europa dallo studio EUDap (<http://www.eudap.net>). Questo studio, che coinvolge 7 000 studenti di età compresa tra 12 e 14 anni in sette paesi europei, esegue la valutazione di un programma basato su un approccio completo sull'influenza sociale, che riunisce nozioni di vita pratica con istruzione normativa e acquisizione di conoscenze sulle sostanze. Dopo due anni, è stata verificata l'efficacia del programma per la riduzione dell'ubriachezza frequente e del consumo frequente di cannabis.

I risultati dell'EUDap sono influenzati dal genere, e l'efficacia globale del programma è stata misurata solo per quanto riguarda gli effetti sui ragazzi. Non è chiaro se ciò si verifica perché le ragazze sono meno a rischio o se non hanno risposto al programma. Gli effetti dipendenti dal genere sono stati riscontrati anche in uno studio controllato danese su un programma di nozioni di vita pratica. L'effetto maggiore in termini di bullismo e di consumo di alcol nel corso della settimana e del mese precedente è stato riscontrato per le ragazze, mentre per i ragazzi l'effetto maggiore è stato riscontrato per quanto riguarda bere più di cinque bevande alcoliche in un'unica occasione e avere provato a fumare cannabis.

Uno studio controllato condotto a Praga ha messo a confronto un programma basato su una comunità, che includeva una componente di istruzione, approcci che si basano su attività tra pari, nozioni di vita pratica e programmi rivolti ai genitori, con un «programma di

prevenzione minimo» standard nelle scuole (Miovský e al., 2007). Il programma basato sulla comunità è stato più efficace nel ridurre l'uso di alcol e modificare l'atteggiamento nei confronti del consumo della sostanza tra gli studenti di età compresa tra i 13 e i 15 anni, specialmente in alcuni gruppi vulnerabili di bambini, compresi quelli di famiglie monoparentali. Pertanto, è stato suggerito che il programma possiede delle potenzialità per l'uso nella prevenzione selettiva.

Campagne sui mass media specifiche per le sostanze

In Europa sono state sviluppate campagne sui mass media specifiche per le sostanze, riguardanti il consumo di cannabis (Danimarca, Irlanda, Francia, Paesi Bassi, Regno Unito) e, più recentemente, di cocaina (Irlanda, Spagna, Regno Unito).

Quasi tutte queste campagne mettono in guardia circa i pericoli legati al consumo di droga e alcune di esse utilizza tattiche shock. Soltanto due campagne adottano un approccio diverso. La campagna del Regno Unito e della Colombia «Shared responsibility» (responsabilità condivisa) si occupa della responsabilità dei consumatori in merito ai danni ambientali e sociali associati alla produzione di cocaina. La campagna olandese sulla cannabis nel 2006 ha affrontato convinzioni normative con storie di vita reale di giovani proposti come modelli positivi, anziché formulare avvertenze e descriverne l'uso. La sua valutazione ha rilevato che erano state rafforzate le norme sociali negative contro il fumo della cannabis e che non vi sono stati effetti negativi sull'intenzione d'uso e sulle convinzioni normative (Wammes e al., 2007).

Le campagne dei mass media che evidenziano il pericolo del consumo di droga vengono valutate soltanto raramente per i cambiamenti nel comportamento, negli atteggiamenti o nell'intenzione di consumare droghe. Inoltre, sono state espresse preoccupazioni sulla loro scarsa efficacia e sui possibili danni. Ad esempio, una valutazione accurata del risultato della campagna nazionale sulla cannabis negli Stati Uniti non ha rivelato effetti globali. Vi erano, tuttavia, prove che la campagna aveva avuto effetti indesiderati a favore della cannabis e alcuni singoli che non erano stati interessati alla droga in precedenza hanno riferito l'intenzione di consumarla (Hornik e al., 2008). Problemi simili sono stati segnalati nella valutazione della campagna scozzese sulla cocaina «Know the score» (OEDT, 2007a).

L'attività decisionale dei giovani è un processo complesso, fortemente influenzato da interazioni di gruppo e dalla percezione delle norme sociali. Finora, la comunicazione dei mass media sembra non aver risposto efficacemente a questa complessità.

Prevenzione selettiva e indicata

Sia la prevenzione selettiva che quella indicata riconoscono che il consumo problematico della droga è concentrato nei gruppi o negli individui vulnerabili con opportunità sociali e personali limitate (OEDT, 2008c). La prevenzione selettiva interviene con specifici gruppi, famiglie o comunità, laddove le persone, a causa delle loro risorse e dei loro legami sociali limitati, possono essere più inclini a fare ricorso all'uso di droghe o a sviluppare dipendenza. La base empirica per questo approccio è presentata in una nuova sezione del portale Internet delle buone prassi ⁽¹²⁾ dell'OEDT. Lo scopo della prevenzione indicata è identificare i singoli individui affetti da problemi comportamentali o psicologici che si prevede possano evolvere verso un consumo problematico di sostanze più avanti nella vita e sottoporli individualmente a interventi mirati.

Il Belgio e il Lussemburgo hanno citato nuove informazioni sulla prevenzione selettiva rivolta a gruppi etnici. Per i giovani autori di reati, è stata riferita l'esistenza di protocolli di intervento sistematici, dopo avere preso contatto con il sistema giudiziario, solo in Austria, Germania, Catalogna (Spagna) e Lussemburgo, mentre gli altri paesi hanno citato interventi generici o puntuali. Dal 2008, è stato attuato FRED ⁽¹³⁾, un protocollo d'intervento sistematico per giovani autori di reati, con il sostegno dell'UE in dieci Stati membri. Una nuova valutazione del FRED presso 140 strutture tedesche ha mostrato livelli limitati di reiterazione del reato e di assunzione di droga tra i partecipanti.

Solo Germania, Paesi Bassi, Slovacchia e Svezia hanno citato nuovi progetti di prevenzione indicata e tali progetti continuano a essere molto rari in Europa nonostante le informazioni in merito alla loro efficienza (OEDT, 2009b). Gli esempi attuali di progetti di prevenzione indicata in Europa includono il modello di formazione in gestione genitoriale dell'Oregon, che viene adottato nei Paesi Bassi e in Norvegia per i genitori di bambini di età compresa tra i 4 e i 12 anni con disturbi comportamentali distruttivi. Analogamente, il metodo «Komet för föräldrar», utilizzato in quasi il 30 % dei comuni svedesi, è rivolto ai genitori di bambini che presentano problemi comportamentali di esternalizzazione associati a difficoltà nello stabilire relazioni positive su base paritaria. Uno studio controllato randomizzato che ha coinvolto 159 famiglie ha mostrato un miglioramento significativo delle competenze genitoriali tra i genitori partecipanti e ha ridotto i problemi comportamentali dei loro figli.

⁽¹²⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>

⁽¹³⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english/

Trattamento

Nel 2007 hanno fatto richiesta di entrare in terapia circa 400 000 consumatori di droga ⁽¹⁴⁾ di cui meno della metà hanno iniziato la terapia per la prima volta. Nel complesso, per la stragrande maggioranza di domande di trattamento (86 %) l'erogazione del trattamento avveniva in centri terapeutici ambulatoriali. Questa percentuale è cresciuta negli ultimi anni per varie ragioni, inclusa l'accresciuta disponibilità e diversificazione di centri terapeutici ambulatoriali specializzati.

In Europa, le principali modalità utilizzate per il trattamento dei problemi della droga sono gli interventi psicosociali, la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei e la disintossicazione. Gli interventi psicosociali offrono sostegno ai consumatori che tentano di gestire e risolvere i loro problemi di droga. Questi interventi includono consulenza, arricchimento motivazionale, terapia cognitiva comportamentale, gestione del caso, terapia familiare e di gruppo e prevenzione delle ricadute. Gli interventi psicosociali costituiscono il fondamento del trattamento presso i centri terapeutici ambulatoriali e ospedalieri nella comunità, inoltre, in genere integrano il trattamento di sostituzione degli oppiacei. La disintossicazione dalla droga è un intervento a breve termine, sotto supervisione medica che mira a risolvere i sintomi dell'astinenza associati all'uso cronico di droga. In genere è erogata in regime ospedaliero. Le dimensioni relative delle diverse modalità di trattamento in ciascun paese sono influenzate da vari fattori, tra cui l'organizzazione del sistema sanitario nazionale.

Trattamento ambulatoriale

Storicamente, i servizi di trattamento per la dipendenza da droga sono stati erogati in ampia misura presso strutture ospedaliere e la maggior parte dei pazienti erano consumatori di eroina. Questa situazione è cambiata negli anni ottanta e novanta con la rapida espansione del trattamento ambulatoriale, e, in tempi più recenti, con l'incremento del numero di consumatori di cannabis e di cocaina che chiedono di essere curati. Inoltre, i problemi con le sostanze lícite o i farmaci soggetti a prescrizione medica sono diventati più comuni.

Nel 2007, gli oppiacei hanno continuato a essere la droga principale citata dai consumatori che hanno iniziato il trattamento presso strutture ambulatoriali, in particolare l'eroina, consumata dal 54 % dei pazienti, seguita da cannabis (21 %) e cocaina (18 %). In alcuni

paesi è stato osservato un aumento della percentuale di pazienti che hanno iniziato il trattamento per problemi con droghe diverse dagli oppiacei, specialmente tra i nuovi pazienti (cfr. capitoli 3 e 5).

I consumatori di droga che hanno iniziato il trattamento presso le strutture ambulatoriali sono prevalentemente giovani di sesso maschile, con un'età media di 31 anni, e i maschi sono in numero quattro volte maggiore rispetto alle femmine (3,7:1). L'età e il profilo sessuale dei pazienti in terapia varia in base alla droga primaria. I consumatori di cannabis in media sono molto più giovani (25) rispetto ai consumatori di oppiacei (32) e di cocaina (33). Indipendentemente dalla droga primaria, l'età media dei pazienti che iniziano il trattamento per la prima volta è inferiore di due anni rispetto a quella di tutti gli altri pazienti. Il rapporto uomo-donna è superiore alla media per i consumatori di cocaina (5,1:1) e cannabis (5,5:1) ⁽¹⁵⁾.

La maggior parte dei pazienti in trattamento ambulatoriale per curare la dipendenza ha optato spontaneamente per il trattamento, questa modalità è comune in circa un terzo dei casi, mentre circa un quarto dei soggetti viene affidato alle cure sanitarie dalle autorità giudiziarie e la parte restante giunge al trattamento attraverso i servizi sociali e sanitari o tramite reti informali, inclusi famiglia e amici. Solo raramente i tossicodipendenti vengono indirizzati al trattamento terapeutico da ospedali e altre fonti mediche, tranne in Finlandia, dove ciò si verifica per il 25 % di pazienti. Anche l'Ungheria rappresenta un'eccezione, con oltre il 70 % di pazienti affidato alle cure sanitarie dalle autorità giudiziarie ⁽¹⁶⁾. Vale la pena notare che il codice penale ungherese prevede che «non venga applicata alcuna pena per la detenzione di piccole quantità di droga nel caso di un tossicodipendente che dimostri di avere optato spontaneamente per il trattamento per curare la dipendenza».

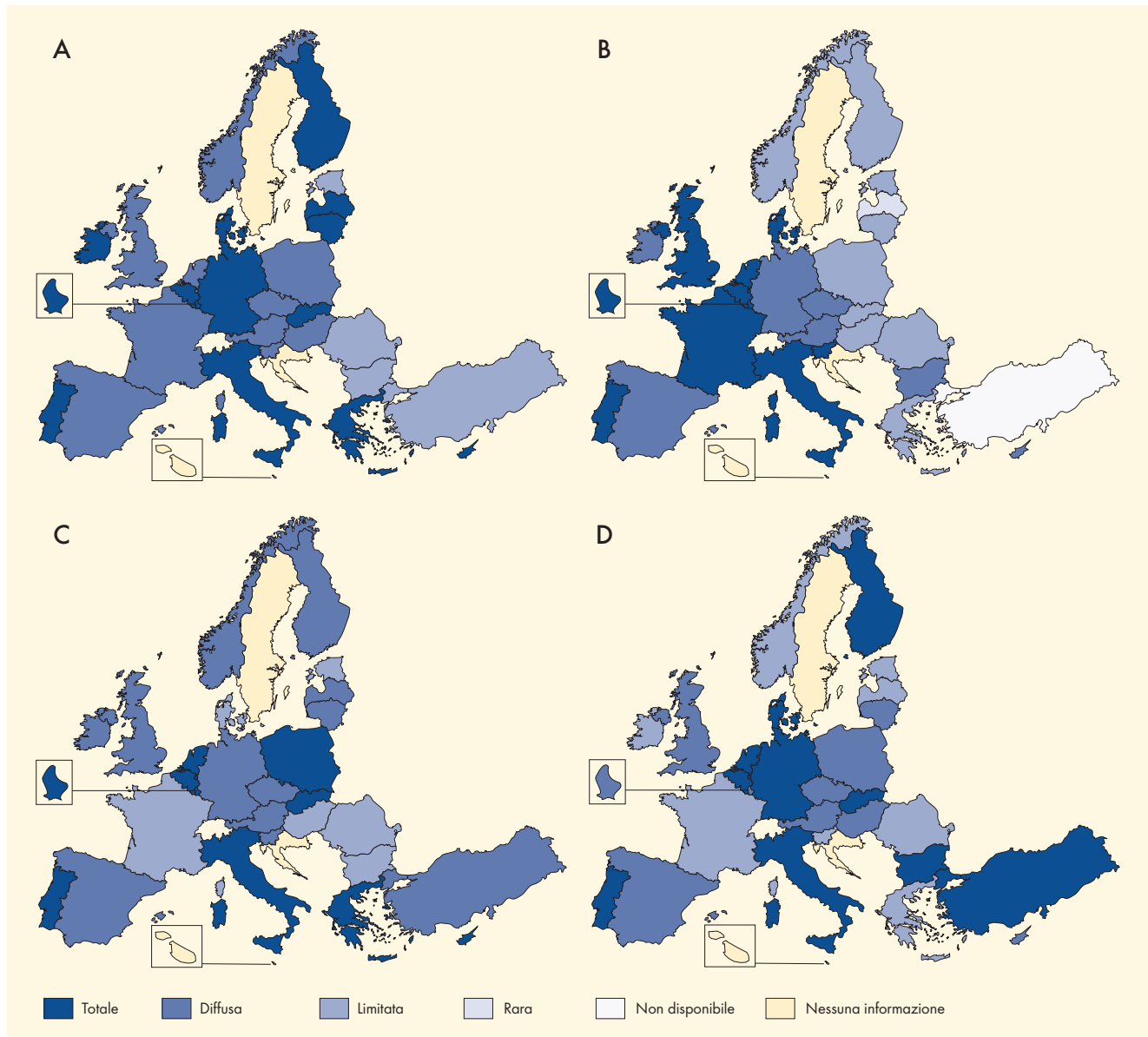
Il trattamento psicosociale ambulatoriale è erogato per la maggior parte dalle istituzioni pubbliche (16 paesi) o da organizzazioni non governative (dieci paesi). Secondo gli esperti nazionali, questo tipo di trattamento è disponibile per la maggioranza delle persone che desiderano sottoporsi alla terapia in dieci paesi ed è disponibile per quasi tutti gli interessati in altri 13 paesi. In quattro paesi (Bulgaria, Estonia, Romania, Turchia), tuttavia, il trattamento psicosociale ambulatoriale è ritenuto disponibile solo per meno della metà delle persone che intendono attivamente usufruirne (cfr. il grafico 1A). Queste cifre possono nascondere variazioni significative

⁽¹⁴⁾ Dati sull'indicatore di richiesta di trattamento ottenuti da 23 paesi per i centri terapeutici ambulatoriali, con una copertura di oltre il 70 % delle unità di terapia nella maggior parte dei paesi e da 20 paesi per i centri ospedalieri, con una copertura di oltre il 50 % delle unità terapeutiche nella maggior parte dei paesi.

⁽¹⁵⁾ Cfr. le tabelle TDI-10 e TDI-21 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹⁶⁾ Cfr. la tabella TDI-16 (parte ii) nel bollettino statistico 2009.

Grafico 1: disponibilità delle modalità terapeutiche in relazione alla necessità, valutate da esperti nazionali: (A) paziente esterno psicosociale, (B) sostituzione, (C) paziente interno psicosociale, (D) disintossicazione



N.B.: la disponibilità è definita dalla percentuale stimata di tossicodipendenti che richiedono un trattamento in grado di riceverlo: quasi tutti (totale), la maggioranza, ma non tutti (diffusa), più di alcuni, ma non la maggioranza (limitata), soltanto alcuni (rara), non disponibile. Le informazioni sono state raccolte tramite un questionario strutturato.

Fonti: punti focali nazionali Reitox.

all'interno dei paesi e differenze nella disponibilità di programmi di trattamento specializzato per consumatori di cannabis o di cocaina.

Terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei

La terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei affiancata dall'assistenza psicosociale costituisce l'opzione di trattamento predominante per i consumatori di oppiacei in Europa. Generalmente viene erogato come trattamento ambulatoriale, sebbene in alcuni paesi sia anche

disponibile presso strutture ospedaliere. Ad esempio, in Austria, al 65 % dei soggetti che si sono rivolti al servizio sanitario pubblico per ricevere un trattamento a lungo termine viene prescritta morfina a rilascio lento. La terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei viene anche erogata in misura crescente nelle carceri ⁽¹⁷⁾.

Con l'introduzione di un trattamento di buprenorfina ad alto dosaggio a Cipro nel 2007, la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei è ora disponibile in tutti gli Stati membri dell'UE, oltre che in Croazia e in

⁽¹⁷⁾ Cfr. «Assistenza ai tossicodipendenti in carcere», pag. 39.

Norvegia ⁽¹⁸⁾. In Turchia, la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei deve ancora essere introdotta, sebbene sia consentita presso i centri terapeutici in base a un regolamento del 2004. In 16 paesi, i servizi ambulatoriali pubblici specializzati sono i principali erogatori del trattamento di sostituzione. Tuttavia, i medici generici provvisti di un ambulatorio, spesso attraverso accordi di collaborazione con centri specializzati, svolgono un ruolo sempre più determinante nell'erogazione di questo tipo di trattamento e, in alcuni paesi, sono i principali erogatori (regione vallona del Belgio, Repubblica ceca, Germania, Francia, Lussemburgo, Austria, Norvegia) (cfr. il capitolo 6).

Si ritiene che, nel 2007, circa 650 000 consumatori di oppiacei si siano sottoposti alla terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei in Europa ⁽¹⁹⁾. Secondo gli esperti nazionali, questo tipo di trattamento è disponibile per quasi tutti i consumatori di oppiacei in nove paesi e per la maggioranza dei consumatori di droga in altri sette. In altre regioni, si ritiene che la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei sia disponibile per una minoranza di consumatori di oppiacei in dieci paesi (Estonia, Grecia, Lettonia, Lituania, Ungheria, Polonia, Romania, Slovacchia, Finlandia, Norvegia). I dati sulla disponibilità della terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei suggeriscono l'esistenza di una divisione regionale, con i livelli di disponibilità più bassi registrati nell'Europa orientale e settentrionale (grafico 1B).

Trattamento ospedaliero

Il trattamento ospedaliero ovvero in regime di ricovero richiede il pernottamento dei pazienti per una durata che va da qualche settimana ad alcuni mesi. Generalmente, questi programmi adottano una terapia in regime di astinenza (senza terapia sostitutiva), allo scopo di consentire al paziente di astenersi dal consumo di droga. I pazienti ricevono alloggio, trattamenti psicosociali strutturati individualmente e prendono parte ad attività dirette alla loro riabilitazione nella società. In questo contesto viene spesso usato l'approccio della comunità terapeutica. Il trattamento ospedaliero viene erogato anche dagli ospedali psichiatrici, in particolare per i pazienti con disturbi psichiatrici comorbili.

Nel 2007, circa 40 000 persone, pari a uno su dieci consumatori di droga che si sono sottoposti al trattamento, ha iniziato la terapia presso strutture ospedaliere. Oltre la metà dei pazienti ha citato gli oppiacei come droga principale (56 %), mentre la maggior parte degli altri soggetti ha identificato come droga principale la

cannabis (14 %), stimolanti diversi dalla cocaina (14 %) e cocaina (7 %).

L'età media dei pazienti che si sottopongono al trattamento ospedaliero è di 30 anni, tuttavia i pazienti consumatori di oppiacei e di cocaina sono in media più anziani (31) di quelli in terapia per stimolanti diversi dalla cocaina (28) e per cannabis (26). La maggioranza dei pazienti ospedalizzati è di sesso maschile, con un rapporto uomo-donna globale di 3,6:1. Il rapporto è minore tra i consumatori primari di stimolanti diversi dalla cocaina (2,2:1) e maggiore tra i consumatori di cocaina (5,1:1) e di cannabis (8:1). Per la maggior parte dei paesi in cui è possibile stabilire un confronto, la percentuale di pazienti tossicodipendenti senza occupazione e con alloggio instabile è maggiore tra coloro che iniziano la terapia presso strutture ospedaliere che tra i pazienti ambulatoriali ⁽²⁰⁾.

I principali erogatori di trattamento ospedaliero sono le organizzazioni non-governative (12 paesi) e le istituzioni pubbliche (11 paesi). In Danimarca e Lussemburgo questo ruolo è svolto dalle istituzioni private, che in dieci paesi sono i secondi erogatori più importanti. Gli esperti nazionali ritengono che il trattamento psicosociale ospedaliero sia disponibile per la maggioranza dei pazienti che lo richiedono in 12 paesi e per quasi tutti quelli che lo richiedono in altri nove paesi. Tuttavia, in sei paesi (Bulgaria, Danimarca, Estonia, Francia, Ungheria, Romania), questa modalità di trattamento è considerata disponibile per meno della metà di coloro che ne fanno richiesta (cfr. il grafico 1C).

Disintossicazione

La disintossicazione è generalmente un prerequisito per iniziare il trattamento ospedaliero a lungo termine basato sull'astinenza. Si tratta, comunemente ma non in via esclusiva, di un intervento erogato presso ospedali, centri terapeutici specialistici o strutture di cura dotate di reparti di medicina o psichiatria.

Le istituzioni pubbliche sono i principali soggetti erogatori della terapia di disintossicazione in 21 paesi. Le organizzazioni non governative sono i maggiori erogatori in Belgio (Fiandre) e nei Paesi Bassi, mentre il settore privato è predominante in Lussemburgo e in Bulgaria. Gli esperti nazionali reputano che la disintossicazione sia disponibile per la maggioranza dei pazienti che la richiedono in nove paesi e per quasi tutti in altri dieci. In otto paesi (Estonia, Irlanda, Grecia, Francia, Lettonia, Romania, Slovenia, Norvegia), si ritiene che la

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

⁽¹⁹⁾ Cfr. la tabella HSR-3 nel bollettino statistico 2009.

⁽²⁰⁾ Cfr. le tabelle TDI-10, TDI-13, TDI-15 e TDI-21 nel bollettino statistico 2009.

Portale sulle migliori prassi: nuovo modulo terapeutico

A seguito dell'introduzione dei moduli sulla prevenzione universale e selettiva nel 2008, l'OEDT ha avviato un nuovo modulo dedicato alla terapia delle tossicodipendenze sul suo «Best practice portal» (portale sulle migliori prassi). Questo sito comprende una sintesi dei risultati relativi all'efficacia del trattamento farmacologico e psicosociale dei disordini prodotti da oppiacei, stimolanti e cannabis, in base alle ultime analisi. Il lavoro sul portale è stato agevolato da uno studio finanziato dalla Commissione europea sulla qualità del trattamento e sullo scambio delle migliori prassi (direzione generale per la Salute e i consumatori, 2008b).

Il modulo terapeutico presenta i risultati degli studi che confrontano l'efficacia di diversi interventi. L'efficacia viene determinata idealmente eseguendo prove controllate o prove controllate randomizzate in cui gli interventi sono confrontati rispetto a misure specifiche dei risultati. La maggior parte delle prove in questo ambito provengono da studi condotti negli Stati Uniti. In Europa gli studi stanno diventando più frequenti e comprendono un lavoro innovativo sui nuovi agenti per la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei.

Il nuovo modulo comprende inoltre: collegamenti ad altre fonti di informazioni, interventi valutati, un glossario e una breve sinossi delle lacune nell'attuale base empirica. Il portale verrà ampliato per includere in futuro ulteriori argomenti.

Portale sulle migliori prassi dell'OEDT:
<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>

disintossicazione sia disponibile per meno della metà di coloro che ne fanno richiesta (cfr. il grafico 1D).

Assicurazione della qualità

I responsabili delle decisioni politiche e della pianificazione sanitaria in Europa sono impegnati in misura sempre crescente nella ricerca di meccanismi volti ad assicurare una qualità elevata nel trattamento della tossicodipendenza e tendono a dare priorità agli interventi «fondati sull'esperienza» quando prendono in considerazione l'erogazione del trattamento e l'allocazione di fondi.

Le linee guida stanno diventando uno strumento importante per l'assicurazione della qualità del trattamento della tossicodipendenza. Le linee guida sul trattamento includono raccomandazioni basate su prove scientifiche, opinioni di esperti, preferenze degli utenti dei servizi e dei sistemi sanitari nazionali e sono state concepite per aiutare a scegliere e ad applicare gli interventi di trattamento della tossicodipendenza adeguati. In 20 dei 27 paesi che

hanno fornito informazioni, le linee guida nazionali sul trattamento della tossicodipendenza sono state prodotte da un'istituzione autorizzata.

Le linee guida esistenti coprono, in particolare, la terapia farmacologica. Le linee guida nazionali per il trattamento di sostituzione sono citate da 18 paesi mentre 11 paesi citano le linee guida per la disintossicazione. Tuttavia, circa un terzo di questi paesi non considera l'adesione alle linee guida come una condizione operativa o per ricevere finanziamenti destinati a una struttura terapeutica.

Le linee guida nazionali per il trattamento psicosociale e il reinserimento sociale sono meno comuni. Solo sette Stati membri (Bulgaria, Repubblica ceca, Germania, Danimarca, Paesi Bassi, Slovenia, Regno Unito) dispongono di linee guida per gli interventi psicosociali e cinque (Repubblica ceca, Germania, Portogallo, Slovenia, Regno Unito) per il reinserimento sociale. La scarsità di linee guida nazionali è dovuta probabilmente alla scarsità delle prove disponibili ed evidenzia l'esigenza di maggiori studi clinici randomizzati controllati multi-sito in questi campi.

La formazione continua del personale è importante per assicurare l'erogazione di servizi di qualità elevata. I corsi di formazione progettati specificatamente per il personale addetto al trattamento della tossicodipendenza e alcune modalità di formazione continua correlate al trattamento della tossicodipendenza rivolte ai medici sono comuni nell'Unione europea. La maggior parte dei paesi mette a disposizione opportunità di formazione simili ad altri professionisti tra cui infermieri, operatori sanitari e psicologi.

Alcuni paesi producono valutazioni regolari dei risultati per tutti i tipi di trattamento della tossicodipendenza. Cinque Stati membri valutano il trattamento di sostituzione e la disintossicazione e solo Danimarca, Germania e Regno Unito valutano il risultato degli interventi del trattamento psicosociale su base regolare. Alcuni paesi producono valutazioni del risultato di un trattamento singolo o irregolare.

Riduzione del danno

La prevenzione e la riduzione dei danni correlati all'uso di stupefacenti sono un obiettivo di salute pubblica della strategia dell'UE in materia di droga e di tutti gli Stati membri (Commissione europea, 2007a). Gli interventi principali in questo settore prevedono il trattamento sostitutivo per la dipendenza da oppiacei e programmi di scambio di aghi e siringhe, che mirano a ridurre i decessi per overdose e la diffusione delle malattie infettive.

Stando ai dati, queste misure sono disponibili in tutti i paesi tranne la Turchia e, sebbene vi siano differenze sostanziali nella varietà e nel livello dell'erogazione dei servizi (cfr. i capitoli 6 e 7), la tendenza generale europea conferma la crescita e il rafforzamento dei dispositivi di riduzione dei danni.

La maggior parte dei paesi, inoltre, fornisce anche una serie di servizi sanitari e sociali, tra cui valutazione individuale dei rischi e consulenza, promozione di un consumo più sicuro, screening per le malattie infettive e consulenza sulla salute, vaccinazione e cura dell'epatite virale. Questi servizi sono spesso forniti attraverso strutture a bassa soglia. Le risposte alla riduzione del danno hanno ampliato il proprio raggio d'azione oltre la lotta contro l'epidemia di HIV/AIDS adottando una prospettiva più ampia che consenta di far fronte alle esigenze sanitarie e sociali dei tossicodipendenti problematici, in particolare di quelli socialmente esclusi.

Negli ultimi anni si è assistito, inoltre, a un processo di professionalizzazione e di crescita dell'attenzione per assicurare standard di qualità elevata. Ad esempio, nel 2006/2007, è stata condotta un'ispezione dei servizi di riduzione del danno in Inghilterra al fine di identificare le aree suscettibili di miglioramento. La qualità può anche essere assicurata aderendo a standard specifici per la stipula dei contratti di finanziamento, come riferito dalla Repubblica ceca e dall'Estonia.

La responsabilità dell'assicurazione qualità spetta alle istituzioni nazionali in 14 paesi, mentre nei paesi a sistema federale, questa può essere delegata ad agenzie a livello sub-nazionale. Le linee guida possono essere rafforzate dai risultati delle ricerche sull'efficienza dei costi, come nel caso delle linee guida del Regno Unito sui programmi di scambio di aghi e siringhe (NICE, 2009). Per sviluppare e migliorare la qualità del servizio vengono anche sollecitati il coinvolgimento dei pazienti e le osservazioni del personale. I meccanismi di diffusione delle buone prassi e dei risultati delle nuove ricerche presso i professionisti includono piattaforme di conoscenza nazionali, quali «resultaten scoren» (livelli di rischio) nei Paesi Bassi ed eventi internazionali di sensibilizzazione, ad esempio sull'epatite C ⁽²¹⁾. Inoltre, la rete europea per l'inclusione sociale e la salute in cooperazione con l'OEDT (Hedrich e al., 2008a) ha prodotto un protocollo di raccolta dei dati per le agenzie specialistiche a bassa soglia per la riduzione del rischio come parte integrante dei progetti finanziati dall'UE per sviluppare e attuare gli indicatori sanitari europei.

Reinserimento sociale

Il reinserimento sociale è riconosciuto come una componente essenziale delle strategie globali di lotta alla droga. Può essere attuato in qualsiasi stadio del consumo di droga e in diversi contesti e include rafforzamento delle capacità, miglioramento delle abilità sociali, e misure atte ad agevolare e promuovere l'occupazione e a ottenere un alloggio. I servizi di reinserimento, nella sostanza, possono offrire consulenza professionale, collocamento sul mercato del lavoro e assistenza sul piano dell'abitazione, mentre gli interventi erogati nelle carceri, che hanno un impatto sulla prevenzione delle ricadute e la commissione di altri reati possono mettere in contatto i detenuti con servizi abitativi e di assistenza sociale della comunità di riferimento in vista del loro rilascio (direzione generale per la Salute e i consumatori, 2008a). In generale, i risultati delle misure di reinserimento sociale fanno spesso affidamento sull'efficiente collaborazione tra istituzioni sanitarie e sociali.

L'assenza di fissa dimora, assieme all'instabilità dell'alloggio, è una delle forme più gravi di esclusione sociale che i tossicodipendenti devono affrontare, e nel 2007 ha interessato circa il 10 % dei soggetti entrati in terapia ⁽²²⁾. Questa cifra tende a essere molto maggiore per alcuni gruppi di consumatori di droga.

Tutti gli Stati membri riferiscono la disponibilità di regimi abitativi in grado di offrire alloggio ai tossicodipendenti, tuttavia le informazioni sull'entità dell'effettiva risposta alle necessità abitative dei tossicodipendenti sono scarse. In Slovacchia, ad esempio, a causa della limitatezza delle risorse finanziarie, la capacità abitativa dei servizi di riabilitazione è inferiore alla domanda.

Alcuni paesi forniscono assistenza in materia di alloggio (ad esempio, Repubblica ceca, Germania, Irlanda, Paesi Bassi, Finlandia, Svezia, Regno Unito). Questi regimi abitativi temporanei consistono in genere di alloggio presso «bed and breakfast» o in piccoli appartamenti arredati messi a disposizione per brevi periodi di locazione e sono spesso forniti dopo il trattamento ospedaliero, al momento delle dimissioni, per consentire agli individui di vivere in maniera indipendente. In Irlanda, ad esempio, gli affittuari sono responsabili per il pagamento dell'affitto e alcuni servizi domestici, mentre gli assistenti sociali li aiutano con il mantenimento e ad avere accesso all'istruzione, alla formazione o all'occupazione.

Dato che il 45 % dei tossicodipendenti in terapia ha al massimo completato gli studi elementari e circa il 40 % è

⁽²¹⁾ <http://www.hepatitisfachtag.org/>

⁽²²⁾ Cfr. la tabella TDI-15 (parte ii) nel bollettino statistico 2009.

disoccupato ⁽²³⁾, aiutare i pazienti in terapia a trovare un'occupazione anche tramite la formazione professionale è un elemento essenziale del reinserimento sociale. La maggior parte degli Stati membri dispone di programmi in questo settore. In Ungheria, nella Repubblica ceca, in Lituania, Slovenia e Slovacchia, il reinserimento dei tossicodipendenti nel mercato del lavoro ha beneficiato di progetti finanziati per iniziativa dell'UE contro la discriminazione nel mercato del lavoro (EQUAL). La maggior parte di questi progetti aiuta il collocamento sul mercato del lavoro dei pazienti in terapia stabilizzati in linea con le loro abilità. La validità di questo approccio è sostenuta dai risultati di uno studio scozzese che ha riscontrato che i tossicodipendenti in via di miglioramento a cui è stata fornita assistenza per l'occupazione avevano una possibilità tre volte superiore di trovare un'occupazione retribuita (McIntosh e al., 2008).

Applicazione della legge sulla droga e reati connessi alla droga

L'applicazione della legislazione sulla droga coinvolge varie autorità situate in diversi dipartimenti di governo (ad esempio, ordine pubblico, giustizia, salute). In pratica, la definizione «applicazione della legge sulla droga» è comunemente associata all'insieme delle attività adottate dalla polizia e dalle istituzioni con compiti simili a quelli della polizia (ad esempio, dogana) per applicare le leggi relative al consumo e al mercato della droga. Tra le aree coperte sono inclusi il consumo e la detenzione di sostanze stupefacenti, il traffico e la produzione nonché la diversione di sostanze chimiche e il riciclaggio del denaro.

L'applicazione della legge sulla droga è una componente centrale della risposta dell'Europa alla lotta alle droghe e riceve un'ampia porzione, probabilmente la più vasta, di risorse dedicate al problema della droga. Un tentativo recente di confrontare l'allocatione della spesa pubblica correlata alla droga in Europa ha suggerito che, in media, la spesa del governo per «ordine pubblico e sicurezza» (forze di polizia, tribunali e carceri) in relazione alla droga potrebbe essere tre volte superiore all'importo speso per risolvere i problemi di salute associati all'uso di droga. Una proporzione significativa del denaro assegnato a «ordine pubblico e sicurezza» tende a essere assegnato alle forze di polizia (OEDT, 2008e).

La natura e l'intensità degli sforzi di applicazione della legge sulla droga possono variare, in base alla legislazione nazionale e alla sua applicazione, nonché alle risorse e priorità delle istituzioni coinvolte, che

includono forze di polizia generale e unità specializzate («squadre antidroga»).

A differenza di altri settori dell'applicazione della legge, dove gli agenti di polizia in genere rispondono alle violazioni della legge, spesso denunciate da membri del pubblico, la parte più consistente del lavoro di applicazione della legge sulla droga può essere definita proattiva, poiché viene eseguita, per la maggior parte, su iniziativa delle autorità incaricate dell'applicazione della legge sulla droga. Ciò accade poiché molti dei reati connessi al consumo di droga possono essere visti come «crimine consensuale», laddove individui consenzienti partecipano segretamente a un'attività illegale di cui la polizia rimarrà all'oscuro tranne qualora la scopra per casualità (ad esempio, durante un pattugliamento a piedi) o tramite indagini e notizie di reato.

Di conseguenza, l'applicazione della legge sulla droga include una lunga serie di attività che spesso fanno affidamento sulla raccolta, l'elaborazione e la condivisione di informazioni tramite mezzi umani ed elettronici, incluse banche dati informatizzate e reti di comunicazione dedicate. È ciò che avviene in particolare per le attività orientate verso gli obiettivi di evitare l'offerta di stupefacenti ⁽²⁴⁾, dove l'applicazione della legge svolge un ruolo chiave e include trattare con gli informatori, condurre operazioni sotto copertura («*undercover work*») e sorveglianza elettronica, compresa l'intercettazione di comunicazioni.

Le consegne controllate di stupefacenti e le operazioni che mirano specificatamente a disturbare o eliminare i punti di vendita della droga sono alcune delle tattiche operative utilizzate dalle forze di polizia in Europa. Altre tattiche più generiche includono l'esecuzione di controlli e perquisizioni di persone e veicoli in posizioni strategiche o nei luoghi circostanti, quali porti, aeroporti e confini terrestri, e comprendono inoltre altri obiettivi come, ad esempio, il controllo dell'immigrazione.

Le autorità incaricate dell'applicazione della legge sulla droga, specialmente le dogane, sono preposte in molti paesi all'applicazione della legge sulle sostanze chimiche controllate. Ciò implica l'elaborazione delle richieste di importazione ed esportazione oltre all'individuazione delle transazioni sospette e all'esecuzione delle relative indagini. Lo smantellamento dei laboratori clandestini di sostanze illecite può essere un altro compito svolto dalle forze di polizia nei paesi di produzione delle droghe sintetiche.

⁽²³⁾ Cfr. le tabelle TDI-12 e TDI-13 nel bollettino statistico 2009.

⁽²⁴⁾ Per una definizione della riduzione dell'offerta di stupefacenti, cfr. il riquadro a pag. 28 della relazione annuale dell'OEDT 2008.

Reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti

Le relazioni iniziali sui reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti, principalmente redatte dalla polizia, sono i soli dati sul crimine correlato alla droga disponibili di routine in Europa ⁽²⁵⁾. Queste relazioni in genere fanno riferimento a reati quali la produzione di droga, il traffico e lo spaccio, oltre che all'uso di sostanze stupefacenti e alla detenzione per uso.

I dati sui reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti possono essere considerati indicatori indiretti di uso e di traffico di droga oppure come indicatori più diretti dell'attività di applicazione della legge. Tuttavia, includono solo le attività correlate alla droga che sono giunte a conoscenza delle istituzioni incaricate dell'applicazione della legge e possono anche rispecchiare differenze regionali nella legislazione, nelle priorità e nelle risorse. Inoltre, i sistemi informativi nazionali possono essere diversi, specialmente in relazione alle prassi di registrazione e di notifica. Per questi motivi, è difficile eseguire confronti validi tra paesi e risulta più adeguato confrontare le tendenze piuttosto che i numeri assoluti.

Sulla base dei dati forniti da 21 Stati membri, che rappresentano l'85 % della popolazione di età compresa tra i 15 e i 64 anni nell'Unione europea, il numero dei reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti è aumentato, secondo le stime, al 29 % tra il 2002 e il 2007. I dati rivelano tendenze all'aumento in tutti i paesi dichiaranti tranne in Bulgaria, Repubblica ceca, Grecia, Lussemburgo, Ungheria e Slovenia, che sono tutti stabili o hanno osservato un calo globale nel corso del periodo ⁽²⁶⁾.

Reati connessi al consumo e all'offerta

Non si è verificato un deciso cambiamento nell'equilibrio tra reati connessi al consumo e reati connessi all'offerta di droga (spaccio, traffico, produzione) rispetto agli anni precedenti. Nella maggior parte dei paesi europei, i reati connessi al consumo o alla detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale continuano a costituire la maggioranza dei reati connessi alla droga, raggiungendo percentuali fino al 91 % (Spagna) dei reati totali nel 2007 ⁽²⁷⁾. I reati correlati all'offerta sono, tuttavia, predominanti nella Repubblica ceca (87 %) e nei Paesi Bassi (69 %) (grafico 2). Nella Repubblica ceca, la

detenzione di piccole quantità di sostanze stupefacenti per uso personale è punibile con un ammonimento o con una sanzione, mentre nei Paesi Bassi, in genere, i reati connessi al consumo di droga non vengono perseguiti legalmente ⁽²⁸⁾.

Tra il 2002 e il 2007, il numero di reati connessi al consumo di droga è aumentato nella maggior parte dei paesi dichiaranti, mentre solo Bulgaria, Grecia, Paesi Bassi e Slovenia hanno registrato un calo nel corso del periodo in questione ⁽²⁹⁾. Nel complesso, il numero di reati connessi al consumo di droga nell'Unione europea è aumentato di una percentuale stimata al 32 % tra il 2002 e il 2007.

Anche il numero di reati connessi all'offerta di sostanze stupefacenti è cresciuto nel corso del periodo 2002-2007, tuttavia a un ritmo molto minore, registrando un aumento pari a circa il 14 % nell'Unione europea. Durante gli stessi anni, in otto paesi è stato osservato un calo globale dei reati connessi all'offerta mentre in altri otto è stato rilevato un aumento ⁽³⁰⁾.

Tendenze in atto per le varie sostanze

La cannabis continua a essere la sostanza illecita più spesso menzionata nell'ambito dei reati per droga in Europa ⁽³¹⁾. Nella maggior parte dei paesi europei, i reati correlati alla cannabis rappresentano una percentuale variabile tra il 55 e l'85 % dei reati per droga citati nel 2007. Solo in due paesi i reati connessi ad altre sostanze stupefacenti prevalgono rispetto a quelli correlati alla cannabis: in Lituania, eroina (26 %) e nella Repubblica

Questione specifica OEDT 2009 sulla statistica delle sentenze

L'OEDT pubblica nel 2009 una nuova questione specifica sulla statistica delle sentenze, che esamina le conseguenze dei reati connessi al consumo di stupefacenti nei paesi europei. La relazione esamina le statistiche nazionali disponibili prodotte da polizia, pubblici ministeri e tribunali e le analizza in base al tipo di reato (possesso, traffico) e al tipo di conseguenza (sanzione, custodia, trattamento). La questione fondamentale affrontata è: qual è la conseguenza più probabile in ciascun paese se si viene fermati per il reato di possesso o di offerta di stupefacenti?

Questa questione specifica è disponibile in formato cartaceo e su Internet solo in inglese (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing>).

⁽²⁵⁾ Per una discussione dei rapporti tra droghe e criminalità, cfr. OEDT (2007b).

⁽²⁶⁾ Cfr. il grafico DLO-1 e la tabella DLO-1 nel bollettino statistico 2009.

⁽²⁷⁾ Cfr. la tabella DLO-2 nel bollettino statistico 2009.

⁽²⁸⁾ Cfr. le «Panoramiche dei paesi» per la Repubblica ceca e i Paesi Bassi nel sito web dell'OEDT (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ Cfr. il grafico DLO-1 e la tabella DLO-4 nel bollettino statistico 2009.

⁽³⁰⁾ Cfr. il grafico DLO-1 e la tabella DLO-5 nel bollettino statistico 2009.

⁽³¹⁾ Cfr. la tabella DLO-3 nel bollettino statistico 2009.

ceca, metanfetamina (59 %). In Lettonia, i reati per droga sono equamente distribuiti tra cannabis, eroina ed ecstasy.

