



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

ISSN 1609-6169

RELANZIAZIONE ANZIANI E 2006

EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA DROGA
IN EUROPA



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA DROGA IN EUROPA

Avvertenza

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

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

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

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

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

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

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, 2006

ISBN 92-9168-270-5

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2006

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

Printed in Belgium

STAMPATO SU CARTA SBIANCATA SENZA CLORO



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

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

Indice

Prefazione	5
Ringraziamenti	7
Introduzione	9
Commento: il problema delle droghe in Europa	11
Capitolo 1	
Misure politiche e legislative	17
Capitolo 2	
La risposta ai problemi della droga in Europa: panoramica	27
Capitolo 3	
Cannabis	37
Capitolo 4	
Anfetamine, ecstasy e altre sostanze psicotrope	47
Capitolo 5	
Cocaina e cocaina crack	58
Capitolo 6	
Consumo di oppiacei e iniezione di droga	66
Capitolo 7	
Malattie infettive e decessi correlati alla droga	75
Capitolo 8	
Miglioramento del monitoraggio del consumo problematico di stupefacenti e della poliassunzione	88
Riferimenti bibliografici	95



Prefazione

Questa è l'undicesima relazione annuale dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, che quest'anno è pubblicata in 23 lingue europee. Se la si confronta con le precedenti relazioni dell'Agenzia, non si può fare a meno di notare che contiene informazioni molto più dettagliate, poiché riflettono una situazione più complessa sia per quanto riguarda il consumo di droghe illecite che per quanto riguarda il modo in cui l'Europa risponde al problema della droga.

La quantità d'informazioni cui attingere per svolgere la nostra analisi è aumentata notevolmente. La relazione di quest'anno è basata sui dati provenienti dai 25 Stati membri dell'UE e dalla Norvegia e, ove possibile, da Bulgaria, Romania e Turchia. È aumentato non soltanto il numero dei paesi che hanno fornito informazioni, ma anche il quantitativo di informazioni comparabili fornite da ciascuno di essi. Queste informazioni ci offrono un quadro molto più preciso della situazione della droga in Europa e della sua evoluzione. L'OEDT ha il compito di analizzare tale complessità, accostando le esperienze comuni, dove ci sono, e formulando commenti sulle differenze. Investendo nella raccolta di dati e collaborando nell'attività dell'Osservatorio, i nostri Stati membri hanno capito che i problemi che oggi affrontano i loro vicini, domani possono diventare i loro problemi. Questa consapevolezza è evidenziata nella nuova strategia dell'Unione europea sulla droga e nei relativi piani di azione, sostenuti dal consenso sull'importanza della raccolta e dello scambio di informazioni, della necessità di individuare e diffondere la buona prassi nonché del valore della cooperazione e dell'azione coordinata in risposta alla minaccia comune che le droghe rappresentano per la salute, il benessere e la sicurezza dei nostri cittadini.

Le informazioni di cui disponiamo ci inducono inoltre a riflettere sulla necessità di una sorveglianza costante, evitando i pericoli che potrebbe comportare il compiacimento dei risultati ottenuti. Nella presente relazione vengono lanciati segnali di allarme per quanto riguarda le infezioni da HIV connesse con la droga ed i decessi connessi con la droga. Ciò nonostante, in tutt'Europa è stato fatto

uno sforzo immane per affrontare questo tipo di problemi e sono stati fatti notevoli progressi, il che significa che i decisori politici europei hanno dovuto operare scelte difficili e lo hanno fatto ampiamente, studiando con attenzione le testimonianze disponibili. Una prospettiva strategica di questo tipo deve essere applaudita. Nell'ambito del dibattito globale sul problema della droga si parla molto della necessità di un approccio bilanciato e basato sull'evidenza. In Europa, forse più che altrove, questo discorso è stato messo in pratica. Nonostante le differenze fra i nostri Stati membri per quanto riguarda taluni aspetti dei problemi di droga che devono affrontare e le loro priorità d'azione, tutti questi Stati sono d'accordo sul fatto che è importante scambiare informazioni e cooperare al fine di ridurre l'offerta di droga, che è necessario bilanciare le attività di riduzione dell'offerta con misure di riduzione della domanda e sono sempre più d'accordo sul fatto che è necessario basarsi su prove oggettive quando si tratta di fare scelte importanti circa i programmi e le azioni da adottare nell'interesse dei nostri cittadini. Questo approccio europeo si manifesta non soltanto nella nuova strategia europea antidroga, ma anche nelle strategie nazionali in materia adottate dai nostri Stati membri, nel tono più deciso e più unanime che si leva dall'Europa su questo tema e nell'attività dell'OEDT, che si adopera strenuamente per svolgere il suo compito di favorire una presa di decisioni informata fornendo un'analisi oggettiva e scientificamente rigorosa delle informazioni disponibili sul fenomeno della droga in Europa.

Il consumo di droga è un problema complesso, che non si presta a conclusioni semplici. Una conclusione, tuttavia, emerge chiaramente dall'esperienza europea: abbiamo imparato che lavorare insieme non solo funziona, ma è indispensabile se vogliamo elaborare risposte efficaci alle sfide che ci pone l'uso di droghe illecite.

Marcel Reimen

Presidente del consiglio di amministrazione dell'OEDT

Wolfgang Götz

Direttore dell'OEDT



Ringraziamenti

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

- i capi dei punti focali nazionali Reitox e il loro personale;
- i servizi che in ogni Stato membro si sono occupati della raccolta dei dati da usare per la relazione;
- i membri del consiglio di amministrazione e del comitato scientifico dell'OEDT;
- il Parlamento europeo, il Consiglio dell'Unione europea, in particolare il gruppo orizzontale «Droga», e la Commissione europea;
- il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (CEPCM) 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 Consiglio svedese di informazione su alcool ed altre droghe (CAN) e il Centro europeo per il monitoraggio epidemiologico dell'AIDS;
- il Centro di traduzione degli organismi dell'Unione europea e l'Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee;
- Prepress Projects Ltd.

Punti focali nazionali Reitox

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

Le informazioni per contattare i punti focali nazionali si trovano al seguente indirizzo:

<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



Introduzione

La relazione annuale si basa sulle informazioni fornite all'OEDT dagli Stati membri dell'Unione europea, dai paesi candidati all'adesione e dalla Norvegia (che partecipa all'attività dell'OEDT dal 2001) sotto forma di relazioni nazionali. I dati statistici qui riportati si riferiscono al 2004 (o all'ultimo anno disponibile). I grafici e le tabelle contenuti nella presente relazione possono riferirsi a un gruppo ristretto di paesi dell'UE: la selezione viene fatta in base ai paesi sui quali sono disponibili informazioni per il periodo oggetto della relazione.

Una versione online della relazione annuale è disponibile in 23 lingue e si può trovare all'indirizzo:
<http://annualreport.emcdda.europa.eu>

Il bollettino statistico 2006 dell'OEDT (<http://stats06.emcdda.europa.eu>) contiene l'insieme completo delle tabelle sulle quali è basata l'analisi statistica contenuta nella relazione annuale. Fornisce inoltre informazioni particolareggiate sulla metodologia utilizzata, nonché oltre 100 ulteriori grafici statistici.

I profili statistici nazionali (<http://datapfiles06.emcdda.europa.eu>) riportano una sintesi grafica di alto livello dei principali aspetti del fenomeno della droga in ciascun paese.

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

- politiche europee in materia di droga: estese oltre le droghe illecite?;
- una prospettiva di genere sull'uso della droga e in risposta ai problemi di droga;
- sviluppi nel consumo di droga negli ambienti ricreativi.

Queste tematiche sono disponibili in forma cartacea e online (<http://issues06.emcdda.europa.eu>) soltanto in inglese.

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



Commento: il problema delle droghe in Europa

Un nuovo contesto normativo europeo per il coordinamento e la cooperazione

Benché definire le politiche nazionali in materia di stupefacenti sia tuttora prerogativa dei singoli Stati membri dell'Unione europea, vi è oggi un forte consenso sui benefici che possono derivare dalla collaborazione a livello europeo. Lo dimostrano alcuni recenti sviluppi a sostegno delle attività di coordinamento e cooperazione, tra cui l'entrata in vigore nel 2005 di due nuovi regolamenti comunitari sui precursori e una decisione del Consiglio sulle nuove droghe. Sono inoltre state rafforzate le misure contro il traffico di stupefacenti attraverso nuovi strumenti giuridici vertenti sul riciclaggio dei proventi di attività illecite e la confisca dei beni. Tuttavia, l'elemento fondamentale per promuovere la collaborazione e le future azioni a livello europeo in materia di stupefacenti è rappresentato dalla nuova strategia dell'Unione europea in materia di droga per il 2005-2012 e dai due piani d'azione che la corredano. Nel primo piano d'azione gli Stati membri dell'Unione europea hanno elencato circa 100 azioni specifiche programmate che dovranno essere attuate entro il 2008. Per la strategia si prevede un programma continuo di valutazione, con revisioni annuali dell'andamento e valutazioni d'impatto al termine di ogni periodo di entrambi i piani d'azione.

La strategia può essere considerata come la manifestazione del consenso europeo su come dovrebbe essere affrontato il problema delle droghe. Esiste un impegno esplicito verso un approccio equilibrato, che combini misure volte sia al contenimento della domanda sia alla riduzione dell'offerta, cui si accompagni il riconoscimento della necessità di fondare le azioni sulla prova dell'efficacia e di valutare sistematicamente i progressi. Esistono ancora importanti differenze politiche tra gli Stati membri dell'Unione europea, che spesso riflettono le diverse situazioni nazionali in materia di stupefacenti e il diverso tipo di risposta. Dalla nuova strategia in materia di droga, tuttavia, si comprende che il dibattito politico europeo sugli stupefacenti è sempre più caratterizzato dal consenso su un quadro comune per le attività. Per esempio, quasi tutte le strategie volte alla riduzione della domanda comprendono elementi di prevenzione, trattamento e riduzione dei danni, anche se l'accento posto su ciascuno di essi varia da uno Stato membro all'altro. Alcune opzioni politiche continuano a generare dibattiti accesi, ma in generale questi si svolgono in un ampio contesto di consenso sugli elementi fondamentali che stanno alla base della risposta europea al problema delle droghe.

Consumo di droga e offerta di droga: una distinzione sempre più frequente

Anche dalle nuove informazioni riferite quest'anno si osserva una tendenza costante a modificare le leggi nazionali in materia di stupefacenti per sottolineare con più determinazione la distinzione tra i reati di detenzione di droga per uso personale ed i reati connessi al traffico e al commercio. In generale, le pene previste per questa seconda tipologia di reato vengono inasprite, mentre diminuisce il ricorso alle pene detentive per il possesso per uso personale. Si tratta di una tendenza che riflette la volontà diffusa in tutta Europa di accrescere le opportunità di accesso ai servizi terapeutici e di dare più spazio agli interventi volti a sottrarre le persone con problemi di droga al sistema della giustizia penale, per indirizzarle piuttosto verso altre soluzioni di trattamento e recupero. Per i paesi che hanno introdotto una distinzione giuridica tra detenzione di droga per uso personale e detenzione per spaccio di droga, si pone il problema di sapere se sia necessario legiferare sulla quantità massima di sostanze stupefacenti il cui possesso è ammesso per uso personale. Attualmente non esiste un consenso generale al riguardo: nell'Unione europea sono stati adottati diversi approcci, che vanno dalla pubblicazione di linee guida generali a carattere operativo alla definizione di limiti legali.

Consumo di eroina: un elemento importante di un quadro più ampio

I dati presentati in questa relazione mostrano che in tutta l'Europa l'attenzione storicamente accordata al consumo di eroina, anche per via parenterale, come fulcro del problema della droga, va estesa alla luce della crescente importanza della poliassunzione e del consumo di stimolanti e delle maggiori implicazioni per la salute pubblica rappresentate dal consumo diffuso di cannabis. In molti paesi, tuttavia, gli oppiacei (perlopiù l'eroina) rimangono le droghe principali per le quali i pazienti chiedono di entrare in terapia: il 60 % circa di tutte le richieste di accesso in terapia registrate nel 2004; di questi pazienti, poco più della metà (53 %) riferisce di farne uso per via parenterale.

Circa il 25 % delle domande di trattamento per consumo di oppiacei è rappresentato da individui di 35 anni di età o più, mentre solo il 7 % dei pazienti che chiede di sottoporsi al trattamento per la prima volta ha meno di 20 anni. È da notare che i dati sulle domande di trattamento riflettono il numero di pazienti che chiedono di accedere a un servizio di cura nel corso dell'anno

considerato e non comprendono quindi le persone che sono già in trattamento. Pertanto, il numero totale di pazienti in terapia è nettamente superiore. In generale, in Europa, il dilagare delle terapie sostitutive osservato negli ultimi anni significa che il sistema terapeutico riguarda un gruppo crescente di persone con problemi legati al consumo di eroina, che invecchiano e che quindi possono necessitare di cure e rimanere importanti consumatori di risorse per molti anni a venire.

L'eroina consumata in Europa viene prodotta per la maggior parte in Afghanistan. L'Europa continua a essere, in tutto il mondo, il teatro principale dei sequestri di eroina; grazie all'aumento dei sequestri, i paesi dell'Europa sudorientale (in particolare la Turchia) hanno oggi sorpassato i paesi dell'Europa occidentale e centrale in termini di volume di sostanze intercettate. L'aumento del numero di sequestri di eroina evidenzia non solo la validità delle azioni coordinate contro il traffico di stupefacenti a livello europeo, ma solleva anche importanti questioni sull'impatto della crescente produzione di eroina sul mercato europeo. Non sono visibili tendenze chiare in termini di purezza media, ma il prezzo negli ultimi 5 anni (1999-2004), corretto dell'inflazione, è risultato in calo nella maggior parte dei paesi. E, tuttavia, sebbene in Europa sia più facile e più economico reperire l'eroina, finora non vi sono segnali che tale diminuzione influisca sul livello di consumo generale. Gli indicatori complessivi sembrano suggerire che in Europa l'incidenza del nuovo consumo di eroina stia ancora diminuendo e sia destinata probabilmente a stabilizzarsi, con una percentuale significativa (perlomeno in alcuni paesi) di soggetti con problemi di oppiacei che attualmente sono trattati con terapia sostitutiva. Tra coloro che entrano in cura per la prima volta, il numero di persone con un problema importante di tossicodipendenza da oppiacei è diminuito nella maggior parte dei paesi. Non si deve dimenticare, tuttavia, che in passato quest'area è stata teatro di ondate di consumo epidemico, e per tale motivo è bene evitare di compiacersi della situazione attuale.

Nella relazione di quest'anno non mancano segnali preoccupanti che il numero di decessi legati al consumo di stupefacenti, generalmente in calo dal 2000, è leggermente aumentato nel 2004 nella maggior parte degli Stati. Se, da un lato, è ancora troppo presto per capire se queste piccole variazioni siano il preludio a un'inversione di tendenza di lungo termine, dall'altro lato si deve ricordare che la mortalità legata al consumo di droga rappresenta una delle maggiori conseguenze per la salute pubblica del consumo illecito di stupefacenti. Sebbene la percentuale dei decessi legati al consumo di droga tra i giovani sia diminuita, a conferma dell'ipotesi che il consumo di eroina per via parenterale è in calo in questa fascia di età, le cifre urbane disponibili sulla mortalità legata al consumo di stupefacenti (overdose e altre cause) mostrano che, attualmente, il 10-23 % di tutti i decessi tra adulti di 15-49 anni può essere attribuito agli oppiacei.

Consumo per via parenterale e relativi problemi sanitari: un compagno sempre presente

In molti paesi il consumo per via parenterale è quasi sinonimo di consumo di eroina. Le eccezioni a questa regola, tuttavia, non mancano: qualche paese riferisce infatti livelli significativi di consumo di stimolanti per via parenterale, soprattutto tra i consumatori pesanti di anfetamine. Le informazioni disponibili, che in certa misura riflettono il quadro tracciato per l'eroina, suggeriscono una diminuzione generale nel lungo termine del consumo di droga per via parenterale. Ciò nonostante, in molti dei nuovi Stati membri il tasso di consumo per via parenterale rimane alto. È importante notare a questo punto che le cifre sul consumo di droga per via parenterale disponibili a livello nazionale o regionale sono scarse. Inoltre, da studi svolti di recente al riguardo in alcune regioni sono addirittura emersi leggeri aumenti. Il quadro più esaustivo di questo comportamento proviene dal monitoraggio dei consumatori di eroina in terapia, tra i quali la percentuale di coloro che ne fa uso per via parenterale è drasticamente diminuita in alcuni paesi, ma non in altri. In particolare, tra i vecchi Stati membri Danimarca, Grecia, Spagna, Francia, Italia e Regno Unito hanno tutti riferito un calo del tasso di consumatori per via parenterale tra gli eroinomani in cura.

Il rapporto tra consumo di droga per via parenterale e problemi di salute ad esso correlati è noto: questi tossicodipendenti sono esposti a un alto rischio di overdose e a gravi infezioni nonché ad altre condizioni quali setticemia e trombosi. L'infezione da HIV è, tra i rischi sanitari, quello che maggiormente ha galvanizzato la risposta del settore europeo della salute pubblica a questa forma di consumo di droga, al punto che oggi quasi tutti i paesi prevedono interventi volti a prevenire nuove infezioni. Per esempio, la fornitura di aghi e siringhe sterili, che in passato è stata una soluzione controversa, oggi è attuata in varia misura in quasi tutti gli Stati membri, seppure con copertura diversa da paese a paese. La maggior parte degli Stati riferisce percentuali basse di nuovi casi di infezione da HIV attribuibili al consumo di droga per via parenterale e si stima che tra i consumatori per via parenterale la percentuale di sieropositivi sia inferiore al 5 %. Ancora una volta, tuttavia, è importante tenere presente che: in primo luogo, due dei paesi più colpiti dall'AIDS tra i consumatori di droga per via parenterale (Spagna e Italia) al momento non forniscono dati nazionali sulla segnalazione dei casi di HIV; in secondo luogo, si riscontra che la trasmissione dell'infezione da HIV in Europa continua ad avvenire in gruppi specifici di consumatori di stupefacenti per via parenterale e vi sono addirittura segni di un aumento dei casi in alcuni dei gruppi di popolazione studiati.

Un quadro di gran lunga più negativo si presenta per le percentuali di infezione dovuta al virus dell'epatite C (HCV), che rimangono quasi ovunque alte tra i consumatori di droga per via parenterale. Il trattamento dei disturbi sanitari legati all'HCV tra i consumatori

In breve: stime sul consumo di droga in Europa

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

Cannabis

Prevalenza una tantum: almeno 65 milioni, ossia un adulto europeo su cinque

Consumo nell'ultimo anno: 22,5 milioni di adulti europei, ossia un terzo dei consumatori una tantum

Consumo negli ultimi 30 giorni: 12 milioni di europei

Variazione tra paesi del consumo nell'ultimo anno:

Range complessivo dallo 0,8 % all'11,3 %

Range tipico dal 2,8 % al 7,5 % (15 paesi)

Cocaina

Prevalenza una tantum: almeno 10 milioni, ossia più del 3 % degli adulti europei

Consumo nell'ultimo anno: 3,5 milioni di adulti europei, ossia un terzo dei consumatori una tantum

Consumo negli ultimi 30 giorni: più di 1,5 milioni

Variazione tra paesi del consumo nell'ultimo anno:

Range complessivo dallo 0,1 % al 2,7 %

Range tipico dallo 0,3 % all'1,2 % (18 paesi)

Ecstasy

Prevalenza una tantum: circa 8,5 milioni di adulti europei

Consumo nell'ultimo anno: 3 milioni, ossia un terzo dei consumatori una tantum

Consumo negli ultimi 30 giorni: più di 1 milione

Variazione tra paesi del consumo nell'ultimo anno:

Range complessivo dallo 0,0 % al 3,5 %

Range tipico dallo 0,3 % all'1,5 % (15 paesi)

Anfetamine

Prevalenza una tantum: quasi 10 milioni, ossia il 3 % circa degli adulti europei

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

Consumo negli ultimi 30 giorni: meno di 1 milione

Variazione tra paesi del consumo nell'ultimo anno:

Range complessivo dallo 0,0 % all'1,4 %

Range tipico dallo 0,2 % all'1,1 % (16 paesi)

Opiacei

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

Quasi 7 000 decessi improvvisi legati al consumo di droga, con circa il 70 % dei casi legato al consumo di oppiacei (dati del 2003)

Principale sostanza usata dal 60 % dei soggetti che chiedono di entrare in terapia per consumo di stupefacenti

Più di mezzo milione di consumatori di oppiacei nel 2003 è stato sottoposto a trattamento con terapia sostitutiva

e gli ex consumatori di stupefacenti per via parenterale rappresenterà probabilmente uno dei principali costi sanitari negli anni a venire. Se si cede alla tentazione di concludere che il consumo di droga per via parenterale è in lento declino e che l'Europa ha reagito bene alla sfida posta dall'epidemia dell'HIV negli anni novanta, si corre il rischio di compiacersi dei risultati e di abbassare la guardia nei confronti della minaccia sanitaria che tali comportamenti continuano a porre. I livelli elevati di infezione endemica da HCV, la continua trasmissione del virus tra i consumatori di droga per via parenterale — con un'incidenza in crescita osservata in alcune fasce della popolazione — e la presenza di un folto gruppo di consumatori di droga per via parenterale ad alto rischio in alcuni dei nuovi Stati membri sono elementi che rivelano la necessità di continuare a considerare il consumo per via parenterale e i problemi sanitari ad esso connessi come un problema di primaria importanza per la salute pubblica in Europa e un settore critico per la politica in materia di stupefacenti e per la vigilanza della ricerca.

Cocaina: segni di stabilità per la seconda sostanza illecita più diffusa in Europa

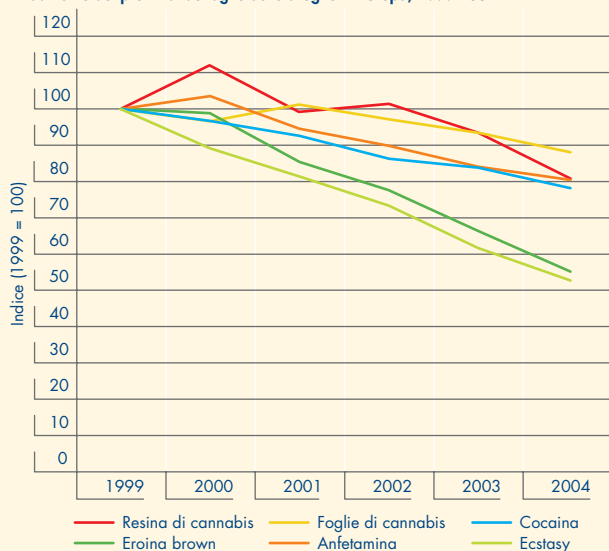
Le stime sul consumo di cocaina (prevalenza nell'ultimo anno) pongono ora questa sostanza poco più avanti dell'anfetamina e dell'ecstasy, al secondo posto tra le sostanze illecite più consumate in Europa. Tuttavia, il quadro generale sui livelli di consumo sembra additare a una stabilizzazione, dopo un periodo in cui il numero dei consumatori era cresciuto in maniera significativa. Tra il 2000 e il 2001, dopo l'impennata registrata in Spagna e Regno Unito a partire dalla seconda metà degli anni novanta, il dato relativo alla prevalenza della cocaina sembra essersi stabilizzato. Altrove non si registrano drastici aumenti del consumo di cocaina, a parte le modeste crescite riferite in qualche paese. In generale, la situazione in Europa per quanto riguarda la cocaina rimane molto eterogenea e il consumo massiccio di tale droga è ristretto a una manciata di paesi, soprattutto dell'Europa occidentale.

Sarebbe comunque un errore concludere che a questi segni di stabilizzazione del consumo di cocaina si affianca una stabilizzazione dell'entità dei problemi attribuiti al consumo di questa sostanza. In Europa, il consumo di cocaina è a livelli storicamente alti, e gli esperti suggeriscono che è normale che l'aumento dei problemi correlati al consumo di una sostanza stupefacente si verifichi soltanto a distanza di tempo rispetto all'aumento della prevalenza. Questo perché è necessario del tempo perché i modelli di consumo intensivo e regolare di droga attecchiscano e i problemi correlati traspaiano. È questo quanto può iniziare ad accadere in quei paesi europei in cui il consumo di cocaina appare oggi consolidato. Sia Paesi Bassi che Spagna riferiscono che almeno una domanda di trattamento su quattro è legata al consumo di cocaina; in generale, il numero delle nuove domande di trattamento per tossicodipendenza da cocaina

La droga sempre meno costosa in Europa

In questa relazione viene inclusa per la prima volta un'analisi quinquennale dei prezzi al dettaglio, corretti dell'inflazione, delle droghe illecite, per consentire una valutazione più accurata della parabola temporale dei prezzi degli stupefacenti. È difficile sia raccogliere sia interpretare i dati sui prezzi al dettaglio. La purezza, la quantità e la varietà della sostanza acquistata sono tutti fattori che influenzano il prezzo, al pari dei fattori geografici (per esempio, il fatto di vivere in una grande città o su una rotta di transito regolare della droga). I prezzi degli stupefacenti variano considerevolmente da paese a paese e sono soggetti a oscillazioni nel tempo che riflettono le interruzioni nella fornitura. Nonostante queste possibili distorsioni dei dati,

Andamento dei prezzi al dettaglio delle droghe in Europa, 1999-2004



le informazioni disponibili sulla maggior parte delle sostanze suggeriscono che in tutta l'Europa il prezzo di acquisto degli stupefacenti è diminuito. Nella maggior parte dei paesi, si è registrata negli ultimi cinque anni una tendenza dominante al declino del prezzo al dettaglio di cannabis, eroina, anfetamina, ecstasy e cocaina (cfr. il seguente grafico). Nonostante la spiccata carenza di dati storici sul prezzo al dettaglio e la difficoltà legata alla loro interpretazione, risulta preoccupante il fatto che questa tendenza recente avvalorì l'ipotesi che i prezzi sarebbero diminuiti sul lungo periodo. Per esempio, le informazioni provenienti da alcuni paesi a prevalenza elevata suggeriscono che ecstasy e cocaina erano molto più costose tra la fine degli anni ottanta e l'inizio degli anni novanta rispetto a oggi.

NB: Le tendenze si riferiscono alle informazioni disponibili sui prezzi al dettaglio a livello nazionale di ciascuna droga negli Stati membri dell'Unione europea e in Norvegia, ponderati per numero di abitanti per paese, in modo da ottenere un andamento europeo generale. I prezzi sono stati corretti dei tassi di inflazione nazionali (anno di riferimento: 1999) e tutte le serie indicizzate su una base di 100 nel 1999. Molti paesi non sono in grado di fornire questo genere di informazioni, che sono difficili da reperire e spesso inaffidabili e incomplete. I paesi per i quali non erano disponibili informazioni sui prezzi degli stupefacenti per due o più anni consecutivi sono stati esclusi dal calcolo sull'andamento del prezzo di quella determinata sostanza: l'andamento per l'eroina brown si basa su 9 paesi, quello per l'anfetamina su 9 paesi, quello per la cocaina su 13, quello per l'ecstasy su 13, quello per le foglie di cannabis su 13 e quello per la resina di cannabis su 14. Inoltre, se mancavano i dati per il 2004 (in 11 casi) sono stati utilizzati i prezzi del 2003; in assenza di dati per il 1999 (1 caso) sono stati invece utilizzati i prezzi del 2000; i dati mancanti in altri anni (12 casi) sono stati interpolati dagli anni vicini. Per maggiori informazioni sui prezzi del 2004, si rimanda alle tabelle PPP-1, PPP-2, PPP-3 e PPP-4 nel bollettino statistico.

Fonti: Dati sui prezzi: punti focali nazionali Reitox.
Dati su inflazione e popolazione: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

in Europa è quasi raddoppiato tra il 1999 e il 2004. Sebbene il consumo di cocaina crack rimanga molto limitato in Europa, le segnalazioni di problemi provenienti da alcune città fanno pensare che la situazione potrebbe peggiorare.

La cocaina è spesso riscontrata nelle analisi tossicologiche effettuate nei casi di decesso attribuiti al consumo di oppiacei. In alcuni paesi, inoltre, il consumo concomitante di cocaina è ormai un problema ben noto agli operatori che si occupano di problemi legati alla tossicodipendenza da eroina. Nonostante la scarsità dei dati disponibili, nelle relazioni nazionali del 2005 sono stati più di 400 i decessi individuati come correlati in un rapporto di causa-effetto al consumo di cocaina; i decessi legati al consumo di tale sostanza sembrano essere in aumento in tutti i paesi a elevata prevalenza. Questa cifra è sicuramente una sottostima e il contributo del consumo di cocaina al decesso, in conseguenza dei problemi cardiovascolari prodotti, continua a rimanere sconosciuto. Il messaggio è chiaro: se l'Europa vuole evitare un aumento dei costi della sanità pubblica derivanti dal consumo di questo stupefacente, qualsiasi segno di stabilizzazione del consumo generale di cocaina non deve indurre a sottovalutare la necessità

sia di una migliore individuazione e comprensione dei problemi legati al consumo di cocaina, sia di investire nell'elaborazione di risposte efficaci.

La risposta alla crescente complessità del problema europeo della droga

Uno dei leitmotiv di questa relazione è la necessità crescente di formulare risposte che siano adatte alla natura complessa e sfaccettata dell'odierno fenomeno della droga. Se si valuta la possibilità di intraprendere attività di prevenzione, terapia o riduzione dei danni, nasce l'esigenza di comprendere meglio cosa costituisca una buona prassi e un'azione basata sull'evidenza. Su un totale di circa 380 000 domande di trattamento riferite nel 2004, la cannabis figura come il motivo primario alla base della domanda di trattamento nel 15 % circa di tutti i casi e si colloca quindi al secondo posto tra le droghe segnalate più di frequente, subito dopo l'eroina. I servizi terapeutici devono far fronte inoltre a un numero più elevato di problemi connessi al consumo di stimolanti e alla poliassunzione, tra cui il frequente sovrapporsi di problemi di droga e di alcol. A livello di popolazione, tuttavia, non

si conoscono a sufficienza le implicazioni di un consumo regolare e persistente di questo tipo di stupefacenti sulla salute pubblica, così come non si conoscono i probabili bisogni di cura di queste persone. Gli elementi disponibili in Europa e sui quali elaborare una risposta al fenomeno della droga sono molto più numerosi nel caso del consumo illecito di oppiacei, e vengono utilizzati per l'individuazione e una destinazione più adeguata dei servizi. Il crescente consenso che si sta diffondendo per orientare le politiche verso ciò che probabilmente costituisce un intervento risolutivo appropriato del problema dell'eroina è affiancato dalla necessità sempre più sentita di fare altrettanta chiarezza sulle possibili risposte ad un problema della droga più eterogeneo in Europa.

La necessità di definire e comprendere meglio il fenomeno della poliassunzione

Uno degli aspetti fondamentali è la capacità di far fronte ai problemi causati dal consumo di più sostanze psicoattive. Sempre più la poliassunzione è riconosciuta come un fattore chiave cui destinare nuovi servizi di cura e assistenza. Tuttavia, la definizione del concetto rimane elusiva; per certi aspetti, quasi tutti coloro che fanno uso di stupefacenti possono essere considerati poliassuntori. La poliassunzione pone inoltre grosse sfide ai sistemi di monitoraggio degli stupefacenti, che tendono a essere basati su misurazioni comportamentali del consumo di una sola sostanza. C'è pertanto bisogno, in primo luogo, di elaborare un quadro concettuale migliore per descrivere i diversi tipi di poliassunzione, in modo da comprendere le implicazioni di tale comportamento. La relazione di quest'anno dedica spazio alla presentazione degli aspetti analitici di cui l'Europa deve tener conto per raccogliere la sfida di comprendere le esigenze di un numero crescente di soggetti i cui problemi sono riconducibili al consumo di una serie di droghe, più che alla dipendenza da una singola sostanza.

Ritorno al futuro: prevedere minacce e sfide

Nella relazione di quest'anno, come sempre, si è cercato di individuare le tendenze emergenti per poter prevedere i problemi futuri. Tale analisi quindi è, per definizione, speculativa e deve essere condotta con cautela. Una droga che chiaramente è associata a problemi gravi per la salute pubblica è la metanfetamina. Se a livello mondiale i problemi legati al consumo di tale sostanza continuano a crescere, in Europa questa droga rimane

circoscritta a pochi paesi che da tempo sono afflitti da questo problema. Sebbene le informazioni disponibili non consentano di trarre alcuna conclusione certa su queste tendenze, è più alto il numero di paesi che riferiscono sequestri o un consumo di questo stupefacente; da qui la necessità indiscussa di svolgere un monitoraggio intensivo dei gruppi della popolazione considerati più a rischio.

Nel 2006 l'OEDT ha pubblicato un documento tecnico sui funghi allucinogeni, un altro tra gli argomenti di cui è riportata una sintesi nella relazione annuale. La disponibilità e il consumo di funghi allucinogeni sembrano essere aumentati dalla fine degli anni novanta, passando in larga misura inosservati. Il consumo di questa sostanza sembra perlopiù di tipo sperimentale ed è raro che vengano segnalati problemi. Tuttavia, una crescente informazione nel mondo politico sulla disponibilità dei funghi allucinogeni ha portato all'introduzione di alcune azioni volte ad aumentare le misure di controllo.

Psilocibina e psilocina, due delle sostanze psicoattive presenti nei funghi allucinogeni, vengono controllate da una convenzione internazionale. Tuttavia, il fatto che i funghi crescano spontaneamente in molti paesi pone il legislatore di fronte a un problema complesso, al punto che in Europa la questione è regolamentata in maniera diversa da paese a paese. In generale, una nuova decisione del Consiglio (2005/387/GAI) relativa allo scambio di informazioni, alla valutazione dei rischi e al controllo delle nuove sostanze psicoattive giunge a sostegno della necessità di vigilare sulle sostanze emergenti che possono mettere a repentaglio la salute pubblica e, di conseguenza, devono essere soggette a controlli. Un esempio dell'importanza di introdurre un sistema di allarme rapido in questo settore è rappresentato dalla veloce diffusione della mCPP (1-3-clorofenil piperazina) nel 2005. La comparsa di questa nuova sostanza fa capire che i soggetti coinvolti nella produzione di droghe illecite sono costantemente alla ricerca di nuove sostanze chimiche da introdurre sul mercato, in questo caso probabilmente per potenziare o modificare gli effetti dell'MDMA (ecstasy). Di fronte a queste innovazioni è necessario saper reagire, poiché non è noto quali gravi problemi di salute possano causare queste nuove sostanze. Il sistema di allarme rapido messo in atto dalla decisione del Consiglio rappresenta pertanto un meccanismo importante per intervenire in un processo che vede la salute dei giovani europei messa a repentaglio da chi ricerca un profitto eludendo gli attuali meccanismi di controllo sugli stupefacenti.

Capitolo 1

Misure politiche e legislative

Strategie nazionali in materia di droga

Nel periodo oggetto della relazione cinque paesi dell'Unione europea hanno adottato piani d'azione e strategie nazionali in materia di droga (tabella 1). La Lettonia ha adottato per la prima volta una strategia nazionale antidroga, riferita al periodo 2005-2008, mentre nuove strategie nazionali e nuovi piani d'azione sono stati introdotti da Repubblica ceca, Spagna, Lussemburgo e Romania.

Inoltre, la Finlandia ha appositamente adottato una strategia in materia di droga per l'amministrazione delle carceri (2005-2006), mentre nel Regno Unito le convenzioni di servizio pubblico (PSA) fissano nuovi obiettivi e traguardi nel settore delle politiche in materia di droga, allo scopo di ridurre i danni che il consumo di sostanze illecite arreca ai singoli individui, alle loro famiglie e alla comunità in generale.

Durante il periodo considerato in questa relazione, strategie nazionali antidroga erano in preparazione in Italia, Austria, Polonia, Portogallo, Svezia e Norvegia (tabella 2).

Alcuni paesi che avevano attuato strategie nazionali e piani d'azione antidroga qualche tempo fa (dal 1998) stanno riformulando tali strategie o piani per dare maggior spazio alla definizione di obiettivi più chiari e fattibili. Per esempio, il Lussemburgo riferisce che il suo nuovo piano d'azione per il periodo 2005-2009 è più semplice, meglio strutturato e più orientato ai risultati, avendo fissato obiettivi per le

Tabella 1: paesi che hanno adottato nuove strategie in materia di droga nel 2005

Stato	Documento	Periodo
Repubblica ceca	Strategia nazionale in materia di droga	2005-2009
	Piano d'azione	2005-2006
Spagna	Piano d'azione	2005-2008
Lettonia	Strategia nazionale in materia di droga	2005-2008
Lussemburgo	Strategia nazionale e piano d'azione in materia di droga	2005-2009
Romania	Strategia nazionale in materia di droga	2005-2012

Tabella 2: paesi con strategie in materia di droga in preparazione nel 2005

Stato	Documento	Periodo
Italia	Piano d'azione	2004-2008
Austria	Strategia nazionale	
Portogallo	Piano strategico nazionale e piano d'azione	2005-2008
Svezia	Piano d'azione	
Norvegia	Piano d'azione	

azioni previste, individuato responsabilità e specificato bilanci, previsto gli esiti e le scadenze per risultati e valutazione. In Belgio le autorità sanitarie della comunità francese e della regione vallona hanno nominato un gruppo di esperti con l'incarico di elaborare «un piano concertato di prevenzione, aiuto e assistenza ai tossicodipendenti». Il gruppo ha raccomandato che «i governi definiscano con maggior trasparenza le priorità e gli obiettivi», che «siano definiti con chiarezza i principi fondamentali di una politica comune in materia di droga» e che «sia decisa una tempistica di attuazione delle strategie selezionate». Il piano d'azione per il periodo 2005-2006 nella Repubblica ceca ha un orientamento analogo: specifica cioè una serie di obiettivi concreti e le attività necessarie per metterli in pratica, definisce le responsabilità dei singoli ministri e, per ogni settore, indica i termini e gli indicatori di successo.

Valutazione delle strategie nazionali in materia di droga

Molti paesi europei rinnovano automaticamente le proprie strategie antidroga, mettendo in moto un processo ciclico in cui i risultati della precedente strategia, o la valutazione di quest'ultima, forniscono elementi utili su cui fondare la nuova strategia (OEDT, 2004a).

Nel 2005 questo processo è stato avviato in Irlanda, Lussemburgo, Ungheria e Romania. La valutazione dell'attuazione della strategia ungherese di lotta contro il fenomeno della droga è stata svolta da un istituto esterno, il Dutch Trimbo Institute: era la prima volta che una strategia nazionale antidroga veniva esaminata da

esperti stranieri. Il processo di valutazione ha preso in considerazione i risultati di medio termine della strategia e ha prodotto una serie di raccomandazioni per le future strategie, suggerendo in particolare soluzioni per rafforzare la struttura di coordinamento a livello politico. Si distinguono analogie con la valutazione, effettuata nel 2004, della strategia nazionale antidroga del Portogallo del 1999 e con il piano d'azione riferito al periodo 2001-2004: la valutazione era stata condotta esternamente dall'Istituto nazionale portoghese della pubblica amministrazione e internamente dall'Istituto per le droghe e le tossicodipendenze (IDT). Ungheria e Portogallo sono i primi due paesi europei ad aver richiesto una valutazione esterna delle proprie strategie nazionali in materia di droga.

Nel 2005 la revisione intermedia della strategia nazionale irlandese in materia di droga per il periodo 2001-2008, fondata su un processo di consultazione pubblica e sull'analisi di dati chiave raccolti a livello nazionale ed europeo, raccomandava una «ridefinizione» delle priorità per poter stare al passo con le tendenze emergenti nell'ambito del trattamento, della poliassunzione, del consumo di cocaina e nella diffusione di HIV ed epatite C, nonché il «rafforzamento» dell'applicazione e dell'attuazione di diverse azioni fondamentali nel rimanente periodo. Infine, in Romania, la strategia nazionale antidroga per il periodo 2003-2004 è stata valutata con la partecipazione di tutte le istituzioni statali competenti; i risultati della valutazione sono stati quindi utilizzati per l'elaborazione della nuova strategia nazionale per il periodo 2005-2012. In Lussemburgo l'87 % delle misure previste nel piano d'azione nazionale in materia di droga per il periodo 2000-2004 è stato messo in atto entro i termini previsti. È stato riferito che le misure non introdotte (per esempio, un programma di distribuzione dell'eroina) sono state ritardate per motivi di carattere prevalentemente politico. Le azioni che ancora devono essere realizzate sono state inserite nel nuovo piano d'azione.

Inoltre, le segnalazioni fatte negli ultimi dodici mesi fanno pensare che le strategie nazionali antidroga abbiano iniziato a produrre effetti tangibili. Se da un lato non è ancora possibile affermare con certezza che l'obiettivo generale di ridurre la domanda e l'offerta sia stato raggiunto, non vi è dubbio che le strategie nazionali antidroga hanno consentito di conseguire importanti traguardi specifici.

La valutazione della strategia portoghese in materia di droga adottata nel 1999 attribuisce a tale intervento un aumento della disponibilità dei trattamenti, un calo dei decessi correlati al consumo di stupefacenti e della prevalenza dell'infezione da HIV e, infine, un aumento delle denunce per traffico illecito di stupefacenti. Al tempo stesso, si è appurato che si è abbassata l'età in cui le persone provano le droghe per la prima volta e che si è alzato il numero di decessi riconducibili al consumo di sostanze diverse dagli oppiacei. In Spagna la valutazione della strategia nazionale (2003), pur ammettendo che l'obiettivo

di ridurre il consumo di droga non è stato raggiunto, riconosce che sono stati ottenuti buoni risultati nei settori dell'assistenza e della riduzione del danno, nonché risultati soddisfacenti in altri campi come la ricerca e l'educazione, la cooperazione internazionale e la riduzione dell'offerta. Inoltre, il ministero della Salute e degli Affari dei consumatori ha approvato un piano d'azione per il periodo 2005-2008 inteso a mobilitare risorse e a realizzare iniziative con lo scopo di far progredire e dare nuovo slancio alla strategia nazionale antidroga. In Grecia il piano d'azione nazionale per il periodo 2002-2006 ha avuto come conseguenza l'aumento del tipo di programmi di trattamento disponibili, nonché della loro capillarità sul territorio.

In Svezia il piano d'azione nazionale in materia di droga per il periodo 2002-2005 ha avuto come esito quello di accrescere la priorità del problema della droga nell'agenda politica a livello locale, regionale e nazionale. La maggior parte dei comuni in Svezia possiede ora una sorta di piano d'azione sulle droghe; inoltre, viene assegnata oggi una maggiore priorità al coordinamento e alla collaborazione tra parti interessate, con conseguenti miglioramenti visibili in questo ambito. Vi sono stati inoltre sviluppi in termini sia di tipologia di trattamento riservato ai tossicodipendenti, sia di accessibilità a questo tipo di assistenza. Nel Regno Unito una commissione di revisione, pur riconoscendo i progressi fatti nel settore assistenziale, ha suggerito che è ancora possibile migliorare le strutture per il reinserimento sociale e il recupero dei tossicodipendenti (per esempio, abitazione, assistenza sociale e altri servizi di supporto). In futuro la capacità del governo di raggiungere gli obiettivi della strategia antidroga verrà misurata sulla base dei traguardi indicati nelle PSA nonché di un indice di danno da stupefacenti (DHI), che valuterà i danni prodotti dal consumo problematico di qualsiasi tipo di sostanza illecita.

Infine, la valutazione è vista come un elemento irrinunciabile nelle strategie nazionali antidroga di recente approvazione. In Lettonia, il Consiglio per il controllo delle droghe e il coordinamento delle misure di riduzione della tossicodipendenza valuterà con cadenza annuale l'andamento del programma; in Lussemburgo verrà effettuata nel 2009 una valutazione finale esterna dei risultati.

Spesa pubblica nel campo della droga

Benché la spesa pubblica sia spesso misurata nell'arco di periodi diversi, e sebbene non esista una definizione comune di spesa pubblica nel campo della droga, le stime disponibili suggeriscono che la spesa qualificata come connessa alla droga è aumentata in alcuni paesi, tra cui Repubblica ceca, Danimarca, Lussemburgo, Austria e Polonia.

I paesi che hanno riferito una spesa pubblica per la lotta alla droga nel 2004 sono stati Repubblica ceca (11 milioni di euro), Spagna (da 302 a 325 milioni di euro), Cipro (2,8 milioni di euro), Polonia (51 milioni di euro) e Norvegia (46 milioni di euro). Due paesi hanno riferito

una spesa inserita in bilancio più di recente per risolvere la questione «droga»: Lussemburgo (6 milioni di euro nel 2005) e Regno Unito (2 miliardi di euro nel 2004-2005).

In Slovacchia si calcola che la spesa pubblica complessiva nel campo delle droghe nel 2004 abbia raggiunto i 14,5 milioni di euro, ripartiti tra misure di polizia (circa 8,4 milioni di euro) e misure di assistenza sociale e sanitaria (6,1 milioni di euro).

In Svezia si calcola che la spesa politica per la lotta alla droga nel 2002 sia stata di circa 0,9 miliardi di euro (stima minima: 0,5 miliardi di euro, stima massima: 1,2 miliardi di euro). Mettendo a confronto le stime del 2002 con i dati del 1991 si può osservare che la spesa pubblica in questo settore è aumentata in maniera sostanziale.

In Irlanda la revisione intermedia della strategia nazionale antidroga, pubblicata nel giugno 2005, riconosce che «una misura di spesa è fondamentale per calcolare l'efficacia rispetto ai costi delle diverse componenti della strategia»; a breve inizieranno le attività per calcolare la spesa di polizia. In Portogallo l'Istituto per le droghe e le tossicodipendenze (IDT) sta finanziando una ricerca per sviluppare e testare un modello utile per calcolare i costi del consumo di droga, mentre in Belgio è stato avviato alla fine del 2005 il seguito di uno studio del 2004 sulla spesa pubblica. Per quanto sporadici, questi dati interessanti mostrano che la ricerca sulla spesa nel campo della droga costituisce una questione via via più importante nell'agenda politica di alcuni Stati membri.

Evoluzione in materia di legislazione e strategie comunitarie

Piani d'azione

A livello comunitario due piani d'azione adottati nel 2005 creano, direttamente o indirettamente, un nuovo quadro di riferimento per l'evoluzione della strategia comunitaria nel settore degli stupefacenti nei prossimi anni. In primo luogo, avendo esaminato la proposta della Commissione del febbraio 2005 e avendo tenuto in considerazione la valutazione finale della strategia dell'Unione europea in materia di droga e il piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga per il periodo 2000-2004, nel giugno 2005 il Consiglio ha approvato il piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta alla droga per il periodo 2005-2008. Il nuovo piano d'azione ricalca la struttura e gli obiettivi della strategia dell'Unione europea in materia di droga 2005-2012 ed elenca circa 100 azioni specifiche che l'Unione europea e i suoi Stati membri dovranno realizzare entro la fine del 2008.

La valutazione è una componente fondamentale del nuovo piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta alla droga. Essa è concepita come un processo continuo, incrementale e partecipativo. È un processo continuo perché

la Commissione europea presenterà revisioni annuali sull'andamento, con il sostegno dell'OEDT e dell'Europol. L'esercizio di valutazione sarà inoltre incrementale perché ogni revisione annuale dell'andamento ingloberà i risultati dell'ultimo anno nel contesto dell'anno precedente. Infine, si tratterà di un processo di tipo partecipativo, che comprenderà anche una valutazione del gruppo esecutivo, il quale sarà incaricato di definire la metodologia, i risultati e il calendario provvisorio del piano d'azione. Come per la valutazione del piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga (2000-2004), il gruppo esecutivo sarà costituito da rappresentanti dei servizi competenti della Commissione, dell'OEDT e dell'Europol, nonché da rappresentanti degli Stati membri. Saranno inoltre organizzate riunioni consultive con i rappresentanti della società civile. Una volta ultimato il piano d'azione in materia di lotta contro la droga per il periodo 2005-2008, e per la prima volta a livello comunitario, verrà predisposta una valutazione d'impatto finalizzata a proporre un nuovo piano d'azione per il periodo 2009-2012, che utilizzerà questa valutazione come punto di partenza. Nel 2012 la Commissione svolgerà quindi una valutazione finale della strategia e dei piani d'azione.

Questo piano d'azione comunitario è anch'esso una componente del piano d'azione elaborato per mettere a punto il programma dell'Aja, che fissa gli obiettivi da raggiungere nel settore della libertà, della sicurezza e della giustizia nell'Unione europea nel periodo 2005-2010. Questo piano d'azione è stato presentato dalla Commissione nel maggio 2005 e approvato dal Consiglio nel giugno 2005.

Il piano d'azione comunitario per il periodo 2005-2008 riflette l'approccio equilibrato dell'Unione europea al fenomeno della droga, un approccio cioè globale di tipo pluridisciplinare, che si prefigge di affrontare il problema da più prospettive: coordinamento; riduzione della domanda; riduzione dell'offerta; cooperazione internazionale; informazione, ricerca e valutazione.

Riduzione dell'offerta di droga

L'entrata in vigore, il 18 agosto 2005, di due regolamenti comunitari adottati nel 2004 sui precursori ha dato luogo nell'UE a due importanti attività nel campo della riduzione dell'offerta di stupefacenti. I controlli sui precursori chimici rappresentano infatti un aspetto importante della strategia di riduzione dell'offerta di stupefacenti, essendo tali sostanze indispensabili per la fabbricazione delle droghe. In questo settore l'azione comunitaria si svolge lungo due linee: la prima è il regolamento recante norme per il controllo del commercio di talune sostanze utilizzate per la fabbricazione illecita di stupefacenti tra l'Unione europea e i paesi terzi; la seconda è un regolamento analogo riferito al mercato interno.

Adottato nel 1990 per allinearsi alle disposizioni sul controllo dei precursori di cui all'articolo 12 della

Convenzione del 20 dicembre 1988 delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti e di sostanze psicotrope, il primo regolamento stabilisce le misure intese a scoraggiare la diversione di talune sostanze verso la fabbricazione illecita di stupefacenti o di sostanze psicotrope ⁽¹⁾. Questo regolamento è stato sostituito nel dicembre 2004 da un nuovo regolamento con un campo di applicazione più esteso, al fine di contrastare anche la fabbricazione delle droghe sintetiche ⁽²⁾.

Una direttiva del Consiglio ⁽³⁾, pubblicata due anni dopo, nel 1992, ha completato il sistema, fornendo i relativi dispositivi nel mercato interno (la direttiva riguarda la fabbricazione e l'immissione in commercio di talune sostanze impiegate nella fabbricazione illecita di stupefacenti o di sostanze psicotrope), tra cui la creazione di misure di controllo. La direttiva è stata sostituita da un nuovo regolamento, adottato l'11 febbraio 2004 ⁽⁴⁾. Dopo l'allargamento dell'Unione europea i legislatori comunitari hanno deciso di sostituire la direttiva del 1992 con un regolamento in quanto «ogni modifica di tale direttiva e dei suoi allegati darebbe luogo a misure esecutive nazionali in 25 Stati membri». Il nuovo strumento prevede l'adozione di provvedimenti armonizzati per il controllo e il monitoraggio intracomunitario di talune sostanze frequentemente impiegate nella fabbricazione illecita di stupefacenti o di sostanze psicotrope, per impedirne la diversione verso l'attività illecita. In particolare, obbliga gli Stati membri ad adottare le misure necessarie affinché le autorità competenti possano espletare i compiti di controllo e monitoraggio. Inoltre, il 18 agosto 2005 è entrato in vigore un regolamento che stabilisce le modalità di applicazione di questi due regolamenti ⁽⁵⁾.

Tali azioni nel settore del controllo dei precursori completano un'altra parte delle importanti attività dell'Unione europea nella sfera della riduzione dell'offerta. Usufruento delle nuove opportunità messe a disposizione dall'epoca del trattato di Maastricht, l'Unione europea ha elaborato un quadro giuridico per combattere il traffico illecito di stupefacenti e per migliorare la cooperazione tra le forze di polizia. Dal 1995-1996 sono state adottate in questo ambito alcune azioni comuni; più di recente sono state inoltre introdotte una decisione quadro per armonizzare le sanzioni minime contro il traffico illecito di stupefacenti e una decisione sulle nuove sostanze psicoattive (cfr. «Azioni relative alle nuove droghe», pag. 55).

Oltre a questi strumenti giuridici è stato adottato e messo in atto un programma per la cooperazione di polizia e giudiziaria in materia penale. Agis è un programma quadro inteso ad aiutare la polizia e altre agenzie competenti, nonché le autorità giudiziarie degli Stati

membri dell'Unione europea e dei paesi candidati all'adesione, a collaborare a livello penale nella lotta contro la criminalità. Dal 2003 il programma ha contribuito a finanziare numerosi progetti. La produzione e il traffico illecito organizzati a livello internazionale e la diversione dei precursori degli stupefacenti sono menzionati tra le aree di intervento e tra le tematiche specifiche del programma di lavoro Agis per il 2006 e in un invito a presentare proposte (scaduto nel gennaio 2006).

Riciclaggio di denaro e confisca di beni

Vi sono state inoltre modifiche degli strumenti giuridici nel settore del riciclaggio di denaro e della confisca di beni. La direttiva 91/308/CEE del Consiglio relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività illecite ⁽⁶⁾, adottata nel 1991 sulla base legale relativa al mercato interno e modificata nel 2001, si prefiggeva di armonizzare la legislazione in questo campo tra gli Stati membri. Una delle ragioni che hanno portato all'adozione di questa direttiva era di evitare la possibilità che l'assenza di un'azione comunitaria contro il riciclaggio di denaro inducesse gli Stati membri a introdurre misure protezionistiche che potessero ritardare la creazione e il completamento del mercato interno. Nel giugno 2004 la Commissione ha proposto una nuova direttiva, con la stessa finalità ma estesa a coprire anche il finanziamento del terrorismo. Limitare il campo di applicazione della direttiva ai proventi del traffico illecito di stupefacenti sarebbe stato troppo restrittivo; la Commissione ha quindi proposto di allargare il raggio dei reati coperti. La nuova direttiva, adottata nell'ottobre 2005, definisce con precisione i reati gravi e include anche il riciclaggio dei proventi di tali reati, compreso il finanziamento delle attività terroristiche.

Il 24 febbraio 2005 il Consiglio ha adottato una decisione quadro relativa alla «confisca di beni, strumenti e proventi di reato». L'obiettivo della decisione è assicurare che tutti gli Stati membri dispongano di norme efficaci che disciplinino la confisca degli strumenti e dei proventi di reato punibili con una pena privante della libertà superiore a un anno. In passato esistevano in questo settore strumenti giuridici a livello comunitario, ma erano considerati inadeguati. Questa decisione quadro mira invece a garantire un'efficace cooperazione transfrontaliera in materia di confisca. I poteri di confisca sono estesi ad altri beni detenuti da una persona condannata per un reato se il reato è stato commesso nel quadro di un'organizzazione criminale e se il reato è contemplato da una delle altre decisioni quadro dell'Unione europea. Tra queste si annovera la decisione

⁽¹⁾ Regolamento (CEE) n. 3677/90 del Consiglio, del 13 dicembre 1990, GU L 357 del 20.12.1990, pag. 1.

⁽²⁾ Regolamento (CE) n. 111/2005 del Consiglio, del 22 dicembre 2004, GU L 22 del 26.1.2005, pag. 1.

⁽³⁾ Direttiva 92/109/CEE del Consiglio, del 14 dicembre 1992, GU L 370 del 19.12.1992, pag. 76.

⁽⁴⁾ Regolamento (CE) n. 273/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 febbraio 2004, GU L 47 del 18.2.2004, pag. 1.

⁽⁵⁾ Regolamento (CEE) della Commissione n. 1277/2005, del 27 luglio 2005, GU L 202 del 3.8.2005, pag. 7.

⁽⁶⁾ Direttiva 91/308/CEE del Consiglio, del 10 giugno 1991, relativa alla prevenzione dell'uso del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività illecite, GU L 166 del 28.6.1991, pagg. 77-83.

quadro 2004/757/GAI, riguardante la fissazione di norme minime relative agli elementi costitutivi dei reati e alle sanzioni applicabili in materia di traffico illecito di stupefacenti. Gli Stati membri adotteranno le misure necessarie per conformarsi a questa decisione quadro entro il 15 marzo 2007.

Sanità pubblica

La riduzione della domanda è parte integrante dell'approccio europeo bilanciato al problema della droga. Nell'ambito dell'attuazione del programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008), nel 2005 la Commissione europea ha selezionato, in vista di un finanziamento, alcuni progetti nel settore della lotta alla droga, ponendosi come obiettivo la «promozione della salute e la prevenzione delle malattie intervenendo sui fattori determinanti per la salute in tutte le politiche e attività comunitarie». Il primo progetto da finanziare in questo settore, denominato EU-Dap 2, è la valutazione dell'efficacia del programma di prevenzione nelle scuole EU-Dap, che mira a ridurre il consumo di tabacco, alcol e stupefacenti nel lungo termine. Il secondo, denominato Iatpad, è inteso a migliorare l'accesso al trattamento delle persone con problemi legati al consumo di alcol e stupefacenti. Tra gli altri progetti orizzontali si annoverano alcune azioni volte alla prevenzione della droga, che dovrebbero essere cofinanziate; tra queste vale la pena menzionare «PEER-Drive clean!», un progetto innovativo diretto ai giovani di età compresa tra i 18 e i 24 anni, il cui scopo è evitare che le persone guidino sotto l'influsso dell'alcol o della droga. I progetti sono stati ammessi ai finanziamenti comunitari e dovrebbero essere cofinanziati, a condizione che le procedure negoziali con la Commissione europea abbiano esito positivo e che venga conclusa una convenzione di sovvenzione [7].

Regolamento dell'OEDT

Finalmente, il 31 agosto 2005 la Commissione ha adottato una nuova proposta per la revisione del regolamento che istituisce l'OEDT. Il nuovo regolamento è uno strumento importante che, ridefinendo i compiti dell'OEDT, ne agevola l'operato. In particolare, consente all'OEDT di tener conto dei nuovi modelli di consumo della droga e delle tendenze emergenti della poliassunzione, compreso l'uso combinato di sostanze psicoattive lecite e illecite, di creare nuovi strumenti e mezzi per aiutare gli Stati membri e l'Unione europea a monitorare e valutare le proprie politiche e strategie in materia di droga e di collaborare con i paesi terzi, tra cui i paesi candidati all'adesione o i paesi dei Balcani occidentali. Contiene inoltre alcune modifiche che riguardano il comitato scientifico e il consiglio di amministrazione. Ai sensi dell'articolo 152 del TCE, il testo deve ora essere adottato dal Consiglio e dal Parlamento europeo in conformità con la procedura di codecisione.

Evoluzione della legislazione nazionale

Alcuni paesi hanno modificato sostanzialmente la propria legislazione nazionale in materia di droga nel periodo oggetto della relazione, in particolare per quanto riguarda i reati di detenzione e spaccio e le relative sanzioni.

In Romania una nuova normativa e un nuovo codice penale prevedono una distinzione tra reati maggiori e minori (ora i reati minori sono puniti perlopiù con lavoro in comunità e ammende giornaliere), tra consumatori e tossicodipendenti, e tra droghe a basso rischio e droghe ad alto rischio. Oggi è possibile applicare ai reati di droga l'esenzione dalle pene e posticipare l'esecuzione della pena. Il trattamento dei tossicodipendenti può avvenire nell'ambito di un programma di assistenza integrato, sotto la supervisione di un responsabile specifico. A chi mette a disposizione luoghi per il consumo di droga, tollera il consumo di droga in questi luoghi o incoraggia il consumo di droga verranno comminate pene detentive più severe. Un aumento delle pene è previsto inoltre per chi somministra illegalmente ad altri droghe ad alto rischio e per chi fornisce a un minore sostanze chimiche tossiche per uso inalatorio.

In Bulgaria è stata approvata nel giugno 2004 la nuova legge sul controllo delle sostanze stupefacenti e dei precursori. Questa legge stabilisce la funzione degli organismi statali nel controllo delle procedure regolamentari per le droghe, nell'attuazione di misure contro il consumo e lo spaccio di droga, e nella ricerca. Con un emendamento supplementare è stata cancellata l'esenzione dei tossicodipendenti dalla responsabilità penale nell'eventualità in cui vengano scoperti in possesso di una dose singola (cfr. la discussione più sotto).

In Slovacchia il nuovo codice penale ridefinisce i reati di detenzione illecita di stupefacenti per uso personale e per spaccio. A differenza del precedente reato di detenzione illecita per uso personale (inteso come detenzione di una modica quantità, non superiore a una dose), l'articolo 171 del nuovo codice penale opera un discrimine tra due tipi di reato di detenzione per uso personale, a seconda della quantità detenuta (cfr. i dettagli poco più sotto). Due nuove pene possono inoltre essere irrogate per questi reati: arresti domiciliari o servizio in comunità. La detenzione di più di 10 dosi deve essere punita ai sensi del disposto dell'articolo 172, che, a seconda delle circostanze aggravanti, prevede una pena detentiva da 4 anni all'ergastolo. Inoltre, l'età della responsabilità penale è stata abbassata da 15 a 14 anni.

In Lituania la detenzione di droga a scopo di spaccio non può essere più punita con la reclusione presso le stazioni di polizia fino a 90 giorni, bensì prevede una pena minima molto più severa, vale a dire la privazione della libertà personale, benché la pena minima sia stata ridotta da 5 a 2 anni di reclusione. La pena massima per il furto di una quantità ingente di stupefacenti o per il furto da parte di un gruppo organizzato è stata portata a 15 anni.

[7] Per maggiori informazioni si rimanda all'indirizzo http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm

In Italia, grazie alla recente modifica della normativa (febbraio 2006), le sostanze stupefacenti sono state riclassificate in due gruppi principali in luogo dei precedenti sei (tutte le sostanze che non hanno un utilizzo terapeutico sono raggruppate in un'unica categoria, eliminando quindi il concetto di droghe leggere e pesanti), è stata definita la soglia tra uso personale e traffico (spaccio), sono state riviste le sanzioni includendo gli arresti domiciliari e il servizio in comunità ed è stato favorito l'accesso a soluzioni alternative al carcere. Inoltre, tutti i consumatori di droga hanno ora il diritto di scegliere liberamente il tipo e il luogo del trattamento a cui intendono sottoporsi nonché l'istituto responsabile di certificare il loro stato di tossicodipendenti, servizi questi che non sono più forniti in via esclusiva dal settore pubblico.

Nel Regno Unito la legge sulle sostanze stupefacenti del 2005 ha modificato in maniera sostanziale la legislazione nazionale, chiarendo tra l'altro la classificazione dei funghi contenenti psilocina o psilocibina come droghe di classe A; introducendo la presunzione di volontà di spaccio, quando una certa quantità di sostanze stupefacenti illecite è rinvenuta dalle forze dell'ordine; consentendo alla polizia di effettuare un test al momento dell'arresto, anziché dell'accusa, e di richiedere a chi risulta positivo al test anti-droga di sottoporsi a un esame sul consumo di droga; imponendo ai tribunali di tener conto delle circostanze aggravanti (per esempio, spaccio di droga vicino a una scuola) quando formulano le sentenze. I tribunali possono anche imporre la detenzione preventiva fino ad un massimo di 8 giorni (in precedenza 4 giorni), per i trafficanti che ingoiano pacchetti di droga per evitare l'arresto; inoltre, un tribunale o un giudice ha oggi la facoltà di trarre conclusioni se una persona rifiuta, senza validi motivi, una perquisizione corporea o una scansione.

In generale, si osserva in Europa una tendenza a ridurre o ad annullare le pene di reclusione per i reati di detenzione per uso personale e ad aumentarle per i reati di spaccio ⁽⁸⁾.

Quantità

Durante il periodo oggetto della relazione alcuni paesi hanno legiferato sulla quantità massima di stupefacenti che è possibile detenere.

In Belgio, dopo l'abrogazione dell'articolo 16 della legge del 2003 da parte della Corte costituzionale, è stata emessa una nuova direttiva comune del ministero della Giustizia e dai procuratori generali riguardante i reati correlati alla cannabis. La direttiva stabilisce che la detenzione di una quantità modica di cannabis per uso personale (non più di 3 grammi o una piantina) da parte di un adulto comporta soltanto un rapporto di polizia, sempre che non vi siano circostanze aggravanti.

In Slovacchia, il ruolo della quantità è cruciale nel nuovo codice penale sui reati correlati all'uso di stupefacenti.

L'articolo 171 del codice definisce due tipi di reati di detenzione per uso personale: la detenzione di non più di tre dosi può essere punita con la reclusione fino a tre anni, mentre una condanna alla reclusione fino a un massimo di 5 anni può essere comminata in caso di detenzione di «quantità maggiori» (comunque non più di 10 dosi). La detenzione di quantità di stupefacenti superiori a questa viene punita ai sensi dell'articolo 172 del codice, che prevede la reclusione per 4-10 anni in assenza di aggravanti oppure la reclusione per 10-15 anni in caso di detenzione di quantità ancora superiori (con un valore di mercato oltre 10 volte l'importo di base di 8 000 Skk, pari a circa 200 euro), per 15-20 anni in caso di detenzione di stupefacenti su vasta scala (vale a dire più di 100 volte il valore di base) e per 20-25 anni fino all'ergastolo per la detenzione su larghissima scala (vale a dire più di 500 volte il valore di base).

Dal 2002 al 2005 l'istituto Max Planck in Germania ha esaminato l'articolo 31, lettera a), della legge tedesca sulle sostanze stupefacenti, che consente che, in talune circostanze, sia riconosciuta al reato di detenzione di «quantità trascurabili» di sostanze stupefacenti l'esenzione da qualsiasi sanzione. Dalla valutazione è emerso che, nella pratica, l'applicazione dell'articolo 31, lettera a), della legge varia notevolmente nei 16 Länder tedeschi, in particolare per via delle diverse interpretazioni del termine «trascurabile» (Schäfer e Paoli, 2006). Nel marzo 2005 il Land Berlino ha approvato la revisione delle sue «Linee guida sulla cannabis», in base alla quale la detenzione di una quantità di cannabis fino a 10 grammi non viene punita se vengono soddisfatti determinati criteri. A seconda dei casi, la quantità può raggiungere anche i 15 grammi.

Il ministro della Salute della Lituania ha modificato le raccomandazioni su ciò che deve essere considerato «quantità limitata, quantità ingente e quantità molto ingente» di sostanze stupefacenti e psicotrope, ridefinendo questi quantitativi. Nel Regno Unito la legge sugli stupefacenti del 2005 introduce la presunzione di volontà di spaccio quando viene rinvenuta una quantità specifica di stupefacenti controllati; detti quantitativi sono stati fissati nell'ambito di regolamenti introdotti nella primavera del 2006.

In Bulgaria la legge che modifica e integra il codice penale (nuova SG 26/04) abolisce l'articolo 354, lettera a), terzo comma, che prevedeva l'esenzione dei tossicodipendenti dalla responsabilità penale in caso di detenzione di una dose singola. Tra le ragioni di questo provvedimento si annoverano le difficoltà incontrate nel definire la quantità di una dose singola e le prove che in passato si è abusato di tale esenzione nei tribunali per favorire gli spacciatori di droga.

In Italia, per stabilire una linea di demarcazione tra uso personale e spaccio, le modifiche introdotte nel febbraio

⁽⁸⁾ Cfr. la relazione annuale 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/it/page013-it.html>). Cfr. anche il documento «Illicit drug use in the EU: legislative approaches», un documento tematico dell'OEDT (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

2006 hanno imposto nuovi quantitativi massimi di principio attivo che il soggetto può detenere senza incorrere in sanzioni penali, dopo che la dose media giornaliera era stata cancellata nel 1993. Il limite è indicato in uno specifico decreto del ministero della Salute dell'aprile 2006.

Come già è stato dimostrato da una ricerca della Banca dati giuridica europea (ELDD) ⁽⁹⁾, il ruolo della quantità nella legislazione in materia di droga è molto vario; in alcuni paesi (per esempio, in Slovacchia), le quantità che segnano il confine tra tipi diversi di reato sono definite con estremo rigore, in altri (per esempio, il Regno Unito) i quantitativi sono espressi soltanto a titolo orientativo e autorizzano la presunzione (superabile) di intento di spaccio. La quantità può anche essere un fattore di discriminare tra reati (per esempio, detenzione o spaccio) o determinare il tipo di pena comminabile per lo stesso reato. Benché nella legislazione di molti paesi si faccia un riferimento alla quantità, la quantità stessa può essere definita in vari modi (peso, valore) o addirittura non essere definita affatto. Le più recenti azioni di Italia e Bulgaria, apparentemente in contrasto tra loro, non sono che l'ennesima dimostrazione che non esiste in Europa un consenso chiaro su questo argomento.

Statistiche delle sanzioni

In alcuni paesi il monitoraggio delle sanzioni inflitte ai responsabili di reati di droga è in atto o in discussione; in alcuni casi è già stato possibile intervenire sui risultati.

In Irlanda è stata approvata la creazione di un'unità centrale per le statistiche criminali, con il compito di monitorare le statistiche relative ad arresti, procedure giudiziarie e la natura delle condanne irrogate, in conformità con la strategia nazionale in materia di droga.

La legge tedesca sulle sostanze stupefacenti autorizza il pubblico ministero, in determinate circostanze, a interrompere l'azione penale per detenzione di stupefacenti senza l'approvazione della corte. Nonostante le raccomandazioni e i documenti orientativi pubblicati al riguardo, i regolamenti in materia differiscono notevolmente tra i vari Länder. Lo studio poc'anzi menzionato che si è occupato di queste differenze, condotto dal ministero della Salute, ha esaminato le condanne comminate in oltre 1 800 casi in sei diversi Länder (Schäfer e Paoli, 2006).

In alcune province dell'Austria vi sono stati tentativi di standardizzare l'applicazione degli articoli 12 e 35, quarto comma, della legge sulle sostanze stupefacenti, che definiscono procedure semplificate per il ritiro di una denuncia alla polizia in caso di acquisto o detenzione di quantità modiche di cannabis. Altre statistiche sulle sanzioni hanno evidenziato che le rinunce alla denuncia come alternativa legale alla sanzione sono aumentate nel

2004, nonostante siano ancora aumentati sia i rapporti di polizia che le condanne, mentre è leggermente diminuito il numero di procedimenti sospesi.

In Romania le statistiche sulle condanne pronunciate dai tribunali sono state esaminate allo scopo di monitorare il successo del reinserimento sociale dei tossicodipendenti che commettono reati diversi dal consumo di stupefacenti. Nella maggior parte dei casi la pena comminata è stata la sospensione della sanzione sotto sorveglianza. Si è notato che dal 2004 i tribunali impongono più di rado un trattamento coercitivo, riducendo così in maniera efficace il coinvolgimento dei servizi di probation e quindi il loro contributo al reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

Le statistiche sulle sanzioni o sulle sanzioni evitate, consentono di tracciare un quadro estremamente più accurato dell'applicazione della strategia nazionale in materia di droga rispetto al testo di legge (cfr. OEDT, 2002a). Sebbene non tutti gli Stati membri producano statistiche esaustive sulle sanzioni, a differenza delle statistiche sugli arresti, si registra tuttavia un crescente interesse a monitorare l'applicazione delle strategie nazionali in materia, in linea con la tendenza a valutare gli strumenti politici ⁽¹⁰⁾. Il problema della raccolta e dell'analisi delle statistiche sulle condanne è stato al centro di un incontro tra esperti dell'OEDT nel 2006.

Reati correlati agli stupefacenti

L'azione 25.1 del piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga per il periodo 2005-2008 prevede l'adozione da parte del Consiglio, entro il 2007, di una definizione comune di «reati correlati agli stupefacenti», sulla base di una proposta della Commissione fondata su studi esistenti, che dovrà essere presentata dall'OEDT.

Benché non esista per il momento a livello comunitario una definizione ufficiale di «reati correlati agli stupefacenti», con questi termini si intendono solitamente i reati commessi sotto l'influsso di stupefacenti, i reati perpetrati per finanziare il consumo di droga, i reati commessi nell'ambito del funzionamento del mercato illecito degli stupefacenti e le infrazioni alla normativa in materia di droga. Nell'Unione europea sono disponibili dati routinari soltanto per quest'ultimo tipo di reato, ossia le infrazioni alla normativa sugli stupefacenti.

I dati sui primi tre tipi di reato sono rari o lacunosi nell'Unione europea. Alcuni provengono da studi locali ad hoc, da cui è difficile estrapolare informazioni, altri si riferiscono soltanto a un tipo specifico di reato.

Dati sulle «segnalazioni» ⁽¹¹⁾ di infrazioni alla normativa in materia di droga sono disponibili in tutti i paesi europei

⁽⁹⁾ Cfr. la relazione legale dell'ELDD intitolata «The role of the quantity in the prosecution of drug offences» e la tabella 1 in «Illicit drug use in the EU: legislative approaches», un documento tematico dell'OEDT (entrambi disponibili al seguente indirizzo: <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

⁽¹⁰⁾ Cfr. il documento «Politiche nazionali: valutazione delle leggi» (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/it/page021-it.html>).

⁽¹¹⁾ Il termine «segnalazioni» di reati contro le normative sugli stupefacenti è riportato tra virgolette, perché racchiude concetti diversi a seconda dei vari paesi. Per un'esatta definizione, per ogni paese, si fa riferimento alle note metodologiche sui reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti contenute nel bollettino statistico 2006.

Relazioni sul collegamento droga-criminalità

Nel 2005 sono stati effettuati negli uffici regionali di polizia, e per il secondo anno consecutivo nella Repubblica ceca, sondaggi sulla criminalità correlata agli stupefacenti. È stato calcolato che nel 2004 circa il 62 % dei reati per produzione e/o distribuzione di stupefacenti, il 25 % dei reati di frode, il 21 % dei reati implicanti l'appropriazione indebita di fondi/beni di proprietà altrui e il 20 % dei furti ordinari sono stati compiuti da consumatori di stupefacenti per finanziare il proprio consumo (relazione nazionale ceca).

Da un'indagine svolta nel 2004 tra quindicenni e sedicenni in Finlandia è emerso che il 7 % circa dei ragazzi che nell'ultimo anno avevano fatto uso di cannabis aveva finanziato questo consumo in maniera illecita: oltre la metà vendendo stupefacenti e il resto, perlopiù, rubando (Kivivuori e altri, 2005, citato nella relazione nazionale finlandese).

In Irlanda due studi condotti dalla «Garda Research Unit» nel 1996 e nel 2000-2001 in un campione di consumatori di droga noti alla polizia hanno calcolato che i consumatori di stupefacenti erano responsabili del 66 % dei delitti registrati nel 1996 e del 28 % di quelli del 2000-2001 (Keogh, 1997; Furey e Browne, 2003, citati nella relazione nazionale irlandese). L'indagine del 2000-2001 ha portato a galla un ulteriore dato sul collegamento droga-criminalità, e cioè che i consumatori di oppiacei hanno compiuto il 23 % dei furti e il 37 % dei furti con scasso.

analizzati nella presente relazione. Questi dati riflettono non solo le differenze esistenti a livello di legislazioni nazionali, bensì anche le diverse modalità di applicazione e imposizione delle leggi nonché le priorità e le risorse assegnate dalla giustizia penale a reati specifici. Inoltre, i relativi sistemi informativi variano considerevolmente da un paese all'altro, con particolare riferimento alle prassi di segnalazione e registrazione (dati registrati, quando e come). Poiché tali differenze rendono piuttosto difficile il confronto tra i paesi dell'UE ⁽¹²⁾, è più utile paragonare tra loro le tendenze anziché le cifre assolute.

Nel quinquennio compreso tra il 1999 e il 2004 il numero delle «segnalazioni» di infrazioni alla normativa sugli stupefacenti è aumentato in generale nella maggior parte dei paesi dell'UE — nello specifico, in tutti i paesi, a eccezione di Italia e Portogallo, con un aumento particolarmente marcato (pari al doppio o più) in Estonia, Lituania ⁽¹³⁾, Ungheria ⁽¹⁴⁾ e Polonia. Nel 2004 questa tendenza all'aumento delle segnalazioni è stata confermata nella maggioranza dei paesi dichiaranti ⁽¹⁵⁾, sebbene alcuni Stati — Repubblica ceca, Grecia, Lettonia, Lussemburgo, Portogallo, Slovenia (dal 2001), Slovacchia, Finlandia e Bulgaria — riferiscano un calo rispetto all'anno precedente ⁽¹⁶⁾.

Nella maggior parte degli Stati membri dell'UE la maggioranza delle segnalazioni di questi reati ⁽¹⁷⁾ riguarda l'uso di droga o la detenzione per uso personale ⁽¹⁸⁾, e nel 2004 andava dal 61 % di tutti i reati correlati agli stupefacenti in Polonia al 90 % in Austria. Nella Repubblica ceca, in Lussemburgo, nei Paesi Bassi e in Turchia la maggior parte delle segnalazioni per questo tipo di reati riguarda lo spaccio o il traffico di sostanze stupefacenti, con una percentuale compresa tra il 48 % di tutte le segnalazioni in Lussemburgo e il 93 % nella Repubblica ceca.

Nello stesso periodo il numero di reati per uso o detenzione per uso personale è aumentato in tutti i paesi per i quali si dispone di informazioni, ad eccezione di Italia, Portogallo, Slovenia, Bulgaria e Turchia, che invece hanno riferito una tendenza decrescente ⁽¹⁹⁾. È inoltre aumentata in buona parte dei paesi, nell'arco di questo quinquennio, la percentuale di questo genere di reati rispetto a tutti i reati correlati agli stupefacenti; c'è da dire, tuttavia, che il tasso di incremento è generalmente basso, eccetto che per Cipro, Polonia e Finlandia, che hanno riferito tendenze al rialzo più marcate. Tuttavia, in Lussemburgo, Portogallo, Bulgaria e Turchia la percentuale dei reati di droga connessi con l'uso o la detenzione di stupefacenti per uso personale è diminuita in generale ⁽²⁰⁾.

Nella maggior parte degli Stati membri la cannabis è la sostanza illecita più spesso menzionata ⁽²¹⁾ nell'ambito dei reati per droga ⁽²²⁾. In questi paesi i reati correlati

⁽¹²⁾ Per una discussione più completa delle questioni metodologiche, si rimanda alle note metodologiche sui reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti contenute nel bollettino statistico 2006.

⁽¹³⁾ L'aumento in Lituania è dovuto all'introduzione nel maggio 2003 del nuovo codice penale.

⁽¹⁴⁾ L'aumento in Ungheria è riconducibile perlopiù a una modifica del codice penale e della procedura penale.

⁽¹⁵⁾ Per il periodo 1999-2004 sono disponibili dati sulle «segnalazioni» in tutti i paesi (benché talvolta non per ogni anno), a eccezione di Cipro, Slovacchia, Bulgaria, Romania, Turchia e Norvegia; per il 2004, inoltre, in tutti i paesi salvo Irlanda, Regno Unito e Norvegia.

⁽¹⁶⁾ Cfr. la tabella DLO-1 e il grafico DLO-1 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁷⁾ In tutti i paesi sono disponibili dati ripartiti per tipo di reato (benché talvolta non per tutti gli anni compresi nel quinquennio 1999-2004) a eccezione di Danimarca, Estonia, Lettonia, Lituania, Ungheria, Slovacchia e Romania.

⁽¹⁸⁾ Cfr. la tabella DLO-2 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁹⁾ Cfr. la tabella DLO-4 nel bollettino statistico 2006.

⁽²⁰⁾ Cfr. la tabella DLO-5 nel bollettino statistico 2006.

⁽²¹⁾ In tutti i paesi sono disponibili dati sui reati in connessione con gli stupefacenti ripartiti per tipo di sostanza (benché talvolta non per tutti gli anni compresi nel quinquennio 1999-2004), a eccezione di Danimarca, Estonia, Lettonia, Ungheria, Finlandia, Romania e Norvegia.

⁽²²⁾ Cfr. la tabella DLO-3 nel bollettino statistico 2006.

alla cannabis rappresentavano nel 2004 una percentuale variabile tra il 34 % e l'87 % di tutti i reati per droga. Nella Repubblica ceca e in Lituania hanno prevalso i reati riguardanti le anfetamine, che in totale hanno rappresentato, rispettivamente, il 50 % e il 31 % di tutti i reati per droga; in Lussemburgo, invece, è la cocaina la sostanza maggiormente segnalata (43 % di tutti i reati per droga).

Nel 1999-2004 il numero di «segnalazioni» di reati correlati alla cannabis è aumentato in linea di massima nella maggior parte dei paesi, con una tendenza inversa registrata soltanto in Italia e Slovenia ⁽²³⁾. Sempre in questo periodo la percentuale di reati riguardanti la cannabis è cresciuta in Germania, Spagna, Francia, Lituania, Lussemburgo, Portogallo, Regno Unito e Bulgaria, rimanendo invece complessivamente stabile in Irlanda e Paesi Bassi; questa stessa percentuale è al contrario risultata in calo in Belgio, Italia, Austria, Slovenia e Svezia ⁽²⁴⁾. Benché in tutti i paesi dichiaranti (ad eccezione di Repubblica ceca e Bulgaria nonché, per qualche anno, del Belgio) la cannabis sia menzionata prevalentemente nei reati per uso/detenzione di stupefacenti rispetto a qualsiasi altro genere di reato connesso agli stupefacenti, la percentuale di reati dovuti all'uso di stupefacenti in cui è coinvolta la cannabis

è diminuita dal 1999 in alcuni paesi, vale a dire Italia, Cipro (2002-2004), Austria, Slovenia e Turchia (2002-2004), e nell'ultimo anno (2003-2004) nella maggior parte degli Stati, forse in conseguenza di un possibile allentamento delle misure punitive da parte delle forze di polizia di questi Stati nei confronti dei consumatori di cannabis ⁽²⁵⁾.

In riferimento allo stesso quinquennio, il numero di «segnalazioni» e/o la proporzione dei reati per droga riguardanti l'eroina sono scesi nella maggior parte dei paesi, salvo che in Belgio, Austria, Slovenia e Svezia, che invece hanno riferito una tendenza all'aumento del numero di «segnalazioni» relative a questa sostanza ⁽²⁶⁾ e/o della proporzione di reati interessati da questa sostanza ⁽²⁷⁾.

Completamente opposta è la tendenza che si osserva invece per i reati correlati alla cocaina: questi reati sono in aumento nella maggior parte dei paesi a partire dal 1999, in termini sia di numero di «segnalazioni» ⁽²⁸⁾ sia di proporzione rispetto all'insieme dei reati per droga ⁽²⁹⁾. La Bulgaria è il solo paese a riferire una tendenza inversa per quanto riguarda i reati per cocaina (in termini sia di numero di segnalazioni, sia di proporzione rispetto ai reati per droga in generale).

Politiche europee in materia di droga: estese oltre le droghe illecite?, nella *Relazione annuale 2006 dell'OEDT*, «Questioni specifiche»

Il campo di applicazione delle politiche in materia di droga in Europa non si limita più alle sostanze illecite, ma si sta allargando a comprendere altre sostanze che provocano dipendenza o altri tipi di comportamento. Questa evoluzione è propria sia delle politiche in materia di droga di alcuni Stati membri sia delle strategie dell'Unione europea. Sono sempre più numerosi gli studi volti a far luce sul problema della dipendenza e dei comportamenti dipendenti, indipendentemente dalle sostanze implicate. La questione specifica sull'attenzione sempre crescente riservata nelle strategie nazionali in materia di sostanze illecite o nei documenti strategici alle sostanze lecite o alla dipendenza

in sé e per sé è finalizzata a tracciare una prima panoramica su questo fenomeno emergente nell'Unione europea.

Benché le strategie in materia di stupefacenti non sempre facciano riferimento alle sostanze lecite o alle dipendenze, il documento sottolinea che i programmi di prevenzione e, in alcuni paesi, gli interventi di cura si applicano alle sostanze sia lecite che illecite, rivolgendosi in primis a bambini e ragazzi. La lenta integrazione (strategica o istituzionale) delle sostanze lecite nelle politiche e negli interventi di lotta contro le sostanze illecite sembra essere via via più frequente.

Questa questione specifica è disponibile soltanto in lingua inglese, in formato cartaceo («European drug policies: extended beyond illicit drugs?», in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) e in formato elettronico su Internet (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

⁽²³⁾ Cfr. il grafico DLO-2 nel bollettino statistico 2006.

⁽²⁴⁾ Cfr. la tabella DLO-6 nel bollettino statistico 2006.

⁽²⁵⁾ Cfr. il grafico DLO-3 nel bollettino statistico 2006.

⁽²⁶⁾ Cfr. il grafico DLO-4 nel bollettino statistico 2006.

⁽²⁷⁾ Cfr. la tabella DLO-7 nel bollettino statistico 2006; si noti che in Svezia la percentuale dei reati connessi all'eroina è calata nel periodo 1999-2003.

⁽²⁸⁾ Cfr. il grafico DLO-5 nel bollettino statistico 2006.

⁽²⁹⁾ Cfr. la tabella DLO-8 nel bollettino statistico 2006.

Capitolo 2

La risposta ai problemi della droga in Europa: panoramica

Prevenzione

Le esperienze raccolte in alcuni Stati membri suggeriscono che gli interventi di prevenzione a livello individuale sono più efficaci se supportati da misure di regolamentazione sulle droghe lecite che contribuiscano a limitare l'accesso dei giovani a queste sostanze ed a ridurre l'accettazione sociale. Di conseguenza, le strategie di prevenzione di tipo ambientale, che tengono conto del contesto normativo e culturale dell'uso di sostanze, stanno prendendo piede un po' in tutta Europa, supportate dalle prime iniziative intraprese a livello comunitario: la direttiva sulla pubblicità dei prodotti del tabacco e la convenzione quadro dell'OMS sul controllo del tabacco (cfr. la sezione sulle strategie ambientali nella questione specifica sul consumo di stupefacenti negli ambienti ricreativi).

Alle campagne mediatiche viene riconosciuto in misura crescente un ruolo di sensibilizzazione (per appoggiare, sostenere e spiegare in generale al grande pubblico le motivazioni alla base delle strategie di tipo ambientale), senza tuttavia attribuirvi la capacità di modificare i comportamenti. A questo proposito, una recente revisione della letteratura internazionale da parte di autori tedeschi (Bühler e Kröger, 2005, citati nella relazione nazionale tedesca) raccomanda l'uso di campagne informative attraverso i media come strumento di supporto e non come unico mezzo per indurre cambiamenti dei comportamenti.

Prevenzione nel settore della sanità pubblica

Se la promozione della salute, intesa come presupposto della prevenzione, mira a incoraggiare i cittadini ad avere uno stile di vita sano e a creare condizioni di vita salutari per tutti, sempre più spesso si sente parlare, in alcuni Stati membri (Italia, Paesi Bassi, Slovacchia) e in Norvegia di «prevenzione nel settore della sanità pubblica». La prevenzione in sanità pubblica implica una serie di misure preventive finalizzate a migliorare la salute delle fasce più vulnerabili della società; la prevenzione della droga è una componente di questa prevenzione. Si tratta di interventi calibrati in particolare sulle esigenze dei giovani, i cui comportamenti problematici (compreso, tra questi, il consumo di droga) sono fortemente condizionati dalla vulnerabilità (sociale e personale) e dalle condizioni di vita. Di conseguenza, poiché le strategie di prevenzione selettive e indicate intervengono a livello di rischio sul piano sociale

e personale, per forza di cose esse si intrecciano con altre politiche di sanità pubblica orientate ai giovani (strategie di salute mentale per gli adolescenti, strategie relative ai disturbi del comportamento, disturbi dell'attenzione etc.), con le politiche sociali (disponibilità di spazi ricreativi e sostegno ai giovani vulnerabili o alle famiglie svantaggiate), con le politiche in materia di istruzione (ridurre il numero di abbandoni scolastici) etc. Pertanto, la prevenzione in sanità pubblica investe l'intera gamma dei fattori di vulnerabilità che sono critici per la risoluzione dei problemi correlati all'uso della droga, coinvolgendo servizi e settori che normalmente non tratterebbero questo tipo di problemi.

Prevenzione universale nelle scuole

Le strategie di prevenzione su base programmatica stanno prendendo piede nell'ambito della prevenzione nelle scuole. La prevenzione programmatica implica la fornitura standardizzata di misure preventive, nel corso di una serie definita di sessioni, ciascuna con contenuti ben precisi, sulla base di materiali didattici dettagliati per insegnanti e studenti. Questo metodo favorisce il monitoraggio e la valutazione, da un lato, e accresce l'accuratezza, la precisione e la coerenza degli interventi, dall'altro lato, garantendo un servizio di elevata qualità. Di conseguenza, un numero maggiore di Stati membri rispetto al passato tengono monitorati gli interventi di prevenzione nelle scuole (Repubblica ceca, Grecia, Spagna, Irlanda, Italia, Cipro, Ungheria, Paesi Bassi e Regno Unito). Il primissimo studio europeo sulla prevenzione del consumo di stupefacenti (www.eudap.net) mostra risultati promettenti. Finanziato dalla Commissione europea, il progetto è stato messo in atto e sottoposto a una valutazione incrociata in sette paesi, nove centri regionali e 143 scuole, coinvolgendo complessivamente 7 000 studenti (3 500 in un gruppo sperimentale e 3 500 in un gruppo di controllo). L'EU-Dap riferisce che, rispetto al gruppo di controllo, gli studenti del gruppo sperimentale hanno il 26 % di probabilità in meno di fumare quotidianamente, il 35 % di probabilità in meno di ubriacarsi di frequente e il 23 % di probabilità in meno di fare uso di cannabis. Un approccio di ricerca analogo di tipo programmatico è il progetto Blueprint, realizzato nel Regno Unito ⁽³⁰⁾. Inoltre, viene data oggi maggiore attenzione a una più rigorosa guida tecnica e a una maggiore estensione dei progetti di prevenzione nelle scuole (per esempio, in Francia e in Irlanda).

⁽³⁰⁾ www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/

Presenza della polizia nelle scuole

Il ruolo delle forze di polizia nella prevenzione nelle scuole è controverso. In Belgio la comunità francese raccomanda che la promozione della salute e le politiche di prevenzione siano messe in atto dalle autorità scolastiche, senza il coinvolgimento della polizia nei programmi preventivi. Nel Regno Unito, inoltre, un documento strategico (Comitato per gli stupefacenti ACPO, 2002) raccomanda che le forze di polizia intervengano soltanto nelle proprie aree di competenza (sicurezza, reati, ordine pubblico), senza partecipare ad alcuna misura specifica di educazione. Sempre in merito a questa linea d'azione, il Portogallo continua a condurre un programma di controllo e di sicurezza nelle scuole con il coinvolgimento della polizia, denominato «Escola Segura» (scuola sicura). Nell'anno scolastico 2004-2005 un totale di 320 agenti di polizia sono stati messi in servizio nelle scuole, dove hanno svolto un ruolo di controllo da vicino e di dissuasione dal compimento di reati, sia di giorno che di notte. In Francia, esperti formati dai servizi di polizia allo scopo di stringere contatti con i giovani o con gli adulti visitano a richiesta le scuole o altre strutture di servizio. Tuttavia, nonostante le raccomandazioni che gli interventi educativi in materia di droga non vengano assegnati ad agenti di polizia in divisa, cosa che potrebbe in taluni casi risultare controproducente, le attività svolte da funzionari di polizia nelle scuole sono ancora un fenomeno comune in alcuni Stati membri.

Prevenzione selettiva

La strategia della prevenzione selettiva, una volta che è stata riconosciuta e sviluppata nella maggior parte degli Stati membri, viene finalizzata sempre più ai gruppi vulnerabili. Per esempio, Germania, Grecia, Lussemburgo, Austria, Finlandia e Regno Unito riferiscono di programmi mirati ai giovani delinquenti.

Alcuni paesi (per esempio, Polonia e Slovacchia) hanno cominciato a rivolgersi alle fasce vulnerabili della popolazione. In Svezia, l'aumento più lampante delle attività intraprese rispetto agli anni precedenti si è avuto nei programmi destinati ai bambini in età prescolare a rischio e nei bambini in età scolare con comportamenti esternalizzanti. Il numero di comuni che realizzano questi programmi è quasi raddoppiato. Inoltre, la Norvegia sta elaborando una strategia nazionale di intervento precoce per combattere il consumo problematico di alcol e droga, dove le azioni di prevenzione saranno indirizzate nello specifico ai gruppi a rischio. Gli approcci che escludono l'astinenza sono efficaci nel ridurre non soltanto il consumo bensì anche l'iniziazione al consumo tra quei gruppi in cui già si osserva un consumo di stupefacenti incipiente. In Polonia, quindi, esiste un programma di portata nazionale volto a modificare il comportamento nei confronti delle droghe di bambini vulnerabili o di bambini alle prime esperienze con il consumo di stupefacenti. Obiettivo specifico del programma polacco è dare un appoggio alle famiglie che sono alle

prese con questo problema. In tal senso è utile notare che il concetto di prevenzione selettiva non è incentrato sul consumo di droga e non stigmatizza il consumatore, bensì è orientato sulla vulnerabilità in senso lato.

Gli Stati membri riferiscono in misura crescente interventi destinati a gruppi etnici specifici nell'ambito delle loro politiche di prevenzione selettiva; tra questi, quattro paesi (Belgio, Germania, Italia e Lussemburgo) registrano nuovi progetti in questa sfera. In Italia la priorità di molti progetti ricade oggi sulla protezione di bambini, madri e famiglie di immigrati o di individui appartenenti alle minoranze etniche. In Lussemburgo si presta un'attenzione particolare ai giovani e alla più grande comunità di immigrati, concentrandosi sulle specificità linguistiche e socioculturali.

Prevenzione selettiva nelle scuole

I giovani a rischio di abbandonare la scuola e/o con problemi comportamentali sono sempre più i destinatari degli interventi di prevenzione selettiva dell'uso di stupefacenti; valga come esempio il caso dell'Italia, dove il 15 % circa delle azioni di prevenzione nelle scuole è orientato ai sottogruppi vulnerabili degli studenti (prevenzione selettiva e indicata). I principali sottogruppi destinatari della prevenzione selettiva nelle scuole sono gli studenti con problemi comportamentali sociali, problemi scolastici o problemi familiari, gli studenti immigrati e gli studenti appartenenti a minoranze etniche. Il rendimento scolastico e la frequenza scolastica sono infatti buoni predittori dei problemi correlati alla droga, cosicché il monitoraggio di questi indicatori consente di intervenire in maniera tempestiva e accurata.

L'abbandono scolastico è il fulcro dei programmi di prevenzione messi in atto in alcuni Stati membri. Il progetto HUP, in corso nella contea di Storstrom in Danimarca, mira ad aumentare la percentuale media di studenti che completano la scuola dal 75 % verso l'obiettivo nazionale del 95 %, rivolgendosi in particolare agli studenti vulnerabili. Iniziative analoghe sono riferite in Irlanda, Portogallo (47 progetti), Romania (un progetto) e Norvegia (opuscoli per insegnanti). Ridurre la percentuale di dispersione è l'obiettivo ufficiale della strategia nazionale irlandese, con una flessione attesa del 10 % rispetto alle cifre del 2005-2006 nelle aree della LDTF (*local drug task force*, task force locale sulle droghe). Gli studenti più a rischio sono i destinatari di programmi di prevenzione preventiva a Malta, mentre in Francia e in Slovacchia vengono forniti nelle scuole servizi di consulenza, in base alle (auto)segnalazioni pervenute.

Prevenzione in ambito familiare

Con l'aumentare del numero di ragazzi sempre più giovani che iniziano a utilizzare le droghe cresce anche l'urgenza di migliorare e intensificare la prevenzione in famiglia. Nei ragazzi in età preadolescenziale l'influsso familiare prevale su quello dei coetanei. Il ruolo della famiglia nello stabilire regole e forme di sostegno per

i bambini è quindi più importante per la prevenzione dell'impartire informazioni sulle sostanze usate.

La prevenzione in famiglia nell'UE si pone sempre più al centro dell'attenzione ed è sempre più saldamente fondata sulle esigenze delle famiglie. Alcuni Stati membri (Germania, Spagna, Irlanda, Italia e Regno Unito) riconoscono che può essere difficile per le istituzioni raggiungere le famiglie problematiche. Di conseguenza, nel Regno Unito la campagna FRANK ha elaborato un pacchetto di azioni per gruppi di intervento contro il consumo di alcol e stupefacenti e per operatori della prevenzione spiegando come fare per raggiungere le famiglie; in altri Stati membri sono stati invece avviati programmi di prevenzione selettivi destinati nello specifico alle famiglie a rischio. Questi programmi si avvalgono di alcune tecniche per attirare le famiglie a rischio (per esempio, alimenti gratuiti, incentivi finanziari, servizi di babysitting), basati perlopiù sul programma di rafforzamento delle famiglie di Kumpfer (Kumpfer e altri, 1996).

Il programma di rafforzamento delle famiglie (SFP) viene attuato in Spagna (Palma di Maiorca e Barcellona), Paesi Bassi (due città, studio di valutazione) e Svezia (due città). In Irlanda e Italia è in corso una formazione; in Italia si prevede di realizzare il programma in più città. La Norvegia sta valutando di mettere a punto l'analogo programma MST nell'ambito di uno studio controllato randomizzato. Questi programmi selettivi imperniati sulle famiglie hanno caratteristiche simili in tutti gli Stati membri dove vengono messi a punto.

Programmi per bambini trascurati e giovani provenienti da famiglie svantaggiate sono in fase di realizzazione in Polonia e in alcune province austriache. Si tratta di programmi attuati in locali di proprietà della comunità, come le sale per attività socioterapeutiche, i consultori, i luoghi d'incontro per i giovani e i centri di prevenzione.

Alcuni paesi orientano le proprie attività sempre più sui figli degli alcolizzati (Belgio, Germania, Austria). Gli altri paesi tendono a destinare gli interventi esclusivamente ai figli di tossicodipendenti.

Prevenzione a livello di comunità locali

La maggior parte dei programmi di prevenzione selettiva sono messi a punto a livello di comunità, anche per il fatto che i vari servizi sociali coinvolti sono solitamente coordinati a questo livello. Tuttavia, nei paesi dove le comunità hanno l'autorità e la volontà di introdurre regolamenti locali, la comunità rappresenta la cellula naturale per l'adozione delle strategie ambientali. La prevenzione selettiva imperniata sulla comunità è diffusa nei paesi nordici e in Belgio, Paesi Bassi, Polonia e Regno Unito, mentre si sta diffondendo in paesi che in passato si erano avvalsi più raramente di questo approccio (Francia, Italia, Ungheria, Portogallo).

Stabilendo norme comunitarie sulla disponibilità e i metodi di consumo delle droghe lecite, e ottimizzando i servizi locali,

le strategie di prevenzione ambientale locali rappresentano un buon punto di partenza per la realizzazione di efficaci programmi di prevenzione della droga.

Controllo della qualità nella prevenzione

Il controllo della qualità nella prevenzione è un aspetto via via più importante, soprattutto perché molti Stati membri hanno devoluto competenze e responsabilità di prevenzione a livello locale (Danimarca, Italia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo e Slovenia) e/o hanno delegato la responsabilità della prevenzione della droga a organizzazioni non governative (ONG) o ad associazioni semindipendenti (Belgio, Germania, Francia, Ungheria e Finlandia). Di conseguenza, alcuni Stati membri riferiscono di strategie finalizzate a fornire criteri e standard di qualità comuni nonché servizi di consulenza tecnica in materia a livello locale, per assistere le scuole o le comunità nell'elaborazione di politiche scolastiche (Belgio, Danimarca, Paesi Bassi e Regno Unito), nella preparazione di adeguati programmi di prevenzione e nella definizione di criteri di qualità minimi (Danimarca, Francia, Lituania, Ungheria, Slovacchia, Regno Unito, Romania e Norvegia).

Grecia e Austria sono all'avanguardia nella definizione di specifiche di accreditamento degli istituti di prevenzione o dei professionisti della prevenzione.