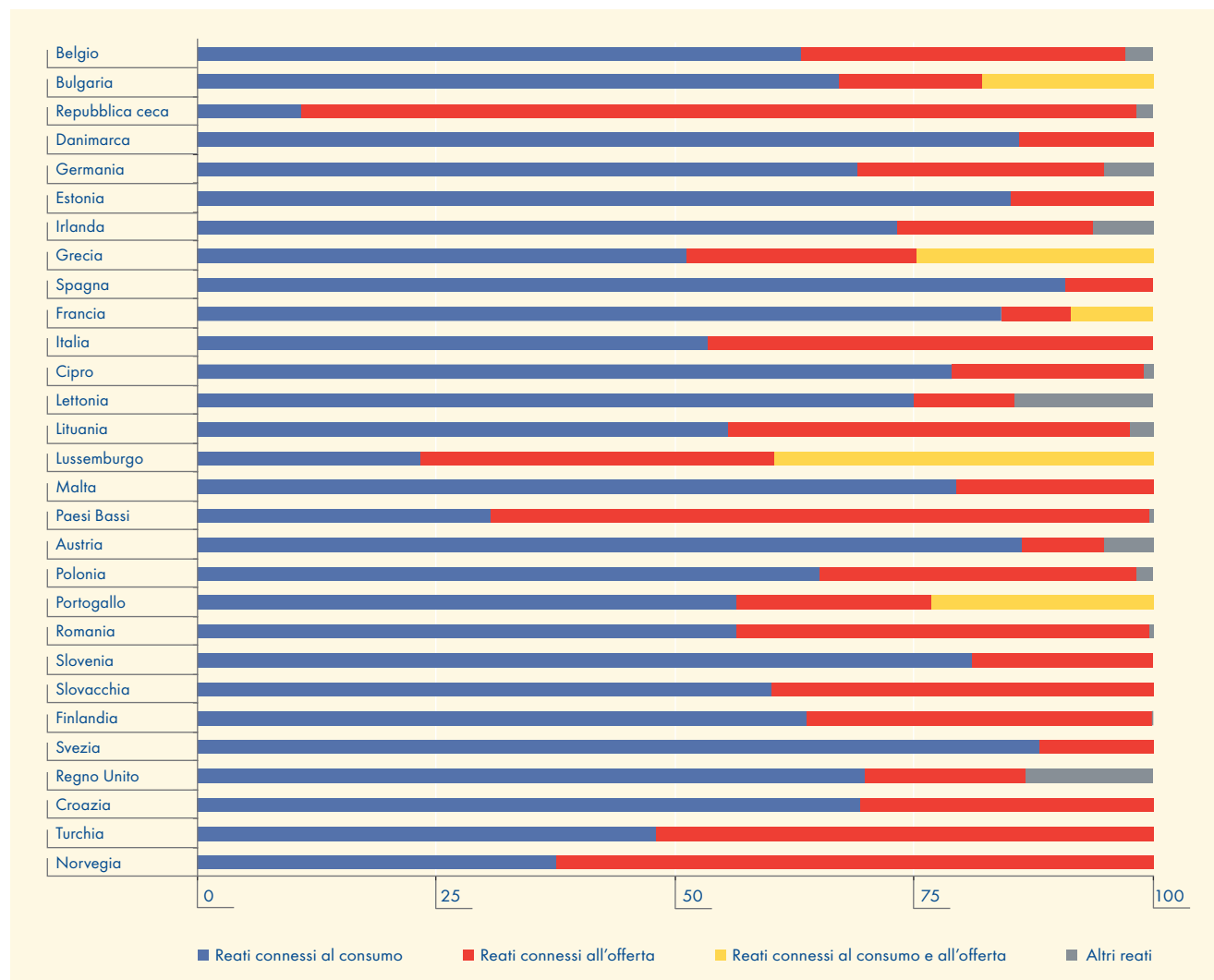
Nel quinquennio 2002-2007, il numero di reati correlati alla cannabis è aumentato o è rimasto stabile nella maggior parte dei paesi dichiaranti, determinando un aumento complessivo del 23 % a livello comunitario. Una tendenza inversa si è registrata in Bulgaria, nella Repubblica ceca e in Slovenia ⁽³²⁾.

In riferimento allo stesso quinquennio i reati per droga riconducibili alla cocaina sono aumentati in tutti i paesi dichiaranti ad eccezione di Bulgaria e Germania. Nell'Unione europea, nel complesso, i reati correlati alla cocaina sono aumentati di circa il 59 % negli stessi anni ⁽³³⁾.

La tendenza al ribasso dei reati connessi all'uso dell'eroina osservata nell'Unione europea nelle relazioni precedenti sembra essere cessata, ed è stato registrato un aumento di circa il 7 % nel periodo 2002-2007. Tuttavia, le tendenze nazionali sono state divergenti e l'orientamento verso l'alto è dovuto principalmente agli aumenti osservati nell'ultimo biennio in Belgio, Grecia, Spagna, Francia, Polonia e Portogallo e a una stabilizzazione in Germania e in Austria ⁽³⁴⁾.

Il numero di reati connessi alle anfetamine nell'Unione europea continua a mostrare una tendenza al rialzo, registrando un aumento del 59 % tra il 2002 e il 2007. Al contrario, negli stessi anni, i reati connessi all'ecstasy sono diminuiti del 22 % ⁽³⁵⁾.

Grafico 2: tipo di reato nelle relazioni relative ai reati connessi al consumo di droga in Europa



N.B.: per ulteriori informazioni, cfr. il grafico DLO-2 nel bollettino statistico 2009.
 Fonti: punti focali nazionali Reitox.

⁽³²⁾ Cfr. il grafico DLO-3 e la tabella DLO-6 nel bollettino statistico 2009.

⁽³³⁾ Cfr. il grafico DLO-3 e la tabella DLO-8 nel bollettino statistico 2009.

⁽³⁴⁾ Cfr. il grafico DLO-3 e la tabella DLO-7 nel bollettino statistico 2009.

⁽³⁵⁾ Cfr. il grafico DLO-3 nel bollettino statistico 2009.

Interventi sul piano sociale e sanitario nelle carceri

Attualmente, ci sono oltre 600 000 persone in carcere nell'Unione europea ⁽³⁶⁾, il che equivale a un tasso di carcerazione medio di circa 120 detenuti per 100 000 abitanti. I tassi nazionali di popolazione carceraria spaziano tra i 65 e i 320 detenuti per 100 000 abitanti e la maggior parte degli Stati membri dell'Europa centrale e orientale registra tassi superiori alla media. Ciononostante, le cifre nazionali e la media dell'UE rimangono inferiori in misura significativa rispetto ai tassi della Russia (629) e degli Stati Uniti (756) ⁽³⁷⁾.

I detenuti condannati per reati connessi alla droga rappresentano tra il 10 e il 30 % della popolazione carceraria nella maggior parte dei paesi dell'UE. Una percentuale sconosciuta di altri detenuti è condannata per reati contro il patrimonio per procurarsi i mezzi per sostenere la condizione di tossicodipendenza o per altri reati connessi alla droga. Sebbene le cifre totali siano basse, il tasso di consumatori di droga che commette violazioni della legge rispetto alla totalità dei detenuti condannati è aumentato negli ultimi anni in alcuni Stati membri dell'Europa centrale e orientale.

Consumo di sostanze stupefacenti tra la popolazione carceraria

La standardizzazione delle definizioni, dei programmi di ricerca e delle metodologie utilizzate per gli studi sul consumo di sostanze stupefacenti in carcere (Vandam, 2009; direzione generale per la Salute e i consumatori, 2008a) è ancora scarsa, tuttavia, gli studi esistenti mostrano che l'uso di sostanze stupefacenti continua a prevalere tra i detenuti rispetto alla popolazione generale. I dati ottenuti da alcuni studi condotti dal 2002 in poi, per la maggior parte nell'Europa occidentale, mostrano che una percentuale compresa tra un terzo e la metà degli intervistati faceva regolarmente uso di una sostanza illecita prima dell'incarceramento. Gli studi indicano inoltre che le tipologie di consumo di droga più nocive si riscontrano tra i detenuti dato che una proporzione compresa tra un quinto e un terzo degli intervistati dichiara di avere assunto stupefacenti per via parenterale ⁽³⁸⁾.

Al momento dell'incarceramento, la maggior parte degli utenti riduce o interrompe il consumo di droghe,

principalmente a causa dei problemi di approvvigionamento delle sostanze. Tuttavia, sia gli esperti in materia sia i responsabili politici europei riconoscono il problema che la droga riesce a infiltrarsi nella maggior parte delle prigioni, nonostante tutte le misure che vengono adottate per ridurre l'offerta. Secondo studi effettuati a partire dal 2002, una percentuale di detenuti compresa tra l'1 e il 50 % riferisce di avere utilizzato sostanze stupefacenti in carcere e fino al 27 % di averne fatto regolarmente uso durante il periodo di detenzione ⁽³⁹⁾. Uno studio condotto su 1 457 detenuti di sei carceri tedesche ha rilevato che il 22 % aveva assunto stupefacenti per via parenterale in carcere, mentre gli studi condotti in altri quattro paesi hanno riferito tassi del 10 % o superiori ⁽⁴⁰⁾. I consumatori di stupefacenti per via parenterale nei penitenziari sono più inclini alla condivisione degli strumenti per le iniezioni rispetto ai tossicodipendenti non in carcere. Questa situazione desta preoccupazione per la potenziale diffusione di malattie infettive tra la popolazione carceraria.

La salute nelle carceri in Europa

I detenuti hanno diritto allo stesso livello di assistenza sanitaria degli altri cittadini e i servizi sanitari all'interno del sistema penitenziario dovrebbero essere in grado di fornire il trattamento per i problemi connessi al consumo di stupefacenti a condizioni simili a quelle offerte fuori dal carcere (CPT, 2006; OMS, 2007). Questo principio generale di parificazione è riconosciuto nell'Unione europea tramite la raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza ⁽⁴¹⁾ e il nuovo piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2009-2012) ne invoca l'attuazione.

L'erogazione dei servizi sanitari ai detenuti riceve attualmente maggiore attenzione da parte dei responsabili delle decisioni politiche nazionali e sono stati riscontrati segnali di un miglioramento dei servizi offerti ai detenuti dagli Stati membri dell'UE. Ad esempio, alcuni paesi riferiscono ora l'esistenza di politiche sanitarie e programmi nazionali per le carceri. Ciononostante, resta ancora molto da fare per assicurare che i detenuti abbiano accesso a servizi sanitari di livello e qualità paragonabili a quelli offerti fuori dalle carceri. Inoltre, i penitenziari si trovano confrontati alle sfide poste dalle

⁽³⁶⁾ I dati sulle carceri in Europa sono reperibili sul sito web del Consiglio d'Europa all'indirizzo: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_I/List_Space_I.asp

⁽³⁷⁾ Fonte: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> per le cifre relative a Russia e Stati Uniti d'America.

⁽³⁸⁾ Cfr. le tabelle DUP-105 e DUP-2 nel bollettino statistico 2009.

⁽³⁹⁾ Cfr. la tabella DUP-3 nel bollettino statistico 2009.

⁽⁴⁰⁾ Cfr. la tabella DUP-4 nel bollettino statistico 2009.

⁽⁴¹⁾ GU L 165 del 3.7.2003, pag. 31.

esigenze sanitarie specifiche dei tossicodipendenti, quali le malattie infettive sierotrasmissibili e i problemi psichiatrici comorbili.

Assistenza ai tossicodipendenti in carcere

I servizi offerti ai detenuti nei paesi europei includono: informazioni sulle sostanze stupefacenti e sulla salute; screening delle malattie infettive e vaccinazioni; trattamento della tossicodipendenza, comprese la disintossicazione, la terapia sostitutiva e gli approcci basati sull'astinenza; la preparazione per il rilascio. Fra gli esempi dell'espansione costante dell'offerta di servizi ai detenuti figurano l'introduzione della terapia sostitutiva nelle carceri nella Repubblica ceca, in Polonia e in Svezia, un programma di trattamento basato sull'astinenza a Cipro e l'estensione della «garanzia di trattamento» danese alle carceri (per fornire accesso al trattamento della tossicodipendenza entro due settimane dalla richiesta).

La continuazione della terapia sostitutiva durante la detenzione è approvata da regolamentazioni ufficiali in 26 paesi, ma non utilizzata in cinque di questi, mentre l'avvio di questo tipo di trattamento in carcere è approvato in 21 paesi. Secondo la classificazione degli esperti, tuttavia, esistono differenze nell'erogazione di questo intervento. La terapia sostitutiva è disponibile in quasi tutte le carceri in nove paesi e in più della metà delle carceri in altri quattro. Nella Repubblica ceca, in Francia, in Germania e nel Regno Unito, si ritiene che la terapia sostitutiva sia erogata in meno della metà degli istituti penitenziari e in Ungheria, Polonia, Finlandia e Svezia solo in alcuni di essi. Infine, in nove paesi (Bulgaria, Estonia, Grecia, Cipro, Lituania, Lettonia, Slovacchia, Romania, Turchia) questo tipo di trattamento non è disponibile in carcere, sebbene siano in corso i preparativi per introdurlo in Bulgaria e Romania e in Lettonia siano state avviate le discussioni per introdurre le modifiche giuridiche del caso.

All'erogazione limitata della terapia sostitutiva in seno alla comunità fa riscontro, in genere, l'assenza o un'erogazione molto limitata di questo tipo di trattamento in carcere ⁽⁴²⁾. Tra gli altri ostacoli che si frappongono

all'erogazione della terapia sostitutiva in carcere citati dagli Stati membri si annoverano: l'assenza di un quadro normativo per avviare il trattamento (Finlandia) e l'obbligo di pagare il trattamento (comunità francofona in Belgio). L'erogazione della terapia sostitutiva dipende anche spesso dalle condizioni locali e, talvolta, fa affidamento sull'iniziativa individuale del medico del carcere.

Le valutazioni degli esperti in merito alla disponibilità e al livello di erogazione in carcere di altre misure di prevenzione e di riduzione del danno sono disponibili per 26 paesi dell'UE, Norvegia e Turchia. La consulenza individuale sulle malattie infettive e la valutazione dei comportamenti a rischio correlati al consumo di droga sono presenti nelle carceri di 26 paesi. Il test per l'epatite C al momento dell'incarcerazione è disponibile in 22 paesi, ma non in Ungheria, Polonia e Turchia; ciononostante in Ungheria più del 14 % dei detenuti è stato sottoposto a screening per l'HCV durante i primi nove mesi di una campagna avviata nel 2007 e attualmente in corso. Gli altri interventi comprendono programmi di vaccinazione contro l'epatite B rivolti ai detenuti, formazione del personale degli istituti penitenziari per la promozione della salute dei tossicodipendenti, consulenza e formazione su un consumo di stupefacenti più sicuro, che vengono erogati in tredici paesi, sebbene con livelli di copertura variabili.

Il livello di erogazione delle misure di prevenzione delle overdose è simile. La consulenza sul rischio di overdose è disponibile in 18 paesi, mentre si ritiene che negli ultimi 12 mesi sia stata fornita a un numero di detenuti superiore a qualche unità solo in otto paesi. I materiali informativi sulle urgenze e sui decessi correlati alla droga, elaborati specificatamente per l'ambiente carcerario, sono disponibili solo in sette paesi ⁽⁴³⁾.

L'erogazione dei programmi di scambio di aghi e siringhe presso le strutture penitenziarie è riferita da Germania, Spagna, Lussemburgo, Portogallo e Romania, ed è in fase di pianificazione nel Regno Unito (Scozia). Tra gli ostacoli al successo dell'attuazione di alcuni programmi di scambio di aghi e siringhe in carcere vengono citati la resistenza da parte del personale degli istituti penitenziari e la mancanza di fiducia.

⁽⁴²⁾ Cfr. il grafico HSR-2 nel bollettino statistico 2009.

⁽⁴³⁾ Cfr. la tabella HSR-7 nel bollettino statistico 2009.



Capitolo 3 Cannabis

Introduzione

L'uso della cannabis in Europa è mutato notevolmente nell'ultimo decennio così come si è evoluto il dibattito su come reagire in modo efficace alla diffusione del consumo di questa sostanza. All'inizio e a metà degli anni novanta alcuni paesi denunciavano una percentuale di prevalenza elevata, mentre a livello europeo si registravano ancora livelli piuttosto bassi rispetto agli standard odierni. Nella maggior parte dei paesi, il consumo di cannabis è aumentato negli anni novanta e all'inizio del nuovo millennio, determinando un quadro generale europeo meno diversificato, anche se continuano a rimanere delle differenze significative tra un paese e l'altro. Negli ultimi anni, inoltre, si è assistito a una maggiore comprensione delle implicazioni per la salute pubblica del consumo prolungato e diffuso di questa sostanza e all'aumento del numero di richieste di trattamento per problemi connessi al consumo di cannabis. Si può supporre che l'Europa si stia dirigendo verso una nuova fase, visto che i dati ottenuti dalle indagini condotte tra la popolazione generale e nelle scuole indicano una stabilizzazione o perfino una tendenza al ribasso. I livelli di consumo rimangono

comunque alti rispetto agli standard storici e il dibattito europeo sull'argomento non ha ancora trovato una risposta efficace alla diffusione del consumo di questa sostanza.

Offerta e disponibilità

Produzione e traffico

La cannabis può essere coltivata in ambienti diversi e cresce spontaneamente in molte aree geografiche di tutto il mondo. Si ritiene che attualmente sia coltivata in 172 paesi e territori (UNODC, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Interpretati nel loro complesso, questi dati indicano che risulta difficile fare una stima precisa della produzione mondiale di cannabis. L'UNODC (2009) ritiene che la produzione mondiale di foglie di cannabis nel 2008 sia compresa tra le 13 300 e le 66 100 tonnellate.

La coltivazione della cannabis è diffusa in Europa ed è probabilmente in crescita (Korf, 2008). Nel 2007, 19 paesi europei hanno menzionato la coltivazione domestica della cannabis, sebbene l'entità del fenomeno vari considerevolmente. Una parte significativa della

Tabella 2: produzione, sequestri, prezzo e potenza della foglia e della resina di cannabis

| | Resina di cannabis | Foglia di cannabis |
|--|----------------------|----------------------|
| Stima della produzione globale (tonnellate) | 2 200-9 900 | 13 300-66 100 |
| Quantità globali sequestrate (tonnellate) | 1 300 | 5 600 |
| Quantità sequestrata (tonnellate) UE e Norvegia (compresa Croazia e Turchia) | 853 (859) | 70 (96) |
| Numero di sequestri UE e Norvegia (compresa Croazia e Turchia) | 324 000 (325 000) | 227 000 (241 000) |
| Prezzo medio di vendita (EUR al grammo) Intervallo (intervallo interquartile) ⁽¹⁾ | 3-11 (5-9) | 1-12 (4-9) |
| Intervallo di potenza media (contenuto di THC) | 2-13 % | 1-10 % |

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

N.B.: tutti i dati sono riferiti al 2007, tranne le stime della produzione globale che riguardano il 2008.

Fonti: UNODC World drugs report (2009) (rapporto mondiale sulle droghe dell'UNODOC) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

⁽⁴⁴⁾ Per informazioni sulle fonti dei dati in materia di offerta e disponibilità di droga, cfr. pag. 42.

cannabis utilizzata in Europa tende a essere il risultato di traffico intraregionale.

Le foglie di cannabis in Europa vengono anche importate, per la maggior parte dall'Africa (ad esempio, Nigeria, Marocco, Ghana, Sud Africa) e, meno frequentemente, dall'Asia sudoccidentale (Pakistan) e dalle Americhe (Giamaica) (INCB, 2009a).

Nel 2008 la produzione mondiale di resina di cannabis è stata stimata tra le 2 200 e le 9 900 tonnellate (UNODC, 2009), con il Marocco che si conferma come principale produttore. La superficie dedicata alla coltivazione della sostanza è scesa da 134 000 a 76 400 ettari tra il 2003 e il 2005 (UNODC e governo del Marocco, 2007). La produzione di resina è riferita anche in altri paesi, tra cui Afghanistan e Pakistan (UNODC, 2009). La resina di cannabis prodotta in Marocco è generalmente contrabbandata in Europa attraverso la penisola iberica e i Paesi Bassi, per essere poi distribuita negli altri paesi europei.

Sequestri

Nel 2007, sono state sequestrate a livello mondiale 5 600 tonnellate di foglie di cannabis e 1 300 tonnellate di resina di cannabis, pari a un aumento globale di circa il 10 % rispetto all'anno precedente. La parte più consistente dei sequestri di foglie di cannabis avviene nell'America settentrionale (66 %), mentre i sequestri di resina si concentrano ancora nell'Europa centrale e occidentale (66 %) (UNODC, 2009).

Si calcola che nel 2007 siano stati effettuati 241 000 sequestri di cannabis in foglie in Europa, per un totale di 96 tonnellate⁽⁴⁵⁾. Il numero di sequestri è più che raddoppiato tra il 2002 e il 2007. La quantità di cannabis in foglie sequestrata è diminuita durante i primi due anni di questo periodo per poi aumentare, rimanendo tuttavia notevolmente inferiore alle 130 tonnellate sequestrate nel 2002. Il maggior numero di sequestri di foglie di cannabis è stato registrato nel Regno Unito, dove è stata realizzata circa la metà del totale dei sequestri effettuati tra il 2005 e il 2006. Nel 2007 la Turchia (25,5 tonnellate) e il Belgio (12,8 tonnellate) hanno riferito sequestri record di questa sostanza.

I sequestri di resina di cannabis in Europa superano quelli delle foglie di cannabis per numero e quantità⁽⁴⁶⁾. Nel 2007, sono stati effettuati circa 325 000 sequestri di resina di cannabis, e i quantitativi di sostanza recuperati sono stati di 859 tonnellate, pari a quasi nove volte la

quantità di foglie di cannabis sequestrata. Tra il 2002 e il 2007, il numero di sequestri di resina di cannabis è aumentato, mentre, negli stessi anni, i quantitativi recuperati hanno avuto un andamento oscillante. Un po' più della metà del numero totale di sequestri di resina di cannabis sono stati effettuati in Spagna per un ammontare pari a circa i tre quarti del quantitativo totale sequestrato nel 2007, mentre quantità record di resina di cannabis

Offerta e disponibilità di stupefacenti: dati e fonti

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

I sequestri di droga sono spesso considerati un indicatore indiretto dell'offerta, delle rotte di transito e della disponibilità di sostanze stupefacenti; sono un indicatore più diretto delle attività di applicazione della legge sugli stupefacenti (ad esempio priorità, risorse, strategie) e riflettono anche sia le prassi relative alla segnalazione che la vulnerabilità dei trafficanti. Per comprendere i mercati della droga al dettaglio possono essere esaminati anche i dati sulla purezza o sulla potenza e i prezzi al dettaglio delle sostanze, ma la disponibilità di questo tipo di informazioni può essere limitata e la loro attendibilità e comparabilità possono essere messe in discussione. Le informazioni di intelligence messe a disposizione dalle forze di polizia possono contribuire a completare il quadro.

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

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

⁽⁴⁵⁾ I dati sul sequestro di sostanze stupefacenti a livello europeo citati in questo capitolo possono essere reperiti nelle tabelle da SZR-1 a SZR-6 nel bollettino statistico 2009.

⁽⁴⁶⁾ A causa delle differenze dovute alle dimensioni delle spedizioni e alle distanze percorse, oltre alla necessità di attraversare i confini internazionali, il rischio di sequestro della resina di cannabis è maggiore rispetto a quello delle foglie di cannabis prodotte in loco.

sono state sequestrate da Belgio (59 tonnellate), Portogallo (43 tonnellate) e Turchia (6 tonnellate).

I sequestri di piante di cannabis sono aumentati costantemente dal 2002, raggiungendo, secondo le stime, i 15 000 casi nel 2007. I paesi citano le quantità sequestrate in base al numero delle piante o come una stima del peso. Il numero di piante sequestrate era di circa 1,5 milioni nel 2002 ed è passato a 2,4 milioni, una cifra che è rimasta relativamente stabile nel corso degli ultimi due anni. Il peso delle piante sequestrate è aumentato notevolmente nel corso del quinquennio raggiungendo le 27 tonnellate nel 2007, di cui 25 tonnellate riferite dalla Spagna.

Prezzo e potenza

La potenza dei prodotti di cannabis è determinata dal loro tenore in Δ^9 -tetraidrocannabinolo (THC), il principale principio attivo. La potenza della sostanza varia notevolmente sia da un paese all'altro sia all'interno dello stesso paese, nonché a seconda del campione di cannabis e del prodotto. Le informazioni sulla potenza della cannabis si basano principalmente sull'analisi forense della cannabis sequestrata, selezionata a campione. Non è chiaro in che misura i campioni analizzati rispecchiano la situazione del mercato globale, pertanto i dati sulla potenza della sostanza devono essere interpretati con cautela. Nel 2007, il tenore medio nazionale di THC riferito della resina di cannabis era compreso tra il 2,9 e il 13,3 %. La potenza media delle foglie di cannabis, escludendo la sinsemilla coltivata in casa («nederwiet») nei Paesi Bassi, era compresa tra l'1,2 e il 10,2 %. Nel quinquennio 2002-2007, la potenza media della cannabis, in resina o in foglie, è rimasta stabile o è diminuita nella maggior parte dei 16 paesi europei per i quali è stato possibile condurre l'analisi. Tuttavia, una tendenza all'aumento in relazione al contenuto medio di THC della resina di cannabis è stata registrata in Portogallo e nel Lussemburgo. Aumenti della potenza delle foglie di cannabis sono state osservati in cinque altri paesi. Le informazioni sulla potenza delle foglie di cannabis prodotte localmente nell'arco di parecchi anni sono disponibili solo per i Paesi Bassi, dove è stato osservato di recente un calo nella potenza media del *nederwiet*, che è passata da un picco del 20,3 % nel 2004 al 16,0 % nel 2006, mantenendo lo stesso livello nel 2007 ⁽⁴⁷⁾.

Il prezzo al dettaglio medio della resina di cannabis, nel 2007, variava dai 3 agli 11 euro al grammo nei 18 paesi che hanno fornito le informazioni; la metà di essi ha riferito valori compresi tra 5 e 9 euro. Il prezzo al dettaglio medio delle foglie di cannabis varia tra 1 e 12 euro al grammo nei 17 paesi che hanno fornito le

informazioni e circa la metà di questi ha riferito prezzi compresi tra 4 e 9 euro. Per gli 11 paesi i cui dati coprono il periodo 2002-2007, il prezzo medio al dettaglio della resina di cannabis, adeguato all'inflazione, è diminuito. Negli stessi anni, i dati disponibili per le foglie di cannabis indicano una situazione più stabile.

Prevalenza e modelli di consumo

Uso della cannabis tra la popolazione generale

Si calcola in via conservativa che la cannabis sia stata utilizzata almeno una volta (prevalenza una tantum) da circa 74 milioni di europei, vale a dire da più di una persona su cinque in età compresa tra i 15 e i 64 anni (cfr. la tabella 3 per una sintesi dei dati). Vi sono differenze notevoli tra un paese e l'altro, tali per cui i dati nazionali oscillano tra l'1,5 e il 38,6 %. La maggioranza dei paesi riferisce stime comprese tra il 10 e il 30 %.

Molti paesi registrano livelli di prevalenza comparativamente alti con riferimento al consumo di cannabis nell'ultimo mese e nell'ultimo anno. Si ritiene che circa 22,5 milioni di europei abbiano utilizzato la cannabis nell'ultimo anno, pari, in media, al 6,8 % circa di tutti i cittadini tra i 15 e i 64 anni di età. Le stime della prevalenza nell'ultimo mese comprendono anche quei soggetti che fanno uso di cannabis con più regolarità, anche se non necessariamente in modo intensivo. Si calcola infine che circa 12 milioni di europei abbiano utilizzato questa sostanza nell'ultimo mese, un dato questo che corrisponde a circa il 3,6 % di tutti coloro che rientrano nella fascia di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Consumo di cannabis tra giovani adulti

Il consumo della cannabis si concentra prevalentemente tra i giovani adulti (15-34 anni), tra i quali si ritiene che raggiunga generalmente i livelli massimi nella fascia di età dei 15-24 anni. Ciò avviene in quasi tutti i paesi europei tranne il Portogallo ⁽⁴⁸⁾.

Secondo dati provenienti da indagini condotte sulla popolazione, in media il 31,1 % dei giovani adulti europei (15-34 anni) ha utilizzato la cannabis almeno una volta nella vita, mentre il 12,5 % ne ha fatto uso nell'ultimo anno e il 6,8 % nell'ultimo mese. Si ritiene che una percentuale ancora più alta di europei appartenenti alla fascia dei 15-24 anni abbia utilizzato la cannabis nell'ultimo anno (15,9 %) o nell'ultimo mese (8,3 %). Le stime nazionali sulla prevalenza del consumo di cannabis variano marcatamente da un paese all'altro, a ciascun

⁽⁴⁷⁾ Cfr. le tabelle PPP-1 e PPP-5 nel bollettino statistico 2009 per i dati sulla potenza e sui prezzi.

⁽⁴⁸⁾ Cfr. i grafici GPS-1 nel bollettino statistico 2009.

livello, con i paesi che hanno i tassi di prevalenza maggiori che riferiscono valori fino a dieci volte superiori rispetto agli Stati con i tassi di prevalenza più bassi.

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

Consumo di cannabis tra gli studenti

L'indagine ESPAD⁽⁴⁹⁾ fornisce dati confrontabili su alcol e consumo di droga tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni in Europa (Hibell e al., 2009). Nel 2007, l'indagine è stata condotta in 25 Stati membri dell'UE, in Norvegia e in Croazia. Alcuni paesi (ad esempio, Spagna, Svezia, Regno Unito) conducono le proprie indagini nazionali che forniscono dati, anche sul consumo di cannabis, confrontabili con le indagini ESPAD (*European school project on alcohol and other drugs*, Indagine europea nelle scuole sul consumo di alcol e altre

droghe) e HBSC (*Health-Behaviour in School-aged Children*, Comportamenti collegati alla salute in ragazzi di età scolare).

I dati dell'indagine ESPAD 2007 rivelano che le percentuali più elevate di prevalenza una tantum in riferimento al consumo di cannabis tra studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni sono nella Repubblica ceca (45 %) (50), mentre Estonia, Francia, Paesi Bassi, Slovacchia e Regno Unito riferiscono livelli di prevalenza che oscillano tra il 26 e il 32 %. Livelli di prevalenza di consumo una tantum di cannabis compresi tra il 13 e il 25 % sono stati comunicati da 15 paesi. I livelli più bassi (inferiori al 10 %) sono stati riferiti da Grecia, Cipro, Romania, Finlandia, Svezia e Norvegia. Nel complesso, la prevalenza di consumo una tantum di cannabis tra gli studenti varia poco tra i sessi.

I livelli più alti di prevalenza di consumo di cannabis nell'ultimo mese precedente all'indagine tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni in Europa sono stati registrati in Spagna (20 %) e nella Repubblica ceca (18 %) (51).

Le indagini nella popolazione: uno strumento importante per comprendere i modelli e le tendenze del consumo di stupefacenti in Europa

Il consumo di stupefacenti presso la popolazione in generale o nelle scuole può essere misurato con indagini rappresentative, che servono a stimare la percentuale della popolazione che dichiara di aver fatto uso di determinate sostanze in determinati periodi di tempo. Queste indagini offrono anche informazioni contestuali utili sui modelli di consumo, le caratteristiche sociodemografiche dei consumatori, la percezione dei rischi e la disponibilità delle sostanze.

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

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

Delle tre unità temporali di misurazione del consumo di stupefacenti utilizzate per riferire i dati delle indagini, la prevalenza una tantum (il consumo di droga in un momento qualsiasi della vita) è quella più ampia. Questa unità di misura non riflette la situazione attuale del consumo di stupefacenti tra gli adulti, ma è utile per gettare uno sguardo sui modelli di consumo e l'incidenza. Per gli adulti, le fasce di età standard considerate dall'OEDT sono 15-64 anni (tutti gli adulti) e 15-34 anni (giovani adulti) e l'attenzione è concentrata sugli intervalli temporali dell'ultimo anno e dell'ultimo mese (consumo negli ultimi 12 mesi o negli ultimi 30 giorni prima dell'indagine) (1).

Per gli studenti delle scuole il consumo una tantum e la prevalenza nell'ultimo anno sono simili, poiché il consumo di droghe illegali prima dei 15 anni è raro.

Il progetto di indagine europea nelle scuole sul consumo di alcol e altre droghe (ESPAD) impiega metodi e strumenti standardizzati per misurare il consumo di droga e di alcol tra campioni rappresentativi di studenti delle scuole di età compresa tra 15 e 16 anni. Le indagini sono state condotte nel 1995, 1999, 2003 e 2007. Nel 2007, i dati sono stati raccolti in 35 paesi, compresi 25 Stati membri dell'UE, la Norvegia e la Croazia (2).

(1) Per ulteriori informazioni, consultare il sito <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>

(2) Una sintesi dei risultati principali dell'indagine ESPAD del 2007 è disponibile in 23 lingue (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). La relazione completa è disponibile online sul sito web dell'ESPAD (<http://www.espad.org>).

(49) Cfr. il riquadro sulle indagini condotte presso la popolazione, pag. 44.

(50) Cfr. il grafico EYE-1 (parte ii) nel bollettino statistico 2009.

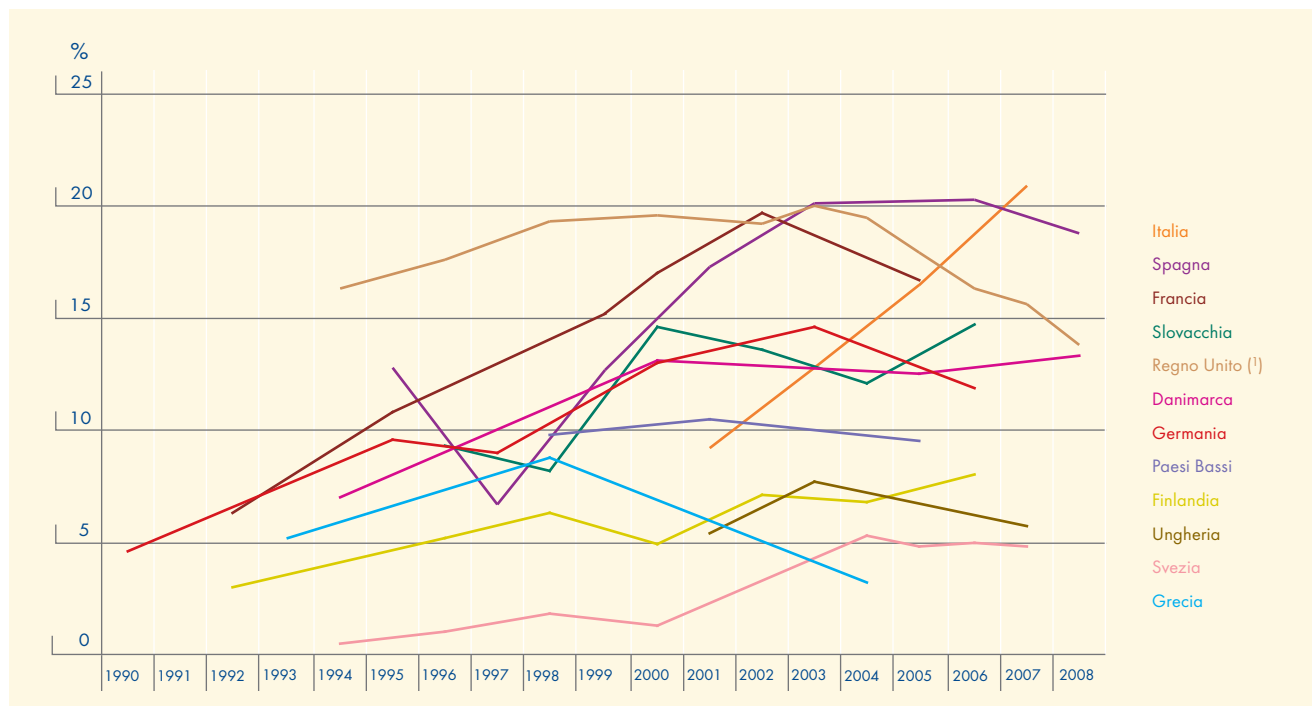
(51) Cfr. il grafico EYE-1 (parte i) nel bollettino statistico 2009.

Tabella 3: prevalenza del consumo di cannabis nella popolazione generale: sintesi dei dati

| Fascia di età | Periodo di consumo | | |
|---|--|--|--|
| | Una tantum | Ultimo anno | Ultimo mese |
| 15-64 anni | | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 74 milioni | 22,5 milioni | 12 milioni |
| Media europea | 22,1 % | 6,8 % | 3,6 % |
| Range | 1,5-38,6 % | 0,4-14,6 % | 0,1-7,2 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulgaria (5,6 %) Cipro (6,6 %) | Romania (0,4 %) Malta (0,8 %) Grecia (1,7 %) Bulgaria (1,9 %) | Romania (0,1 %) Malta (0,5 %) Svezia (0,6 %) Lituania (0,7 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Danimarca (38,6 %) Italia (31,2 %) Francia (30,6 %) Regno Unito (30,0 %) | Italia (14,6 %) Spagna (10,1 %) Repubblica ceca (9,3 %) Francia (8,6 %) | Italia (7,2 %) Spagna (7,1 %) Francia, Repubblica ceca (4,8 %) |
| 15-34 anni | | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 41,5 milioni | 17 milioni | 9 milioni |
| Media europea | 31,1 % | 12,5 % | 6,8 % |
| Range | 2,9-48,0 % | 0,9-20,9 % | 0,3-13,4 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (2,9 %) Malta (4,8 %) Cipro (9,9 %) Grecia (10,8 %) | Romania (0,9 %) Malta (1,9 %) Grecia (3,2 %) Cipro (3,4 %) | Romania (0,3 %) Svezia (1,3 %) Grecia, Lituania (1,5 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Danimarca (48,0 %) Francia (43,6 %) Regno Unito (40,1 %) Repubblica ceca (38,3 %) | Italia (20,9 %) Repubblica ceca (19,3 %) Spagna (18,8 %) Francia (16,7 %) | Spagna (13,4 %) Italia (10,4 %) Repubblica ceca, Francia (9,8 %) |
| 15-24 anni | | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 19 milioni | 10 milioni | 5 milioni |
| Media europea | 30,5 % | 15,8 % | 8,3 % |
| Range | 3,7-43,9 % | 1,5-28,2 % | 0,5-16,9 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (3,7 %) Malta (4,9 %) Cipro (6,9 %) Grecia (9,0 %) | Romania (1,5 %) Grecia, Cipro (3,6 %) Svezia (6,0 %) Portogallo (6,6 %) | Romania (0,5 %) Grecia (1,2 %) Svezia (1,6 %) Cipro, Lituania (2,0 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Repubblica ceca (43,9 %) Francia (42,0 %) Danimarca (41,1 %) Germania (39,0 %) | Repubblica ceca (28,2 %) Spagna (24,1 %) Italia (22,6 %) Francia (21,7 %) | Spagna (16,9 %) Repubblica ceca (15,4 %) Francia (12,7 %) Italia (11,5 %) |

Le stime della prevalenza europea si basano su medie ponderate ricavate dalle ultime indagini nazionali eseguite dal 2001 al 2008 (principalmente 2004-2008), pertanto non possono essere collegate a un unico anno. La prevalenza media in Europa è stata calcolata con una media ponderata basata sulla popolazione del relativo gruppo di età per ciascun paese. Nei paesi per i quali non sono disponibili informazioni è stata attribuita la prevalenza UE media. Popolazioni utilizzate quale base: fascia 15-64 (334 milioni), 15-34 (133 milioni) e 15-24 (63 milioni). I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» nel bollettino statistico 2009.

Grafico 3: andamento della prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cannabis tra i giovani adulti (15-34 anni)



(!) Inghilterra e Galles.

N.B.: Cfr. il grafico GPS-4 nel bollettino statistico 2009 per ulteriori informazioni.

Fonti: relazioni nazionali Reitox (2008) sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

Confronti sul piano internazionale

I dati relativi all'Europa possono essere confrontati con quelli provenienti da altre zone del mondo. Negli Stati Uniti, per esempio, l'indagine nazionale su consumo di droga e salute (Samhsa, 2007) ha stimato una prevalenza un tantum del consumo di cannabis del 49 % tra i giovani adulti (nella fascia di età di 15-34 anni, ricalcolata dall'OEDT) e una prevalenza dell'ultimo anno del 21 %. Per la stessa fascia di età, in Canada (2004) la prevalenza un tantum del consumo di cannabis era del 58 % e la prevalenza nell'ultimo anno era del 28 %, mentre in Australia (2007) le cifre erano rispettivamente il 47 e il 16 %. Tutti questi valori sono superiori alle medie europee corrispondenti, che sono rispettivamente del 31,1 % e del 12,5 %.

Tra gli studenti, solo la Spagna e la Repubblica ceca riferiscono livelli di prevalenza un tantum del consumo di cannabis paragonabili a quelli registrati negli Stati Uniti e in Australia.

Tendenze relative al consumo di cannabis

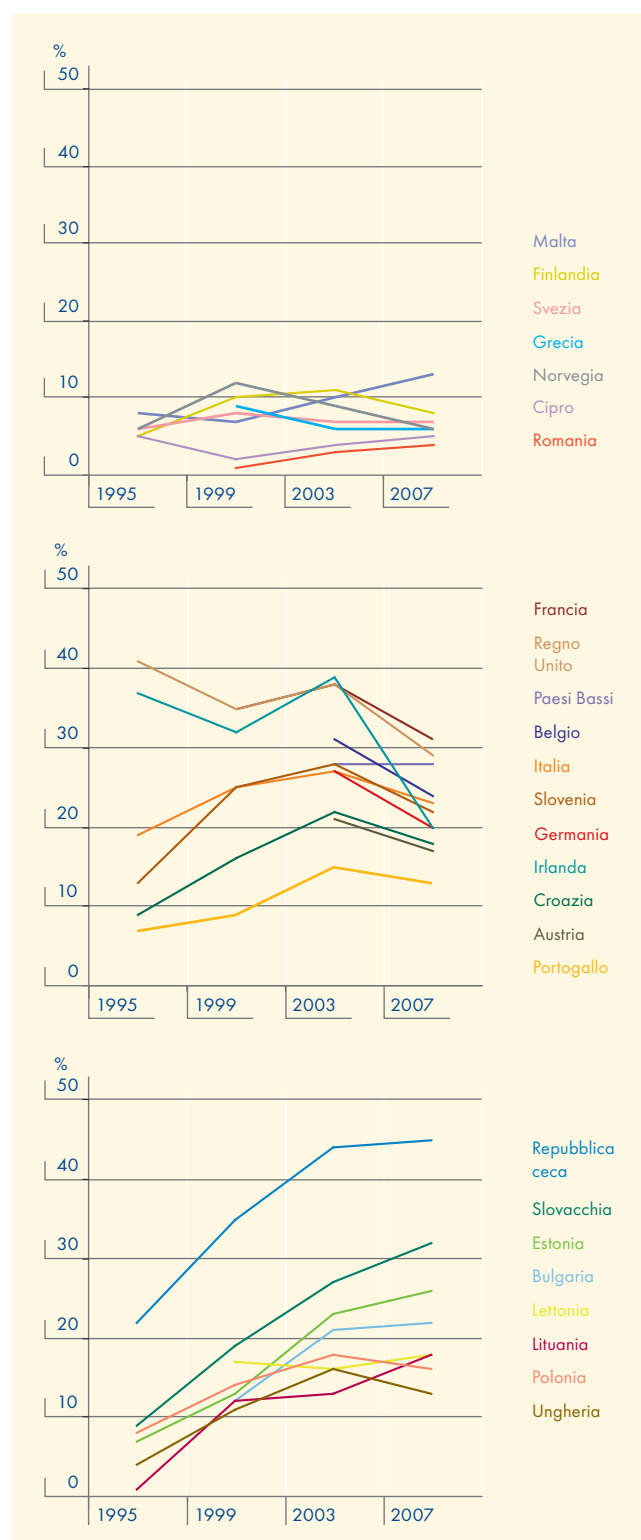
Dati emersi dalle indagini nazionali trasmessi all'OEDT indicano che in quasi tutti i paesi dell'UE il consumo di cannabis è aumentato significativamente negli anni novanta, in particolare tra i giovani (grafico 3) e tra gli

studenti. All'inizio del millennio, nella maggior parte dei paesi europei una percentuale significativa di giovani aveva provato la cannabis o ne faceva tuttora uso, come illustrato dal fatto che, tra il 1998 e il 2003, la prevalenza un tantum del consumo di cannabis nella fascia di età 15-34 aveva raggiunto livelli superiori al 30 % in sette paesi e aveva superato il 40 % in altri due casi. I livelli corrispondenti di prevalenza riferita all'ultimo anno avevano raggiunto il 15-20 % in sette paesi e la prevalenza nell'ultimo mese l'8-15 % in sei paesi.

Desta particolare interesse la tendenza del consumo di cannabis nel Regno Unito. All'inizio e alla metà degli anni novanta, il paese ha riferito le più alte stime sulla prevalenza in Europa. Questo scenario si è modificato progressivamente, mentre, negli altri paesi, i livelli di consumo continuavano a crescere. Inoltre, si è osservato un calo costante del consumo di cannabis a partire dal 2003, in particolare nella fascia di età compresa tra i 16 e i 24 anni⁽⁵²⁾, il che suggerisce l'ipotesi di un cambiamento a livello generazionale. Un orientamento verso il basso o una tendenza alla stabilizzazione possono ora essere osservate altrove, sia nei dati di inchieste condotte presso le scuole che tra la popolazione generale. Quattro degli 11 paesi per i quali è possibile analizzare la tendenza della prevalenza dell'ultimo anno dei giovani adulti nel quinquennio 2002-2007, hanno

⁽⁵²⁾ Cfr. il grafico GPS-10 nel bollettino statistico 2009.

Grafico 4: diversi modelli nell'andamento della prevalenza di consumo di cannabis tra studenti (15-16 anni)



Fonte: ESPAD.

riferito cali almeno del 15 % rispetto al valore iniziale mentre in altri quattro paesi la situazione appare stabile ⁽⁵³⁾. In tre paesi, i livelli di prevalenza sono aumentati almeno del 15 %, nonostante altri dati mettano in questione questo orientamento verso l'alto.

Tendenze tra gli studenti

Tra il 1995 e il 2003, in numerosi paesi europei, si sono verificati aumenti nel consumo di cannabis oltre che per gli adulti anche per gli studenti, ma, in generale, in tempi più recenti, tali aumenti hanno subito un arresto o un calo. Solo due dei paesi monitorati dall'OEDT che hanno partecipato alle indagini ESPAD presso le scuole nel 2007 (Lituania, Slovacchia) hanno riferito un aumento di oltre tre punti in percentuale del consumo una tantum di cannabis dal 2003, mentre in nove paesi, nello stesso periodo, è stato registrato un calo equivalente ⁽⁵⁴⁾. Anche i dati dell'indagine nelle scuole comunicati da Stati Uniti e Australia rivelano un andamento in calo, osservato per la prima volta in Australia nel 1999 ⁽⁵⁵⁾.

In Europa sono stati riscontrati modelli diversi di evoluzione delle tendenze nel tempo riguardo al consumo di cannabis tra gli studenti tra il 1995 e il 2007 (grafico 4). In sette paesi, situati principalmente nell'Europa settentrionale e meridionale (Grecia, Cipro, Malta, Romania, Finlandia, Svezia, Norvegia), la prevalenza di consumo di cannabis una tantum è rimasta globalmente stabile e bassa durante l'intero periodo. La maggior parte dei paesi dell'Europa occidentale, oltre a Croazia e Slovenia, che avevano una prevalenza di consumo di cannabis una tantum elevata o marcatamente in crescita fino al 2003, hanno osservato un calo o una stabilizzazione nel 2007. Tra questi 11 paesi, nove hanno riferito un calo superiore a tre punti in percentuale e due si sono mantenuti stabili. La situazione appare piuttosto diversa nella maggior parte dell'Europa centrale e orientale, dove la tendenza all'aumento osservata tra il 1995 e il 2003 sembra essersi appianata. In questa regione, sei paesi riferiscono una situazione stabile e due un aumento superiore a tre punti in percentuale ⁽⁵⁶⁾.

In alcuni paesi europei, gli aumenti nell'uso di cannabis una tantum tra gli studenti negli anni compresi tra il 1995 e il 2003 sono stati accompagnati da aumenti nella prevalenza del consumo una tantum di sigarette. Dal 2003, entrambi gli orientamenti hanno subito un'inversione di tendenza in molti paesi, suggerendo l'esistenza di un possibile collegamento tra il consumo di tabacco e quello di cannabis tra i giovani ⁽⁵⁷⁾.

⁽⁵³⁾ Laddove non è stato possibile reperire informazioni sugli anni esatti, sono state utilizzate le informazioni dell'anno precedente o seguente.

⁽⁵⁴⁾ L'indagine ESPAD considera come indici di cambiamento gli aumenti o i cali superiori ai tre punti in percentuale.

⁽⁵⁵⁾ Cfr. il grafico EYE-1 (parte xii) nel bollettino statistico 2009.

⁽⁵⁶⁾ Cfr. il grafico EYE-1 (parte xiii) nel bollettino statistico 2009.

⁽⁵⁷⁾ Cfr. la questione specifica sulla poliassunzione.

Modelli del consumo di cannabis

I dati disponibili riflettono l'esistenza di una certa varietà di modelli di consumo di cannabis. Tra le persone di età compresa tra i 15 e i 64 anni che hanno provato la cannabis almeno una volta nella vita, solo il 30 % ne ha fatto uso nell'ultimo anno ⁽⁵⁸⁾. Tuttavia, tra coloro che l'hanno usata nell'ultimo anno, una media del 50 % lo ha fatto nell'ultimo mese e le ricerche recenti mostrano che l'uso ripetuto di questa sostanza può essere stabile nel corso di lunghi periodi di tempo persino tra i giovani consumatori (Perkonig, 2008).

Produrre stime sui modelli di consumo intensivo o di lungo termine è importante per la salute pubblica data la sua correlazione con conseguenze negative quali problemi respiratori, scarsi risultati scolastici o dipendenza (Hall e Solowij, 1998). Il consumo quotidiano o pressoché quotidiano, (in 20 o più giorni nell'arco degli ultimi 30) è attualmente il migliore indicatore confrontabile del consumo intensivo. I dati su questo tipo di consumo di cannabis in Europa sono stati raccolti nel 2007/2008 nell'ambito di uno studio sul campo (*field trial*) coordinato dall'OEDT in collaborazione con gli esperti nazionali e i punti focali Reitox di 13 paesi, la cui popolazione rappresenta il 77 % della popolazione adulta dell'UE (15-64). Sulla base di questi dati si ritiene che più dell'1 % di tutta la popolazione europea adulta, pari a circa 4 milioni di persone, faccia uso di cannabis con frequenza quotidiana o quasi quotidiana. La maggior parte di queste persone (circa 3 milioni) ha un'età compresa tra i 15 e i 34 anni e rappresenta circa il 2-2,5 % di tutti i cittadini europei di questa fascia di età ⁽⁵⁹⁾.

Data la scarsità di dati è difficile valutare le tendenze nel consumo intensivo di cannabis. Dei sette paesi che hanno fornito dati sulle tendenze recenti, quattro (Spagna, Francia, Italia, Portogallo) hanno riferito un aumento della prevalenza del consumo di cannabis quotidiano, uno ha comunicato una situazione stabile (Irlanda) mentre solo due hanno riferito un calo (Grecia, Paesi Bassi) ⁽⁶⁰⁾. Questi risultati indicano un possibile incremento globale del numero di consumatori intensivi di cannabis in Europa nell'arco dell'ultimo decennio.

Sempre più spesso la dipendenza da cannabis è riconosciuta come una possibile conseguenza del

consumo regolare della sostanza, anche se la pericolosità e gli effetti di questa abitudine possono sembrare meno gravi di quelli comunemente riscontrati per altre sostanze psicoattive (ad esempio eroina o cocaina). L'impatto generale delle forme intensive di consumo della sostanza sulla salute pubblica può essere significativo, poiché la percentuale di individui che utilizza la cannabis in modo regolare è in leggero aumento.

I consumatori, in particolare i consumatori pesanti, possono anche sperimentare problemi senza necessariamente soddisfare i criteri clinici della dipendenza.

Gli studi mostrano che lo sviluppo della dipendenza da cannabis è meno brusco rispetto alle altre droghe (ad esempio, cocaina) e che tra i consumatori che ne hanno fatto uso almeno una volta nella vita, la proporzione di coloro che sviluppano dipendenza non supera il 10 % (Wagner e Anthony, 2002). Dai dati ottenuti dalle indagini condotte sulla popolazione generale degli Stati Uniti, è stata rilevata dipendenza nel 20-30 % dei consumatori quotidiani ⁽⁶¹⁾. Altri studi suggeriscono che la dipendenza da cannabis può essere relativamente stabile nel tempo (Swift e al., 2000). Ciononostante, probabilmente oltre la metà dei consumatori dipendenti da cannabis che smettono di assumere la droga sono in grado di farlo senza terapia (Cunningham, 2000; Ellingstad e al., 2006).

Modelli del consumo tra gli studenti

Le indagini ESPAD 2007 mostrano anche che il consumo di cannabis una tantum è correlato con le percezioni di basso rischio e maggiore disponibilità della droga ⁽⁶²⁾. I consumatori di cannabis, se confrontati con la popolazione generale di studenti, sono più inclini a utilizzare alcol, tabacco e altre sostanze illecite ⁽⁶³⁾.

I nuovi dati dello studio ESPAD fanno anche luce su modelli più intensivi di consumo di cannabis. In dieci paesi europei, una percentuale che oscilla tra il 5 e il 12 % di studenti di sesso maschile di età compresa tra 15 e 16 anni ha riferito di avere utilizzato cannabis in 40 o più occasioni. Questa proporzione rappresenta almeno il doppio di quella riscontrata presso le femmine e rafforza gli altri dati che mostrano come i modelli intensivi di consumo siano più comuni tra i maschi che tra le

⁽⁵⁸⁾ Cfr. il grafico GPS-2 nel bollettino statistico 2009.

⁽⁵⁹⁾ Le medie europee rappresentano una stima approssimativa basata su una media ponderata (per la popolazione) per i paesi per cui vi sono informazioni disponibili. Per i paesi per cui non vi sono informazioni disponibili, invece, il risultato medio è figurativo. Le cifre così ottenute sono l'1,2 % per tutti gli adulti (15-64 anni) e il 2,3 % per i giovani adulti (15-34 anni). Cfr. la tabella tabella GPS-7 nel bollettino statistico 2009.

⁽⁶⁰⁾ Cfr. la tabella GPS-7 nel bollettino statistico 2009.

⁽⁶¹⁾ Analisi dei dati ottenuti dall'indagine sulla popolazione nazionale per gli Stati Uniti tra il 2000 e il 2006. Strumento di analisi online dell'NSDUH: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, ultimo accesso il 25 febbraio 2008, esaminato utilizzando le variabili MJDAY30A e DEPNDMRJ.

⁽⁶²⁾ Cfr. il grafico EYE-1 (parte v) e (parte vi) nel bollettino statistico 2009.

⁽⁶³⁾ Cfr. la questione specifica sulla poliassunzione.

femmine. L'inizio precoce del consumo è stato associato con il successivo sviluppo di forme più intensive e problematiche di consumo di droga. Nella maggior parte dei dieci paesi con tassi relativamente elevati di frequenza di consumo, una percentuale di studenti compresa tra il 5 e il 9 % ha riferito di avere iniziato a consumare cannabis all'età di 13 anni o prima ⁽⁶⁴⁾.

Brevi scale di valutazione per misurare le forme problematiche di consumo della cannabis nelle indagini sulla popolazione generale

Vi sono prove secondo cui la dipendenza da cannabis può essere misurata nella popolazione generale con la stessa attendibilità rilevata nei campioni di consumatori sottoposti a terapia, compresa la misurazione dei sintomi di astinenza (Mennes e al., 2009). Pertanto l'OEDT sta sviluppando, in collaborazione con diversi paesi, metodi di monitoraggio delle forme più intensive e rilevanti a lungo termine del consumo di cannabis.

Negli ultimi anni sono state provate diverse metodologie per valutare, nell'ambito di indagini sulla popolazione generale, la prevalenza di forme intensive e problematiche del consumo di stupefacenti, principalmente della cannabis. Esperti tedeschi hanno esaminato la letteratura e il lavoro attualmente svolto in questo campo e hanno individuato quattro brevi scale di valutazione della cannabis che sono state provate su campioni di popolazione generale in Europa. Si tratta della Severity of Dependence Scale (SDS), del Problematic Use of Marijuana (PUM), del Cannabis Abuse Screening Test (CAST) e del Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) (Piontek e al., 2008). Queste scale comprendono da quattro a dieci elementi e le loro proprietà psicometriche (ad esempio la loro capacità di distinguere i casi dai non casi in maniera coerente e in conformità con il concetto desiderato di dipendenza da cannabis o di problemi) sono state considerate in genere molto buone.

Tuttavia rimangono alcune difficoltà in questo campo a causa della mancanza di consenso riguardo a quale struttura (ad esempio dipendenza, abuso, consumo dannoso, problemi legati al consumo) o serie di strutture dovrebbero essere misurate per valutare le forme problematiche del consumo di cannabis. Esistono anche difficoltà di valutazione, poiché le misure di un fenomeno con una bassa prevalenza possono produrre molti casi «falsamente positivi» e, pertanto, una sopravvalutazione del consumo problematico di cannabis nella popolazione generale. Ulteriori studi di convalida, attualmente in corso o pianificati, potrebbero aiutare a superare queste difficoltà.

Trattamento

Domanda di trattamento

Nel 2007, la cannabis era la droga principale in circa il 20 % delle richieste di trattamento (73 000 pazienti), diventando così la sostanza più segnalata dopo l'eroina. Le differenze da un paese all'altro rimangono tuttavia marcate, per cui la cannabis è citata tra le principali cause sottese all'avvio di un trattamento da meno del 5 % dei pazienti in Bulgaria, Lituania e Slovenia, mentre è segnalata da più del 30 % dei pazienti in terapia in Danimarca, Francia, Ungheria, Paesi Bassi e Turchia. Tali differenze possono essere spiegate dalla prevalenza dell'uso della cannabis, dalle esigenze terapeutiche, dall'erogazione e organizzazione della terapia o dalle prassi di affidamento ai servizi sanitari. Nei due paesi con le proporzioni più elevate di pazienti in trattamento per la cannabis, i centri di consulenza sono rivolti ai giovani consumatori della sostanza in Francia e ai condannati per reati connessi al consumo di cannabis in Ungheria viene offerta la possibilità di sottoporsi al trattamento in alternativa alla pena. Le autorità giudiziarie svolgono un ruolo sostanziale nell'indirizzare i soggetti alle strutture di cura in entrambi i paesi, tuttavia, nel complesso, gli Stati membri riferiscono che la maggior parte dei consumatori di cannabis che si sottopongono al trattamento in Europa lo fanno di propria iniziativa.

I pazienti in terapia ambulatoriale per consumo di cannabis dichiarano di utilizzare anche altri stupefacenti. In base a una raccolta dati eseguita in 14 paesi, l'85 % dei pazienti assume un'altra sostanza, per la maggior parte alcol (65 %) o cocaina (13 %) e alcuni riferiscono il consumo sia di alcol che di cocaina (12 %) ⁽⁶⁵⁾.

Tendenze nelle nuove domande di trattamento

Nei 19 paesi per i quali sono disponibili i dati, il numero e la proporzione di pazienti che riferiscono un consumo primario di cannabis tra quelli che si sottopongono al trattamento per la prima volta è aumentato da circa 19 000 a 34 000 (dal 25 al 31 %) nel periodo 2002-2007 ⁽⁶⁶⁾. Tuttavia, questa tendenza sembra avere subito un'interruzione tra il 2006 e il 2007, quando la maggior parte dei paesi ha riferito una percentuale in calo o stabile di nuovi consumatori di cannabis. Ciò potrebbe essere collegato alle recenti tendenze sul consumo di questa sostanza, ma possono anche rispecchiare cambiamenti nelle prassi di segnalazione, saturazione della capacità di servizio o utilizzo di altri servizi (ad esempio, assistenza sanitaria primaria, centri di salute mentale).

⁽⁶⁴⁾ Cfr. il grafico EYE-1 (parte iii) e (parte vii) nel bollettino statistico 2009.

⁽⁶⁵⁾ Cfr. la questione specifica sulla poliassunzione.

⁽⁶⁶⁾ Cfr. i grafici TDI-1 e TDI-2 e le tabelle TDI-3 (parte iv) e TDI-5 (parte ii) nel bollettino statistico 2009.

Profili dei pazienti

I consumatori di cannabis che iniziano la terapia in regime ambulatoriale in Europa sono prevalentemente giovani di sesso maschile, con rapporto uomo-donna di 5,5:1 e hanno in media circa 25 anni ⁽⁶⁷⁾. Tra i consumatori di droga che si sottopongono per la prima volta a un trattamento ambulatoriale, il consumo primario di cannabis è segnalato dal 67 % dei pazienti della fascia di età di 15-19 anni ⁽⁶⁸⁾ e dal 78 % quelli di età inferiore ai 15 anni.

Nel complesso, il 24 % dei soggetti in trattamento ambulatoriale che riferiscono un consumo primario di cannabis sono consumatori occasionali, probabilmente indirizzati ai servizi terapeutici dalle autorità giudiziarie; il 12 % consuma cannabis una volta alla settimana o meno spesso; circa il 18 % ne fa uso da 2 a 6 volte alla settimana e il 47 % la consuma quotidianamente e rappresenta il gruppo più problematico. Sono state osservate differenze significative tra i diversi paesi. In Ungheria, Romania e Croazia, la maggioranza dei pazienti è costituita da consumatori occasionali mentre in Belgio, Danimarca, Spagna, Francia, Malta e Paesi Bassi la maggior parte dei pazienti sono consumatori quotidiani ⁽⁶⁹⁾. Uno studio francese condotto tra i pazienti di centri di consulenza specializzati, ha riscontrato che il 63 % dei consumatori quotidiani di cannabis aveva sviluppato dipendenza (Obradovic, 2008).

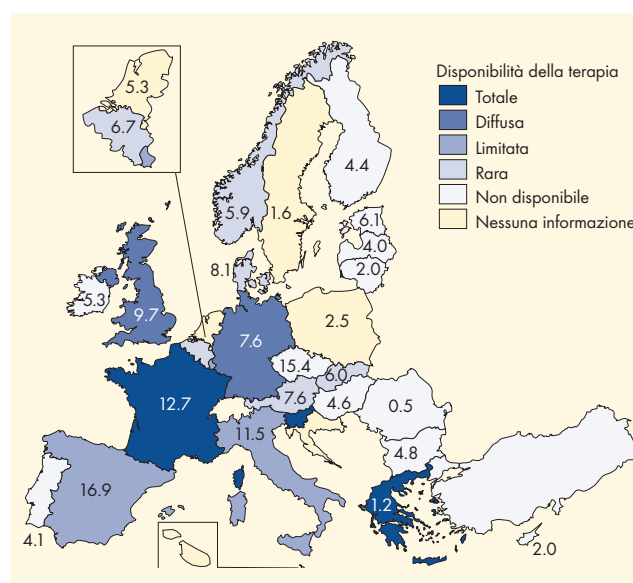
Molti dei pazienti con problemi di cannabis sono ancora studenti e hanno un alloggio stabile (OEDT, 2008a). Tuttavia, in Francia il 34 % ha frequentato istituti tecnici, rispetto alla percentuale del 6,8 % della popolazione generale (Obradovic, 2008) e questo dato rispecchia un livello di istruzione più basso.

Il rapporto tra consumo di cannabis e problemi psichiatrici comorbili resta una questione complessa e irrisolta (OEDT, 2008a). Tuttavia, gli studi hanno riscontrato che i soggetti affetti da problemi psichiatrici, in particolare schizofrenia, hanno un rischio maggiore di sviluppare un consumo intensivo di cannabis (Henquet e al., 2005). Inoltre, esistono prove evidenti del fatto che il consumo di cannabis possa influire negativamente sui soggetti con problemi psichiatrici preesistenti (ACMD, 2008). Può essere relativamente comune per i servizi per tossicodipendenti vedere adolescenti indirizzati al trattamento per problemi di cannabis affetti da problemi psichiatrici soggiacenti (Schroder e al., 2008). Ciò potrebbe succedere perché non cercano o non trovano un trattamento adeguato ai loro disturbi presso i normali centri di salute mentale (Zachrisson e al., 2006).

Messa a disposizione di trattamenti

I programmi di trattamento specifici per i consumatori di cannabis possono erogare servizi su misura per le esigenze di questo gruppo e possono anche ridurre il rischio che i giovani vengano a contatto con consumatori di droga più adulti e problematici. Nel 2008, l'OEDT ha raccolto informazioni sulla disponibilità di tali programmi in Europa. Gli esperti nazionali hanno riferito la loro esistenza in 13 dei 25 paesi dichiaranti (grafico 5). La disponibilità dei servizi varia da paese a paese. Si stima che la terapia sia disponibile per quasi tutti i consumatori che chiedono di essere curati in Francia, Grecia e Slovenia, per oltre la metà dei richiedenti in Germania e nel Regno Unito e solo per una minoranza nei restanti otto

Grafico 5: disponibilità di specifici programmi terapeutici per i consumatori di cannabis e prevalenza nell'ultimo mese del consumo di cannabis (%) tra i giovani di 15-24 anni



N.B.: La disponibilità è definita dalla percentuale stimata di consumatori di cannabis che richiedono un trattamento in grado di riceverlo: quasi tutti (totale), la maggioranza, ma non tutti (diffusa), più di alcuni, ma non la maggioranza (limitata), soltanto alcuni (rara), non disponibile.

I dati sulla disponibilità di programmi terapeutici specifici sono stati forniti da esperti nazionali, valutando il grado in cui la capacità terapeutica corrisponde alla domanda di consumatori di cannabis che ricercano attivamente il trattamento. Programmi specifici possono fornire un trattamento strutturato ai consumatori di cannabis problematici, sostegno ai parenti, consulenza ai consumatori di cannabis non problematici o ai giovani autori di reati. L'esistenza di tali programmi viene riferita nei Paesi Bassi ma non sono note informazioni sulla loro disponibilità. La prevalenza nell'ultimo mese del consumo di cannabis tra i giovani di 15-24 anni di età offre un'indicazione della percentuale di giovani che possono entrare in contatto con tali programmi. Non indica l'esigenza terapeutica o il livello del consumo problematico di cannabis in un paese.

Per ulteriori informazioni sul trattamento cfr. la tabella GPS-16 nel bollettino statistico 2009.

Fonti: punti focali nazionali Reitox.

⁽⁶⁷⁾ Cfr. la tabella TDI-21 (parte ii) nel bollettino statistico 2009.

⁽⁶⁸⁾ Cfr. la tabella TDI-10 (parte iv) e (parte vi) nel bollettino statistico 2009.

⁽⁶⁹⁾ Cfr. le tabelle TDI-18 (parte i) e TDI-111 (parte viii) nel bollettino statistico 2009.

paesi. Tra i 12 paesi in cui non esistono programmi specifici per consumatori di cannabis, in Bulgaria, Repubblica ceca, Estonia, Cipro, Romania e Turchia è in corso la pianificazione per metterli a disposizione nell'arco dei prossimi tre anni.

Programmi di trattamento per consumatori di cannabis in Europa

In Grecia, le unità per adolescenti dell'Okana forniscono un programma di intervento precoce per i consumatori di cannabis sperimentali o occasionali, mentre ai consumatori intensivi e problematici viene fornita una terapia più strutturata. Il trattamento si basa per la maggior parte su terapia sistemica e familiare.

In Francia, circa 275 centri di consulenza dedicata, situati nel paese, forniscono informazioni di prevenzione, interventi brevi e sostegno ai giovani consumatori (per la maggior parte consumatori di cannabis), ai giovani condannati per reati connessi alla sostanza e ai loro parenti. Qualora vengano diagnosticati un consumo problematico (ad esempio, dipendenza) o gravi comorbidità, i pazienti vengono indirizzati ai servizi specialistici.

In Austria, alcuni centri di consulenza (ad esempio, presso ChEck it!, B.I.T., Clean Bregenz) attuano progetti di supporto specifici concepiti per i giovani consumatori di cannabis che mirano a tenerli separati dagli altri pazienti, in particolare dai consumatori di oppiacei e a integrarli con i loro parenti e amici durante il processo di consulenza e trattamento.

In Germania, il programma online di interruzione del consumo di cannabis denominato «Quit the shit»⁽⁷⁰⁾ è stato trasferito a 12 centri di consulenza sulla tossicomania in sette Stati federali. FRED (cfr. il capitolo 2) offre consulenza motivazionale basata su colloqui ai consumatori indirizzati ai servizi terapeutici dalle autorità giudiziarie. Attualmente, a Dresda, è in fase di attuazione Candis, un programma di trattamento per pazienti con problemi connessi al consumo di cannabis, che si avvale di strategie quali l'arricchimento motivazionale, la terapia cognitiva comportamentale e la risoluzione dei problemi psicosociali. Una valutazione di questo programma ha mostrato risultati positivi e le conclusioni di uno studio di follow-up in corso in dieci altri centri determinerà se sarà attuato anche altrove.

Belgio, Germania, Francia, Paesi Bassi e Svizzera, inoltre, stanno collaborando a uno studio internazionale, denominato Incant, sull'efficacia di un trattamento completo, che prevede il coinvolgimento della famiglia, per i consumatori problematici di cannabis.

La letteratura scientifica suggerisce che numerose psicoterapie, quali la terapia motivazionale e cognitiva comportamentale, si sono dimostrate efficaci per il trattamento dei consumatori di cannabis benché nessuna si sia rivelata migliore delle altre (Nordstrom e Levin, 2007). Alcuni consumatori problematici di cannabis possono anche beneficiare di interventi brevi, erogati, ad esempio, dai servizi sociali per i giovani, dai medici generici e dalle scuole.

Trattamento basato su Internet

Il trattamento per il consumo di stupefacenti basato su Internet esiste nell'Unione europea a partire dal 2004 e la sua offerta è ancora limitata. Uno studio recente fornisce chiarimenti sull'attuale stato di sviluppo di questo tipo di intervento nell'Unione europea (OEDT, 2009a). Il trattamento basato su Internet può essere definito come una serie di «interventi di trattamento per il consumo di droghe specificamente elaborati o adattati, strutturati e programmati offerti e comunicati tramite Internet». Gli interventi destinati a trattare i disturbi legati al consumo di cannabis sono stati individuati in Germania, nei Paesi Bassi e nel Regno Unito, mentre altre azioni destinate ai consumatori di cocaina e di «sostanze da discoteca» (ad esempio l'ecstasy) sono state individuate nei Paesi Bassi.

Il trattamento basato su Internet viene sviluppato da organizzazioni attive nei campi della prevenzione o del trattamento e mira ad aiutare i consumatori a valutare il loro consumo della sostanza e ad aiutarli nei loro tentativi di cambiare questo comportamento. Gli interventi forniscono informazioni e prove o giochi di conoscenza relativi alle droghe e alla dipendenza, o a test di autovalutazione sul consumo di droghe. Comune a tutti è la disponibilità di un intervento strutturato di trattamento, che è un programma di auto-aiuto pre-costruito su misura senza contatto con i consulenti o un programma strutturato con contatti programmati. Quest'ultimo può essere attuato tramite chat individuali o bacheche con messaggi. A volte viene fornito anche un contatto con altri utenti tramite un forum, creando in tal modo gruppi virtuali di auto-aiuto.

Vi è ancora una mancanza di prove disponibili sull'efficacia di questo tipo di interventi, ma i risultati delle prove controllate randomizzate indicano un beneficio potenziale. I risultati della valutazione preliminare del programma «Quit the shit» destinato ai consumatori di cannabis in Germania hanno dimostrato che il 32 % dei partecipanti ha riferito episodi di astinenza dopo il completamento del programma e che sono state raggiunte, in particolare, persone in cerca di un primo trattamento. La soglia di facile accesso di questi interventi può consentire loro di raggiungere individui che sono riluttanti a ricorrere ad altri servizi. Contemporaneamente, potrebbero anche essere confrontati a gravi problemi, come la dipendenza dalle droghe o altri problemi di salute mentale, che superano le capacità del trattamento basato su Internet.

⁽⁷⁰⁾ Cfr. «Trattamento basato su Internet».

Un recente studio controllato randomizzato condotto su 326 giovani consumatori intensivi di cannabis non ha riscontrato, dopo tre o sei mesi di follow-up, differenze nei tassi di cessazione del consumo di cannabis tra i soggetti che si erano sottoposti a colloqui motivazionali e quelli che avevano ricevuto semplicemente consulenza o informazioni sul consumo di sostanze stupefacenti

(McCambridge e al., 2008). Tuttavia, sono stati riscontrati effetti terapeutici a livello individuale e un'interazione con l'intervento terapeutico, in relazione alla cessazione della cannabis dopo tre mesi. Questi risultati illustrano l'importanza degli interventi degli operatori sanitari rivolti ai giovani consumatori di cannabis, specialmente al di fuori dei servizi specialistici.



Capitolo 4

Anfetamine, ecstasy e sostanze allucinogene

Introduzione

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

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

Il termine «ecstasy» si riferisce a sostanze sintetiche che sono chimicamente correlate alle anfetamine, ma che si differenziano in qualche modo da queste per gli effetti prodotti. All'interno del gruppo ecstasy, la sostanza più nota è la 3,4-metilendioossimetamfetamina (MDMA), sebbene, talvolta, nelle pasticche di ecstasy si ritrovino altri suoi analoghi (MDA, MDEA). Il consumo di ecstasy era praticamente sconosciuto in Europa verso la fine degli anni ottanta, ma è aumentato drasticamente durante gli anni novanta. Storicamente, la popolarità della sostanza è legata alla scena della musica dance e, in generale, una prevalenza elevata del consumo di droghe sintetiche è associata a particolari sottogruppi culturali o ambienti sociali.

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

Tabella 4: produzione, sequestri, prezzo e purezza di anfetamina, metanfetamina, ecstasy e LSD

| | Anfetamine | Metanfetamine | Ecstasy | LSD |
|--|------------------------------------|--------------------------------------|---|-----------------------------|
| Stima della produzione globale (tonnellate) | 230-640 ⁽¹⁾ | | 72-137 | n.d. |
| Quantità globali sequestrate (tonnellate) | 23,6 | 18,2 | 7,9 | 0,9 |
| Quantità sequestrate in UE e Norvegia (compresa Croazia e Turchia) | 7,9 tonnellate (8,1 tonnellate) | 340 chilogrammi (340 chilogrammi) | Pasticche 21 milioni (22 milioni) | Unità 68 000 (68 000) |
| Numero di sequestri UE e Norvegia (compresa Croazia e Turchia) | 39 500 (40 000) | 4 500 (4 500) | 23 000 (24 000) | 950 (960) |
| Prezzo medio di vendita (EUR) Range (intervallo interquartile) ⁽²⁾ | Grammi 5-30 (12-23) | Grammi 8-51 | Pasticche 3-19 (4-8) | Dose 4-30 (7-12) |
| Range di purezza media | 4-40 % | 3-66 % | 21-90 mg | – |

⁽¹⁾ Sono disponibili solo stime aggregate della produzione globale di anfetamine e metanfetamine.

⁽²⁾ Intervallo della metà intermedia dei prezzi medi riferiti.

N.B.: tutti i dati sono relativi al 2007; n.d.: dati non disponibili.

Fonti: UNODC World drug report (2009) (rapporto mondiale sulle droghe dell'UNODC) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

Offerta e disponibilità

Precursori sintetici di droghe

Le attività delle autorità di polizia sono dirette ai precursori chimici necessari per la produzione illegale di sostanze stupefacenti, un ambito in cui la cooperazione internazionale si rivela particolarmente preziosa. Il progetto Prism è un'iniziativa internazionale formulata per prevenire la diversione dei precursori chimici usati nella produzione illecita delle droghe sintetiche ⁽⁷¹⁾, attraverso un sistema di notifiche precedenti l'esportazione nell'ambito del commercio lecito e la segnalazione dei carichi fermati

Che cos'è un precursore di droga?

Nel campo delle droghe, il termine «precursore» viene utilizzato per fare riferimento alle sostanze che hanno applicazioni lecite, ma che possono essere utilizzate anche per fabbricare droghe clandestinamente. A queste sostanze possono essere applicati anche altri termini, come «sostanze chimiche essenziali».

La base giuridica per il controllo internazionale dei «precursori» è l'articolo 12 della convenzione delle Nazioni Unite del 1988 contro il traffico illecito di stupefacenti e sostanze psicotrope. La convenzione stabilisce due tabelle che elencano 23 «sostanze frequentemente utilizzate per la produzione illecita di stupefacenti e di sostanze psicotrope», la cui diversione per scopi illeciti dovrebbe essere prevenuta.

L'articolo 12 è stato recepito nella legislazione europea iniziale adottata nel 1990 per scoraggiare la diversione di queste sostanze a scopi illeciti (CEE n. 3677/90) e nei regolamenti adottati successivamente allo scopo di regolamentarne il commercio all'interno dell'UE (CE n. 273/2004), tra i paesi dell'UE e paesi terzi (CE n. 111/2005) e di stabilire procedure di concessione delle licenze e regole di controllo (CE n. 1277/2005).

La categoria 1 dei regolamenti UE comprende per lo più sostanze indispensabili per la produzione di droghe sintetiche, come l'efedrina e la pseudoefedrina (per la metanfetamina), il 3,4-metilenediossifenil-2-propanone (PMK), l'isosafrolo e il safrolo (per l'ecstasy) e l'1-fenil-2-propanone (P-2-P, BMK) (per l'anfetamia e la metanfetamina). La categoria 2 contiene reagenti importanti come il permanganato di potassio e l'anidride acetica, ampiamente utilizzate per fabbricare rispettivamente la cocaina e l'eroina. Nella categoria 3 sono inclusi reagenti più comuni che comprendono l'acido cloridrico e l'acido solforico (per l'eroina e la cocaina) e solventi come l'acetone (per la cocaina e l'MDMA) e il toluene (per la metanfetamina e l'MDMA).

e dei sequestri effettuati in caso di transazioni sospette. Le informazioni sulle attività intraprese in questo settore vengono trasmesse all'Organo internazionale di controllo degli stupefacenti (INCB, 2009b).

L'INCB riferisce significativi aumenti nel 2007 di sequestri a livello mondiale dei due precursori principali della metanfetamina, 22 tonnellate di efedrina (rispetto alle 10,2 tonnellate del 2006) e 225 tonnellate di pseudoefedrina (rispetto alle 0,7 tonnellate del 2006). Gli Stati membri dell'UE (principalmente Svezia e Bulgaria) sono responsabili del recupero di 0,6 tonnellate di efedrina, più del doppio del quantitativo sequestrato nel 2006 e di oltre 7 tonnellate di pseudoefedrina, quasi tutta in Francia.

D'altra parte, i sequestri mondiali di 1-fenil-2-propanone (P2P, BMK), che può essere usato nella produzione illegale di metanfetamina e anfetamina, sono scesi sensibilmente, nel 2007, a 834 litri (rispetto ai 2 600 litri del 2006). L'ammontare dei sequestri di P2P nell'UE è stato pari a 582 litri, rispetto ai 2 005 litri del 2006.

I sequestri globali di 3,4-metilenediossifenil-2-propanone (3,4-MDP2P, PMK), impiegato nella produzione di MDMA, hanno continuato a scendere nel 2007 fino ad arrivare a 2 300 litri, contro gli 8 800 litri recuperati nel 2006. Tuttavia, i sequestri mondiali di safrolo, che può sostituire il 3,4-MDP2P nella sintesi di MDMA, sono aumentati vertiginosamente nel 2007, quando sono stati confiscati 46 000 litri (rispetto ai 62 litri del 2006), sebbene solo 8 litri siano stati recuperati nell'UE.

Anfetamine

La produzione globale di anfetamine rimane concentrata in Europa, dove si trova l'81 % di tutti i laboratori che producono la sostanza individuati nel 2007 (UNODC, 2009), sebbene la si trovi anche in altre parti del mondo, in particolare nell'America del Nord ⁽⁷²⁾. I sequestri globali di anfetamine nel 2007 hanno raggiunto quasi le 24 tonnellate, di cui due terzi sono state intercettate nel Vicino e Medio Oriente, in relazione alle pasticche «Captagon» ⁽⁷³⁾ prodotte nell'Europa sudorientale (cfr. la tabella 4). Il 36 % dei sequestri globali di anfetamine vengono effettuati nell'Europa occidentale e centrale, a dimostrazione del ruolo del continente europeo di principale produttore e consumatore di questa sostanza (CND, 2008; UNODC, 2009).

La maggior parte delle anfetamine sequestrate in Europa è prodotta, in ordine di importanza, nei Paesi Bassi, in

⁽⁷¹⁾ Cfr. «Che cos'è un precursore di droga?»

⁽⁷²⁾ Per informazioni sulle fonti dei dati in materia di offerta e disponibilità di droga, cfr. pag. 42.

⁽⁷³⁾ «Captagon» è una delle denominazioni commerciali registrate della fenetilina, uno stimolante del sistema nervoso centrale, sebbene le pasticche vendute con questo logo sul mercato clandestino contengano generalmente anfetamina mescolata a caffeina.

Polonia e in Belgio, e in quantità minori in Estonia e Lituania. Nel 2007 nell'Unione europea sono stati scoperti e denunciati all'Europol 29 siti di produzione, confezionamento o immagazzinamento di anfetamine.

Si calcola che in Europa, nel 2007, siano stati effettuati 40 000 sequestri, per un quantitativo di 8,1 tonnellate di polvere di anfetamina ⁽⁷⁴⁾. Nel quinquennio 2002-2007 il numero di sequestri è aumentato stabilmente mentre il quantitativo di anfetamine intercettate è stato variabile, sebbene generalmente l'andamento sia stato rivolto verso l'alto e abbia raggiunto un nuovo picco nel 2007 ⁽⁷⁵⁾.

La purezza dei campioni di anfetamina intercettati in Europa nel 2007 varia notevolmente, e in misura tale per cui qualsiasi commento sui valori tipici deve essere fatto con estrema attenzione. Nonostante ciò, la purezza media dei campioni varia da meno del 10 % in Danimarca, Germania, Francia e Regno Unito a oltre il 30 % nei Paesi Bassi, in Polonia e in alcuni paesi baltici e scandinavi. Negli ultimi cinque anni, la purezza delle anfetamine è rimasta stabile o è diminuita nella maggior parte dei 20 paesi per cui vi sono dati sufficienti per condurre un'analisi.

Nel 2007, il prezzo medio al dettaglio dell'anfetamina era compreso tra i 10 e i 20 euro al grammo in oltre la metà dei 17 paesi che hanno fornito i dati. Degli 11 paesi nei quali è stato possibile eseguire un confronto dei dati tra il 2007 e il 2006, Spagna, Francia e Austria hanno comunicato aumenti nel prezzo al dettaglio, mentre i rimanenti paesi hanno riferito prezzi stabili o in calo.

Metanfetamine

La produzione di metanfetamina è concentrata nell'Asia orientale e sudorientale e nell'America settentrionale, mentre viene segnalata con sempre maggiore frequenza la

La produzione di metanfetamine in Europa: pubblicazione comune OEDT-Europol

Nel 2009, l'OEDT e l'Europol hanno lanciato una serie di pubblicazioni congiunte sull'offerta degli stupefacenti in Europa. La prima relazione della serie fornisce una panoramica completa della produzione di metanfetamine e delle tematiche relative al traffico in Europa ed esamina le risposte a livello europeo e internazionale ⁽¹⁾.

In una fase successiva verranno aggiunte alla serie relazioni sull'offerta di altre droghe sintetiche in Europa, comprese anfetamina ed ecstasy.

⁽¹⁾ Disponibile all'indirizzo: <http://emcdda.europa.eu/publications>

presenza di attività correlata in America latina e Oceania. Nel 2007, sono state recuperate 18,2 tonnellate di metanfetamina, proseguendo una tendenza stabile dal 2004. La maggior parte della sostanza è stata sequestrata nell'Asia orientale e sudorientale (56 %), seguite dall'America settentrionale, mentre in Europa sono stati effettuati solo meno del 2 % di sequestri (UNODC, 2009).

La produzione illegale di metanfetamina avviene anche in Europa, ma è generalmente circoscritta alla Repubblica ceca, dove nel 2007 sono stati individuati circa 390 piccoli laboratori («kitchen laboratories»). Riferiscono altresì una produzione della sostanza la Slovacchia e la Lituania.

Nel 2007 in Europa sono stati segnalati circa 4 500 sequestri di metanfetamina per un totale di circa 340 chilogrammi di droga. La Norvegia è responsabile della maggior parte dei sequestri e dei quantitativi recuperati. Tra il 2005 e il 2007 i sequestri di metanfetamina effettuati in Europa sono aumentati sia per numero che per quantità, pur rimanendo bassi rispetto a quelli di altre droghe.

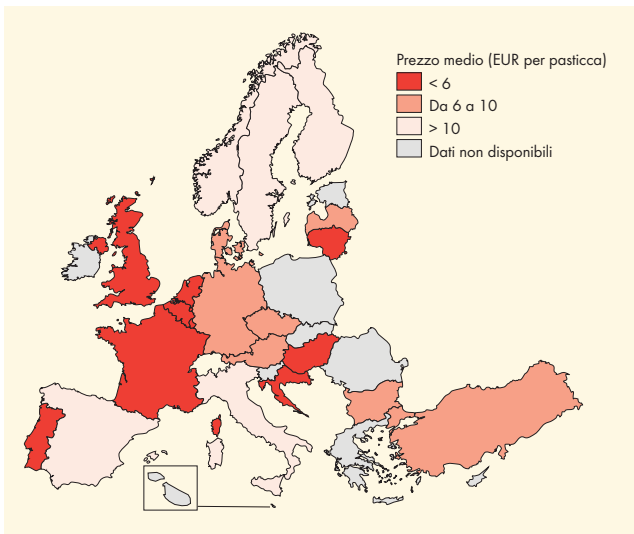
Ecstasy

L'UNODC (2009) ritiene che nel 2007 la produzione globale di ecstasy oscilli tra le 72 e le 137 tonnellate. Sembra di capire che la produzione si sia diffusa a livello geografico; al momento, la produzione destinata al consumo locale è più comune nell'America settentrionale, nell'Asia orientale e sudorientale e in Oceania. Nonostante ciò, l'Europa rimane il principale centro di produzione dell'ecstasy, con un'attività concentrata in particolare nei Paesi Bassi, in Belgio e, in misura minore, in Germania, nel Regno Unito e in Polonia.

I sequestri globali di ecstasy nel 2007 hanno raggiunto le 7,9 tonnellate, con aumenti riferiti nella maggior parte delle regioni. L'Europa occidentale e centrale ha contribuito al 36 % dei sequestri globali e l'Europa sudorientale al 2 % (UNODC, 2009). Nel complesso, nel 2007 l'Europa ha segnalato più di 24 000 sequestri, che hanno portato all'intercettazione di quasi 22 milioni di pasticche di ecstasy. Le quantità maggiori sono state sequestrate nei Paesi Bassi, che con 8,4 milioni di pasticche hanno raddoppiato i quantitativi riferiti nel 2006. Solo altri due paesi europei riferiscono sequestri che si avvicinano a quest'ordine di grandezza nel 2007, con Francia e Germania che riferiscono entrambe il recupero di un milione di pasticche. Anche il Regno Unito ha riferito il sequestro di oltre sei milioni di pasticche nel 2006, tuttavia i dati per il 2007 non sono ancora disponibili.

⁽⁷⁴⁾ Questa analisi è preliminare; i dati per il Regno Unito non sono ancora disponibili per il 2007.

⁽⁷⁵⁾ I dati sui sequestri di droga in Europa citati in questo capitolo sono riportati nelle tabelle dalla SZR-11 alla SZR-18 nel bollettino statistico 2009.

Grafico 6: prezzo di vendita delle pasticche di ecstasy

N.B.: Sono stati inclusi i paesi che hanno fornito soltanto un valore minimo e massimo se questi valori rientrano entro uno degli intervalli. Cfr. la tabella PPP-4 nel bollettino statistico 2009.

Fonti: punti focali nazionali Reitox.

Nel quinquennio 2002-2007, il numero di sequestri di ecstasy riferito in Europa è calato bruscamente nel 2003, ma da allora ha mostrato un lieve incremento anno dopo anno. Nello stesso periodo, la quantità sequestrata è diminuita nel 2005, per poi riprendere nuovamente a crescere e sembra avvicinarsi al livello del 2002.

In Europa la maggior parte delle pasticche di ecstasy analizzate nel 2006 conteneva MDMA o un'altra sostanza simile all'ecstasy (MDEA, MDA) come unica sostanza psicoattiva presente; 17 paesi hanno riferito che questi dati sono confermati in più del 70 % del numero totale di pasticche analizzate. I paesi che riferiscono percentuali inferiori di pasticche di ecstasy con MDMA o sostanze analoghe includono Bulgaria (47 %), Cipro (44 %) e Austria (61 %). Nel Lussemburgo, la maggior parte delle pasticche analizzate (83 %) non conteneva alcuna sostanza controllata, come pure a Cipro (53 %). In Turchia, solo nel 23 % delle pasticche analizzate sono state riscontrate sostanze simili all'MDMA.

Il contenuto tipico di MDMA delle pasticche di ecstasy testate nel 2007 era compreso tra 19 e 75 mg negli 11 paesi che hanno fornito i dati. Alcuni paesi (Bulgaria, Francia, Paesi Bassi, Slovacchia, Norvegia) hanno riferito inoltre la presenza di pasticche di ecstasy a dosaggio elevato, contenenti più di 130 mg di MDMA. Riguardo alla purezza delle pasticche di ecstasy non si osserva alcuna tendenza chiara.

L'ecstasy è ora molto più economica rispetto all'epoca in cui ha cominciato a diffondersi in Europa, all'inizio degli anni novanta. Per quanto, secondo alcune relazioni, il prezzo delle pasticche possa aggirarsi anche attorno ai 2 euro, la maggior parte dei paesi riferisce prezzi medi al dettaglio che variano tra i 4 e i 10 euro a pasticca (grafico 6), mentre i dati disponibili per il periodo 2002-2007 indicano che il prezzo al dettaglio (corretto dell'inflazione) ha continuato a scendere.

Sostanze allucinogene

Il consumo e il traffico di LSD sono ancora considerati poco rilevanti. I dati disponibili indicano un calo delle quantità sequestrate nel corso del periodo 2002-2007, mentre il numero di sequestri è aumentato leggermente tra il 2003 e il 2007. I prezzi al dettaglio dell'LSD (corretti dell'inflazione) sono in leggera diminuzione dal 2003 e variano, per il 2007, tra i 5 e i 12 euro per unità nella maggior parte dei paesi dichiaranti.