Trattamento e riduzione del danno

Il contesto legale per la raccolta di dati dell'OEDT sulle risposte alle misure di trattamento e riduzione del danno nel settore della droga è fornito da due importanti strumenti comunitari:

- la strategia dell'UE in materia di stupefacenti per il 2005-2012 e il suo primo piano d'azione per il periodo 2005-2008, che forniscono un quadro per le politiche nazionali nonché raccomandazioni dettagliate per le azioni da intraprendere negli Stati membri allo scopo di prevenire il consumo di droga e di estendere il raggio dei servizi terapeutici e di riduzione del danno e di elevarne la qualità;
- la raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 ⁽³¹⁾, che fornisce indicazioni specifiche sulle misure che gli Stati membri dovrebbero considerare di attuare per prevenire e ridurre gli effetti nocivi per la salute umana derivanti dall'uso di stupefacenti e per contribuire a conseguire un elevato livello di protezione della salute. Questa raccomandazione è stata ulteriormente rafforzata con la sua inclusione nel piano d'azione comunitario come obiettivo 14.

Per valutare il grado di attuazione della strategia è importante determinare i livelli di erogazione dei servizi e l'uso che di questi servizi viene fatto. Alla fine, tuttavia, saranno necessarie stime esatte della copertura

⁽³¹⁾ Raccomandazione n. 2003/488/CE del Consiglio.

dei servizi (dati sul numero di soggetti nel gruppo bersaglio che effettivamente viene raggiunto dagli interventi terapeutici e di riduzione del danno) per poter analizzare gli obiettivi dei piani d'azione e creare una base per la valutazione dell'impatto della strategia.

Negli otto anni previsti per l'attuazione della strategia, l'OEDT assiste la Commissione nel processo di valutazione, fornendo dati attinti dal sistema comunitario di indicatori epidemiologici e sviluppando e mettendo a punto una serie di strumenti specifici per la raccolta dei dati, in grado di fornire informazioni sull'erogazione del servizio e sul ricorso ai servizi terapeutici e di riduzione del danno. Rispetto alla buona panoramica della situazione epidemiologica effettuata dall'OEDT, grazie allo sviluppo e alla messa a punto di un monitoraggio basato su indicatori, il reporting standardizzato sulle risposte è limitato.

Terapie sostitutive per i consumatori di oppiacei

La terapia di mantenimento con metadone per i consumatori di eroina è stata usata per la prima volta in Europa da Svezia (nel 1967), Paesi Bassi e Regno Unito (1968) nonché dalla Danimarca (1970), ma per molti anni se ne è fatto un uso solamente limitato.

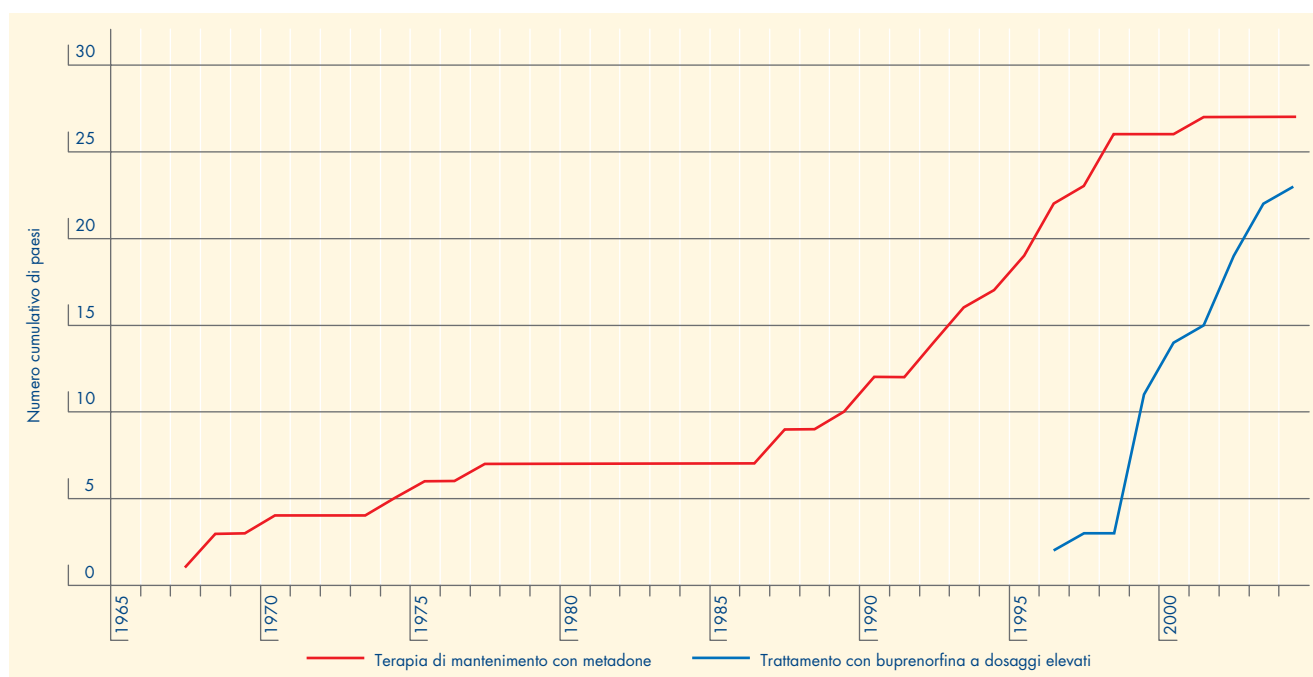
Quando è emersa la portata della diffusione dell'epidemia da HIV tra i tossicodipendenti nei paesi dell'Europa occidentale, in molti Stati gli obiettivi e gli approcci terapeutici sono passati dall'astinenza come obiettivo primario all'adozione di interventi più orientati alla riduzione dei danni associati al consumo di droga. Il

bisogno di interventi terapeutici ripetuti è stato accettato, così come sono stati riconosciuti i benefici della terapia di mantenimento con stupefacenti, per la stabilizzazione e il miglioramento della situazione sanitaria e sociale dei consumatori di oppiacei, nonché della società in generale.

Dopo la fine degli anni ottanta, la terapia di mantenimento con metadone come modalità terapeutica ha cominciato a essere introdotta con sempre più rapidità. Nel 2001 avevano introdotto questa modalità terapeutica 24 paesi dell'Unione europea, oltre che Bulgaria, Romania e Norvegia (grafico 1). Tuttavia, la scala e l'estensione del ricorso sono estremamente diverse da paese a paese (cfr. il capitolo 6).

Nel 1996 la base giuridica per l'impiego di medicinali contenenti buprenorfina nel trattamento dei consumatori di eroina è stata stabilita per la prima volta in uno Stato membro dell'UE (cfr. la questione specifica sulla buprenorfina nella relazione annuale del 2005). Adesso è disponibile ed è usata nella maggior parte degli Stati membri. Poiché la buprenorfina rientra tra le sostanze controllate ai sensi di una serie meno severa di convenzioni delle Nazioni Unite sugli stupefacenti, gli Stati hanno più possibilità per prescriberla. In alcuni paesi questa opzione terapeutica ha determinato rapidi aumenti del numero di pazienti trattati. Attualmente si studiano nuove modalità farmacoterapeutiche, oltre alla sostituzione della sostanza agonista, e l'attenzione dei ricercatori si sta rivolgendo all'elaborazione di risposte terapeutiche destinate a consumatori di cocaina e crack, che molto spesso usano o hanno usato in passato l'eroina (cfr. anche il capitolo 5).

Grafico 1: Introduzione della terapia di mantenimento con metadone e del trattamento con buprenorfina a dosaggi elevati negli Stati membri dell'Unione europea, nei paesi candidati e in Norvegia



Fonti: punti focali nazionali.

Si calcola che nell'Unione europea più di mezzo milione di consumatori di oppiacei si sono sottoposti nel 2003 a una terapia sostitutiva, pari a un terzo dei consumatori di oppiacei problematici attualmente calcolati (1,5 milioni; OEDT, 2005a). Nei nuovi Stati membri e nei paesi candidati all'adesione il numero di pazienti che ricevono una terapia sostitutiva rappresenta soltanto una frazione minima dei pazienti di tutta l'Europa; questo fatto si spiega in parte anche con i livelli bassi di consumo di oppiacei rilevati in questi paesi. Sebbene l'erogazione di servizi terapeutici sostitutivi sia complessivamente bassa in questi paesi, vi sono tuttavia segnali di una tendenza all'aumento in Estonia, Lituania e Bulgaria.

Le informazioni riportate mostrano che, in alcuni Stati, si è registrato un aumento delle terapie con metadone, ma che in otto paesi il numero di soggetti sottoposti a questo trattamento si è stabilizzato o è diminuito ⁽³²⁾. Di questi paesi, quattro (Danimarca, Spagna, Malta e Paesi Bassi) hanno un profilo di consumo di eroina di lungo termine e programmi terapeutici sostitutivi con metadone facilmente accessibili. Gli altri quattro (Lettonia, Ungheria, Polonia e Romania) riferiscono una bassa copertura geografica della terapia sostitutiva con metadone e, in talune località, l'esistenza di una lista d'attesa.

Non è facile stabilire se il numero in calo di pazienti sottoposti a terapia con metadone debba essere interpretato come una preferenza da parte di questi soggetti al trattamento con buprenorfina, se disponibile. Spesso, infatti, a livello nazionale l'estensione dei trattamenti delle tossicodipendenze erogati dai medici generici non è nota.

Offerta e tipo di trattamento delle tossicodipendenze

Un'indagine realizzata presso i punti focali nazionali (NFP) nel 2005 ha preso in esame le caratteristiche generali del trattamento fornito in Europa. Agli esperti nazionali è stato chiesto se la maggioranza dei consumatori di oppiacei veniva trattata nell'ambito di programmi di trattamento in situazione di astinenza o di programmi di trattamento medicalmente assistito, o se entrambe le modalità erano altrettanto diffuse.

I risultati mostrano una proporzione leggermente in favore del trattamento medicalmente assistito, con un uso prevalente del metadone (a eccezione di Repubblica ceca e Francia; per maggiori dettagli cfr. il capitolo 6). Emerge inoltre che in buona parte degli Stati il trattamento per tossicodipendenti viene erogato in prevalenza in regime ambulatoriale, a eccezione di Lettonia e Turchia, dove il trattamento avviene di preferenza in regime di ricovero ospedaliero. Le tradizionali modalità di trattamento psicoterapeutico (terapia psicodinamica, cognitivo-comportamentale, sistemica/familiare o la terapia Gestalt) sono le modalità più di frequente utilizzate in regime ambulatoriale in Irlanda, Lettonia, Regno Unito, Bulgaria e Turchia. Nove

paesi riferiscono l'erogazione di metodi prevalentemente «di supporto» (in cui è possibile far rientrare la consulenza, la terapia socioeducativa e ambientale, le interviste motivazionali o le tecniche di rilassamento e l'agopuntura), dieci ricorrono, per l'erogazione del servizio ambulatoriale, a una combinazione di metodi diversi.

Per quanto riguarda il regime ospedaliero, il modello Minnesota (a 12 passi) è spesso usato in Irlanda, Lituania, Ungheria e Turchia, mentre altri sei paesi applicano di preferenza modalità psicoterapeutiche, cinque ricorrono a metodi «di supporto» e 10 a una combinazione di questi diversi approcci.

Nell'ultimo decennio, e in particolare negli ultimi 5 anni, molti paesi europei hanno «aperto le porte» al trattamento, allargando la rosa dei servizi di terapia sostitutiva erogati e riducendo le limitazioni per l'accesso. Mai prima d'ora un numero così elevato di tossicodipendenti ha potuto usufruire di questo sistema di assistenza. Molti, ma non tutti, chiedono un'assistenza che va oltre il trattamento della dipendenza, e molti sembrano aver bisogno di un'assistenza a bassa soglia nonché di un sostegno concreto per il reinserimento.

Riduzione del danno

Mentre raggiungere i pazienti e mantenere contatti con loro divenivano obiettivi in se stessi, veniva anche dato riconoscimento e sostegno all'erogazione di servizi di prima assistenza e a bassa soglia, che oggi sono componenti essenziali di una risposta globale in molti Stati membri. Profili di risposta comuni si osservano in Europa nei confronti della prevenzione delle malattie infettive tra i tossicodipendenti e della riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti (cfr. anche il capitolo 7).

La riduzione di questi decessi è stata definita per la prima volta come obiettivo delle politiche europee in materia di stupefacenti sei anni fa e rimane a tutt'oggi un obiettivo del piano d'azione dell'UE in corso ⁽³³⁾. Il numero di paesi che inseriscono un riferimento diretto all'obiettivo di ridurre i decessi correlati al consumo di stupefacenti nelle proprie politiche nazionali ha continuato ad aumentare negli ultimi anni, con otto paesi che hanno adottato questo genere di strategie nel 2004 e nel 2005 (portando il numero complessivo di paesi a 15). Oltre alle politiche nazionali, molto comuni sono gli approcci complementari a livello comunale: alcune capitali europee (tra cui Atene, Berlino, Bruxelles, Lisbona e Tallinn), ma anche più ampie regioni semiurbane (per esempio, la zona orientale dell'Irlanda, intorno a Dublino) possiedono strategie proprie per ridurre i decessi riconducibili al consumo di droga. Nella Repubblica ceca, in Italia, Paesi Bassi e Regno Unito vengono riferite politiche locali o regionali, mentre in Bulgaria vengono segnalate strategie a livello locale in nove città.

⁽³²⁾ Cfr. la tabella NSP-7 nel bollettino statistico 2006.

⁽³³⁾ L'obiettivo n. 17 del piano d'azione dell'Unione europea per il 2005-2008 chiede che la riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti sia inserita come obiettivo specifico a tutti i livelli, con interventi concepiti appositamente a questo scopo.

Azioni e interventi sui consumatori di stupefacenti in carcere nei nuovi Stati membri

Questi dati si fondano su un progetto congiunto OEDT-OMS/ Europa di raccolta dei dati, risalente al 2005 ⁽¹⁾.

La realizzazione di test sulla droga nelle carceri è riferita dalla maggioranza dei nuovi Stati membri. Le differenze si rilevano, piuttosto, negli schemi usati per la conduzione dei test. I detenuti vengono sottoposti al test al momento dell'entrata in carcere soltanto in Repubblica ceca, Malta e Slovenia. Malta e Slovenia sono anche i soli paesi che riferiscono di eseguire il test sui detenuti prima che escano in permesso. In tutte le carceri di Repubblica ceca, Malta, Slovenia e Slovacchia viene inoltre eseguito un test random, così come in meno del 50 % delle carceri ungheresi.

I trattamenti in regime di astinenza predominano tra gli interventi eseguiti in carcere nei nuovi Stati membri, benché la diffusione di tali interventi sia limitata. Il trattamento in regime di astinenza associato a un sostegno di tipo psicologico è disponibile in meno del 50 % delle carceri in Repubblica ceca, Estonia, Lituania, Ungheria, Polonia e Slovacchia. Unità di trattamento in regime di astinenza sono presenti nella maggior parte dei paesi, ma soltanto Repubblica ceca e Slovenia riferiscono l'esistenza di tali strutture in oltre il 50 % delle carceri. Molto più diffusa invece è una breve disintossicazione con farmaci (in tutte le carceri in Lettonia, Ungheria, Malta, Slovenia e Slovacchia).

Il numero di prigionieri nei nuovi Stati membri che accedono al trattamento con antagonisti e alla terapia sostitutiva è solitamente basso. Se si escludono i casi di emergenza, il trattamento con

antagonisti sembra quasi inesistente e pochi paesi segnalano la disponibilità di terapie sostitutive con oppiacei per la disintossicazione acuta in carcere (Ungheria, Malta, Polonia e Slovenia). Gli interventi correlati agli stupefacenti che precedono il rilascio si configurano come servizi di consulenza e informazioni (Repubblica ceca, Lettonia, Lituania, Ungheria, Polonia, Slovenia e Slovacchia). La terapia sostitutiva come intervento precedente il rilascio è presente in tutte le carceri della Slovenia e in meno del 50 % delle carceri in Polonia.

Poche prigioni nei nuovi Stati membri riferiscono l'esistenza di misure di riduzione del danno destinate ai consumatori di stupefacenti per via parenterale. I programmi di scambio di aghi e siringhe non vengono attuati nelle prigioni dei nuovi Stati membri; soltanto Estonia, Lituania e Slovenia riferiscono di fornire ai detenuti disinfettanti per sterilizzare le siringhe. Ciò nonostante, il problema delle malattie infettive correlate al consumo di stupefacenti non viene trascurato nelle carceri. Vaccini contro l'epatite B sono disponibili in tutte le carceri in sei nuovi Stati membri (Repubblica ceca, Estonia, Ungheria, Malta, Slovenia e Slovacchia), mentre cinque paesi riferiscono la disponibilità del trattamento antivirale per i detenuti positivi all'epatite C in tutte le carceri (Repubblica ceca, Lituania, Polonia, Slovenia e Slovacchia). Tutti i nuovi Stati membri segnalano inoltre la disponibilità del trattamento antiretrovirale per i detenuti sieropositivi ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Hanno fornito dati: Repubblica ceca, Estonia, Lettonia, Lituania, Ungheria, Malta, Polonia, Slovenia e Slovacchia. Per ulteriori informazioni cfr. OEDT (2005c).

⁽²⁾ Nessun dato disponibile per Cipro.

Come nella precedente strategia e nel precedente piano d'azione in materia di stupefacenti dell'Unione europea, la prevenzione della diffusione delle malattie infettive rimane un obiettivo fondamentale nella strategia attualmente in corso, specificato come obiettivo n. 16 nel piano d'azione per il periodo 2005-2008. Ciò riflette l'importanza continua che i governi europei e la Commissione attribuiscono alle ripercussioni sulla salute del consumo di droga ⁽³⁴⁾.

La stragrande maggioranza dei paesi dell'UE e la Norvegia hanno esposto in maniera chiara il proprio approccio alla prevenzione delle malattie infettive tra i tossicodipendenti, includendo obiettivi o azioni concreti nei propri documenti di strategia nazionale in materia di stupefacenti, o hanno adottato un testo strategico separato in cui si specifica in che modo la prevenzione delle malattie infettive dev'essere condotta tra i tossicodipendenti (Spagna, Lettonia, Lussemburgo, Svezia) oppure hanno fatto entrambe le cose (Estonia, Francia, Regno Unito).

Malta e Austria stanno progettando di redigere politiche specifiche per un loro approccio in questo settore.

In Germania e Grecia misure concrete finalizzate alla prevenzione delle malattie infettive sono parte integrante della strategia nazionale in materia di stupefacenti, mentre la prevenzione delle malattie infettive non viene individuata esplicitamente come un obiettivo.

Queste strategie di prevenzione delle malattie infettive sono, nella maggior parte dei casi, molto recenti e il calendario della loro adozione coincide in alcuni paesi con la precedente strategia dell'Unione europea in materia di stupefacenti (2000-2004), nell'ambito della quale la riduzione dell'incidenza delle malattie infettive tra i tossicodipendenti era stata fissata per la prima volta come un traguardo a livello europeo.

Stando alle relazioni dei punti focali nazionali (NFP) ⁽³⁵⁾, anche gli obiettivi e i gruppi bersaglio nelle strategie

⁽³⁴⁾ In particolare, l'obiettivo n. 16 del piano d'azione per il periodo 2005-2008 fa riferimento alla prevenzione delle malattie infettive. L'obiettivo n. 14 invoca l'attuazione di una raccomandazione del Consiglio sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza, adottata nel 2003 (raccomandazione del Consiglio n. 2003/488/CE). Nel 2007 è prevista una relazione della Commissione sull'attuazione di questa raccomandazione, comprese le informazioni raccolte dai responsabili politici e dai punti focali nazionali Reitox, quale contributo alla valutazione della strategia comunitaria in materia di stupefacenti.

⁽³⁵⁾ Questa analisi è ampiamente fondata su segnalazioni nazionali pervenute attraverso un questionario strutturato (SQ 23), aggiornato con le informazioni fornite dai punti focali nazionali nelle rispettive relazioni nazionali.

nazionali mostrano un elevato grado di sinergia a livello europeo. Oltre ai consumatori di stupefacenti per via parenterale, i gruppi bersaglio comprendono i lavoratori del sesso e i carcerati. Nei nuovi Stati membri dell'Europa centrale, in particolare, ma anche in Norvegia i giovani e anche i soggetti diversi dai consumatori di stupefacenti per via parenterale sono chiaramente indicati come ulteriori gruppi bersaglio critici delle azioni di prevenzione delle malattie infettive. Le politiche danesi ed estoni allargano ancora ulteriormente i confini dei gruppi bersaglio fino a includervi i gruppi in stretto contatto con i tossicodipendenti.

In molti paesi dell'UE le strategie finalizzate a ridurre le infezioni tengono visibilmente conto del fenomeno dell'HIV/AIDS, in particolare in Estonia, Spagna, Cipro, Lettonia e Lituania. Tuttavia, in 10 paesi (37 %), le strategie di prevenzione delle infezioni menzionano in maniera esplicita la prevenzione dell'infezione da epatite C tra i tossicodipendenti ⁽³⁶⁾. Nel 2004 l'Irlanda ha lanciato un processo di consultazione, in preparazione di questa strategia, e in Germania sono state pubblicate raccomandazioni sulla prevenzione e il trattamento. In Austria il dibattito a livello sia di esperti sia di opinione pubblica è stato incentivato da una conferenza internazionale in materia organizzata a Vienna nel 2005.

Le strategie di riduzione del danno formano al giorno d'oggi una parte integrante della risposta europea al consumo di droga; inoltre, il miglioramento dell'accesso ai servizi per la prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato dalla tossicodipendenza è una delle principali priorità della strategia dell'Unione europea in materia di stupefacenti per il periodo 2005-2012. La piattaforma strategica comune sulla riduzione degli effetti nocivi sulla salute provocati dal consumo di droga messa a disposizione dalla strategia comunitaria in materia di stupefacenti si riflette in molte politiche nazionali in tutta l'UE, dove ha dato vita a un abbondante filone di risposte fondate sull'esperienza.

Nel 2004 è stato riferito un miglioramento nel monitoraggio della disponibilità di siringhe a livello europeo. Tuttavia, nella maggioranza dei paesi sono ancora scarse le informazioni a livello nazionale sull'erogazione, l'utilizzo e la copertura dell'ampia gamma degli altri servizi essenziali prestati dalle strutture a bassa soglia. Non è pertanto facile tratteggiare un quadro europeo. Nel riquadro «Le strutture a bassa soglia come importante fonte di informazioni» è descritto un progetto inteso a migliorare la situazione dei dati.

Trattamento mirato e gestione della qualità

L'attuale piano d'azione dell'UE richiede anche un sistema di alta qualità di servizi terapeutici e di riduzione del danno.

Le strutture a bassa soglia come importante fonte di informazioni

Le strutture a bassa soglia offrono un contributo importante per favorire l'accesso dei consumatori di stupefacenti ai servizi di cura. Per le popolazioni dei consumatori di stupefacenti «nascoste» o più difficilmente raggiungibili o, ancora, che hanno perso i contatti con il sistema assistenziale, queste strutture possono fornire un punto di contatto e un ambiente per l'erogazione dei servizi medici e sociali.

Benché tutte le strutture a bassa soglia dispongano di un sistema per la documentazione dei servizi resi, e sebbene le attività di monitoraggio e segnalazione possano essere intense, tali attività sono prevalentemente orientate a garantire l'affidabilità nei confronti degli organi finanziatori e meno attente alla gestione interna della qualità o alla pianificazione e alla valutazione dei servizi. Troppo spesso le preziose informazioni raccolte non escono dalla struttura. Nonostante l'importanza potenziale del monitoraggio dei modelli e delle tendenze di consumo degli stupefacenti nonché dell'accesso ai servizi, sembra che l'ambiente a bassa soglia sia ancora troppo poco sfruttato. Uno degli ostacoli principali è la scarsa standardizzazione e confrontabilità delle informazioni raccolte.

Per migliorare la qualità dei dati disponibili sull'erogazione e l'utilizzo dei servizi di riduzione del danno è importante che vi sia uno strumento di raccolta delle informazioni che sia adeguato per le strutture e, al tempo stesso, che produca risultati pertinenti per gli scopi delle attività di monitoraggio nazionali ed europee. Un'iniziativa avviata in tal senso è il progetto congiunto OEDT-Correlation, con la collaborazione di esperti provenienti dai punti focali nazionali di Francia, Irlanda, Ungheria e Norvegia. La rete Correlation (Rete europea per l'inclusione sociale e la salute, www.correlation-net.org) rappresenta organizzazioni governative e non governative di 27 paesi europei ed è finanziata nell'ambito del programma di salute pubblica della Commissione europea (DG Salute e tutela dei consumatori).

L'uso di strumenti di gestione della qualità a livello di pianificazione terapeutica e dei servizi di riduzione del danno ha consentito di programmare servizi confezionati in base alle esigenze di determinati gruppi specifici, per esempio rispettando i bisogni diversi dei pazienti a seconda del genere (cfr. anche la questione specifica sugli aspetti di genere).

Le unità o i programmi di trattamento rivolti a uno specifico gruppo bersaglio sono un fenomeno diffuso in tutto il territorio europeo. I bambini e i giovani di età inferiore ai 18 anni vengono curati in istituti specializzati in 23 paesi; il trattamento dei tossicodipendenti con

⁽³⁶⁾ Tra questi Francia e Inghilterra, che hanno elaborato entrambe strategie di prevenzione dell'epatite C ben rodute: «Plan National Hépatites Virales C et B (2002-2005)» (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites/situation.htm>) e «Hepatitis C: Action Plan for England», 2004 (<http://www.dh.gov.uk/>), rispettivamente.

comorbidità psichiatrica avviene all'interno di istituti specializzati in 18 paesi; servizi concepiti appositamente per le donne vengono riferiti in tutti gli Stati, a eccezione di Cipro, Lettonia, Lituania, Bulgaria e Turchia. I servizi pianificati per rispondere ai bisogni dei tossicodipendenti immigranti o dei gruppi con specifiche esigenze linguistiche o con una tradizione religiosa o un bagaglio culturale particolare sono meno frequenti, ma vengono comunque segnalati in Belgio, Germania, Grecia, Spagna, Lituania, Paesi Bassi, Finlandia, Svezia e Regno Unito.

Unità specializzate nel trattamento dei consumatori di cannabis o cocaina sono presenti in 13 paesi, mentre in otto paesi esistono programmi terapeutici specifici per questi gruppi, condotti in istituti per la cura delle tossicodipendenze. Ciò nonostante, la disponibilità e accessibilità di questi servizi sembrano essere scarse nella maggior parte di queste nazioni. Un programma specialistico analogo per i consumatori di anfetamine è segnalato da Spagna, Slovacchia e Regno Unito.

Ulteriori passi concreti verso una valorizzazione della qualità delle terapie e delle cure sono rappresentati da gestione individuale dei singoli casi, mediazione nell'erogazione di servizi specialistici (per esempio, il trattamento delle comorbidità) e valutazioni dei pazienti prima dell'inizio della terapia, per assegnare ai pazienti la terapia più adatta ai loro profili, allo scopo di protrarre la terapia più a lungo nel tempo e di accrescerne l'efficacia.

Nonostante la diffusione generale delle opzioni terapeutiche, la cura di alcuni gruppi specifici di tossicodipendenti, soprattutto dei soggetti con problemi di tipo cronico e di lungo termine, continua a essere una sfida per i servizi assistenziali per i tossicodipendenti. Gli interventi di prima assistenza e a bassa soglia sono approcci comuni intesi a stabilire un contatto e a coinvolgere queste popolazioni difficili da raggiungere. Più controversa è l'introduzione, in taluni paesi, di locali di consumo controllati, destinati perlopiù ai consumatori di stupefacenti per via parenterale, un servizio che tuttavia comincia a essere erogato anche ai consumatori di cocaina crack o di eroina (cfr. OEDT, 2004c). Un'altra sfera controversa di sviluppo e di sperimentazione dei servizi è quella che riguarda l'uso dell'eroina, in alcuni paesi, come agente nelle terapie sostitutive. Benché, in generale, le azioni in questo settore siano comunque estremamente limitate rispetto ad altre opzioni terapeutiche, alcuni studi hanno suggerito che la prescrizione dell'eroina può avere benefici potenziali per i pazienti nei quali la terapia di mantenimento con metadone non abbia avuto successo. Per esempio, un recente studio tedesco randomizzato controllato sulla terapia assistita con eroina (Naber e Haasen, 2006) ha prodotto risultati positivi in termini sia di benefici sulla salute sia di riduzione dell'uso di sostanze illecite. Ciò nonostante, non esiste per il momento in Europa un consenso chiaro sui costi e i vantaggi

di questo approccio, che continua quindi a rimanere oggetto di un acceso dibattito a livello politico e scientifico.

Con l'aumento della disponibilità e della qualità dei trattamenti, in alcune città europee l'attenzione dei servizi di cura si è rivolta maggiormente alla riduzione dell'impatto del consumo della droga sulla comunità. Un intervento intensivo di prima assistenza e una serie attraente di servizi a bassa soglia hanno mostrato risultati promettenti in alcuni contesti locali (cfr. «Strategie di riduzione del danno» nel capitolo 5) e potrebbero rivelarsi modelli validi ed efficaci da utilizzare più ampiamente per riallacciare i contatti con i gruppi emarginati ed eventualmente incanalarli verso il trattamento.

L'introduzione di sostanze sostitutive «più sicure» (meno suscettibili di essere deviate verso il mercato nero) aumenta le probabilità che il trattamento della tossicodipendenza diventi sempre più di competenza del medico generico. Si tratta anche di un processo di normalizzazione, che permette di curare la tossicodipendenza alla stregua di una malattia cronica come il diabete.

Alcuni paesi riferiscono che la presenza di folti gruppi di consumatori di eroina nei trattamenti sostitutivi crea una domanda corrispondente di sostegno sociale per il reinserimento, soprattutto per un'occupazione retribuita. Nelle attuali circostanze economiche, molti Stati hanno difficoltà a rispondere ai bisogni di reinserimento professionale dei consumatori di eroina più vecchi, anche nell'eventualità in cui si siano stabilizzati nell'ambito di un trattamento di mantenimento. La situazione è ulteriormente aggravata dagli elevati livelli di morbidità registrati in questa fascia della popolazione.

Reinserimento sociale

La letteratura disponibile, nonché i dati messi a disposizione dagli Stati membri, confluiscono tutti verso l'asserzione che le condizioni di vita dei tossicodipendenti sono di gran lunga più problematiche e precarie rispetto alla popolazione in generale. Pertanto, negli ultimi due piani d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga il reinserimento sociale è uno degli obiettivi principe finalizzati a migliorare le condizioni di salute e lo status sociale dei tossicodipendenti.

Il piano d'azione per il periodo 2005-2008 chiede agli Stati membri di «migliorare l'accesso ai programmi di recupero e reintegrazione sociale e la loro copertura». Benché le misure sociali rappresentino ancora una risposta meno consolidata al fenomeno della tossicodipendenza rispetto al trattamento, gli interventi che combinano trattamento e azioni sanitarie e sociali sono riconosciuti dagli operatori del settore come la migliore strategia per conseguire l'obiettivo del recupero dei tossicodipendenti.

In Europa i dati sul reinserimento sociale ⁽³⁷⁾ sono scarsi, soprattutto a causa degli ostacoli incontrati nella

⁽³⁷⁾ Per reinserimento sociale si intende «un qualsiasi intervento sociale finalizzato a inserire nella comunità gli ex o gli attuali consumatori problematici di droga». I tre «pilastri» del reinserimento sociale sono: 1) la casa; 2) l'istruzione; 3) l'occupazione (compresa la formazione professionale). Possono inoltre essere utilizzate altre misure, come la consulenza e le attività nel tempo libero.

raccolta di informazioni di tipo quantitativo al riguardo. Ne consegue che il grosso delle informazioni riportate di seguito si fonda su una valutazione qualitativa incentrata su principi politici, realizzazioni concrete e assicurazione della qualità negli Stati membri ⁽³⁸⁾.

Nel 2004-2005, in risposta al piano d'azione comunitario, 20 dei 28 paesi che hanno fornito informazioni ⁽³⁹⁾ avevano una strategia di reinserimento sociale correlata al problema della tossicodipendenza. Altri quattro paesi, pur non avendo affrontato la questione in maniera esplicita nell'ambito della propria strategia nazionale in materia di stupefacenti o di un altro documento strategico specifico, segnalano la presenza di strategie in corso a livello regionale o locale; tre paesi ne sono invece sprovvisti.

Il principale donatore si trova a livello statale/nazionale in 11 paesi, mentre in otto paesi i finanziamenti sono erogati prevalentemente a livello regionale o locale. In altri otto Stati le risorse per finanziare i progetti vengono erogate ad entrambi i livelli, senza nessuna prevalenza apparente, oppure per il tramite di piani di assicurazione sanitaria.

Negli Stati membri dell'Unione europea i consumatori problematici di droga possono accedere alle misure di assistenza sociale attraverso strutture riservate esclusivamente ai tossicodipendenti o destinate più in generale ai gruppi socialmente svantaggiati. Tra queste misure, la fornitura di

un alloggio è uno dei pilastri fondamentali. Il servizio offerto più di frequente ai consumatori problematici di droga privi di abitazione è l'accesso a «servizi generici di alloggio» (in 21 paesi), mentre 18 paesi mettono a disposizione gli alloggi soltanto ai consumatori problematici; i due sistemi vengono invece applicati in maniera combinata in 13 paesi. Permangono tuttavia alcuni dubbi sull'efficacia dell'accesso a queste strutture da parte dei consumatori problematici senza dimora. La scarsa disponibilità di strutture, la resistenza registrata a livello locale a concedere a queste persone nuove strutture, la presenza di criteri restrittivi per l'accesso e le difficoltà incontrate dai consumatori problematici di droga privi di un alloggio ad adeguarsi alle regole sono tra i problemi più di frequente riferiti.

Dare un alloggio stabile ad un consumatore problematico senza dimora è il primo passo verso la sua stabilizzazione e il suo reinserimento. In base alle stime sul numero di consumatori problematici di droga e alla proporzione dei senzatetto tra i soggetti in trattamento, sembra che in Europa il numero dei consumatori problematici senzatetto si aggiri tra i 75 600 e i 123 300. Poiché al momento sono disponibili strutture nella maggior parte dei paesi, e poiché alcuni Stati continuano a realizzare nuove strutture, l'effetto di questi interventi dipenderà dalla capacità di garantire l'accesso a questi servizi da parte dei consumatori di droga problematici privi di alloggio.

Una prospettiva di genere sul consumo di stupefacenti e risposte ai problemi dovuti agli stupefacenti, nella Relazione annuale 2006 dell'OEDT, «Questioni specifiche»

In genere, gli uomini sono molto più frequenti delle donne tra i consumatori di droga. Negli Stati membri dell'Unione europea gli uomini non sono soltanto più dediti al consumo di sostanze illecite rispetto alle donne, ma hanno anche più probabilità di avere problemi, di fare richiesta di trattamento e di morire a causa della droga.

Questa questione specifica si prefigge lo scopo di indagare il consumo di stupefacenti e i problemi a questo correlati da una prospettiva di genere. Tra le domande più importanti

vale la pena menzionare le seguenti: Quali sono le differenze nel consumo di stupefacenti da parte di uomini e donne, e il divario tra i generi si sta restringendo? Quali sono gli approcci specifici per genere elaborati dagli Stati membri ai fini di prevenzione, trattamento, reinserimento sociale e riduzione del danno? Esistono risposte specifiche per genere, altrettanto importanti per uomini e donne?

Questa questione specifica è disponibile solo in lingua inglese, in formato cartaceo («A gender perspective on drug use and responding to drug problems», in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) e in formato elettronico su Internet (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

⁽³⁸⁾ Per maggiori informazioni si rimanda all'indirizzo <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1573>.

⁽³⁹⁾ Gli Stati membri e Bulgaria, Romania, Turchia e Norvegia; nessuna informazione disponibile per l'Estonia.

Capitolo 3

Cannabis

Offerta e disponibilità

Produzione e traffico

La cannabis continua a essere la sostanza illecita di origine vegetale più diffusamente prodotta e venduta in tutto il mondo (CND, 2006).

La produzione su larga scala della resina di cannabis è concentrata in pochi paesi, soprattutto in Marocco, ma anche in Pakistan e Afghanistan. La produzione globale complessiva della resina di cannabis si aggira, secondo le stime, intorno alle 7 400 tonnellate annue (CND, 2006). La maggior parte della resina di cannabis consumata nell'UE proviene dal Marocco; essa penetra nel continente europeo soprattutto attraverso la penisola iberica e, in misura minore, attraverso i Paesi Bassi, che rappresentano un centro di distribuzione secondario per il trasporto nei paesi dell'Unione europea. La coltivazione di cannabis in

Interpretazione dei dati sui sequestri e di altre informazioni sul mercato

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

Marocco è stata censita per la seconda volta nel 2004; i risultati dell'indagine hanno rivelato un calo del 10 % rispetto al 2003, dovuto prevalentemente all'intervento del governo. Nel 2004 l'area complessiva riservata alla coltivazione misurava 120 500 ettari nella regione del Rif, pari a una produzione potenziale di 2 760 tonnellate di resina di cannabis (UNODC e governo del Marocco, 2005).

Altri Stati menzionati nel 2003 come originari della resina di cannabis sequestrata nell'UE sono Albania, Portogallo, Senegal, Afghanistan, Pakistan e i paesi dell'Asia centrale (relazioni nazionali Reitox, 2005; OMD, 2005; INCB, 2006a).

La potenziale produzione di foglie di cannabis a livello internazionale è stata calcolata in oltre 40 000 tonnellate nel 2003 (CND, 2005) e i paesi produttori sarebbero disseminati un po' ovunque nel mondo. Si ritiene che le foglie di cannabis sequestrate nell'UE nel 2004 provenissero da vari paesi, in primis Paesi Bassi e Albania, ma anche da Angola, Sudafrica, Giamaica e Thailandia (relazioni nazionali Reitox, 2005; OMD, 2005; INCB, 2006). Inoltre, la coltivazione e la produzione (sia in serra che all'aria aperta) a livello locale dei prodotti a base di cannabis avviene nella maggior parte degli Stati membri europei.

Sequestri

Nel 2004 sono state sequestrate in tutto il mondo 1 471 tonnellate di resina di cannabis e 6 189 tonnellate di foglie di cannabis. Il quantitativo maggiore di resina di cannabis ha continuato a essere sequestrato in Europa occidentale e centrale (74 %) nonché in Asia sudoccidentale e nel Vicino e Medio Oriente (19 %), mentre i quantitativi maggiori di foglie di cannabis sono stati sequestrati in America settentrionale (54 %) e in Africa (31 %) (UNODC, 2006).

Si calcola che nel 2004 siano stati effettuati nell'Unione europea 275 000 sequestri, per un totale di 1 087 tonnellate. La maggior parte dei sequestri è stata riferita ancora una volta dalla Spagna (dove si è avuta circa la metà di tutti i sequestri, pari a circa tre quarti del volume complessivo sequestrato nell'Unione europea), seguita da Francia e Regno Unito ⁽⁴⁰⁾. Benché il numero

⁽⁴⁰⁾ L'affermazione andrebbe verificata alla luce dei dati ancora mancanti riferiti al 2004, una volta che si renderanno disponibili. I dati sul numero di sequestri di cannabis e sui quantitativi sequestrati nel 2004 non erano disponibili per Irlanda e Regno Unito; i dati riguardanti il numero di sequestri di cannabis avvenuti nel 2004 non erano disponibili per i Paesi Bassi. Per poter fare previsioni, i dati mancanti nel 2004 sono stati sostituiti con i dati del 2003. I dati sui quantitativi sequestrati nel 2004 forniti dai Paesi Bassi sono soltanto previsioni e quindi non possono essere inseriti nell'analisi dell'evoluzione fino al 2004.

di sequestri di resina nell'Unione europea sia diminuito, nel complesso, nel periodo tra il 1999 e il 2003, le tendenze riferite dai vari paesi indicano nel 2004 un aumento a livello comunitario ⁽⁴¹⁾. La quantità di resina totale intercettata nell'Unione europea mostra un continuo aumento nel periodo compreso tra il 1999 e il 2004, nonostante la diminuzione riferita nel 2004 nella maggior parte degli Stati membri (esclusa la Spagna) ⁽⁴²⁾.

Le foglie di cannabis sono le sostanze meno sequestrate nell'UE; nel 2004 sono stati calcolati 130 000 sequestri, per un totale di 71 tonnellate, concentrati perlopiù nel Regno Unito ⁽⁴³⁾. Il numero dei sequestri di foglie di cannabis nell'UE è aumentato costantemente dal 1999 ⁽⁴⁴⁾, sebbene dal 2001 i quantitativi intercettati siano diminuiti nei paesi che hanno presentato relazioni ⁽⁴⁵⁾. Il quadro è comunque provvisorio, poiché devono ancora pervenire i dati del Regno Unito riferiti al 2004.

Nel 2004 i 12 800 sequestri segnalati negli Stati membri dell'UE e nei paesi candidati all'adesione hanno consentito di recuperare circa 22 milioni di piante di cannabis, pari a 9,5 tonnellate; i quantitativi più ingenti di sostanze prelevate sono stati riferiti dalla Turchia ⁽⁴⁶⁾. Il numero di sequestri di piante di cannabis è aumentato dal 1999 e, secondo quanto riferito dagli Stati membri, ha continuato a crescere nel 2004.

Prezzo e potenza

Nel 2004 il prezzo al dettaglio medio della resina di cannabis nell'Unione europea andava da 2,3 euro al grammo in Portogallo a oltre 12 euro al grammo in Norvegia, mentre il prezzo delle foglie di cannabis andava da 2,7 euro al grammo in Portogallo a 11,6 euro al grammo a Malta; la maggior parte dei paesi registrano prezzi riferiti ai prodotti della cannabis compresi tra 5 e 10 euro al grammo ⁽⁴⁷⁾.

I prezzi medi della resina di cannabis, corretti dell'inflazione ⁽⁴⁸⁾, sono scesi nel periodo 1999-2004 in tutti i paesi per i quali si dispone di informazioni ⁽⁴⁹⁾, ad

eccezione di Germania e Spagna, dove sono rimasti stabili, e Lussemburgo, dove si è registrato un leggero aumento. Nello stesso periodo sono diminuiti nella maggior parte dei paesi di cui si dispongono informazioni anche i prezzi medi, corretti dell'inflazione ⁽⁵⁰⁾, delle foglie di cannabis di tipo non specifico o importate; non si sono registrate variazioni di prezzo in Spagna e Paesi Bassi, mentre Germania, Lettonia, Lussemburgo e Portogallo riferiscono un aumento. Soltanto due Stati (Paesi Bassi e Regno Unito) hanno fornito dati sul prezzo medio delle foglie di cannabis prodotte a livello locale; in entrambi i casi il prezzo è diminuito.

La potenza dei prodotti di cannabis è determinata dal loro tenore in Δ^9 -tetraidrocannabinolo (THC), il principale principio attivo (OEDT, 2004b). Nel 2004 la resina di cannabis al dettaglio aveva un tenore medio di THC compreso tra meno dell'1 % (Bulgaria) e il 16,9 % (Paesi Bassi), mentre la potenza delle foglie di cannabis variava dallo 0,6 % (Polonia) al 12,7 % (Inghilterra e Galles) ⁽⁵¹⁾. La potenza delle foglie di cannabis prodotte a livello locale era pari nei Paesi Bassi al 17,7 % ⁽⁵²⁾.

Prevalenza e modelli di consumo della cannabis

La cannabis è la sostanza illecita usata più di frequente in Europa. Il consumo di cannabis è aumentato in quasi tutti i paesi dell'Unione europea negli anni novanta, soprattutto tra i giovani, compresi tra questi gli studenti.

Si calcola che circa 65 milioni di adulti europei, pari al 20 % circa delle persone di età compresa tra i 15 e i 64 anni, abbiano provato questa sostanza almeno una volta ⁽⁵³⁾; c'è da dire tuttavia che al momento la maggior parte di queste persone non fa uso di cannabis. Le cifre nazionali sono estremamente diverse da paese a paese, e vanno dal 2 % al 31 %, con le percentuali più basse registrate a Malta, in Bulgaria e in Romania, e quelle più alte in Danimarca (31 %), Spagna (29 %), Francia (26 %) e Regno Unito (30 %) ⁽⁵⁴⁾. Dei 25 paesi per i quali

⁽⁴¹⁾ Cfr. la tabella SZR-1 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁴²⁾ Cfr. la tabella SZR-2 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁴³⁾ Cfr. la nota 40. Non sono disponibili dati sul numero di sequestri di foglie di cannabis nel 2004 per la Polonia.

⁽⁴⁴⁾ Cfr. la tabella SZR-3 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁴⁵⁾ Cfr. la tabella SZR-4 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁴⁶⁾ Cfr. la nota 40.

⁽⁴⁷⁾ Cfr. la tabella PPP-1 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁴⁸⁾ Prendendo come anno di partenza per il valore del denaro in tutti i paesi il 1999.

⁽⁴⁹⁾ Nel periodo 1999-2004 erano disponibili dati sui prezzi della resina o sulle foglie di cannabis per almeno tre anni consecutivi in Belgio, Repubblica Ceca, Germania, Spagna, Francia, Irlanda, Lettonia, Cipro, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Slovenia, Svezia, Regno Unito, Bulgaria (soltanto le foglie), Romania, Turchia e Norvegia. Tuttavia, nella Repubblica ceca non sono state analizzate le tendenze a causa dei limiti metodologici che gravano sui dati presentati.

⁽⁵⁰⁾ Prendendo come anno di partenza per il valore del denaro in tutti i paesi il 1999.

⁽⁵¹⁾ Cfr. il grafico PPP-2 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁵²⁾ Cfr. la tabella PPP-5 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁵³⁾ La proporzione media è stata calcolata come media dei tassi di prevalenza nazionali ponderata in base alla popolazione della relativa fascia di età in ciascun paese. Le cifre complessive sono state calcolate moltiplicando la prevalenza nella popolazione interessata in ciascun paese; nei paesi per i quali non erano disponibili informazioni, i dati sono stati imputati. Le cifre riportate esprimono probabilmente un minimo, poiché ci potrebbe essere una sottosegnalazione.

⁽⁵⁴⁾ In questo testo, per ragioni pratiche, le cifre del Regno Unito si fondano sui dati raccolti dall'Indagine britannica sui reati del 2005 (riferita a Inghilterra e Galles). Esistono stime aggiuntive per Scozia e Irlanda del Nord, mentre è disponibile una stima combinata per il Regno Unito (presentata nel bollettino statistico).

Consumo di stupefacenti stimato nella popolazione

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

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

Il «consumo una tantum» è un dato di limitato valore per misurare il consumo attuale di stupefacenti tra gli adulti (nonostante possa essere considerato un indicatore ragionevole tra gli scolari), ma può favorire la comprensione dei modelli di consumo. Il «consumo nell'ultimo anno» e il «consumo nell'ultimo mese» riflettono invece con maggiore precisione la situazione attuale; in particolare, il secondo indicatore è più pesantemente ponderato sui soggetti che fanno uso di droga con una certa frequenza.

Il Progetto di indagine europea nelle scuole sul consumo di alcol e di altre droghe (ESPAD) è un'importante fonte di informazione sul consumo di sostanze stupefacenti e alcol tra gli studenti europei nonché un prezioso strumento per registrare le tendenze nel tempo. Le indagini ESPAD sono state realizzate nel 1995, 1999 e nel 2003. La prossima indagine sarà effettuata nel 2007.

L'ESPAD utilizza metodi e strumenti standardizzati tra campioni rappresentativi a livello nazionale di studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni, per favorire il confronto dei risultati. La partecipazione al progetto ESPAD cresce di volta in volta: nel 1995 i paesi europei partecipanti erano 26, nel 1999 erano 30 e nel 2003 erano 35, tra cui i 22 Stati membri dell'Unione europea e i quattro paesi candidati all'adesione (Bulgaria, Croazia, Romania e Turchia). Le domande dell'indagine si concentrano sul consumo di alcol e di sostanze illecite (con periodi di tempo standard) e sulla frequenza del consumo.

Maggiori informazioni sull'ESPAD e sulla reperibilità delle relazioni sono disponibili sul sito web dell'ESPAD (www.espad.org).

(¹) Per maggiori informazioni sulla metodologia delle indagini nella popolazione e la metodologia usata in ciascuna indagine nazionale si rimanda al bollettino statistico 2006.

sono disponibili informazioni, 13 hanno presentato tassi di prevalenza una tantum nell'ordine del 10-20 % (⁵⁵).

Il consumo riferito all'ultimo anno è chiaramente inferiore rispetto all'esperienza una tantum. Si calcola che circa 22,5 milioni di adulti europei abbiano fatto uso di cannabis nell'ultimo anno; di questi, il 7 % circa ha un'età compresa tra 15 e 64 anni. Le cifre nazionali vanno dall'1 % all'11 %, con le cifre inferiori riferite da Grecia, Malta e Bulgaria, e quelle superiori da Spagna (11,3 %), Francia (9,8 %) e Regno Unito (9,7 %) (⁵⁶).

Le stime relative alla prevalenza nell'ultimo mese sono quelle che rappresentano con maggior fedeltà il consumo regolare di questa sostanza. Si ritiene che 12 milioni di adulti europei abbiano fatto uso di cannabis negli ultimi 30 giorni, pari al 4 % degli adulti. I dati a livello nazionale sono compresi tra lo 0,5 % e il 7,5 %, con una differenza dell'ordine di 15 volte. Le cifre più basse sono riferite da Lituania, Malta, Svezia e Bulgaria, quelle più alte da Repubblica ceca (4,8 %), Spagna (7,6 %) e Regno Unito (5,6 %) (⁵⁷).

L'uso di sostanze illecite, compresa la cannabis, è diffuso prevalentemente tra i giovani. Nel 2004 una percentuale compresa tra il 3 % e il 44 % di cittadini europei nella fascia di età 15-34 anni ha ammesso di aver provato la cannabis, il 3-20 % di averne fatto uso nell'ultimo anno, l'1,5-13 % nell'ultimo mese, con le cifre più alte provenienti ancora una volta da Repubblica ceca, Spagna e Regno Unito. Le medie europee per questo gruppo di età sono il 32 % per il consumo una tantum, il 14 % per il consumo negli ultimi 12 mesi (rispetto al 2 % degli adulti di età compresa tra i 35 e i 64 anni) e il 7 % per il consumo nell'ultimo mese (rispetto all'1 % degli adulti di età compresa tra i 35 e i 64 anni) (⁵⁸).