I funghi allucinogeni, che crescono spontaneamente in numerosi paesi europei e possono essere acquistati su Internet, sono stati menzionati da 11 dei 28 paesi che hanno comunicato sequestri di droga nel 2007. In cinque dei sei paesi che hanno riferito tendenze relative a sequestri, prevalenza d'uso o disponibilità di funghi allucinogeni, l'orientamento è stato verso il basso. Un paese (Francia) ha riferito un aumento nella prevalenza di consumo e sequestri, che è stato attribuito alla disponibilità di funghi e kit di coltivazione di funghi su Internet.

Prevalenza e modelli di consumo

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

Tabella 5: prevalenza del consumo di anfetamine nella popolazione generale – sintesi dei dati

| Fascia di età | Periodo di consumo | |
|---|--|---|
| | Una tantum | Ultimo anno |
| 15-64 anni | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 12 milioni | 2 milioni |
| Media europea | 3,5 % | 0,5 % |
| Range | 0,0-11,7 % | 0,0-1,3 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (0,0 %) Grecia (0,1 %) Malta (0,4 %) Cipro (0,8 %) | Grecia, Malta, Romania (0,0 %) Francia (0,1 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Regno Unito (11,7 %) Danimarca (6,3 %) Spagna (3,8 %) Norvegia (3,6 %) | Estonia (1,3 %) Danimarca (1,2 %) Norvegia (1,1 %) Regno Unito (1,0 %) |
| 15-34 anni | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 7 milioni | 1,5 milioni |
| Media europea | 5,0 % | 1,1 % |
| Range | 0,1-15,3 % | 0,1-3,1 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (0,1 %) Grecia (0,2 %) Malta (0,7 %) Cipro (0,8 %) | Grecia, Romania (0,1 %) Francia (0,2 %) Cipro (0,3 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Regno Unito (15,3 %) Danimarca (10,5 %) Lettonia (6,1 %) Norvegia (5,9 %) | Danimarca (3,1 %) Estonia (2,9 %) Norvegia (2,0 %) Lettonia (1,9 %) |
| <p>Le stime della prevalenza europea si basano su medie ponderate ricavate dalle ultime indagini nazionali eseguite dal 2001 al 2008 (principalmente 2004-2008), pertanto non possono essere collegate a un unico anno. La prevalenza media in Europa è stata calcolata con una media ponderata basata sulla popolazione del relativo gruppo di età per ciascun paese. Nei paesi per i quali non sono disponibili informazioni è stata attribuita la prevalenza UE media. Popolazioni utilizzate quale base: fascia 15-64 (334 milioni) e 15-34 (133 milioni). I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» nel bollettino statistico 2009.</p> | | |

Anfetamine

Recenti indagini condotte nella popolazione indicano che la prevalenza una tantum del consumo di anfetamine ⁽⁷⁶⁾ in Europa è diversa da paese a paese ed è compresa tra lo zero e l'11,7 % per l'insieme della popolazione adulta (15-64 anni). In media, il 3,5 % di tutti gli adulti europei ha provato le anfetamine almeno una volta nella vita. Il consumo della sostanza nell'ultimo anno è decisamente più basso, con una media europea che si aggira sullo 0,5 %. Secondo le stime, circa 12 milioni di cittadini europei hanno provato le anfetamine e circa 2 milioni ne hanno fatto uso nell'ultimo anno (confronta la tabella 5 per una sintesi dei dati).

Tra i giovani adulti (15-34 anni) la prevalenza una tantum del consumo di anfetamine varia notevolmente, a seconda

del paese, dallo 0,1 al 15,3 %, con una media europea ponderata che si attesta attorno al 5 %. Il consumo di anfetamine in questa fascia di età nell'ultimo anno è compreso tra lo 0,1 e il 3,1 %, con la maggior parte dei paesi che riferisce stime di prevalenza oscillanti tra lo 0,5 e il 2,0 %. Si calcola che, in media, abbia fatto uso di anfetamine nell'ultimo anno l'1,1 % dei giovani europei.

Tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni, la prevalenza di consumo di anfetamine una tantum varia dall'1 all'8 % nei 26 Stati membri dell'UE, Norvegia e Croazia, in base all'indagine condotta nel 2007, mentre livelli di prevalenza superiori al 5 % sono stati riferiti solo per Bulgaria, Lettonia (entrambi 6 %) e Austria (8 %) ⁽⁷⁷⁾.

⁽⁷⁶⁾ I dati dell'indagine sul «consumo di anfetamina» spesso non fanno distinzione tra anfetamina e metanfetamina, anche se, in genere, si riferiscono al consumo di anfetamina (solfato o desamfetamina), perché il consumo di metanfetamina in Europa è poco diffuso.

⁽⁷⁷⁾ Dati ottenuti da tutti i paesi che hanno partecipato all'indagine ESPAD e dalla Spagna. Cfr. il grafico EYE-2 (parte vi) nel bollettino statistico 2009.

Consumo problematico di anfetamine

L'indicatore dell'OEDT del consumo problematico di stupefacenti, che può essere utilizzato per le anfetamine, indica come tale il consumo per via parenterale oppure il consumo a lungo termine/regolare. Solo la Finlandia ha fornito una stima nazionale recente del consumo problematico di anfetamine, che nel 2005 riguardava un numero compreso tra 12 000 e 22 000 consumatori di questa sostanza ⁽⁷⁸⁾, circa il quadruplo del numero di consumatori problematici di oppiacei del paese.

Si calcola che nella maggior parte dei paesi europei il numero di domande di trattamento terapeutico per il consumo di anfetamine come droga principale sia relativamente basso, tuttavia si registrano percentuali significative di domande di trattamento soprattutto in Svezia (34 %), Finlandia (23 %), Lettonia (16 %) e Ungheria (11 %). Quattro altri paesi (Belgio, Danimarca, Germania, Paesi Bassi) riferiscono percentuali comprese tra il 6 e il 10 % di domande di trattamento ricevute da pazienti che citano l'anfetamina come droga principale; altrove la percentuale è inferiore al 3 % ⁽⁷⁹⁾.

Dal 2002 al 2007 la percentuale di soggetti che hanno iniziato un trattamento per consumo primario di anfetamine è rimasta nel complesso relativamente stabile in Europa. Solo Danimarca, Lettonia e Paesi Bassi hanno registrato un incremento significativo, mentre Svezia e Finlandia hanno riferito un calo nella percentuale di nuovi pazienti in relazione a questa sostanza ⁽⁸⁰⁾. Tuttavia, quando si osservano i dati delle tendenze devono essere presi in considerazione i limiti metodologici, a causa delle recenti modifiche introdotte in alcuni sistemi di monitoraggio nazionali (ad esempio, Lettonia).

I consumatori di anfetamine che si sottopongono a una cura hanno, in media, 29 anni. La percentuale di donne è superiore rispetto alle altre droghe, con un rapporto uomo-donna di circa 2:1. I consumatori di anfetamine in terapia riferiscono frequentemente l'uso di altre droghe, principalmente cannabis e alcol e talvolta oppiacei ⁽⁸¹⁾. Nei paesi in cui i consumatori primari di anfetamine costituiscono una percentuale elevata tra i pazienti in terapia, il metodo di assunzione della sostanza riferito con maggiore frequenza è per via parenterale (63-83 %).

Consumo problematico di metanfetamina

I livelli di consumo di metanfetamina in Europa sembrano contenuti rispetto ad altre parti del mondo, dove il

consumo di questa sostanza è aumentato negli ultimi anni. Storicamente l'uso di questa sostanza in Europa si concentra nella Repubblica ceca e in Slovacchia. Nel 2007, è stato calcolato nella Repubblica ceca un numero di consumatori problematici di metanfetamina compreso tra 20 400 e 21 400 (da 2,8 a 2,9 casi ogni 1 000 abitanti nella fascia di età di 15-64 anni), ossia il doppio del numero di consumatori problematici di oppiacei; e in Slovacchia, un numero di consumatori compreso tra 5 800 e 15 700 (da 1,5 a 4,0 casi ogni 1 000 abitanti nella fascia di età di 15-64 anni), circa il 20 % in meno del numero stimato di consumatori problematici di oppiacei.

La metanfetamina è diventata la sostanza primaria segnalata più frequentemente da coloro che richiedono il trattamento terapeutico per la prima volta in entrambi questi paesi: 61 % nella Repubblica ceca e 26 % in Slovacchia. Nel quinquennio 2002-2007, la domanda di trattamento correlata al consumo di metanfetamina è cresciuta in entrambi i paesi ⁽⁸²⁾.

Il metodo di assunzione riferito più comunemente dai consumatori di metanfetamina in terapia è per via parenterale (82 % nella Repubblica ceca, 41 % in Slovacchia). Spesso viene segnalato anche il consumo di altre sostanze stupefacenti, in particolare cannabis, alcol e oppiacei. In Slovacchia, è stata osservata un'impennata nel numero di pazienti in terapia sostitutiva per oppiacei che hanno riferito il consumo di metanfetamina.

I consumatori di metanfetamina che iniziano il trattamento nella Repubblica ceca e in Slovacchia sono relativamente giovani, in media di età compresa tra 24 e 25 anni e principalmente di sesso maschile. Le donne, tuttavia, costituiscono una percentuale più elevata tra i pazienti in terapia per problemi correlati alla metanfetamina rispetto alle altre droghe.

Ecstasy

Si ritiene che circa 10 milioni di adulti europei abbiano provato l'ecstasy (in media il 3,1 %) e che circa 2,5 milioni (lo 0,8 %) lo abbiano fatto nell'ultimo anno (cfr. la tabella 6 per una sintesi dei dati). Nonostante le notevoli differenze riscontrate da un paese all'altro, stando alle indagini condotte di recente avrebbe provato l'ecstasy almeno una volta nella vita una percentuale di adulti (15-64 anni) compresa tra lo 0,3 e il 7,5 % e la maggior parte dei paesi riferirebbe una prevalenza un tantum compresa nell'ordine dell'1-5 %. Il consumo della sostanza in Europa nell'ultimo

⁽⁷⁸⁾ Cifra equivalente a una percentuale compresa tra 3,4 e 6,3 per 1 000 persone di età compresa tra i 15 e i 64 anni; ricalcolata partendo dal campione originale di persone di età compresa tra i 15 e i 54 anni, presumendo che non siano presenti casi nella fascia d'età 55-64.

⁽⁷⁹⁾ Cfr. la tabella TDI-5 (parte ii) nel bollettino statistico 2009.

⁽⁸⁰⁾ Cfr. il grafico TDI-1 e la tabella TDI-36 nel bollettino statistico 2009.

⁽⁸¹⁾ Cfr. la tabella TDI-37 nel bollettino statistico 2009.

⁽⁸²⁾ Cfr. la tabella TDI-5 (parte ii) nel bollettino statistico 2009.

Tabella 6: prevalenza del consumo di ecstasy nella popolazione generale – sintesi dei dati

| Fascia di età | Periodo di consumo | |
|---|---|--|
| | Una tantum | Ultimo anno |
| 15-64 anni | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 10 milioni | 2,5 milioni |
| Media europea | 3,1 % | 0,8 % |
| Range | 0,3-7,5 % | 0,1-3,5 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (0,3 %) Grecia (0,4 %) Malta (0,7 %) Lituania (1,0 %) | Romania (0,1 %) Grecia, Malta (0,2 %) Polonia (0,3 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Regno Unito (7,5 %) Repubblica ceca (7,1 %) Irlanda (5,4 %) Lettonia (4,7 %) | Repubblica ceca (3,5 %) Estonia (1,7 %) Slovacchia (1,6 %) Regno Unito, Lettonia (1,5 %) |
| 15-34 anni | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 7,5 milioni | 2 milioni |
| Media europea | 5,6 % | 1,6 % |
| Range | 0,6-14,6 % | 0,2-7,7 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Grecia, Romania (0,6 %) Malta (1,4 %) Lituania, Polonia (2,1 %) | Romania (0,2 %) Grecia (0,4 %) Polonia (0,7 %) Italia, Lituania, Portogallo (0,9 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Repubblica ceca (14,6 %) Regno Unito (12,7 %) Irlanda (9,0 %) Lettonia (8,5 %) | Repubblica ceca (7,7 %) Estonia (3,7 %) Regno Unito (3,1 %) Lettonia, Slovacchia, Paesi Bassi (2,7 %) |
| <small>Le stime della prevalenza europea si basano su medie ponderate ricavate dalle ultime indagini nazionali eseguite dal 2001 al 2008 (principalmente 2004-2008), pertanto non possono essere collegate a un unico anno. La prevalenza media in Europa è stata calcolata con una media ponderata basata sulla popolazione del relativo gruppo di età per ciascun paese. Nei paesi per i quali non sono disponibili informazioni è stata attribuita la prevalenza UE media. Popolazioni utilizzate quale base: fascia 15-64 (334 milioni) e 15-34 (133 milioni). I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» nel bollettino statistico 2009.</small> | | |

anno va dallo 0,1 al 3,5 %. A ciascun livello di consumo, come per quasi tutte le sostanze illecite, i dati riferiti sono nettamente superiori tra gli uomini che tra le donne.

Il consumo di ecstasy è più diffuso tra i giovani adulti (15-34 anni), tra i quali si stima una prevalenza del consumo una tantum a livello nazionale compresa tra lo 0,6 e il 14,6 %, con una percentuale oscillante tra lo 0,2 e il 7,7 % di questo gruppo che ammette di aver utilizzato la sostanza nell'ultimo anno. Si calcola che 7,5 milioni di giovani europei (il 5,6 %) abbiano provato l'ecstasy almeno una volta nella vita e che circa 2 milioni (l'1,6 %) abbia riferito di averne fatto uso nell'ultimo anno. Le stime della prevalenza sono più alte se si restringe il campo alla fascia di età più bassa: nella fascia di età 15-24 anni, la prevalenza una tantum varia tra lo 0,4 e il 18,7 %, sebbene la maggior parte dei paesi segnali stime nell'intervallo 2,1-6,8 %. Il consumo nell'ultimo anno da parte di questa fascia di età è stimato tra l'1,0 e il 3,9 % nella maggioranza dei paesi, sebbene si

ricontrino differenze marcate tra la stima nazionale più bassa (0,3 %) e quella più alta, che si attesta al 12 % ⁽⁸³⁾.

Tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni, la prevalenza una tantum del consumo di ecstasy varia tra l'1 e il 5 % nella maggior parte dei 28 paesi in cui è stata condotta l'indagine nel 2007. Solo quattro paesi riferiscono livelli di prevalenza più elevati: Bulgaria, Estonia, Slovacchia (tutti 6 %) e Lettonia (7 %).

Il numero di consumatori di ecstasy come sostanza stupefacente principale che hanno iniziato il trattamento nel 2007 è rimasto esiguo. In due terzi dei paesi, l'ecstasy è menzionata da meno dell'1 % dei pazienti tossicodipendenti; altrove, la proporzione varia tra l'1 e il 5 %. Con un'età media di 24 anni, i consumatori di ecstasy sono tra i più giovani a iniziare una terapia per tossicodipendenza; solitamente, questi soggetti riferiscono di consumare in concomitanza anche altre sostanze, tra cui cannabis, cocaina, alcol e anfetamine ⁽⁸⁴⁾.

⁽⁸³⁾ Cfr. il grafico GPS-9 (parte ii) e le tabelle GPS-17 e GPS-18 nel bollettino statistico 2009.

⁽⁸⁴⁾ Cfr. le tabelle TDI-5 e TDI-37 (parte i), (parte ii) e (parte iii) nel bollettino statistico 2009.

LSD e funghi allucinogeni

La prevalenza una tantum del consumo di LSD tra gli adulti (15-64 anni) è compresa tra quasi zero e il 5,2 %. Tra i giovani adulti (15-34 anni), le stime della prevalenza una tantum sono leggermente più alte (dallo 0,3 al 6,6 %), sebbene si segnalino livelli di prevalenza inferiori nella fascia di età di 15-24 anni. ⁽⁸⁵⁾ Per contro, nei pochi paesi che hanno trasmesso dati confrontabili, il consumo di LSD è spesso minore del consumo di funghi allucinogeni, per cui le stime della prevalenza una tantum tra i giovani adulti variano tra lo 0,3 e l'8,3 %, mentre la prevalenza nell'ultimo anno è stimata tra lo 0,2 e il 2,8 %.

Tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni, la prevalenza stimata per il consumo di funghi allucinogeni è maggiore di quella stimata per l'LSD e altre sostanze allucinogene in dieci dei 26 paesi che hanno riferito dati su queste sostanze. La maggior parte dei paesi riferisce stime di prevalenza per il consumo una tantum di funghi allucinogeni comprese tra l'1 e il 4 %, mentre i livelli maggiori si registrano in Slovacchia (5 %) e nella Repubblica ceca (7 %) ⁽⁸⁶⁾.

Tendenze nel consumo di anfetamine ed ecstasy

I dati più recenti confermano le relazioni che indicano una tendenza alla stabilizzazione o persino alla diminuzione del consumo di anfetamine ed ecstasy in Europa. Dopo un incremento generale negli anni novanta, le indagini condotte nella popolazione segnalano ora una tendenza

alla stabilizzazione, se non addirittura un leggero calo, della popolarità di entrambe le sostanze, per quanto si tratti di uno schema che non trova riscontro in tutti i paesi.

Il consumo di anfetamine nell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34 anni) nel Regno Unito è diminuito drasticamente passando dal 6,2 % del 1998 all'1,8 % del 2008. In Danimarca il consumo di anfetamina è aumentato dallo 0,5 nel 1994 al 3,1 % nel 2000, mantenendo una percentuale simile nel 2008 ⁽⁸⁷⁾. Tra gli altri paesi che riferiscono indagini ripetute estese su periodi di tempo analoghi (Germania, Grecia, Spagna, Francia, Paesi Bassi, Slovacchia, Finlandia), le tendenze sembrano perlopiù stabili (grafico 7). Nel quinquennio 2002-2007, degli 11 paesi che hanno fornito dati sufficienti sulla prevalenza nell'ultimo anno del consumo di anfetamine nella fascia 15-34 anni, quattro segnalano una diminuzione di almeno il 15 % rispetto al valore iniziale, tre riferiscono una stabilizzazione del fenomeno e quattro indicano un aumento.

Più complesso è il quadro del consumo di ecstasy tra i giovani adulti (15-34 anni). Dopo gli aumenti generali del consumo in alcuni paesi europei verso la fine degli anni ottanta e i primi anni novanta, che hanno determinato livelli di consumo di ecstasy simili in Germania, Spagna e Regno Unito a metà degli anni novanta, la prevalenza del consumo nell'ultimo anno è diminuita assestandosi su una media stimata europea pari all'1,6 %. Tra i paesi in cui sono state condotte le indagini più recenti, la prevalenza rimane più elevata nel Regno Unito rispetto agli altri paesi ⁽⁸⁸⁾. Nel periodo 2002-2007, la prevalenza nell'ultimo anno del consumo di ecstasy tra i giovani adulti è diminuita almeno del 15 % rispetto al valore iniziale in tre degli 11 paesi che hanno fornito informazioni sufficienti, mentre è rimasta stabile in quattro paesi ed è cresciuta in altri quattro.

I dati potrebbero indicare che la cocaina si stia sostituendo alle anfetamine e all'ecstasy in alcuni paesi e tra diversi settori della popolazione dei consumatori di droga. Potrebbe essere il caso del Regno Unito nonché, in una certa misura, di altri paesi (ad esempio, Danimarca, Spagna), dove sono stati osservati in concomitanza aumenti del consumo di cocaina e diminuzioni del consumo di anfetamine (OEDT, 2008b).

L'indagine ESPAD e le altre indagini nelle scuole condotte nel 2007 suggeriscono, nel complesso, esigui cambiamenti nei livelli di sperimentazione con anfetamina ed ecstasy tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni.

Questione specifica OEDT sulla poliassunzione

Oltre alla relazione annuale 2009, l'OEDT pubblica una questione specifica sulla poliassunzione. Il documento esamina le definizioni disponibili di questo modello molto comune di consumo della droga e presenta dati che consentono una migliore comprensione della prevalenza e delle caratteristiche della poliassunzione in popolazioni diverse (bambini in età scolastica, adulti, tossicodipendenti problematici). Sono descritti, inoltre, gli interventi che si rivolgono a questo fenomeno nei campi della prevenzione, del trattamento e della riduzione del danno. La relazione comprende anche una breve descrizione dei rischi connessi ad alcune delle più diffuse miscele di stupefacenti e una discussione sul controllo della poliassunzione in futuro.

Questa questione specifica è disponibile in formato cartaceo e su Internet solo in inglese (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>).

⁽⁸⁵⁾ Cfr. le tabelle GPS-8 (parte i), GPS-9, GPS-11 e GPS-17 nel bollettino statistico 2009.

⁽⁸⁶⁾ Dati ottenuti da tutti i paesi che hanno partecipato all'indagine ESPAD ad eccezione della Spagna. Cfr. grafico EYE-2 (parte v) nel bollettino statistico 2009.

⁽⁸⁷⁾ Le informazioni della Danimarca riferite al 1994 riguardano le «droghe pesanti», tra cui, prevalentemente, le anfetamine.

⁽⁸⁸⁾ Cfr. il grafico GPS-21 nel bollettino statistico 2009.

Considerando le differenze di almeno due punti in percentuale tra il 2003 e il 2007, la prevalenza del consumo di anfetamine una tantum è aumentata in nove paesi. In base alle stesse misurazioni, il consumo di ecstasy è aumentato in sette paesi. Una diminuzione della prevalenza del consumo di anfetamine una tantum è stata osservata solo in Estonia, mentre Repubblica ceca, Portogallo e Croazia hanno riferito un calo del consumo di ecstasy.

Anfetamine ed ecstasy in ambienti ricreativi: consumo e interventi

Il consumo di droga e di alcol è talvolta associato a certi ambienti ricreativi che fungono da luogo di aggregazione dei giovani (ad esempio, serate in discoteca o i festival musicali). Gli studi relativi al consumo di droga in tali ambienti possono fornire un punto di vista privilegiato sui consumatori di anfetamine ed ecstasy o di altre sostanze quali la ketamina e il GHB. Le stime del consumo di stupefacenti in questi ambienti sono tipicamente alte, ma non possono essere trasferite all'intera popolazione e gran parte del consumo di droga tende ad essere concentrato durante i fine settimana e i periodi di vacanze (OEDT, 2006b).

Cinque paesi (Belgio, Repubblica ceca, Lettonia, Lituania, Austria) hanno messo a disposizione i dati della prevalenza ottenuti dagli studi condotti presso gli ambienti ricreativi nel 2007. Le stime della prevalenza di consumo una tantum variano dal 15 al 71 % per l'ecstasy e dal

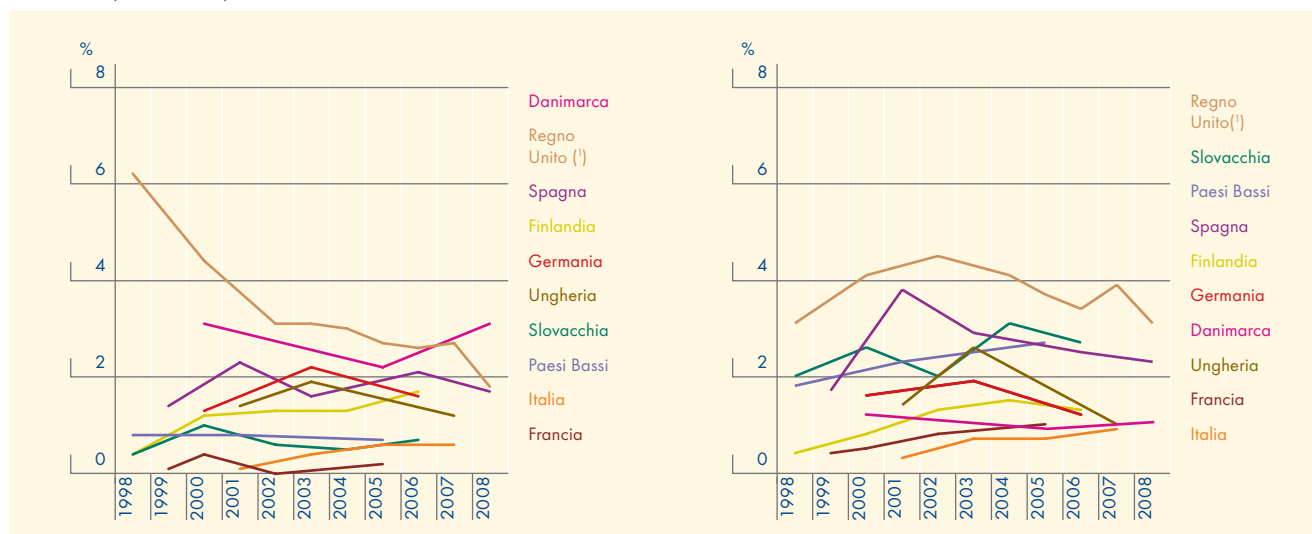
17 al 68 % per le anfetamine. Quattro di questi studi hanno riferito inoltre stime di prevalenza per il consumo una tantum di funghi allucinogeni, che spaziano tra il 4 e il 64 %. In questi ambienti può essere riscontrato anche un consumo frequente di ecstasy o di anfetamine ma generalmente è molto inferiore.

Un'indicazione sull'entità e la diffusione del consumo di queste sostanze presso i giovani che frequentano discoteche e altri ambienti ricreativi simili emerge dall'indagine britannica sui reati del 2007/2008. Tra i giovani di età compresa tra i 16 e i 24 anni, vi è una probabilità tre volte maggiore che coloro i quali hanno riferito di avere frequentato una discoteca quattro o più volte nell'ultimo mese abbiano fatto uso di ecstasy (8 %) nell'ultimo anno rispetto ai giovani che non frequentano le discoteche (2,3 %) (Hoare e Flatley, 2008).

La salute e la sicurezza dei giovani che frequentano le discoteche e fanno uso di sostanze stupefacenti è un problema di salute pubblica di crescente importanza. Linee guida quali le «Safer dancing» (*ballare in tutta sicurezza*) sviluppate nel Regno Unito, sono diventate uno strumento importante in questo campo. Tuttavia, sebbene 12 paesi riferiscano attualmente di avere sviluppato tali linee guida per i locali notturni, solo i Paesi Bassi, la Slovenia, la Svezia e il Regno Unito ne confermano l'effettivo monitoraggio e l'attuazione.

Le linee guida per un sano divertimento nei locali notturni mirano a ridurre le opportunità che si verificano problemi correlati alla droga e includono l'accessibilità ad acqua

Grafico 7: andamento della prevalenza nell'ultimo anno del consumo di anfetamine (a sinistra) e di ecstasy (a destra) tra i giovani adulti (15-34 anni)



(!) Inghilterra e Galles.

N.B.: Vengono presentati soltanto i dati per i paesi con almeno tre indagini nel periodo dal 1998 al 2008. Cfr. i grafici GPS-8 e GPS-21 nel bollettino statistico 2009 per ulteriori informazioni.

Fonti: relazioni nazionali ReitoX, sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

gratuita, disponibilità immediata di primo soccorso, sviluppo e attuazione di servizi di prevenzione. Gli esperti nazionali hanno fornito relazioni sulla disponibilità di tali misure presso le discoteche frequentate da una percentuale della popolazione di destinazione sufficientemente ampia da consentire l'attuazione dell'intervento. Nel complesso, ciò dimostra la disponibilità limitata di semplici misure atte a prevenire o ridurre i rischi per la salute e il consumo di sostanze stupefacenti negli ambienti legati ai locali notturni in Europa. La disponibilità dello sviluppo e dell'attuazione di servizi di prevenzione presso la maggior parte dei locali notturni rilevanti viene riferita solo in Lituania e in Slovenia e presso un numero ristretto di locali notturni in altri 18 paesi. Non è presente in sei paesi. Cinque paesi comunicano la disponibilità immediata di primo soccorso presso la maggior parte dei locali notturni rilevanti (Lussemburgo, Portogallo, Slovenia, Regno Unito, Norvegia); la misura è disponibile solo presso un numero ristretto di locali notturni rilevanti in 15 paesi e non è disponibile in Grecia e in Svezia. Infine, l'acqua gratuita è disponibile presso la maggior parte dei locali notturni rilevanti in 11 paesi e presso una minoranza di essi in nove paesi. Questa misura non è disponibile in Grecia, Cipro e Romania.

Trattamento

I consumatori di anfetamine in generale ricevono il trattamento presso servizi terapeutici ambulatoriali che, in paesi con esperienza di livelli significativi di consumo di anfetamine, possono essere specializzati nel trattamento di questo tipo di problema. La terapia per i consumatori più problematici di anfetamine può essere erogata presso centri terapeutici, cliniche psichiatriche o ospedali.

In nove paesi (Germania, Estonia, Spagna, Italia, Austria, Portogallo, Slovenia, Slovacchia, Regno Unito) sono presenti programmi di trattamento specifico per consumatori problematici di anfetamine. La disponibilità di questi programmi varia da paese a paese. Solo tre di questi paesi (Portogallo, Slovenia, Regno Unito) riferiscono che i programmi specializzati sono disponibili per la maggioranza dei consumatori di anfetamine che desiderano attivamente sottoporsi al trattamento. In altri sei paesi, gli esperti nazionali stimano che il trattamento specializzato per le anfetamine sia disponibile per meno della metà dei consumatori che lo richiedono. Il contenuto dei programmi specifici rivolti ai consumatori di queste droghe spesso non è ben documentato.

Per il trattamento della tossicodipendenza da psicostimolanti, come le anfetamine, mancano opzioni terapeutiche la cui efficacia sia sostenuta da solide prove.

I risultati delle recenti indagini sugli agenti farmacologici in grado di aiutare i pazienti a gestire l'astinenza o a ridurre il desiderio compulsivo associato alla dipendenza da anfetamine, finora mancanti, sono stati promettenti. Uno studio finlandese sull'uso del metilfenidato e dell'aripiprazolo ha riferito risultati iniziali positivi: i soggetti che hanno ricevuto metilfenidato hanno prodotto meno campioni di urine positive alle anfetamine rispetto a quelli che hanno ricevuto aripiprazolo o un placebo (Tiihonen e al., 2007). Inoltre, una recente disamina della letteratura ha dimostrato risultati positivi sia per il metilfenidato che per la dexanfetamina nel trattamento della dipendenza da metanfetamina (Elkashef e al., 2008).

La dexanfetamina è stata disponibile a lungo per il trattamento di consumatori di anfetamine altamente problematici in Inghilterra e nel Galles, dove può essere prescritta da un medico. Tuttavia, le informazioni su questa prassi nel Regno Unito sono limitate. Un'indagine sui servizi farmaceutici condotta più di dieci anni fa ha stimato che circa 900-1 000 pazienti si siano sottoposti a questo trattamento (Strang e Sheridan, 1997). La maggior parte delle prescrizioni erano preparate da medici di ospedali o cliniche, e quasi tutte da medici appartenenti al servizio sanitario nazionale (NHS). Un'indagine condotta nel 2000 presso 265 servizi specializzati del sistema sanitario nazionale britannico ha rivelato che le prescrizioni di dexanfetamina erano disponibili presso circa un terzo dei servizi coinvolti nell'indagine (Rosenberg e al., 2002). Ciononostante, le linee guida del Regno Unito sulla gestione clinica della tossicodipendenza si pronunciano contro la prescrizione sostitutiva di dexanfetamina, a causa dell'assenza di dimostrazione dell'efficacia (NTA, 2007).

Allo stato attuale, non esiste alcun particolare intervento psicosociale di dimostrata efficacia capace di aiutare i consumatori di sostanze psicostimolanti a mantenere lo stato di astinenza. La letteratura indica che gli interventi che hanno dimostrato maggiore efficacia nel trattamento rivolto ai consumatori di psicostimolanti sono le terapie cognitive comportamentali quali la prevenzione delle ricadute. L'efficacia di altri tipi di intervento non è adeguatamente sostenuta. La letteratura è ostacolata dalla scarsità di studi condotti in maniera opportuna tra i consumatori primari di anfetamina, specialmente gli studi sui risultati del trattamento (Baker e al., 2004). Inoltre, una recente revisione Cochrane sugli interventi psicosociali per la dipendenza da psicostimolanti ha concluso che risultati positivi e coerenti a livello comportamentale (maggiore costanza nel proseguimento della terapia, riduzione del consumo di sostanze illecite) sono stati osservati solo in interventi che includevano una componente di «contingency

management» (interventi basati su rinforzi positivi). Questo approccio, tuttavia, è adottato raramente in Europa, sebbene esistano alcuni progetti pilota (cfr. il capitolo 5).

È necessario condurre ulteriore ricerca sul trattamento psicosociale e farmacologico rivolto ai consumatori con problemi correlati al consumo di anfetamine, specialmente assunte per via parenterale. Anche le prassi terapeutiche attuali e l'entità della copertura del trattamento in Europa devono essere meglio documentate mentre molto rimane ancora da fare per quanto riguarda la condivisione delle migliori prassi. La mancanza di programmi dedicati può disincentivare la richiesta di trattamento da parte dei

consumatori di anfetamine o metanfetamine, specialmente nelle prime fasi dell'utilizzo. Inoltre, la disponibilità di tali programmi potrebbe contribuire ad avvicinare più consumatori di queste sostanze al trattamento; come è stato riscontrato per i consumatori problematici di cannabis in Germania e Francia, quando questi paesi hanno ampliato la disponibilità di programmi di trattamento dedicati. Tali misure possono essere particolarmente utili nei paesi che hanno recentemente assistito a una crescita nel numero di consumatori problematici di anfetamina e metanfetamina, specialmente per via parenterale (Talu e al., 2009).



Capitolo 5

Cocaina e cocaina crack

Introduzione

Nel corso dell'ultimo decennio nell'Unione europea si è osservato un incremento globale nel consumo e nei sequestri di cocaina, sebbene questo fenomeno sia rimasto ampiamente confinato agli Stati membri occidentali ed esistano differenze significative tra i diversi paesi. I dati disponibili indicano, inoltre, una diversità significativa tra i consumatori di cocaina, sia in termini di modelli di consumo che in termini socio-demografici. Il gruppo più vasto è composto da coloro che sperimentano la sostanza solo in una o in alcune occasioni. Un secondo gruppo include i consumatori regolari socialmente integrati, che, in alcuni paesi, sono un numero relativamente ampio di giovani. Alcuni di essi intensificheranno il consumo di cocaina, o ne faranno uso per un lungo periodo, e ciò potrebbe portare a disturbi di salute cronici e a problemi sociali nonché all'esigenza di sottoporsi a un trattamento. Un terzo insieme di consumatori include membri dei gruppi socialmente esclusi, tra cui gli ex o gli attuali consumatori di oppiacei, la maggior parte dei quali segue modelli intensivi di consumo di cocaina, probabilmente facendo

uso di crack o assumendo la sostanza per via parenterale, con conseguenze negative sulla durata o sulla gravità dei problemi di salute e sociali esistenti, che possono anche complicare il trattamento per la dipendenza da oppiacei. A causa della diversità di profili tra i consumatori di cocaina, la valutazione della prevalenza del consumo della sostanza, delle sue conseguenze per la salute e sul piano sociale e delle risposte necessarie presenta un insieme unico di sfide.

Offerta e disponibilità

Produzione e traffico

La coltivazione delle foglie di coca, da cui si ottiene la cocaina, continua a essere concentrata in alcuni paesi della regione andina ⁽⁸⁹⁾. L'UNODC (2009) stima che per il 2008 la coltivazione totale di foglie di coca abbia consentito una produzione potenziale di 845 tonnellate di cocaina idrocloride pura, a cui la Colombia ha contribuito al 51 %, il Perù al 36 % e la

Tabella 7: produzione, sequestri, prezzo e purezza della cocaina e della cocaina crack

| | Cocaina | Crack ⁽¹⁾ |
|---|--------------------|----------------------|
| Stima della produzione globale (tonnellate) | 845 | n.d. |
| Quantità globali sequestrate (tonnellate) | 710 ⁽²⁾ | 0,8 |
| Quantità sequestrata (tonnellate) UE e Norvegia (compresa Croazia e Turchia) | 76,4 (76,7) | 0,08 (0.08) |
| Numero di sequestri UE e Norvegia (compresa Croazia e Turchia) | 91 400 (92 000) | 9 500 (9 500) |
| Prezzo medio di vendita (EUR al grammo) Range (intervallo interquartile) ⁽³⁾ | 44-88 (58-67) | 20-112 |
| Range di purezza media (%) | 22-57 | 35-98 |

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

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

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

N.B.: tutti i dati sono relativi al 2007, tranne le stime della produzione globale, che sono relative al 2008; n.d.: dati non disponibili.

Fonti: UNODC World drug report (2009) (rapporto mondiale sulle droghe dell'UNODC) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

⁽⁸⁹⁾ Per informazioni sulle fonti dei dati in materia di offerta e disponibilità di droga, cfr. pag. 42.

Bolivia al 13 %. Si ritiene che la produzione globale di cocaina sia diminuita del 15 % nel 2008, soprattutto a causa del calo di produzione in Colombia, dalle 600 tonnellate del 2007 alle 430 tonnellate del 2008. Al contrario, la produzione di cocaina in Perù e in Bolivia ha continuato a crescere leggermente.

La maggior parte del processo di conversione delle foglie di coca in cocaina idrocloride rimane localizzata in Colombia, Perù e Bolivia, sebbene possa verificarsi anche in altri paesi sudamericani. L'importanza della Colombia nella produzione di cocaina è comprovata dalle informazioni sui laboratori smantellati e dai sequestri di permanganato di potassio, un reagente chimico utilizzato nella sintesi della cocaina idrocloride. Nel 2007, sono stati smantellati 2 471 laboratori di cocaina (il 78 % del totale mondiale) e in Colombia è stato recuperato un totale di 144 tonnellate di permanganato di potassio (il 94 % dei sequestri globali) (INCB, 2009a).

Le informazioni disponibili suggeriscono che la cocaina continua a essere importata in Europa attraverso rotte differenti (OEDT, 2008d). Le partite di cocaina transitano attraverso i paesi dell'America meridionale e centrale, quali Argentina, Brasile, Ecuador, Messico e Venezuela, prima di raggiungere l'Europa. Anche i paesi dei Caraibi sono usati frequentemente per la spedizione della droga in Europa. Su queste rotte, il traffico di cocaina avviene tramite voli commerciali o via mare. Negli ultimi anni, è stata individuata una rotta alternativa attraverso l'Africa occidentale, da dove la cocaina viene spesso trasportata in Europa su pescherecci o navi mercantili, nonostante sia stata anche riferita l'esistenza di traffico via aria o via terra attraverso l'Africa del nord (Europol, 2007).

Recentemente, sono stati anche menzionati altri paesi di transito, che includono Sud Africa, Russia, ma anche paesi dell'Europa centrale e orientale, dove il numero di sequestri di cocaina è aumentato dai 412 casi del 2002 ai 1 065 del 2007. Belgio, Spagna, Francia, Italia, Paesi Bassi, Olanda, Portogallo e Regno Unito sono stati menzionati come importanti paesi di transito per le spedizioni di cocaina all'interno dell'Europa.

Sequestri

La cocaina è la droga più venduta al mondo, dopo le foglie e la resina di cannabis. Nel 2007 i quantitativi globali sequestrati sono rimasti stabili intorno alle 710 tonnellate. L'America meridionale continua a riferire i quantitativi sequestrati più ingenti, che rappresentano il 45 % del dato globale, seguita dall'America settentrionale, con il 28 %, e dall'Europa occidentale e centrale, con l'11 % (UNODC, 2009).

Leggi per contrastare il traffico di droga in alto mare

Il successo nell'ostacolare il traffico di droga in mare dipende dalla cooperazione tra gli Stati ed è favorito da due convenzioni internazionali.

Ai sensi dell'articolo 108 della convenzione internazionale sul diritto del mare (1982), uno Stato che sospetti che una nave battente la propria bandiera (1) sia coinvolta nel traffico di droga può richiedere l'aiuto di altri Stati per eliminare questo traffico. È prevista un'ulteriore cooperazione ai sensi dell'articolo 17 della convenzione delle Nazioni Unite del 1988 contro il traffico di droga. Questa convenzione istituisce un meccanismo che consente a qualunque Stato, che abbia motivi ragionevoli per sospettare che una nave registrata in un altro paese sia impegnata nel traffico di droga, di richiedere allo Stato della bandiera della nave il permesso di salire a bordo dell'imbarcazione, di cercare e sequestrare qualunque sostanza stupefacente e successivamente di perseguire legalmente i responsabili. Queste azioni possono svolgersi ovunque al di fuori delle acque territoriali. Le autorità nazionali competenti vengono nominate per fungere da punti di contatto, permanentemente su richiesta, per rispondere a queste richieste appena possibile. Le richieste possono essere ammesse, ammesse su condizione o rifiutate. L'interdizione può essere eseguita solo da navi da guerra o da aerei militari oppure da altre navi o aerei chiaramente identificabili come in servizio per conto del governo e autorizzati a tale scopo.

L'imbarco e le azioni successive vengono eseguite da una squadra di funzionari incaricati di far rispettare la legge dello Stato richiedente, nota come «law enforcement detachment» (LEDET). Se è coordinata da agenzie intergovernative come MAOC-N (Maritime Analysis Operations Centre — Narcotics), una LEDET viene trasportata a volte dalla nave di un altro paese. In questo caso, per rispettare il requisito di identificazione, elicotteri e piccole imbarcazioni utilizzate durante l'operazione di imbarco batteranno temporaneamente la bandiera dello Stato della LEDET anziché quello della loro nave.

(1) La giurisdizione su una nave e sul suo equipaggio viene assunta dallo Stato in cui la nave è registrata (lo «Stato di bandiera»).

Il numero di sequestri in Europa è aumentato negli ultimi 20 anni in particolare dopo il 2003. Nel 2007, i sequestri di cocaina in Europa sono cresciuti a 92 000, sebbene il quantitativo totale recuperato sia sceso a 77 tonnellate rispetto alle 121 tonnellate del 2006. Il calo nel quantitativo totale di cocaina sequestrata è in larga misura dovuto al Portogallo, e, in misura minore alla Spagna e alla Francia, che hanno riferito il recupero di quantità minori nel 2007 rispetto all'anno precedente (20). Nel 2007, la Spagna ha continuato a essere il paese che ha realizzato il maggior numero di sequestri e totalizzato

(20) Cfr. le tabelle SZR-9 e SZR-10 nel bollettino statistico 2009.

Comprendere l'abbassamento dei prezzi della cocaina in Europa

A partire dal 2000, i prezzi della cocaina modificati a causa dell'inflazione sono scesi in Europa, mentre è aumentata la domanda di questa sostanza, come indicato dalla prevalenza del consumo di cocaina nella popolazione generale e tra i tossicodipendenti problematici. Questo risultato inaspettato può essere spiegato tramite diversi fattori. Un aumento dell'offerta di cocaina in Europa, rispecchiata dall'aumento dei volumi dei sequestri, è certamente un fattore chiave in questo caso. La ricerca di un'alternativa al mercato degli Stati Uniti da parte dei trafficanti di cocaina sudamericani può essere un «fattore di spinta» che indirizza maggiormente verso il mercato europeo. Inoltre, può aver costituito un «fattore di attrazione» l'aumento della domanda di cocaina in Europa. Il maggiore volume del consumo di cocaina europea insieme alla relativa forza delle valute europee rispetto al dollaro statunitense potrebbero aver compensato il calo dei prezzi e probabilmente margini di profitto più ridotti.

Altri fattori, tuttavia, potrebbero aver influito sul prezzo della cocaina. Gli sviluppi tecnologici e l'impiego di nuove rotte di traffico, come la rotta dell'Africa occidentale, dove il controllo sul traffico di droga è scarso e si può contare su trafficanti pagati poco, potrebbero aver portato a un calo dei costi di trasporto e a una riduzione dei rischi legati al traffico. Una maggiore concorrenza all'interno del mercato della cocaina (Desroches, 2007) può anche aver influito sul prezzo della droga in Europa.

La carenza di dati in quest'area rende questa analisi necessariamente speculativa e sottolinea l'importanza di ottenere una migliore comprensione dei fattori che influenzano il mercato della droga in Europa. L'OEDT si impegna a continuare a sviluppare le collaborazioni e la ricerca in questo ambito.

i quantitativi maggiori di sostanza recuperata in Europa, circa la metà del totale.

Purezza e prezzo

Nel 2007, la purezza media della cocaina in Europa andava dal 22 al 57 % ⁽⁹¹⁾. Tra i paesi che hanno fornito dati sufficienti per l'analisi delle tendenze nel corso del tempo, la maggior parte ha segnalato una tendenza alla diminuzione della purezza della cocaina nel periodo 2002-2007, ad eccezione della Spagna e del Portogallo.

Nel 2007, il prezzo medio al dettaglio della cocaina era compreso tra 44 e 88 euro al grammo nei 19 paesi che hanno fornito i dati; la metà dei paesi ha riferito

prezzi medi compresi tra 58 e 67 euro al grammo. Nel periodo 2002-2007 la cocaina venduta per le strade è diventata più economica nei paesi che hanno fornito dati sufficienti per eseguire un confronto.

Prevalenza e modelli di consumo

Consumo di cocaina tra la popolazione generale

Nel complesso la cocaina risulta essere, dopo la cannabis, la seconda sostanza illecita usata più di frequente in Europa, sebbene il suo consumo vari notevolmente da un paese all'altro. Si calcola che circa 13 milioni di europei l'abbiano provata almeno una volta nella vita, pari a una media del 3,9 % di adulti della fascia dei 15-64 anni di età (cfr. la tabella 8 per una sintesi dei dati). Le cifre nazionali oscillano tra lo 0,1 e l'8,3 %, ma 12 dei 23 paesi, tra cui la maggior parte dei paesi dell'Europa centrale e orientale, riferiscono tassi di prevalenza un tantum molto bassi tra la popolazione adulta (0,5-2 %).

Si stima che circa 4 milioni di cittadini europei abbiano fatto uso della sostanza nell'ultimo anno (in media l'1,2 %), benché anche in questo caso esistano differenze marcate tra i paesi. Questa situazione è confermata dai risultati emersi da indagini nazionali recenti, che riportano stime della prevalenza nell'ultimo anno comprese tra lo zero e il 3,1 %; anche se in 18 dei 24 paesi i livelli di consumo non superano l'1 %. Si attesta a 1,5 milioni la stima sulla prevalenza del consumo di cocaina dell'ultimo anno, equivalente a circa lo 0,4 % della popolazione adulta. È probabile che queste stime siano conservative.

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

Solo una percentuale esigua di coloro che hanno provato la cocaina almeno una volta nella vita sembra sviluppare modelli di consumo intensivo. I dati ottenuti dalle indagini condotte sulla popolazione generale suggeriscono tassi di discontinuità elevati tra i consumatori di cocaina. In paesi dove la prevalenza di consumo un tantum è superiore al 2 %, la maggior parte degli adulti che ha provato la cocaina (80-95 %) non l'ha utilizzata nell'ultimo mese ⁽⁹²⁾.

⁽⁹¹⁾ Per i dati relativi al prezzo e alla purezza, cfr. le tabelle PPP-3 e PPP-7 nel bollettino statistico 2009.

⁽⁹²⁾ Cfr. il grafico GPS-16 nel bollettino statistico 2009.

Tabella 8: prevalenza del consumo di cocaina nella popolazione generale: sintesi dei dati

| Fascia di età | Periodo di consumo | | |
|---|---|---|--|
| | Una tantum | Ultimo anno | Ultimo mese |
| 15-64 anni | | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 13 milioni | 4 milioni | 1,5 milioni |
| Media europea | 3,9 % | 1,2 % | 0,4 % |
| Range | 0,1-8,3 % | 0,0-3,1 % | 0,0-1,1 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (0,1 %) Lituania, Malta (0,4 %) Grecia (0,7 %) | Romania (0,0 %) Grecia (0,1 %) Repubblica ceca, Ungheria, Polonia (0,2 %) | Repubblica ceca, Grecia, Estonia, Romania (0,0 %) Malta, Lituania, Polonia, Finlandia (0,1 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Spagna (8,3 %) Regno Unito (7,6 %) Italia (6,8 %) Irlanda (5,3 %) | Spagna (3,1 %) Regno Unito (2,3 %) Italia (2,2 %) Irlanda (1,7 %) | Spagna (1,1 %) Regno Unito (1,0 %) Italia (0,8 %) Irlanda (0,5 %) |
| 15-34 anni | | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 7,5 milioni | 3 milioni | 1 milione |
| Media europea | 5,6 % | 2,2 % | 0,8 % |
| Range | 0,1-12,0 % | 0,1-5,5 % | 0,0-2,1 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (0,1 %) Lituania (0,7 %) Malta (0,9 %) Grecia (1,0 %) | Romania (0,1 %) Grecia (0,2 %) Polonia (0,3 %) Ungheria, Repubblica ceca (0,4 %) | Estonia, Romania (0,0 %) Repubblica ceca, Grecia, Polonia (0,1 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Regno Unito (12,0 %) Spagna (11,8 %) Danimarca (9,5 %) Irlanda (8,2 %) | Spagna (5,5 %) Regno Unito (4,5 %) Danimarca (3,4 %) Irlanda, Italia (3,1 %) | Regno Unito (2,1 %) Spagna (1,9 %) Italia (1,2 %) Irlanda (1,0 %) |
| 15-24 anni | | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 3 milioni | 1,5 milioni | 0,6 milioni |
| Media europea | 4,4 % | 2,2 % | 0,9 % |
| Range | 0,1-9,9 % | 0,1-5,6 % | 0,0-2,5 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (0,1 %) Grecia (0,6 %) Lituania (0,7 %) Malta, Polonia (1,1 %) | Romania (0,1 %) Grecia (0,2 %) Polonia (0,3 %) Repubblica ceca (0,4 %) | Estonia, Romania (0,0 %) Grecia (0,1 %) Repubblica ceca, Polonia, Portogallo (0,2 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Regno Unito (9,9 %) Spagna (9,3 %) Danimarca (9,2 %) Irlanda (7,0 %) | Danimarca (5,6 %) Spagna (5,4 %) Regno Unito (5,0 %) Irlanda (3,8 %) | Regno Unito (2,5 %) Spagna (1,7 %) Italia (1,2 %) Irlanda (1,1 %) |

Le stime della prevalenza europea si basano su medie ponderate ricavate dalle ultime indagini nazionali eseguite dal 2001 al 2008 (principalmente 2004-2008), pertanto non possono essere collegate a un unico anno. La prevalenza media in Europa è stata calcolata con una media ponderata basata sulla popolazione del relativo gruppo di età per ciascun paese. Nei paesi per i quali non sono disponibili informazioni è stata attribuita la prevalenza UE media. Popolazioni utilizzate quale base: fascia 15-64 anni (334 milioni), 15-34 anni (133 milioni) e 15-24 anni (63 milioni). I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» nel bollettino statistico 2009.

Consumo di cocaina tra giovani adulti

Si ritiene che in Europa 7,5 milioni di giovani adulti (15-34 anni), per una media del 5,6 %, abbiano usato la cocaina almeno una volta nella vita. Le cifre nazionali oscillano tra lo 0,1 e il 12,0 %. La media europea del

consumo nell'ultimo anno in questa fascia di età è stimata al 2,2 % (3 milioni), quella del consumo nell'ultimo mese allo 0,8 % (1 milione).

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

nell'ultimo anno compreso tra il 4,2 e il 7,7 % in Danimarca, Spagna, Irlanda, Italia e Regno Unito ⁽⁹³⁾. Nella maggior parte dei paesi, il rapporto uomo-donna riguardo alla prevalenza del consumo nell'ultimo anno è di almeno 2:1.

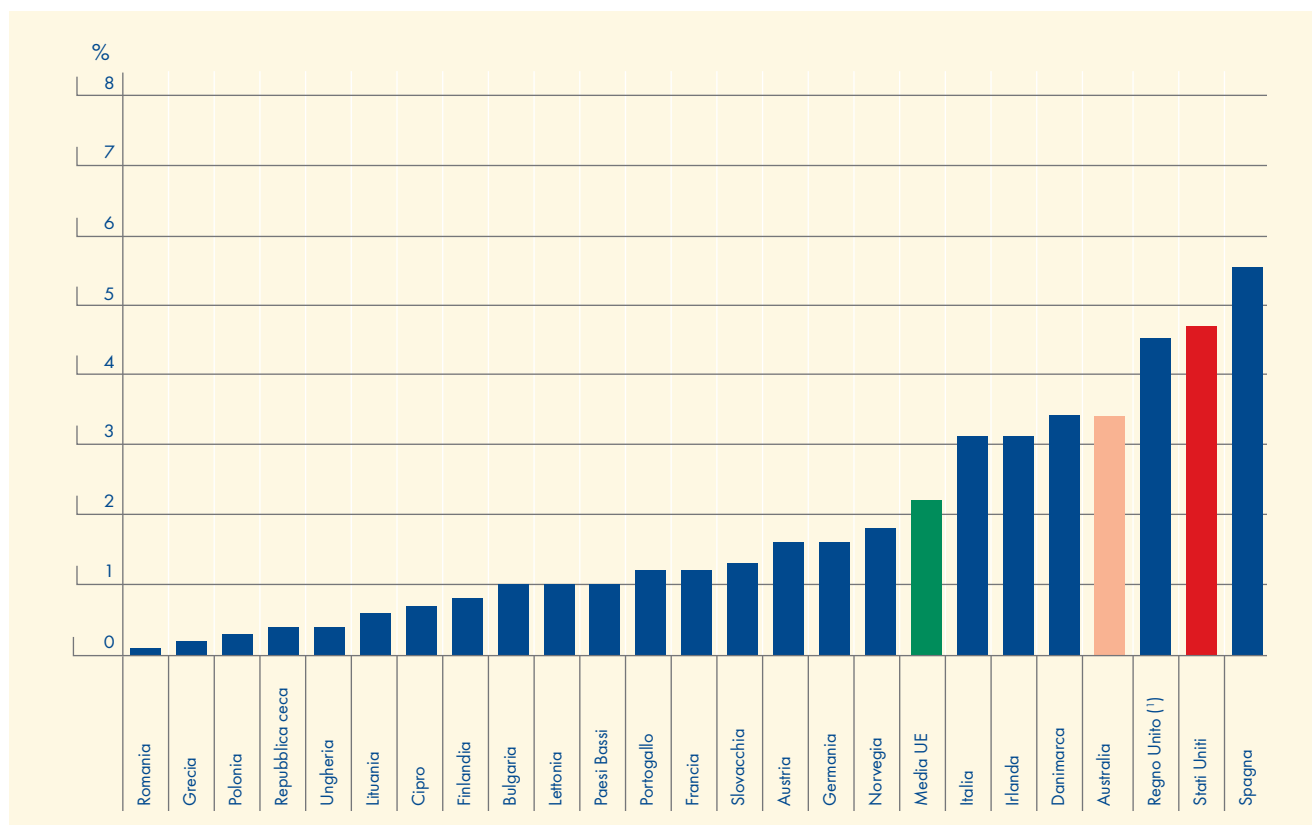
La prevalenza del consumo di cocaina nell'ultimo anno nella fascia di età compresa tra i 15 e i 24 anni è stimata al 2,2 %; ciò significa che 1,5 milioni di giovani ne hanno fatto uso in Europa. A differenza della prevalenza stimata per il consumo di cannabis o di ecstasy, più elevata nella fascia di età 15-24, le misurazioni del consumo più recente di cocaina (ultimo anno e ultimo mese) sono simili tra i gruppi di giovani di età compresa tra 15-34 e 15-24 ⁽⁹⁴⁾.

Il consumo di cocaina è legato anche al consumo di alcol e a certi stili di vita. Ad esempio, un'analisi dei dati emersi dall'indagine britannica sui reati 2007/2008 ha stabilito che circa il 13,5 % dei giovani tra i 16 e i 24 anni che ha

frequentato un pub per nove o più volte nel corso del mese ammette di aver fatto uso di cocaina nell'ultimo anno, rispetto all'1,7 % dei frequentatori meno assidui.

Anche la frequentazione di discoteche e locali notturni è stata associata all'aumento del consumo di cocaina, dato che quasi il 10 % dei giovani di età compresa tra 16 e 24 anni che hanno frequentato una discoteca quattro o più volte durante l'ultimo mese riferiscono di avere fatto uso di cocaina, rispetto al 3,3 % dei giovani che non hanno frequentato discoteche. Secondo la stessa indagine il consumo riferito di cocaina crack è molto basso, anche nel gruppo di consumatori di cocaina. Ciò conferma i risultati di altri studi, che segnalano profili diversi per i consumatori di queste due sostanze (Hoare e Flatley, 2008). Gli studi realizzati in ambienti ricreativi rivelano spesso una prevalenza maggiormente elevata del consumo di cocaina rispetto alla popolazione generale (OEDT, 2007a). Inoltre, una recente indagine condotta via

Grafico 8: prevalenza del consumo di cocaina nell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34 anni) in Europa, Australia e Stati Uniti



(1) Inghilterra e Galles.

N.B.: I dati provengono dall'ultima indagine disponibile per ogni paese. La prevalenza media in Europa è stata calcolata con una media ponderata basata sulla popolazione nazionale dei giovani di 15-34 anni (2006, dati presi da Eurostat). I dati per gli Stati Uniti e l'Australia sono stati ricalcolati dai risultati dell'indagine originale sulla fascia di età di 15-34 anni. Cfr. il grafico GPS-20 nel bollettino statistico 2009 per ulteriori informazioni.

Fonti:

SAMHSA (Stati Uniti), Office of Applied Studies (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>), *National survey on drug use and health, 2007*. Australian Institute of Health and Welfare 2008. «2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings» *Drug statistics series n. 22*. Cat. no. PHE 107. Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

(93) Cfr. il grafico GPS-13 nel bollettino statistico 2009.

(94) Cfr. il grafico GPS-15 e le tabelle GPS-14, GPS-15 e GSP-16 per tutti gli anni; le tabelle GPS-17, GPS-18 e GPS-19 per i dati più recenti nel bollettino statistico 2009.

Internet tra appassionati di musica elettronica nella Repubblica ceca ha riferito che il 30,9 % degli intervistati ha consumato cocaina.

L'indagine 2008 dell'Eurobarometro, condotta presso i 27 Stati membri dell'UE, mostra che l'85 % dei giovani tra i 15 e i 25 anni percepisce il consumo di cocaina come un rischio elevato per la salute personale. Le percentuali di intervistati che percepiscono un livello di rischio simile dall'uso di altre sostanze sono molto minori: il 40 % per la cannabis, il 28 % per il tabacco e il 24 % per l'alcol. Solo il consumo di eroina è percepito come un rischio elevato da una percentuale più ampia di intervistati. Esistono variazioni esigue tra i diversi paesi e il 95 % degli intervistati ha considerato che la cocaina dovrebbe continuare a essere messa al bando (Commissione europea, 2008b).

Consumo di cocaina tra gli studenti

Le stime sulla prevalenza del consumo di cocaina tra gli studenti sono molto inferiori rispetto a quelle sul consumo di cannabis. Secondo l'indagine ESPAD la prevalenza del consumo di cocaina una tantum tra gli studenti di età compresa tra 15 e 16 anni oscilla tra l'1 e il 2 % nella metà dei 28 paesi dichiaranti. La maggioranza dei restanti paesi riferisce livelli di prevalenza compresi tra

il 3 e il 4 %, mentre Francia, Italia e Regno Unito comunicano il 5 %. La prevalenza del consumo di cocaina una tantum tra gli studenti di sesso maschile è maggiore rispetto a quella registrata tra le femmine nella maggior parte dei paesi e i maggiori livelli (6 %) sono riferiti da Francia e Italia ⁽²⁵⁾.

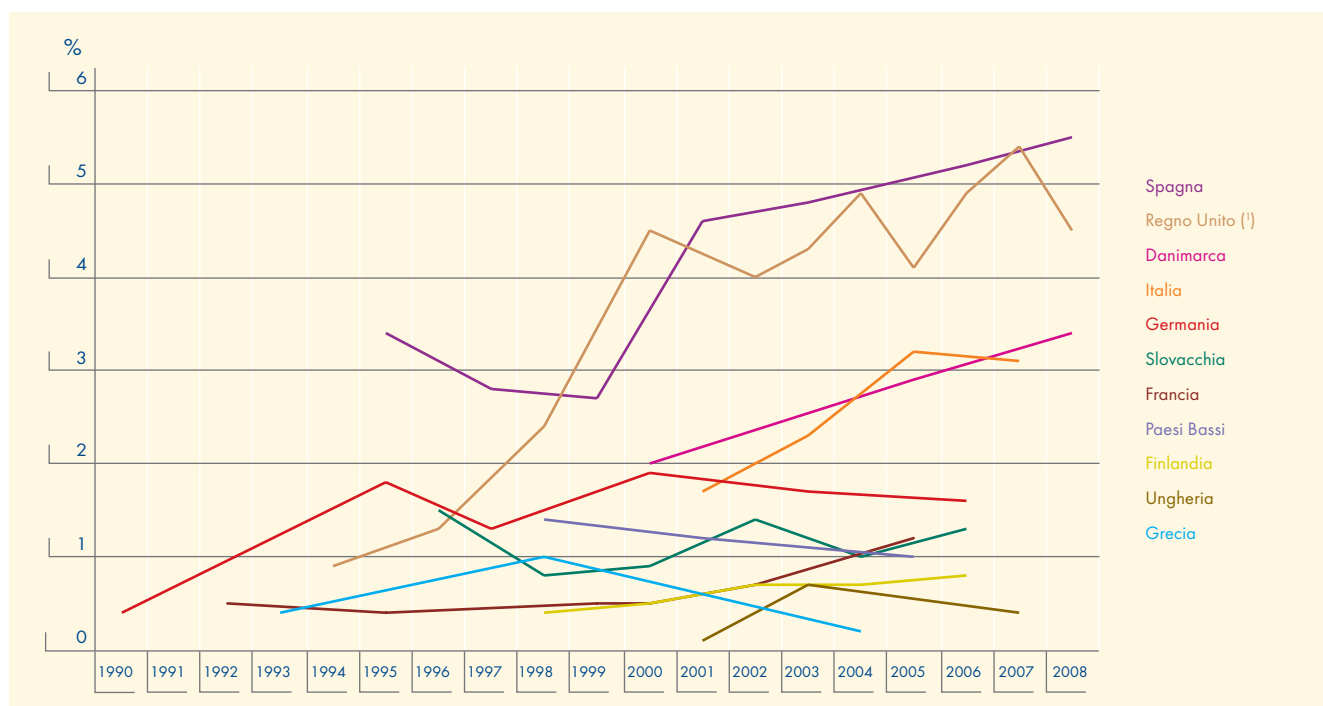
Confronti internazionali

Nel complesso, la prevalenza stimata del consumo di cocaina durante l'ultimo anno è minore tra i giovani adulti nell'Unione europea che non tra i loro coetanei in Australia e negli Stati Uniti. Tuttavia, in due paesi, Spagna e Regno Unito (Inghilterra e Galles), le cifre sono superiori all'Australia e soltanto la Spagna riferisce una stima superiore a quella degli Stati Uniti (grafico 8).

Tendenze relative al consumo di cocaina

Semplificando, le tendenze del consumo di cocaina in Europa hanno seguito modelli diversi. Nei due paesi con la prevalenza di consumo di cocaina più elevata (Spagna e Regno Unito), il consumo della sostanza è aumentato drasticamente alla fine degli anni novanta, prima di assestarsi su tendenze più stabili, seppure ancora, generalmente, orientate verso l'alto. In un secondo gruppo di paesi, che comprende Danimarca, Irlanda e Italia,

Grafico 9: andamento della prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cocaina tra i giovani adulti (15-34 anni)



(1) Inghilterra e Galles

N.B.: Per ulteriori informazioni cfr. il grafico GPS-14 (parte ii) nel bollettino statistico 2009.

Fonti: relazioni nazionali Reitox (2008), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

(25) Cfr. la tabella EYE-12 nel bollettino statistico 2009.

l'aumento della prevalenza è stato meno marcato e si è verificato un po' più tardi. I livelli di consumo in questi tre paesi sono tuttavia elevati rispetto a quelli degli altri paesi europei. Altrove in Europa, il quadro è difficile da interpretare, la prevalenza è bassa a livello globale ma in alcuni paesi si osservano sia lievi aumenti che deboli diminuzioni. Degli 11 paesi per i quali è possibile analizzare i dati del periodo 2002-2007, la prevalenza dell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34 anni) è aumentata di almeno il 15 % rispetto al valore iniziale in cinque paesi (Irlanda, Italia, Lettonia, Portogallo, Regno Unito) ⁽⁹⁶⁾, è diminuita in due paesi (Ungheria, Polonia) mentre è rimasta stabile in quattro (Germania, Spagna, Slovacchia, Finlandia) (grafico 9).

Secondo le indagini ESPAD condotte nel 2007 presso le scuole, la prevalenza del consumo di cocaina una tantum tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni è aumentata di almeno due punti in percentuale dal 2003 in Francia, Cipro, Malta, Slovenia e Slovacchia. L'indagine presso le scuole spagnole ha rivelato un calo di due punti in percentuale tra il 2004 e il 2007.

Conseguenze per la salute del consumo di cocaina

L'ampiezza delle conseguenze per la salute del consumo di cocaina è spesso sottovalutata. Ciò è in parte dovuto alla natura spesso non specifica o cronica delle patologie che generalmente derivano dal consumo a lungo termine di cocaina e, in parte, alle difficoltà di stabilire nessi causali tra la malattia e il consumo della sostanza. Il consumo regolare di cocaina, anche sniffando la sostanza, può essere associato a problemi cardiovascolari, neurologici e psichiatrici nonché a un aumento del rischio di incidenti e violenza. Il consumo concomitante di altre sostanze, compreso l'alcol, può anche aumentare alcuni problemi correlati all'assunzione della droga (cfr. OEDT, 2007a). Secondo un'indagine condotta negli Stati Uniti, i consumatori frequenti di cocaina corrono un rischio sette volte maggiore di venire colpiti da infarto del miocardio non fatale rispetto a coloro che non fanno uso della sostanza (Qureshi e al., 2001). Nel complesso, si ritiene che un quarto degli infarti non fatali del miocardio in persone di età compresa tra i 18 e i 45 anni sia attribuibile all'«uso frequente di cocaina».

Alcune relazioni recenti mostrano che in paesi con livelli relativamente elevati di prevalenza del consumo di cocaina, la sostanza sembra essere implicata nella maggioranza dei casi di ricovero ospedaliero d'emergenza per problemi connessi all'assunzione di

droga. La rete DAWN (*American Drug Abuse Warning Network*) ritiene che la cocaina, da sola o in combinazione con altre sostanze, sia stata coinvolta in sei casi su dieci di ricovero presso il pronto soccorso nel 2006. In Spagna, il sistema nazionale di informazione sui ricoveri ospedalieri d'urgenza correlati all'utilizzo non medico delle sostanze psicoattive ha riscontrato che, nel 2006, la cocaina è stata la sostanza citata con maggiore frequenza (59 %), seguita da cannabis (31 %), sedativi (28 %) ed eroina (22 %), mentre l'alcol è stato associato frequentemente con tutte queste sostanze. In uno studio condotto sui pazienti ricoverati presso il pronto soccorso di un ospedale di Barcellona per problemi direttamente correlati all'uso di cocaina, le principali richieste di assistenza sono risultate ansia o agitazione (48 %) e dolore toracico o palpitazioni (25 %).

L'assunzione di cocaina per via parenterale e il consumo di crack sono associati con i rischi per la salute più elevati (inclusi problemi cardiovascolari e mentali, deterioramento della salute). Questi sono generalmente aggravati dalla marginalizzazione sociale e da problemi specifici aggiuntivi, quali i rischi associati all'assunzione per via parenterale. Il consumo concomitante di oppiacei e cocaina sembra essere collegato a un rischio più elevato di overdose da oppiacei (OEDT, 2007a).

La dipendenza è una delle conseguenze negative del consumo di cocaina per gli individui. Uno studio condotto negli Stati Uniti ha mostrato che circa il 5 % dei consumatori di cocaina può sviluppare dipendenza durante il primo anno di consumo, sebbene non più del 20 % circa di consumatori abbia sviluppato dipendenza a lungo termine (Wagner e Anthony, 2002). Un altro studio ha mostrato che, tra coloro che sviluppano dipendenza, circa il 40 % guarisce senza la necessità di un trattamento per la dipendenza da sostanze stupefacenti o da alcol (Cunningham, 2000). I dati disponibili indicano che numerosi consumatori di cocaina hanno controllato il loro consumo della sostanza imponendosi delle regole, ad esempio, sulla quantità, la frequenza o il contesto del consumo (Decorte, 2000).

Consumo problematico di cocaina e domanda di trattamento

Stime nazionali del consumo problematico di cocaina (consumo per via parenterale oppure consumo a lungo termine/regolare) sono disponibili solo per Spagna e Italia, mentre il Regno Unito possiede stime regionali ⁽⁹⁷⁾. In Italia, sono stati stimati nel 2007 circa 3,8-4,7 consumatori problematici ogni 1 000 cittadini adulti.

⁽⁹⁶⁾ Si è osservato un incremento anche in Danimarca, ma in un periodo di tempo diverso.

⁽⁹⁷⁾ Cfr. «Consumo di cocaina crack in Europa», pag. 73.

Consumo di cocaina crack in Europa

La cocaina è disponibile in due forme in Europa: come polvere di cocaina (cocaina HCl, un sale idrocloridrico) e come cocaina crack consumata meno frequentemente (una base libera). Il crack viene generalmente fumato ed è noto per la capacità di indurre un picco intenso che può portare a modelli problematici di consumo. È generalmente prodotto dalla cocaina HCl in siti vicini a dove viene venduto e consumato.

Il consumo del crack ha iniziato a diffondersi negli Stati Uniti a metà degli anni ottanta, principalmente in quartieri urbani degradati delle aree metropolitane, interessando in maniera sproporzionata le minoranze etniche. Si è temuto che un fenomeno simile si sarebbe potuto verificare in Europa, ma finora non è stata osservata una grave epidemia di crack.

Tuttavia, la cocaina crack viene consumata in alcune città europee, anche se è difficile conoscere le dimensioni esatte del fenomeno. Le relazioni sulla situazione a Londra (GLADA, 2004) e a Dublino (Connolly e al., 2008) suggeriscono anche che possono verificarsi degli aumenti. A Londra, il consumo di crack viene considerato un componente importante del problema della droga della città e il suo aumento a partire dalla metà degli anni novanta viene attribuito principalmente a una popolazione in crescita di consumatori di oppiacei che consumano anche crack.

La maggior parte delle richieste di trattamento correlate al crack e la maggior parte dei sequestri di droga sono riferiti dal Regno Unito. Uno studio ha valutato il numero dei consumatori di cocaina crack problematici in Inghilterra a 5,2-5,6 per 1 000 soggetti adulti nel 2006-2007. Problemi importanti relativi al crack sono stati riferiti anche da città di altri paesi europei.

Il consumo di crack si presenta soprattutto tra i gruppi emarginati e svantaggiati quali i lavoratori del sesso e i consumatori di oppiacei problematici e alcuni paesi lo segnalano fra alcune minoranze etniche specifiche (ad esempio la Francia, i Paesi Bassi, il Regno Unito). Tra gli individui socialmente integrati, compresi i consumatori abituali di cocaina in polvere, il consumo di crack è molto insolito (Prinzleve e al., 2004). Tuttavia, la persistenza del consumo di crack in alcuni gruppi e città sottolinea il rischio della sua diffusione a gruppi più grandi.

Secondo i dati più recenti relativi alla Spagna, nel 2002 si contavano tra i 4,5 e i 6 consumatori problematici di cocaina ogni 1 000 cittadini adulti (15-64 anni). Le stime sui consumatori problematici di cocaina, probabilmente sottovalutano la popolazione con necessità terapeutiche o di interventi brevi, poiché i consumatori di cocaina socialmente integrati potrebbero non essere sufficientemente rappresentati nelle fonti di dati in uso.

Nel 2007, la cocaina, in modo particolare in polvere, è stata citata quale ragione principale per la richiesta di trattamento da circa il 17 % di tutti i pazienti in terapia, una percentuale questa che corrisponde a circa 61 000 casi riferiti in 25 paesi europei. Tra coloro i quali iniziano il trattamento per la prima volta, la percentuale dei pazienti che indicano la cocaina come loro sostanza stupefacente primaria è più elevata (22 %).

Esistono ampie differenze tra paesi riguardo alla percentuale di pazienti in terapia per problemi correlati alla cocaina sia tra tutti i pazienti che tra quelli nuovi. La Spagna riferisce le percentuali più elevate tra tutti i pazienti (45 %) e i nuovi pazienti (60 %), seguita dai Paesi Bassi (32 % e 29 %) e dall'Italia (23 % e 26 %). In Belgio, Irlanda, Cipro, Lussemburgo e Regno Unito, i pazienti in terapia per cocaina rappresentano tra l'11 e il 13 % di tutti i pazienti e tra l'11 e il 19 % dei nuovi pazienti; altrove in Europa, la cocaina riguarda meno del 10 % dei pazienti in terapia e sette paesi riferiscono meno dell'1 %⁽⁹⁸⁾.

Il numero di pazienti che si sottopongono a trattamento per consumo primario di cocaina ha continuato ad aumentare in Europa per alcuni anni, sebbene la tendenza sia fortemente influenzata da alcuni paesi. Nel periodo 2002-2007, i maggiori incrementi in percentuale di nuovi pazienti sono stati riferiti da Spagna, Irlanda e Italia. Nei paesi che hanno fornito dati sufficienti per analizzare le tendenze nel corso del tempo, la percentuale di pazienti che hanno iniziato il trattamento citando la cocaina come loro droga primaria è aumentata dal 13 al 19 % (in base a 18 paesi)⁽⁹⁹⁾. Per i nuovi pazienti che si sottopongono al trattamento, la proporzione è cresciuta passando dal 17 al 25 % (in base a 19 paesi). Dal 2005, tra i paesi con le percentuali più elevate di pazienti in terapia per cocaina, Spagna e Italia hanno riferito una situazione stabile, mentre i Paesi Bassi mostrano una proporzione in calo di nuovi pazienti in terapia. Tuttavia, la proporzione è attualmente in aumento in altri paesi quali Danimarca, Irlanda, Grecia e Portogallo⁽¹⁰⁰⁾.

Profilo dei pazienti in terapia

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

⁽⁹⁸⁾ Cfr. il grafico TDI-2 e la tabella TDI-5 (parte i) e (parte ii) nel bollettino statistico 2009; i dati per la Spagna si riferiscono al 2006.

⁽⁹⁹⁾ Sono inclusi solo i pazienti che hanno riferito il consumo primario di oppiacei, cannabis, cocaina e altri stimolanti.

⁽¹⁰⁰⁾ Cfr. i grafici TDI-1 e TDI-3 e la tabella TDI-3 (parte ii) nel bollettino statistico 2009.

Tra i pazienti con problemi di cocaina che seguono una terapia ambulatoriale si osserva il rapporto uomo-donna più elevato tra tutti i pazienti in trattamento per tossicodipendenza da sostanze stupefacenti (5 uomini per ogni donna) e un'età media tra le più elevate (circa 32 anni). Ciò è vero, in particolare, in alcuni paesi con numeri elevati di pazienti per problemi di cocaina come droga primaria, specialmente in Italia dove il rapporto uomo-donna è di 8:1 e l'età media 35 anni. Quasi la metà dei pazienti ha iniziato a consumare la sostanza prima dei 20 anni e l'88 % prima dei 30. In Spagna, in Italia e nei Paesi Bassi il periodo di tempo che intercorre tra la prima volta in cui si è provata la sostanza e l'inizio della terapia è generalmente lungo (9-12 anni) ⁽¹⁰¹⁾.

La maggior parte dei cocainomani sniffa (55 %) o fuma (32 %) la sostanza mentre meno del 7 % riferisce di assumerla per via parenterale ⁽¹⁰²⁾. Un'analisi condotta nel 2006 in 14 paesi ha rivelato che circa il 63 % dei pazienti in terapia per cocaina è composto da poliassuntori. Tra questi, il 42 % consuma anche alcol, il 28 % cannabis e il 16 % eroina. La cocaina è anche menzionata spesso come droga secondaria, specialmente tra i pazienti con un problema primario di eroina (28 %) ⁽¹⁰³⁾.

Nel 2007, circa 8 000 pazienti hanno iniziato il trattamento per il consumo primario di cocaina crack, una cifra che rappresenta il 15 % di tutti i pazienti di cocaina e il 2,7 % di tutti i pazienti in terapia ambulatoriale. La maggior parte dei pazienti per crack (circa 6 500) sono citati dal Regno Unito, dove costituiscono il 45 % dei pazienti in terapia per cocaina. Quasi un quarto (22 %) dei pazienti in terapia per crack come sostanza primaria consuma eroina e riferisce livelli elevati di disoccupazione e di status di senza fissa dimora ⁽¹⁰⁴⁾.

Nel complesso, sono stati individuati due gruppi principali di pazienti in terapia per cocaina: individui socialmente integrati che consumano cocaina in polvere; e un gruppo di pazienti più marginalizzati, che utilizzano cocaina, spesso cocaina crack, in combinazione con oppiacei. Il primo gruppo generalmente riferisce di sniffare la droga e talvolta di consumarla insieme ad altre sostanze quali alcol o cannabis, ma non insieme a oppiacei. Alcuni membri di questo gruppo sono indirizzati al trattamento dalle autorità giudiziarie. Il secondo gruppo riferisce spesso di avere assunto la droga per via parenterale, di utilizzare sia cocaina che oppiacei, talvolta di fumare crack e presenta condizioni sociali e di salute precarie.

Include ex eroinomani che si sottopongono nuovamente al trattamento per problemi di consumo di cocaina.

Trattamento e riduzione del danno

Trattamento

In Europa, i centri terapeutici ambulatoriali pubblici sono orientati per la maggior parte alle necessità dei consumatori di oppiacei mentre quelli che si concentrano sul trattamento rivolto ai cocainomani sono rari e spesso privati. Alcuni paesi (ad esempio, Irlanda, Italia, Spagna), tuttavia, hanno attuato strategie o programmi di trattamento rivolti ai cocainomani e la Francia sta sviluppando tali programmi.

L'eterogeneità dei consumatori di cocaina, e dei loro problemi ed esigenze, complica l'organizzazione e l'erogazione dei servizi di trattamento a coloro i quali li necessitano. Alcune popolazioni di consumatori di cocaina sono difficili da raggiungere e pertanto risulta complicato fare in modo che si sottopongano al trattamento. Ad esempio, i cocainomani che assumono la sostanza per via parenterale e i consumatori di crack marginalizzati spesso non si sottopongono al trattamento volontariamente. Per questa ragione, in Irlanda opere di assistenza e altri interventi sono consigliati per avvicinare al trattamento consumatori che altrimenti non verrebbero raggiunti (Connolly e al., 2008). I programmi di assistenza al trattamento possono anche essere di beneficio per alcuni gruppi: un esempio è fornito da uno studio olandese condotto su consumatori di crack marginalizzati. Il programma di trattamento ha raggiunto livelli elevati di conformità e soddisfazione terapeutica tra i pazienti in cura, che hanno riferito miglioramenti in termini di salute, condizioni di vita, famiglia, relazioni sociali e status psichiatrico (Henskens e al., 2008).

Può risultare difficile anche convincere i consumatori di cocaina socialmente integrati a sottoporsi al trattamento. Ad esempio, le loro esigenze potrebbero non essere soddisfatte da centri terapeutici frequentati per lo più da consumatori di oppiacei. Alcuni paesi riferiscono le misure adottate per superare questi problemi. In Italia, ad esempio, il «Progetto nazionale cocaina», avviato nel 2007, fornisce servizi specializzati con orari di apertura più consoni alle esigenze dei consumatori di cocaina socialmente integrati e alle loro famiglie (ad esempio, apertura dopo l'orario di lavoro). Anche l'Irlanda riferisce un approccio simile, che prevede lo sviluppo di programmi specifici rivolti ai consumatori di cocaina in polvere.

⁽¹⁰¹⁾ Cfr. le tabelle TDI-10, TDI-11 (parte iii), TDI-21 e TDI-103 (parte ii) nel bollettino statistico 2009.

⁽¹⁰²⁾ Cfr. la tabella TDI-17 (parte iv) nel bollettino statistico 2009.

⁽¹⁰³⁾ Cfr. la questione specifica sulla poliassunzione.

⁽¹⁰⁴⁾ Cfr. «Consumo di cocaina crack in Europa» (pag. 73) e le tabelle TDI-7 e TDI-115 nel bollettino statistico 2009.

È importante, inoltre, assicurare la continuità del trattamento dei consumatori problematici di cocaina e di crack, dato che il consumo intensivo è associato a disturbi comportamentali, sociali e psicologici (ad esempio, comportamento impulsivo e aggressivo) e, in alcuni gruppi, a stili di vita caotici e a grave deterioramento fisico e mentale. Pertanto, gli operatori riferiscono che risulta difficile per i pazienti mantenere la frequenza regolare delle sessioni di trattamento e un dialogo terapeutico significativo (Connolly e al., 2008). Il consumo di cocaina può anche influire negativamente sul trattamento per la dipendenza da altre sostanze e mettere a repentaglio il mantenimento dell'astinenza da eroina. In Germania, ad esempio, il consumo concomitante di cocaina è stato identificato come un fattore decisivo che contribuisce all'interruzione della terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei.

Convincere i consumatori a sottoporsi al trattamento e a continuarlo risulta anche difficile in un contesto in cui non esiste un intervento psicosociale particolare sostenuto da solide prove di efficacia né una vera terapia farmacologica disponibile per aiutare i consumatori che hanno sviluppato dipendenza a mantenere l'astinenza o a ridurre il consumo durante questo periodo.

Queste difficoltà possono essere fronteggiate dallo sviluppo di programmi terapeutici specifici e corsi di formazione adatti ai problemi associati con il consumo di cocaina e di crack. Irlanda, Italia e Regno Unito riferiscono l'esistenza di una formazione specifica sulla cocaina rivolta al personale terapeutico. Inoltre, 11 Stati membri, inclusi tutti quelli con livelli elevati di consumo di cocaina e richieste di trattamento, riferiscono la disponibilità di programmi terapeutici specifici, a fianco di servizi terapeutici tradizionali, per i consumatori di cocaina o di cocaina crack. Tuttavia, mentre gli esperti nazionali di Italia, Portogallo, Slovenia e Regno Unito ritengono che questi programmi siano disponibili per la maggior parte dei cocainomani che necessitano di trattamento, gli esperti di Danimarca, Germania, Irlanda, Austria, Paesi Bassi, Francia e Spagna reputano che siano disponibili solo per una minoranza di consumatori.

Dopo un periodo durante il quale quasi tutti gli studi di ricerca erano prodotti negli Stati Uniti, ora alcuni studi sul trattamento della dipendenza da cocaina vengono condotti in Europa. Nel Regno Unito, è in corso uno studio clinico per verificare l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale in combinazione con la gestione della contingenza (cfr. OEDT, 2008b) presso i consumatori primari di cocaina. In base a una recente revisione Cochrane, questa combinazione ha prodotto i risultati migliori per il trattamento della dipendenza da stimolanti

(Knapp e al., 2007). Un altro studio clinico condotto nel Regno Unito sta analizzando l'efficacia del modafinil, in combinazione con la gestione dei rinforzi (*contingency management*) basata su voucher, tra pazienti che si sono sottoposti alla terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei e che consumano cocaina crack. Il modafinil ha già dimostrato in alcuni studi la sua potenzialità terapeutica in qualità di agente sostitutivo per la dipendenza da stimolanti.

Nei Paesi Bassi, cinque studi clinici stanno verificando attualmente l'efficacia di numerosi agenti farmaceutici per il trattamento della dipendenza da cocaina, tra cui la dexanfetamina e il modafinil. Un altro studio clinico olandese ha analizzato la combinazione dell'approccio del rinforzo della comunità con la gestione dei rinforzi presso i pazienti in terapia sostitutiva per oppiacei che hanno sviluppato dipendenza da cocaina. I risultati hanno mostrato una riduzione significativa del consumo di cocaina rispetto al trattamento standard.

Infine, uno studio congiunto italo-spagnolo multi-site sta verificando l'efficacia del vaccino TA-CD. Si tratta del più vasto studio condotto fino ad oggi su questo vaccino, a cui partecipano alcune migliaia di volontari. Gli studi iniziali sulla sicurezza del vaccino TA-CD negli Stati Uniti hanno mostrato riduzioni degli effetti soggettivi della cocaina e del consumo della sostanza nonché un migliore mantenimento in terapia.

Riduzione del danno

Gli interventi di riduzione del danno destinati ai consumatori problematici di crack e di cocaina costituiscono una nuova area operativa in numerosi Stati membri. Una delle ragioni dell'erogazione limitata di interventi in questo campo, in particolare per i consumatori di crack, può essere la mancanza, da parte degli operatori, di conoscenze sufficienti sulla sostanza, sul gruppo di destinazione e sulle sue esigenze.

Gli Stati membri in genere erogano ai consumatori di cocaina per via parenterale gli stessi servizi e strutture offerti ai consumatori di oppiacei, come raccomandazioni per un consumo sicuro, consigli per l'iniezione sicura e programmi di scambio di aghi e siringhe. Tuttavia, l'assunzione di cocaina per via parenterale può essere associata a rischi più elevati di condivisione degli strumenti per le iniezioni e di iniezioni frequenti, che possono condurre al collasso delle vene e all'iniezione in parti del corpo a più alto rischio (ad esempio, gambe, mani, piedi e inguine). Pertanto, le raccomandazioni per un consumo sicuro devono essere adattate a questi rischi specifici. In alcuni paesi (ad esempio, Belgio, Francia),

vengono fornite anche pipe da crack nuove in alcune agenzie a bassa soglia.

Gli interventi di riduzione del danno destinati ai consumatori di cocaina negli ambienti ricreativi si

concentrano principalmente sulla sensibilizzazione. I programmi offrono consulenza e informazioni ai giovani sui rischi associati al consumo di alcol e di droga in generale, includendo, di solito, anche materiale sui rischi correlati al consumo di cocaina.



Capitolo 6

Consumo di oppiacei e assunzione di droga per via parenterale

Introduzione

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

Offerta e disponibilità

Storicamente, il mercato clandestino delle droghe in Europa offre due tipi di eroina importata: l'eroina brown più comune (forma chimica base), proveniente prevalentemente dall'Afghanistan, e l'eroina bianca (sotto forma di sale), che generalmente proviene dall'Asia sudorientale ed è un tipo di droga piuttosto raro⁽¹⁰⁵⁾. Una piccola quantità di oppiacei viene anche prodotta in Europa: si tratta principalmente di derivati domestici del papavero (per esempio, paglia di papavero, concentrato di papavero derivante da steli o infiorescenze di papavero pressati), ottenuti in alcuni paesi dell'Europa orientale (Lettonia, Lituania).

Produzione e traffico

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

8 890 tonnellate a circa 8 000 tonnellate nel 2008. La stima più recente della potenziale produzione globale di eroina è di 735 tonnellate nel 2007 (UNODC, 2009). Il crescente numero di laboratori smantellati in Afghanistan negli ultimi anni suggerisce che sempre più spesso l'oppio è trasformato in morfina o in eroina all'interno del paese. Tuttavia, gli ingenti sequestri di oppio e di morfina effettuati nei paesi confinanti (Pakistan, Iran) dimostrano che una parte consistente della lavorazione avviene anche al di fuori dell'Afghanistan (CND, 2008; UNODC, 2009).

In linea di massima, l'eroina entra in Europa seguendo due principali rotte di traffico: la rotta dei Balcani,

Tabella 9: produzione, sequestro, prezzo e purezza dell'eroina

| Produzione e sequestri | Eroina |
|--|--------------------|
| Stima della produzione potenziale globale (tonnellate) ⁽¹⁾ | 735 |
| Quantità globale sequestrata | |
| Eroina (tonnellate) | 65 |
| Morfina (tonnellate) | 27 |
| Quantità sequestrata (tonnellate) | |
| UE e Norvegia (comprese Croazia e Turchia) | 8,8 (22) |
| Numero di sequestri | |
| UE e Norvegia (comprese Croazia e Turchia) | 56 000 (58 000) |
| Prezzo e purezza in Europa | Eroina brown |
| Prezzo di vendita medio (EUR al grammo) | |
| Range (intervallo interquartile) ⁽²⁾ | 14-119 (35-77) |
| Purezza media (%) | |
| Range (intervallo interquartile) ⁽²⁾ | 9-50 (16-27) |

⁽¹⁾ La cifra dell'UNODC si basa sulla sua stima della produzione globale di oppio illegale (8 870 tonnellate nel 2008) (UNODC, 2009).

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

N.B.: I dati sono riferiti al 2007, tranne che per la stima della produzione potenziale globale.

Fonti: UNODC World drug report (2009) (rapporto mondiale sulle droghe dell'UNODC) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

storicamente importante, e le sue ramificazioni, che transitano attraverso il Pakistan, l'Iran e la Turchia, dove avvengono i più ingenti sequestri; e la «via settentrionale», attraverso l'Asia centrale e la Federazione russa, dove il traffico di eroina, ad esempio verso la Polonia, si svolge direttamente su ferrovia (INCB, 2009a) o verso la Norvegia attraverso la Lituania. Sono state segnalate vie di transito di minore importanza per l'eroina proveniente dall'Asia sudoccidentale; ad esempio, dall'Afghanistan e dal Pakistan per via aerea attraverso paesi del Medio oriente e dell'Africa orientale ai mercati illegali dell'Europa (INCB, 2009a; OMD, 2008). L'eroina dell'Asia sudoccidentale è contrabbandata in Europa (Regno Unito) per via aerea dal Pakistan. All'interno dell'Unione europea ricoprono un ruolo importante come centri di distribuzione secondari i Paesi Bassi e, in misura minore, il Belgio (Europol, 2008).