L'uso della cannabis tra i giovani nella fascia di età 15-24 anni è ancora più alto, con una prevalenza una tantum compresa tra il 3 % e il 44 % (la maggior parte dei paesi riferiscono cifre nell'ordine del 20-40 %), un consumo nell'ultimo anno tra il 4 % e il 28 % (10-25 % nella maggioranza dei paesi) (grafico 2) e un consumo nell'ultimo mese compreso tra l'1 % e il 15 % (5-12 % nella maggior parte dei paesi); le percentuali più alte si registrano tra i giovani di sesso maschile. Nei nuovi Stati membri i livelli di consumo di cannabis tra i giovani adulti nella fascia di età 15-24 anni riflettono le stesse percentuali riferite dagli Stati membri dell'Europa a 15, mentre nelle fasce di età più alte la percentuale di consumo precipita drasticamente (⁵⁹).

Al contrario, dall'indagine nazionale condotta nel 2004 negli Stati Uniti sul rapporto tra consumo di droga e salute (⁶⁰) emerge che il consumo una tantum è riferito dal 40,2 % degli adulti (definiti come soggetti di almeno

(⁵⁵) Cfr. la tabella GPS-1 nel bollettino statistico 2006.

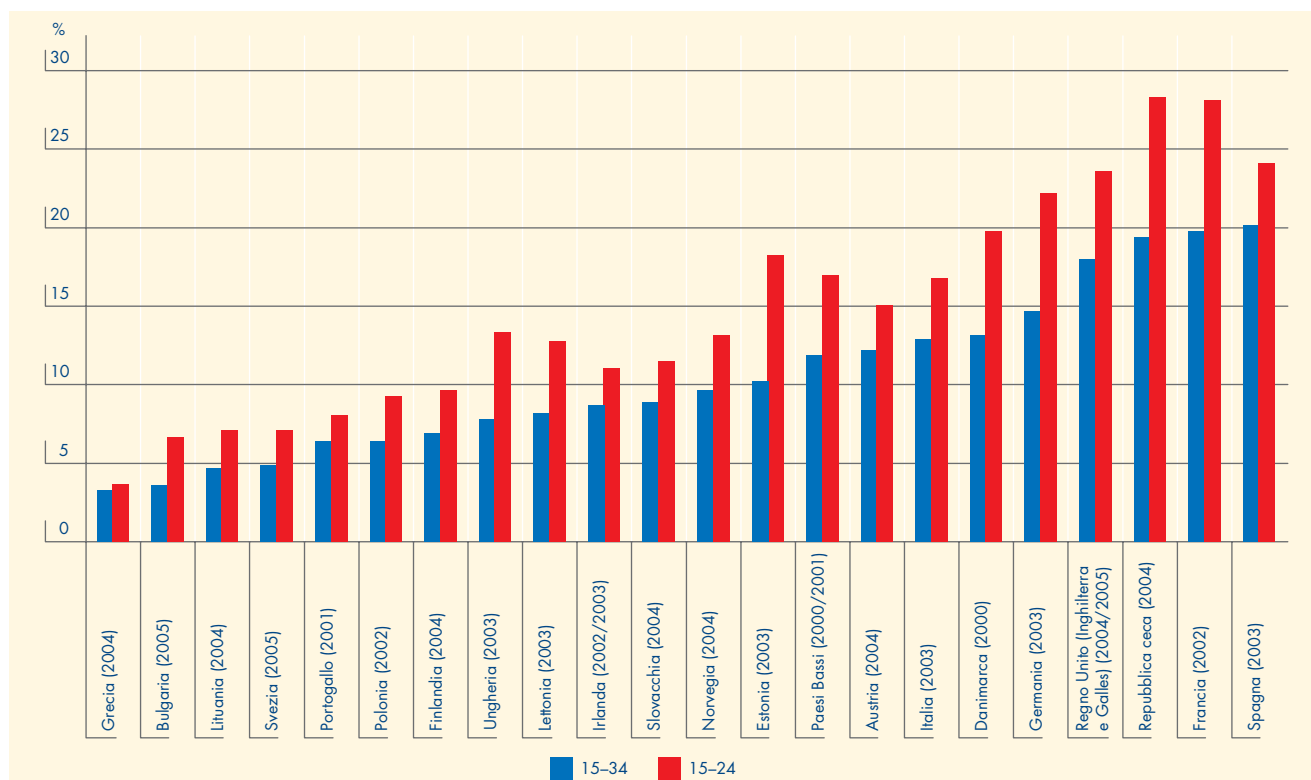
(⁵⁶) Cfr. la tabella GPS-3 nel bollettino statistico 2006.

(⁵⁷) Cfr. la tabella GPS-5 nel bollettino statistico 2006.

(⁵⁸) Cfr. le tabelle GPS-2, GPS-4 e GPS-6 nel bollettino statistico 2006.

(⁵⁹) Cfr. le tabelle GPS-14, GPS-15 e GPS-16 e i grafici GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 e GPS-26 nel bollettino statistico 2006.

(⁶⁰) Fonte: Samhsa, Ufficio studi applicati, 2004 «National Survey on Drug Use and Health» (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfor>). Va notato che la fascia d'età «tutti gli adulti» dell'indagine statunitense (12 anni e oltre) è più ampia della fascia d'età standard considerata per le indagini a livello UE (15-64 anni).

Grafico 2: Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cannabis tra i giovani adulti (15-34 anni e 15-24 anni)

NB: i dati provengono dalle più recenti indagini nazionali disponibili in ogni paese all'epoca della segnalazione. Per maggiori informazioni cfr. le tabelle GPS-8, GPS-11 e GPS-18 nel bollettino statistico 2006.

Fonti: relazioni nazionali ReitoX (2005), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

12 anni di età) rispetto alla media europea del 20 % circa. Questa percentuale è ancora più alta di quelle riferite dai paesi europei con il tasso di prevalenza una tantum più alto (31,3 % in Danimarca, 29,7 % nel Regno Unito), mentre le differenze nei dati sul consumo nell'ultimo anno sono meno marcate: il 10,6 % negli Stati Uniti rispetto alla media europea del 7 %; alcuni paesi europei segnalano cifre analoghe a quelle registrate negli Stati Uniti.

Cinque Stati membri dell'Unione europea (Belgio, Spagna, Italia, Cipro e Regno Unito) hanno presentato nuovi dati provenienti da indagini condotte nelle scuole a livello nazionale, mentre la Bulgaria riporta dati raccolti nell'ambito di indagini nelle scuole condotte in due grosse città. Nel complesso, il quadro sul consumo di cannabis tra gli studenti in Europa rimane invariato. Il dato più alto sulla prevalenza una tantum del consumo di cannabis tra gli studenti di 15-16 anni proviene da Repubblica ceca e Spagna (44 % e 41 % rispettivamente). I paesi che segnalano un tasso superiore al 25 % sono Germania, Italia, Paesi Bassi, Slovenia e Slovacchia (27-28 %) nonché Belgio, Francia, Irlanda e Regno Unito, dove la prevalenza una tantum è compresa tra il 32 % e il 40 %. Le stime più basse sulla prevalenza una tantum

(inferiore al 10 %) sono state invece registrate in Grecia, a Cipro, in Svezia, Romania, Turchia e Norvegia ⁽⁶¹⁾.

I dati sulla prevalenza tra gli studenti di 15 e 16 anni non devono essere proiettati sugli studenti più vecchi, perché un aumento anche minimo di età può dar luogo ad aumenti importanti nella prevalenza. Tra i giovani di 17 e 18 anni le stime sulla prevalenza una tantum si aggirano intorno al 50 % in Repubblica ceca, Spagna e Francia ⁽⁶²⁾. In Svezia, dove la prevalenza è bassa rispetto a molti altri Stati membri, il consumo una tantum di cannabis calcolato tra gli studenti di 17-18 anni (14 %) è più del doppio rispetto agli studenti di 15-16 (6 %) ⁽⁶³⁾.

Modelli del consumo di cannabis

Il consumo di cannabis tende a essere occasionale o ad essere interrotto dopo un certo tempo. In media, il 33 % dei cittadini europei che hanno provato la cannabis almeno una volta nella vita ne ha fatto uso anche nell'ultimo anno, mentre soltanto il 16 % l'ha consumata negli ultimi 30 giorni. Questi dati, noti come «percentuali di continuità», variano da paese a paese e sono compresi tra il 20 % e il 45 % per la continuità nell'ultimo anno e tra il 10 % e il 25 % per la continuità negli ultimi 30 giorni ⁽⁶⁴⁾.

⁽⁶¹⁾ Cfr. la tabella EYE-1 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁶²⁾ Indagine Escapad tra i giovani, compresi i ragazzi di 17-18 anni che non frequentano la scuola.

⁽⁶³⁾ Cfr. la tabella EYE-3 e il grafico EYE-1 (parte i) nel bollettino statistico 2006.

⁽⁶⁴⁾ Cfr. il grafico GPS-24 nel bollettino statistico 2006.

Benché il consumo di cannabis si concentri in buona parte tra i giovani, i dati provenienti da Spagna e Regno Unito sembrano suggerire che la gente continui a farne uso anche dopo i trenta o i quarant'anni. Ciò potrebbe rappresentare un importante cambiamento di lungo termine nei modelli di consumo della cannabis, meritevole di ulteriore considerazione.

Il consumo di cannabis, come quello di altre sostanze illecite, è nettamente superiore tra gli uomini rispetto alle donne. La differenza è più marcata se si considera la prevalenza nell'ultimo anno o nell'ultimo mese, rispetto alla prevalenza una tantum; si riduce invece tra i giovani rispetto agli adulti (cfr. la questione specifica sugli aspetti di genere). Il consumo di cannabis è anche più frequente nelle zone urbane o nelle zone più densamente popolate. Si è ipotizzato che il consumo di questa sostanza si stia diffondendo anche alle città più piccole o alle zone rurali; la Polonia ha in effetti documentato questa tendenza nella relazione nazionale per il 2005.

Nonostante le crescenti preoccupazioni sulle forme di consumo regolare o intensivo della cannabis ⁽⁶⁵⁾, le informazioni a livello europeo sono estremamente limitate.

Effetti sulla salute del consumo di cannabis

Negli ultimi anni sono cresciuti i timori sui potenziali esiti sociali e sanitari del consumo di cannabis. Benché gli elementi disponibili non consentano di comprendere perfettamente i problemi che questo comporta, è possibile trarre alcune conclusioni. È evidente, per esempio, che il consumo intensivo di cannabis è collegato a disturbi mentali, ma il problema della comorbidità si intreccia con gli aspetti di causa ed effetto. La complessità di questa interazione viene esplorata e discussa in una monografia dell'OEDT di recente pubblicazione.

Il fatto che il consumo intensivo di cannabis spesso concomiti con disturbi mentali non specificamente dipendenti dal consumo di droga ha delle implicazioni pratiche. I medici, nel definire un piano di trattamento per i consumatori di cannabis, non sempre riescono a capire se sia preferibile iniziare a curare la tossicodipendenza o il disturbo mentale. Sono ancora pochi gli studi condotti sugli effetti del trattamento del consumo problematico di cannabis e i pochi studi disponibili fanno riferimento soltanto a trattamenti psicosociali specifici. Tutte le altre modalità di trattamento non sono state analizzate o sono state studiate soltanto in maniera superficiale; pertanto, mancano le prove dell'efficacia e dell'efficienza di questi interventi.

Una stima approssimativa riportata nella relazione annuale del 2004 (OEDT, 2004a) suggerisce che l'1 % degli adulti europei, circa 3 milioni di persone, potrebbe essere un consumatore quotidiano o quasi quotidiano di cannabis. Alcuni paesi segnalano aumenti del consumo regolare o intensivo di cannabis, ma soltanto la Spagna registra dati simili sull'uso quotidiano, con un incremento nel periodo 1997-1999 (0,7-0,8 % degli adulti) e nel 2001 (1,5 %) seguito da una stabilizzazione nel 2003 (1,5 %). Sarebbe utile avere informazioni da altri paesi e in riferimento a gruppi di età specifici (per esempio, 15-24 anni). Dallo studio Escapad condotto in Francia nel 2003 è emerso che il 14 % dei giovani di 17-18 anni (9 % delle ragazze e 18 % dei ragazzi) può essere considerato a rischio di consumo problematico, sulla scorta di una scala specifica (CAST). Altri paesi stanno lavorando su scale adatte a valutare forme intensive di consumo di cannabis (Germania, Paesi Bassi, Polonia e Portogallo) e l'OEDT sta promuovendo la collaborazione in questo settore.

Tendenze nel consumo di cannabis tra gli adulti

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

In generale si ritiene che il consumo di cannabis abbia cominciato a diffondersi in alcuni paesi europei negli anni sessanta, acquistando popolarità negli anni settanta e ottanta. Le recenti indagini a livello nazionale mostrano un'esperienza una tantum significativa tra gli adulti di età compresa tra i 45 e i 54 anni in Danimarca, Germania, Spagna, Francia, Paesi Bassi, Svezia e Regno Unito, dal che si deduce che tra la fine degli anni sessanta e gli anni settanta vi sia stata un'ondata massiccia di iniziazione al consumo. Un'analisi dell'iniziazione al consumo di cannabis ha rivelato un forte dilagare dei consumi in Spagna negli anni settanta, in Germania (Germania occidentale) negli anni ottanta e in Grecia negli anni novanta ⁽⁶⁶⁾. I dati svedesi documentano un livello relativamente alto di sperimentazione negli anni settanta tra i militari di leva (15-20 %).

Le indagini a livello nazionale o locale, tra i militari di leva e nelle scuole hanno mostrato che il consumo di cannabis è aumentato nettamente nel corso degli anni novanta in quasi tutti i paesi dell'UE, particolarmente fra i giovani. Questa tendenza all'aumento è continuata fino a non molto

⁽⁶⁵⁾ Non esiste per il momento una definizione universalmente accettata di «uso intensivo della cannabis»; la definizione varia piuttosto da studio a studio. Si tratta comunque di un'espressione dal significato ampio, con cui si indica un consumo superiore a una certa soglia di frequenza. Esso non implica necessariamente l'esistenza di una «dipendenza/abuso» o di problemi di altro genere, ma si ritiene possa accrescere il rischio delle conseguenze negative, tra cui la dipendenza. In questo capitolo le cifre si riferiscono al «consumo quotidiano o quasi quotidiano» (definito come consumo esteso a 20 o più giorni degli ultimi 30 giorni). Questo punto di riferimento è stato spesso utilizzato nell'ambito degli studi e può essere derivato dal questionario europeo sui modelli di consumo. Il rischio di dipendenza tra i consumatori meno frequenti è basso.

⁽⁶⁶⁾ Cfr. il grafico 4 nella relazione annuale del 2004.

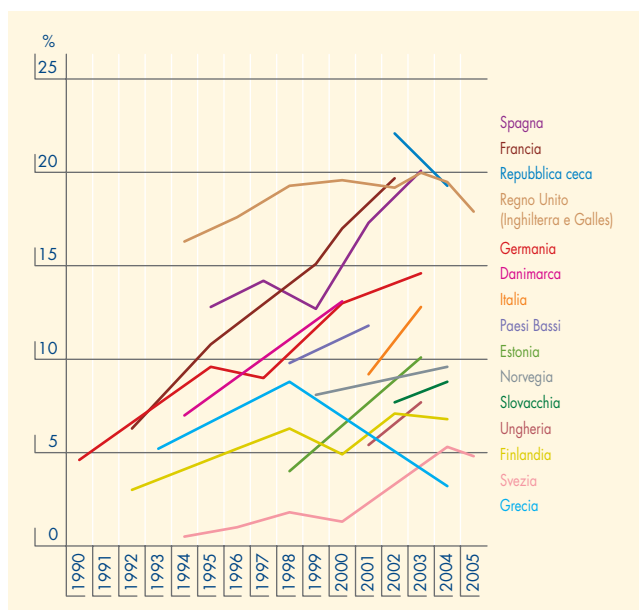
tempo fa quasi ovunque, nonostante non manchino i segnali di stabilizzazione o persino, in taluni casi, di diminuzione.

Nel Regno Unito il consumo recente di cannabis tra i giovani adulti (15-34 anni) era il più alto in Europa all'inizio degli anni novanta, ma ha fatto registrare un graduale declino tra il 1998 e il 2004-2005 ⁽⁶⁷⁾, mentre in Spagna e in Francia le percentuali segnalate hanno raggiunto di recente (2002 o 2003) quelle del Regno Unito (grafico 3). Dati analogamente alti sulla prevalenza vengono riferiti anche dalla Repubblica ceca.

I livelli di consumo sono inferiori in Danimarca, Germania, Estonia, Italia, Paesi Bassi e Slovacchia, ma tutti questi paesi hanno riferito aumenti del consumo nell'ultimo anno tra i giovani adulti, come pure l'Ungheria, anche se in misura minore. Non si deve dimenticare che le statistiche danesi (2000) e olandesi (2001) sono alquanto datate e che la situazione attuale è quindi meno chiara.

In Finlandia e in Svezia la prevalenza è relativamente bassa, ma mostra una tendenza all'aumento; tuttavia, la differenza osservata in Svezia tra il 2000 (1,3 %) e il

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



NB: i dati provengono dalle più recenti indagini nazionali disponibili in ogni paese all'epoca della segnalazione. Per maggiori informazioni cfr. la tabella GPS-4 nel bollettino statistico 2006.

Fonti: relazioni nazionali Reitox (2005), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

2004 (5,3 %) è difficile da interpretare per via delle variazioni intervenute a livello metodologico ⁽⁶⁸⁾.

Anche i dati relativi alla prevalenza nell'ultimo mese sono in genere cresciuti nell'ultimo decennio, sebbene aumenti marcati siano stati registrati soltanto in Belgio e Spagna. Il Regno Unito, dopo aver presentato in passato, fin dall'inizio degli anni novanta, i dati più alti d'Europa sulla prevalenza nell'ultimo mese, di recente ha riferito una diminuzione. Inoltre, la Slovacchia ha segnalato un calo negli anni compresi tra il 2002 e il 2004. Nella Repubblica ceca e in Francia non è stato possibile valutare la tendenza.

In più, le indagini condotte nelle scuole possono dare informazioni preziose sulle tendenze del consumo di sostanze stupefacenti tra le fasce più giovani della popolazione, consentendo in tal modo di prevedere le future tendenze tra i giovani adulti. Dal 1995 nella maggior parte dei paesi si è osservato un generale incremento del numero di studenti che hanno provato la cannabis almeno una volta nella vita. Tuttavia, le variazioni di tipo geografico rilevate nei dati di tendenza sono spiccate. Le tendenze della prevalenza una tantum del consumo di cannabis tra gli studenti di 15-16 anni possono essere classificate in tre gruppi geografici. In Irlanda e Regno Unito, che hanno alle spalle una lunga storia di consumo di cannabis, la prevalenza una tantum è elevata, ma è rimasta stabile nell'ultimo decennio (intorno al 37-39 %). Negli Stati membri dell'Europa orientale e centrale, nonché in Danimarca, Spagna, Francia, Italia e Portogallo, la prevalenza una tantum del consumo di cannabis nel 2003 è nettamente superiore rispetto al 1995. Nel terzo gruppo di Stati membri (Finlandia e Svezia al nord, Grecia, Cipro e Malta al sud) e in Norvegia le stime sulla prevalenza una tantum tra gli studenti sono rimaste a livelli relativamente bassi (attorno al 10 % o meno) ⁽⁶⁹⁾.

Dati relativi alla domanda di trattamento ⁽⁷⁰⁾

Su un totale di circa 380 000 domande di trattamento rilevate nel 2004 (dati provenienti da 19 paesi), la cannabis costituisce la ragione principale della richiesta di trattamento in circa 15 % dei casi e si colloca quindi al secondo posto tra le droghe segnalate più di frequente, subito dopo l'eroina ⁽⁷¹⁾.

Nel complesso la cannabis è anche la seconda droga citata più di frequente nelle cartelle cliniche dei pazienti che si sottopongono per la prima volta a un trattamento,

⁽⁶⁷⁾ Dal 1994, il primo anno con informazioni basate sull'Indagine britannica sui reati per Inghilterra e Galles.

⁽⁶⁸⁾ Cfr. i grafici GPS-4 e GPS-14 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁶⁹⁾ Cfr. la tabella EYE-5 (parte i) e il grafico EYE-1 (parte ii) nel bollettino statistico 2006.

⁽⁷⁰⁾ L'analisi della distribuzione generale e delle tendenze poggia sui dati relativi ai pazienti che fanno domanda di trattamento in tutti i centri terapeutici; l'analisi del profilo dei pazienti e dei modelli di consumo di sostanze stupefacenti si fonda invece sui dati provenienti da centri terapeutici che operano in regime ambulatoriale. Un'analisi specifica sulla ripartizione in base al genere è disponibile nella questione specifica sugli aspetti di genere pubblicata con la relazione annuale 2006 dell'OEDT.

⁽⁷¹⁾ Cfr. il grafico TDI-2 nel bollettino statistico 2006.

ossia nel 27 % dei nuovi pazienti registrati nel 2004, sebbene vi siano notevoli differenze da paese a paese: la cannabis, cioè, è menzionata soltanto da meno del 5 % dei nuovi pazienti in Lituania, Malta e Romania, ma da oltre il 40 % dei nuovi pazienti in Danimarca, Germania, Ungheria e Finlandia ⁽⁷²⁾. Nel periodo 1999-2004 la proporzione di tutti i nuovi pazienti che hanno fatto richiesta di trattamento per consumo di cannabis è cresciuta in tutti i paesi per i quali si dispone di informazioni ⁽⁷³⁾.

Nella quasi totalità dei paesi per i quali sono disponibili dati, la proporzione di nuovi pazienti che chiedono un trattamento per consumo di cannabis è maggiore rispetto al numero complessivo di pazienti, con l'eccezione di pochi Stati in cui il rapporto è più o meno lo stesso ⁽⁷⁴⁾. Il maggior numero di richieste di trattamento per consumo di cannabis è rivolta ai centri che erogano un servizio in regime ambulatoriale ⁽⁷⁵⁾.

È probabile che alcuni fattori siano strettamente collegati a un'accresciuta domanda di trattamento per tossicodipendenza da cannabis e questo aspetto continua a meritare un'attenta analisi scientifica. Tra le possibili ragioni di questo aumento si annoverano l'escalation del consumo intensivo di cannabis e i problemi a questo correlati nella popolazione, un'accresciuta percezione dei rischi del consumo di cannabis, l'aumento del numero di soggetti affidati alle cure mediche da parte del sistema della giustizia penale (un aumento chiaramente importante in alcuni paesi) e le variazioni intervenute nel sistema di segnalazione e/o nella sua copertura ⁽⁷⁶⁾.

Nel complesso, i pazienti in cura per uso di cannabis possono essere ripartiti in tre gruppi: i soggetti che ne fanno un uso occasionale (34 %), i soggetti che riferiscono di farne uso una volta fino a più volte in una settimana (32 %) e i soggetti che ammettono un consumo quotidiano di cannabis (34 %). Vi sono differenze marcate da paese a paese in termini di frequenza del consumo di cannabis tra i nuovi pazienti; la percentuale più elevata di consumatori quotidiani di cannabis è riferita nei Paesi Bassi e in Danimarca, quella dei consumatori occasionali o dei soggetti che non hanno fatto uso della sostanza nel mese precedente il trattamento in Germania, Grecia e Ungheria. Queste differenze riflettono probabilmente differenze nel tipo di ricorso ai servizi terapeutici (per esempio, un maggior numero di casi inviati dalle autorità di giustizia penale o dalle reti dei servizi sociali) ⁽⁷⁷⁾.

A tale riguardo è importante capire fino a che punto i consumatori di cannabis in trattamento soddisfino i criteri diagnostici relativi alla dipendenza o al consumo dannoso. Al momento si tratterebbe di un aspetto meritevole di più approfondite ricerche. Poiché le prassi di affidamento ai servizi sanitari variano da paese a paese, c'è bisogno di studi che documentino le diverse caratteristiche cliniche dei soggetti in trattamento per consumo di cannabis.

Alcuni pazienti chiedono il trattamento per consumo di cannabis associato ad altri problemi, di alcol o di droga, e talvolta la richiesta di trattamento è correlata a problemi più generici, come un disturbo comportamentale tra i giovani. Inoltre, alcuni studi recenti registrano un aumento del numero di adolescenti che richiedono un trattamento per consumo di cannabis e concomitanti disturbi di salute mentale; non si può escludere che questo secondo fattore possa essere determinante nella decisione di richiedere il trattamento ⁽⁷⁸⁾.

Altrettanto importante è tentare di comprendere meglio le esigenze dei consumatori di cannabis a livello di popolazione. L'OEDT calcola che vi siano all'incirca 3 milioni di consumatori intensivi di cannabis (definiti come consumatori quotidiani o quasi quotidiani di cannabis) nell'Unione europea. Benché il numero dei soggetti che chiedono di sottoporsi a un trattamento non sia noto, rispetto a questa cifra il numero delle richieste di trattamento correlate alla cannabis è comunque basso.

I dati disponibili fanno pensare che i pazienti in cura a causa della cannabis nei centri che forniscono una terapia in regime ambulatoriale tendono a essere relativamente giovani: praticamente tutti i consumatori di cannabis che per la prima volta si sottopongono a una cura hanno meno di 30 anni. Nei programmi terapeutici specializzati sono gli adolescenti i soggetti nei quali con più probabilità viene riscontrato un problema di cannabis primario; la cannabis interessa il 75 % delle domande di trattamento tra gli adolescenti di età inferiore ai 15 anni e il 63 % tra quelli di età compresa tra i 15 e i 19 anni ⁽⁷⁹⁾.

La maggior parte dei pazienti dichiara di aver cominciato a usare la cannabis quando faceva parte delle fasce di età più giovani; in particolare, il 36,8 % ha provato per la prima volta questa sostanza prima dei 15 anni. Quasi nessuno dei soggetti che chiedono di poter accedere a una cura dichiara di aver provato la cannabis per la prima volta dopo i 29 anni ⁽⁸⁰⁾.

⁽⁷²⁾ Cfr. la tabella TDI-4 (parte ii) nel bollettino statistico 2006.

⁽⁷³⁾ Cfr. il grafico TDI-1 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁷⁴⁾ Cfr. le tabelle TDI-3 (parte iii) e TDI-4 (parte iii) nel bollettino statistico 2006.

⁽⁷⁵⁾ Cfr. la tabella TDI-25 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁷⁶⁾ Nel 2007 verrà pubblicata una monografia dell'OEDT sulla cannabis; tre capitoli della monografia saranno riservati al problema dell'aumento della richiesta di trattamento per consumo di cannabis.

⁽⁷⁷⁾ Cfr. la tabella TDI-18 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁷⁸⁾ <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>

⁽⁷⁹⁾ Cfr. la tabella TDI-10 (parte i e parte ii) nel bollettino statistico 2006.

⁽⁸⁰⁾ Cfr. la tabella TDI-11 (parte ii e parte ix) nel bollettino statistico 2006.

Prevenzione

I programmi di prevenzione universale, se attuati con cura, possono ritardare o ridurre tra i giovani l'iniziazione al consumo di sostanze come tabacco, alcol e cannabis. L'importanza di questo aspetto è sottolineata dai fatti, che evidenziano che i consumatori precoci (iniziazione nella preadolescenza fino al pieno dell'adolescenza) sono significativamente più a rischio di avere problemi di droga, compresa tra questi la dipendenza (Von Sydow e altri, 2002; Chen e altri, 2005). Una considerazione aggiuntiva di cui si deve tener conto nel tentativo di prevenire o ritardare l'epoca dell'iniziazione al consumo di cannabis è il fatto che gli adolescenti sono più vulnerabili alla tossicità della cannabis.

I profili dei giovani consumatori di cannabis, perlomeno nelle prime fasi del consumo, non differiscono molto da quelli dei giovani consumatori di alcol o tabacco. Ciò rinforza l'idea che la prevenzione universale per i giovani non deve concentrarsi esclusivamente sul problema della cannabis, ma deve essere finalizzata a prevenire anche il consumo di alcol e tabacco.

Il genere è un aspetto di non trascurabile importanza nella prevenzione del consumo di cannabis (cfr. la questione specifica sugli aspetti di genere). I ragazzi infatti sono più a rischio di approdare a un consumo più intensivo, forse perché le ragazze sono più sensibili alla disapprovazione dei genitori e selezionano le amicizie con maggior attenzione. Tuttavia, anche questo modello sta cambiando, di pari passo con la rivoluzione dei ruoli tradizionali di uomini e donne visibile nelle società moderne. In alcuni paesi europei i progetti mirati a prevenire l'uso della cannabis e dell'alcol (Bagmaendene, Danimarca; Beer-Group, Germania; Risflecting, Austria) cercano di porre rimedio alla scarsa capacità comunicativa dei ragazzi. È noto infatti che uno dei motivi del consumo intensivo di alcol e cannabis tra i ragazzi è la difficoltà ad avvicinare le ragazze; questi progetti, quindi, propongono tra le attività anche una sorta di formazione nell'arte del corteggiamento.

La prevenzione selettiva nelle scuole ha come obiettivo i fattori di rischio associati al consumo di droga, come l'abbandono precoce della scuola, il comportamento antisociale, il cattivo rendimento scolastico, la presenza di scarsi legami, la bassa frequenza scolastica e le difficoltà di apprendimento riconducibile al consumo di stupefacenti.

Il progetto tedesco «Stoned at School» («Drogati a scuola») si prefigge di insegnare ai docenti a individuare precocemente i consumatori di cannabis, e quindi a intervenire tempestivamente per prevenire questa abitudine, stabilendo un contatto tra le scuole e le strutture di consulenza in materia di droga. Al pari di iniziative simili in Austria, questo progetto è articolato in 10 moduli di formazione volti ad accrescere la consapevolezza degli insegnanti verso il consumo di cannabis e a individuare i soggetti a rischio.

In Germania, Francia e Paesi Bassi sono diffusi centri di consulenza specializzati in droghe particolari. Dal gennaio 2005 sono state create in tutta la Francia più di 250 cliniche di «consulenza sulla cannabis». Destinate agli adolescenti in difficoltà a causa dell'abitudine al consumo di cannabis o di altre sostanze, nonché ai loro genitori, queste strutture sono anonime, gratuite e aperte a tutti. Per favorire l'accesso della popolazione, sono distribuite un po' in tutte le principali città francesi. Le consulenze vengono prestate da professionisti esperti nell'uso degli strumenti di valutazione e negli interventi di breve durata, specializzati nelle tossicodipendenze e in grado di individuare inoltre i servizi sociali, medici o psichiatrici più adeguati per i pazienti che necessitano di cure specialistiche. Questo nuovo tipo di struttura verrà sottoposto a uno studio di follow-up. Dai primi dati disponibili dopo circa 2-3 mesi di operatività emerge una partecipazione di 3 500-4 000 persone al mese, di cui 2 000-2 500 consumatori di cannabis (il resto è costituito da genitori, parenti e assistenti sociali). Le strategie alternative devono offrire corsi brevi, ma ben strutturati, con circa 10 incontri di gruppo (Germania, Danimarca, Paesi Bassi, Austria). Nel quadro del progetto Euregio sviluppato congiuntamente da Paesi Bassi e Germania è stato lanciato un manuale di accompagnamento intitolato SKOLL (formazione all'autocontrollo).

Spesso i «corsi di formazione» specifici per i consumatori di cannabis poggiano sul fatto che il consumo o la detenzione di cannabis è illegale ed i partecipanti vengono affidati a queste strutture attraverso il sistema della giustizia penale. La motivazione a partecipare pertanto deriva perlopiù dal fatto che la frequenza di questi corsi è imposta dalla sentenza del giudice; però questi metodi permettono di stabilire contatti almeno con parte dei gruppi a rischio.

Molti interventi di prevenzione selettiva a livello europeo prevedono la diffusione di informazioni sulla cannabis. Alcuni approcci, basati più sull'esperienza, tra cui una ristrutturazione normativa (per esempio, apprendere che la maggior parte dei pari disapprova l'uso di droga), la formazione all'assertività, la motivazione e la fissazione di obiettivi nonché la correzione di miti (su valori associati alla cannabis), non si sono ancora imposti come componenti standard nei programmi di prevenzione del consumo di questa sostanza. Da una recente meta-analisi dei programmi di prevenzione per giovani vulnerabili (Roe e Becker, 2005) è emerso che gli approcci che puntano sulle strategie informative hanno un impatto trascurabile o non hanno alcun impatto sui comportamenti o sugli atteggiamenti di consumo, sia nella prevenzione universale che in quella di tipo selettivo. Gli stessi autori hanno scoperto che i programmi globali di influenza sociale hanno un effetto importante sui giovani vulnerabili.

Un aspetto degno di nota che emerge dalle poche valutazioni disponibili dei progetti europei di prevenzione selettiva del consumo di cannabis (*FRED, Way-Out, Sports*

for Immigrants e altri; cfr. sopra e la banca dati EDDRA all'indirizzo <http://eddra.emcdda.europa.eu>) è l'efficacia delle tecniche globali di influsso sociale. Tra gli effetti positivi ottenuti con queste tecniche figurano la riduzione

dei livelli di consumo, un aumento dell'autopercezione dell'uso problematico, la riduzione dei principali fattori di rischio e dei problemi correlati nonché un maggior autocontrollo e una maggiore motivazione.

Intervento breve per i consumatori di cannabis

L'intervento breve è un approccio che si prefigge di far riflettere le persone sulla propria abitudine di consumare stupefacenti e di fornire loro le competenze per contenere questa abitudine. Il concetto si fonda prevalentemente su colloqui motivazionali, un approccio privo di giudizi e di confronti, che si prefigge di esaminare i valori e gli obiettivi dei pazienti e l'autovalutazione del consumo da parte dei pazienti, portando a galla le discrepanze tra l'immagine che i pazienti hanno di sé e lo status quo.

Un intervento breve spesso viene messo in atto in una fase iniziale del consumo di alcol o stupefacenti da parte di una persona, per prevenire la futura comparsa di gravi problemi di droga. L'efficacia dell'intervento breve è dimostrata nel caso della prevenzione dell'abuso di alcol e tabacco; cresce inoltre l'interesse per la validità di questo approccio nella prevenzione del consumo di altre sostanze.

L'intervento breve si è dimostrato estremamente utile nelle misure di prevenzione selettiva destinate ai consumatori di cannabis che altrimenti non verrebbero in contatto con i servizi terapeutici. Nel caso dei consumatori di cannabis intensivi, i programmi di stampo educativo che puntano principalmente sull'astinenza a volte non sono efficaci.

Gli interventi brevi sono economici e possono essere particolarmente adatti per i consumatori di cannabis, perché si sono dimostrati validi con consumatori di stupefacenti che:

- hanno pochi problemi dovuti al consumo di droga;
- hanno livelli di dipendenza bassi;
- hanno alle spalle una breve esperienza di consumo di stupefacenti;
- hanno alle spalle un solido bagaglio sociale, scolastico, familiare;
- non sono sicuri o hanno un atteggiamento ambiguo dinanzi alla possibilità di modificare il loro comportamento.

Questo genere di approccio è utilizzato in alcuni paesi, tra cui Germania, Paesi Bassi, Austria e Regno Unito, dove gli interventi possono assumere la forma di consulenze, «corsi sulla cannabis» o persino siti web di autoaiuto. Per esempio, il programma di consulenza tedesco «Quit the Shit» imperniato su un sito web (www.drugcom.de) è un approccio innovativo che si avvale della telematica ed è destinato ai consumatori di cannabis che intendono ridurre o interrompere il consumo di questa sostanza. Tra i siti web con componenti di autoaiuto vale la pena menzionare i seguenti: www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html di Jellinek (Paesi Bassi) e www.knowcannabis.org.uk/ di HIT (Regno Unito).

Capitolo 4

Anfetamine, ecstasy e altre sostanze psicotrope

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

Le anfetamine e le metanfetamine sono stimolanti del sistema nervoso centrale. Delle due, le anfetamine sono le sostanze di gran lunga più diffuse in Europa. A livello mondiale il consumo crescente di metanfetamina è fonte di notevoli preoccupazioni, dal momento che questa sostanza è associata a una serie di gravi problemi sanitari. In Europa un consumo significativo di metanfetamina sembra essere limitato alla Repubblica ceca.

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-metilendiossimetamfetamina (MDMA), sebbene, talvolta, nelle pasticche di ecstasy si ritrovino altri suoi analoghi (MDA, MDEA etc.). Queste sostanze sono note altresì come «entactogeni» (ossia «che toccano dentro», empatogeni), per via dello specifico effetto che producono sull'umore. A volte provocano effetti solitamente correlati alle sostanze allucinogene.

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

Per individuare le nuove sostanze stupefacenti emergenti sullo scenario europeo, l'Unione europea ha messo a punto un sistema di allarme rapido, che serve anche a monitorare le nuove tendenze potenzialmente dannose in riferimento all'uso delle sostanze psicoattive.

Offerta e disponibilità ⁽⁸¹⁾

La produzione di anfetamine e di ecstasy è difficilmente quantificabile in quanto «parte da sostanze chimiche facili da trovare e avviene in laboratori facili da celare» (UNODC, 2003a). Le più recenti stime sulla produzione globale annua di anfetamine ed ecstasy è di circa 520 tonnellate (UNODC, 2003b). I sequestri complessivi di queste sostanze hanno registrato un'impennata nel 2000, con 46 tonnellate, per poi subire un calo nel 2001 e 2002 e, quindi, risalire a 34 tonnellate nel 2003 e ridiscendere nuovamente a 29 tonnellate nel 2004. Nel 2004 la percentuale di tutti i sequestri di anfetamine ed ecstasy è scesa al 38 % nel caso delle metanfetamine (dal 66 % del 2003), mentre la percentuale riferita all'ecstasy era del 29 % e quella per le anfetamine del 20 % (CND, 2006).

Anfetamine

In tutto il mondo la produzione di anfetamine rimane concentrata nell'Europa occidentale e centrale, soprattutto in Belgio, Paesi Bassi e Polonia. In questa sottoregione giocano un ruolo non marginale nella produzione illecita di anfetamine anche Estonia, Lituania e Bulgaria nonché, in misura minore, Germania, Spagna e Norvegia, come dimostrato dallo smantellamento dei laboratori di anfetamine in questi paesi nel 2004 (UNODC, 2006) ⁽⁸²⁾. Al di fuori dell'Europa, le anfetamine vengono prodotte perlopiù in America settentrionale e Oceania (CND, 2006). Il traffico di anfetamine nel 2004 è rimasto circoscritto a un livello perlopiù intraregionale. La maggior parte delle anfetamine rinvenute sui mercati illeciti europei proviene da Belgio, Paesi Bassi, Polonia nonché Estonia e Lituania (nei paesi nordici) (relazioni nazionali Reitox, 2005; OMD, 2005).

Delle 6 tonnellate di anfetamine sequestrate in tutto il mondo nel 2004, circa il 97 % è stato intercettato in Europa, soprattutto nell'Europa occidentale e centrale e nell'Europa orientale e meridionale (per un totale, rispettivamente, del 67 % e del 26 % dei quantitativi totali sequestrati) (CND, 2006).

Si calcola che nel 2004 siano stati effettuati nell'Unione europea 33 000 sequestri di anfetamine, per un totale di 5,2 tonnellate e di 9,6 milioni di unità. In termini di

⁽⁸¹⁾ Cfr. «Interpretazione dei dati sui sequestri e di altre informazioni sul mercato», pag. 37.

⁽⁸²⁾ Il numero di laboratori smantellati riferito nei vari paesi è esemplificativo, oltre che del numero dei siti di produzione, anche delle attività e delle priorità delle forze di polizia nonché delle prassi di segnalazione.

numeri di sequestri e di peso delle anfetamine sequestrate, il Regno Unito è il paese che ha fatto registrare i valori più alti in tutta l'Unione europea ⁽⁸³⁾. La Turchia ha riferito l'intercettazione di 9,5 milioni di unità di anfetamine nel 2004. Nonostante le oscillazioni dei dati, a livello europeo sono cresciuti a partire dal 1999 sia il numero complessivo di sequestri di anfetamine ⁽⁸⁴⁾ sia i quantitativi ⁽⁸⁵⁾ intercettati e, stando alle informazioni fornite dai vari paesi, questa tendenza all'aumento sembra sia continuata nel 2004.

Nel 2004 il prezzo medio al dettaglio dell'anfetamina era compreso tra 4 euro al grammo in Slovenia e 64 euro al grammo a Malta ⁽⁸⁶⁾. Nel periodo 1999-2004 i prezzi dell'anfetamina, corretti dell'inflazione ⁽⁸⁷⁾, sono scesi complessivamente in Germania, Spagna, Irlanda, Lettonia, Lituania, Svezia, Regno Unito, Bulgaria, Turchia e Norvegia ⁽⁸⁸⁾.

La purezza media delle anfetamine nel 2004 variava dal 5-6 % in Bulgaria al 44 % in Norvegia ⁽⁸⁹⁾. I dati disponibili ⁽⁹⁰⁾ sulla purezza media delle anfetamine per il periodo 1999-2004 rivelano in generale una tendenza alla diminuzione in Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Finlandia e Norvegia, e una tendenza all'aumento in Belgio, Germania, Francia, Italia, Ungheria e Austria.

Metanfetamine

A livello mondiale le metanfetamine continuano a essere più importanti delle anfetamine o dell'ecstasy, in termini di quantitativi prodotti e smerciati, anche se nel 2004 la percentuale di metanfetamine sequestrate rispetto ai sequestri complessivi è diminuita. La metanfetamina continua a essere prodotta perlopiù nell'Asia orientale e sudorientale (Cina, Filippine, Myanmar, Thailandia), seguita dall'America settentrionale e centrale (Stati Uniti, Canada, Messico). Nel 2004 sono state sequestrate in tutto il mondo 11 tonnellate di metanfetamine, il 59 % delle quali nell'Asia orientale e sudorientale e il 37 % nell'America settentrionale (CND, 2006). In Europa, la produzione di metanfetamine è ampiamente circoscritta

alla Repubblica ceca, dove viene prodotta fin dalla metà degli anni ottanta con il nome locale di «pervitina». Nel 2004, tuttavia, la produzione di questa sostanza è stata riferita anche in Slovacchia e in Bulgaria, dove sono stati smantellati alcuni laboratori (relazioni nazionali Reitox, 2005; UNODC, 2006). Buona parte della produzione ceca di metanfetamina è destinata al mercato locale, sebbene venga contrabbandata in misura minore anche in Germania, Austria e Slovacchia (relazioni nazionali Reitox, 2005). Nel 2004 sono stati riferiti sequestri di metanfetamina in Belgio, Repubblica ceca, Danimarca, Estonia, Grecia, Francia, Lettonia, Lituania, Ungheria, Austria, Slovacchia, Svezia, Romania e Norvegia; proprio in Norvegia è stato registrato sia il più elevato numero di sequestri sia il maggior quantitativo di sostanze recuperate ⁽⁹¹⁾.

Nel 2004 il prezzo al dettaglio ⁽⁹²⁾ della metanfetamina nella Repubblica ceca era compreso tra 12 e 63 euro al grammo, mentre la sua purezza media ⁽⁹³⁾ andava dal 43 % in Slovacchia al 50 % nella Repubblica ceca.

Ecstasy

Complessivamente, l'Europa resta il principale centro di produzione dell'ecstasy, sebbene negli ultimi anni la sua importanza sembri in calo, stando alla diffusione della produzione di ecstasy in altre parti del mondo, in particolare nell'America settentrionale (Stati Uniti, Canada) e nell'Asia orientale e sudorientale (Cina, Indonesia, Hong Kong) (CND, 2006; INCB, 2006). Benché i Paesi Bassi siano rimasti nel 2004 la principale fonte di ecstasy per l'Europa e il mondo intero, laboratori per la produzione di questa sostanza sono stati scoperti anche in Belgio, Estonia, Spagna e Norvegia (relazioni nazionali Reitox, 2005; UNODC, 2006). Stando alle segnalazioni, l'ecstasy sequestrata nell'Unione europea proviene da Paesi Bassi e Belgio, e in misura minore da Polonia e Regno Unito (relazioni nazionali Reitox, 2005).

Il traffico di ecstasy è tuttora fortemente concentrato nell'Europa occidentale, anche se, al pari della produzione, in questi ultimi anni si è andato diffondendo in tutto il mondo.

⁽⁸³⁾ L'affermazione andrebbe verificata sulla scorta dei dati mancanti per il Regno Unito riferiti al 2004, una volta che saranno resi disponibili. I dati riguardanti il numero dei sequestri di anfetamine e i quantitativi sequestrati nel 2004 non erano disponibili per Irlanda e Regno Unito; i dati riguardanti il numero di sequestri di anfetamine avvenuti nel 2004 non erano disponibili per la Slovenia; i dati riguardanti il numero di sequestri di anfetamine avvenuti nel 2004 non erano disponibili per i Paesi Bassi. Per poter fare previsioni, i dati mancanti nel 2004 sono stati sostituiti con i dati del 2003. I dati sui quantitativi sequestrati nel 2004 forniti dai Paesi Bassi sono soltanto previsioni e quindi non possono essere inseriti nell'analisi dell'evoluzione fino al 2004.

⁽⁸⁴⁾ Cfr. la tabella SZR-11 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁸⁵⁾ Cfr. la tabella SZR-12 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁸⁶⁾ Cfr. la tabella PPP-4 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁸⁷⁾ Prendendo come anno di partenza per il valore del denaro in tutti i paesi il 1999.

⁽⁸⁸⁾ Nel periodo 1999-2004 i dati sui prezzi delle anfetamine erano disponibili per almeno tre anni consecutivi in Belgio, Germania, Spagna, Francia, Irlanda, Lettonia, Lituania, Polonia, Svezia, Regno Unito, Bulgaria, Turchia e Norvegia.

⁽⁸⁹⁾ Cfr. la tabella PPP-8 nel bollettino statistico 2006. Si noti che i livelli medi di purezza delle anfetamine riferiti possono nascondere ampie variazioni del grado di purezza dei campioni analizzati.

⁽⁹⁰⁾ Nel periodo 1999-2004 i dati sulla purezza delle anfetamine erano disponibili per almeno tre anni consecutivi in Belgio, Germania, Estonia, Francia, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Ungheria, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Finlandia, Regno Unito, Turchia e Norvegia.

⁽⁹¹⁾ I dati riferiti al 2004 forniti da Germania, Italia, Lussemburgo e Paesi Bassi non consentono di distinguere tra sequestri di metanfetamina e di anfetamina, mentre Irlanda e Regno Unito non hanno presentato dati sui sequestri riferiti al 2004, per cui è difficile sapere se in questo periodo sono stati effettuati in questi paesi sequestri di metanfetamine.

⁽⁹²⁾ Cfr. la tabella PPP-4 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁹³⁾ Cfr. la tabella PPP-8 nel bollettino statistico 2006.

Delle 8,5 tonnellate (equivalente peso) di ecstasy intercettate in tutto il mondo nel 2004, il 50 % è stato recuperato nell'Europa occidentale e centrale, il 23 % nell'America settentrionale e il 16 % in Oceania (CND, 2006).

Con un totale di 24 000 sequestri, nel 2004 è stato possibile confiscare nell'Unione europea circa 28,3 milioni di pasticche di ecstasy. Fino al 2003 i quantitativi più importanti di questa sostanza sono stati intercettati nel Regno Unito, seguito a ruota da Germania, Francia e Paesi Bassi ⁽⁹⁴⁾.

Dopo un rapido aumento nel periodo 1999-2001, il numero di sequestri di ecstasy ⁽⁹⁵⁾ a livello europeo è sceso nel biennio 2002-2003, anche se i dati provenienti dai paesi per i quali sono disponibili informazioni indicano un nuovo aumento nel 2004. I quantitativi di ecstasy ⁽⁹⁶⁾ intercettati sono aumentati nel periodo compreso tra il 1999 e il 2002; dopo un rapido declino fino ai minimi storici nel 2003, i dati disponibili per il 2004 suggeriscono un ritorno ai livelli del 2002.

Nel 2004 il costo medio al dettaglio delle pasticche di ecstasy andava da meno di 3 euro ciascuna in Lituania e Polonia a 15-25 euro in Grecia e in Italia ⁽⁹⁷⁾. Nel periodo 1999-2004 i prezzi medi al dettaglio dell'ecstasy, corretti dell'inflazione ⁽⁹⁸⁾, sono diminuiti in tutti i paesi per i quali sono disponibili informazioni ⁽⁹⁹⁾.

Generalmente in Europa la maggior parte delle pasticche vendute come ecstasy contenevano MDMA o un'altra sostanza simile all'ecstasy (MDEA, MDA), solitamente come unica sostanza psicoattiva presente. Nella Repubblica ceca, in Grecia, Lettonia, Lituania, Ungheria, Paesi Bassi, Slovacchia, Finlandia, Regno Unito e Norvegia queste pasticche rappresentavano oltre il 95 % del numero

complessivo di pasticche analizzate nel 2004. Un'eccezione a questi risultati è data dalla Bulgaria, dove l'elevata percentuale di pasticche analizzate (il 61 %) conteneva anfetamina e/o metanfetamina come unica sostanza psicoattiva. Il tenore di MDMA nelle pasticche di ecstasy varia notevolmente da lotto a lotto (anche tra quelli che hanno lo stesso logotipo), sia all'interno di ciascun paese sia tra un paese e l'altro. Nel 2004 il tenore medio del principio attivo (MDMA) per pasticca di ecstasy era compreso tra 30 e 82 mg ⁽¹⁰⁰⁾ (relazioni nazionali Reitox, 2005).