Sequestri

Nel 2007 i sequestri di oppiacei segnalati in tutto il mondo sono saliti notevolmente fino a 510 tonnellate, con l'Iran che ha raggiunto l'84 % del totale. I sequestri di morfina segnalati in tutto il mondo sono diminuiti drasticamente fino a 27 tonnellate, mentre i sequestri globali di eroina sono aumentati leggermente a 65 tonnellate. I sequestri più ingenti di eroina sono stati riferiti dall'Iran (25 % del totale mondiale), seguiti dalla Turchia e dall'Afghanistan (UNODC, 2009).

In Europa, nel 2007, i 58 000 sequestri stimati hanno consentito di recuperare 22 tonnellate di eroina. Il Regno Unito continua a essere il paese dove si registra il numero più elevato di sequestri, mentre alla Turchia spetta ancora una volta il primato dei quantitativi sequestrati, per un totale di ben 13,2 tonnellate recuperate nel 2007 ⁽¹⁰⁶⁾. I dati per gli anni che vanno dal 2002 al 2007 provenienti da 25 paesi interpellati indicano che dopo un calo nel primo anno, il numero dei sequestri è aumentato costantemente a partire dal 2003. La tendenza globale nella quantità di eroina intercettata in Turchia è diversa da quella osservata nell'Unione europea. Mentre la Turchia ha riferito un aumento quintuplicato della quantità di eroina sequestrata tra il 2002 e il 2007, la quantità sequestrata nell'Unione europea ha rivelato un calo globale durante questo periodo, sebbene con un aumento dal 2006 al 2007.

A livello globale, i sequestri di anidride acetica (utilizzata nella produzione illecita di eroina) sono saliti a 56 300 litri nel 2007, di cui quasi la metà intercettati nella Federazione russa (25 000 litri), seguita dalla Turchia

Prezzi dell'eroina a diversi livelli sul mercato

Il controllo dei prezzi della droga è uno strumento importante per la comprensione dei mercati della droga. L'OEDT raccoglie dati sui prezzi al dettaglio, espressi solitamente in euro per grammo, dose o pillola. Sulla base di queste informazioni è possibile valutare il prezzo tipico pagato da un consumatore per ottenere una determinata droga in un paese europeo. I cambiamenti di prezzi nel tempo possono indicare i cambiamenti possibili nell'offerta o nella domanda di stupefacenti. Le informazioni sui prezzi all'ingrosso, ovvero il prezzo pagato dai trafficanti di droga ai distributori principali sul mercato in cui la droga è consumata, sono un altro indicatore utile che può permettere di capire meglio i profitti del mercato.

Dati confrontabili sia sui prezzi all'ingrosso che al dettaglio per il 2007 sono disponibili soltanto per alcuni paesi (Repubblica ceca, Germania, Spagna, Romania, Regno Unito). Fra questi paesi, il prezzo all'ingrosso riferito dell'eroina va da 12,5 euro a 35,8 euro al grammo e il prezzo medio al dettaglio, laddove disponibile, varia da 36 euro a 62,7 euro. Ai livelli all'ingrosso e al dettaglio del mercato i prezzi più bassi sono riferiti per la Romania e i più alti per la Spagna. Anche il rapporto tra prezzo al dettaglio e all'ingrosso varia notevolmente, da 1,6:1 nella Repubblica ceca a 2,8:1 nel Regno Unito. Nel fare confronti è necessario prestare attenzione alle possibili differenze nella purezza della droga, tra paesi, livelli di mercato o nel tempo. Ciò nonostante, un'analisi in questo ambito può essere informativa, soprattutto per quanto riguarda le tendenze nel tempo, poiché può indicare cambiamenti importanti in corso sul mercato.

(13 300 litri) e dalla Slovenia (6 500 litri) (INCB, 2009b). L'INCB calcola che «quasi l'80 %» dell'anidride acetica utilizzata nei laboratori afgani di produzione della droga viene contrabbandata attraverso l'Europa orientale e sudorientale e incoraggia la Commissione europea e gli Stati membri dell'UE a prevenire la diversione di anidride acetica dal mercato interno (INCB, 2009a).

Purezza e prezzo

Nel 2007, per la maggior parte dei paesi che hanno fornito dati, la purezza media dell'eroina brown esaminata andava dal 15 al 30 %, anche se sono stati riferiti valori inferiori al 15 % in Francia (12 %) e in Austria (9 %) e livelli più elevati nel Regno Unito (50 %) e in Norvegia (35 %). Generalmente, la purezza dell'eroina bianca era maggiore (30-50 %) nei pochi paesi europei che hanno fornito dati ⁽¹⁰⁷⁾.

Il prezzo al dettaglio dell'eroina brown ha continuato a essere più alto nei paesi del nord che nel resto d'Europa,

⁽¹⁰⁶⁾ Cfr. le tabelle SZR-7 e SZR-8 nel bollettino statistico 2009. Osservare che laddove sono assenti i dati per il 2007, vengono utilizzati i dati corrispondenti per il 2006 per valutare i totali europei. Questa analisi è preliminare in quanto non sono ancora disponibili dati per il Regno Unito per il 2007.

⁽¹⁰⁷⁾ Per i dati relativi al prezzo e alla purezza cfr. le tabelle PPP-2 e PPP-6 nel bollettino statistico 2009.

con la Svezia che ha riferito un prezzo medio di 119 euro al grammo e la Danimarca di 96 euro al grammo. In altri dieci paesi, il prezzo al dettaglio dell'eroina brown oscillava tra 30 euro e 80 euro al grammo, mentre in Turchia il prezzo medio per un grammo di sostanza era di 15 euro. Nel periodo 2002-2007, il prezzo al dettaglio dell'eroina brown è sceso in sette dei 12 paesi europei che hanno trasmesso dati comparabili ed è aumentato in cinque paesi. Il prezzo al dettaglio dell'eroina bianca è stato riferito solamente da alcuni paesi europei ed è risultato compreso tra 31 euro e 151 euro al grammo.

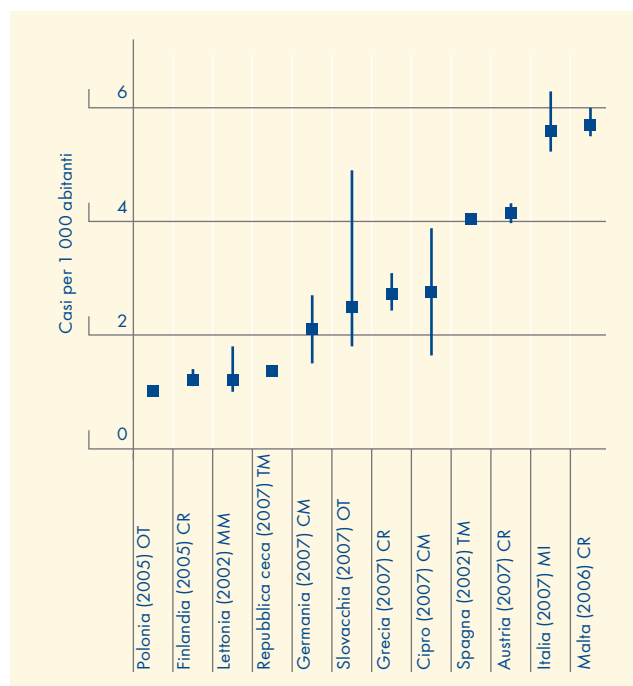
Stime sulla prevalenza del consumo problematico di oppiacei

I dati presentati in questa sezione provengono dall'indicatore del consumo problematico di stupefacenti (PDU), che riguarda principalmente il consumo di droghe per via parenterale e il consumo di oppiacei, sebbene in alcuni paesi anche i consumatori di anfetamine o di cocaina rappresentino una componente non irrilevante. Vale la pena notare che molti paesi riferiscono che la maggior parte dei «consumatori problematici di oppiacei» potrebbero essere descritti come poliassuntori che utilizzano anche oppiacei. Data la prevalenza relativamente bassa e la natura nascosta di questo tipo di consumo di droga sono necessarie estrapolazioni statistiche per ottenere stime della prevalenza a partire dalle fonti di dati disponibili.

Le stime della prevalenza del consumo problematico di oppiacei nei paesi europei durante il periodo 2002-2007 vanno a grandi linee da uno a sei casi ogni 1 000 abitanti nella fascia di età dei 15-64 anni; la prevalenza globale del consumo problematico di oppiacei viene stimata in un intervallo compreso tra meno di tre e dieci casi su 1 000. I paesi che riferiscono le stime correttamente documentate più basse sul consumo problematico di oppiacei sono la Repubblica ceca, la Lettonia, la Polonia e la Finlandia (sebbene sia la Repubblica ceca che la Finlandia abbiano un numero elevato di consumatori problematici di anfetamine), mentre le stime più elevate vengono riferite da Malta, dall'Italia, dall'Austria e dalla Spagna (grafico 10).

La prevalenza media del consumo problematico di oppiacei nei paesi che hanno fornito dati è stimata essere tra i 3,6 e i 4,6 casi ogni 1 000 abitanti su una popolazione di 15-64 anni. Presumendo che questi dati riflettano la situazione complessiva dell'UE, ciò equivale a circa 1,4 milioni (da 1,2 a 1,5 milioni) di consumatori

Grafico 10: stime della prevalenza annuale del consumo problematico di oppiacei (casi per 1 000 abitanti di 15-64 anni)



N.B.: Il simbolo indica una stima puntuale; la barra indica un intervallo di incertezza, che può essere un intervallo di confidenza del 95 % o un intervallo basato sull'analisi della sensibilità. I gruppi bersaglio possono variare leggermente a causa di metodi di calcolo diversi e di fonti diverse di dati; pertanto il confronto va fatto con cautela. Fasce di età non standard vengono utilizzate negli studi provenienti da Finlandia (15-54), Malta (12-64) e Polonia (tutte le età). Tutte e tre le stime sono adattate a una popolazione di 15-64 anni, presumendo che il consumo di droghe in altri gruppi di età sia trascurabile. Per la Germania e Cipro, l'intervallo rappresenta i limiti superiore e inferiore di tutte le stime esistenti e la stima puntuale è una semplice media dei punti mediani. I metodi utilizzati per le stime sono abbreviati come segue: CR = capture-recapture (cattura-ricattura); TM = treatment multiplier (moltiplicatore trattamento); MI = multivariate indicator (indicatore multivariato); MM = mortality multiplier (moltiplicatore mortalità); CM = combined methods (metodi combinati); OT = other methods (altri metodi). Cfr. il grafico PDU-1 (parte ii) nel bollettino statistico 2009 per ulteriori informazioni.

Fonti: punti focali nazionali Reitox.

problematici di oppiacei nell'UE e in Norvegia nel 2007 ⁽¹⁰⁸⁾. I consumatori problematici di oppiacei in carcere, soprattutto quelli con sentenze che riguardano un arco di tempo più lungo, potrebbero essere rappresentati per difetto in questa stima.

Tattamento della dipendenza da oppiacei

Gli oppiacei, in particolar modo l'eroina, continuano a essere indicati come la sostanza principale dalla maggior parte dei pazienti che chiedono di entrare in terapia in Europa. Tuttavia, esistono notevoli differenze in Europa nella percentuale di tossicodipendenti che entrano in terapia per problemi collegati a queste sostanze; i consumatori di

⁽¹⁰⁸⁾ Questa stima è stata modificata da 1,5 a 1,4 milioni in base ai nuovi dati. A causa degli ampi intervalli di confidenza e del fatto che la stima si basa su dati provenienti da anni diversi, non è possibile concludere che la nuova stima indichi una riduzione nella prevalenza del consumo problematico di oppiacei in Europa.

Incidenza del consumo problematico di oppiacei

Per rilevare le tendenze relative alla situazione della droga in Europa e ideare le politiche e gli interventi adatti è necessario controllare l'incidenza del consumo problematico della droga, ovvero il numero di soggetti che iniziano a consumare una sostanza durante un anno specifico e che diventano tossicodipendenti problematici.

L'OEDT ha incentivato la ricerca sulla valutazione dell'incidenza del consumo problematico di droga e ha pubblicato di recente degli orientamenti su questo argomento. (Scalia Tomba e al., 2008). Inoltre ha avviato, in collaborazione con l'università di Zurigo, uno studio per verificare un nuovo metodo «nell'arco di un giorno» che utilizza la distribuzione del «tempo di latenza» (tempo di trattamento) su un campione trasversale di consumatori di eroina curati. Il metodo utilizza una funzione che descrive la probabilità di seguire una terapia sostitutiva (GIF, General Inclusion Function, funzione di inclusione generale) quando nessun regolamento limita l'accesso alla terapia, tenendo conto del tempo di latenza, della mortalità e dei tassi di cessazione del consumo di droga. È possibile ricavare delle stime dai dati relativi al trattamento per un unico giorno, mentre i metodi consolidati richiedono serie prolungate nel tempo che comprendono almeno da otto a dieci anni.

Lo studio è stato svolto in sei Stati membri dell'UE (Spagna, Italia, Malta, Paesi Bassi, Slovacchia, Regno Unito) e ha suggerito che il metodo GIF consente di valutare l'incidenza del consumo problematico di eroina anche con serie di dati incompleti sulla terapia sostitutiva. In almeno cinque regioni, le stime sull'incidenza hanno consentito di ricavare stime della prevalenza concordanti con altre stime esistenti (ad esempio tramite il metodo cattura-ricattura).

Il metodo GIF sembra essere solido e potrebbe, oltre alle stime sull'incidenza, fornire anche stime convenienti dal punto di vista dei costi sulla prevalenza del consumo problematico di oppiacei e della copertura della terapia sostitutiva, oltre che della loro evoluzione nel tempo. I lavori futuri potrebbero includere alcuni studi in altri paesi dell'UE, analisi di differenze spaziali, studi riferiti al genere e alle vie di assunzione.

oppiacei sono oltre il 90 % di quelli che entrano in terapia in Bulgaria e in Slovenia, tra il 50 e il 90 % in 15 paesi e tra il 10 e il 49 % in altri nove paesi ⁽¹⁰⁹⁾. Nel complesso, delle circa 325 000 richieste di trattamento presentate l'eroina è stata menzionata come sostanza primaria nel 49 % dei casi per cui questo dato è noto; se si includono altri oppiacei questa cifra sale al 55 % dei consumatori ⁽¹¹⁰⁾. In alcuni paesi sono aumentati negli ultimi anni sia la percentuale che il numero delle richieste di trattamento correlate ad oppiacei diversi dall'eroina ⁽¹¹¹⁾.

Molti consumatori di oppiacei sono inseriti in programmi che forniscono assistenza a lungo termine; ciò si riflette in una proporzione più elevata di consumatori principali di oppiacei tra i tossicodipendenti già in cura. Un'analisi recente dei dati relativi a tossicodipendenti sottoposti a trattamento in 14 paesi ha riscontrato che il consumo primario di oppiacei interessava il 61 % di tutti i tossicodipendenti sottoposti a terapia, ma solamente il 38 % di quelli che iniziavano la terapia per la prima volta ⁽¹¹²⁾. La percentuale dei soggetti che facevano uso primario di oppiacei tra quelli in terapia per più di un anno era indicata come superiore al 50 % in tutti i paesi partecipanti allo studio.

La maggior parte dei pazienti che inizia la terapia per consumo primario di oppiacei riferisce spesso di utilizzare anche altre sostanze. Nel 2006 un'analisi dei dati provenienti da 14 paesi ha riscontrato che il 59 % degli eroinomani fa uso di una seconda sostanza, per lo più cocaina (28 %), cannabis (14 %) e alcol (7 %) ⁽¹¹³⁾.

Andamento del consumo problematico di oppiacei

Il numero limitato di stime ripetute dell'incidenza e della prevalenza del consumo problematico di oppiacei, insieme all'incertezza statistica sulle singole stime, contribuisce alla difficoltà di monitorare l'evolversi delle tendenze nel tempo. I dati provenienti da nove paesi con stime ripetute della prevalenza nel periodo 2002-2007 suggeriscono una situazione relativamente stabile. Un aumento apparente osservato in Austria fino al 2005 non è stato confermato nei dati recenti. Altrove esistono informazioni che possono evidenziare cambiamenti recenti. A Cipro, una stima effettuata nel 2007 indica che vi è stato un notevole aumento del consumo problematico di oppiacei, che è stato collegato a un aumento dei cittadini stranieri in terapia ⁽¹¹⁴⁾. Le informazioni ricavate dal sistema «TREND» francese, che si basa su dati sia qualitativi che quantitativi, indica la diffusione dell'eroina a nuovi gruppi di utenti, che comprende in maniera preoccupante soggetti integrati a livello sociale e frequentatori dei «tecno party».

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

⁽¹⁰⁹⁾ Cfr. la tabella TDI-5 (parte ii) nel bollettino statistico 2009.

⁽¹¹⁰⁾ Cfr. la tabella TDI-113 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹¹¹⁾ Cfr. «Abuso di oppiacei da prescrizione», pag. 83.

⁽¹¹²⁾ Cfr. la tabella TDI-38 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹¹³⁾ Cfr. la Questionne specifica sulla poliaassunzione nella relazione 2009.

⁽¹¹⁴⁾ Cfr. le tabelle PDU-6 (parte ii) e PDU-102 nel bollettino statistico 2009 per le informazioni complete, compresi gli intervalli di confidenza.

Questione specifica OEDT sul consumo di stupefacenti per via parenterale

Il consumo di stupefacenti per via parenterale è uno dei principali fattori determinanti di gravi problemi di sanità pubblica tra i tossicodipendenti, compresi HIV/AIDS, epatite C e overdose. In Europa, la prevalenza e le tendenze del consumo di droga per via parenterale variano tra gli Stati membri e possono cambiare con il passare del tempo. Oltre all'iniezione di droga possono coesistere vie di assunzione alternative (ad esempio il fumo) e i tossicodipendenti possono modificare la loro via di assunzione.

La questione specifica è incentrata sulla situazione e sulle tendenze del consumo di droga per via parenterale e sugli interventi specifici rivolti ai consumatori di droga per via parenterale in Europa. La pubblicazione tratta inoltre dei possibili meccanismi che spiegano il calo della modalità di assunzione per via parenterale osservato in alcuni paesi o regioni e i motivi per cui i livelli possono essere ancora elevati (o in aumento) in altre regioni. Inoltre, si occupa degli interventi e delle politiche destinati a ridurre l'assunzione per via parenterale e di quelli che potrebbero spingere gli utenti ad adottare metodi di assunzione meno nocivi.

Questa questione specifica sarà disponibile in versione stampata su Internet solo in inglese (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>) a partire da dicembre 2009.

una terapia è aumentato tra il 2002 e il 2007. Analizzando un intervallo di tempo più recente, gli utenti che iniziano una terapia per il consumo primario di eroina sono aumentati sia come numero che come percentuale di tutti i tossicodipendenti in otto paesi tra il 2006 e il 2007. Questi aumenti hanno fatto spesso seguito a forti cali negli anni precedenti. Inoltre, fin dal 2004 dieci paesi hanno riferito aumenti sia nel numero che nella percentuale di nuovi consumatori che hanno iniziato una terapia avendo l'eroina come droga primaria⁽¹¹⁵⁾.

Altri indicatori supportano questa analisi. Nel 2007, i dati sui decessi correlati al consumo di droga, associati per lo più al consumo di oppiacei, non forniscono alcuna indicazione di un ritorno alla tendenza al calo osservata fino al 2003 (cfr. il capitolo 7). Più della metà dei paesi che hanno risposto ha registrato numeri in aumento dei decessi indotti dagli stupefacenti tra il 2006 e il 2007⁽¹¹⁶⁾. Analogamente, un calo osservato nel numero dei sequestri di eroina nell'Unione europea fino al 2003 è stato sostituito attualmente da un costante aumento. Nei dati più

recenti sui reati connessi al consumo può essere osservato anche un aumento nel numero di casi correlati all'eroina.

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

Consumo di stupefacenti per via parenterale

Prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale

I consumatori di stupefacenti per via parenterale figurano tra i soggetti che corrono un rischio molto elevato di andare incontro a problemi di salute a causa della loro tossicodipendenza, come gravi malattie infettive (ad es. HIV/AIDS, epatite) o decesso indotto dagli stupefacenti. Solo 12 paesi sono stati in grado di fornire stime recenti sui livelli del consumo di stupefacenti per via parenterale⁽¹¹⁷⁾, nonostante la loro importanza per la salute pubblica. Il miglioramento del livello delle informazioni disponibili riguardo a questo particolare gruppo continua a rappresentare una sfida importante per lo sviluppo dei sistemi di controllo sanitario in Europa.

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

A causa della scarsità di dati disponibili è difficile trarre conclusioni sull'andamento nel tempo della prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale, benché i dati a disposizione indichino una situazione stabile nella Repubblica ceca, in Grecia, nel Regno Unito e in Norvegia⁽¹¹⁸⁾. È stato osservato, inoltre, un aumento a Cipro.

I dati delle indagini sulle malattie infettive possono fornire anche informazioni sulle differenze nazionali e sui cambiamenti nel corso del tempo per quanto riguarda il

⁽¹¹⁵⁾ Cfr. la tabella TDI-3 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹¹⁶⁾ Cfr. la tabella DRD-2 (parte i) nel bollettino statistico 2009.

⁽¹¹⁷⁾ Cfr. il grafico PDU-2 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹¹⁸⁾ Cfr. la tabella PDU-6 (parte iii) nel bollettino statistico 2009.

Abuso degli oppiacei da prescrizione

Gli analgesici a base di oppiacei sono le droghe più potenti disponibili per la gestione del dolore grave e cronico. Gli oppiacei vengono anche utilizzati come droghe sostitutive nella gestione della dipendenza da oppiacei. Queste sostanze, disponibili su prescrizione, possono essere utilizzate in maniera errata e ciò potrebbe produrre effetti dannosi sulla salute, quali dipendenza, overdose e danni associati all'iniezione. Gli oppiacei acquistati su prescrizione possono entrare nel mercato clandestino della droga attraverso la diversione delle droghe sostitutive dal loro utilizzo corretto. Anche le farmacie in Internet sembrano svolgere un ruolo importante nella disponibilità degli oppiacei offerti su prescrizione negli Stati Uniti (INCB, 2009a), ma il loro ruolo in Europa sembra essere limitato. In Europa, l'aumento della prescrizione di sostanze sostitutive ai consumatori di droga dipendenti da oppiacei è stata accompagnata da un aumento delle relazioni sull'abuso di tali sostanze.

Gli oppiacei diversi dall'eroina sono segnalati come la droga primaria dal 5 % circa (17 810) dei pazienti che si sottopongono a un trattamento per curare una tossicodipendenza in Europa. Le sostanze segnalate più spesso sono: buprenorfina, che viene riferita come la droga primaria nel 41 % di tutte le richieste di trattamento in Finlandia e nel 7 % in Francia; metadone, che rappresenta il 18,5 % di tutte le domande di trattamento in Danimarca e altri oppiacei da prescrizione in Lettonia, Austria e Svezia, dove rappresentano tra il 5 % e il 15 % di tutte le domande di trattamento (¹). La Repubblica ceca ha segnalato, inoltre, circa 4 250 consumatori di buprenorfina problematici nel 2007. Questo rifletteva principalmente un cambiamento nelle sostanze utilizzate dai consumatori problematici di eroina, ma non un aumento nella prevalenza generale del consumo problematico di oppiacei. Il sistema tedesco Phar-Mon, che controlla una vasta gamma di farmaci con potenzialità di consumo improprio, ha registrato anche un aumento nell'abuso degli oppiacei da prescrizione, dove le sostanze sostitutive svolgono un ruolo più importante degli analgesici (Roesner e Küfner, 2007).

L'abuso degli oppiacei forniti su prescrizione solleva importanti questioni per quanto riguarda la prevenzione della diversione delle sostanze sostitutive e degli analgesici a base di oppiacei verso il mercato illegale. Allo stesso tempo, è necessario fare attenzione a garantire che il consumo legittimo di queste sostanze non venga compromesso (Cherny e al., 2006).

(¹) Cfr. la tabella TDI-113 nel bollettino statistico 2009.

consumo di stupefacenti per via parenterale. I confronti tra un paese e l'altro dovrebbero essere fatti, tuttavia, con la dovuta cautela a causa della varietà dei criteri di reclutamento utilizzati. Da questi studi è emerso che tre

paesi registrano percentuali elevate (superiori al 20 %) di nuovi tossicodipendenti per via parenterale (persone che fanno uso di stupefacenti per via parenterale da meno di due anni), il che indica probabilmente un nuovo reclutamento significativo al consumo per via parenterale. In altri dieci paesi questo dato è inferiore al 10 % (¹¹⁹). Un altro indicatore di iniziazione più recente al consumo per via parenterale è la percentuale di giovani tossicodipendenti che assumono la sostanza per via parenterale (di età inferiore ai 25 anni) riscontrata nei campioni. Questi ultimi rappresentano più del 40 % dei consumatori per via parenterale nei campioni di Repubblica ceca, Estonia, Lettonia, Lituania, Austria, Romania e Slovacchia, mentre in undici altri paesi meno del 20 % dei soggetti del campione ha un'età inferiore ai 25 anni.

L'assunzione per via parenterale tra i consumatori di oppiacei

L'assunzione per via parenterale viene registrata spesso come la modalità abituale di assunzione da parte dei consumatori di oppiacei che iniziano una terapia e riunisce più della metà dei consumatori di oppiacei nella maggior parte dei paesi, tra il 25 e il 50 % in sette paesi e meno del 25 % in cinque paesi. Le proporzioni più basse di consumatori di oppiacei per via parenterale che iniziano una terapia vengono registrate da Danimarca e Paesi Bassi e quelle più elevate da Lituania, Lettonia e Romania (¹²⁰). Le relazioni relative al trattamento suggeriscono anche che tra i consumatori di oppiacei la diffusione dell'assunzione per via parenterale può variare notevolmente da paese a paese. Ad esempio, nelle comunità autonome della Spagna la percentuale di consumatori per via parenterale tra i nuovi consumatori di oppiacei va dallo 0,9 al 47,2 %.

Tra i consumatori di oppiacei che hanno iniziato un trattamento per la prima volta, la percentuale che riferisce di assumere la sostanza per via parenterale (42 %) è inferiore a quella di tutti i consumatori di oppiacei che iniziano una terapia (44 %). Questo accade in quasi tutti i 22 paesi che hanno fornito dei dati. Un'analisi dei dati sui tossicodipendenti in terapia in 14 paesi ha rilevato che l'assunzione per via parenterale tra tutti i tossicodipendenti in terapia rimane elevata, al 62 %, nonostante alcune importanti eccezioni, come i Paesi Bassi, con una percentuale del 6,1 % (¹²¹).

La percentuale di consumatori di droga per via endovenosa (IDU) tra i consumatori di eroina che entrano in trattamento ha continuato a calare nel 2007. Oggi

(¹¹⁹) Cfr. il grafico PDU-3 nel bollettino statistico 2009.

(¹²⁰) Cfr. le tabelle PDU-104, TDI-5 e TDI-17 (parte v) nel bollettino statistico 2009.

(¹²¹) Cfr. le tabelle TDI-17 (parte v) e TDI-38 nel bollettino statistico 2009.

questa tendenza è evidente in alcuni paesi in cui non era stata osservata precedentemente (ad es. Repubblica ceca, Germania). Tra il 2002 e il 2007, la percentuale di IDU tra i consumatori primari di oppiacei che hanno iniziato un trattamento è scesa nella maggior parte dei paesi, con cali rilevanti dal punto di vista statistico registrati in 13 paesi. Due paesi, tuttavia, riferiscono un aumento in questo periodo (Bulgaria, Slovacchia) ⁽¹²²⁾.

Altri studi confermano generalmente una tendenza al calo dell'assunzione per via parenterale tra i consumatori di oppiacei. In Francia, ad esempio, è stata osservata una riduzione della prevalenza dell'assunzione per via parenterale nei dati relativi al trattamento a partire dal 2001 e alcuni studi rivelano che l'iniziazione al consumo di eroina è diventata sempre più associata all'azione di sniffare e attualmente sembra che l'assunzione per via parenterale avvenga in una fase successiva nel percorso di consumo della droga rispetto al passato.

Trattamento del consumo problematico di oppiacei

L'età media delle persone che iniziano una terapia in regime ambulatoriale per il consumo primario di oppiacei è 33 anni e quasi tutti i paesi hanno riferito un aumento a partire dal 2003 ⁽¹²³⁾. Le donne, i consumatori di oppiacei che iniziano la terapia per la prima volta e i consumatori negli Stati membri che hanno aderito all'UE nel 2004 sono in media più giovani delle loro controparti.

Il gruppo delle donne che fanno uso di stupefacenti è considerato particolarmente vulnerabile. Nel complesso il rapporto maschi/femmine tra i consumatori di oppiacei è di 3,5:1, anche se le donne rappresentano una percentuale più elevata di consumatori di oppiacei nei paesi del nord (ad esempio Svezia, Finlandia) e una percentuale più bassa nei paesi dell'Europa meridionale (ad esempio Grecia, Italia, Portogallo) ⁽¹²⁴⁾.

Tra i consumatori di oppiacei che iniziano una terapia si riscontrano tassi più elevati di disoccupazione e un livello di istruzione più basso rispetto ai consumatori di altre sostanze (cfr. il capitolo 2). In questa popolazione vengono registrati livelli elevati di disturbi psichiatrici; ad esempio, uno studio italiano ha riscontrato che la maggior parte dei consumatori di droga in terapia (72 %) con uno stato patologico psichiatrico concomitante erano consumatori primari di oppiacei ⁽¹²⁵⁾.

Comorbidità: consumo di stupefacenti e disturbi mentali

La comorbidità è il verificarsi contemporaneo, spesso non riconosciuto, di problemi legati al consumo di droga e di disturbi psichiatrici nello stesso individuo. Alcuni studi hanno rilevato sia una prevalenza elevata di problemi psichiatrici tra i pazienti in terapia per consumo di stupefacenti che una prevalenza elevata di problemi di tossicodipendenza tra i pazienti nei servizi psichiatrici (OEDT, 2005).

I disturbi mentali riferiti più spesso tra i tossicodipendenti in Europa comprendono depressione, ansia, schizofrenia, disturbi della personalità, deficit di attenzione e iperattività. Il trattamento specifico per i tossicodipendenti con comorbidità in Europa rimane limitato. Gli esperti nazionali riferiscono che esistono programmi specifici in 18 paesi, ma in 14 di questi sono disponibili soltanto per una minoranza di clienti in condizioni di necessità. In altri sette paesi non esistono programmi dedicati, ma cinque di loro progetta di svilupparli nei prossimi tre anni.

Recentemente è stato eseguito uno studio europeo prospettico su più centri (Isadora) che coinvolge pazienti con doppia diagnosi reclutati da centri per la cura delle malattie psichiatriche acute ⁽¹⁾. I suoi risultati evidenziano le difficoltà di fare analisi comparative in questo ambito, sottolineando l'esigenza di un approccio più armonizzato per la diagnosi, il trattamento e lo studio della comorbidità in Europa (Baldacchino e al., 2009).

⁽¹⁾ <http://isadora.advsh.net/>

Quasi tutti i consumatori di oppiacei che iniziano il trattamento dichiarano di aver iniziato a consumare queste sostanze prima dei 30 anni e circa la metà prima dei 20 anni. In media si è registrato uno scarto temporale di 8 anni tra la prima esperienza di consumo di oppiacei e il primo contatto con i servizi terapeutici ⁽¹²⁶⁾.

Erogazione e diffusione dell'assistenza

L'assistenza terapeutica per i consumatori di oppiacei avviene per la maggior parte in strutture ambulatoriali, che possono comprendere centri specializzati, studi di medici generici e servizi medici a bassa soglia (cfr. il capitolo 2). Anche i centri ospedalieri ricoprono un ruolo cruciale in alcuni paesi, in particolare in Bulgaria, Grecia, Finlandia e Svezia ⁽¹²⁷⁾. La gamma di opzioni disponibili in Europa per il trattamento della dipendenza da oppiacei è ampia e sempre più differenziata, anche se varia

⁽¹²²⁾ Cfr. le tabelle TDI-4 e TDI-5 nei bollettini statistici 2006 e 2009.

⁽¹²³⁾ Cfr. le tabelle TDI-10, TDI-32 e TDI-103 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹²⁴⁾ Cfr. le tabelle TDI-5 e TDI-21 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹²⁵⁾ Cfr. anche «Comorbidità: consumo di stupefacenti e disturbi mentali».

⁽¹²⁶⁾ Cfr. le tabelle TDI-11, TDI-33, TDI-107 e TDI-109 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹²⁷⁾ Cfr. la tabella TDI-24 nel bollettino statistico 2009.

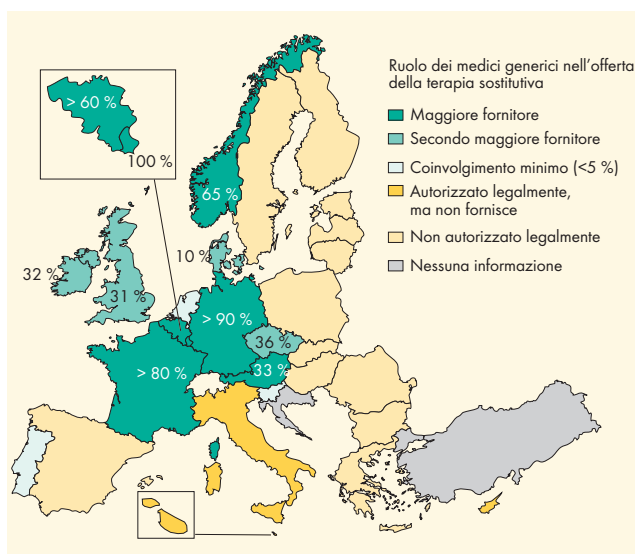
geograficamente in termini di accessibilità e di copertura. Tutti gli Stati membri dell'UE, la Croazia e la Norvegia mettono a disposizione dei consumatori di oppiacei la terapia sostitutiva o il trattamento in regime di astinenza. Il futuro impiego della terapia sostitutiva in Turchia è attualmente oggetto di studio.

Il trattamento in regime di astinenza è un approccio terapeutico che richiede generalmente che i soggetti si astengano dall'assunzione di tutte le sostanze, compresa la terapia sostitutiva. I pazienti partecipano ad attività quotidiane e ricevono un'assistenza psicologica intensiva. Mentre la terapia in regime di astinenza può avvenire sia in regime ambulatoriale che di ricovero, il tipo riferito più di frequente dagli Stati membri corrisponde ai programmi residenziali che applicano i principi delle comunità terapeutiche o il modello Minnesota.

La terapia sostitutiva, spesso affiancata dall'assistenza psicosociale, viene erogata generalmente presso strutture ambulatoriali specializzate. Tredici paesi riferiscono che la terapia sostitutiva viene fornita anche da medici generici, solitamente attraverso accordi di collaborazione con centri terapeutici specializzati (cfr. il grafico 11). Nella Repubblica ceca, in Francia, nei Paesi Bassi, in Portogallo, nel Regno Unito e in Croazia, qualunque medico generico può fornire una terapia sostitutiva, mentre in Belgio, Danimarca, Germania, Irlanda, Lussemburgo, Austria e Norvegia, solo le persone con una formazione specifica o accreditate sono autorizzate a erogarla. Numerosi paesi riferiscono che, migliorando la copertura geografica, riducendo i tempi di attesa e agevolando l'accesso alla terapia, il coinvolgimento dei medici generici ha contribuito ad aumentare la disponibilità e la copertura della terapia sostitutiva (Repubblica ceca, Germania, Francia, Austria, Regno Unito).

In base alle stime degli esperti, la disponibilità della terapia sostitutiva per gli oppiacei è relativamente elevata in 16 paesi, dove è disponibile per almeno la metà dei consumatori di oppiacei (cfr. il capitolo 2). In questi paesi, la terapia in regime di astinenza è la terapia privilegiata per una percentuale compresa tra il 10 e il 25 % dei consumatori. In altri dieci paesi (Estonia, Grecia, Lettonia, Lituania, Ungheria, Polonia, Romania, Slovacchia, Finlandia, Norvegia), si calcola che la terapia sostitutiva sia disponibile per una minoranza di consumatori di oppiacei. Ciò potrebbe essere perché la terapia in regime di astinenza è la terapia preferenziale, soprattutto per i pazienti più giovani o per quelli che iniziano la terapia per la prima volta o a causa delle difficoltà ad accedere a una terapia sostitutiva. In Grecia, ad esempio, il tempo di attesa per la terapia sostitutiva per gli oppiacei è in media superiore a tre anni.

Grafico 11: offerta di terapia sostitutiva per oppiacei da parte di studi di medici generici



N.B.: la percentuale di pazienti della terapia sostitutiva che ricevono la terapia da medici generici della comunità è indicata nella mappa.

Fonti: punti focali nazionali Reitox.

L'offerta della terapia psicosociale è considerata essenziale per garantire l'efficacia della terapia sostitutiva. Secondo le stime degli esperti, viene fornita a quasi tutti i pazienti in terapia sostitutiva in sette paesi (Grecia, Italia, Lettonia, Portogallo, Romania, Slovacchia, Regno Unito) e alla maggior parte di essi in altri 14 paesi. In quattro paesi (Estonia, Lussemburgo, Ungheria, Paesi Bassi), si calcola che venga fornita soltanto a una minoranza di pazienti in terapia sostitutiva.

Si calcola che il numero totale di pazienti che ricevono la terapia sostitutiva nell'UE, in Croazia e in Norvegia sia di circa 650 000 soggetti nel 2007, in aumento dai 560 000 del 2005 e i 500 000 del 2003. I dati disponibili suggeriscono un aumento in tutti i paesi tranne in Spagna, dove il numero delle persone sottoposte a terapia sostitutiva è sceso a partire dal 2002 e in Francia, Lussemburgo, Ungheria e Paesi Bassi, dove vengono riferite lievi riduzioni o cifre stabili. Tra i paesi che hanno potenziato la loro offerta di una terapia sostitutiva, i tassi più alti di aumento sono stati osservati in Estonia, dove il numero dei pazienti è aumentato nel giro di cinque anni, da 60 a più di 1 000, e in Bulgaria, dove il numero dei centri terapeutici è passato da 380 a quasi 3 000 tra il 2003 e il 2007. Anche il numero dei pazienti in terapia sostitutiva è più che raddoppiato in questo periodo nella Repubblica ceca, in Lettonia, Finlandia e Norvegia, mentre Grecia, Polonia, Portogallo, Romania e Svezia riferiscono aumenti superiori al 40 %.

Un semplice confronto delle stime del numero di consumatori problematici di oppiacei e del numero di trattamenti segnalati indica che la terapia sostitutiva potrebbe essere attualmente erogata a oltre il 40 % dei pazienti. Tuttavia, entrambe le serie di dati non sono ancora pienamente affidabili e questa stima andrebbe considerata con cautela. I confronti sono difficili per lo stesso motivo, anche se i dati disponibili indicano che la percentuale di consumatori problematici di oppiacei che ricevono una terapia sostitutiva varia notevolmente da paese a paese, con intervalli stimati che vanno dal 5 % a oltre il 50 % ⁽¹²⁸⁾.

Alla maggior parte dei pazienti in Europa viene somministrato il metadone (70 %), ma il numero dei paesi in cui è l'unica sostanza prescritta è in diminuzione, con la buprenorfina attualmente disponibile in tutti gli Stati membri dell'UE tranne quattro (Bulgaria, Spagna, Ungheria, Polonia). Nella Repubblica ceca, in Francia, Lettonia e Svezia, a oltre il 50 % dei soggetti in terapia sostitutiva viene prescritta la buprenorfina. Tra le altre opzioni vi sono la morfina a lento assorbimento (Bulgaria, Austria, Slovenia) e la codeina (Germania, Austria, Cipro). Nel 2006 è stata approvata per il mercato europeo una nuova combinazione di buprenorfina e nalossone, la cui introduzione è stata riferita successivamente in 11 paesi. Sei paesi europei forniscono inoltre una terapia assistita con eroina agli utenti che non beneficiano a sufficienza di altri trattamenti.

Standard, qualità ed efficacia del trattamento

Dalle revisioni di studi randomizzati controllati e di studi osservazionali emerge che sia la terapia di mantenimento con metadone (MMT) sia la terapia di mantenimento con buprenorfina (BMT) possono essere efficaci per la gestione della dipendenza da oppiacei. Nel complesso la

terapia sostitutiva porta con sé diversi risultati positivi, tra cui: una maggiore costanza nel proseguimento della terapia, la riduzione del consumo di oppiacei illeciti e del consumo per via parenterale, la riduzione della mortalità e delle condotte criminose e la stabilizzazione e il miglioramento delle condizioni sociali e di salute dei consumatori cronici di eroina. Inoltre, recenti studi randomizzati controllati hanno riscontrato che la terapia assistita con eroina è efficace nel ridurre il consumo di sostanze illecite, nel migliorare la salute fisica o mentale e nel ridurre il comportamento criminale tra i pazienti considerati difficili da trattare o con i quali la terapia con altre modalità di trattamento non ha avuto effetto.

Anche gli interventi psicosociali e psicoterapeutici associati alla farmacoterapia si sono dimostrati efficaci nell'ambito di studi sull'esito dei trattamenti (Schulte e al., 2008). Questi approcci riescono non solo ad aumentare il livello di motivazione verso il trattamento, a evitare le ricadute e a ridurre il danno, ma forniscono anche consulenza e sostegno pratico ai pazienti che devono contemporaneamente risolvere i problemi riguardanti l'alloggio, l'occupazione e la situazione familiare e curare la tossicodipendenza da oppiacei.

L'Organizzazione mondiale della sanità ha recentemente sviluppato una serie di requisiti minimi e di linee guida internazionali per la terapia farmacologica assistita a livello psicosociale dei soggetti dipendenti dagli oppiacei (2009). Questo documento è una risposta a una risoluzione del Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite (Ecosoc) e si basa su analisi sistematiche della letteratura scientifica e su consultazioni con una serie di noti esperti provenienti da diverse parti del mondo. La maggior parte dei paesi europei ha sviluppato, inoltre, orientamenti relativi alla terapia sostitutiva (cfr. il capitolo 2).

⁽¹²⁸⁾ Cfr. il grafico HSR-1 nel bollettino statistico 2009.



Capitolo 7

Malattie infettive e decessi correlati alla droga

Malattie infettive correlate alla droga

Tra le conseguenze più gravi per la salute del consumo di sostanze stupefacenti vi è la possibilità di contrarre malattie infettive come l'HIV e l'epatite B e C. Anche nei paesi in cui la prevalenza dell'HIV nei consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) è bassa, altre malattie infettive, come l'epatite A, B e C, le malattie sessualmente trasmissibili, la tubercolosi, il tetano, il botulismo e il virus dei linfociti T dell'uomo possono colpire i tossicodipendenti in misura estremamente maggiore. L'OECD sta monitorando sistematicamente l'HIV e l'epatite B e C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (prevalenza di anticorpi o altri indicatori specifici nel caso dell'epatite B) ⁽¹²⁹⁾.

HIV e AIDS

Pare che, alla fine del 2007, l'incidenza dell'infezione da HIV diagnosticata tra i consumatori di droga per via endovenosa (IDU) fosse contenuta nella maggior parte dei paesi dell'Unione europea, mentre la situazione complessiva nell'UE fosse relativamente positiva rispetto al contesto globale. Questa situazione può essere dovuta, almeno in parte, all'aumento della disponibilità delle misure di prevenzione, di trattamento e di riduzione del danno, compresa la terapia di sostituzione e i programmi di scambio di aghi e siringhe. Secondo alcuni paesi, anche altri fattori, come il calo del consumo per via parenterale, possono essere stati determinanti. In talune regioni europee, tuttavia, i dati indicano che la trasmissione dell'HIV collegata al consumo di stupefacenti per via parenterale ha continuato a far registrare tassi relativamente elevati nel 2007, mettendo in luce la necessità di garantire la copertura e l'efficacia delle prassi di prevenzione locale.

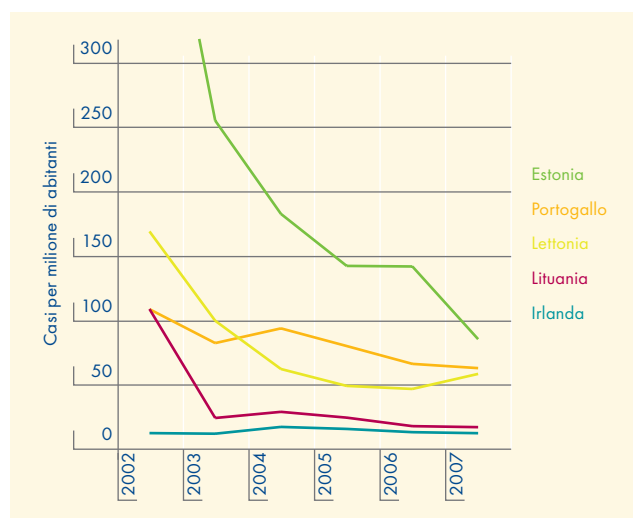
Tendenze osservate nell'infezione da HIV

I dati sui casi di nuova diagnosi connessi al consumo di stupefacenti per via parenterale nel 2007 indicano che, in generale, il tasso di infezione sta ancora diminuendo

nell'Unione europea, dopo il picco raggiunto nel 2001-2002 e dovuto alle epidemie scoppiate in Estonia, Lettonia e Lituania ⁽¹³⁰⁾. Nel 2007 il tasso complessivo di infezioni di nuova diagnosi tra gli IDU nei 24 Stati membri dell'UE per cui vi sono dati disponibili era di 4,7 casi per milione di abitanti, in calo quindi rispetto ai 5 del 2006 ⁽¹³¹⁾. Dei tre paesi che riferiscono i tassi più elevati di infezioni di nuova diagnosi, il Portogallo e l'Estonia hanno continuato a segnalare una tendenza al ribasso, anche se in Portogallo questa tendenza sembra essersi stabilizzata. In Lettonia, al contrario, è stato riferito un aumento da 47,1 casi su un milione di abitanti nel 2006 a 58,7 casi per milione di abitanti nel 2007 (grafico 12).

Complessivamente non sono stati osservati aumenti rilevanti nella nuova infezione da HIV tra il 2002 e il 2007 e i tassi riferiti rimangono bassi. Tuttavia, in Bulgaria e in Svezia è aumentato il numero delle nuove

Grafico 12: andamento in cinque Stati membri dell'UE con tassi elevati di infezioni da HIV registrate di recente in consumatori di stupefacenti per via parenterale



N.B.: per l'Estonia, il valore per il 2002 è fuori scala (516 casi per milione di abitanti). Per ulteriori informazioni, cfr. la tabella INF-104 nel bollettino statistico 2009.

Fonti: ECDC e OMS Europa.

⁽¹²⁹⁾ Per i dettagli sui metodi e le definizioni, cfr. il bollettino statistico 2009.

⁽¹³⁰⁾ Cfr. la tabella INF-104 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹³¹⁾ Non sono disponibili dati nazionali per la Spagna, l'Italia e l'Austria.

infezioni riferite: da 0,3 nuovi casi per milione di abitanti nel 2002 a 5,6 casi nel 2007 in Bulgaria, e in Svezia da 3,5 nuovi casi per milione di abitanti nel 2002 a un picco di 6,7 casi nel 2007 prima di tornare ai livelli precedenti nel 2008, il che suggerisce la potenzialità continua di diffusione dell'HIV tra gli IDU.

I dati sull'andamento provenienti dalle attività di monitoraggio della prevalenza dell'HIV in campioni di IDU sono un elemento complementare importante rispetto ai dati di segnalazione dei casi di HIV. Per il periodo 2002-2007 sono disponibili statistiche sulla prevalenza trasmesse da 25 paesi ⁽¹³²⁾. In 11 Stati la prevalenza dell'HIV non ha subito variazioni in questo periodo. In sei paesi (Bulgaria, Germania, Spagna, Italia, Lettonia, Portogallo) si sono verificate diminuzioni statisticamente significative sulla prevalenza dell'HIV, tutte basate su campioni nazionali, sebbene due di questi paesi segnalino anche un incremento a livello regionale: in Bulgaria, una città, Sofia e in Italia, tre regioni su 21. In due paesi (Lituania, Polonia) la prevalenza dell'HIV ha rivelato aumenti statisticamente significativi, basati entrambi su campioni nazionali.

Il confronto tra le tendenze nelle infezioni di nuova diagnosi connesse al consumo di stupefacenti per via parenterale e l'andamento della prevalenza dell'HIV tra gli IDU suggerisce che l'incidenza dell'infezione da HIV in relazione al consumo di stupefacenti per via parenterale sta diminuendo nella maggior parte dei paesi a livello nazionale.

Tuttavia, l'elevato tasso annuale di nuove diagnosi di HIV correlate al consumo di stupefacenti per via parenterale in Estonia, Lettonia e Portogallo suggerisce che, in questi paesi, il tasso di trasmissione è ancora elevato, anche se i tassi sono in calo in Estonia e Portogallo. Per quanto riguarda l'Estonia, la recente trasmissione è supportata dai dati sulla prevalenza nel 2005, secondo i quali circa un terzo dei nuovi IDU (ossia i soggetti che fanno uso di stupefacenti per via parenterale da meno di due anni) era sieropositivo. Ulteriori segnali di una trasmissione continua dell'HIV si trovano nei riscontri di elevati livelli di prevalenza (oltre il 5 %) tra i giovani IDU (campioni di almeno 50 IDU di età inferiore ai 25 anni) in alcuni paesi: Spagna (dati nazionali, 2006), Francia (cinque città, 2006), Estonia (due regioni, 2005), Lituania (una città, 2006) e Polonia (una città, 2005) ⁽¹³³⁾.

Incidenza dell'AIDS e disponibilità della HAART

Le informazioni sull'incidenza dell'AIDS sono importanti per dimostrare i nuovi casi di malattia sintomatica, sebbene

HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'Unione europea e nei paesi vicini: tendenza in aumento all'Est

L'epidemia di HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale continua a svilupparsi in maniera diversa in Europa. Nei paesi dell'Unione europea le percentuali di nuovi casi diagnosticati riferiti di infezione da HIV nei consumatori di stupefacenti per via parenterale mostrano per lo più livelli stabili e bassi, o in calo. Tuttavia, in molte ex repubbliche sovietiche i tassi sono aumentati nel 2007 (Wiessing e al., 2008b), il che indica che le misure di prevenzione esistenti potrebbero essere insufficienti e hanno bisogno di essere rafforzate.

Nei paesi dell'Est in cui si erano verificati alcuni cali a partire dal 2001, anno in cui era stato raggiunto il picco (Russia, Bielorussia), sono stati osservati nuovi aumenti negli anni più recenti. Nel 2007, i tassi recentemente diagnosticati e segnalati di infezione da HIV tra i consumatori di droga per via endovenosa andava da zero nel Turkmenistan a 80 casi per milione di abitanti in Kazakistan, a 152 casi per milione di abitanti in Ucraina. La cifra più recente per la Russia è 78 casi per milione di abitanti nel 2006.

In termini assoluti, l'Ucraina riferisce il maggior numero di nuovi casi segnalati di HIV tra consumatori di stupefacenti per via parenterale nel 2007 (7 087 casi), seguiti dall'Uzbekistan (1 816 casi) e dal Kazakistan (1 246 casi), mentre nel 2006 la Russia ha riferito 11 161 casi. Alcune altre ex repubbliche sovietiche, con numeri e percentuali generali più bassi, mostrano una tendenza in aumento dei casi riferiti, il che indica che possono verificarsi epidemie tra gli IDU. Tra questi paesi vi sono l'Azerbaijan, la Bielorussia, la Georgia, il Kirghizistan, la Moldova e il Tagikistan.

non rappresentino un buon indicatore della trasmissione dell'HIV. La presenza di elevati tassi di incidenza dell'AIDS in alcuni paesi europei può far pensare che molti IDU affetti da HIV non ricevano la terapia antiretrovirale estremamente attiva (HAART) in una fase sufficientemente precoce dell'infezione, che consentirebbe loro di trarre il massimo beneficio dal trattamento.

L'Estonia è il paese con la più elevata incidenza di casi di AIDS riconducibili al consumo di stupefacenti per via parenterale, con 33,5 nuovi casi stimati ogni milione di abitanti nel 2007, in crescita rispetto ai 17,1 nuovi casi per milione di abitanti nel 2006. Tassi relativamente elevati di incidenza dell'AIDS sono segnalati anche da Lettonia, Spagna, Portogallo e Lituania, con rispettivamente 13,2, 8,8, 8,6 e 6,2 nuovi casi per milione di abitanti. Tra questi quattro paesi, la tendenza sta diminuendo in Spagna, Lettonia e Portogallo, ma non in Lituania ⁽¹³⁴⁾.

⁽¹³²⁾ Cfr. la tabella INF-108 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹³³⁾ Cfr. le tabelle INF-109 e INF-110 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹³⁴⁾ Cfr. il grafico INF-1 nel bollettino statistico 2009.

Epatite B e C

Se gli alti livelli di prevalenza dell'infezione da HIV si riscontrano solamente in alcuni Stati membri dell'UE, l'epatite virale e, in particolare, l'infezione causata dal virus dell'epatite C (HCV) mostra una prevalenza molto maggiore negli IDU in tutta Europa. I livelli di anticorpi anti-HCV tra i campioni nazionali di IDU esaminati nel 2006-2007 variano da circa il 18 al 95 %, anche se la metà dei paesi riferisce valori superiori al 40 %. Tre paesi (Bulgaria, Repubblica ceca, Slovenia) registrano una prevalenza inferiore al 25 % nei campioni nazionali di IDU ⁽¹³⁵⁾, sebbene un tasso di infezione a questo livello rappresenti comunque un problema importante per la salute pubblica.

Prevalenza dell'epatite C quale possibile indicatore di rischio di infezione da HIV correlato all'assunzione per via parenterale

Un gruppo di studiosi e di epidemiologi riuniti dall'OEDT ha esaminato le potenzialità di utilizzo delle informazioni sulla prevalenza del virus dell'epatite C (HCV) tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale quale indicatore del rischio di trasmissione dell'infezione da HIV. L'HCV viene trasmesso attraverso la condivisione degli aghi in modi analoghi a quelli di trasmissione dell'HIV. Poiché l'HCV è molto più infettivo, può rivelare il livello complessivo del comportamento a rischio (compresa la condivisione di aghi, di strumenti per le iniezioni e il cambio di partner nelle iniezioni) nei gruppi di consumatori di stupefacenti per via parenterale in cui l'HIV non si è ancora diffuso.

L'analisi accoppiata dei dati di prevalenza di HIV e HCV ha dimostrato che la prevalenza di HCV tra i consumatori di droga per via endovenosa fino a un massimo del 30 % circa (intervallo di fiducia del 95 %, 21-38 %) è associata a zero o a una prevalenza molto bassa di HIV. A livelli più elevati di prevalenza dell'HCV è stato individuato un rapporto lineare tra la prevalenza di HIV e di HCV e i dati sulle serie temporali suggeriscono che la prevalenza di HIV osservata aumenta a circa la metà della velocità di prevalenza dell'HCV.

Questi risultati indicano che la prevalenza di HCV potrebbe essere usata per contribuire a sviluppare una prevenzione mirata e interventi di riduzione del danno tra consumatori di stupefacenti per via parenterale. Inoltre, potrebbe essere utilizzata anche per valutare il rischio di diffusione di HIV in paesi in cui la prevalenza dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale è ancora bassa.

Fonte: Vickerman e al. (presentata).

I livelli di prevalenza dell'HCV possono essere estremamente vari all'interno di uno stesso paese, a causa sia di differenze sul piano regionale sia delle caratteristiche della popolazione oggetto del campione. Per esempio, nel Regno Unito studi di portata locale segnalano livelli compresi tra il 29 e il 60 %, mentre in Italia le varie stime regionali oscillano dal 36 % circa al 92 %.

Studi recenti (2006-2007) mostrano un'ampia gamma di livelli di prevalenza tra gli IDU di età inferiore a 25 anni e quelli che assumono droghe per via parenterale da meno di due anni, e indicano livelli diversi di incidenza di HCV in questi gruppi in Europa ⁽¹³⁶⁾. Ciononostante, questi studi indicano anche che molti IDU contraggono il virus quando iniziano ad adottare questa modalità di consumo e che pertanto l'intervallo di tempo in cui si può prevenire l'infezione da HCV è piuttosto breve.

Anche la prevalenza degli anticorpi contro il virus dell'epatite B (HBV) varia in larga misura, forse a causa, in parte, delle differenze riscontrate nei programmi vaccinali, benché possano essere coinvolti anche altri fattori. Il corpus di dati più completo a disposizione è quello riferito all'anticorpo contro l'antigene del core virale dell'epatite B (anti-HBc), che è indice di una storia di infezione. Nel biennio 2006-2007, tre dei dieci paesi che hanno fornito dati sugli IDU hanno segnalato livelli di prevalenza anti-HBc superiori al 40 % ⁽¹³⁷⁾.

L'andamento nel tempo rilevato nei casi notificati di epatite B e C permette invece di tracciare quadri diversi, che sono però di difficile interpretazione. Tuttavia, la percentuale di IDU tra tutti i casi notificati in cui i fattori di rischio sono noti può fornire ulteriori indicazioni sull'epidemiologia di queste infezioni (Wiessing e al., 2008a). Per quanto riguarda l'epatite B, la percentuale di IDU è diminuita tra il 2002 e il 2007 in quattro paesi su 17. Nel caso dell'epatite C, la percentuale di IDU tra i casi notificati è scesa in sette paesi tra il 2002 e il 2007 ed è aumentata in altri quattro paesi (Repubblica ceca, Lussemburgo, Malta, Regno Unito) ⁽¹³⁸⁾.

Prevenzione e reazione alle malattie infettive

Diciassette Stati membri dell'UE e la Turchia riferiscono che la prevenzione delle malattie infettive tra i tossicodipendenti fa parte della loro strategia nazionale di lotta alla droga e sei altri paesi riferiscono che essa è l'oggetto di una strategia specifica. Dieci di questi 23 paesi riferiscono anche strategie esistenti di prevenzione delle malattie infettive a livello locale o regionale.

⁽¹³⁵⁾ Cfr. le tabelle da INF-111 a INF-113 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹³⁶⁾ Cfr. il grafico INF-6 (parte ii) e (parte iii) nel bollettino statistico 2009.

⁽¹³⁷⁾ Cfr. la tabella INF-115 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹³⁸⁾ Cfr. le tabelle INF-105 e INF-106 nel bollettino statistico 2009.

Trattamento dei consumatori di stupefacenti per via parenterale affetti da epatite cronica C

Fino al 30 % dei pazienti con epatite C cronica non trattata sviluppa la cirrosi al fegato entro 30 anni e i costi sostenuti per la gestione della malattia epatica in fase finale sono notevoli (Jager ed altri, 2004). Per ridurre il peso dell'epatite C in Europa è essenziale promuovere e ampliare l'accesso al trattamento da parte del più ampio gruppo di pazienti, costituito da portatori cronici del virus che sono consumatori di stupefacenti per via parenterale attivi.

I trattamenti correnti per l'epatite cronica C (un ciclo da sei a 12 mesi di terapia combinata con interferone e ribavirina ad azione prolungata) sono efficaci, con più del 50 % dei pazienti che raggiunge una risposta virologica continuativa. Anche se il numero degli studi a lungo termine rimane limitato, la ricerca disponibile ha indicato una buona conformità e successo nel trattamento antivirale dei consumatori di stupefacenti per via parenterale (ad esempio Moussalli e al., 2007). Sono state dimostrate anche la convenienza economica di curare l'epatite C nelle carceri (Sutton e al., 2008) e la sicurezza ed efficacia del trattamento per i tossicodipendenti con disturbi psichiatrici comorbili (Loftis e al., 2006).

Tuttavia, l'accesso dei tossicodipendenti al trattamento dell'epatite C rimane basso. I motivi di ciò potrebbero comprendere una capacità di trattamento insufficiente, la mancanza di informazioni sulle opzioni terapeutiche o una bassa prioritizzazione dei tossicodipendenti. Diversi paesi dell'UE, compresa la Danimarca, la Germania, la Francia, i Paesi Bassi e il Regno Unito hanno esaminato negli ultimi anni le loro politiche per ampliare l'accesso ai test e al trattamento dei portatori cronici del virus dell'epatite C che sono consumatori di stupefacenti per via parenterale attivi.

La terapia dell'epatite C nel contesto della tossicodipendenza rappresenta talvolta una sfida, ma può migliorare con una gestione clinica pianificata e organizzata attentamente e con la collaborazione dei pazienti in seguito al consenso informato. L'intervento di team pluridisciplinari in grado di gestire la dipendenza dalle droghe, la terapia del fegato e i problemi mentali comorbili, migliorano i risultati del trattamento (Grebely e al., 2007).

Gli Stati membri dell'UE reagiscono alla diffusione delle malattie infettive tra i tossicodipendenti attraverso una combinazione di approcci, tra cui il trattamento delle tossicodipendenze, la distribuzione di strumenti sterili per le iniezioni e attività a livello di comunità che forniscono informazioni, istruzione, interventi di valutazione e comportamentali, spesso tramite agenzie di prima assistenza o agenzie a bassa soglia. Esperti di 27 paesi hanno riferito in merito al livello di priorità assegnato a interventi selezionati per prevenire le malattie infettive tra i tossicodipendenti ⁽¹³⁹⁾. L'accesso a strumenti sterili per le

iniezioni tramite programmi di scambio di aghi e siringhe viene indicato come una priorità da 23 paesi, i test e la consulenza per le malattie infettive vengono adottati da 16 paesi e la distribuzione di materiale informativo, di istruzione e di comunicazione da 14 paesi.

L'accesso alle siringhe sterili è la priorità riferita più frequentemente, secondo quanto è stato rilevato in un esercizio simile condotto nel 2005. Sempre più paesi riferiscono attualmente di assegnare la priorità alla consulenza sulle malattie infettive e all'esecuzione di test, oltre a programmi di vaccinazione mirati contro l'epatite.

Interventi

La ricerca ha dimostrato che la terapia continua è associata a riduzioni del consumo di droga per via parenterale e ai comportamenti a rischio correlati e quindi alla protezione dall'infezione da HIV. Nella maggior parte dei paesi europei, la riduzione dei danni e l'offerta di servizi terapeutici sono aumentati notevolmente a partire dalla metà degli anni novanta (Hedrich e al., 2008b). La terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei è disponibile in tutti gli Stati membri dell'UE, in Croazia e in Norvegia, ma in diversi paesi l'offerta di questo intervento rimane limitata (cfr. i capitoli 2 e 6).

Gli esperti nazionali valutano che nell'ultimo anno quasi tutti i tossicodipendenti problematici abbiano ricevuto in 17 paesi consulenza individuale sulle malattie infettive ⁽¹⁴⁰⁾. In 12 paesi questa situazione si è verificata anche per i test dell'HCV, mentre esperti di 11 paesi hanno calcolato che la maggior parte dei tossicodipendenti problematici abbia ricevuto consulenza pratica e formazione sul consumo e sull'iniezione più sicuri nell'ultimo anno. La vaccinazione contro l'epatite B è inserita nei programmi di vaccinazione di routine di 21 su 28 paesi che hanno prodotto dei dati e in 17 paesi esistono anche programmi di vaccinazione specifici destinati ai tossicodipendenti in comunità. 17 paesi riferiscono anche di realizzare attività di istruzione sulla salute per i tossicodipendenti, che coinvolgono educatori impegnati in attività analoghe.

Programmi di scambio di aghi e siringhe sono disponibili in tutti gli Stati membri dell'UE, in Croazia e in Norvegia. A Cipro, invece, il programma non è stato praticamente utilizzato nel 2007. In 15 paesi si calcola che la maggior parte degli IDU abbia ricevuto siringhe da tale programma almeno una volta negli ultimi 12 mesi. In 11 paesi, solo una minoranza di consumatori per via parenterale ha ricevuto siringhe nello stesso periodo, nonostante nove di questi paesi indicasse l'accesso a

⁽¹³⁹⁾ Cfr. la tabella HSR-6 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹⁴⁰⁾ Esperti di 26 paesi dell'UE, della Turchia e della Norvegia hanno valutato il livello di offerta di interventi selezionati ai tossicodipendenti.

strumenti sterili per le iniezioni quale misura prioritaria per prevenire la diffusione di malattie infettive.

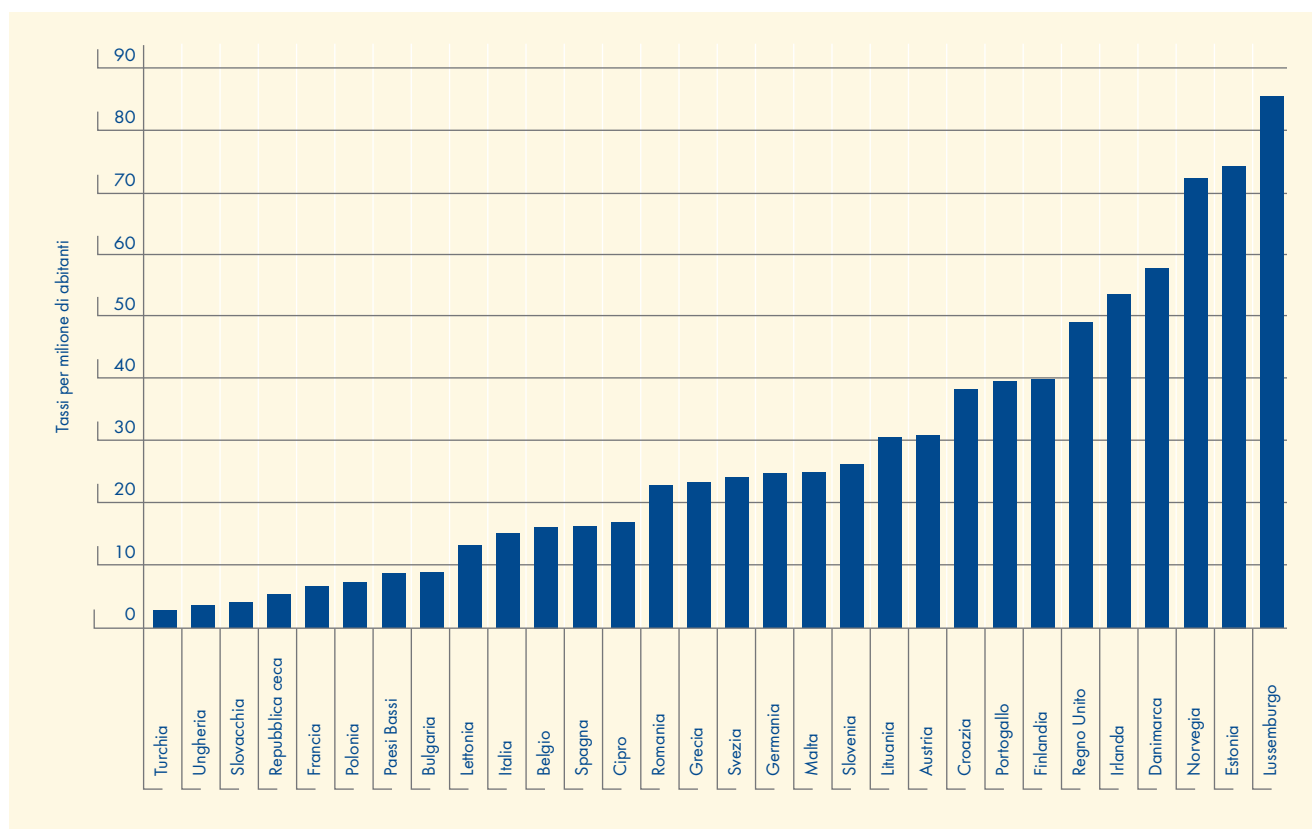
Il numero di siringhe fornite tramite programmi di scambio di aghi e siringhe è aumentato tra il 2005 e il 2007 in 18 dei 26 paesi per i quali sono disponibili dati. Il numero di siringhe distribuite annualmente per cliente varia notevolmente, con esempi che vanno da circa 50 siringhe per utente di un programma di scambio di aghi e siringhe in Croazia e Lituania a 200 in Finlandia e 300 in Romania nel 2007 ⁽¹⁴¹⁾.

Il numero totale delle siringhe distribuite nel 2007 è stato superiore del 33 % rispetto al 2003 nei 14 paesi per cui sono disponibili dati o stime affidabili. Per questo periodo sono stati riferiti aumenti continui in Belgio, Bulgaria, Repubblica ceca, Estonia, Ungheria, Austria, Slovacchia e Finlandia. Il numero di siringhe fornite in Lettonia è rimasto invariato, mentre sono state riferite riduzioni in Spagna, Lituania, Lussemburgo, Portogallo e Polonia.

I dati forniti da 15 paesi indicano che più di 125 000 persone hanno avuto accesso ad agenzie con programmi di scambio di aghi e siringhe nel 2007 ⁽¹⁴²⁾. Tuttavia, non sono disponibili informazioni sull'accesso degli utenti per quattro dei maggiori Stati membri dell'UE (Germania, Spagna, Italia, Regno Unito). Un'indagine nazionale eseguita nei 120 centri francesi di riduzione dei danni del «Caarud» ha indicato che vi avevano fatto ricorso circa 40 000 soggetti nel 2007 (Toufik e al., 2008). Nel Regno Unito è stato istituito un nuovo sistema di controllo di scambio degli aghi nel 2008.

Le strutture a bassa soglia possono offrire l'opportunità di fornire servizi di assistenza sanitaria primaria e interventi di riduzione dei danni ai gruppi di persone difficili da raggiungere. Una valutazione recente dei centri di servizi sanitari a bassa soglia incentrata sugli IDU in Finlandia ha concluso che questa combinazione di servizi aveva svolto un ruolo significativo nella prevenzione delle malattie

Grafico 13: tassi di mortalità nella popolazione adulta (15-64 anni) in relazione ai decessi correlati al consumo di stupefacenti



NB: per la Repubblica ceca, al posto della definizione nazionale è stata utilizzata la definizione fornita nella selezione D dell'OEDT; per il Regno Unito è stata usata la definizione contenuta nella strategia di lotta alla droga; per la Romania, i dati si riferiscono solamente a Bucarest e ad alcune province nell'area di competenza del laboratorio tossicologico di Bucarest; per il Portogallo, i dati comprendono tutti i casi in cui le droghe illegali sono state individuate nelle analisi post-mortem ed è probabile che producano una stima eccessiva rispetto alla selezione D. I calcoli dei tassi di mortalità nella popolazione si basano sulle popolazioni nazionali al 2006 come riferite da Eurostat. I confronti di tali dati riferiti alla popolazione devono essere fatti con cautela, viste le differenze esistenti nella definizione del caso e nella qualità delle segnalazioni. Per maggiori informazioni sui dati cfr. il grafico DRD-7 (parte i) nel bollettino statistico 2009.

Fonti: relazioni nazionali Reitox (2008), dati desunti dai registri nazionali di mortalità o da registri speciali (di medicina legale o della polizia) e da Eurostat.

⁽¹⁴¹⁾ Cfr. le tabelle HSR-5 (parte i) e (parte ii) nel bollettino statistico 2009.

⁽¹⁴²⁾ Cfr. la tabella HSR-5 (parte ii) nel bollettino statistico 2009.

infettive. Inoltre è stata considerata un'innovazione redditizia, in grado di funzionare all'interno della politica restrittiva sulla droga del paese (Arponen e al., 2008).

I programmi di scambio di aghi e siringhe possono avere anche un ruolo nella promozione della salute. La formazione alla promozione della salute, basata su programmi di studi convenzionali o su manuali di formazione, viene offerta al personale impegnato nei programmi di scambio degli aghi e delle siringhe in 20 paesi e a farmacisti di nove paesi. Inoltre, in 11 Stati membri dell'UE viene riferita l'adozione di orientamenti di lavoro in contesti a bassa soglia, che trattano temi quali il test delle malattie infettive, lo scambio di siringhe, le attività di prima assistenza e la formazione tra pari.

Mortalità e decessi correlati agli stupefacenti

Il consumo di sostanze stupefacenti è una delle principali cause di problemi di salute e di decesso tra i giovani europei. Ciò può essere illustrato da uno studio internazionale promosso dall'OEDT, da cui è emerso che in sette aree urbane europee una percentuale compresa tra il 10 e il 23 % dei decessi nella fascia di età dei 15-49 anni può essere attribuita al consumo di oppiacei (Bargagli e al., 2005).

La mortalità indotta dagli stupefacenti comprende i decessi provocati direttamente dall'azione farmacologica di una o più sostanze (decessi indotti dagli stupefacenti) e i decessi prodotti indirettamente dall'uso di droghe, spesso con altri fattori simultanei (ad esempio incidenti). Le cause note dei decessi comprendono la tossicità acuta, gli incidenti stradali, in particolare in associazione con alcool (OEDT, 2007c), la violenza, il suicidio tra soggetti già vulnerabili o le circostanze croniche dovute al consumo ripetuto (ad esempio problemi cardiovascolari nei consumatori di cocaina). Mentre la maggior parte dei decessi per droga si verifica tra i tossicodipendenti problematici, alcuni si verificano tra altri gruppi di utenti, compresi quelli che fanno uso di droghe soltanto saltuariamente ⁽¹⁴³⁾.

Decessi indotti dagli stupefacenti

La definizione dell'OEDT di «decessi indotti dagli stupefacenti» comprende i decessi direttamente provocati (per overdose o avvelenamento) dal consumo di una o più sostanze stupefacenti, di cui almeno una è una sostanza

illegale. Il numero dei decessi può essere influenzato da fattori come la prevalenza e i modelli di consumo della droga (per via parenterale, poliassunzione), l'età e le comorbilità dei tossicodipendenti e la disponibilità di servizi terapeutici e di soccorso.

Il miglioramento dell'attendibilità dei dati europei ha consentito di tracciare un quadro più preciso delle tendenze europee e nazionali e la maggior parte dei paesi ha adottato attualmente una definizione dei casi in linea con quella dell'OEDT ⁽¹⁴⁴⁾. Tuttavia, le differenze nella qualità delle segnalazioni riscontrate da paese a paese, indicate su registri di mortalità nazionale e riferite all'OEDT invitano a una certa cautela quando si tratta di fare confronti.

Tra il 1990 e il 2006 gli Stati membri dell'UE, la Croazia, la Norvegia e la Turchia hanno riferito ogni anno un numero di decessi indotti dagli stupefacenti compreso tra 6 400 e 8 500, per un totale di oltre 135 000 decessi. Nel 2006, il Regno Unito e la Germania riunivano la metà di tutti i decessi registrati. I tassi di mortalità nella popolazione dovuti a decessi correlati al consumo di stupefacenti variano notevolmente da paese a paese, con oscillazioni comprese tra 3 e oltre 85 decessi per milione di abitanti nella fascia di età dei 15-64 anni, con una media di 22 decessi per milione di abitanti in Europa. Percentuali superiori a 20 decessi per milione di abitanti si riscontrano in 17 paesi europei su 30, mentre in 6 paesi il dato supera i 40 decessi per milione di abitanti (grafico 13). Tra gli europei di 15-39 anni, l'overdose da stupefacenti era pari al 4 % di tutti i decessi ⁽¹⁴⁵⁾.

Decessi correlati agli oppiacei

Eroina

Gli oppiacei, soprattutto l'eroina o i suoi metaboliti, sono menzionati nella maggior parte dei decessi indotti dagli stupefacenti riferiti in Europa. Nei 22 paesi che hanno fornito dati, gli oppiacei erano responsabili di una percentuale compresa tra il 35 e il 100 % di tutti i casi e 11 di questi paesi segnalano percentuali superiori all'85 % ⁽¹⁴⁶⁾. Nelle relazioni tossicologiche si riscontrano spesso anche altre sostanze oltre all'eroina; quelle segnalate più di frequente sono alcool, benzodiazepine, altri oppiacei e, in alcuni paesi, la cocaina. Questo suggerisce che una parte considerevole di tutti i decessi correlati al consumo di stupefacenti potrebbe essere dovuta alla poliassunzione.

⁽¹⁴³⁾ Vedere «Mortalità correlata agli stupefacenti: un concetto complesso», nella relazione annuale 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Per informazioni metodologiche dettagliate vedere il bollettino statistico 2009.

⁽¹⁴⁵⁾ Cfr. il grafico DRD-7 (parte i) e le tabelle DRD-5 (parte ii) e DRD-107 (parte i) nel bollettino statistico 2009.

⁽¹⁴⁶⁾ Poiché nella maggior parte dei casi riferiti all'OEDT si tratta di overdoes da oppiacei (per lo più eroina), per descrivere questi casi vengono utilizzate le caratteristiche generali dei decessi correlati al consumo di stupefacenti.

Cfr. il grafico DRD-1 nel bollettino statistico 2009.

In Europa, la maggior parte dei consumatori di droga che muoiono per overdose da eroina è di sesso maschile (82 %). L'età media dei tossicodipendenti deceduti per overdose nella maggioranza dei paesi è attorno ai 35 anni e in molti casi si sta alzando, a suggerire una possibile stabilizzazione o diminuzione del numero di giovani consumatori di eroina. Nel complesso, il 14 % dei decessi da overdose registrati in Europa si verificano tra le persone di età inferiore a 25 anni, anche se in Bulgaria, Austria e in alcuni paesi che riferiscono numeri contenuti di decessi indotti dagli stupefacenti (Malta, Cipro, Slovacchia, Romania), più di un terzo dei decessi per overdose avviene in questa fascia di età. Ciò può indicare una popolazione di consumatori di eroina o di IDU più giovane in questi paesi ⁽¹⁴⁷⁾.

I fattori associati alle overdosi di eroina comprendono l'assunzione per via parenterale e l'utilizzo simultaneo di altre sostanze, in particolare alcol, benzodiazepine e alcuni antidepressivi, oltre alla comorbilità, il fatto di aver sperimentato overdosi in precedenza e di vivere da soli (Scottish Government, 2008). Il periodo immediatamente successivo al rilascio dal carcere o all'abbandono di una terapia è stato identificato come un periodo particolarmente ad alto rischio per le overdosi.

Si calcola che per ogni overdose letale potrebbero esserci da 20 a 25 overdosi non letali, ma le loro conseguenze vengono scarsamente riconosciute. L'OEDT sta conducendo un esame critico dei fattori di rischio associati e dei possibili interventi in questo campo.

Metadone e buprenorfina

La ricerca dimostra che la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei riduce il rischio di overdose letale. Ciononostante ogni anno vengono riferiti diversi decessi che indicano la presenza di sostanze utilizzate nella terapia sostitutiva (metadone o buprenorfina), dovuti per lo più a un utilizzo non corretto o, in un esiguo numero di casi, a problemi verificatisi durante la terapia.

La presenza del metadone in una percentuale non trascurabile di decessi indotti dagli stupefacenti è riferita da alcuni paesi, sebbene il ruolo svolto dal metadone, in mancanza di standard di segnalazione comuni, non sia sempre chiaro, in quanto potrebbero essere presenti altre sostanze stupefacenti. Inoltre, possono essere coinvolti altri fattori, tra cui: perdita della tolleranza agli oppiacei, dosaggio eccessivo o utilizzo inadeguato, come il consumo irregolare e non terapeutico. I decessi dovuti a intossicazione da buprenorfina sono un evento raro, nonostante l'aumento del ricorso a questa sostanza nella terapia sostitutiva in molti paesi europei (cfr. il capitolo 6).

In Finlandia, tuttavia, la buprenorfina è attualmente la sostanza più comune rilevata nei decessi indotti dagli stupefacenti, solitamente in associazione con sedativi o alcol, oppure in seguito a un consumo per via parenterale.

Fentanil e altri oppiacei sintetici

In Estonia un'epidemia di intossicazioni letali da fentanil ha provocato il decesso di 117 IDU nel 2005/2006 (OEDT, 2008b). Non sono disponibili informazioni sui decessi correlati al fentanil in Estonia nel 2007, nonostante studi recenti abbiano confermato l'aumento dell'utilizzo di questa sostanza da parte degli IDU. Nel 2007, due terzi dei consumatori di stupefacenti per via parenterale intervistati a Tallinn hanno riferito di consumare come droga principale il fentanil e uno su dieci fra quelli che partecipavano al programma di scambio di siringhe ha riferito di aver assunto per via parenterale il fentanil nell'ultimo mese. Un altro studio condotto a Tallinn ha rilevato che gli IDU che riferivano di consumare il fentanil quale sostanza principale dimostravano una prevalenza più alta di HIV e probabilità più elevate di assumere comportamenti di iniezione a rischio e di subire un'overdose una tantum rispetto agli IDU che facevano uso di anfetamine (Talu e al., 2009). In Finlandia è stata riferita la presenza di oppiacei quali l'ossicodone, il Tramadol o il Fentanyl in 21 decessi, sebbene non sia stato specificato il ruolo di queste sostanze.

Decessi correlati ad altre sostanze

I decessi per overdose da cocaina sono più subdoli rispetto ai decessi provocati dagli oppiacei. I decessi direttamente imputabili a un'overdose sembrano poco comuni e, in genere, sono collegati all'assunzione di dosi massicce di cocaina. Diversamente, la maggior parte dei decessi legati al consumo di cocaina sembra essere piuttosto correlata alla tossicità cronica di questa sostanza, che provoca complicazioni di tipo cardiovascolare e neurologico. Non è sempre possibile stabilire il ruolo della cocaina in questi decessi, che talvolta potrebbero anche non essere attribuiti al consumo di questa sostanza. L'interpretazione dei dati sui decessi riconducibili al consumo di cocaina è ulteriormente complicata dalla concomitanza, in molti casi, di altre sostanze; un fatto questo che rende assai difficile stabilire un nesso causale.

Nel 2007 sono stati segnalati circa 500 decessi correlati al consumo di cocaina in 12 Stati membri (rispetto a 450 in 14 paesi nel 2006), ma il numero di decessi provocati da questa sostanza nell'Unione europea è probabilmente sottostimato.

⁽¹⁴⁷⁾ Cfr. i grafici DRD-2 e DRD-3 e la tabella DRD-1 (parte I) nel bollettino statistico 2009.

I decessi riconducibili al consumo di ecstasy continuano a essere episodi rari e, in molti casi, questa sostanza non è stata riconosciuta come causa diretta di morte. Se i decessi per anfetamina non vengono riferiti di frequente in Europa, nella Repubblica ceca è stato attribuito al consumo di pervitina (metanfetamina), esclusi i farmaci, un numero di casi fatali non trascurabile (11 su 40) nel 2007 rispetto ai 14 decessi attribuiti agli oppiacei. In Finlandia le anfetamine erano presenti nel 40 % dei 229 decessi riferiti nel 2007, sebbene questo non implichi necessariamente che la droga fosse la causa diretta del decesso ⁽¹⁴⁸⁾.

Andamento dei decessi correlati al consumo di stupefacenti

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

Tra il 2000 e il 2003, molti paesi dell'UE hanno segnalato una diminuzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti, seguita da un successivo aumento tra il 2003 e il 2006. I dati preliminari per il 2007 indicano una cifra pari almeno a quella dell'anno precedente, con aumenti segnalati da 14 su 18 paesi.

È difficile spiegare le cause dell'elevato numero di decessi indotti dagli stupefacenti, soprattutto considerate le indicazioni di riduzioni nel consumo di droga per via parenterale e gli aumenti nel numero di consumatori di oppiacei che ricorrono a servizi di terapia e di riduzione dei danni. Considerata questa possibile riduzione della popolazione a rischio, sono diventati un importante motivo di preoccupazione i numeri stabili o in aumento dei decessi indotti dagli stupefacenti.

Per questo fenomeno possono esistere diverse spiegazioni possibili, che richiedono tutte ulteriori indagini. Tali spiegazioni comprendono: l'invecchiamento e la maggiore cronicità della popolazione di consumatori che diventano

più vulnerabili; maggiori livelli di poliassunzione o di comportamento ad alto rischio; carenza dei servizi esistenti per raggiungere i soggetti più vulnerabili o perfino un aumento del numero di consumatori di oppiacei recidivanti che lasciano il carcere o abbandonano la terapia, noti per essere particolarmente ad alto rischio ⁽¹⁵⁰⁾.

Mortalità generale correlata al consumo di sostanze stupefacenti

Oltre ai decessi indotti dagli stupefacenti, la mortalità generale legata al consumo di sostanze stupefacenti comprende i decessi prodotti indirettamente dal consumo di droga. Questi decessi sono concentrati fra i tossicodipendenti problematici, anche se alcuni potrebbero avvenire tra i consumatori occasionali (ad esempio incidenti stradali, alcuni suicidi). Benché sia difficile quantificare il numero dei decessi correlati indirettamente al consumo di droga, il suo impatto sulla salute pubblica può essere notevole.

La mortalità generale può essere valutata in modi diversi: un metodo consiste nell'associare informazioni provenienti da studi di coorte a stime della prevalenza del consumo di droga ⁽¹⁵¹⁾. Un altro approccio consiste nell'utilizzo delle statistiche generali sulla mortalità esistenti e nella stima della percentuale correlata al consumo di droga. È possibile utilizzare altre fonti di informazioni specializzate, ad esempio, nel caso della mortalità correlata a HIV/AIDS, vengono combinate le informazioni provenienti da Eurostat e da EuroHIV.

Studi di coorte sulla mortalità

Gli studi di coorte sulla mortalità esaminano gli stessi gruppi di tossicodipendenti problematici nel tempo e, attraverso il collegamento con registri della mortalità, provano a individuare le cause di tutti i decessi che si verificano nel gruppo. Questo tipo di studio può stabilire i tassi di mortalità generali e quelli legati a una causa specifica relativi alla coorte e può valutare la mortalità in eccesso del gruppo rispetto alla popolazione generale. È possibile utilizzare studi di coorte su larga scala per valutare ipotesi circa, ad esempio, i motivi di cambiamento nel numero di decessi correlati al consumo di droga, nonché per controllare il rischio generale e rilevare modelli mutevoli nelle cause dei decessi.

A seconda delle modalità di reclutamento (ad esempio studi condotti in strutture per la terapia delle tossicodipendenze) e dei criteri di inclusione (ad esempio IDU, consumatori di eroina), la maggior parte degli studi

⁽¹⁴⁸⁾ Per i dati sui decessi correlati a sostanze stupefacenti diverse dall'eroina, cfr. la tabella DRD-108 nel bollettino statistico 2009.

⁽¹⁴⁹⁾ Cfr. i grafici DRD-8 e DRD-11 nel bollettino statistico 2009. Per motivi storici, l'andamento nell'UE si riferisce all'UE a 15 più la Norvegia.

⁽¹⁵⁰⁾ Cfr. «Riduzione dei decessi dovuti a overdose dopo il carcere», pag. 97.

⁽¹⁵¹⁾ Cfr. «Valutazione della mortalità totale attribuita al consumo problematico di droga: nuovi sviluppi», pag. 96.

Valutazione della mortalità totale attribuita al consumo problematico di droga: nuovi sviluppi

Recenti studi di coorte sulla mortalità nell'Unione europea indicano che i decessi correlati al consumo di droga (overdosi) rappresentano generalmente tra un quinto e metà del numero generale degli eventi mortali tra i tossicodipendenti problematici. Ciò suggerisce che la mortalità totale in questo gruppo di popolazione potrebbe essere da due a cinque volte il numero dei decessi correlati alla droga registrati. Questo moltiplicatore varia da paese a paese in base a fattori diversi, compresi i comportamenti a rischio, la percentuale di overdosi mortali e la prevalenza di altre possibili cause di decesso.

L'OEDT promuove la ricerca sulla valutazione della mortalità totale fra i tossicodipendenti problematici. Nel 2008, un progetto in collaborazione con i ricercatori provenienti dalla Repubblica ceca ha esaminato la letteratura, le fonti di dati e i metodi possibili in questo campo (¹). Un gruppo di esperti ha suggerito due metodi per gli studi futuri: un metodo moltiplicatore basato sul numero di overdosi mortali registrate e un metodo di estrapolazione basato sulle percentuali di mortalità in gruppi di tossicodipendenti problematici e sulle stime nazionali della popolazione di tossicodipendenti problematici. Entrambi i metodi sono stati sottoposti con successo a test pilota nella Repubblica ceca e l'OEDT progetta di istituire un gruppo di paesi interessati che potrebbe utilizzare questo lavoro in un prossimo futuro.

(¹) Cfr. <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>

di coorte indica tassi di mortalità nell'intervallo compreso tra 1 e 2 % all'anno tra i tossicodipendenti problematici. Sebbene l'importanza relativa delle cause di decesso cambi da paese a paese e nel tempo, la causa principale è generalmente l'overdose da droga, responsabile del 50-60 % dei decessi tra i consumatori per via parenterale nei paesi a bassa prevalenza di HIV/AIDS. Sfortunatamente alcuni paesi mostrano un basso tasso di rilevamento delle overdosi nei registri della mortalità generale e, pertanto, una percentuale significativa dei decessi registrati come legati a una causa «sconosciuta» o insufficientemente specificata (ad esempio arresto cardiaco) potrebbe essere dovuta a overdose. Per migliorare la validità della descrizione delle cause dei decessi è possibile consultare anche altre fonti di informazione (ad esempio la polizia speciale o i registri forensi della mortalità).

L'OEDT ha sviluppato un protocollo per incoraggiare gli Stati membri a intraprendere studi di coorte sulla

mortalità, allo scopo di fornire informazioni confrontabili sui rischi di mortalità nei tossicodipendenti problematici e per strutturare politiche di prevenzione e di assistenza. Gli studi europei più recenti sono stati intrapresi in Germania, in Spagna, in Italia, nei Paesi Bassi, nel Regno Unito e in Norvegia. Un terzo degli Stati membri dell'UE deve ancora effettuare uno studio di coorte sulla mortalità, benché diversi paesi segnalino studi in corso o programmati per il 2009 (ad esempio Repubblica ceca, Francia, Lettonia, Polonia).