LSD

L' LSD viene prodotto e venduto in proporzione minore rispetto alle altre droghe sintetiche. Nel 2004 sono state intercettate nell'Unione europea, nell'ambito di 700 sequestri effettuati, 220 000 unità di LSD. Dal 2002 la Germania è il paese in cui si registrano ogni anno i più alti quantitativi di LSD sequestrato, seguita dal Regno Unito ⁽¹⁰¹⁾. Tra il 1999 e il 2002 sono diminuiti a livello europeo sia il numero di sequestri di LSD ⁽¹⁰²⁾ sia i quantitativi sequestrati ⁽¹⁰³⁾. Tuttavia, i dati disponibili suggeriscono che sia nel 2003 sia nel 2004 il numero di sequestri di LSD e i quantitativi intercettati sono aumentati per la prima volta da 9 anni a questa parte; i quantitativi più alti recuperati sono stati riferiti da Germania, Francia, Lituania, Paesi Bassi e Polonia nel 2004.

Nel 2004 il costo medio per i consumatori di un'unità di LSD andava da 2,5 euro in Portogallo a 11,6 euro a Malta ⁽¹⁰⁴⁾. I prezzi medi di LSD, corretti dell'inflazione ⁽¹⁰⁵⁾, hanno fatto registrare una tendenza generale al ribasso ⁽¹⁰⁶⁾ tra il 1999 e il 2004 in Repubblica ceca, Irlanda, Polonia, Slovenia e Svezia, e una tendenza all'aumento in Germania e Francia.

⁽⁹⁴⁾ L'affermazione andrebbe verificata sulla scorta dei dati mancanti per il Regno Unito riferiti al 2004, una volta che saranno resi disponibili. I dati sul numero di sequestri di ecstasy e sui quantitativi sequestrati nel 2004 non erano disponibili per Irlanda e Regno Unito; i dati riguardanti il numero di sequestri di ecstasy avvenuti nel 2004 non erano disponibili per i Paesi Bassi. Per poter fare previsioni, i dati mancanti nel 2004 sono stati sostituiti con i dati del 2003. I dati sui quantitativi sequestrati nel 2004 forniti dai Paesi Bassi sono soltanto previsioni e quindi non possono essere inseriti nell'analisi dell'evoluzione fino al 2004.

⁽⁹⁵⁾ Cfr. la tabella SZR-13 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁹⁶⁾ Cfr. la tabella SZR-14 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁹⁷⁾ Cfr. la tabella PPP-4 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁹⁸⁾ Prendendo come anno di partenza per il valore del denaro in tutti i paesi il 1999.

⁽⁹⁹⁾ Nel periodo 1999-2004 i dati sui prezzi dell'ecstasy erano disponibili per almeno tre anni consecutivi in Belgio, Repubblica ceca, Germania, Spagna, Francia, Irlanda, Cipro, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Polonia, Portogallo, Slovenia, Svezia, Regno Unito, Bulgaria, Turchia e Norvegia.

⁽¹⁰⁰⁾ Questo intervallo è stato calcolato in base ai dati forniti da pochi paesi, ossia Danimarca, Germania, Francia, Lussemburgo e Paesi Bassi.

⁽¹⁰¹⁾ L'affermazione andrebbe verificata sulla scorta dei dati mancanti per il Regno Unito riferiti al 2004, una volta che saranno resi disponibili. I dati relativi al numero sia di sequestri di LSD sia di quantitativi di LSD intercettati nel 2004 non erano disponibili per Irlanda e Regno Unito; i dati relativi al numero di sequestri di LSD non erano disponibili per Cipro, Paesi Bassi, Polonia e Bulgaria. Per poter fare previsioni, i dati mancanti del 2004 sono stati sostituiti con i dati del 2003. I dati sui quantitativi sequestrati nel 2004 forniti dai Paesi Bassi sono soltanto previsioni e quindi non possono essere inseriti nell'analisi dell'evoluzione fino al 2004.

⁽¹⁰²⁾ Cfr. la tabella SZR-15 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁰³⁾ Cfr. la tabella SZR-16 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁰⁴⁾ Cfr. la tabella PPP-4 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁰⁵⁾ Prendendo come anno di partenza per il valore del denaro in tutti i paesi il 1999.

⁽¹⁰⁶⁾ Nel periodo 1999-2004 i dati sui prezzi dell'LSD erano disponibili per almeno tre anni consecutivi in Repubblica ceca, Germania, Spagna, Francia, Irlanda, Lituania, Polonia, Portogallo, Slovenia, Svezia, Regno Unito, Romania e Norvegia.

Azione internazionale contro la produzione e il traffico di anfetamine ed ecstasy

Nel settore delle droghe sintetiche l'Europol sta attuando il progetto «Sinergy» dal dicembre 2004 ⁽¹⁰⁷⁾. Il progetto gode del sostegno di 20 Stati membri dell'Unione europea e di alcuni paesi terzi, e comprende un archivio di lavoro per fini di analisi (AWF) con sottoprogetti operativi svolti in diversi paesi dell'Unione europea, nonché una serie di strumenti utilizzati per scopi analitici e strategici, come il sistema LOGO dell'Europol sull'ecstasy (EELS) (che comprende il catalogo dei loghi dell'ecstasy) e il sistema dell'Europol di confronto dei laboratori illeciti (ELICS). L'Europol continua a offrire sostegno al progetto CHAIN ⁽¹⁰⁸⁾ sulla definizione dei profili delle anfetamine e all'Unità comune europea sui precursori (EJUP). Oltre all'assistenza con esperti sul campo, finalizzata allo smantellamento della produzione di droghe sintetiche illecite, i recenti sottoprogetti si sono focalizzati sul confronto dei laboratori smantellati, sull'individuazione delle discariche abusive di sostanze chimiche come punto di partenza delle indagini, sul rintracciamento delle macchine produttrici di pasticche e sulle indagini sul traffico dei precursori chimici verso i paesi dell'Unione europea.

Il progetto «Prisma» è l'iniziativa internazionale formulata per prevenire la diversione dei precursori chimici usati nella produzione illecita delle droghe sintetiche, attraverso un sistema di notifiche preventive all'esportazione per il commercio lecito al Comitato di controllo internazionale dei narcotici (INCB) e la segnalazione dei carichi fermati e dei sequestri effettuati in caso di transazioni sospette.

L'efedrina e la pseudoefedrina sono precursori indispensabili per la metanfetamina, mentre la sostanza 1-fenil-2-propanone (P-2-P) viene usata anche nella produzione dell'anfetamina; il 3,4-metilenediossifenil-2-propanone (3,4-MDP-2-P), il safrolo e gli oli ricchi di safrolo sono usati nella produzione illecita di MDMA, mentre il piperonale viene usato anche per sintetizzare l'MDA ⁽¹⁰⁹⁾.

Nel 2004 gli scambi leciti di efedrina e pseudoefedrina hanno interessato in totale 526 e 1 207 tonnellate rispettivamente. I sequestri più importanti di queste sostanze sono stati riferiti nell'America settentrionale e nell'Asia sudorientale, ma si teme che si siano diffusi a tutte le regioni. L'efedrina e la pseudoefedrina contrabbandate in Europa provengono perlopiù dall'Asia occidentale. Nel 2004 sono state sequestrate in Europa 2,6 tonnellate di efedrina e 1 kg di pseudoefedrina ⁽¹¹⁰⁾; in prevalenza si è trattato di sequestri di quantitativi modesti, provenienti

da laboratori diversi, la maggioranza dei quali situati nella Repubblica ceca, benché un grosso quantitativo di efedrina proveniente dal Pakistan sia stato intercettato in Grecia.

Le attività del progetto Prisma in Europa si sono incentrate sulla prevenzione del contrabbando di 3,4-MDP-2-P e di P-2-P nell'Unione europea, destinate alla produzione illecita di MDMA e anfetamina, rispettivamente. Nel 2004 il numero dei sequestri di 3,4-MDP-2-P e P-2-P è stato il più alto segnalato a livello globale, con l'Europa in primo piano per i quantitativi di 3,4-MDP-2-P intercettati e gli Stati Uniti per i quantitativi di P-2-P. Nel 2004 sono stati sequestrati in Europa 10 161 litri di 3,4-MDP-2-P (perlopiù in Paesi Bassi e Belgio) e 9 297 litri di P-2-P (soprattutto in Polonia e Paesi Bassi) ⁽¹¹¹⁾.

Il piperonale ha molte possibilità di uso a scopi leciti, ma viene impiegato anche come precursore nella produzione di 3,4-MDP-2-P, MDA o MDMA (INCB, 2006b). Tra il novembre 2004 e l'ottobre 2005 sono state riferite all'INCB (2006b) più di 150 spedizioni, per un totale di 3 800 tonnellate. Nel 2004 il numero di sequestri di piperonale più elevato è stato riferito in Cina (13 tonnellate); 2,4 tonnellate sono state intercettate in Europa, quasi tutte in Romania ⁽¹¹²⁾.

Vengono segnalati sequestri di safrolo da tutte le regioni del mondo, ma i quantitativi rimangono modesti, a eccezione della Cina, che riferisce sequestri per un totale di oltre 100 kg. In Europa sono stati recuperati nel 2004 122 litri di safrolo, prevalentemente in Lettonia, ma anche in Lituania.

Prevalenza e modelli di consumo

Dalle indagini svolte in passato presso la popolazione, risulta che, assieme alla cannabis, le anfetamine e l'ecstasy sono le sostanze illecite più frequentemente usate, sebbene la prevalenza complessiva del consumo di queste sostanze sia più bassa rispetto alla cannabis. Il consumo di ecstasy si è diffuso negli anni novanta, mentre le anfetamine vengono usate da più tempo.

Tra gli Stati membri dell'Unione europea il consumo di anfetamine ⁽¹¹³⁾ ed ecstasy sembra relativamente più elevato soltanto in alcuni paesi, vale a dire Repubblica ceca, Estonia e Regno Unito.

Recenti indagini condotte nella popolazione adulta (15-64 anni) evidenziano che la prevalenza di consumo del consumo di anfetamine in Europa è compresa tra lo 0,1 % e il 5,9 %, a eccezione del Regno Unito (Inghilterra

⁽¹⁰⁷⁾ Il progetto «Sinergy» riunisce i progetti «CASE» e «Genesis», entrambi iniziati nel 2002.

⁽¹⁰⁸⁾ L'iniziativa CHAIN (Collaborative Harmonised Amphetamine INitiative, iniziativa collaborativa armonizzata sulle anfetamine) è un'iniziativa sul profilo legale delle anfetamine, che è subentrata al progetto pilota CASE.

⁽¹⁰⁹⁾ Tutte queste sostanze sono elencate nella tabella I della convenzione del 1988.

⁽¹¹⁰⁾ I dati sui sequestri non comprendono i quantitativi presenti nei carichi fermati.

⁽¹¹¹⁾ I dati sui sequestri non comprendono i quantitativi presenti nei carichi fermati.

⁽¹¹²⁾ I dati sui sequestri non comprendono i quantitativi presenti nei carichi fermati.

⁽¹¹³⁾ Nell'ambito delle indagini condotte nella popolazione, i dati sul «consumo di anfetamine» si riferiscono sia all'uso di «anfetamina» che all'uso di «metanfetamina», raggruppate in un'unica categoria.

e Galles), dove raggiunge l'11,2 %. In media circa il 3,1 % di tutti gli adulti europei ha provato le anfetamine almeno una volta. Dopo il Regno Unito, i paesi con le più alte cifre sul consumo sono Danimarca (5,9 %), Norvegia (3,6 %) e Germania (3,4 %). L'uso nell'ultimo anno è decisamente più basso: pari, in media, allo 0,6 % (in un intervallo dello 0-1,4 %). Sulla scorta delle indagini realizzate nella popolazione in generale, si calcola che quasi 10 milioni di cittadini europei abbiano provato questa sostanza e che più di 2 milioni ne abbiano fatto uso negli ultimi 12 mesi ⁽¹¹⁴⁾.

Tra i giovani adulti (15-34 anni) dichiara un'esperienza di consumo dell'anfetamina una percentuale compresa tra 0,1 % e 9,6 %; il Regno Unito (Inghilterra e Galles) riferisce una prevalenza una tantum del 16,5 % (che potrebbe essere il riflesso di un fenomeno storico, cfr. oltre). Metà dei paesi per i quali si dispone di informazioni segnala tassi di prevalenza al di sotto del 4 %, con le percentuali più alte riscontrate, dopo il Regno Unito, in Danimarca (9,6 %), Norvegia (5,9 %) e Germania (5,4 %). Ha provato l'anfetamina in media il 4,8 % dei giovani europei. Danimarca (3,1 %) ed Estonia (2,9 %) riferiscono i dati

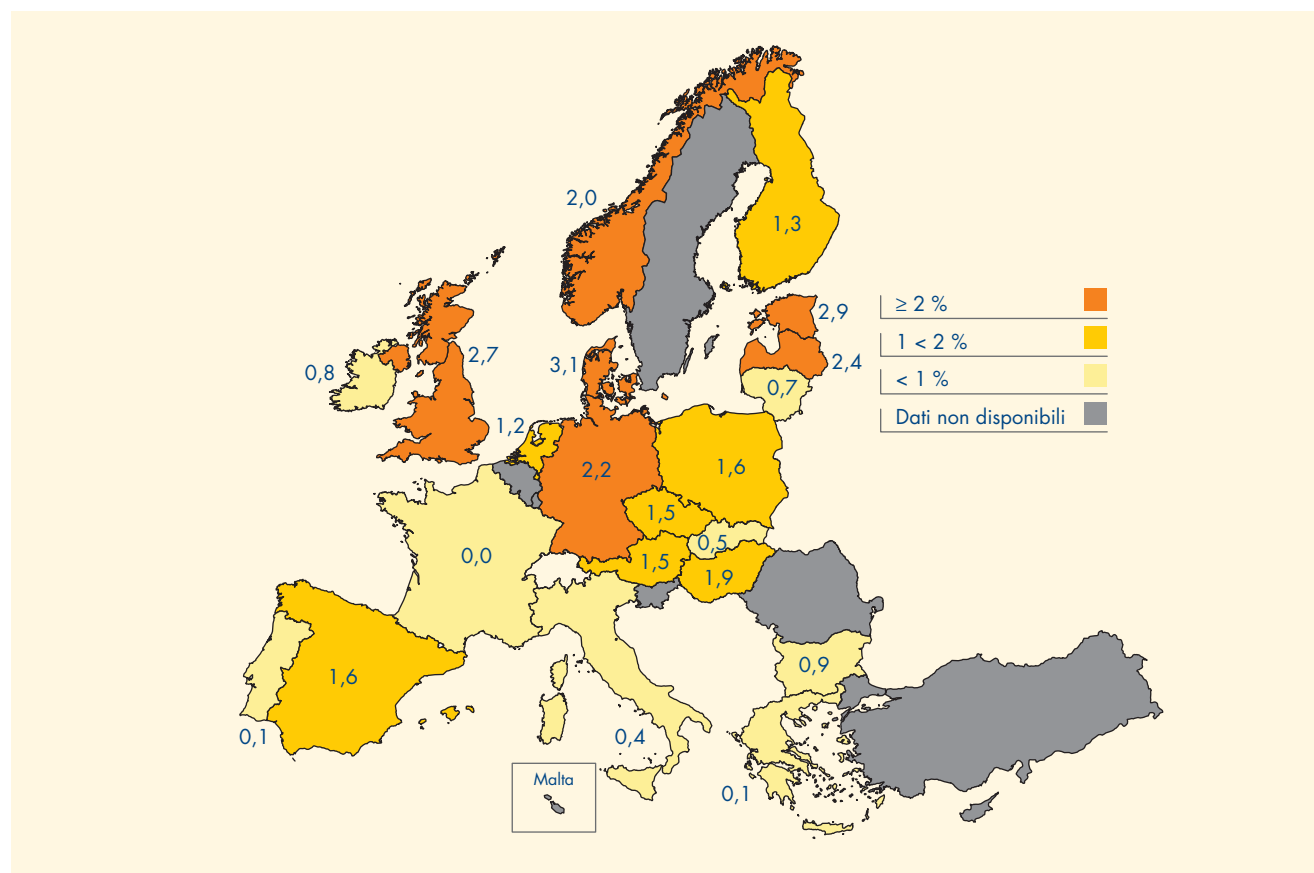
più alti di prevalenza nell'ultimo anno ⁽¹¹⁵⁾. Si calcola che, in media, l'1,4 % dei giovani europei abbia fatto uso di anfetamine nell'ultimo anno (cfr. anche il grafico 4).

Ha provato l'ecstasy una percentuale di adulti compresa tra lo 0,2 % e il 7,1 % (media: 2,6 %). Metà dei paesi riferisce una prevalenza dell'1,8 % o meno, con i tassi più alti segnalati da Repubblica ceca (7,1 %) e Regno Unito (6,7 %). La prevalenza del consumo di ecstasy nell'ultimo anno va dallo 0,2 % al 3,5 %, ma metà dei paesi riferisce una prevalenza dello 0,5 % o meno. Si calcola che almeno 8,5 milioni di europei abbiano provato l'ecstasy e che almeno 3 milioni ne abbiano fatto uso nell'ultimo anno.

Tra i giovani adulti dei paesi europei la prevalenza del consumo una tantum di ecstasy è del 5,2 %, in media, in un intervallo tra 0,5 % e 14,6 %, benché metà dei paesi dia conto di un consumo inferiore al 3,6 %. I tassi di prevalenza più alti sono quelli di Repubblica ceca (14,6 %), Regno Unito (12,7 %) e Spagna (8,3 %).

Il consumo di ecstasy è un fenomeno in larga misura giovanile. Nella fascia di età compresa tra i 15 e i 24 anni,

Grafico 4: Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di anfetamina tra i giovani adulti (15-34 anni)



NB: i dati provengono dalle più recenti indagini nazionali disponibili in ogni paese all'epoca della segnalazione. Per maggiori informazioni cfr. le tabelle GPS-8 e GPS-11 nel bollettino statistico 2006.

Fonti: relazioni nazionali Reitox (2005), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

⁽¹¹⁴⁾ Per il metodo di calcolo si rimanda alla nota 53.

⁽¹¹⁵⁾ Cfr. i grafici GPS-15 e GPS-16 nel bollettino statistico 2006.

il consumo una tantum va dallo 0,4 % al 18,7 %, con i dati più alti riferiti da Repubblica ceca (18,7 %) ⁽¹¹⁶⁾ e Regno Unito (10,7 %), e con percentuali più elevate di consumo tra i ragazzi (0,3-23,2 %) rispetto alle ragazze (0,4-13,9 %). Il consumo nell'ultimo anno va dallo 0,3 % al 12 %, con Repubblica ceca (12 %) ed Estonia (6,1 %) tra i paesi più colpiti dal fenomeno (grafico 5). Sette paesi segnalano una prevalenza nell'ultimo mese inferiore al 3 %. I tassi di prevalenza sono più alti in genere nelle zone urbane, in particolare tra i giovani che frequentano discoteche, club o eventi danzanti (cfr. la questione specifica sul consumo di droga negli ambienti ricreativi).

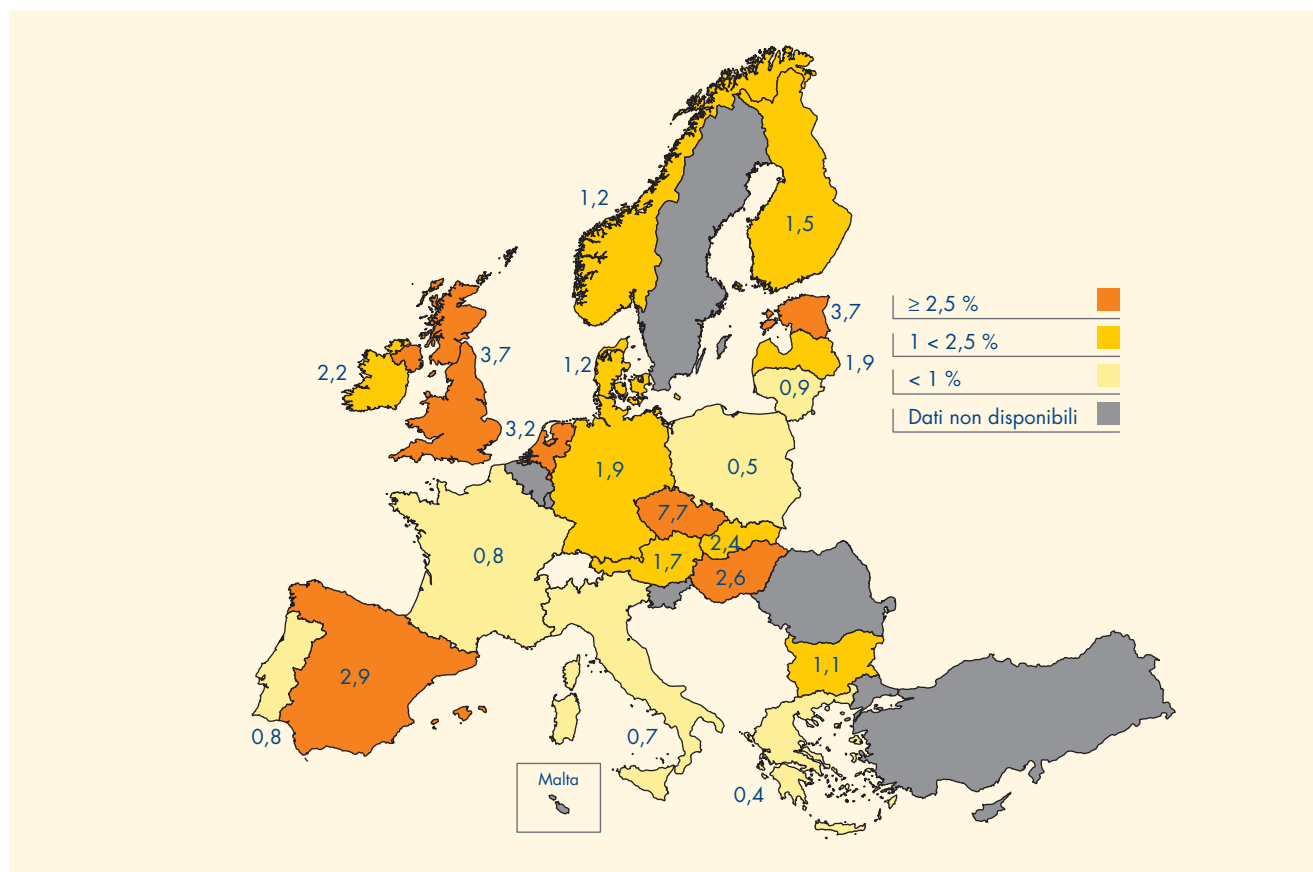
Le indagini condotte tra gli studenti di 15-16 anni mostrano che la prevalenza una tantum del consumo di ecstasy è aumentata nel periodo compreso tra il 1995 e il 2003, con i principali incrementi registrati nella Repubblica ceca e nella maggior parte dei nuovi Stati membri ⁽¹¹⁷⁾. Nelle indagini ESPAD realizzate nelle scuole nel 2003 (Hibell

e altri, 2004), la prevalenza una tantum del consumo di anfetamine è rimasta più alta rispetto al dato riferito all'ecstasy dell'1-3 % in sei Stati membri (Germania, Danimarca, Estonia, Lituania, Austria e Polonia) ⁽¹¹⁸⁾.

Per fare un confronto con gli Stati Uniti, l'indagine nazionale realizzata negli USA nel 2004 sul rapporto tra consumo di droga e salute, il 4,6 % degli adulti (definiti come soggetti di almeno 12 anni di età) ammette di fare un uso una tantum di ecstasy e lo 0,8 % dichiara di averne fatto uso nell'ultimo anno (i dati corrispondenti per l'Unione europea sono, rispettivamente, il 2,6 % e lo 0,9 %). Tra i giovani adulti di 16-34 anni, l'esperienza una tantum è dell'11,3 % e il consumo nell'ultimo anno del 2,2 % (5,2 % e 1,9 % rispettivamente in Europa) ⁽¹¹⁹⁾.

L'esperienza una tantum del consumo di LSD tra gli adulti è compresa tra lo 0,2 % e il 5,9 %, con i due terzi dei paesi che riferisce una prevalenza tra 0,4 e 1,7 %. Tra

Grafico 5: Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di ecstasy tra i giovani adulti (15-34 anni)



NB: i dati provengono dalle più recenti indagini nazionali disponibili in ogni paese all'epoca della segnalazione. Per maggiori informazioni cfr. le tabelle GPS-8 e GPS-11 nel bollettino statistico 2006.

Fonti: relazioni nazionali Reitox (2005), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

⁽¹¹⁶⁾ Nella Repubblica ceca la fascia di età analizzata è quella dei ragazzi di 18-24 anni.

⁽¹¹⁷⁾ Cfr. il grafico EYE-2 (parte i) nel bollettino statistico 2006.

⁽¹¹⁸⁾ Cfr. il grafico EYE-2 (parte vi) nel bollettino statistico 2006.

⁽¹¹⁹⁾ Fonte: Samhsa, Ufficio studi applicati, 2004 «National Survey on Drug Use and Health» (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Va notato che la fascia d'età dell'indagine statunitense (12 anni e oltre) è più ampia della fascia d'età segnalata dall'OEDT per le indagini a livello UE (15-64 anni). I dati relativi ai «giovani adulti» (16-34 anni) per l'indagine statunitense sono stati ricalcolati dall'OEDT.

i giovani adulti (15-34 anni) la prevalenza una tantum del consumo di LSD va dallo 0,3 % al 9 %, mentre nel gruppo dei giovani di 15-24 anni non supera il 4,5 %. La prevalenza del consumo di questa sostanza nell'ultimo anno nella fascia di età compresa tra i 15 e i 24 anni supera l'1 % soltanto in Repubblica ceca, Estonia, Lettonia, Ungheria, Polonia e Bulgaria.

Tendenze

Le nuove indagini condotte nella popolazione rivelano che il consumo di anfetamine ed ecstasy, che negli ultimi anni ha fatto registrare una tendenza all'aumento, potrebbe essersi stabilizzato o potrebbe essere persino in calo. Sembra che nel Regno Unito, così come in altri due Stati membri dove il consumo di queste sostanze è stato relativamente alto (Repubblica ceca e Spagna), il consumo di anfetamine nell'ultimo anno tra i giovani adulti si stia stabilizzando o sia in calo ⁽¹²⁰⁾. Anche il consumo di ecstasy sembra stabilizzarsi o diminuire in due paesi ad alta prevalenza, Spagna e Regno Unito, ma non nella Repubblica ceca ⁽¹²¹⁾.

Dati relativi alla domanda di trattamento — Anfetamine ed ecstasy ⁽¹²²⁾

Benché il numero di domande di trattamento correlate all'uso di anfetamine ed ecstasy sia in crescita, in generale soltanto in rari casi questa forma di consumo di stupefacenti rappresenta, nella maggior parte dei paesi, il principale motivo per rivolgersi a un centro terapeutico specializzato ⁽¹²³⁾. Un ristretto numero di paesi segnala una percentuale elevata di richieste di trattamento relative al consumo di anfetamina o metanfetamina. Nella Repubblica ceca, in Slovacchia, Finlandia e Svezia queste sostanze sono menzionate in un numero di richieste compreso tra un quarto e la metà di tutte le richieste di trattamento ⁽¹²⁴⁾. Nella Repubblica ceca e in Slovacchia buona parte delle richieste di trattamento segnalate si riferisce a un problema primario con metanfetamine (cfr. il riquadro sulla metanfetamina). Nei paesi in cui i consumatori di anfetamine rappresentano una percentuale significativa dei soggetti che fanno domanda di trattamento, un numero compreso tra un terzo e due terzi dei consumatori si somministra la droga per via parentelare ⁽¹²⁵⁾.

È stato segnalato che le richieste di trattamento relative al consumo di ecstasy rappresentano meno dell'1 % di tutte le richieste di trattamento nella maggior parte dei paesi, con l'eccezione di Cipro, Ungheria, Irlanda e Turchia, dove

Consumo di metanfetamina e problemi correlati

Problemi significativi relativi all'uso delle metanfetamine sono stati riferiti in molte parti del mondo, tra cui USA, Asia sudorientale e Pacifico, e Africa (UNODC, 2006). Il consumo di metanfetamine può creare problemi medici gravi, tra cui psicosi e dipendenza, e può essere associato a comportamenti a rischio, alcuni dei quali possono provocare la trasmissione del virus HIV.

Storicamente, il consumo di metanfetamina in Europa è concentrato nella Repubblica ceca, dove si calcola che vi siano il doppio di consumatori di metanfetamina (pervitina) (20 300) rispetto ai consumatori problematici di oppiacei (9 700). Di recente la metanfetamina è diventata la droga primaria menzionata più di frequente tra le persone che per la prima volta fanno richiesta di trattamento in Slovacchia, mentre elevati livelli di consumo di metanfetamine sono stati scoperti anche in alcuni sottogruppi della popolazione in Ungheria. Nelle relazioni Reitox del 2005, altri sette paesi (Danimarca, Francia, Lettonia, Slovenia, Regno Unito, Bulgaria e Norvegia) hanno riferito un aumento dei sequestri e/o del consumo di questa sostanza, perlopiù tra i frequenti avventori di club e feste. Attualmente le informazioni disponibili non consentono di trarre conclusioni certe sulle tendenze del consumo di metanfetamine in questi paesi. Nonostante ciò, la diffusione della metanfetamina in altre regioni del mondo e le potenzialità che questa sostanza provochi problemi di salute importanti impongono di continuare a prestare la massima attenzione a questo problema.

i pazienti con problemi di ecstasy rappresentano il 4-6 % di tutti i pazienti che fanno domanda di trattamento.

Tendenze nuove ed emergenti nel consumo di droga

Le stime sulla prevalenza del consumo di nuovi stupefacenti o di stupefacenti emergenti sono molto più basse rispetto a quelle sul consumo di sostanze illecite più tradizionali. È probabile che nuove forme di consumo di droga siano inizialmente adottate da poche persone, all'interno di piccoli sottogruppi o in zone geografiche o in ambienti circoscritti. Di conseguenza, l'individuazione e il monitoraggio delle tendenze emergenti richiede un approccio diverso rispetto a quello usato per il monitoraggio dei principali tipi di consumo di droga.

⁽¹²⁰⁾ Cfr. i grafici GPS-6 e GPS-17 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹²¹⁾ Cfr. le tabelle GPS-8, GPS-18 e GPS-30 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹²²⁾ Cfr. la nota 70.

⁽¹²³⁾ Cfr. il grafico TDI-1 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹²⁴⁾ Cfr. la tabella TDI-5 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹²⁵⁾ Cfr. la tabella TDI-17 (parte iii) nel bollettino statistico 2006.

Funghi allucinogeni: caso studio su una tendenza emergente

Fino a non molto tempo fa, l'LSD era la sostanza allucinogena più usata. È possibile che adesso la tendenza stia cambiando, poiché l'uso di funghi allucinogeni viene riferito con sempre maggior frequenza ⁽¹²⁶⁾. La disponibilità dei funghi allucinogeni sembra essere aumentata dall'inizio degli anni novanta, quando queste sostanze hanno iniziato a essere commercializzate assieme ad altri prodotti «naturali» negli «smart shops» nei Paesi Bassi e altrove ⁽¹²⁷⁾. Nel Regno Unito, per esempio, con l'inizio del nuovo millennio è aumentato il numero di negozi che vendono funghi allucinogeni; nel 2005 queste sostanze venivano vendute in circa 300 negozi e chioschi di vendita in tutto il paese. È in crescita anche la vendita dei funghi allucinogeni via Internet, con la diffusione di siti, prevalentemente di origine olandese, che propongono funghi freschi, kit per la coltivazione e impronte sporali. La vendita online di funghi allucinogeni avviene in più lingue, tra le quali predominano inglese, francese e tedesco, dal che si deduce che esiste un'ampia base di consumatori internazionali.

Da recenti indagini condotte tra adulti e studenti nell'Unione europea si evince che tra i giovani di 15-24 anni il consumo di funghi allucinogeni è compreso in una percentuale che va da meno dell'1 % all'8 % ⁽¹²⁸⁾. La prevalenza di consumo di funghi allucinogeni tra i ragazzi di 15-16 anni è equivalente o superiore alla prevalenza di consumo di ecstasy in nove Stati membri dell'Unione europea (Hibell e altri, 2004). Tuttavia, vi sono segnali che le «percentuali di continuità» sono inferiori per i funghi allucinogeni rispetto alla maggior parte delle altre droghe. Questo è un aspetto caratteristico del consumo di sostanze allucinogene, dovuto al fatto che i giovani generalmente scelgono di circoscrivere l'uso di queste sostanze alla sperimentazione e raramente sviluppano modelli di consumo regolare.

Le segnalazioni di problemi di salute di natura acuta o cronica dovuti al consumo di funghi allucinogeni, di gravità tale da richiedere un intervento medico, sono rare. Alcuni paesi, tuttavia, hanno modificato le proprie normative in reazione all'uso di queste sostanze allucinogene da parte dei giovani. Benché gli ingredienti attivi dei funghi (psilocibina e psilocina) siano già controllati a livello internazionale dalla convenzione delle Nazioni Unite sulle sostanze psicotrope del 1971, fino a non molto tempo fa il compito di capire se e quando la presenza all'interno di un fungo sia proibita è stato spesso demandato alle autorità

giudiziarie, per evitare di penalizzare i proprietari di terreni sui quali questi funghi crescono spontaneamente. Negli ultimi cinque anni sei paesi hanno introdotto norme più severe al riguardo (Danimarca, Germania, Estonia, Irlanda, Paesi Bassi e Regno Unito). Tra i cambiamenti previsti da questi paesi si annovera l'estensione del divieto fino a includere i funghi allucinogeni, sebbene i controlli di legge non sempre si applichino esattamente agli stessi funghi o preparati.

Nel 2004 sequestri di funghi allucinogeni sono stati riferiti in Repubblica ceca, Germania, Estonia, Grecia, Lituania, Ungheria, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Slovenia, Slovacchia, Svezia e Norvegia ⁽¹²⁹⁾. Il numero e la quantità di sequestri di funghi allucinogeni da parte delle autorità di polizia sono generalmente bassi; dai dati raccolti non emergono tendenze chiare.

GHB e chetamina

Gamma-idrossibutirato (GHB) e chetamina sono monitorate da quando nel 2000 sono dilagate nel territorio europeo i timori sull'abuso di queste sostanze per scopi edonistici ⁽¹³⁰⁾. Nel marzo 2001 il sistema delle Nazioni Unite di controllo degli stupefacenti ha inserito il GHB nell'elenco delle sostanze controllate a livello internazionale, con la conseguenza che tutti gli Stati membri dell'Unione europea hanno aggiornato la propria legislazione in materia. Di recente, nel marzo 2006, l'INCB ha raccomandato all'OMS di accelerare la sua revisione per capire se la chetamina dovesse essere sottoposta al controllo internazionale (INCB, 2006a). A livello nazionale, in quasi la metà degli Stati membri dell'UE la chetamina è controllata nell'ambito della legislazione sugli stupefacenti e non di quella sui medicinali.

I pochi dati disponibili sulla prevalenza di GHB e chetamina indicano che l'uso di queste sostanze si è stabilizzato a livelli bassi nella maggior parte dei paesi. Dagli studi sulle popolazioni con un'alta prevalenza di consumo risulta che, anche tra i regolari consumatori di stupefacenti per uso edonistico, entrambe queste sostanze sono usate meno di frequente rispetto ad altre, quali anfetamine, ecstasy, LSD e funghi allucinogeni.

I decessi e le emergenze non letali riferite in relazione all'uso di GHB e chetamina sono estremamente rari. Tuttavia, l'assenza di sistemi accurati e tra loro confrontabili di segnalazione dei decessi e delle emergenze non letali correlati all'uso di queste sostanze limita i dati disponibili al riguardo. Due paesi hanno segnalato decessi riconducibili al consumo di GHB, in genere in associazione con altre

⁽¹²⁶⁾ In questa relazione l'espressione «funghi allucinogeni» si riferisce soltanto ai funghi contenenti le sostanze psicoattive psilocibina e psilocina. Le specie di funghi contenenti altre sostanze psicoattive sono usate più raramente. Per maggiori informazioni cfr. il documento tematico dell'OEDT sui funghi allucinogeni (www.emcdda.europa.eu/?nodeid=400).

⁽¹²⁷⁾ Si tratta di negozi che vendono prodotti leciti, prevalentemente naturali, tra cui i funghi allucinogeni.

⁽¹²⁸⁾ Dati dell'OEDT dal «Questionario europeo». Undici Stati membri forniscono dati sui funghi allucinogeni (Repubblica ceca, Danimarca, Germania, Francia, Irlanda, Lituania, Ungheria, Paesi Bassi, Polonia, Finlandia, Regno Unito).

⁽¹²⁹⁾ Relazioni nazionali Reitox (Germania, Estonia, Paesi Bassi, Norvegia) e questionario dell'OEDT sulla rete di sistemi di allarme precoce (Repubblica ceca, Grecia, Ungheria, Polonia, Portogallo, Slovenia, Slovacchia, Svezia).

⁽¹³⁰⁾ Relazione sulla valutazione del rischio 2000 nell'ambito dell'azione comune.

droghe. Il servizio sanitario municipale di Amsterdam ha registrato un incremento del numero annuo di emergenze non letali legato al consumo di GHB da 25 casi nel 2000 a 98 nel 2004, ossia più del numero di emergenze mediche attribuite al consumo di ecstasy, anfetamine, LSD o funghi allucinogeni. In Svezia, la presenza di GHB (o dei suoi precursori GBL e 1,4-BD) in campioni di liquidi organici è aumentata da 24 nel 1997 a 367 nel 2004. In Svezia sono stati registrati decessi correlati al consumo di GHB: tra il 1996 e il 2004 la droga è stata rinvenuta in 36 decessi per droga, di cui nove registrati nel 2004. In Inghilterra e nel Galles il GHB è stato menzionato nel 2003 nella relazione del giudice di prima istanza di tre decessi, per uno dei quali GHB era l'unica droga menzionata (ONS, 2006). Tuttavia, le informazioni tossicologiche provenienti da un ospedale del Regno Unito e riferite a un'ampia regione indicano che il GHB è stato menzionato in cinque casi di decesso tra maggio e dicembre 2005 ⁽¹³¹⁾.

Essendo solubile in acqua e in alcol e a causa dei suoi effetti potenzialmente debilitanti, spesso seguiti da amnesia, si teme che il GHB possa essere usato nelle aggressioni sessuali con l'aiuto della droga (i cosiddetti «date rapes», appuntamenti stupro). Tuttavia, dal momento che molti casi non vengono denunciati e poiché gli elementi probatori sono scarsi e questi reati sono difficili da dimostrare, non esistono solidi elementi che danno un quadro fedele della portata di questo fenomeno. Sono necessari pertanto ulteriori studi per determinare la natura e l'estensione di questo fenomeno potenzialmente allarmante.

Azioni relative alle nuove droghe

Nel 2005, con il passaggio dall'azione comune del 1997 alla nuova decisione del Consiglio (2005/387/GAI), la transizione è stata facile, senza interruzioni nello scambio di informazioni. Per la prima volta è stato notificato all'OEDT e all'Europol un totale di 14 nuove sostanze psicoattive. Si tratta di droghe psicotrope (sintetiche), simili a quelle elencate negli allegati I e II della convenzione delle Nazioni Unite del 1971 sulle sostanze psicotrope. Le nuove sostanze notificate appartengono a tre importanti gruppi chimici: fenetilamine, triptamine e piperazine. Varie sostanze appartenenti a questi gruppi sono state notificate in passato e sono attualmente notificate attraverso il sistema di allarme rapido (EWS) ⁽¹³²⁾.

La novità più significativa nel 2005 è stata la comparsa e la rapida diffusione della nuova sostanza psicoattiva 1-(3-clorofenil)piperazina (mCPP). La mCPP è una piperazina di aril sostituito, come la benzilpiperazina (BZP), una sostanza monitorata dall'EWS dal 1999. Le prime notifiche ufficiali di individuazione della mCPP sono state inviate all'OEDT e all'Europol nel febbraio/marzo 2005 e riguardano

Decisione del Consiglio sulle nuove sostanze psicoattive

La decisione 2005/387/GAI del Consiglio del 10 maggio 2005 relativa allo scambio di informazioni, alla valutazione dei rischi e al controllo delle nuove sostanze psicoattive ⁽¹⁾ istituisce un meccanismo per lo scambio rapido di informazioni in materia di nuove sostanze psicoattive che rappresentano una minaccia sociale e per la salute pubblica, consentendo quindi alle istituzioni dell'Unione europea e agli Stati membri di agire sia sulle nuove droghe sia sulle nuove sostanze psicotrope che compaiono sulla scena europea. All'OEDT e all'Europol, in stretta collaborazione con le loro reti — rispettivamente i punti focali nazionali Reitox (NFP) e le unità nazionali dell'Europol (ENU) — è stato assegnato un ruolo centrale nell'individuazione e nella notificazione delle sostanze psicoattive. La decisione prevede inoltre una valutazione dei rischi connessi con queste nuove sostanze, affinché le misure applicabili negli Stati membri per il controllo degli stupefacenti e delle sostanze psicotrope ⁽²⁾ possano essere applicate, se del caso, alle nuove sostanze psicoattive. La decisione estende il campo di applicazione dell'azione comune del 1997 ⁽³⁾, incentrata esclusivamente sulle nuove droghe sintetiche, e la sostituisce. La decisione, tuttavia, mantiene l'approccio in tre fasi già sperimentato dall'azione comune: scambio di informazioni/allarme rapido, valutazione del rischio e processo decisionale.

⁽¹⁾ La decisione 2005/387/GAI del Consiglio relativa allo scambio di informazioni, alla valutazione dei rischi e al controllo delle nuove sostanze psicoattive è stata pubblicata nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea* il 20 maggio 2005 (GU L 127, pagg. 32-37) ed è entrata in vigore il 21 maggio 2005. La decisione si applica alle sostanze che attualmente non sono comprese in nessuno degli allegati delle convenzioni delle Nazioni Unite sugli stupefacenti del 1961 e del 1971.

⁽²⁾ In conformità con le disposizioni della Convenzione unica delle Nazioni Unite del 1961 sugli stupefacenti e della Convenzione delle Nazioni Unite del 1971 sulle sostanze psicotrope.

⁽³⁾ Azione comune del 16 giugno 1997 riguardante lo scambio di informazioni, la valutazione dei rischi e il controllo delle nuove droghe sintetiche (GU L 167, del 25.6.1997).

campioni raccolti in Francia e Svezia. Alla fine del 2005 le forze di polizia avevano sequestrato o trovato pasticche a base di mCPP nell'ambito di diverse attività ricreative (danza all'aria aperta/festival musicali, locali da ballo etc.) in quasi tutti gli Stati membri. Nella quasi totalità dei casi le pasticche erano state fabbricate in modo che somigliassero all'ecstasy e presumibilmente vendute come ecstasy. La droga è perlopiù disponibile sotto forma di pasticca e gli effetti soggettivi di mCPP e MDMA possono essere parzialmente equiparati (Bossong e altri, 2005). Inoltre, spesso la mCPP viene associata alla MDMA. Essendo improbabile che questo sia il frutto di una contaminazione

⁽¹³¹⁾ Informazioni dall'EWS. È probabile che il numero relativamente alto di decessi correlati al GHB riferito in questa relazione rifletta l'interesse per questa sostanza da parte dei ricercatori del laboratorio dell'ospedale.

⁽¹³²⁾ Delle nove nuove droghe sintetiche sottoposte a valutazione del rischio tra il 1997 e il 2004 nell'ambito dell'azione comune, tutte e sei le sostanze successivamente soggette a controllo a livello comunitario erano fenetilamine.

accidentale, sembra di capire che l'aggiunta intenzionale di mCPP sia fatta per potenziare o modificare gli effetti della MDMA. La domanda specifica o il mercato specifico della mCPP sembrano di poco conto nell'Unione europea.

Dal 1997, epoca in cui l'EWS ha iniziato a monitorare le nuove droghe (sintetiche), la mCPP è la sostanza individuata più spesso dagli Stati membri rispetto ad altre nuove sostanze psicoattive. Nell'arco di un anno è stata individuata in 20 Stati membri, in Romania e Norvegia.

In una relazione congiunta l'OEDT e l'Europol hanno raccomandato, in linea con le disposizioni della decisione del Consiglio, che non venga svolta una valutazione del rischio formale, poiché risulta che l'mCPP è usata nella produzione di almeno un prodotto medicinale. Tuttavia, si è osservato che, nonostante vi siano attualmente poche segnalazioni di rischio significativo per la salute pubblica o a livello sociale derivante dal consumo di mCPP, la questione deve rimanere aperta in assenza di un'approfondita valutazione scientifica del rischio.

Evoluzione del consumo di stupefacenti negli ambienti ricreativi, nella *Relazione annuale 2006 dell'OEDT*, «Questioni specifiche»

Consumo di stupefacenti e attività ricreative dei giovani sono due aspetti spesso correlati. In particolare, gli studi sui giovani che frequentano eventi musicali e danzanti riferiscono in maniera coerente dati sulla prevalenza del consumo di stupefacenti enormemente più alti rispetto a quelli raccolti nelle indagini condotte sulla popolazione in generale, con livelli sovente particolarmente alti di consumo di sostanze stimolanti. Le differenze da paese a paese si possono spiegare in termini di varietà degli ambienti notturni commerciali, di cultura musicale, di disponibilità delle sostanze stupefacenti e di livelli di reddito conseguiti? Questa questione specifica cerca di dare una risposta a tale domanda.

L'evoluzione della promozione delle droghe ricreative tramite Internet e del consumo stesso di stupefacenti a scopo edonistico offre nuove sfide ai settori della politica in materia di stupefacenti, della prevenzione e dell'educazione ai rischi. Tali sfide vengono passate in rassegna in questa questione specifica, che esamina anche in dettaglio le iniziative innovative di prevenzione del consumo di stupefacenti e di riduzione dei rischi introdotte nell'Unione europea nell'ultimo decennio in risposta al problema complesso dell'interazione delle attività ricreative e del consumo di stupefacenti da parte dei giovani.

Questa questione specifica è disponibile solo in lingua inglese, in formato cartaceo («Developments in drug use within recreational settings», in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) e in formato elettronico su Internet (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



Capitolo 5

Cocaina e cocaina crack

Offerta e disponibilità di cocaina ⁽¹³³⁾

Produzione e traffico

La cocaina è la droga più venduta al mondo, dopo le foglie e la resina di cannabis. In termini di quantitativi sequestrati (578 tonnellate in tutto il mondo nel 2004) il traffico di cocaina ha continuato a prevalere nell'America meridionale (44 %) e settentrionale (34 %), seguite dall'Europa occidentale e centrale (15 %) (CND, 2006).

La Colombia è di gran lunga la massima fonte di produzione illecita di coca nel mondo, seguita dal Perù e dalla Bolivia. Nel 2004 la produzione globale di cocaina è stata stimata a 687 tonnellate, cui la Colombia ha contribuito con il 56 %, il Perù con il 28 % e la Bolivia con il 16 % (UNODC, 2005). La maggior parte della cocaina sequestrata in Europa proviene direttamente dal Sud America (Colombia), oppure transita in America centrale e nei Caraibi. Nel 2004 Suriname, Brasile, Argentina, Venezuela, Ecuador, Curaçao, Giamaica, Messico, Guyana e Panama sono stati segnalati come paesi di transito della cocaina importata nell'Unione europea (relazioni nazionali Reitox, 2005; OMD, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). Altre zone di transito sono le regioni dell'Africa, in particolare l'Africa occidentale e i paesi del golfo di Guinea (perlopiù Nigeria), ma anche l'Africa orientale (Kenya) e l'Africa nordoccidentale attraverso le isole al largo della costa di Mauritania e Senegal (CND, 2006; INCB, 2006a). I principali punti di ingresso nell'Unione europea rimangono Spagna, Paesi Bassi e Portogallo, in misura minore, Belgio, Francia e Regno Unito (relazioni nazionali Reitox, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Benché Spagna e Paesi Bassi continuino a ricoprire un ruolo importante come punti di distribuzione della cocaina in ingresso nell'Unione europea, l'intensificazione dei controlli lungo la

costa settentrionale della Spagna (Galizia) e la politica dei controlli totali sui voli provenienti da determinati paesi ⁽¹³⁴⁾ presso l'aeroporto di Schipol (Amsterdam) possono aver contribuito in parte all'individuazione e all'uso sempre più massiccio di vie alternative, per esempio attraverso l'Africa, ma anche l'Europa orientale e centrale, e a una distribuzione secondaria da qui all'Europa occidentale (relazioni nazionali Reitox, 2005; OMD, 2005; INCB, 2006a).

Sequestri

Nel 2004 sono state intercettate nell'Unione europea, nell'ambito di 60 000 sequestri effettuati, 74 tonnellate di cocaina. La maggior parte dei sequestri di cocaina è stata effettuata nei paesi dell'Europa occidentale, soprattutto in Spagna, dove vengono segnalati circa la metà dei sequestri e dei quantitativi recuperati nell'Unione europea negli ultimi 5 anni ⁽¹³⁵⁾. Nel periodo 1999-2004 il numero di sequestri di cocaina ⁽¹³⁶⁾ è aumentato in generale a livello europeo, mentre i quantitativi intercettati ⁽¹³⁷⁾ hanno oscillato, mostrando comunque una tendenza all'aumento. Tuttavia, stando a quanto riferito dai paesi per i quali si dispone di informazioni, i quantitativi sequestrati sembrano essere diminuiti nel 2004, forse per via dell'eccezionale volume di sostanze illecite recuperato in Spagna l'anno precedente.

Prezzo e purezza

Nel 2004 il prezzo medio al dettaglio della cocaina nell'Unione europea è stato estremamente variabile, compreso tra 41 euro al grammo in Belgio agli oltre 100 euro al grammo a Cipro, in Romania e in Norvegia ⁽¹³⁸⁾. I prezzi medi della cocaina, corretti dell'inflazione ⁽¹³⁹⁾, hanno fatto registrare una tendenza generale alla diminuzione nel periodo 1999-2004 in tutti i paesi per i quali si dispone di informazioni ⁽¹⁴⁰⁾,

⁽¹³³⁾ Cfr. «Interpretazione dei dati sui sequestri e di altre informazioni sul mercato», pag. 37.

⁽¹³⁴⁾ Tutti i voli dalle Antille olandesi, da Aruba, Suriname, Perù, Venezuela ed Ecuador sono controllati al 100 %; nel 2004, 3 466 corrieri della droga sono stati arrestati a seguito di questi controlli e 620 a seguito dei controlli regolari (relazione nazionale olandese).