Decessi indirettamente correlati al consumo di stupefacenti

Si calcola che nel 2006 nell'Unione europea oltre 2 100 persone siano decedute a causa dell'infezione da HIV/AIDS contratta in seguito al consumo di stupefacenti (¹⁵²), con l'89 % di questi decessi verificatisi in Spagna, Francia, Italia e Portogallo. In seguito all'introduzione di una terapia antiretrovirale estremamente attiva nel 1996, la mortalità da HIV/AIDS si è ridotta notevolmente nella maggior parte dei paesi dell'UE, sebbene la riduzione sia stata molto meno pronunciata in Portogallo. Gli aumenti osservati negli ultimi anni in Estonia sono coerenti con le stime elevate di prevalenza dell'HIV tra gli IDU in questo paese (da cinque a sei su dieci) e con la percentuale elevata di questi dichiaratamente inconsapevoli della loro infezione. Sono stati riferiti anche aumenti recenti in Lettonia. Attualmente, i tassi di mortalità da HIV/AIDS stimati tra i tossicodipendenti sono bassi nella maggior parte dei paesi, tranne in Spagna e in Portogallo. In Italia, Francia e Lettonia, la mortalità da HIV/AIDS e quella da overdose mostrano livelli simili (¹⁵³).

Altre malattie responsabili di una percentuale di decessi tra i tossicodipendenti comprendono condizioni croniche quali le malattie epatiche (dovute a infezione da epatite C e al forte consumo di alcol), il cancro e i problemi cardiovascolari. Altre cause hanno ricevuto molta meno attenzione, nonostante le indicazioni del loro notevole impatto. Ad esempio, i traumi (incidenti, omicidi e altri episodi di violenza) e i suicidi potrebbero essere responsabili del 25 % o più della mortalità dei tossicodipendenti problematici. Un esame del materiale pubblicato (Darke e Ross, 2002) ha rilevato che il tasso di suicidi tra i consumatori di eroina era 14 volte superiore a quello tra la popolazione generale. In recenti studi di coorte condotti in Europa, il suicidio era responsabile di una percentuale compresa tra il 6 e l'11 % dei decessi tra i tossicodipendenti problematici. Tuttavia, è difficile valutare l'effetto globale di queste cause a causa della limitata disponibilità dei dati.

(¹⁵²) È stato scelto il 2006 perché si tratta dell'anno più recente per cui, per quasi tutti gli Stati membri, sono disponibili informazioni sulle cause di morte raccolte da Eurostat. Per informazioni più particolareggiate sulle fonti, i gruppi di trasmissione, le cifre e i calcoli cfr. la tabella DRD-5 (parte iii) nel bollettino statistico 2009.

(¹⁵³) Cfr. il grafico DRD-7 (parte ii) nel bollettino statistico 2009.

Riduzione dei decessi dovuti a overdose dopo il carcere

In Inghilterra è stato stimato che il 15 % dei 1 506 decessi da overdose registrati nel 2005 si sono verificati in persone rilasciate di recente dal carcere (Department of Health, 2007). Gli studi internazionali confermano questo rischio elevato di morte dovuto a overdose accidentale nel periodo immediatamente successivo al rilascio dal carcere (ad esempio Farrell e Marsden, 2008). Questi studi sottolineano anche l'esigenza di migliori risposte ai problemi di salute mentale e di droga per le persone che sono state in carcere.

Secondo le valutazioni di esperti di 24 paesi, la consulenza precedente il rilascio dal carcere sul rischio di overdose e la prevenzione non vengono attualmente fornite in sei paesi europei, ma vengono fornite soltanto a pochi tossicodipendenti problematici in carcere in dieci paesi e a meno della metà di loro in altri sei paesi. Soltanto l'Italia e il Lussemburgo forniscono questo servizio alla maggior parte della popolazione target. Poiché può essere difficile prevedere il giorno del rilascio, soprattutto per i prigionieri in attesa di giudizio, dovrebbe essere offerta idealmente istruzione sulla conoscenza del rischio di overdose in maniera regolare nelle carceri per ridurre i comportamenti a rischio.

La terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei, che ha dimostrato un effetto protettivo nel contesto del carcere (Dolan e al., 2005), sembra diventare più disponibile nei carceri dei paesi dell'UE e l'opzione legale di iniziare una terapia sostitutiva in carcere esiste in 21 paesi (cfr. capitolo 2). L'opportunità di iniziare questo tipo di trattamento in carcere riduce il rischio di overdose e di decesso all'uscita dal carcere e diminuisce le percentuali di reincarcerazione (OMS, 2009). Tuttavia, è importante che i servizi sanitari in carcere e i fornitori di trattamento in comunità siano adeguatamente collegati per evitare interruzioni nella continuità del trattamento.

Riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti

Dodici paesi riferiscono che la loro strategia nazionale di lotta alla droga comprende una parte dedicata alla riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti. Un paese, il Regno Unito, dispone di un preciso piano di azione per ridurre i danni correlati al consumo di droga, che stabilisce azioni specifiche per la prevenzione dei decessi correlati al consumo di droga. Tredici paesi non hanno né una strategia specifica né una sezione della strategia nazionale di lotta alla droga dedicate alla riduzione dei decessi correlati al consumo di droga e due paesi non hanno fornito alcuna informazione.

Interventi

Uno studio prospettico di lungo termine condotto in Italia tra i tossicodipendenti problematici che iniziano una terapia ha dimostrato che il rischio di decesso nella coorte era decuplicato rispetto alla popolazione generale (Davoli e al., 2007). Essere in terapia ha abbassato il rischio di decesso di quattro volte rispetto alla popolazione generale, confermando pertanto che la terapia riduce la mortalità correlata al consumo di droga. Tuttavia, lo studio ha dimostrato anche che il massimo tasso di mortalità tra i tossicodipendenti veniva osservato nei 30 giorni successivi alla cessazione della terapia. Questo risultato evidenzia la necessità di un'attenta gestione del dopo terapia, nonché quella di evitare periodi di terapia molto brevi, dove i rischi potrebbero superare i benefici.

L'offerta di materiale di sensibilizzazione e di prevenzione viene riferita per la maggior parte dei paesi per i quali sono disponibili informazioni. Secondo gli esperti di 28 paesi⁽¹⁵⁴⁾, nell'ultimo anno sono stati forniti materiali stampati o multimediali sulla prevenzione destinati a tossicodipendenti in nove paesi e a una minoranza di questi in dodici paesi e nella comunità francese in Belgio. Questo materiale non esiste in Turchia e pochi tossicodipendenti problematici possono accedervi in Estonia, Lettonia, Ungheria e Slovacchia. La Bulgaria non ha fornito informazioni.

Una forte percentuale di overdosi di droga letali e non letali è testimoniata da altre persone, compresi altri tossicodipendenti o membri della loro famiglia, personale sanitario e sociale, membri della polizia o guardie carcerarie, che sarebbero nella posizione di intervenire. Dieci paesi segnalano materiale specifico destinato ad aiutare le famiglie o i tossicodipendenti a riconoscere e a gestire le overdosi di droga; in otto paesi questo materiale è a disposizione dei funzionari di polizia e in sette paesi è stato sviluppato per gli addetti carcerari⁽¹⁵⁵⁾. Altri gruppi target comprendono i lavoratori delle agenzie specializzate nelle droghe, il personale delle ambulanze, il personale che si occupa degli incidenti e delle emergenze, gli immigrati provenienti da paesi di lingua russa e la popolazione Rom. Il numero di paesi in cui sono disponibili materiali per diversi gruppi target, tuttavia, è limitato e non tutti i materiali sono accessibili a livello nazionale.

La formazione sui rischi di overdose è riferita da tutti i paesi e in nove di essi esiste nelle città più importanti, che hanno un numero significativo di tossicodipendenti problematici. Tuttavia, in quattro paesi, tali attività si svolgono soltanto in una minoranza di città importanti e in altri dodici paesi solo in alcune città.

⁽¹⁵⁴⁾ Cfr. la tabella HSR-8 nel bollettino statistico 2009. Esperti di 26 paesi dell'UE, della Turchia e della Norvegia hanno valutato il livello di offerta di interventi selezionati per prevenire i decessi correlati alla droga.

⁽¹⁵⁵⁾ Cfr. la tabella HSR-8 (parte ii) nel bollettino statistico 2009.

Corsi di formazione specifici sulle reazioni all'overdose vengono realizzati in sessioni individuali o di gruppo. I tossicodipendenti sono informati sui rischi di overdose, compresa la riduzione della tolleranza dopo i periodi di astinenza, gli effetti e i rischi della poliassunzione, in particolare il consumo concomitante di alcool, i rischi del consumo di stupefacenti quando si è soli e gli interventi di pronto soccorso. Gli esperti nazionali calcolano che in sette paesi una maggioranza di tossicodipendenti problematici abbia ricevuto una formazione sulle risposte in caso di overdose negli ultimi 12 mesi, mentre in dieci paesi solo una minoranza vi ha avuto accesso e in altri sei paesi (Belgio, Lettonia, Austria, Polonia, Romania, Slovacchia) soltanto pochi tossicodipendenti problematici hanno ricevuto questo tipo di istruzione. La formazione di risposta alle overdosi non è disponibile in Estonia, Ungheria e Turchia.

I tossicodipendenti con un'esperienza precedente di overdose non letale hanno un rischio elevato di subire overdosi in futuro (Coffin e al., 2007) e dovrebbero costituire uno specifico gruppo target. Il personale qualificato esegue valutazioni individuali dei rischi di overdose, che mirano a individuare le persone che richiedono assistenza supplementare. Secondo gli esperti, in nove paesi la maggior parte dei tossicodipendenti problematici ha ricevuto una valutazione del rischio di overdose almeno una volta durante l'anno scorso, mentre in 16 paesi soltanto una minoranza ha ricevuto questo tipo di intervento. Non sono disponibili informazioni provenienti da Bulgaria, Germania e Francia.

L'offerta di naloxone agli utenti non è un approccio standard nella prevenzione dell'overdose in Europa, sebbene la distribuzione di forniture da portare a casa sia frequente nei servizi ai tossicodipendenti in Italia, dove

possono anche essere acquistati nelle farmacie senza prescrizione. Nel Regno Unito, lo status legale del naloxone è stato cambiato nel giugno 2005, consentendone la somministrazione da parte di qualunque membro del pubblico in circostanze di primo soccorso. Inoltre, uno studio di coorte ha valutato l'effetto della formazione sull'overdose associata alla fornitura di naloxone da portare a casa su 239 consumatori di oppiacei reclutati dai servizi terapeutici (Strang e al., 2008). I risultati mostrano una conoscenza migliore dei segni di overdose e una maggiore fiducia nell'impiego del naloxone. Durante i primi tre mesi, tutte e 12 le overdosi in cui è stato usato il naloxone sono state superate con successo, mentre si è verificato un decesso nei sei casi di overdose in cui non è stato utilizzato. Gli autori concludono che una fornitura più ampia può ridurre ulteriormente i decessi correlati all'uso di droga e consigliano studi supplementari sull'effetto della formazione per i casi di overdose e l'erogazione di naloxone di emergenza tra i consumatori di oppiacei.

Un altro approccio controverso è l'offerta di strutture di consumo controllato di sostanze stupefacenti⁽¹⁵⁶⁾, destinato a ridurre il rischio di decesso dei loro utenti tramite l'offerta di assistenza medica tempestiva e adeguata in caso di overdose in loco. I dati operativi provenienti da tali strutture in Europa, Canada e Australia indicano che le overdosi di droga che si verificano nella struttura vengono gestite con successo, senza overdosi letali riferite. Milloy e i colleghi hanno calcolato il numero di decessi potenzialmente evitati grazie all'attività della struttura di consumo controllato della droga di Vancouver. Essi hanno valutato che è stato possibile prevenire da due a dodici decessi all'anno (Milloy e al., 2008). Ciò conferma i risultati precedenti relativi al probabile effetto benefico di queste strutture sui decessi da overdose nelle zone vicine a questi centri, laddove hanno una diffusione sufficiente.

⁽¹⁵⁶⁾ Cfr. OEDT (2004) per un'analisi di questa tematica.



Capitolo 8

Nuove droghe e tendenze emergenti

Introduzione

Il consumo di nuove sostanze psicoattive e i nuovi modelli di consumo di stupefacenti possono avere conseguenze significative sul piano politico e in tema di salute pubblica. Individuarli è tuttavia un compito difficile, perché si tratta solitamente di fenomeni che si radicano in maniera subdola, in zone geografiche specifiche o in piccoli sottogruppi della popolazione. Pochi paesi dispongono di sistemi di monitoraggio sensibili a questo nuovo fenomeno nel campo degli stupefacenti ed esistono notevoli difficoltà di carattere metodologico per individuare i vari modelli. Nonostante ciò, l'importanza di individuare potenziali nuove minacce è riconosciuta da più parti. Il sistema di allarme rapido elaborato dall'Unione europea offre un meccanismo di risposta rapida in caso di comparsa di nuove sostanze psicoattive sul mercato degli stupefacenti. Le attività a sostegno del sistema di allarme rapido costituiscono un aspetto importante del mandato dell'OEDT e rientrano nella prospettiva più ampia di utilizzare una vasta gamma di fonti di dati per migliorare la tempestività e la sensibilità del sistema europeo di monitoraggio delle sostanze stupefacenti.

Azione in merito alle nuove droghe

La decisione del Consiglio sulle nuove sostanze psicoattive ⁽¹⁵⁷⁾ istituisce un meccanismo per lo scambio rapido di informazioni in materia di nuove sostanze psicoattive che possono rappresentare una minaccia per la collettività e per la salute pubblica (il sistema di allarme rapido) ⁽¹⁵⁸⁾. Inoltre, fornisce la possibilità di innescare un processo formale di valutazione dei rischi, i cui risultati possono portare a una decisione politica per porre le nuove sostanze sotto controllo in tutta l'Unione europea.

A partire dall'istituzione del sistema di allarme rapido nel 1997 sono state notificate più di 90 sostanze. Fino a poco tempo fa, la maggior parte delle segnalazioni riguardava le fenetilamine e le triptamine. Tuttavia, negli ultimi anni è emersa una gamma molto più diversificata di

sostanze, tra cui numerosi derivati delle piperazine e del catinone, nonché una miscela eterogenea di altre sostanze, compresi i prodotti a base di erbe, alcuni stimolanti e allucinogeni inconsueti e alcuni prodotti medicinali.

Nel 2008 sono state notificate per la prima volta attraverso il sistema di allarme rapido 13 nuove sostanze psicoattive nell'Unione europea. Oltre alle nuove droghe sintetiche, che riunivano 11 delle sostanze appena notificate, il gruppo comprendeva due prodotti contenenti erbe, ma nessun prodotto medicinale.

La composizione chimica delle due piante segnalate, il kratom e la kava, è relativamente ben conosciuta in letteratura. Queste piante sono state tradizionalmente utilizzate in altre parti del mondo e la loro presenza sulla scena europea degli stupefacenti sembra limitata.

La maggior parte dei composti sintetici segnalati per la prima volta sono sostanze psicotrope simili a quelle elencate negli allegati I e II della convenzione delle Nazioni Unite sulle sostanze psicotrope del 1971. Rispetto agli anni precedenti, tra le nuove sostanze segnalate nel 2008, poche appartengono ai principali gruppi chimici, le fenetilamine (una), le triptamine (due) e le piperazine (nessuna). In particolare, sei delle sostanze segnalate per la prima volta sono derivati del catinone. La maggior parte delle nuove sostanze sintetiche presenta proprietà stimolanti, mentre solo tre producono effetti allucinogeni.

Nel 2008 è stato segnalato per la prima volta tramite il sistema di allarme rapido un cannabinoide sintetico (JWH-018). L'emergere dei cannabinoidi sintetici segna l'ultima fase dello sviluppo delle «droghe progettate»: da quelle basate sul fentanil negli anni ottanta, alle fenilettilamine sostituite alla fine degli anni ottanta, alle triptamine negli anni novanta, alle piperazine e ai derivati del catinone negli anni 2000. Esistono oltre cento composti con attività del recettore cannabinoide e si può presumere che continueranno a emergere sulla scena degli stupefacenti nuove sostanze provenienti da gruppi chimici diversi. Tutto ciò presenta una sfida costante per la salute pubblica e gli organismi incaricati di fare rispettare la

⁽¹⁵⁷⁾ Decisione 2005/387/GAI del Consiglio, del 10 maggio 2005, relativa allo scambio di informazioni, alla valutazione dei rischi e al controllo delle nuove sostanze psicoattive (GU L 127 del 20.5.2005, pag. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>

Registrazione di piante psicoattive attraverso il sistema di allarme rapido

Negli ultimi anni sono stati segnalati i prodotti di cinque piante psicoattive. Le specie rilevate dal sistema di allarme rapido non sono sotto il controllo internazionale, ma possono essere controllate dagli Stati membri dell'UE.

Il kava (*Piper methysticum*) è un arbusto che è stato utilizzato per secoli nelle isole del Sud Pacifico a scopi cerimoniali. Un tè preparato mediante infusione a partire dalle radici della pianta può essere bevuto per i suoi effetti anti-ansia e rilassanti. Sono aumentate le preoccupazioni sul fatto che il consumo a lungo termine del kava possa produrre danni al fegato. In nessuno Stato membro dell'UE vengono riferiti controlli della pianta o dei suoi principi attivi (kavalattoni).

Il khat è composto da foglie e germogli freschi di *Catha edulis*, un arbusto coltivato in Africa orientale e nella penisola arabica. Viene utilizzato come leggero stimolante attraverso la masticazione della materia vegetale fresca. I componenti attivi, il catinone e la catina, sono parenti chimici prossimi delle droghe sintetiche come l'anfetamina e il metacatinone e sono controllati a livello internazionale ai sensi della convenzione delle Nazioni Unite del 1971. *Catha edulis* è controllato in 12 Stati membri dell'UE.

Il kratom (*Mitragyna speciosa*) è un albero originario dell'Asia sudorientale. Le foglie possono essere masticate, fumate o preparate in infusione. A basse dosi, ha effetti stimolanti.

A dosi più elevate, il kratom ha effetti simili agli oppiacei ed è stato utilizzato nella medicina tradizionale per curare il dolore e la sindrome di astinenza da oppiacei. I principali principi attivi del kratom sono la mitraginina, la mitrafillina e la 7-idrossimitraginina; la mitraginina è probabilmente responsabile dell'attività analgesica del kratom e dell'attenuazione dei sintomi di astinenza da oppiacei. La pianta, la mitraginina e la 7-idrossimitraginina sono controllate in Danimarca, mentre in Lituania viene controllata la pianta e la mitraginina.

La *Salvia divinorum* è un'erba perenne originaria del Messico del sud, dove a causa delle sue proprietà allucinogene viene utilizzata tradizionalmente a scopi cerimoniali. Il principale principio attivo, la salvinatorina A, è un potente agonista del recettore opioide kappa. Le modalità ricreative del consumo della *Salvia* comprendono la masticazione delle foglie e il fumo o la somministrazione sottolinguale degli estratti concentrati, che sembrano produrre effetti intensi. L'ingestione delle foglie o dei semi della pianta produce un effetto di maggiore durata ma meno forte. La *Salvia divinorum* o i suoi principi attivi sono controllati in sei Stati membri e in Croazia.

L'Hawaiian baby woodrose (*Argyreia nervosa*) è una vite annuale rampicante. I suoi semi contengono il principio attivo ammido dell'acido d-lisergico (LSA, noto anche come d-lisergammide), una sostanza strettamente correlata all'LSD, che può produrre lievi effetti allucinogeni. L'LSA viene controllata come droga in Irlanda e nel Regno Unito.

legge, sia per l'identificazione legale e tossicologica delle nuove sostanze che per la rapida valutazione dei rischi e, se necessario, per l'attuazione di misure di controllo.

Prodotti «Spice» e cannabinoidi sintetici correlati

I prodotti commercializzati in Internet e in alcuni negozi specializzati sotto il nome di «Spice» sono disponibili almeno a partire dal 2006. Anche se il prodotto «Spice» può essere pubblicizzato come incenso, quando viene fumato gli effetti sono descritti da alcuni utenti come analoghi a quelli della cannabis. In seguito a una relazione stilata dalla Svezia, tramite il sistema di allarme rapido sono stati controllati i prodotti indicati come «Spice» a partire dall'inizio del 2008.

Le informazioni riportate sulla confezione dei prodotti «Spice» indicano che sono composti da 14 ingredienti di origine vegetale. Se almeno due degli ingredienti (*Pedicularis densiflora* e *Leonotis leonurus*) possono avere qualche effetto psicoattivo, è poco nota la farmacologia e la tossicologia delle piante contenute, secondo quanto dichiarato, nei prodotti «Spice». Pertanto, non è possibile

fare un'affermazione netta per quanto riguarda i potenziali rischi per la salute o i possibili effetti psicoattivi di questi prodotti. Nella descrizione del prodotto non sono citati ingredienti sintetici.

Nel 2008 era possibile acquistare i prodotti «Spice» e varie altre miscele di erbe «simili alle spezie» in negozi online e questi prodotti erano disponibili in «head shop» o «smart shop» che vendono droghe «legali» («legal highs») in almeno nove Stati membri dell'UE (Repubblica ceca, Germania, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Austria, Polonia, Portogallo, Regno Unito).

Gli Stati membri hanno intrapreso ampie indagini forensi per individuare gli ingredienti psicoattivi dei prodotti «Spice». Nel dicembre 2008, la Germania e l'Austria hanno rilevato il cannabinoide sintetico JWH-018 ⁽¹⁵⁹⁾. La struttura chimica del JWH-018 si differenzia sostanzialmente da quella del tetraidrocannabinolo (THC), il principale principio attivo presente in tutti i prodotti della cannabis. Negli animali da laboratorio, il JWH-018 produce gli stessi effetti del THC ed è stato riferito essere più potente. All'inizio del 2009 un secondo cannabinoide sintetico, il CP 47,497 ⁽¹⁶⁰⁾ e tre suoi omologhi sono stati rilevati in campioni di «Spice» in Europa.

⁽¹⁵⁹⁾ Naftalen-1-yl-(1-pentilindol-3-yl)metanone.

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-dimetileptil)-2-[[1R,3S]-3-idrossi-cicloesil]-fenolo.

Procedure nazionali di valutazione dei rischi

Nel 2008 l'OEDT ha svolto uno studio sulle diverse procedure legali nazionali coinvolte nell'azione di mettere nuove sostanze sotto il controllo della legislazione sulle droghe, sui tempi richiesti da tale procedura e sul coinvolgimento o meno di qualche procedura nazionale di valutazione dei rischi. Nei 26 paesi esaminati si manifestano tre approcci diversi alla valutazione dei rischi. In sei paesi non viene effettuata la valutazione nazionale dei rischi. Generalmente questi paesi si basano su valutazioni dei rischi effettuate a livello internazionale o europeo. In sette paesi, la valutazione nazionale dei rischi può essere eseguita ad-hoc, se necessario. In 13 paesi verrà eseguito un tipo di valutazione dei rischi per considerare se controllare una sostanza, come imposizione dettata da una legge sulla droga o testo equivalente o nell'ambito della procedura richiesta per proporre una nuova legislazione.

I livelli di danno rilevati non influiranno sulla velocità della procedura legislativa in 12 dei 20 paesi che possono eseguire le loro valutazioni dei rischi. Quattro paesi (Germania, Lussemburgo, Slovacchia, Svezia) possono passare a una procedura legislativa abbreviata se i livelli di rischio vengono ritenuti elevati. In Francia, Austria e Norvegia, eventuali casi di urgenza porteranno a una durata abbreviata della valutazione dei rischi in sé. Nei Paesi Bassi, sono disponibili entrambe le possibilità.

In 16 paesi vengono condotte valutazioni nazionali dei rischi da un gruppo di esperti all'interno della pubblica amministrazione, che può essere un ministero competente o un'agenzia statale o governativa. Sei paesi forniscono o potrebbero fornire la possibilità di consultare scienziati indipendenti, se viene percepita una necessità. In tre paesi (Paesi Bassi, Austria, Regno Unito), la valutazione dei rischi viene eseguita da organismi scientifici indipendenti.

Per ulteriori informazioni cfr. le relazioni legali dell'ELDD (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

I cannabinoidi sintetici sono stati individuati soltanto in un numero limitato di campioni e in quantità variabili. Sarebbe da aspettarsi che queste sostanze sintetiche siano state aggiunte in maniera subdola, perché le informazioni della confezione sui prodotti «Spice» citano soltanto ingredienti vegetali.

Le sostanze JWH-018 e CP 47,497 e i loro omologhi non sono noti per essere stati ampiamente utilizzati come droghe psicoattive indipendentemente da altre sostanze. Di conseguenza, occorre ancora stabilire se esista una domanda specifica di queste particolari sostanze e se sono necessarie ulteriori azioni, come stabilito dalla decisione 2005/387/GAI del Consiglio.

In risposta a potenziali preoccupazioni per la salute, cinque Stati membri hanno adottato diverse azioni legali per bandire o controllare i prodotti «Spice» e i composti

correlati. La Germania ha utilizzato una legislazione di emergenza sui narcotici per controllare cinque cannabinoidi sintetici rilevati nel prodotto «Spice» per un anno. La Francia ha classificato come narcotici sei cannabinoidi sintetici rilevati nei prodotti «Spice». L'Austria ha utilizzato la propria legge sui farmaci per vietare l'importazione e la commercializzazione nel paese di miscele da fumare contenenti sei cannabinoidi sintetici. Il Lussemburgo ha deciso di controllare diversi cannabinoidi sintetici come sostanze psicotrope. La Polonia ha modificato la legge sui narcotici mettendo sotto controllo il JWH-018 e due degli ingredienti a base di erbe contenuti nel prodotto «Spice».

Internet: un mercato per le sostanze psicoattive

Internet è emerso come nuovo mercato per le sostanze psicoattive, fornendo ai venditori la possibilità di vendere a un vasto pubblico sostanze alternative alle droghe controllate. Il mercato online ha implicazioni per la potenziale diffusione delle nuove sostanze psicoattive e il suo controllo rappresenta un elemento sempre più importante per individuare le nuove tendenze delle droghe. In particolare, è necessario concentrarsi sui rischi associati alle sostanze messe in vendita. Sono necessarie informazioni sui nuovi prodotti sia per i consumatori che per gli operatori del settore, compresi i tossicologi clinici, gli esperti del controllo dei veleni e le persone che lavorano nel campo delle droghe.

Per individuare gli sviluppi in atto nel mercato elettronico delle droghe, l'OEDT esegue uno studio istantaneo annuale. Nel 2009 è stata fatta un'indagine su 115 negozi online in totale. In base ai domini con il codice del paese e ad altre informazioni sui siti web, sembra che questi negozi online siano situati in 17 paesi europei. La maggior parte dei venditori online individuati si trovava nel Regno Unito (37%), in Germania (15%), nei Paesi Bassi (14%) e in Romania (7%).

A differenza del 2008, nessuno dei negozi online interpellati nel 2009 vendeva funghi allucinogeni contenenti psilocina e psilocibina. Tuttavia, quattro venditori online con sede in Francia e nei Paesi Bassi offrivano scelerotia, il micelio indurito dei funghi allucinogeni *Psilocybe mexicana* e *Psilocybe tampanensis*.

I nuovi prodotti messi in vendita nel 2009 comprendono una gamma di prodotti a base di erbe da fumare e le cosiddette «party pills» (droghe ricreative) contenenti nuove alternative legali alla benzilpiperazina (BZP). Vi è stato, inoltre, un interesse crescente per i prodotti da fiuto o per le polveri a base di erbe.

I prodotti «Spice»⁽¹⁶¹⁾ venivano messi in vendita dal 48 % dei venditori intervistati. Mentre i negozi online che vendevano «Spice» avevano sede in 14 paesi europei diversi, più di due quinti di questi negozi erano situati nel Regno Unito (42 %), con numeri significativi anche in Irlanda, Lettonia e Romania.

Le preoccupazioni in merito ai prodotti «Spice» hanno spinto diversi paesi ad adottare azioni legali per vietare o controllare queste sostanze. Entro il marzo 2009, i prodotti «Spice» sono stati ritirati dai negozi online con sede in Germania, Austria e Francia.

Nel 2009 hanno iniziato a comparire sul mercato online miscele da fumare alternative alla «Spice». I venditori intervistati mettono in vendita almeno 27 miscele di erbe da fumare diverse come alternative alla «Spice». Questi prodotti vengono pubblicizzati come contenenti ingredienti a base di piante, benché alcuni contengano anche il fungo allucinogeno *Amanita muscaria*. Tra le alternative alla «Spice» messe in vendita in Austria e Germania vi sono diverse miscele di erbe da fumare vendute come «profumatori per ambienti» o incenso. La rapida comparsa di prodotti sostitutivi alla «Spice» sottolinea la capacità di questo mercato di reagire rapidamente ai cambiamenti dello status legale delle sostanze psicoattive, spesso introducendo nuove sostanze sul mercato.

Da quando la BZP è stata sottoposta a misure di controllo negli Stati membri dell'UE, questa sostanza non può più essere utilizzata nelle «party pills» vendute come alternative legali all'ecstasy. All'inizio del 2009, molti venditori online offrivano «party pills» prive di BZP. Ad esempio, i negozi online con sede in Irlanda, Polonia e Regno Unito offrono «retro pills», che conterrebbero 1-(4-fluorofenil)piperazina (pPPP), una sostanza descritta come dotata di lievi effetti allucinogeni e di forti effetti euforici.

I prodotti da fiuto sono venduti come alternativa alle droghe controllate quali la cocaina o le anfetamine. I prodotti vengono descritti come contenenti caffeina e una serie di altri ingredienti a base di erbe, quali *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* e *Tilia europea*.

Follow-up delle sostanze

Piperazine

Nel 2007, la relazione sul controllo attivo OEDT-Europol relativo al mCPP [1-(3-clorofenil)piperazine] ha concluso che non presenta un'attrattiva particolare per i consumatori

e sembra improbabile che si imponga come sostanza indipendente per l'uso ricreativo. Nel 2008, tuttavia, l'mCPP ha continuato a essere la nuova droga sintetica più ampiamente disponibile sul mercato delle droghe illegali, disponibile da sola o in associazione con l'MDMA. Ciò viene dimostrato sia dal numero di sequestri che dalla quantità di materiale sequestrato riferito all'OEDT e all'Europol. Non è ancora chiaro se la sostanza viene utilizzata per potenziare o imitare alcuni effetti dell'MDMA o semplicemente come «sostanza da taglio». Tuttavia, poiché l'mCPP non è una sostanza controllata nella maggior parte degli Stati membri, è probabile che i sequestri non vengano sufficientemente registrati.

Il 3 marzo 2008, il Consiglio ha deciso che gli Stati membri avrebbero dovuto adottare le misure necessarie, in conformità con la loro legislazione nazionale, per sottoporre la BZP a misure di controllo adeguate ai rischi della sostanza e sanzioni penali, come disposto dalla loro legislazione, in conformità agli obblighi stabiliti dalla convenzione delle Nazioni Unite sulle sostanze psicotrope del 1971⁽¹⁶²⁾. Gli Stati membri si adopereranno per adottare questa azione, il più presto possibile, ma non oltre un anno dalla data di adozione della decisione. Al momento della stesura di questa relazione 17 Stati membri⁽¹⁶³⁾ hanno riferito di aver controllato la BZP.

GHB/GBL e chetamina

In Europa, l'acido gamma-idrossibutirato (GHB) e la chetamina sono sotto sorveglianza a partire dal 2000, anno in cui sono stati oggetto di una valutazione dei rischi ai sensi dell'azione comune sulle nuove droghe sintetiche del 1997 (OEDT, 2002).

Pochi paesi riferiscono dati di prevalenza sul GHB e sulla chetamina e le stime di prevalenza segnalate rimangono a livelli molto più bassi rispetto ad altre droghe illegali. I cambiamenti nella situazione sono difficili da valutare a causa dei dati di prevalenza ricavati da campioni non probabilistici con comparabilità limitata tra di loro e nel tempo. Lo studio olandese di controllo delle tendenze ha riferito un leggero aumento nel consumo del GHB in specifiche reti e regioni nei Paesi Bassi nel 2007, ma sia il GHB che la chetamina vengono consumati meno frequentemente di altre droghe da «party» e per lo più in gruppi nascosti, a casa o in occasione di feste. Diversamente dagli aumenti riferiti negli anni precedenti, le ultime statistiche sulle emergenze mediche correlate al GHB ad Amsterdam indicano un forte calo, da 444 casi

⁽¹⁶¹⁾ Cfr. «Prodotti "Spice" e cannabinoidi sintetici correlati», pag. 101.

⁽¹⁶²⁾ Decisione 2008/206/GAI del Consiglio, del 3 marzo 2008, che definisce la 1-benzilpiperazina (BZP) quale nuova sostanza psicoattiva da sottoporre a misure di controllo e a sanzioni penali.

⁽¹⁶³⁾ Belgio, Danimarca, Germania, Estonia, Irlanda, Grecia, Francia, Italia, Cipro, Lituania, Lussemburgo, Malta, Ungheria, Portogallo, Slovacchia, Svezia e Finlandia, oltre a Croazia, Turchia e Norvegia.

nel 2006 a 110 nel 2007. Uno studio condotto in un ospedale di Londra ha riferito 58 emergenze correlate al consumo di chetamina nel 2006 e un numero uguale nel 2007. Nella maggior parte delle presentazioni relative alla chetamina la droga veniva ingerita insieme ad altre sostanze, soltanto l'11 % riguardava la chetamina da sola e in nessun caso era stato necessario ricorrere ai servizi di emergenza (Wood e al., 2008).

Le indagini dell'ESPAD sulla popolazione scolastica eseguite nel 2007 forniscono i dati più recenti sul consumo di GHB tra gli studenti di età compresa tra 15 e 16 anni in Europa. Tra gli studenti delle scuole intervistati in 26 paesi dell'UE più la Norvegia e la Croazia la prevalenza del consumo di GHB va da zero al 3 %, sebbene la maggior parte dei paesi riferisca un livello dell'1 % o meno.



Riferimenti bibliografici

- ACMD (2008), *Cannabis: classification and public health*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, Londra (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. e Salminen, M. (2008), *Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)*, National Public Health Institute, Helsinki (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).
- Baker, A., Lee, N.K. e Jenner, L. (curatori) (2004), *Models of intervention and care for psychostimulant users* (seconda edizione), National Drug Strategy Monograph Series n. 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C. e al. (2009), «Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project», *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, pagg. 88-100.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., e al. (2005), «Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries», *European Journal of Public Health* 16, pagg. 198-202.
- Cherny, N.I., Catane, R. e Kosmidis, P.A. (2006), «Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering», *Annals of Oncology* 17, pagg. 885-7.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, commissione stupefacenti, Nazioni Unite: Consiglio economico e sociale, Vienna.
- Coffin, P.O., Tracy, M., Bucciarelli, A. e al. (2007), «Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose», *Academic Emergency Medicine* 14, pagg. 616-23.
- Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT) (2006), *The CPT standards — 'substantive' sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).
- Commissione europea (2007), «Relazione della Commissione al Parlamento europeo e al Consiglio sull'attuazione della raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza», COM(2007) 199 def. (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/it/com/2007/com2007_0199it01.pdf).
- Commissione europea (2008a), *Civil Society Forum on Drugs in the European Union, Brussels 20-21 May 2008, Final report* (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).
- Commissione europea (2008b), «Young people and drugs among 15-24 year-olds», *Flash Eurobarometro* 233 (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. e al. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublino (http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf).
- Cunningham, J.A. (2000), «Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?», *Drug and Alcohol Dependence* 59, pagg. 211-3.
- Darke, S. e Ross, J. (2002), «Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods», *Addiction* 97, pagg. 1383-94.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. e al. (2007), «Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study», *Addiction* 102, pagg. 1954-9.
- Decorte, T. (2000), *The taming of cocaine*, VUB University Press, Bruxelles.
- Department of Health (2007), *Reduction of drug-related harm: an action plan*, Department of Health, Londra (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850).
- Desroches, F. (2007), «Research on upper level drug trafficking: a review», *Journal of Drug Issues* 37, pagg. 827-44.
- Direzione generale per la Salute e i consumatori (2008a), *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, direzione generale per la Salute e i consumatori, Bruxelles (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).
- Direzione generale per la Salute e i consumatori (2008b), *Quality of treatment services in Europe — drug treatment situation and exchange of good practice*, direzione generale per la Salute e i consumatori, Bruxelles (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).

- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B. e al. (2005), «Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection», *Addiction* 100, pagg. 820-8.
- ECDC e Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa (2008), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*, Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, Stoccolma.
- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G. e al. (2008), «Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update», *Substance Abuse* 29, pagg. 31-49.
- Ellingstad, T.P., Sobell, L.C., Sobell, M.B. e al. (2006), «Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution», *Addictive Behaviours* 31, pagg. 519-30.
- Europol (2007), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, L'Aia.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, L'Aia.
- Farrell, M. e Marsden, J. (2008), «Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales», *Addiction* 103, pagg. 251-5.
- GLADA (2004), *An evidence base for the London crack cocaine strategy*, Greater London Authority, Londra.
- Grebely, J., Genoway, K., Khara, M. e al. (2007), «Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection», *International Journal of Drug Policy* 18, pagg. 437-43.
- Hall, W. e Solowij, N. (1998), «Adverse effects of cannabis», *Lancet* 1352, pagg. 1611-16.
- Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. e Racz, J. (curatori) (2008a), *Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies*, Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amsterdam (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).
- Hedrich, D., Pirona, A. e Wiessing, L. (2008b), «From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe», *Drugs: Education, Prevention and Policy* 15, pagg. 503-17 (DOI:10.1080/09687630802227673).
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J. e al. (2005), «Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people», *BMJ* 330, pag. 11.
- Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I. e al. (2008), «Effectiveness of an outreach treatment program for inner city crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction», *Substance Use Misuse* 43, pagg. 1464-75.
- Hibell, B. e al. (2009), *The ESPAD Report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Consiglio svedese di informazione su alcol ed altre droghe (CAN) e gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa.
- Hoare, R. e Flatley, J. (2008), *Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey*, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, Londra.
- Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R. e al. (2008), «Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths», *American Journal of Public Health* 98, pagg. 2229-36.
- INCB (2009a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2008*, Nazioni Unite: commissione stupefacenti, New York.
- INCB (2009b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, Nazioni Unite: commissione stupefacenti, New York.
- Jager, J., Limburg, W., Kretzschmar, M. e al. (curatori) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrell, M. e Lima, M.S. (2007), «Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders», *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.
- Korf, D. (editor) (2008), *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, gruppo Pompidou, Pabst Science Publishers, Lengerich, Germania.
- Loftis, J.M., Matthews, A.M. e Hauser, P. (2006), «Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management», *Drugs* 66, pagg. 155-74.
- McCambridge, J., Slym, R.L. e Strang, J. (2008), «Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users», *Addiction* 103, pagg. 1819-20.
- McIntosh, J., Bloor, M. e Robertson, M. (2008), «Drug treatment and the achievement of paid employment», *Addiction Research and Theory* 16, 37-45.
- Mennes, C.E., Ben Abdallah, A. e Cottler, L.B. (2009), «The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups», *Addictive Behaviors* 34, 223-6.
- Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M. e al. (2008), «Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility», *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).
- Miovský, M., Miovská, L., Řehan, V. e Trapková, B. (2007), «Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study», *Československá Psychologie* 103 (supplemento 51), pagg. 109-18 (http://cspych.psu.cas.cz/files/cspych_supplement2007.pdf).

- Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. e Lang, J.P. (2007), «Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues» [Gestione dell'epatite C tra i pazienti tossicodipendenti], *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, pagg. S51-5.
- NICE (2009), *Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment*, Public health guidance 8, National Institute for Health and Clinical Excellence, Londra.
- Nordstrom, B.R. e Levin, F.R. (2007), «Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature», *American Journal of Addiction* 16, pagg. 331-42.
- NTA (2007), *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).
- Obradovic, I. (2008), *Activité des « consultations jeunes consommateurs » (2005-2007)*, Tendances 63, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Parigi.
- OEDT (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2004), *European report on drug consumption rooms*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2005), *Comorbilità — Consumo di sostanze stupefacenti e disturbi mentali*, Focus sulle droghe n. 14, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2006a), *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*, Questione specifica, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2006b), *Developments in drug use within recreational settings*, Questione specifica, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Questione specifica, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2007b), *Droghe e criminalità: un rapporto complesso*, Focus sulle droghe n. 16, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2007c), *Drugs and driving*, Questione specifica, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monografia n. 8, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2008b), *Relazione annuale 2008: evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, Questione specifica, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2008d), *Monitoring the supply of cocaine to Europe*, Technical datasheet, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).
- OEDT (2008e), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Questione specifica, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2009a), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Insights n. 10, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2009b), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention*, Thematic papers, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- OMD (2008), *Customs and drugs report 2007*, Organizzazione mondiale delle dogane, Bruxelles.
- OMS (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A. e al. (2008), «The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life», *Addiction* 103, pagg. 439-49.
- Piontek, D., Kraus, L. e Klempova, D. (2008), «Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties», *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, pag. 25.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. e al. (2004), «Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research* 10, pagg. 147-55.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. e Hopkins, L.N. (2001), «Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey», *Circulation* 103, pagg. 502-6.
- Roesner, S. e Küfner, H. (2007), «Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHARMON)», *Sucht* 54 (supplemento 1), pagg. S65-S77.
- Rosenberg, H., Melville, J. e McLean, P.C. (2002), «Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services», *Addiction* 97, pagg. 59-65.

- Samhsa (2007), *National survey on drug use and health, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville* (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C. e al. (2008), *Guidelines for estimating the incidence of problem drug use*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. e Deering, D. (2008), «Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, pagg. 963-68.
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. e al. (2008), «Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe», in *Quality of treatment services in Europe – drug treatment: situation and exchange of good practice* (ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Scottish Government (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Strang, J. e Sheridan, J. (1997), «Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales», *Addiction* 92, pagg. 833-8.
- Strang, J., Manning, V., Mayet, S. e al. (2008), «Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses», *Addiction* 103, pagg. 1648-57.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J., Sweeting, M.J. e Gill, O.N. (2008), «The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis», *Journal of Viral Hepatitis* 15, pagg. 797-808.
- Swift, W., Hall, W. and Copeland, J. (2000), «One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia», *Drug and Alcohol Dependence* 59, pagg. 309-18.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K. e al. (2009), «HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: implications for intervention», *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J. e al. (2007), «A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence», *American Journal of Psychiatry* 164, pagg. 160-2.
- Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. e Gandilhon, M. (2008), *The first national survey on users of the CAARUD centres*, Tendances No. 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Parigi.
- UNODC (2009), *World drug report*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- UNODC e governo del Marocco (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- Vandam, L. (2009), «Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature», in Cools, M. e al. (curatori), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Anversa.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M. e al. (presentato), «Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related HIV-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis», *Addiction*.
- Wagner, F.A. and Anthony, J.C. (2002), «From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol», *Neuropsychopharmacology* 26, pagg. 479-88.
- Wammes, A., Van Leeuwen, L. e Lokman, S. (2007), *Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 'Je bent niet gek als je niet blowt'*, Trimbo Institute, Utrecht.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I. e al. (2008a), «European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) – the need to improve quality and comparability», *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).
- Wiessing, L., Van de Laar, M.J., Donoghoe, M.C. e al. (2008b), «HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East», *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).
- Wood, D.M., Bishop, C.R., Greene, S.L. e Dargan, P.I. (2008), «Ketamine-related toxicology presentations to the ED», *Clinical Toxicology* 46, pag. 630.
- Zachrisson, H.D., Rödje, K. e Mykletun, A. (2006), «Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey», *BMC Public Health* 6:34 (www.biomedcentral.com).

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

Relazione annuale 2009: evoluzione del fenomeno della droga in Europa

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea

2009 — 109 pagg. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-330-7

Come procurarsi le pubblicazioni dell'Unione europea

Pubblicazioni gratuite:

- sul sito Internet EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- presso le rappresentanze o delegazioni della Commissione europea. È possibile ottenere le loro coordinate consultando il sito <http://ec.europa.eu> o inviando un fax al numero +352 2929-42758.

Pubblicazioni destinate alla vendita:

- sul sito Internet EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- in libreria, indicando il titolo, l'editore e/o il numero ISBN;
- contattando direttamente uno dei nostri agenti di vendita. È possibile ottenere le loro coordinate consultando il sito <http://ec.europa.eu> o inviando un fax al numero +352 2929-42758.

Informazioni sull'OEDT

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

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

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

La relazione annuale presenta il panorama del fenomeno delle droghe in Europa, tracciato dall'OEDT per l'anno appena trascorso. Si tratta di un testo di riferimento essenziale per chi cerca i dati più recenti sulle droghe in Europa.



Ufficio delle pubblicazioni

ISBN 978-929168387-1



9 789291 683871