⁽¹³⁵⁾ L'affermazione andrebbe verificata alla luce dei dati ancora mancanti riferiti al 2004, una volta che si renderanno disponibili. I dati sul numero di sequestri di cocaina e sui quantitativi sequestrati nel 2004 non erano disponibili per l'Irlanda e Regno Unito; i dati riguardanti il numero di sequestri di cocaina avvenuti nel 2004 non erano disponibili per i Paesi Bassi. Per poter fare previsioni, i dati mancanti nel 2004 sono stati sostituiti con i dati del 2003. I dati sui quantitativi sequestrati nel 2004 forniti dai Paesi Bassi sono soltanto previsioni e quindi non possono essere inseriti nell'analisi dell'evoluzione fino al 2004.

⁽¹³⁶⁾ Cfr. la tabella SZR-9 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹³⁷⁾ Cfr. la tabella SZR-10 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹³⁸⁾ Cfr. la tabella PPP-3 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹³⁹⁾ Prendendo come anno di partenza per il valore del denaro in tutti i paesi il 1999.

⁽¹⁴⁰⁾ Nel periodo 1999-2004 i dati sui prezzi della cocaina erano disponibili per almeno tre anni consecutivi in Belgio, Repubblica ceca, Germania, Spagna, Francia, Irlanda, Cipro, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Polonia, Portogallo, Slovenia, Svezia, Regno Unito, Bulgaria, Turchia e Norvegia.

a eccezione del Lussemburgo, dove sono scesi fino al 2002 e poi aumentati, e della Norvegia, dove hanno subito un'impennata nel 2001 per stabilizzarsi in seguito.

Rispetto all'eroina, la purezza media della cocaina a livello di prodotto al consumo è elevata: nel 2004 andava dal 24 % in Danimarca fino all'80 % in Polonia, mentre la maggior parte dei paesi riporta una purezza del 40-65 % ⁽¹⁴¹⁾. I dati disponibili per il 1999-2004 indicano un aumento generale della purezza media della cocaina nella maggior parte dei paesi che dispongono di informazioni ⁽¹⁴²⁾, ma una diminuzione in Estonia (dal 2003), Francia e Lituania, nonché una stabilizzazione in Lussemburgo e Austria.

Azione internazionale contro la produzione e il traffico di cocaina

Il progetto COLA, gestito dall'Europol, si prefigge di individuare e di colpire i gruppi criminali latino americani ed i gruppi a questi associati che operano a destinazione e all'interno dell'Unione europea e che si occupano soprattutto del traffico di cocaina. In particolare, offre sostegno operativo alle indagini effettive negli Stati membri partecipanti al progetto, migliorando il quadro fornito dall'intelligence strategica. Un progetto a questo complementare è il sistema dell'Europol dei logo per la cocaina, che raccoglie in un catalogo aggiornato annualmente, le operazioni e le informazioni fotografiche o di altro genere sui sequestri di cocaina e sui logotipi/marchi applicati sulle droghe e sui loro imballaggi, allo scopo di individuare le analogie tra i sequestri e di promuovere la cooperazione e lo scambio di informazioni tra le forze di polizia a livello internazionale (Europol, 2006).

L'operazione Porpora, un programma in corso dal 1999, è stata concepita per impedire la diversione del permanganato di potassio ⁽¹⁴³⁾ dal commercio lecito verso la produzione illecita di cocaina, in particolare nelle Americhe. Il commercio lecito del permanganato di potassio è esteso: dal 1999, 30 paesi o territori esportatori hanno inoltrato all'INCB 4 380 notifiche preventive all'esportazione, per un totale di oltre 136 560 tonnellate di permanganato di potassio. Dal 1999, a causa dei dubbi sulla legittimità degli ordini o dei consumatori finali, sono stati fermati o sequestrati 233 carichi, per un totale di 14 316 tonnellate di sostanza, e le diversioni sono state individuate. Nel 2004 sono state sequestrate in Europa 1,4 tonnellate di permanganato di potassio, soprattutto nella Federazione russa, seguita da Romania e Ucraina ⁽¹⁴⁴⁾ (INCB, 2006b).

Pare che i trafficanti abbiano trovato il modo di evitare i controlli e i meccanismi di monitoraggio introdotti nell'ambito dell'operazione Porpora. Infatti, se l'Asia non è coinvolta nella produzione illecita di cocaina, crescono i timori che i trafficanti possano aver preso di mira questa regione per la diversione del permanganato di potassio dal commercio lecito. Si teme inoltre che i trafficanti possano aver scelto la sottoregione andina per la diversione del permanganato di potassio, attraverso i Caraibi. Di conseguenza, pur riconoscendo all'operazione un certo successo nell'individuazione delle transazioni sospette e nel blocco dei carichi, l'INCB (2006b) ha invitato i governi ad elaborare procedure operative atte a recuperare informazioni dai sequestri nei laboratori di cocaina, in modo da risalire alla fonte dei prodotti chimici, individuare i paesi di transito e indagare sulle società commerciali, rendendo più difficile per i trafficanti spostare le proprie attività.

Prevalenza e modelli di consumo di cocaina

In base alle recenti indagini nazionali condotte sulla popolazione, si calcola che circa 10 milioni di europei ⁽¹⁴⁵⁾ hanno provato almeno una volta la cocaina (prevalenza una tantum), pari al 3 % e più della totalità degli adulti ⁽¹⁴⁶⁾. Le cifre nazionali sul consumo riferito sono comprese tra lo 0,5 % e il 6 %; figurano in cima alle statistiche l'Italia (4,6 %), la Spagna (5,9 %) e il Regno Unito (6,1 %). Si calcola che circa 3,5 milioni di adulti abbiano usato la cocaina negli ultimi 12 mesi, pari all'1 % circa di tutta la popolazione adulta. Nella maggior parte dei paesi le cifre sono comprese tra lo 0,3 % e l'1 %, a eccezione di Spagna (2,7 %) e Regno Unito (2 %), che riferiscono una prevalenza più alta.

Come accade per altre droghe illecite, il consumo di cocaina è più diffuso tra i giovani adulti. L'esperienza una tantum è più elevata tra i giovani adulti di 15-34 anni, mentre il consumo nell'ultimo anno è leggermente superiore nei ragazzi di 15-24 anni. La cocaina sembra essere una droga usata prevalentemente dai ventenni, ma rispetto alla cannabis il suo consumo è meno concentrato tra i giovani. L'esperienza una tantum nella fascia della popolazione di età compresa tra i 15 e i 34 anni va dall'1 % all'10 %; ancora una volta la prevalenza maggiore si ha in Spagna (8,9 %) e nel Regno Unito (10,5 %). Il consumo negli ultimi dodici mesi va dallo 0,2 % al 4,8 %; Danimarca, Irlanda, Italia e Paesi Bassi riferiscono una percentuale del 2 % circa, mentre per Spagna e Regno Unito il dato supera il 4 % (grafico 6). I dati provenienti dalle indagini condotte nelle

⁽¹⁴¹⁾ Cfr. la tabella PPP-7 nel bollettino statistico 2006.

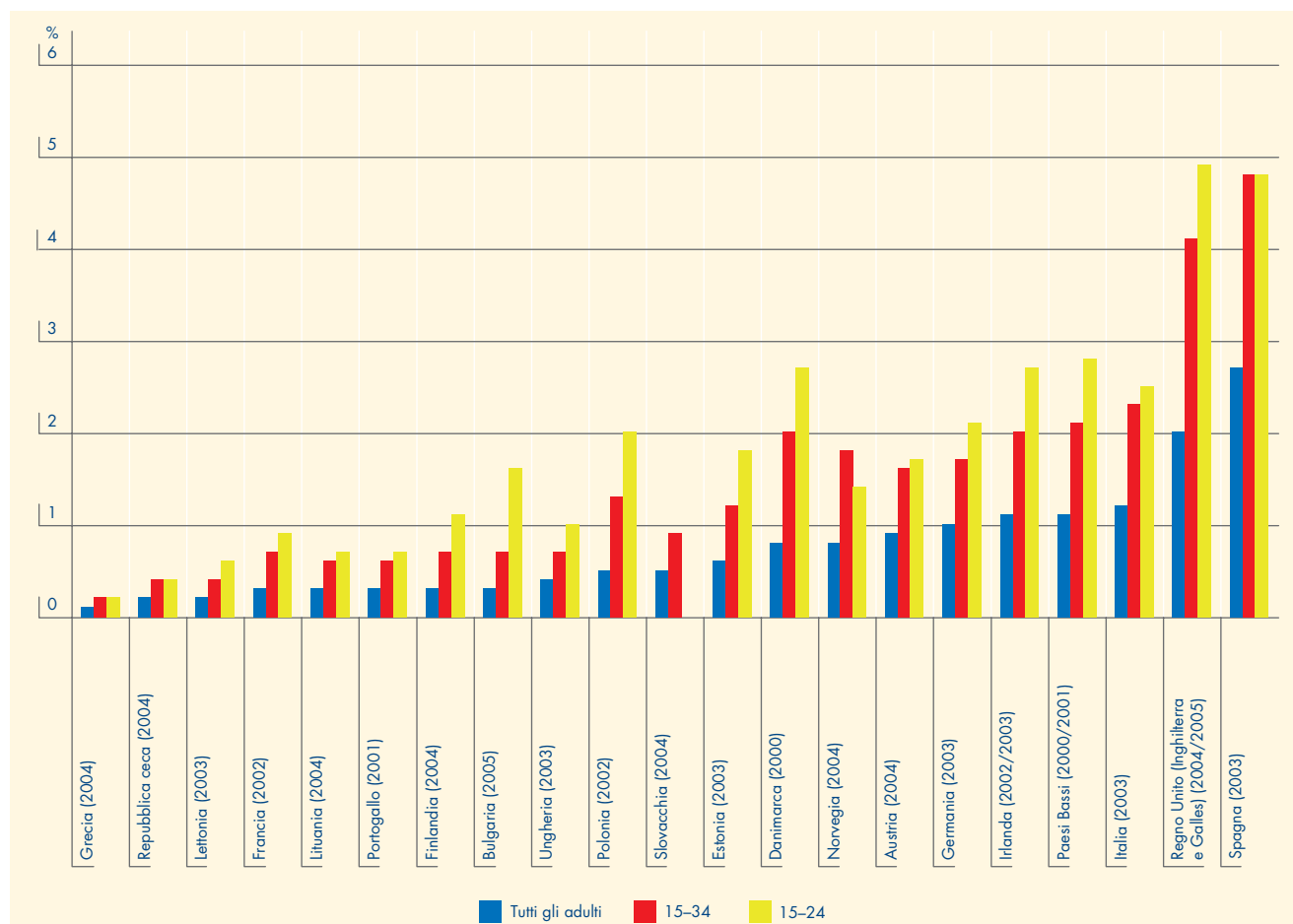
⁽¹⁴²⁾ Nel periodo 1999-2004 i dati sulla purezza della cocaina erano disponibili per almeno tre anni consecutivi in Belgio, Repubblica ceca, Danimarca, Germania, Estonia, Spagna, Francia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Ungheria, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Slovacchia, Regno Unito e Norvegia.

⁽¹⁴³⁾ Percursore usato nella produzione di cocaina e presente nella tabella I della convenzione del 1988.

⁽¹⁴⁴⁾ Questi dati non comprendono i quantitativi presenti nei carichi fermati.

⁽¹⁴⁵⁾ Calcoli basati su una media ponderata delle cifre nazionali; per maggiori dettagli cfr. la nota 53.

⁽¹⁴⁶⁾ Per le cifre dettagliate per paese, cfr. la tavola in «Indagini realizzate nella popolazione in generale» nel bollettino statistico 2006.

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

NB: i dati provengono dalle più recenti indagini nazionali disponibili in ogni paese all'epoca della segnalazione. Per maggiori informazioni cfr. le tabelle GPS-8, GPS-11 e GPS-18 nel bollettino statistico 2006.

Fonti: relazioni nazionali ReitoX (2005), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

scuole mostrano una prevalenza una tantum molto bassa per l'uso della cocaina, compresa tra lo 0 % di Cipro, Finlandia e Svezia e il 6 % della Spagna, con cifre sulla prevalenza una tantum del consumo di cocaina crack ancora inferiori, comprese cioè tra lo 0 % e il 3 % (Hibell e altri, 2004).

Il consumo di cocaina è maggiore tra i giovani di sesso maschile. Per esempio, da sondaggi effettuati in Danimarca, Germania, Spagna, Italia, Paesi Bassi, Regno Unito e Norvegia è emerso che, nella popolazione di sesso maschile di età compresa tra i 15 e i 34 anni, l'esperienza una tantum è del 5-14 %. I dati sull'uso nell'ultimo anno sono inferiori, ad eccezione di quattro paesi, che riportano cifre superiori al 3 %, e di Spagna e Regno Unito, che segnalano tassi del 6-7 % circa ⁽¹⁴⁷⁾, a suggerire che in questi Stati un giovane su 15 ha fatto uso recentemente di cocaina. La percentuale è nettamente più alta nelle zone urbane.

Nella popolazione generale il consumo di cocaina sembra rivestire un carattere occasionale, circoscritto prevalentemente ai fine settimana e ad ambienti ricreativi (bar e discoteche), dove può raggiungere livelli elevati. Le

ricerche condotte tra i giovani nei locali di ballo e negli ambienti dove si ascolta la musica in diversi paesi rivelano stime sulla prevalenza del consumo di cocaina ben superiori a quelle registrate nella popolazione generale, con percentuali per la prevalenza una tantum oscillanti tra il 10 % e il 75 % (cfr. la questione specifica sul consumo di stupefacenti negli ambienti ricreativi). Dall'indagine britannica sui reati riferita al periodo 2004-2005 è emerso un dato sulla prevalenza del consumo di droghe di «classe A» tra gli avventori di discoteche o nightclub almeno due volte superiore al tasso registrato tra coloro che non frequentano questi locali (Chivite-Matthews e altri, 2005) (cfr. anche la questione specifica sul consumo di stupefacenti negli ambienti ricreativi). In media, un terzo circa di tutti gli adulti europei che hanno provato almeno una volta la cocaina ne ha fatto uso negli ultimi 12 mesi, mentre soltanto il 13 % ammette di averne fatto uso negli ultimi 30 giorni. Per esempio, il 2-4 % degli uomini di 15-24 anni di età in Spagna, Italia, Regno Unito e Bulgaria ⁽¹⁴⁸⁾ dichiara di aver usato la cocaina negli ultimi 30 giorni. Una stima approssimativa del consumo

⁽¹⁴⁷⁾ Cfr. il grafico GPS-9 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁴⁸⁾ Indagine del 2001. L'indagine del 2003 non contiene una ripartizione in base al genere nelle fasce di età di 10 anni.

attuale di cocaina in Europa sarebbe di circa 1,5 milioni di adulti di età compresa tra i 15 e i 64 anni (pari all'80 % nella fascia di età 15-34 anni). Si tratterebbe di un valore minimo, data la probabile sottosegnalazione.

I modelli del consumo di cocaina variano a seconda dei gruppi di consumatori. Da uno studio condotto in più città europee è emerso che la stragrande maggioranza (95 %) dei consumatori socialmente integrati è solito sniffare la droga, mentre soltanto una piccola percentuale ha dichiarato di aver fumato o di essersi iniettato la sostanza; al contrario, l'uso combinato di cannabis e alcol è risultato molto frequente (Prinzleve e altri, 2004). Tra i consumatori in cura per tossicodipendenza o appartenenti ai gruppi socialmente emarginati, l'iniezione è frequente. Il consumo di crack è diffuso ad Amburgo, Londra e Parigi nonché, in misura minore, a Barcellona e a Dublino. Il consumo di crack nella popolazione europea generale sembra poco radicato. La prevalenza unitaria del consumo di crack, per esempio, è dello 0,5 % in Spagna (2003) e dello 0,8 % nel Regno Unito (Chivite-Matthews e altri, 2005). In tre paesi la prevalenza unitaria del consumo di crack è stata analizzata in ambienti quali i club, dove è risultata inferiore al consumo di eroina (Repubblica ceca: 2 %; Regno Unito: 13 %; Francia: 21 %). Ciò nonostante, l'uso del crack tra i gruppi emarginati o i consumatori di oppiacei desta apprensione in alcune città. Per esempio, in un gruppo mirato di 94 lavoratrici del sesso di strada ad Amsterdam, la prevalenza del consumo unitario di cocaina crack era estremamente alta (91 %, Korf, 2005, citato nella relazione nazionale olandese).

Per estendere il confronto a un paese terzo, negli Stati Uniti l'indagine a livello federale condotta nel 2004 su consumo di droga e salute riferisce una percentuale del 14,2 % di adulti (definiti come soggetti di almeno 12 anni di età) che ammettono di avere esperienze unitarie di consumo di cocaina, una percentuale che si discosta molto dalla media europea (3 %). Il consumo negli ultimi dodici mesi registrato è stato del 2,4 %, rispetto a una media europea dell'1 %, anche se in taluni paesi dell'Unione europea, tra cui Spagna (2,7 %) e Regno Unito (2 %), le cifre menzionate rientrano nello stesso intervallo denunciato negli Stati Uniti ⁽¹⁴⁹⁾. I dati relativamente più alti del consumo unitario negli Stati Uniti possono essere spiegati, in parte, con il fatto che in questo paese il consumo di cocaina è dilagato prima.

Le percentuali segnalate negli Stati Uniti tra i giovani adulti (16-34 anni) erano del 14,6 % per il consumo unitario, del 5,1 % per il consumo nell'ultimo anno e dell'1,7 % per il consumo nell'ultimo mese, mentre nell'Unione europea le percentuali medie riportate per i soggetti di 15-34 anni erano, rispettivamente, del 5 % circa (una tantum), del 2 % (ultimo anno) e 1 % (ultimo mese).

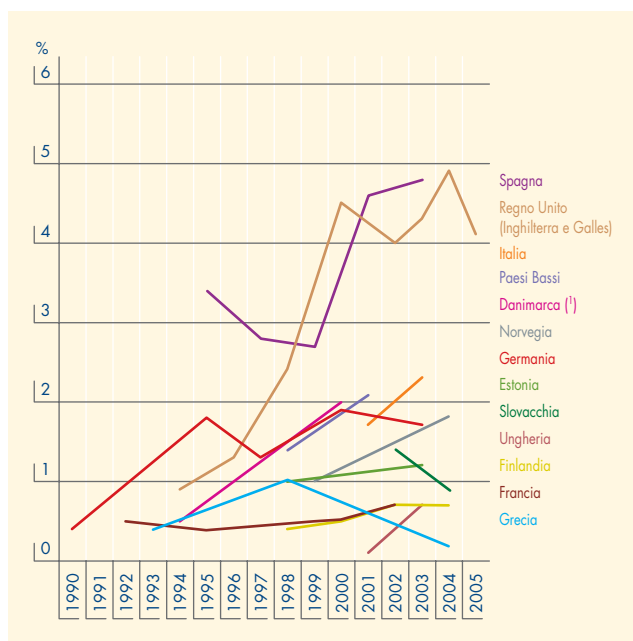
Tendenze relative al consumo di cocaina

Da qualche anno circolano timori sulla possibilità di un aumento del consumo di cocaina in Europa, sulla base di dati provenienti da fonti diverse (per esempio, indicatori di mercato, richieste di trattamento, numero di decessi). Benché le informazioni disponibili sull'evoluzione del consumo di cocaina nella popolazione stiano migliorando, grazie alle indagini ripetute condotte da un numero sempre crescente di paesi, i dati a disposizione sono comunque ancora limitati. Nel caso della cocaina si aggiungono difficoltà quali i minori tassi di prevalenza e la probabile sottosegnalazione del consumo.

Il consumo recente di cocaina (nell'ultimo anno) è aumentato nettamente nella seconda metà degli anni novanta fino al 2000 tra i giovani adulti del Regno Unito e fino al 2001 in Spagna, per poi apparentemente stabilizzarsi in anni recenti. In Germania si è osservato negli anni novanta un moderato aumento, ma ultimamente le cifre sono rimaste stabili, a livelli chiaramente inferiori rispetto a Spagna e Regno Unito (grafico 7).

Incrementi modesti del consumo recente sono stati osservati in Danimarca (fino al 2000), Italia, Ungheria, Paesi Bassi (fino al 2001) e Norvegia. Questo

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



(*) In Danimarca il dato del 1994 corrisponde alle «droghe pesanti». NB: i dati provengono dalle più recenti indagini nazionali disponibili in ogni paese all'epoca della segnalazione. Per maggiori informazioni cfr. la tabella GPS-4 nel bollettino statistico 2006.

Fonti: relazioni nazionali Reitox (2005), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

⁽¹⁴⁹⁾ Fonte: Samhsa, Ufficio studi applicati, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Va notato che la fascia d'età «tutti gli adulti» dell'indagine statunitense (12 anni e oltre) è più ampia della fascia d'età standard considerata per le indagini a livello UE (15-64 anni). Le cifre riferite al gruppo dei consumatori di 16-34 anni negli Stati Uniti sono state ricalcolate dall'OEDT.

andamento tuttavia va interpretato con cautela, essendo basato su due sole indagini per paese.

Nel caso della cocaina e di altre sostanze (per esempio, ecstasy, anfetamine, funghi allucinogeni), le tendenze potrebbero essere individuate con maggior precisione concentrando l'analisi sui gruppi nei quali il consumo di droga è più marcato, soprattutto i giovani delle zone urbane. Su queste popolazioni è condotta un'analisi più approfondita nella questione specifica sul consumo di droga negli ambienti ricreativi. Inoltre, le informazioni statistiche dovrebbero essere integrate da studi mirati condotti sui giovani in taluni gruppi selezionati (locali notturni).

Dati relativi alla domanda di trattamento ⁽¹⁵⁰⁾

Dopo gli oppiacei e la cannabis, la cocaina è la droga più di frequente segnalata come la principale sostanza usata dai soggetti che entrano in terapia, concorrendo per circa l'8 % di tutte le richieste di trattamento registrate nel 2004 nell'Unione europea ⁽¹⁵¹⁾. Va sottolineato, tuttavia, che la Spagna, un paese che riferisce in genere un numero elevato di richieste di trattamento a causa della cocaina, non ha ancora fornito informazioni al riguardo. Questa percentuale però nasconde un'ampia varietà da paese a paese: nella maggior parte degli Stati le richieste di terapia sono poche, mentre nei Paesi Bassi (37 %) e storicamente in Spagna (26 % nel 2002) la percentuale di tutti i pazienti che fanno richiesta di trattamento per consumo di cocaina è di gran lunga maggiore. Per quanto concerne i dati più recenti a disposizione, un gruppo di paesi segnala percentuali di consumatori di cocaina tra tutti i pazienti in trattamento comprese tra il 5 % e il 10 % (Danimarca, Germania, Francia, Irlanda, Italia, Cipro, Malta, Regno Unito e Turchia), mentre altrove le percentuali sono del tutto trascurabili ⁽¹⁵²⁾. In alcuni paesi le percentuali dei nuovi pazienti che chiedono di entrare in terapia per consumo di cocaina come droga primaria sono superiori ai dati relativi alla totalità dei pazienti ⁽¹⁵³⁾. La cocaina è inoltre menzionata dal 12 % circa dei nuovi pazienti che fanno richiesta di trattamento. Sempre la cocaina è infine riferita come droga secondaria dal 12 % circa dei nuovi pazienti ⁽¹⁵⁴⁾.

Negli anni scorsi si è osservato un costante aumento del numero di persone che chiedono di entrare in terapia per dipendenza da cocaina: un'analisi che interpola i dati non segnalati suggerisce che, dal 1999 al 2004, la percentuale dei nuovi pazienti in trattamento a causa della cocaina

è cresciuta dal 10 % circa al 20 % (analisi riferita a 17 Stati membri dell'Unione europea e a Bulgaria e Romania) ⁽¹⁵⁵⁾.

In generale, la maggior parte di richieste di trattamento per cocaina in Europa non riguarda il fenomeno della cocaina crack. Circa l'80 % dei nuovi pazienti consumatori di cocaina trattati in regime ambulatoriale fa uso di idrocloruro di cocaina (polvere bianca), mentre meno del 20 % consuma cocaina crack. Tuttavia, i consumatori di cocaina crack possono essere particolarmente problematici per i servizi terapeutici, perché tendono ad avere un profilo sociale di maggior emarginazione rispetto ai consumatori di cocaina in polvere. Da uno studio europeo sul consumo di cocaina (cocaina in polvere e cocaina crack) è emersa l'esistenza di un nesso tra consumo di crack e disturbi di salute mentale o problemi sociali; lo studio tuttavia specifica che il consumo di cocaina crack in sé non è sufficiente a spiegare le problematiche sociali o i disturbi mentali (Haasen e altri, 2005). Una ricerca recente condotta su 585 pazienti con problemi di cocaina e crack in Scozia ha messo in luce che i consumatori di crack hanno più probabilità di dichiarare un consumo problematico di droga di lunga durata e sono maggiormente coinvolti in attività criminali (Neale e Robertson, 2004, citati nella relazione nazionale del Regno Unito).

Guardando al profilo dei pazienti in cura a livello ambulatoriale per dipendenza da cocaina, sembra di capire che i nuovi pazienti che fanno uso di questa sostanza come droga primaria siano solitamente più anziani rispetto ai consumatori di altre droghe: il 70 % appartiene infatti alla fascia di età 20-34 anni, mentre una percentuale minore (13 %) ha un'età compresa tra i 35 e i 39 anni ⁽¹⁵⁶⁾.

La cocaina è spesso usata in associazione con altre droghe sussidiarie, lecite o illecite, spesso cannabis (31,6 %), oppiacei (28,6 %) o alcol (17,4 %) ⁽¹⁵⁷⁾. Studi locali condotti su soggetti che fanno uso di droghe per via parenterale suggeriscono che, in talune zone, l'iniezione di eroina in associazione a cocaina (talora denominata dagli stessi consumatori *speedballing*) può diventare più popolare. La combinazione di oppiacei e cocaina è attualmente più evidente nei dati sul trattamento. Tra i pazienti che riferiscono un uso primario degli oppiacei ammette un consumo secondario di cocaina il 31 % dei soggetti in Italia, il 42 % nei Paesi Bassi e il 44 % nel Regno Unito. Tra i consumatori di cocaina come sostanza primaria, il 28 % dei soggetti in Italia e il 38 % nel Regno Unito riferiscono un uso secondario di oppiacei.

⁽¹⁵⁰⁾ Cfr. la nota 70.

⁽¹⁵¹⁾ Cfr. il grafico TDI-2 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁵²⁾ Cfr. la tabella TDI-5 nel bollettino statistico 2006; per la Spagna i dati sono riferiti al 2002.

⁽¹⁵³⁾ Cfr. la tabella TDI-4 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁵⁴⁾ Cfr. la tabella TDI-23 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁵⁵⁾ Cfr. il grafico TDI-1 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁵⁶⁾ Cfr. la tabella TDI-10 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁵⁷⁾ Cfr. la tabella TDI-24 nel bollettino statistico 2006.

Trattamento della dipendenza da cocaina

Non esistono dati sufficienti a confermare la validità del trattamento farmacologico della dipendenza dalla cocaina o da altri psicostimolanti. Tuttavia, nella loro analisi esaustiva dell'uso delle farmacoterapie nei consumatori di psicostimolanti, Shearer e Gowing (2004) concludono che la terapia sostitutiva, che produce risultati positivi nel trattamento della dipendenza da oppiacei e nicotina, e ha il vantaggio di attirare e mantenere in cura i consumatori, non è stata adeguatamente sperimentata nei consumatori di stimolanti. Di recente l'OEDT ha pubblicato una revisione della letteratura sulle risposte dei pazienti alla terapia della tossicodipendenza da cocaina e sulla sua efficacia, comprese tra queste le risposte ai disturbi di salute mentale tra i consumatori di cocaina crack ⁽¹⁵⁸⁾.

In alcuni paesi, tra cui Stati Uniti e Regno Unito, si stanno investendo notevoli risorse nello sviluppo di alternative di trattamento immunoterapico, creando anticorpi in grado di intercettare la cocaina in circolo prima che raggiunga il sistema nervoso centrale (cfr. il riquadro sul tema immunoterapia per cocainomani).

Una combinazione di più interventi terapeutici specifici di tipo psicosociale è attualmente considerata l'opzione terapeutica più promettente per i consumatori di cocaina e altri psicostimolanti. L'uso concomitante dell'approccio di rinforzo comunitario (*community reinforcement approach*, CRA) e di interventi basati su rinforzi positivi (*contingency management*) ha dimostrato di contribuire a ridurre il consumo di cocaina nel breve termine (Higgins e altri, 2003; Roozen e altri, 2004).

L'approccio CRA è un metodo terapeutico intensivo che coinvolge familiari, amici e altri membri della rete sociale dei pazienti per tutta la durata del trattamento e consiste nell'insegnare ai pazienti a intrecciare rapporti sociali e a migliorare la propria immagine di sé, nell'aiutarli a trovare un lavoro e a dedicarsi ad attività ricreative appaganti, per instaurare uno stile di vita diverso (Roozen e altri, 2004). In associazione al *contingency management*, un metodo che mira a influenzare il comportamento dei pazienti offrendo incentivi importanti (per esempio, regali, buoni premio o privilegi per ogni campione di urina privo di tracce di cocaina), sono stati ottenuti effetti positivi sul consumo di droga e sul funzionamento psicosociale nella fase di trattamento e nel successivo periodo di follow-up nei pazienti cocainomani trattati in regime ambulatoriale, benché gli effetti sul consumo di cocaina appaiano limitati al periodo di trattamento (Higgins e altri, 2003).

I nuovi approcci di trattamento dei gruppi altamente problematici di consumatori di eroina che fanno un uso concomitante anche di cocaina e cocaina crack si focalizzano sulla riduzione dei danni come

Immunoterapia per cocainomani

A differenza della dipendenza da eroina, che può essere curata con agonisti come il metadone o con antagonisti come il naltrexone, non esistono attualmente terapie mediche per la dipendenza da cocaina. Il motivo va ricercato nel meccanismo d'azione attraverso cui la cocaina esercita i suoi effetti sui neurotrasmettitori cerebrali dopamina e serotonina. Mentre l'eroina si lega ai recettori cerebrali degli oppiacei (come i recettori mu), mimando quindi l'azione delle endorfine cerebrali, la cocaina inibisce il riassorbimento della dopamina (e della serotonina) da parte della sinapsi neuronale dopo che essa ha prodotto il suo effetto, determinando un accumulo del trasmettitore, e quindi prolungandone e rafforzandone l'effetto.

Ciò non significa necessariamente che è impossibile trovare una terapia medica per la dipendenza dalla cocaina, ma soltanto che può essere più difficile farlo e che è indispensabile tener conto di concetti diversi rispetto a quelli usati nella definizione di terapie per la dipendenza dall'eroina.

Un filone interessante della ricerca è quello dell'immunoterapia, ossia della creazione di un vaccino in grado di «neutralizzare» in maniera efficace l'azione della cocaina impedendo alla droga di raggiungere il cervello. Il concetto fondamentale è stato tuttavia sottoposto a prove ancora limitate. Un vaccino (sviluppato nel Regno Unito) è stato testato su un numero esiguo di cocainomani, 18 in totale, per un periodo di 14 settimane. Si è scoperto che tre quarti della coorte vaccinata dei cocainomani erano in grado di sopportare un'astinenza di 3 mesi senza subire effetti collaterali pregiudizievoli. Inoltre, dopo 6 mesi, sia i soggetti ricaduti nella dipendenza sia i rimanenti soggetti hanno dichiarato che la sensazione di euforia prodotta dal consumo della sostanza non era così potente come prima del vaccino. Grazie a questi risultati il vaccino, denominato coniugato della proteina stupefacente TA-CD, è ora in fase di sperimentazione nell'ambito di due studi clinici di fase 2. Un approccio immunoterapeutico alternativo, che tuttavia è stato testato soltanto a livello preclinico, prevede lo sviluppo di anticorpi monoclonali alla cocaina.

Il potenziale beneficio del vaccino TA-CD contro la cocaina ha sollevato dubbi di tipo etico sull'uso del vaccino: chi dovrà essere vaccinato, chi deciderà se vaccinare o meno, sulla base di quali criteri etc.

obiettivo terapeutico primario e fanno ricorso alle terapie comportamentali (in particolare ai modelli di *contingency management*) in associazione a programmi di mantenimento con metadone o a una terapia assistita con eroina (Schottenfeld e altri, 2005; van den Brink, 2005; Poling e altri, 2006).

⁽¹⁵⁸⁾ www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400

Strategie di riduzione del danno

In Europa non sono stati fatti molti progressi nel campo delle terapie per la riduzione del danno. Questa tendenza potrebbe essere invertita via via che una maggiore consapevolezza sia della diffusione del consumo di cocaina sia dei problemi a questo associati accresce l'interesse a trovare risposte adeguate a soddisfare i bisogni dei consumatori di cocaina. L'importanza degli approcci volti a prevenire e ridurre i danni per la salute per diminuire i rischi derivanti dal consumo di cocaina continua a rimanere perlopiù inesplorata, anche se in alcuni settori non mancano le potenzialità per sviluppare questo genere di approccio. Per esempio, è possibile che i consumatori di cocaina beneficino di interventi intesi a risolvere problemi quali l'accresciuta tossicità dell'uso concomitante di cocaina e alcol, la potenziale associazione del consumo di cocaina con problemi di tipo cardiovascolare o i collegamenti con comportamenti che possono esporre i consumatori a un maggiore rischio di contrarre l'infezione da HIV o di rimanere vittima di un incidente o di atti di violenza. Poiché il consumo di cocaina può avere una rapida escalation, vale forse la pena cercare di definire interventi brevi capaci di allertare i consumatori sul fatto che l'assunzione di questa sostanza può avere conseguenze negative.

In seguito ai gravi problemi a livello sanitario e sociale legati al consumo di cocaina crack, l'esperienza nella creazione di servizi destinati a questo gruppo di tossicodipendenti è più consolidata, sebbene le attività siano circoscritte a un numero relativamente esiguo di città europee nelle quali il fenomeno del crack si è imposto come un problema non trascurabile. In alcune città i consumatori di cocaina crack sono stati i destinatari di piani di prima assistenza, il cui scopo era, per l'appunto, quello di raggiungere un gruppo che è spesso considerato difficile da trattare. Pur in presenza

di elementi relativamente scarni, alcuni studi sembrano suggerire che i benefici possono maturare nel tempo. Per esempio, uno studio su un programma terapeutico innovativo di prima assistenza realizzato a Rotterdam (Henskens, 2004, citato nella relazione nazionale olandese) individuava i fattori che si erano dimostrati importanti nel trattamento di questo gruppo di pazienti, che spesso è difficile raggiungere con i tradizionali servizi di cura della tossicodipendenza.

I modelli compulsivi di consumo di cocaina e cocaina crack possono essere correlati a un aumento dell'esposizione ai rischi sanitari attraverso il contatto sessuale; alcuni programmi a bassa soglia sono quindi destinati nello specifico ai lavoratori e alle lavoratrici del sesso che fanno uso di crack, ai quali sono destinati messaggi per rendere più sicuri i rapporti sessuali e il consumo di droga e per distribuire profilattici e lubrificanti (cfr. la questione specifica sugli aspetti di genere).

Un approccio più controverso è stato adottato in alcune città europee, dove il concetto di locali di consumo sicuri, riservati in genere alla somministrazione per via parenterale, è stato esteso anche all'inalazione di droga. Locali per l'inalazione controllata sono stati aperti in alcune città olandesi, tedesche e svizzere (OEDT, 2004c). Benché il controllo del consumo in condizioni igieniche sia l'obiettivo principale di questi servizi, non mancano le prove che essi possano fungere da anticamera ad altre opzioni terapeutiche; per esempio, dal monitoraggio di un servizio di questo genere a Francoforte, in Germania, è emerso che, in un periodo di valutazione di sei mesi nel 2004, si sono potute sottoporre al controllo più di 1 400 somministrazioni, in occasione delle quali sono stati documentati 322 colloqui di contatto, 40 sedute di consulenza e 99 casi di affidamento ad altri servizi di trattamento.



Capitolo 6

Consumo di oppiacei e iniezione di droga

Offerta e disponibilità di eroina ⁽¹⁵⁹⁾

In Europa sono disponibili due tipi di eroina importata: l'eroina brown più comune (forma chimica base) e l'eroina bianca, meno comune e solitamente più costosa (sotto forma di sale), che tradizionalmente proviene dall'Asia sudorientale. Oltre all'eroina importata, una parte degli oppiacei viene prodotta all'interno dell'Unione europea. Questa produzione è perlopiù confinata alla limitata produzione di derivati domestici del papavero (per esempio, paglia di papavero, concentrato di papavero derivante da steli e infiorescenze di papavero pressati) in alcuni paesi dell'Europa orientale come la Lituania, dove il mercato degli steli di papavero e del concentrato di papavero in generale sembra essersi stabilizzato, e la Polonia, dove la produzione di «eroina polacca» potrebbe essere in calo (CND, 2006).

Produzione e traffico

L'eroina consumata in Europa è prodotta perlopiù in Afghanistan, che rimane il leader mondiale nell'offerta illecita di oppio e che nel 2005 ha contribuito all'89 % della produzione mondiale illecita di questa sostanza, seguito da Myanmar (7 %). La produzione globale di oppio illecito è rimasta relativamente stabile negli anni tra il 1999 e il 2004, fatta eccezione per il 2001, quando il regime dei Talebani in Afghanistan aveva proibito la coltivazione del papavero da oppio, determinando così un calo netto, ma di breve durata, della produzione. Si calcola che nel 2005 siano state prodotte circa 4 670 tonnellate, il 4 % in meno rispetto al 2004 (CND, 2006). La potenziale produzione globale di eroina è stata stimata a 472 tonnellate nel 2005 (495 nel 2004) (UNODC, 2006).

L'eroina entra in Europa seguendo due principali rotte di traffico. Di queste, la rotta dei Balcani, storicamente importante, continua a svolgere un ruolo cruciale nel contrabbando di eroina: quest'ultima transita attraverso il Pakistan, l'Iran e la Turchia, dove si scinde in un percorso meridionale, attraverso la Grecia, l'ex Repubblica iugoslava di Macedonia, l'Albania, l'Italia, la Serbia, il Montenegro e la Bosnia-Erzegovina, e in un percorso settentrionale attraverso Bulgaria, Romania, Ungheria, Austria, Germania

e Paesi Bassi. Proprio i Paesi Bassi fungono da centro di distribuzione secondario ai paesi dell'Europa occidentale. In termini di volumi intercettati, i sequestri di eroina effettuati nel 2004 mostrano che la rotta meridionale ha raggiunto oggi la stessa importanza di quella settentrionale (OMD, 2005; INCB, 2006a). Dalla metà degli anni novanta l'eroina viene contrabbandata in Europa sempre più (sia pur in misura minore rispetto ai percorsi balcanici) lungo la «via della seta» attraverso l'Asia centrale (in particolare, Turkmenistan, Tagikistan, Kirghizistan e Uzbekistan), il Mar Caspio e la Federazione russa, la Bielorussia o l'Ucraina, fino all'Estonia, la Lettonia, alcuni paesi nordici e la Germania (relazioni nazionali Reitox, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Benché queste rotte siano le più importanti, i paesi della penisola arabica (Oman, Emirati arabi uniti) sono divenuti anch'essi luoghi di transito delle partite di eroina provenienti dall'Asia meridionale e sudoccidentale e destinati all'Europa (INCB, 2006a). Inoltre, nel 2004 è stata sequestrata eroina destinata all'Europa (e all'America settentrionale) anche nell'Africa orientale e occidentale, nei Caraibi, e nell'America centrale e meridionale (CND, 2006).

Sequestri

Nel 2004 sono state sequestrate in tutto il mondo 210 tonnellate di oppio (equivalenti a 21 tonnellate di eroina), 39,3 tonnellate di morfina e 59,2 tonnellate di eroina. In termini di volumi sequestrati, Asia (50 %) ed Europa (40 %) hanno continuato a essere il principale teatro delle intercettazioni. La percentuale dell'Europa è in crescita, in particolare in conseguenza dell'aumento dei sequestri di eroina nei paesi dell'Europa orientale e sudorientale (Turchia), che per la prima volta hanno superato il volume intercettato nell'Europa occidentale e centrale (CND, 2006).

Nel 2004 un totale di 46 000 sequestri ha consentito di recuperare circa 19 tonnellate di eroina nei paesi per i quali si dispone di informazioni. Il Regno Unito continua a essere il paese dove si registra il numero più elevato di sequestri, seguito da Germania e Italia, mentre alla Turchia spetta il primato dei quantitativi intercettati (seguita da Italia e Regno Unito), per un totale di quasi la metà dell'intero volume recuperato nel 2004 ⁽¹⁶⁰⁾. Nel periodo 1999-2004

⁽¹⁵⁹⁾ Cfr. «Interpretazione dei dati sui sequestri e di altre informazioni sul mercato», pag. 37.

⁽¹⁶⁰⁾ L'affermazione andrebbe verificata alla luce dei dati ancora mancanti riferiti al 2004, una volta che si renderanno disponibili. I dati sul numero di sequestri di eroina e sui quantitativi sequestrati nel 2004 non erano disponibili per l'Irlanda e Regno Unito; i dati riguardanti il numero di sequestri di eroina avvenuti nel 2004 non erano disponibili per i Paesi Bassi. Per poter fare previsioni, i dati mancanti nel 2004 sono stati sostituiti con i dati del 2003. I dati sui quantitativi sequestrati nel 2004 forniti dai Paesi Bassi sono soltanto previsioni e quindi non possono essere inseriti nell'analisi dell'evoluzione fino al 2004.

le statistiche sui sequestri di eroina hanno un andamento oscillante; stando ai dati provenienti dai paesi per i quali si dispone di informazioni, sembra che al declino osservato nel 2002-2003 abbia fatto seguito un incremento nel 2004 ⁽¹⁶¹⁾. Nel quinquennio compreso tra il 1999 e il 2004 i quantitativi sequestrati in totale sono cresciuti in maniera costante, raggiungendo un livello record nel 2004, soprattutto perché il volume di eroina intercettato in Turchia è quasi raddoppiato nel 2004 rispetto all'anno precedente ⁽¹⁶²⁾.

Prezzo e purezza

Nel 2004 il prezzo medio al dettaglio dell'eroina brown in Europa era estremamente variabile, compreso tra i 12 euro al grammo in Turchia e i 141 euro al grammo in Svezia, mentre quello dell'eroina bianca andava dai 31 euro al grammo in Belgio ai 202 euro al grammo in Svezia; il prezzo dell'eroina senza distinzione di tipo era compreso tra i 35 euro al grammo in Slovenia e gli 82 euro al grammo nel Regno Unito ⁽¹⁶³⁾. I dati disponibili per il periodo 1999-2004 mostrano una diminuzione del prezzo medio dell'eroina, corretto dell'inflazione ⁽¹⁶⁴⁾, nella maggior parte dei paesi di cui si dispone di dati ⁽¹⁶⁵⁾.

Nel 2004 la purezza media dell'eroina brown al dettaglio andava dal 10 % in Bulgaria al 48 % in Turchia, mentre i dati sulla purezza dell'eroina bianca andavano dal 20 % in Germania al 63 % in Danimarca e quelli dell'eroina senza distinzione di tipo dal 16 % in Ungheria al 42-50 % ⁽¹⁶⁶⁾ nei Paesi Bassi ⁽¹⁶⁷⁾. La purezza media dei derivati dell'eroina ha avuto un andamento oscillante nella maggior parte dei paesi ⁽¹⁶⁸⁾ a partire dal 1999, rendendo difficile individuare una tendenza generale.

Azione internazionale contro la produzione e il traffico di eroina

L'anidride acetica ⁽¹⁶⁹⁾ è un importante precursore usato nella produzione illecita di eroina. L'operazione Topaz è un'iniziativa internazionale volta a monitorare il commercio lecito di anidride acetica e a investigare metodi e percorsi di diversione (INCB, 2006b). Il volume del commercio lecito di anidride acetica ha dimensioni notevoli, al punto che i controlli sono difficili da realizzare. Lo dimostra il fatto che dal 2001 un insieme di 22 paesi o territori

esportatori ha inviato all'INCB 7 684 notifiche preventive all'esportazione, per un totale di 1 350 000 tonnellate di anidride acetica. Il numero di sequestri in Turchia (1 600 litri nel 2004) è precipitato negli ultimi anni, a indicare forse che i trafficanti hanno sperimentato nuovi percorsi e nuovi metodi di diversione. Nel 2004 si è appurato, per la prima volta, che la merce sequestrata in Europa (Bulgaria) proveniva dall'Asia sudoccidentale (INCB, 2006b).

Benché taluni aspetti dell'operazione Topaz correlati al monitoraggio del commercio internazionale si siano rivelati fruttuosi, si è progredito troppo poco nell'individuazione e nello smantellamento dei percorsi usati per il contrabbando dell'anidride acetica in Afghanistan e nei paesi limitrofi (INCB, 2006b).

Il progetto Mustard, gestito dall'Europol, si prefigge di individuare e agire nei confronti dei gruppi criminali turchi e dei gruppi a questi associati attivi verso e all'interno dell'Unione europea, soprattutto nel traffico di eroina. Il progetto offre sostegno operativo alle indagini effettive negli Stati partecipanti, valorizzando il quadro dell'intelligence strategica grazie alle informazioni dettagliate fornite sulle attività della criminalità organizzata turca e dei gruppi a questa associati (Europol, 2006).

Stime sulla prevalenza del consumo problematico di oppiacei

I dati presentati in questa sezione provengono dall'indicatore dell'OEDT del consumo problematico di stupefacenti (PDU), che include «il consumo di stupefacenti per via parenterale oppure il consumo a lungo termine/regolare di eroina, cocaina e/o anfetamine». Storicamente le stime sul consumo problematico di stupefacenti riflettono soprattutto il consumo di eroina, anche se in una manciata di paesi, come si è già detto altrove in questa relazione, i consumatori di anfetamine rappresentano una componente non trascurabile.

Quando si interpretano le stime del consumo problematico di oppiacei non si deve dimenticare che i modelli d'uso si stanno diversificando con il tempo. Per esempio, i problemi dovuti alla poliassunzione di sostanze stupefacenti hanno progressivamente acquisito una maggiore importanza in gran parte dei paesi, mentre alcuni Stati,

⁽¹⁶¹⁾ Cfr. la tabella SZR-7 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁶²⁾ Cfr. la tabella SZR-8 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁶³⁾ Cfr. la tabella PPP-2 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁶⁴⁾ Prendendo come anno di partenza per il valore del denaro in tutti i paesi il 1999.

⁽¹⁶⁵⁾ Nel periodo 1999-2004 i dati sui prezzi dell'eroina erano disponibili per almeno tre anni consecutivi: per l'eroina brown in Belgio, Repubblica ceca, Spagna, Francia, Irlanda, Lussemburgo, Polonia, Portogallo, Slovenia, Svezia, Regno Unito, Bulgaria, Romania, Turchia e Norvegia; per l'eroina bianca nella Repubblica ceca, in Germania, Francia, Lettonia e Svezia; per l'eroina senza distinzione di tipo in Lituania e Regno Unito.

⁽¹⁶⁶⁾ Queste due percentuali corrispondono ai dati forniti da due diversi sistemi di monitoraggio [cfr. la tabella PPP-6 (parte iii) nel bollettino statistico 2006]; si raccomanda cautela, poiché la percentuale del 50 % proviene da un unico campione.

⁽¹⁶⁷⁾ Cfr. la tabella PPP-6 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁶⁸⁾ Nel periodo 1999-2004 i dati sulla purezza dell'eroina erano disponibili per almeno tre anni consecutivi: per l'eroina brown in Repubblica ceca, Danimarca, Spagna, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Austria, Portogallo, Slovacchia, Regno Unito, Turchia e Norvegia; per l'eroina bianca in Danimarca, Germania, Estonia, Finlandia e Norvegia; per l'eroina di tipo indistinto in Belgio, Lituania, Ungheria e Paesi Bassi.

⁽¹⁶⁹⁾ Elencata nella tabella I della convenzione del 1988.

in cui in passato predominavano i problemi legati agli oppiacei, segnalano ora spostamenti verso altre sostanze stupefacenti. Si ritiene che, al momento, la maggior parte dei consumatori di eroina faccia uso di stimolanti e di altri stupefacenti, oltre agli oppiacei, ma è molto difficile procurarsi dati affidabili sulla poliassunzione a livello dell'Unione europea (cfr. il capitolo 8).

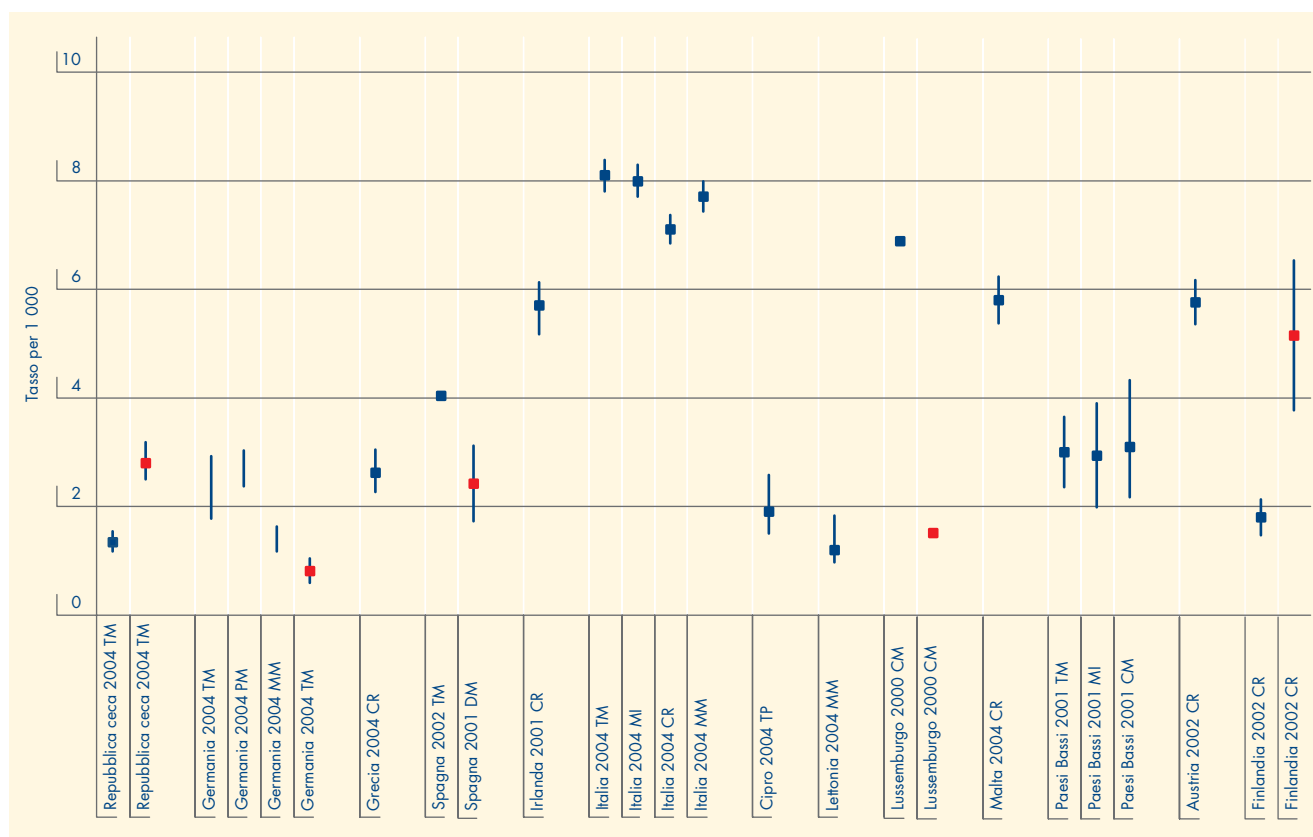
Nonostante la generale tendenza alla diversificazione del fenomeno, in molti paesi le stime sul consumo problematico di droga si fondano esclusivamente sul consumo problematico di eroina o di altri oppiacei come sostanza principale, come emerge dalle percentuali di consumo problematico di oppiacei calcolate (cfr. il grafico 8), che sono per la maggior parte molto simili a quelle del PDU⁽¹⁷⁰⁾. Non è chiaro se negli altri paesi la prevalenza del consumo problematico di sostanze diverse dagli oppiacei sia quasi trascurabile o se invece sia significativa, ma difficile da calcolare.

Non è facile stabilire il numero di consumatori problematici di oppiacei e per ottenere cifre sulla prevalenza dalle

fonti di dati disponibili è necessario effettuare analisi sofisticate. Inoltre, le stime sono spesso localizzate geograficamente e non sempre l'estrapolazione finalizzata alla produzione di stime nazionali è affidabile.

Le stime relative alla prevalenza del consumo problematico di oppiacei a livello nazionale nel periodo 2000-2004 vanno da 1 a 8 casi ogni 1 000 soggetti all'interno della fascia di popolazione d'età compresa tra 15 e 64 anni (sulla base dei punti mediani delle stime). Il dato sulla prevalenza del consumo problematico di oppiacei varia enormemente da paese a paese, sebbene i risultati siano perlopiù coerenti quando metodi diversi vengono usati all'interno dello stesso paese. Le stime più elevate sono segnalate da Irlanda, Italia, Lussemburgo, Malta e Austria (5-8 casi ogni 1 000 abitanti d'età 15-64 anni). I valori più bassi sono riferiti da Repubblica ceca, Germania, Grecia, Cipro, Lettonia e Paesi Bassi (< 4 casi ogni 1 000 abitanti d'età 15-64 anni; cfr. grafico 8). Alcune delle stime più basse ben documentate attualmente disponibili provengono dai nuovi paesi dell'Unione europea, nonostante la maggior prevalenza riferita a Malta

Grafico 8: Stime della prevalenza del consumo problematico di oppiacei e stimolanti, 2000-2004 (tasso per migliaio di abitanti di 15-64 anni)



NB: ■ i quadrati rossi indicano l'uso di stimolanti, le altre stime si riferiscono all'uso di oppiacei.

MM, mortality multiplier (moltiplicatore mortalità); CR, capture-recapture (cattura-ricattura); TM, treatment multiplier (moltiplicatore trattamento); PM, police multiplier (moltiplicatore polizia); MI, multivariate indicator (indicatore multivariato); TP, truncated Poisson (Poisson troncato); CM, combined methods (metodi combinati). Per ulteriori dettagli cfr. le tabelle PDU-1, PDU-2 e PDU-3 nel bollettino statistico 2006. 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 diversi e di fonti diverse di dati; pertanto il confronto va fatto con cautela.

Fonti: punti focali nazionali.

⁽¹⁷⁰⁾ Cfr. il grafico PDU-1 (parte i) nel bollettino statistico 2006.

(5,4-6,2 casi ogni 1 000 soggetti di 15-64 anni). Dai pochi dati disponibili si deduce una prevalenza generale a livello europeo del consumo problematico di oppiacei compresa tra i due e gli otto casi ogni 1 000 abitanti su una popolazione di 15-64 anni. Tuttavia, queste stime sono tutt'altro che solide e dovrebbero essere affinate via via che si rendono disponibili nuove informazioni.

Non sono disponibili stime a livello locale e regionale riferite nello specifico a questo problema; tuttavia, i dati a disposizione sul consumo problematico di stupefacenti (compreso l'uso di stimolanti e di altre droghe) suggeriscono che la prevalenza può variare enormemente da città a città e da regione a regione. I dati più alti sulla prevalenza locale nel periodo 2000-2004 vengono riferiti da Irlanda, Portogallo, Slovacchia e Regno Unito, e variano da 15 a 25 ogni 1 000 abitanti ⁽¹⁷¹⁾. La variabilità geografica, com'era prevedibile, è marcata anche a livello locale; per esempio, la prevalenza in aree diverse di Londra è compresa tra 6 e 25 casi ogni 1 000 abitanti. Quest'ampia variabilità nei tassi di prevalenza locali rende difficile fare una generalizzazione.

Andamento nel tempo del consumo problematico di oppiacei

La mancanza di dati storici affidabili e coerenti complica la valutazione dell'andamento nel tempo del consumo problematico di oppiacei. Le informazioni raccolte suggeriscono che la prevalenza del consumo problematico di oppiacei è estremamente diversa da paese a paese e che segue un andamento non coerente nei territori dell'Unione europea. Le informazioni provenienti da alcuni paesi, supportate anche da altri dati indicatori, parlano di un aumento del consumo problematico di oppiacei a partire dalla metà degli anni novanta (grafico 9), nonostante negli ultimi anni il fenomeno appaia essersi stabilizzato o aver perso terreno. Stime ripetute sul consumo problematico di oppiacei per il periodo compreso tra il 2000 e il 2004 sono state fornite da sette paesi (Repubblica ceca, Germania, Grecia, Spagna, Irlanda, Italia, Austria). Di questi, quattro paesi (Repubblica ceca, Germania, Grecia, Spagna) hanno riferito un calo e uno un aumento (Austria, benché il dato sia difficile da interpretare, poiché il sistema di raccolta dei dati è cambiato in questo periodo). Le informazioni riferite ai soggetti che entrano in

Tossicodipendenti in carcere

Le informazioni sul consumo di stupefacenti tra i prigionieri sono lacunose. Molti dei dati disponibili in Europa provengono da studi ad hoc, svolti talvolta a livello locale in istituti non rappresentativi del sistema carcerario nazionale, e utilizzando campioni di prigionieri di dimensioni marcatamente diverse. Di conseguenza, le differenze che emergono in termini di caratteristiche delle popolazioni studiate limitano i confronti dei dati tra le indagini (tra e all'interno dei paesi) nonché l'estrapolazione dei risultati e l'analisi delle tendenze.

Dati sul consumo di stupefacenti nella popolazione dei detenuti negli ultimi 5 anni (1999-2004) sono stati forniti dalla maggior parte dei paesi europei ⁽¹⁾. Questi dati mostrano che, rispetto alla popolazione generale, i consumatori di stupefacenti sono sovrarappresentati nelle carceri. La percentuale dei detenuti che riferiscono di aver fatto uso di una sostanza illecita almeno una volta nella vita varia a seconda delle carceri e dei centri di detenzione, ma le percentuali medie si aggirano tra un terzo o meno in Ungheria e Bulgaria a due terzi o più in Paesi Bassi, Regno Unito e Norvegia, con la maggior parte dei paesi che segnalano una prevalenza un tantum del 50 % circa (Belgio, Grecia, Lettonia, Portogallo, Finlandia). La cannabis rimane la sostanza illecita usata più di frequente, con una prevalenza un tantum tra i detenuti compresa tra il 4 % e l'86 %, rispetto a un dato della prevalenza un tantum del 3-57 % per la cocaina, del 2-59 % per le anfetamine e del 4-60 % per l'eroina ⁽²⁾.

L'8-73 % dei detenuti riferisce il consumo regolare di stupefacenti o una dipendenza precedente alla reclusione, mentre la

prevalenza un tantum del consumo di stupefacenti per via parenterale tra i detenuti è del 7-38 % ⁽³⁾.

Benché la maggior parte dei consumatori di stupefacenti riduca o interrompa il consumo dopo la reclusione, alcuni continuano a portare avanti questa abitudine e altri invece iniziano per la prima volta a fare uso di stupefacenti (e/o di stupefacenti per via parenterale) in carcere. Stando agli studi disponibili, l'8-51 % dei detenuti ha fatto uso di stupefacenti in carcere, il 10-42 % riferisce un consumo regolare e l'1-15 % si è iniettato sostanze stupefacenti durante la reclusione ⁽⁴⁾. Emergono quindi timori sulla potenziale diffusione delle malattie infettive, in particolare in relazione all'accesso agli strumenti sterili per l'iniezione e alle pratiche di condivisione in uso tra i detenuti.

Indagini ripetute svolte nella Repubblica ceca (1996-2002), in Danimarca (1995-2002), Lituania (2003-2004), Ungheria (1997-2004), Slovenia (2003-2004) e Svezia (1997-2004) mostrano un aumento della prevalenza di vari tipi di consumo di stupefacenti tra i detenuti, mentre la Francia (1997-2003) riferisce un calo significativo della percentuale di consumatori di droga per via parenterale tra i detenuti ⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ I paesi che fanno cenno a studi svolti negli ultimi 5 anni (1999-2004) e che forniscono dati sui modelli di consumo di stupefacenti tra i detenuti sono: Belgio, Repubblica ceca, Danimarca, Germania, Grecia, Francia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Ungheria, Malta, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Slovenia, Slovacchia, Finlandia, Svezia, Regno Unito, Bulgaria e Norvegia.

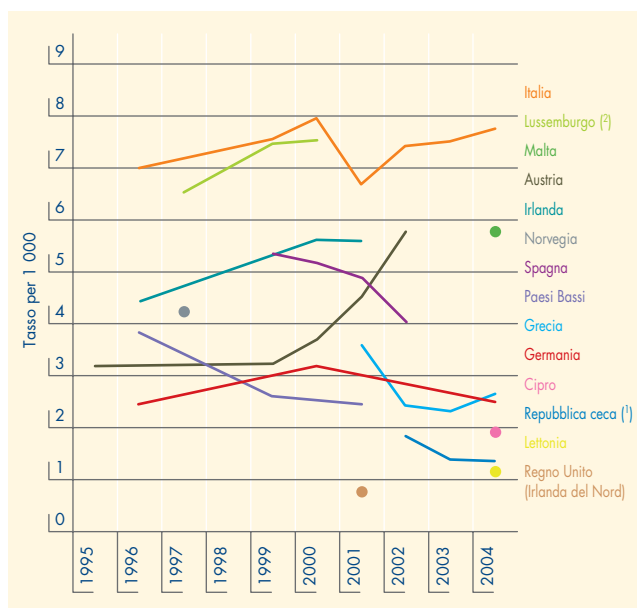
⁽²⁾ Cfr. la tabella DUP-1 e il grafico DUP-1 nel bollettino statistico 2006.

⁽³⁾ Cfr. le tabelle DUP-2 e DUP-5 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁴⁾ Cfr. le tabelle DUP-3 e DUP-4 nel bollettino statistico 2006.

⁽⁵⁾ Cfr. la tabella DUP-3 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁷¹⁾ Cfr. il grafico PDU-6 (parte i) nel bollettino statistico 2006.

Grafico 9: Tendenze della prevalenza del consumo problematico di oppiacei, 1995-2004 (tasso per migliaio di abitanti di 15-64 anni)

(¹) Stime per la fascia d'età 18-64 anni.

(²) Calcolati a partire dai dati per la fascia d'età 15-54 anni.

NB: le serie temporali sono associate nel caso in cui i metodi siano simili nello stesso intervallo di tempo. Per ulteriori dettagli cfr. le tabelle PDU-1, PDU-2 e PDU-3 nel bollettino statistico 2006.

Fonti: punti focali nazionali.

terapia per la prima volta fanno pensare che l'incidenza del consumo problematico di oppiacei possa essere gradualmente in declino; di conseguenza, ci si attende per il prossimo futuro una riduzione della prevalenza.

Consumo di stupefacenti per via parenterale

I consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) corrono un rischio molto elevato di andare incontro a effetti avversi come gravi malattie infettive o overdose. È importante pertanto considerare il consumo di stupefacenti per via parenterale separatamente.

Nonostante l'importanza per la salute pubblica di questo fenomeno, pochi paesi forniscono stime nazionali o subnazionali sul consumo di stupefacenti per via parenterale (¹⁷²). In questa sezione i dati sugli IDU non sono classificati in base al tipo di droga primaria, perché scarsi, anche se l'andamento della percentuale di IDU tra i consumatori di eroina in trattamento (cfr. in appresso) è ovviamente riferito nello specifico al consumo per via parenterale di eroina.

La maggior parte dei dati disponibili sul consumo di stupefacenti per via parenterale proviene dalle segnalazioni di overdosi letali o dai dati sulle malattie infettive (quali l'HIV). Le stime disponibili variano notevolmente da

paese a paese: dal 2000 le stime a livello nazionale vanno perlopiù da 1-6 casi ogni 1 000 abitanti di età compresa nella fascia 15-64 anni, con dati talvolta anche superiori prima del 2000. Dal 2000 i tassi nazionali più alti sulla prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale, nei paesi per i quali si dispone di informazioni, sono stati riferiti da Lussemburgo e Austria, con circa 6 casi ogni 1 000 abitanti di 15-64 anni, mentre Cipro e Grecia hanno segnalato il dato più basso, con poco più di un caso ogni 1 000 abitanti.

Se sono disponibili dati sull'andamento nel tempo, non emerge però un modello generale: si osservano piuttosto diminuzioni in alcuni paesi e regioni (per esempio, in Scozia, Regno Unito) e aumenti in altri. Tuttavia, la mancanza di dati al riguardo rende impossibile tratteggiare un quadro nitido della situazione.

Il monitoraggio del numero di persone che attualmente fanno uso di eroina per via parenterale tra i consumatori di questa sostanza in procinto di iniziare il trattamento rappresenta un elemento fondamentale per il monitoraggio della prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale nella popolazione in generale. Non si deve però dimenticare che le percentuali registrate non necessariamente riflettono un andamento della prevalenza del consumo complessivo di stupefacenti per via parenterale. Per esempio, nei paesi con un'elevata percentuale di consumatori di sostanze stimolanti (Repubblica ceca, Slovacchia, Finlandia, Svezia), il numero di consumatori di eroina che fanno uso di questa sostanza per via parenterale può non essere rappresentativo della situazione generale.

Ancora una volta, la percentuale di IDU tra i consumatori di eroina come sostanza primaria che entrano in terapia rivela differenze molto marcate nei dati sul consumo di stupefacenti per via parenterale da paese a paese, nonché andamenti variabili nel tempo (¹⁷³). In alcuni paesi (Spagna, Paesi Bassi, Portogallo), una percentuale relativamente bassa di eroinomani ricorre alla via parenterale, mentre in altri Stati l'assunzione di eroina per iniezione sembra essere tuttora la norma. In alcuni Stati dell'UE a 15 che hanno fornito informazioni (Danimarca, Grecia, Spagna, Francia Italia e Regno Unito), il numero di consumatori di eroina in terapia che fanno uso di questa sostanza per via parenterale è in calo. Tuttavia, nella maggior parte dei nuovi Stati membri, perlomeno di quelli in cui sono reperibili informazioni in merito, quasi tutti i consumatori di eroina in terapia si iniettano la sostanza.

Dati relativi alla domanda di trattamento (¹⁷⁴)

Nella maggior parte dei paesi gli oppiacei (perlopiù eroina) rimangono la droga principale per la quale i pazienti chiedono di entrare in terapia. Sul totale di

(¹⁷²) Cfr. il grafico PDU-7 nel bollettino statistico 2006.

(¹⁷³) Cfr. il grafico PDU-3 (parte i) nel bollettino statistico 2006.

(¹⁷⁴) Cfr. la nota 70.

richieste presentate nel 2004, secondo l'indicatore riferito alla richiesta di trattamento, gli oppiacei sono menzionati come sostanza primaria nel 60 % circa dei casi; poco più della metà (53 %) di questi consumatori di oppiacei si inietta la sostanza ⁽¹⁷⁵⁾. Va sottolineato che l'indicatore riferito alla richiesta di trattamento non comprende tutti i soggetti in terapia per oppiacei (che sono molto più numerosi), bensì soltanto le persone che chiedono di entrare in terapia nell'anno di riferimento.

La percentuale di pazienti che chiede di poter iniziare un trattamento per dipendenza dall'eroina è diversa da paese a paese. In base ai più recenti dati disponibili, è possibile suddividere i paesi nei seguenti tre gruppi, a seconda del numero di tossicodipendenti che chiede di entrare in terapia con problematiche legate al consumo di eroina:

- sotto il 50 %: Repubblica ceca, Danimarca, Ungheria, Paesi Bassi, Polonia, Slovacchia, Finlandia, Svezia;
- 50-70 %: Germania, Spagna, Francia, Irlanda, Cipro, Lettonia, Portogallo, Regno Unito, Romania;
- oltre il 70 %: Grecia, Italia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Slovenia, Bulgaria ⁽¹⁷⁶⁾.

Tra i paesi con una percentuale rilevante di tossicodipendenti con problemi di oppiacei che fanno uso di sostanze diverse dall'eroina si annoverano l'Ungheria, dove è diffuso l'uso di derivati domestici del papavero da oppio, e la Finlandia, dove la maggior parte dei pazienti in cura per dipendenza da oppiacei fa uso di buprenorfina ⁽¹⁷⁷⁾.

La maggior parte dei consumatori di oppiacei, al pari dei consumatori di altri stupefacenti, preferiscono affidarsi alle cure ambulatoriali; tuttavia, rispetto ai consumatori di cocaina e cannabis, è più alta la percentuale dei consumatori di oppiacei che vengono trattati in regime ospedaliero.

Il maggior numero di paesi con una percentuale significativa di nuovi pazienti eroinomani ogni anno (a eccezione della Germania, dove la base delle informazioni è stata allargata) riferisce un declino negli ultimi 4-5 anni, sebbene non tra i pazienti che in passato si erano già affidati alle cure mediche. In generale, non è diminuito il numero di richieste ripetute; nella maggioranza dei paesi il numero complessivo di richieste di trattamento per eroina è rimasto più o meno invariato. Fanno eccezione Germania e Regno Unito, dove invece il numero di richieste complessive è aumentato. In generale, tuttavia, la percentuale delle richieste di trattamento aventi come oggetto l'eroina (richieste nuove e richieste totali) è diminuito; nel caso delle nuove richieste è passato da circa due terzi al 40 % approssimativamente,

tra il 1999 e il 2004, a fronte di un aumento delle richieste di trattamento per consumo di cannabis e cocaina ⁽¹⁷⁸⁾.

In passato è stato inoltre segnalato che la popolazione dei pazienti che fanno domanda di trattamento per consumo di oppiacei è una popolazione che invecchia, una tendenza questa che nel 2004 è stata confermata. Quasi tutti i consumatori di oppiacei che chiedono di entrare in terapia hanno più di 20 anni e quasi la metà ha più di 30 anni. I dati riferiti all'Unione europea suggeriscono che soltanto un piccolo gruppo di consumatori di oppiacei (meno del 7 %) ha meno di 20 anni quando fanno per la prima volta richiesta di entrare in terapia ⁽¹⁷⁹⁾. Occasionalmente vengono segnalati pazienti giovanissimi (meno di 15 anni) che desiderano entrare in terapia per curare la tossicodipendenza da eroina ⁽¹⁸⁰⁾, come i bambini di 11-12 a Sofia, in Bulgaria; in generale, tuttavia, la richiesta di trattamento per eroina è un'eventualità rara tra i giovani.

I pazienti consumatori di oppiacei sono in genere emarginati, con un basso livello di alfabetizzazione, prevalentemente disoccupati e spesso senza fissa dimora; la Spagna riferisce che il 17-18 % di questi pazienti è costituito da senzatetto.

La maggior parte dei pazienti consumatori di oppiacei riferisce di aver provato per la prima volta queste sostanze in un'età compresa tra i 15 e i 24 anni; di questi il 50 % circa ammette di aver provato la droga prima dei 20 anni ⁽¹⁸¹⁾. Poiché l'intervallo di tempo tra l'età in cui la droga viene usata per la prima volta e l'età in cui per la prima volta viene fatta domanda di entrare in terapia è in genere di 5-10 anni e dal momento che, in base ai calcoli effettuati, l'intervallo tra l'iniziazione al consumo e il consumo regolare è di 1,5-2,5 anni (relazione nazionale finlandese), se ne deduce che i consumatori di oppiacei fanno uso regolare di questa sostanza per 3-7 anni prima di ricorrere a un servizio terapeutico specializzato.

In Europa, tra i nuovi pazienti in terapia nei centri che offrono un servizio ambulatoriale e per i quali la via di assunzione è nota, poco più della metà si inietta la sostanza. In generale, il tasso di consumo per via parenterale è più alto tra i consumatori di oppiacei che fanno richiesta di trattamento nei nuovi Stati membri (oltre il 60 %) rispetto agli Stati membri dell'Europa a 15 (meno del 60 %), con l'eccezione di Italia e Finlandia, dove la percentuale di tossicodipendenti che si inietta la sostanza ammonta, rispettivamente, al 74 % e al 79,3 %. La percentuale più bassa di consumatori di oppiacei per via parenterale tra i pazienti in cura per questa tossicodipendenza si registra nei Paesi Bassi (13 %) e la più alta in Lettonia (86 %) ⁽¹⁸²⁾.

⁽¹⁷⁵⁾ Cfr. il grafico TDI-2 e la tabella TDI-5 nel bollettino statistico del 2006.

⁽¹⁷⁶⁾ Cfr. la tabella TDI-5 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁷⁷⁾ Cfr. la tabella TDI-26 nel bollettino statistico 2006; relazioni nazionali Reitox.

⁽¹⁷⁸⁾ Cfr. il grafico TDI-1 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁷⁹⁾ Cfr. la tabella TDI-10 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁸⁰⁾ www.communitycare.co.uk

⁽¹⁸¹⁾ Cfr. la tabella TDI-11 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁸²⁾ Cfr. la tabella TDI-17 nel bollettino statistico 2006.

Trattamento della dipendenza dagli oppiacei

La strategia dell'Unione europea in materia di stupefacenti per il periodo 2005-2012 riconosce un'alta priorità all'ottimizzazione della disponibilità dei trattamenti e dell'accesso agli stessi, invitando gli Stati membri ad allestire un'ampia serie di trattamenti efficaci. Il trattamento residenziale è stato, storicamente, un contesto importante per la cura dei consumatori problematici di oppiacei. Tuttavia, la crescente varietà delle opzioni terapeutiche e, in particolare, la diffusione capillare del trattamento sostitutivo ha determinato il declino dell'importanza relativa dei trattamenti residenziali.

I dati sulla disponibilità relativa dei vari tipi di trattamento delle dipendenze dall'uso di oppiacei in Europa sono attualmente limitati. In risposta a un questionario dell'OEDT, gli esperti della maggior parte (16) degli Stati membri rivelano che il trattamento sostitutivo rappresenta la principale forma di cura disponibile. Tuttavia, in quattro paesi (Repubblica ceca, Ungheria, Polonia e Slovacchia) il trattamento in situazione di astinenza è il più diffuso, mentre altri due paesi (Spagna e Svezia) riferiscono un equilibrio tra il trattamento medicalmente assistito e il trattamento in situazione di astinenza.

La terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei (perlopiù il trattamento con metadone o buprenorfina) è disponibile in tutti gli Stati membri dell'Unione europea ⁽¹⁸³⁾ nonché in Bulgaria, Romania e Norvegia; a livello europeo esiste ormai un consenso diffuso che si tratti di un approccio benefico al trattamento dei consumatori problematici di oppiacei, nonostante rimanga in alcuni paesi un argomento delicato (cfr. il capitolo 2). Il ruolo del trattamento sostitutivo è sempre meno controverso a livello internazionale; il sistema delle Nazioni Unite ha trovato una posizione comune sulla terapia sostitutiva di mantenimento nel 2004 (OMS/UNODC/UNAIDS, 2004) e nel giugno 2006 l'OMS ha inserito sia il metadone sia la buprenorfina nel suo elenco ideale di medicinali essenziali.

Inoltre, esiste ora un robusto corpus di prove che dimostrano la validità dei programmi sostitutivi con sostanze come metadone o buprenorfina. È stato dimostrato che la terapia sostitutiva comporta una riduzione del consumo di droghe illecite, ridotte percentuali di consumo per via parenterale, un calo dei comportamenti associati a un elevato rischio di diffusione delle infezioni da HIV o di altre malattie infettive (per esempio, la condivisione di strumenti per le iniezioni) e miglioramenti del funzionamento sociale e della salute in generale. La ricerca suggerisce inoltre un declino dei tassi di attività criminali; sembrerebbe infine che una somministrazione adeguata di terapie sostitutive possa avere un impatto benefico anche sul numero di decessi per droga. L'ottenimento di risultati ottimali dipende dalla

tempestività dell'accesso al programma, dalla durata dello stesso e dalla continuità del trattamento sostitutivo, nonché dall'assunzione di dosi adeguate del medicinale.

Se il metadone continua a essere il trattamento sostitutivo più frequentemente prescritto in Europa, le opzioni terapeutiche sono in fase di espansione, al punto che la buprenorfina è oggi disponibile in 19 paesi dell'Unione europea, in Bulgaria e in Norvegia, mentre non è chiaro se sia stata ufficialmente approvata per il trattamento di mantenimento in tutti i paesi che ne hanno riferito l'impiego. Se si considera che il trattamento con buprenorfina a dosaggi elevati è stato introdotto in Europa soltanto 10 anni fa, si comprende come la popolarità di questa sostanza come opzione terapeutica sia rapidamente dilagata (cfr. il grafico 1) ⁽¹⁸⁴⁾.

Il trattamento sostitutivo di lungo termine non è l'unico scopo della farmacoterapia della disassuefazione da oppiacei. Metadone e buprenorfina vengono usati anche per trattare la sospensione del consumo di oppiacei, quando l'obiettivo terapeutico è aiutare il paziente a raggiungere l'astinenza somministrando dosi ridotte per un periodo di tempo determinato, in maniera da evitare lo shock dell'astinenza. Anche il naltrexone, una sostanza antagonista degli oppiacei che offre un'opzione farmacoterapeutica avversiva per la dipendenza da oppiacei, viene usato talvolta come aiuto per evitare le ricadute, poiché blocca gli effetti dell'eroina, nonostante la sua efficacia non sia stata ancora dimostrata in maniera definitiva.

Alcuni paesi (Germania, Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito) dispongono anche di programmi di prescrizione dell'eroina, anche se il numero di pazienti sottoposti a questo tipo di trattamento è estremamente esiguo rispetto ad altre forme di terapia sostitutiva (pari probabilmente a meno dell'1 % del totale). Questa forma di trattamento rimane controversa ed è generalmente avviata su base sperimentale scientifica nei consumatori cronici che non hanno risposto ad altre terapie.

Da una recente analisi dell'efficacia del trattamento della tossicodipendenza ai fini della prevenzione della trasmissione dell'HIV è emerso che gli interventi a livello comportamentale possono valorizzare gli effetti positivi del trattamento sostitutivo orientato alla prevenzione dell'HIV, mentre l'efficacia della sola terapia psicologica è ancora incerta. I trattamenti basati sull'astinenza hanno prodotto risultati positivi dal punto di vista della prevenzione dell'HIV nei pazienti che sono rimasti in trattamento per almeno 3 mesi (Farrell e altri, 2005).

Monitoraggio della fornitura di metadone

Il metadone è uno stupefacente controllato ai sensi dell'allegato I della Convenzione unica del 1961 sugli stupefacenti; i livelli di consumo domestico vengono monitorati con cadenza annuale dall'INCB.

⁽¹⁸³⁾ A Cipro l'uso del metadone nel trattamento di disintossicazione è riferito dal 2004; è stato inoltre annunciato l'avvio di un progetto pilota per il trattamento di mantenimento con metadone. Per il momento tuttavia non sono stati segnalati casi di pazienti in trattamento. In Turchia il metadone è ufficialmente registrato per il trattamento della dipendenza da oppiacei, benché non siano stati segnalati finora casi di pazienti in trattamento.

⁽¹⁸⁴⁾ Cfr. la questione specifica sulla buprenorfina nella relazione annuale del 2005.

Secondo l'OEDT, una stima minima per gli Stati membri dell'Unione europea e Bulgaria, Romania e Norvegia fa pensare a un numero di oltre 500 000 pazienti in trattamento sostitutivo nel corso dell'anno (cfr. la tabella 4 nella relazione annuale del 2005). Escludendo Repubblica ceca e Francia, dove il trattamento con buprenorfina a dosaggi elevati (HDBT) è riferito come l'opzione più diffusa, la sostanza d'elezione in oltre il 90 % dei trattamenti in tutti gli altri paesi è il metadone.

Unione europea e USA insieme rappresentano l'85 % del consumo mondiale di metadone, che in questi paesi è aumentato costantemente nell'ultimo decennio. I quantitativi consumati si sono stabilizzati in entrambe le regioni tra il 1997 e il 2000, ma da

allora gli Stati Uniti hanno registrato un'impennata. Attualmente, i livelli di consumo di metadone nell'Unione europea sono circa la metà rispetto agli USA ⁽¹⁸⁵⁾.

Di conseguenza, gli evidenti incrementi registrati nelle statistiche sul consumo riflettono l'introduzione di questa opzione terapeutica a livello nazionale. In Francia, per esempio, la diffusione del trattamento sostitutivo con metadone nel 1995 ha determinato un rapido aumento del consumo, dai 31 kg nel 1995 ai 446 kg nel 2004.

Di recente, segni di stabilizzazione dei tassi di consumo di metadone si sono osservati nelle statistiche riferite a Danimarca, Spagna, Malta, Paesi Bassi e, possibilmente, Germania, come confermano anche le tendenze registrate nel numero di pazienti in trattamento (cfr. il capitolo 2).

⁽¹⁸⁵⁾ Cfr. il grafico NSP-2 nel bollettino statistico 2006.

Capitolo 7

Malattie infettive e decessi correlati alla droga

Malattie infettive correlate alla droga

Una delle conseguenze più gravi per la salute del consumo di sostanze illecite, soprattutto per via parenterale, è la trasmissione dell'HIV e di altre malattie infettive, tra cui in particolare l'epatite C e B. Il nesso tra consumo di droga per via parenterale e trasmissione delle infezioni è stato dimostrato con certezza. Ridurre questa forma di consumo e la condivisione degli strumenti per l'iniezione da parte dei tossicodipendenti è quindi diventato uno degli obiettivi principali degli interventi di salute pubblica in questo settore. Dagli studi condotti emerge anche un legame tra consumo di droga e attività sessuale ad alto rischio; da qui l'importanza sempre più riconosciuta di creare collegamenti tra gli interventi destinati ai tossicodipendenti e le strategie di salute pubblica mirate alla salute sessuale. In termini di monitoraggio a livello europeo, i dati sulle malattie infettive vengono raccolti da fonti che regolarmente ricevono segnalazioni e notifiche, dove il consumo di stupefacenti per via parenterale può essere registrato come fattore di rischio, e nell'ambito di studi speciali sulle popolazioni di consumatori di stupefacenti in contesti diversi.

HIV e AIDS

Andamento recente nei nuovi casi di HIV riferiti

Attualmente la maggior parte dei paesi riferisce percentuali basse di nuovi casi di HIV diagnosticati come conseguenze del consumo di stupefacenti per via parenterale. I paesi che hanno mantenuto percentuali coerentemente basse di infezione da HIV tra i consumatori di droga per via parenterale (IDU) offrono l'opportunità di capire quali fattori possono contribuire a garantire questa tendenza, un aspetto questo sul quale l'attuale piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga ha puntato i riflettori e che è divenuto oggetto d'analisi prioritario nell'ambito di uno studio coordinato dell'OEDT. È importante, tuttavia, non lasciarsi andare al compiacimento: né Spagna né Italia, che hanno sperimentato entrambe un'epidemia da HIV tra gli IDU, forniscono dati a livello nazionale sul numero di pazienti sieropositivi, con un conseguente impatto negativo sulla validità di questi dati per poter tratteggiare un quadro completo per l'Unione europea. Inoltre, i dati riferiti da alcuni paesi fanno pensare che l'infezione da HIV si stia diffondendo, perlomeno in alcuni gruppi di IDU.

In Francia, dove si registrano casi di sieropositività dal 2003, vi è stato un incremento dell'incidenza dell'infezione da HIV tra gli IDU (sia pur partendo da un livello basso), da un numero di casi stimato in 2,3 ogni milione di abitanti nel 2003 a 2,9 casi nel 2004. Benché ciò, in linea di massima, rifletta i dati di ricerca disponibili (cfr. oltre), non va dimenticato che all'inizio i nuovi sistemi di segnalazione sono spesso instabili. In Portogallo l'apparente declino dei nuovi casi di HIV diagnosticati tra gli IDU riferito in passato è sconfessato dai dati del 2004, che rivelano al contrario un'incidenza dell'infezione da HIV di 98,5 casi ogni milione di abitanti, un dato questo che risulta essere il più alto dell'Unione europea ⁽¹⁸⁶⁾. Nel Regno Unito l'incidenza dell'HIV tra gli IDU è gradualmente aumentata, per poi stabilizzarsi a poco meno di 2,5 casi ogni milione di abitanti all'anno. In Irlanda l'incidenza è aumentata sul finire degli anni novanta, fino a raggiungere un picco di 18,3 casi per milione di abitanti all'anno nel 2000, e quindi ricadere a 9,8 ogni milione di abitanti nel 2001, risalendo infine a 17,8 casi ogni milione di abitanti nel 2004.

Epidemie da HIV dovute al consumo di stupefacenti per via parenterale sono state osservate anche nel 2001 in Estonia e in Lettonia, e nel 2002 in Lituania. Da allora le percentuali si sono drasticamente ridotte; dopo un'iniziale fase epidemica, con il consolidarsi di un livello endemico dell'infezione, si prevede una flessione del numero di nuovi casi riferiti (cfr. sotto).

Sieroprevalenza da HIV tra gli IDU esaminati

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

I recenti aumenti di casi di HIV in alcuni paesi, registrati dai dati sulle segnalazioni dei casi, sono perlopiù confermati dai dati disponibili sulla sieroprevalenza, nonostante

⁽¹⁸⁶⁾ Cfr. i grafici INF-2 (parte i) e INF-2 (parte ii) nel bollettino statistico 2006.

questi ultimi facciano supporre che non sono soltanto questi paesi a necessitare di maggiori misure di vigilanza.

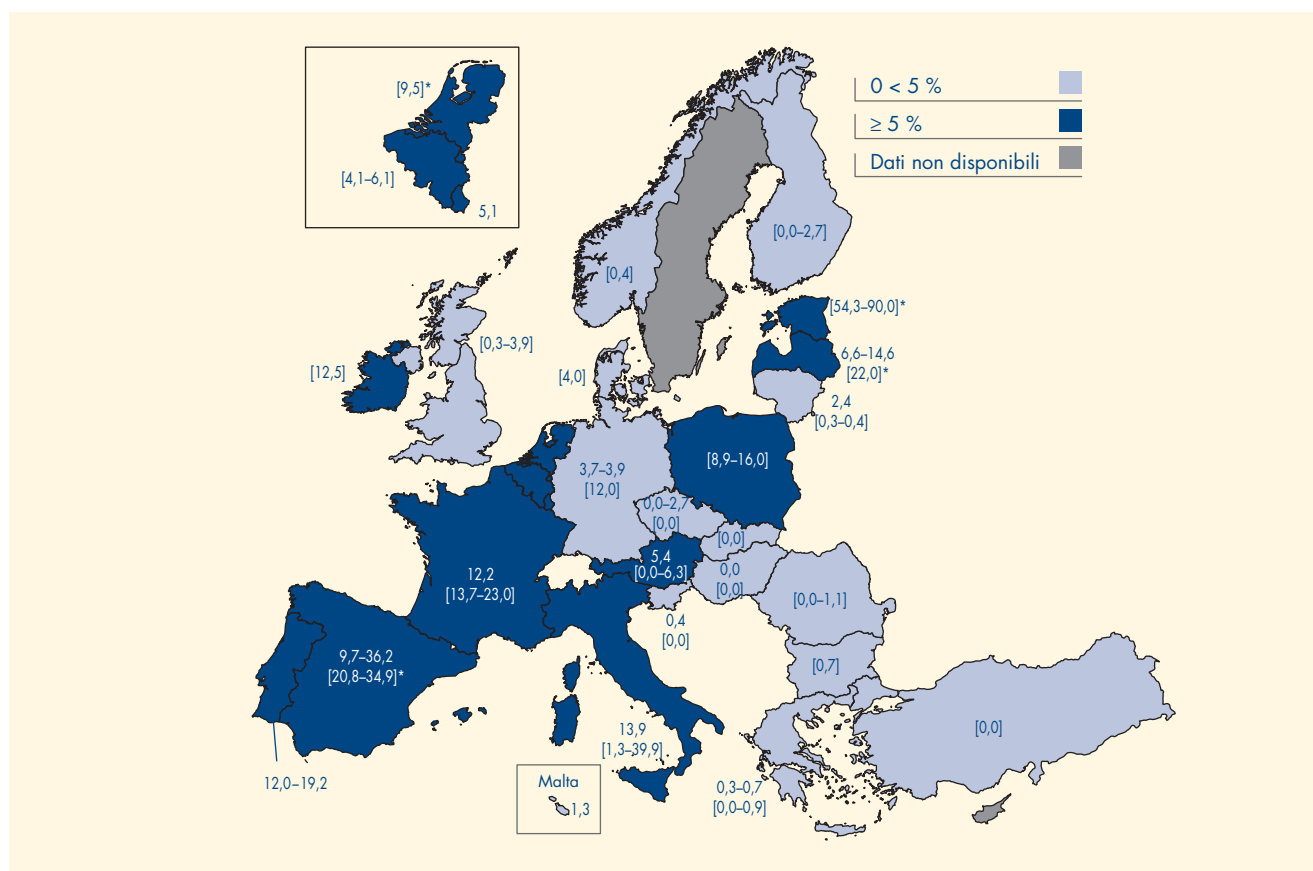
Negli Stati baltici i dati disponibili sulla sieroprevalenza indicano che la trasmissione tra gli IDU può ancora sfuggire ai controlli (grafico 10). In Estonia, uno studio recente suggerisce che la prevalenza tra gli IDU è in crescita in una regione (Tallinn: dal 41 % in un campione di 964 soggetti nel 2001 al 54 % in un campione di 350 soggetti nel 2005) ed è eccezionalmente alta in un'altra (Kohtla-Järve: 90 % su 100). In Lettonia due serie temporali di dati sulla sieroprevalenza tra gli IDU mostrano un aumento continuo fino al 2002-2003, mentre una terza serie fa pensare piuttosto a un calo a partire da un picco nel 2001. In Lituania i dati riferiti al 2003 additano a un incremento dell'HIV tra gli IDU esaminati in terapia disintossicante, partecipanti a programmi di scambio di aghi e ricoverati negli ospedali da una percentuale compresa tra l'1,0 % e l'1,7 % nel periodo 1997-2002 al 2,4 % (27/1 112) nel 2003.

Nei paesi che storicamente riferiscono percentuali elevate di infezione da HIV tra gli IDU (Spagna, Francia, Italia, Polonia e Portogallo) vi sono segnali di una trasmissione

continua a livello nazionale o in specifiche regioni o tra specifici sottogruppi di IDU ⁽¹⁸⁷⁾. È importante notare che in questi paesi l'elevata prevalenza iniziale, dovuta alle epidemie su larga scala scoppiate negli anni ottanta e novanta, aumenta la probabilità che un comportamento ad alto rischio sfoci nella contrazione dell'infezione.

Per Spagna e Italia non sono disponibili dati nazionali tratti dalle segnalazioni dei casi. I dati ottenuti dai test diagnostici di routine non sono facili da interpretare, poiché potrebbero essere inficiati da vari errori di selezione; tuttavia, rappresentano in questi paesi una fonte di apprensione. In Spagna la prevalenza dell'HIV tra i giovani IDU (meno di 25 anni) verificata nell'ambito del trattamento di disassuefazione è rimasta stabile fino al 2002 a oltre il 12 %, mentre tra i nuovi IDU (intesi come soggetti che si iniettano la droga da meno di 2 anni) è aumentata dal 15 % al 21 % nel biennio 2000-2001, a suggerire un'incidenza elevata fino al 2002. In Italia l'andamento della prevalenza tra gli IDU varia enormemente da regione a regione, con alcune regioni che ancora riferiscono aumenti pronunciati e recenti (Bolzano, Liguria, Molise, Toscana e Umbria).

Grafico 10: Prevalenza dell'infezione da HIV nei consumatori di stupefacenti per via parenterale sottoposti a test, 2003-2004



[*] Dati in parte o in toto riferiti al periodo prima del 2003 (Spagna: 2002-2003; Francia: 2002-2003; Lettonia: 2002-2003; Paesi Bassi: 2002) o dal 2005 (Estonia).
NB: le cifre in parentesi sono dati locali. Il colore indica il punto mediano dei dati nazionali o, se non disponibili, dei dati locali.

Fonti: punti focali nazionali Reitox. Per fonti primarie, dettagli dello studio e dati prima del 2003 o dopo il 2004, cfr. la tabella INF-8 nel bollettino statistico 2006.

In Polonia studi locali rivelano che la diffusione dell'infezione da HIV è continuata perlomeno fino a non molto tempo fa, sulla base di elevate percentuali di prevalenza raccolte tra i giovani IDU (15 % nel 2002 in una regione, 4-11 % in altre due regioni nel 2004). In uno studio del 2002 quattro casi (9 %) di infezione da HIV sono stati riferiti tra i 45 nuovi consumatori di stupefacenti per via parenterale compresi nel campione; tuttavia, nello studio del 2004 non sono stati osservati casi di infezione tra i 20 nuovi consumatori inseriti nel campione.

Infine, in alcuni paesi che non hanno mai avuto esperienza di epidemie su larga scala tra gli IDU, alcuni dati recenti sulla prevalenza spingerebbero a introdurre misure di vigilanza. Sarebbe questo il caso di Lussemburgo, Austria e Regno Unito, nonostante gli aumenti rimangano comunque limitati e non siano confermati dai dati relativi alle segnalazioni dei casi.

Paesi con una bassa prevalenza di HIV

La prevalenza dell'infezione da HIV tra gli IDU sottoposti a esame continua a essere estremamente varia da paese a paese nell'Unione europea (cfr. grafico 10). In alcuni paesi questo dato è aumentato di recente o è rimasto per molti anni su valori alti. Al contrario, in alcuni paesi la prevalenza dell'infezione da HIV tra gli IDU è rimasta molto bassa nel biennio 2003-2004: meno dell'1 % o intorno a questa percentuale in Repubblica ceca, Grecia, Ungheria, Malta, Slovenia (sulla base di campioni nazionali) e in Slovacchia, Bulgaria, Romania, Turchia e Norvegia (sulla base di campioni sottonazionali). In taluni di questi Stati (per esempio, in Ungheria), sia la prevalenza dell'infezione da HIV sia la prevalenza del virus dell'epatite C (HCV) sono tra le più basse in Europa, il che fa pensare a bassi livelli di consumatori di stupefacenti per via parenterale (cfr. «Epatite B e C», sotto), anche se in alcuni paesi (ad es. Romania) emergono elementi che confermano una tendenza all'aumento dei casi di epatite C.

Differenze di genere nella prevalenza dell'HIV tra gli IDU esaminati

I dati disponibili sulla sieroprevalenza per il 2003-2004 rivelano differenze di genere tra gli IDU esaminati ⁽¹⁸⁸⁾. I dati combinati provenienti da Belgio, Estonia (2005), Spagna (2002), Francia, Italia, Lussemburgo, Austria, Polonia e Portogallo hanno consentito di costituire un campione di 124 337 uomini e di 20 640 donne, esaminati perlopiù in centri terapeutici o in altre unità specializzate nell'erogazione di servizi di cura della tossicodipendenza. La prevalenza complessiva registrata era di 13,6 % tra gli uomini e di 21,5 % tra le donne. Le differenze da paese a paese sono marcate: il rapporto donne-uomini più alto si osserva in Estonia, Spagna, Italia, Lussemburgo e Portogallo, mentre il Belgio mostra una tendenza inversa, con una prevalenza più alta tra gli uomini.

Incidenza dell'AIDS e disponibilità della HAART

Poiché la terapia antiretrovirale estremamente attiva (HAART), disponibile dal 1996, contribuisce effettivamente a interrompere la progressione dell'infezione da HIV in AIDS, i dati sull'incidenza dell'AIDS sono oggi meno utili come indicatori della trasmissione dell'HIV. Tuttavia, questi dati continuano a mettere in luce il peso generale della malattia sintomatica e, inoltre, rappresentano un indicatore importante dell'introduzione e della diffusione della HAART tra gli IDU.

L'OMS calcola che la diffusione della HAART tra i pazienti bisognosi di trattamento è alta nei paesi dell'Europa occidentale (più del 70 %) nel 2003, ma più limitata nella maggior parte dei paesi dell'Europa orientale, tra cui Estonia, Lituania e Lettonia ⁽¹⁸⁹⁾. Dati più recenti sulla diffusione della HAART rivelano che la situazione è decisamente migliorata e che tutti gli Stati membri dell'Unione europea e i paesi candidati all'adesione riferiscono una diffusione minima del 75 %. Non sono tuttavia disponibili dati specifici sulla disponibilità della HAART tra gli IDU, cosicché rimane da capire se la maggiore diffusione si rifletterà anche in una riduzione dell'incidenza dell'AIDS tra gli IDU in Estonia e in Lettonia.

In tutti e quattro i paesi dell'Europa occidentale più colpiti dall'AIDS, ossia Spagna, Francia, Italia e Portogallo, l'incidenza è in flessione, dal 1996 circa nei primi tre paesi e soltanto dal 1999 in Portogallo. Il Portogallo continua a essere il paese con la più elevata incidenza di casi di AIDS riconducibili al consumo di stupefacenti per via parenterale, con 31 casi ogni milione di abitanti nel 2004. Un'incidenza analoga si ha in Lettonia, con 30 casi ogni milione di abitanti.

I dati dell'EuroHIV fino al 2004 (corretti del ritardo delle segnalazioni) suggeriscono che l'incidenza dei casi di AIDS dovuti al consumo di stupefacenti per via parenterale è in aumento sia in Estonia che in Lettonia ⁽¹⁹⁰⁾.

Epatite B e C

Epatite C

La prevalenza di anticorpi contro il virus dell'epatite C (HCV) tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale è di solito estremamente alta, nonostante le differenze che si osservano da paese a paese, come pure all'interno di uno Stato. Tra i campioni di consumatori di stupefacenti per via parenterale emerge, nel periodo 2003-2004, un'incidenza di oltre il 60 % in Belgio, Danimarca, Germania, Grecia, Spagna, Irlanda, Italia, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Romania e Norvegia mentre campioni con prevalenza inferiore al 40 % vengono segnalati da Belgio, Repubblica ceca, Grecia, Cipro, Ungheria, Malta, Austria, Slovenia, Finlandia e Regno Unito ⁽¹⁹¹⁾.

⁽¹⁸⁸⁾ Cfr. il grafico INF-3 (parte v) nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁸⁹⁾ Cfr. il grafico INF-14 (parte iii e parte iv) nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁹⁰⁾ Cfr. il grafico INF-1 (parte i) nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁹¹⁾ Cfr. il grafico INF-6 (parte i) nel bollettino statistico 2006.

I dati sulla prevalenza degli anticorpi anti-HCV tra i giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale (meno di 25 anni) sono pervenuti da 14 paesi e, in alcuni casi, si è trattato di un numero di campioni esiguo. I risultati sono molto variabili, con differenze marcate riferite, a seconda dei campioni, anche dagli stessi paesi. La prevalenza più alta tra i giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale nel 2003-2004 (oltre il 40 %) è stata osservata nei campioni di Belgio, Grecia, Austria, Polonia, Portogallo, Slovacchia e Regno Unito e la prevalenza più bassa (sotto il 20 %) nei campioni di Belgio, Grecia, Cipro, Ungheria, Malta, Austria, Slovenia, Finlandia, Regno Unito e Turchia. Se si considerano esclusivamente gli studi condotti sui giovani IDU a livello nazionale, i dati più alti sulla prevalenza (oltre il 60 %) sono quelli del Portogallo e i più bassi (sotto il 40 %) quelli di Cipro, Ungheria, Malta, Austria e Slovenia. Anche se le procedure di campionamento utilizzate possono sfociare in un risultato più consono a un gruppo cronico, l'elevata prevalenza degli anticorpi anti-HCV riscontrata in un campione nazionale in Portogallo (67 % in 108 IDU con meno di 25 anni) è comunque preoccupante e può essere rappresentativa di un comportamento ad alto rischio diffuso tra i giovani IDU (cfr. anche «Andamento recente nei nuovi casi di HIV riferiti», pag. 75).

I dati sulla prevalenza degli anticorpi anti-HCV tra i nuovi consumatori di stupefacenti per via parenterale (che si iniettano la droga da meno di 2 anni) sono scarsi e riferiti a campioni di piccole dimensioni, ma possono fornire un indicatore approssimativo migliore dei tassi di incidenza più recenti rispetto ai dati sui giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale. Le informazioni disponibili per il biennio 2003-2004 mostrano che il tasso di prevalenza più alto tra i nuovi consumatori per via parenterale (oltre il 40 %) è stato riscontrato nei campioni provenienti da Grecia, Polonia, Regno Unito e Turchia, il tasso di prevalenza più basso (meno del 20 %) nei campioni di Belgio, Repubblica ceca, Grecia, Cipro e Slovenia. Dati sulla prevalenza bassi sono stati riscontrati in campioni piccoli, ma su scala nazionale, di nuovi consumatori di stupefacenti per via parenterale a Cipro (solo 2 su 23 soggetti esaminati sono risultati positivi al test sugli anticorpi anti-HCV, una percentuale pari al 9 %) e in Slovenia (2 su 32 test positivi, pari al 6 %).

Epatite B

Anche la prevalenza dei marcatori del virus dell'epatite B (HBV) varia enormemente da paese a paese e all'interno dello stesso paese. I dati più completi riguardano il test HBc, che, se positivo, indica una storia di infezione. Nel 2003-2004 campioni di consumatori di stupefacenti per via parenterale con una prevalenza superiore al 60 % sono stati riferiti da Italia e Polonia, mentre campioni con prevalenza inferiore al 20 % sono stati segnalati da Belgio, Irlanda, Cipro, Austria, Portogallo, Slovenia, Slovacchia e Regno Unito. I dati sulla notifica dell'epatite B per il periodo 1992-2004 per i paesi che hanno fornito dati

offrono un quadro molto diversificato ⁽¹⁹²⁾. Nella regione nordica la grande maggioranza dei casi acuti notificati di epatite B si verifica tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale; in alcuni paesi le epidemie di epatite B sono coincise con aumenti del consumo di droga endovena. Per esempio, i dati messi a disposizione dalla Norvegia indicano un'incidenza in forte aumento delle infezioni da epatite B tra gli IDU tra il 1992 e il 1998, al quale è seguito un declino. In Finlandia il numero di segnalazioni di casi di epatite B tra gli IDU è precipitato negli ultimi anni, forse grazie ai programmi di vaccinazione e a un sistema più completo di scambio di aghi e siringhe.

Prevenzione delle malattie infettive

Risposte efficaci

Alcuni interventi di salute pubblica si sono dimostrati utili nel ridurre la diffusione delle malattie infettive tra i consumatori di stupefacenti; inoltre, si riconosce ormai da più parti che l'adozione di un approccio globale all'erogazione di servizi in questo settore ha molte probabilità di dare buoni frutti. Storicamente il dibattito si è concentrato perlopiù sulla prevenzione dell'infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale; nel tempo tuttavia è emersa la necessità di introdurre misure efficaci per inibire la diffusione dell'epatite, nonché di prevenire il dilagare di malattie infettive tra i consumatori di stupefacenti per via non parenterale.

È importante ricordare che l'efficacia è dimostrata soprattutto per la prevenzione dell'infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale. Un robusto corpus di elementi probatori conferma che gli interventi possono essere considerati efficaci e che l'accesso a qualsiasi tipo di cura garantisce la protezione (Farrell e altri, 2005; OMS, 2005). Dalla metà degli anni novanta la risposta europea è stata caratterizzata da una crescente erogazione di servizi terapeutici per la cura delle tossicodipendenze (cfr. il capitolo 2) e, nel complesso, questo sembra essere uno dei fattori che hanno contribuito a delineare il quadro relativamente incoraggiante che si può osservare oggi in Europa in termini di diffusione epidemica dell'HIV tra i consumatori.

Il trattamento è soltanto una componente dell'approccio articolato alla prevenzione dell'infezione da HIV. Tra gli altri elementi vale la pena ricordare una serie di tecniche informative, educative e di comunicazione, la consulenza volontaria in materia di malattie infettive e i test volontari, la vaccinazione e la distribuzione di strumenti sterili per l'iniezione nonché di altri profilattici. Queste misure, oltre all'erogazione di servizi medici presso strutture a bassa soglia, se non addirittura nelle strade, possono contribuire a stabilire un contatto o a migliorare la comunicazione con i consumatori di stupefacenti attivi e con i loro partner

⁽¹⁹²⁾ Cfr. il grafico INF-12 (parte i) nel bollettino statistico 2006.

sessuali sul tema del rischio e della prevenzione delle conseguenze per la salute del consumo di droga.

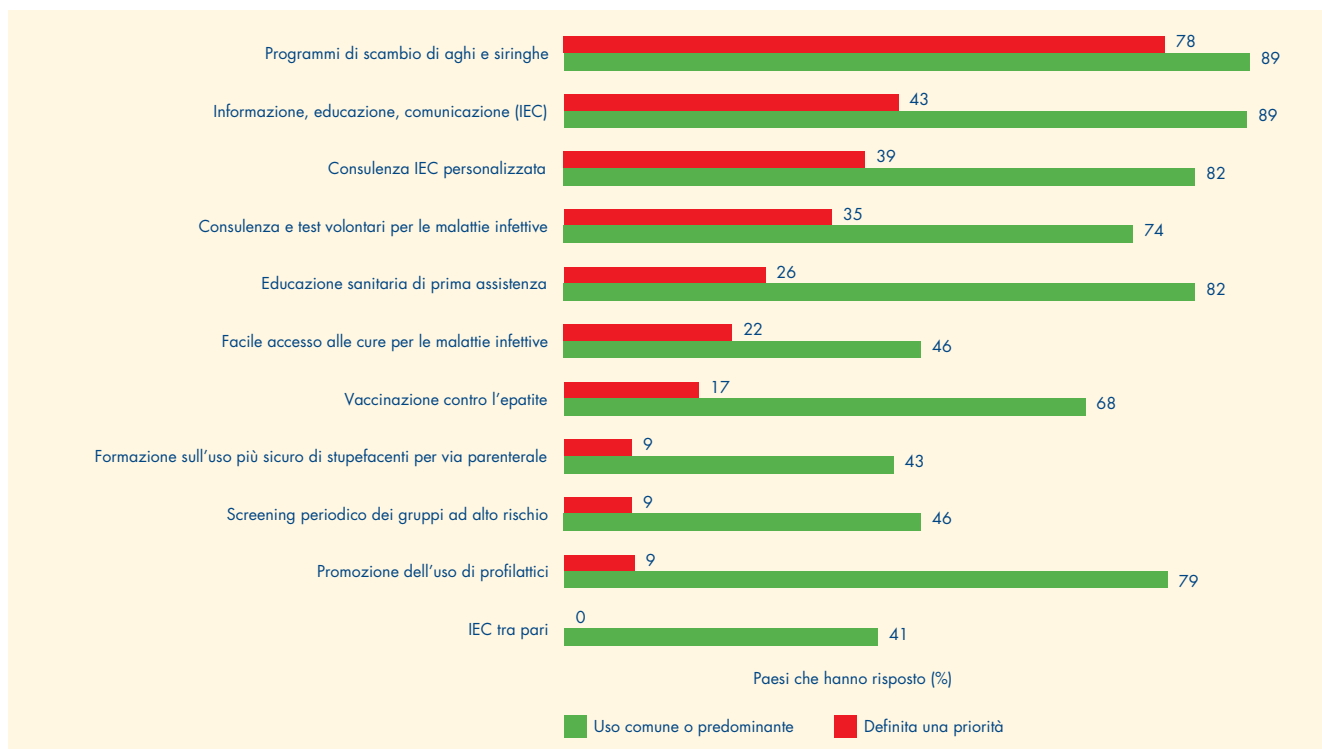
Un impegno generale ad adottare un approccio omnicomprensivo non significa che tutte queste componenti del servizio vengono equamente sviluppate e supportate a livello nazionale. Tuttavia, sembra che il consenso stia crescendo. In un'indagine condotta tra i punti focali nazionali, tre intervistati su quattro indicavano come prioritaria per la politica nazionale volta a prevenire la diffusione delle malattie infettive tra i tossicodipendenti che si iniettano la droga l'introduzione di programmi di scambio di aghi e siringhe e, contemporaneamente, l'erogazione di servizi di consulenza (grafico 11). Il fatto che un numero così elevato di paesi riconosca esplicitamente validità alla fornitura di materiali sterili per l'iniezione, al punto da inserire questa misura nella propria strategia di prevenzione dell'infezione da HIV, è esemplificativo di come questo genere di servizio sia diffuso nella maggior parte del continente europeo, cessando di essere un argomento controverso nella maggioranza degli Stati membri. Ciò non significa che vi sia un consenso unanime in merito ai vantaggi di

questo genere di servizio. Grecia e Svezia, per esempio, non lo inseriscono tra le priorità politiche, nonostante in generale emerga in tutta l'Unione europea un quadro relativamente omogeneo in termini di attuazione degli interventi in questo settore ⁽¹⁹³⁾, con tutti i paesi, a eccezione di Cipro, che riferiscono l'esistenza di programmi per lo scambio o la distribuzione di aghi e siringhe sterili ⁽¹⁹⁴⁾.

Tipi di programmi di scambio di aghi e siringhe nei paesi europei

Benché la maggioranza dei paesi europei distribuisca al giorno d'oggi strumenti sterili per l'iniezione, la natura e la gamma dei servizi forniti variano da paese a paese. Il modello più diffuso è l'erogazione del servizio in un luogo fisso, solitamente un ente specializzato nel trattamento delle tossicodipendenze; spesso tuttavia questo tipo di servizio è affiancato da servizi mobili, il cui scopo è quello di raggiungere i consumatori di stupefacenti in vari ambiti della comunità. Lo scambio di siringhe o i distributori automatici integrano i servizi messi a disposizione dai punti focali nazionali in otto paesi ⁽¹⁹⁵⁾, anche se questo genere di fornitura sembra

Grafico 11: Priorità e entità dell'uso di determinate misure per la prevenzione delle malattie infettive nei consumatori di droga, secondo il parere di esperti nazionali: sintesi per i paesi che hanno risposto



NB: informazioni sulla priorità fornite da 23 paesi UE più Bulgaria e Norvegia. I paesi che non hanno fornito queste informazioni sono Irlanda, Cipro, Lituania e Paesi Bassi.

Le informazioni sull'«entità dell'uso» sono state fornite da esperti dei 25 Stati membri dell'UE più Bulgaria e Norvegia. Le comunità francese e fiamminga del Belgio hanno fornito informazioni separate, il che porta a 28 il numero totale di risposte.

Fonti: punti focali nazionali, indagine di esperti («expert survey»), SQ 23 (2004) domanda n. 5.

⁽¹⁹³⁾ Cfr. il grafico NSP-3 nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁹⁴⁾ Cfr. la relazione annuale 2005 per una breve sintesi delle prove dell'efficacia dei programmi di scambio di aghi e siringhe (pag. 70).

⁽¹⁹⁵⁾ Cfr. il grafico NSP-2 nel bollettino statistico 2006.

limitata a una manciata di luoghi, a eccezione delle corpose attività riferite da Germania e Francia (circa 200 e 250 distributori rispettivamente). La Spagna è l'unico paese comunitario che mette regolarmente a disposizione un programma di scambio di aghi e siringhe nelle carceri, nello specifico in 27 carceri nel 2003. L'unico altro Stato membro che riferisce interventi in questo settore è la Germania, dove tuttavia il servizio è limitato a un carcere.

Anche i programmi di scambio nelle farmacie contribuiscono ad ampliare l'estensione geografica del servizio; inoltre, la vendita di siringhe sterili nelle farmacie può accrescerne la disponibilità. Sebbene la vendita di siringhe senza prescrizione medica sia consentita in tutti i paesi dell'Unione europea a eccezione della Svezia, alcuni farmacisti si rifiutano di mettere in vendita le siringhe e, tra questi, ce ne sono alcuni che scoraggiano i tossicodipendenti dal recarsi nelle loro farmacie. Reti di scambio o distribuzione delle siringhe nelle farmacie ufficialmente organizzate sono presenti in nove paesi europei (Belgio, Danimarca, Germania, Spagna, Francia, Paesi Bassi, Portogallo, Slovenia e Regno Unito), ma la partecipazione è estremamente variabile, compresa tra quasi la metà delle farmacie (45 %) in Portogallo e meno dell'1 % in Belgio. Nell'Irlanda del Nord lo scambio di aghi e siringhe viene attualmente organizzato soltanto tramite le farmacie.

L'acquisto di siringhe nelle farmacie può essere per alcuni consumatori di stupefacenti per via parenterale un'importante fonte di contatto con i servizi sanitari, per cui esistono chiaramente le potenzialità di sfruttare questo punto di contatto come canale verso altri tipi di servizio. Le iniziative volte a motivare e assistere i farmacisti nell'organizzazione dei servizi offerti ai tossicodipendenti possono rappresentare un elemento indispensabile per potenziare il ruolo delle farmacie. Ciò nonostante, finora soltanto Francia, Portogallo e Regno Unito sembrano intenzionati a investire risorse ingenti in questa direzione.

Mortalità e decessi correlati agli stupefacenti

Mortalità tra i consumatori problematici di stupefacenti

La stragrande maggioranza delle informazioni sulla mortalità tra i consumatori problematici di stupefacenti in Europa si riferisce ai consumatori di oppiacei. La mortalità correlata ad altre forme di consumo di stupefacenti è meno nota, ma rimane comunque un problema di salute pubblica meritevole di attenzione.

Uno studio collaborativo avviato nell'ambito di un progetto dell'OEDT ha esaminato la mortalità tra i consumatori di oppiacei partecipanti a programmi di trattamento in otto località europee ⁽¹⁹⁶⁾. Dallo studio è emerso un tasso di mortalità estremamente alto tra i consumatori di oppiacei rispetto ai loro coetanei: 6-20 volte più alto tra i maschi

Diffusione delle siringhe in Europa: è sufficiente?

Benché non tutti gli Stati membri riferiscano la disponibilità di programmi di scambio di aghi e siringhe (NSP), l'impatto di questo tipo di intervento dipende dalla capacità del servizio di erogazione di rispondere alle esigenze dei consumatori di stupefacenti per via parenterale.

Stime recenti del numero di consumatori di stupefacenti per via parenterale e del numero di siringhe distribuite nell'ambito degli NSP sono disponibili per nove paesi europei. Da questi dati è possibile fare una stima approssimativa del numero annuo di siringhe disponibili per paziente ⁽¹⁾. Alla luce dei dati più recenti disponibili, le percentuali di diffusione degli NSP appaiono estremamente varie, con un numero di siringhe distribuite per consumatore stimato di stupefacenti per via parenterale all'anno compreso tra 2-3 in Grecia fino a 60-90 in Repubblica ceca, Lettonia, Austria e Portogallo, 110 circa in Finlandia, 210 a Malta e oltre 250 in Lussemburgo e Norvegia. Inoltre, le siringhe sono distribuite anche nelle farmacie, e i dati provenienti da Repubblica ceca e Finlandia consentono di calcolare la disponibilità generale del numero di siringhe. Unendo tra loro i dati su distribuzione e vendite, parrebbe che in un anno i consumatori di stupefacenti per via parenterale ottengano in media 125 siringhe nella Repubblica ceca e 140 siringhe in Finlandia.

Sono numerosi i fattori noti per influenzare la frequenza delle iniezioni tra i tossicodipendenti, compresi tra questi i modelli di consumo, il grado di dipendenza e il tipo di sostanza utilizzata. Uno studio recente volto a esaminare il rapporto tra prevalenza dell'HIV e portata della distribuzione delle siringhe ha suggerito che i fattori comportamentali, vale a dire la frequenza delle iniezioni e il riuso personale delle siringhe, possono influenzare enormemente il livello di distribuzione delle siringhe necessario per ottenere una flessione significativa della prevalenza dell'HIV (Vickerman e altri, 2006).

La misurazione della portata della distribuzione delle siringhe è un elemento importante che consente di capire gli effetti probabili della distribuzione delle siringhe nella prevenzione delle malattie e di valutare i bisogni ancora non soddisfatti. Nell'interpretare questi dati, tuttavia, è importante anche tener conto della disponibilità delle siringhe attraverso le vendite in farmacia (prezzi, densità della rete delle farmacie) nonché dei modelli comportamentali dei consumatori di stupefacenti e dei fattori ambientali. Questo problema è discusso in maniera più approfondita nel bollettino statistico 2006.

⁽¹⁾ Per le note tecniche si rimanda al bollettino statistico 2006.

e 10-50 volte più alto tra le femmine. Si è calcolato inoltre che in sei città (Amsterdam, Barcellona, Dublino, Londra, Roma e Vienna) il 10-23 % della mortalità generale tra gli adulti di età compresa tra i 15 e i 49 anni potrebbe essere

⁽¹⁹⁶⁾ Amsterdam, Barcellona, Dublino, Danimarca, Lisbona, Londra, Roma e Vienna. Le stime sulla mortalità nella popolazione non comprendono Lisbona e Danimarca. Cfr. OEDT (2002b).

riconducibile al consumo di oppiacei, e in particolare prevalentemente a overdosi, AIDS e cause esterne (incidenti, suicidi). Circa un terzo di questi decessi correlati agli stupefacenti è dovuto alle overdosi, con una percentuale più alta nelle città con bassa prevalenza dell'infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale; questo dato è destinato ad aumentare con la diffusione della terapia antiretrovirale estremamente attiva (HAART).

Uno studio di coorte sulla mortalità condotto nella Repubblica ceca ha rivelato che la mortalità dei consumatori di stimolanti è 4-6 volte più alta (SMR, rapporto standardizzato di mortalità) rispetto a quella della popolazione in generale, mentre quella dei consumatori di oppiacei è 9-12 volte più alta. Uno studio di coorte francese condotto su soggetti arrestati per consumo di eroina, cocaina e crack ha messo in evidenza che la mortalità maschile era cinque volte superiore e quella femminile 9,5 volte superiore rispetto alla popolazione generale, con una tendenza tuttavia al calo.

Via via che i consumatori di oppiacei invecchiano, la mortalità dovuta a condizioni croniche (cirrosi, cancro, malattie respiratorie, endocardite, AIDS) si aggiunge alla mortalità dovuta a cause esterne diverse dall'overdose, come suicidio e atti violenti (relazioni nazionali olandesi, 2004 e 2005, servizio sanitario municipale di Amsterdam). Anche le condizioni di vita dei tossicodipendenti (per esempio, mancanza di un alloggio, malattie mentali, violenza, denutrizione) possono contribuire in maniera determinante all'elevata mortalità di questo gruppo della popolazione.

Inoltre, l'AIDS contratto a causa del consumo di stupefacenti per via endovenosa ha provocato 1 528 decessi nel 2002 ⁽¹⁹⁷⁾, un dato questo probabilmente sottostimato. Le altre cause di decesso correlato agli stupefacenti, tra cui, per esempio, le malattie (epatite), la violenza e gli incidenti, pur essendo più difficili da valutare, contribuiscono probabilmente a un numero significativo di decessi. È stato calcolato che il 10-20 % dei decessi tra i giovani adulti nelle città europee può essere attribuito al consumo di oppiacei (cfr. sopra). A questi si devono aggiungere i tassi di mortalità legata ad altre forme di consumo di droga, estremamente difficili da quantificare.

Decessi correlati agli stupefacenti

Il concetto di «decesso correlato agli stupefacenti» è complesso. In alcune relazioni viene usato in riferimento ai decessi direttamente provocati dall'azione di sostanze psicoattive, in altre comprende anche i decessi nei quali il consumo di droga ha giocato un ruolo indiretto

o circostanziale (incidenti stradali, violenza, malattie infettive). Una relazione recente che analizzava i tipi di danni provocati dal consumo di sostanze illecite nel Regno Unito ha calcolato che il decesso correlato agli stupefacenti rappresenta il principale danno prodotto dal consumo di droga (MacDonald e altri, 2005).

In questa sezione, e nel protocollo dell'OEDT, l'espressione «decessi correlati al consumo di stupefacenti» viene usata in riferimento ai decessi direttamente provocati dal consumo di una o più sostanze stupefacenti e, in genere, occorsi poco dopo il consumo della sostanza o delle sostanze. Altri termini usati per descrivere questi eventi sono «overdose», «intossicazione», «decesso indotto da stupefacenti» o «decesso improvviso correlato al consumo di stupefacenti» ⁽¹⁹⁸⁾.

Tra il 1990 e il 2003 i paesi dell'UE hanno riferito 6 500-9 000 decessi per overdose all'anno, per un totale di oltre 113 000 decessi. Queste cifre possono essere considerate una stima minima, perché molti paesi tendono probabilmente a non segnalare tutti i casi ⁽¹⁹⁹⁾.

I tassi di mortalità nella popolazione europea dovuti a decessi correlati al consumo di stupefacenti variano notevolmente da paese a paese, da 0,2 a oltre 50 decessi per milione di abitanti (media: 13). Nella maggior parte dei paesi il dato è compreso tra 7-30 decessi per milione di abitanti, con cifre superiori a 25 in Danimarca, Estonia, Lussemburgo, Finlandia, Regno Unito e Norvegia. Tra i maschi di 15-39 anni, il tasso di mortalità è solitamente fino a tre volte più alto (con una media di 40 decessi ogni milione di abitanti); sette paesi hanno segnalato più di 80 decessi ogni milione di abitanti. I decessi correlati al consumo di stupefacenti hanno rappresentato il 3 % di tutti i decessi tra gli europei di 15-39 anni nel biennio 2003-2004 e oltre il 7 % di tutti i decessi in Danimarca, Grecia, Lussemburgo, Malta, Austria, Regno Unito e Norvegia. Queste cifre devono essere considerate una stima minima. Non si deve inoltre dimenticare che, nonostante i progressi compiuti, le differenze qualitative nella segnalazione da paese a paese sono ancora marcate, al punto che i confronti diretti devono essere fatti con estrema cautela ⁽²⁰⁰⁾.

Decessi per oppiacei

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

⁽¹⁹⁷⁾ Cfr. EuroHIV (2005). La cifra si riferisce alle zone occidentali e centrali di OMS Europa, che comprendono alcuni paesi terzi, e al totale dei decessi di Estonia, Lettonia e Lituania (zona orientale).

⁽¹⁹⁸⁾ Questa è la definizione concordata dal gruppo di esperti nazionali dell'OEDT: attualmente, la maggior parte delle definizioni nazionali dei casi coincide o è molto simile alla definizione dell'OEDT, sebbene alcuni paesi comprendano ancora casi dovuti a farmaci psicoattivi o a decessi non provocati da overdose, generalmente in proporzione limitata (cfr. nel bollettino statistico 2006 la nota metodologica «Sintesi dei decessi correlati al consumo di stupefacenti: definizioni e questioni metodologiche». Sezione 1: definizione dell'OEDT e Sezione 2: definizioni nazionali e «Protocollo standard sui decessi correlati al consumo di stupefacenti, versione 3.0»).

⁽¹⁹⁹⁾ Cfr. le tabelle DRD-2 (parte i), DRD-3, DRD-4 nel bollettino statistico 2006.

⁽²⁰⁰⁾ Cfr. il grafico DRD-1 (parte iii e parte iv) nel bollettino statistico 2006.

In Europa la maggior parte dei casi di decessi dovuti al consumo di oppiacei sono causati dall'eroina, benché il ruolo di altri oppiacei non sia trascurabile (cfr. sotto) ⁽²⁰¹⁾.

L'overdose da oppiacei è una delle cause principali di morte tra i giovani in Europa, soprattutto tra i soggetti di sesso maschile nelle zone urbane. Attualmente l'overdose è anche la principale causa di morte tra i consumatori di oppiacei in tutto il territorio dell'UE, soprattutto nei paesi con una bassa prevalenza dell'infezione da HIV tra i tossicodipendenti che si iniettano la droga (cfr. «Mortalità tra i consumatori problematici di stupefacenti», pag. 80).

La maggior parte dei consumatori di droga che muoiono per overdose è di sesso maschile ⁽²⁰²⁾, per un totale del 65-100 % dei casi; nella maggioranza dei paesi la percentuale è compresa tra il 75 % e il 90 %, con la proporzione maggiore tra le donne in Repubblica ceca, Polonia e Finlandia e la proporzione minore in Grecia, Italia e Cipro. Questi risultati vanno interpretati facendo una distinzione tra le percentuali di consumo di oppiacei e di consumo di oppiacei per via parenterale tra uomini e donne.

Il più delle vittime per overdose ha un'età compresa tra i 20 e i 40 anni; l'età media nella maggior parte dei paesi è di 35 anni (intervallo: 20-44 anni). L'età media è più bassa in Estonia, Slovenia, Bulgaria e Romania e più alta in Repubblica ceca, Paesi Bassi, Polonia e Finlandia. Sono pochissimi i casi di decesso per overdose riferiti tra i ragazzi al di sotto dei 15 anni (17 casi su un totale di 7 516 decessi, stando alle informazioni più recenti disponibili per ciascun paese), ma il numero di decessi per droga in questo gruppo di età potrebbe essere sottostimato. I dati dell'OEDT comprendono pochi decessi nella fascia d'età degli ultrasessantacinquenni, con solo sette paesi che riferiscono oltre il 5 % dei casi in questo gruppo ⁽²⁰³⁾.

Al confronto l'età media al momento del decesso è bassa in alcuni nuovi Stati membri e paesi candidati (Estonia, Cipro, Lettonia, Slovacchia, Bulgaria e Romania) ed esiste un'elevata percentuale di casi di overdose in soggetti di età inferiore ai 25 anni, un fatto questo che può essere indice di una popolazione di consumatori di eroina più giovane in questi paesi. L'età media elevata registrata nella Repubblica ceca si spiega con l'inserimento nelle statistiche di molti decessi derivanti dall'uso di farmaci psicoattivi (grafico 12).

In molti Stati membri l'età delle vittime dell'overdose è in aumento, a suggerire un calo dell'iniziazione al consumo di eroina tra i giovani. Questa tendenza è diffusa nell'Europa a 15 ed è stata osservata sin dall'inizio degli anni novanta, pur essendo meno marcata in Svezia e Regno Unito. Nei nuovi Stati membri questa

tendenza è meno chiara e in molti casi si osserva addirittura una diminuzione dell'età media ⁽²⁰⁴⁾.

Decessi per metadone

Nelle relazioni nazionali Reitox 2005 il metadone figura, per alcuni paesi, come una causa importante di morte per droga. La terminologia varia da paese a paese e, in taluni casi, è difficile stabilire il ruolo effettivamente svolto dal metadone in questi decessi.

La Danimarca segnala la presenza di metadone (da solo o in associazione ad altre sostanze) nel 44 % dei decessi per intossicazione (95 su 214 nel 2004), una percentuale simile al 2003, ma in netto aumento rispetto al 1997; la Germania riferisce 345 casi riconducibili a «sostanze sostitutive» (46 dovute unicamente a tali sostanze e 299 in associazione ad altri stupefacenti nel 2004), con una chiara tendenza decrescente rispetto al 2002; il Regno Unito riporta 216 casi in cui il metadone è stato «menzionato» (Inghilterra e Galles, 2003), anche in tal caso in calo rispetto al 2002. La Spagna denuncia meno casi di overdose correlati esclusivamente al consumo di metadone (2 %), ma casi frequenti di decessi nei quali il metadone è stato usato in associazione a oppiacei (42 %) e cocaina (20 %). Altri paesi non hanno segnalato decessi per metadone oppure hanno riferito un numero di decessi esiguo. Non è chiaro quali siano i fattori soggiacenti a queste differenze né è chiaro se in alcuni paesi le stime siano sottovalutate ⁽²⁰⁵⁾.

Nonostante sia stato dimostrato scientificamente che il trattamento sostitutivo riduce il rischio di overdosi letali, nell'ambito del controllo dell'assicurazione della qualità dei programmi sostitutivi è importante monitorare il numero di decessi correlati al metadone e le circostanze del decesso (la fonte da cui proviene la sostanza, se la sostanza sia stata consumata in associazione ad altre sostanze, il momento del decesso per intossicazione nel processo terapeutico).

Decessi per buprenorfina e fentanyl

I decessi dovuti a intossicazione da buprenorfina sembrano un evento raro, che viene spiegato con le caratteristiche farmacologiche di agonista-antagonista di questa sostanza. Alcuni decessi tuttavia sono stati segnalati dagli Stati membri dell'Unione europea.

Nelle relazioni nazionali del 2005 soltanto Francia e Finlandia menzionano casi di decesso riconducibili al consumo di questa sostanza. In Finlandia la buprenorfina è stata riscontrata nel 2004 in 73 decessi correlati al consumo di stupefacenti (un dato questo che riflette quello del 2003), solitamente in associazione con benzodiazepine, sedativi o alcol. Queste cifre elevate sono confermate in

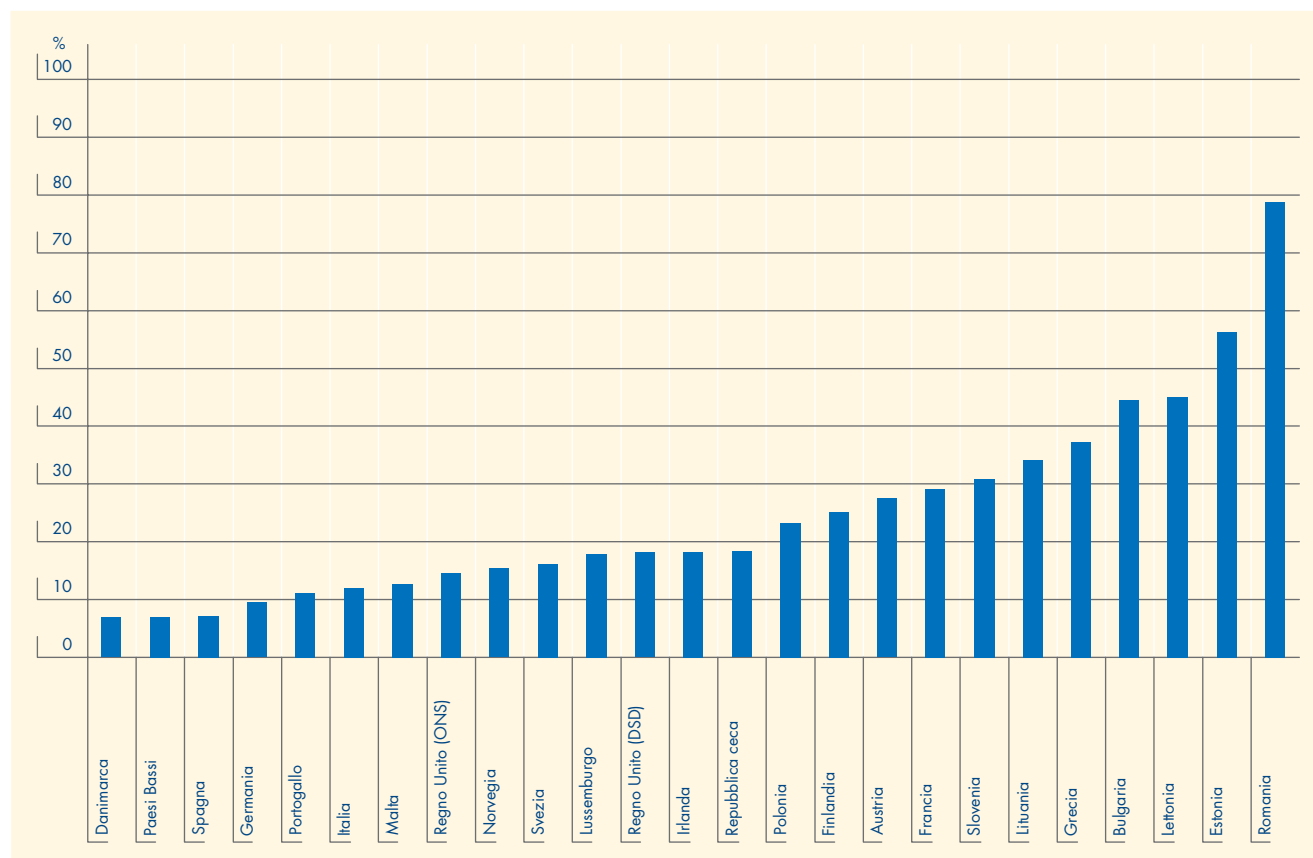
⁽²⁰¹⁾ Cfr. il grafico DRD-1 nel bollettino statistico 2006.

⁽²⁰²⁾ Poiché nella maggior parte dei casi riferiti all'OEDT si tratta di overdosi da oppiacei, per descrivere i casi di oppiacei vengono utilizzate le caratteristiche generali dei decessi improvvisi correlati al consumo di stupefacenti.

⁽²⁰³⁾ Cfr. la tabella DRD-1 nel bollettino statistico 2006.

⁽²⁰⁴⁾ Cfr. i grafici DRD-3 e DRD-4 nel bollettino statistico 2006.

⁽²⁰⁵⁾ Uno studio sul campo attualmente in corso dell'OEDT si prefigge di migliorare la qualità delle informazioni fornite sulle sostanze implicate nei decessi correlati al consumo di stupefacenti, tra cui le sostanze sostitutive.

Grafico 12: Proporzione dei decessi improvvisi correlati al consumo di stupefacenti tra i giovani con meno di 25 anni di età nel 2002

NB: ONS, Office of national statistics (Ufficio statistico nazionale), DSD, drug strategy definition (Definizione derivante dalla strategia sulle sostanze stupefacenti).

Il 2002 è stato preso come anno di riferimento, essendo questo l'anno in cui sono disponibili informazioni per la maggior parte dei paesi. Fonti: relazioni nazionali Reitox (2005), dati desunti dai registri nazionali di mortalità o da registri speciali (di medicina legale o della polizia). Sulla base delle «definizioni nazionali» presentate nelle note metodologiche sui decessi correlati al consumo di droga nel bollettino statistico 2006.

Finlandia da un parallelo aumento del trattamento della tossicodipendenza da buprenorfina, anche se il numero dei soggetti trattati è di gran lunga inferiore rispetto a quello dei pazienti in trattamento con buprenorfina riferiti dalla Francia (da 70 000 a 85 000). È quindi interessante che la Francia segnali soltanto quattro casi di overdose da buprenorfina nel 2004 (rispetto agli otto casi nel 2003). Anche tenendo conto del fatto che i casi di intossicazione siano in parte taciuti in Francia, la differenza è comunque sorprendente. Oltre a Francia e Finlandia, altri tre paesi denunciano casi di decesso (soltanto due o tre per paese) legati al consumo di buprenorfina, senza indicazioni se la sostanza sia stato il principale fattore responsabile dell'evento.

In passato decessi dovuti al consumo di fentanil sono stati segnalati nei paesi baltici; tuttavia, nelle relazioni nazionali 2005 non viene fatta menzione di questo fenomeno.

Andamento dei decessi improvvisi correlati al consumo di stupefacenti

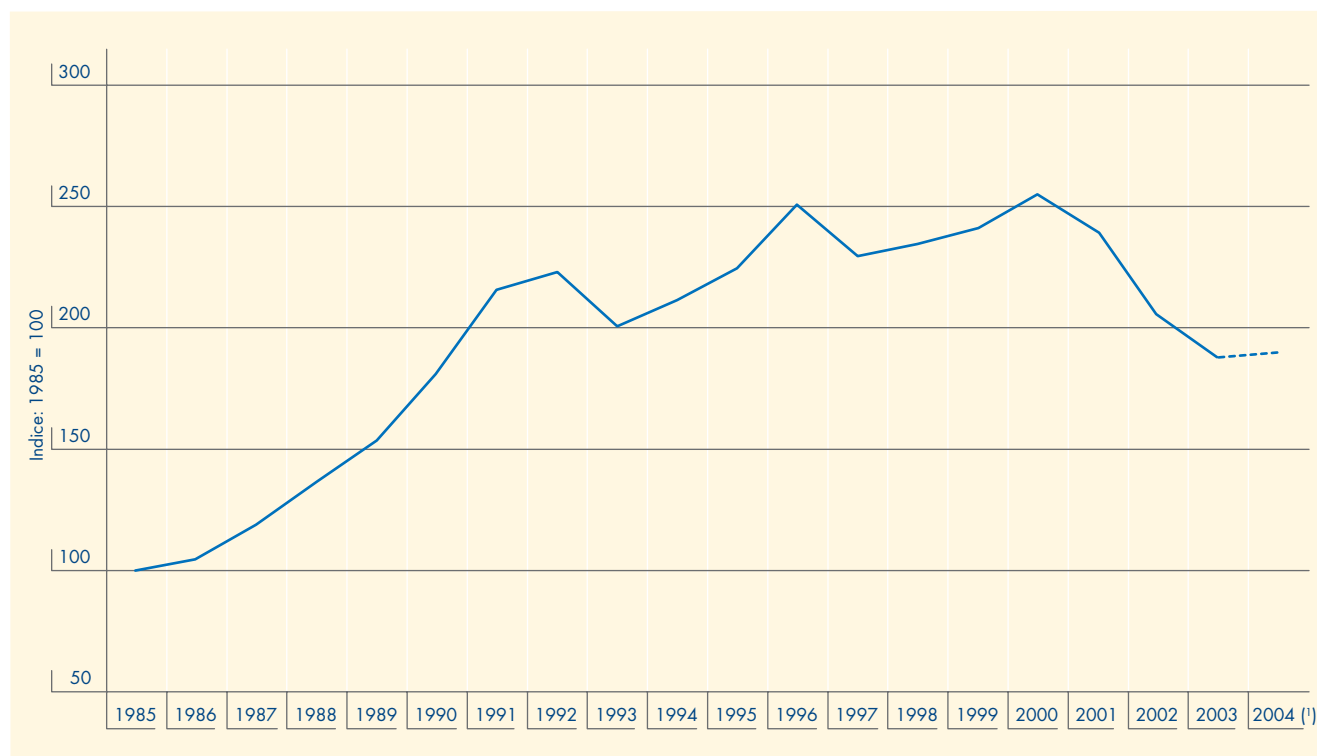
L'andamento dei decessi correlati al consumo di stupefacenti registrato nei vari paesi può fornire indicazioni dettagliate sull'evoluzione dei modelli di consumo problematico di

tale sostanza in ogni paese, tra cui il dilagare dell'eroina e i comportamenti ad alto rischio (per esempio, consumo per via parenterale) nonché l'erogazione di servizi terapeutici e persino le differenze in termini di reperibilità dell'eroina. Possono inoltre, ovviamente, riflettere il successo delle politiche relative ai servizi medici di emergenza nella prevenzione delle overdosi letali ⁽²⁰⁶⁾.

I dati disponibili nell'Unione europea rivelano un andamento generale nei decessi correlati al consumo di stupefacenti. Negli Stati membri dell'Europa a 15 si è osservata tra gli anni ottanta e l'inizio degli anni novanta un'impennata delle statistiche, probabilmente collegata alla diffusione del consumo di eroina, anche per via parenterale. I decessi per droga hanno continuato ad aumentare tra il 1990 e il 2000, anche se meno drasticamente (grafico 13). Il tasso annuo totale di decessi correlati al consumo di stupefacenti negli Stati membri che forniscono informazioni (la maggior parte degli attuali Stati membri) è aumentato al 14 %, da 8 054 nel 1995 a 9 392 nel 2000.

Dal 2000 molti paesi dell'Unione europea hanno riferito un calo nel numero dei decessi correlati al consumo di stupefacenti, probabilmente in conseguenza di una

⁽²⁰⁶⁾ Cfr. il grafico DRD-7 nel bollettino statistico 2006.

Grafico 13: Tendenze nel lungo termine dei decessi improvvisi correlati al consumo di stupefacenti, 1985-2004

(¹) Dieci paesi hanno fornito informazioni per il 2004, sei non hanno fornito alcun dato. Pertanto, il dato per il 2004 è ancora provvisorio e si fonda su un confronto dei dati riferiti al 2003 e al 2004 soltanto per questi paesi che hanno messo a disposizione informazioni per entrambi gli anni.

NB: i nuovi Stati membri e i paesi candidati all'adesione non sono compresi in questo dato, per la mancanza di dati retrospettivi nella maggior parte dei casi. Cfr. la tabella DRD-2 nel bollettino statistico 2006 per il numero di decessi in ogni paese e le note sulla metodologia.

Fonti: relazioni nazionali ReitoX (2005), dati desunti dai registri generali di mortalità o da registri speciali (di medicina legale o della polizia).

maggiore disponibilità delle cure e di iniziative di riduzione del danno, sebbene possa incidere in maniera significativa su questo dato anche la diminuzione della prevalenza del consumo di droga. A livello europeo le percentuali sui decessi per stupefacenti sono scese del 6 % nel 2001, del 13 % nel 2002 e del 7 % nel 2003. Nonostante questi miglioramenti, nel 2003 sono stati segnalati ancora quasi 7 000 decessi correlati al consumo di stupefacenti (mancano i dati di Belgio, Spagna e Irlanda). Tuttavia, tra i paesi che forniscono informazioni nel 2004 (¹⁹) si osserva un leggero aumento del 3 %. Nonostante sia possibile avanzare deduzioni sul 2004 soltanto con cautela, vale la pena notare che 13 paesi su 19 hanno riferito un aumento più o meno marcato.

La discrepanza nel numero di decessi tra i giovani di età inferiore ai 25 anni è più evidente nell'andamento riferito, rispettivamente, ai vecchi e ai nuovi Stati membri. Tra gli Stati membri dell'UE a 15 si è notato un costante calo a partire dal 1996, a sua volta testimonianza di una diminuzione del numero di giovani consumatori di oppiacei per via parenterale; nei nuovi Stati membri, invece, si è osservato un incremento netto fino al 2000-2002, seguito da un'apparente flessione a partire soltanto dal 2003 (²⁰⁷).

Spiccano inoltre differenze di genere. Il numero di decessi tra gli uomini è aumentato progressivamente dal 1990 al 2000, per poi diminuire in maniera indubbia (flessione del 30 % entro il 2003), mentre il numero dei decessi riferiti tra le donne è rimasto perlopiù stabile tra il 1990 e il 2000, oscillante tra 1 700 e 2 000 casi all'anno, e da allora è calato soltanto del 15 %. Questa situazione si potrebbe spiegare con una serie di fattori, tra cui la diversa efficacia degli interventi o le differenze presenti a livello di fattori di rischio tra i due sessi (²⁰⁸).

Nei paesi che dispongono di serie lunghe di dati, si ravvisano modelli diversi di decessi correlati al consumo di droga. In alcuni Stati questo genere di evento ha avuto un'impennata all'inizio degli anni novanta, per poi diminuire; valgano come esempio la Germania, dove l'apice dei decessi si è registrato nel biennio 1991-1992, la Spagna (1991), la Francia (1994) e l'Italia (1991). In altri Stati, come Grecia, Irlanda, Portogallo, Finlandia, Svezia e Norvegia, i decessi per droga hanno fatto registrare le statistiche più alte più tardi nel tempo, tra il 1998 e il 2001, periodo a cui è seguita una fase decrescente. Altrove il modello appare meno chiaro oppure le statistiche sono rimaste

(²⁰⁷) Cfr. il grafico DRD-5 nel bollettino statistico 2006.

(²⁰⁸) Cfr. il grafico DRD-6 nel bollettino statistico 2006.

invariate. Nonostante sia necessaria una certa cautela nelle interpretazioni, in ragione del numero relativamente basso di decessi correlati al consumo di stupefacenti in alcuni paesi, si può tuttavia osservare che questi modelli possono forse essere interpretati alla luce dell'evoluzione del consumo di eroina per via parenterale ⁽²⁰⁹⁾.

Decessi correlati al consumo di ecstasy e anfetamine

I decessi correlati al consumo di ecstasy sono stati segnalati per la prima volta in Europa negli anni novanta, in parallelo con l'accresciuta popolarità di questa sostanza. I decessi riconducibili al consumo di ecstasy sono fonte di enorme apprensione, poiché spesso avvengono in maniera del tutto inaspettata tra giovani socialmente integrati.

Le informazioni sui decessi per ecstasy sono limitate, ma i dati emersi dalle relazioni nazionali ReitoX suggeriscono che questi episodi continuano a essere casi relativamente insoliti rispetto ai decessi per oppiacei, nonostante il numero di decessi non trascurabile osservato in alcuni paesi. Nell'intera Europa sono stati segnalati 77 casi, una cifra questa che andrebbe considerata come una stima minima ⁽²¹⁰⁾. Riferiscono casi di decesso per ecstasy Danimarca (2), Germania (20), Francia (4), Ungheria (3) e Regno Unito (ecstasy «menzionata» in 48 casi, di cui 33 in Inghilterra e Galles), dove forse il sistema di segnalazione è migliore rispetto ad altri paesi. In Spagna l'ecstasy è stata rinvenuta nel 2,5 % delle intossicazioni da stupefacenti.

Il problema del rischio insito nel consumo di ecstasy è stato più volte sollevato. Senza dimenticare il margine di errore nelle stime della prevalenza fondate sulle indagini e le difficoltà incontrate nel segnalare i casi di decesso per droga, è possibile dividere il numero di vittime denunciato per il numero annuo dei consumatori ⁽²¹¹⁾ (soggetti potenzialmente a rischio), ottenendo un totale di 5-8 casi e di 2-5 casi ogni 100 000 consumatori nei due paesi nei quali è stato eseguito questo calcolo.

Anche i decessi per anfetamina non vengono riferiti di frequente, sebbene nel 2004, nella Repubblica ceca, 16 casi siano stati attribuiti al consumo di pervitina (metanfetamina), pari a quasi il doppio del dato del 2003, in conseguenza dell'aumento del numero stimato di consumatori problematici di pervitina e di richieste di trattamento. Per i decessi causati dalla sostanza GHB si rimanda al capitolo 4.

Decessi correlati alla cocaina

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

tra i soggetti in terapia per tossicodipendenza e nei gruppi emarginati della popolazione.

Il consumo di cocaina è diffuso tra i consumatori di oppiacei ed è facile riscontrare tracce di cocaina nelle analisi tossicologiche delle overdosi da oppiacei, accanto a tracce di altre sostanze come alcol e benzodiazepine. Solitamente la cocaina viene consumata assieme ad alcol, una combinazione questa che può intensificare il livello di tossicità.

Le statistiche attualmente disponibili in Europa sono limitate e la variabilità dei criteri utilizzati per individuare i casi ascrivibili al consumo di cocaina di per sé è indicatrice del fatto che questi dati non possono essere tra loro confrontati; inoltre, alcuni decessi dovuti al consumo di cocaina possono passare inosservati o non essere riferiti, incidendo in tal modo negativamente sull'affidabilità delle segnalazioni. I dati esistenti indicano che in molti casi di decesso causato dalla cocaina sono implicati anche gli oppiacei.

Tra i paesi che hanno fornito statistiche, si parla nelle relazioni nazionali del 2005 di oltre 400 decessi per cocaina, una stima che è considerata minima. Nella maggior parte di questi casi la cocaina sembra aver giocato un ruolo attivo, che non sempre tuttavia può emergere chiaramente dalle relazioni. Nove paesi non fanno cenno esplicitamente alla presenza o meno di casi di decesso per cocaina. La cocaina è responsabile dello 0-20 % dei decessi improvvisi correlati al consumo di droga riferiti; la percentuale si eleva al 10-20 % nei seguenti paesi: Germania, Spagna, Francia, Paesi Bassi e Regno Unito. Casi di decesso in cui la cocaina ha giocato un ruolo decisivo (da sola o in associazione con altre sostanze) sono stati riferiti da Germania (166), Spagna (53), Francia (14), Paesi Bassi (20) e Regno Unito («menzionata» 142 volte, di cui 113 in Inghilterra e Galles). Altri nove paesi hanno denunciato un numero di casi compresi tra zero e due. Inoltre, la cocaina viene solitamente riscontrata nell'analisi tossicologica delle overdosi da oppiacei in alcuni paesi. Considerato la scarsità dei dati disponibili, si comprende come non sia facile tratteggiare un andamento certo; e, tuttavia, sembra affermarsi in tutti i paesi una certa tendenza all'aumento, con un numero di casi crescente (si pensi, per esempio, a Germania, Spagna, Francia, Paesi Bassi e Regno Unito, anche se negli ultimi due anni il dato si sia stabilizzato nei Paesi Bassi).

Inoltre, la cocaina può indurre il decesso per disturbi cardiovascolari (aritmie, infarto del miocardio, emorragie cerebrali), soprattutto nei consumatori con predisposizione o fattori di rischio (tabacco, ipertensione, angiomi) o nel corso degli anni. Per il momento molti di questi casi possono passare inosservati, a causa della scarsa consapevolezza. Sono quindi necessarie ulteriori ricerche in questo settore.

⁽²⁰⁹⁾ Cfr. il grafico DRD-7 nel bollettino statistico 2006.

⁽²¹⁰⁾ A seconda del paese, le cifre si riferiscono al 2003 o al 2004, per ecstasy e cocaina.

⁽²¹¹⁾ Consumo negli ultimi 12 mesi emerso dalle indagini nella popolazione.

Riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti

Risposte efficaci

Prerequisito fondamentale in un'ottica di educazione ai rischi e di gestione dei rischi, nonché per favorire l'accesso ai servizi, compresi quelli terapeutici, è quello di raggiungere le popolazioni di consumatori di stupefacenti non sottoposte a cure e di stabilire contatti per la comunicazione.

Uno studio sulle circostanze delle overdosi ha offerto la base per lo sviluppo di interventi orientati alle situazioni ad alto rischio e agli individui ad alto rischio. Grazie a questi interventi è possibile ridurre in maniera significativa il numero di decessi attribuibile agli effetti immediati del consumo di droga. Il ruolo dei vari interventi nel ridurre i decessi improvvisi correlati al consumo di stupefacenti è sintetizzato in un recente briefing strategico dell'OEDT (OEDT, 2004d).

Poiché l'eroina è implicata nella maggior parte dei decessi in Europa, l'obiettivo di aumentare la percentuale di consumatori di eroina in trattamento può essere considerata come una misura di prevenzione delle overdosi. Una serie di fattori può essere responsabile delle recenti modeste inversioni di tendenza nei decessi per overdose osservati in alcuni Stati membri. Tra questi si annoverano la riduzione del tasso di prevalenza e di iniezione, l'aumento delle azioni preventive, una maggiore disponibilità dei servizi terapeutici nonché un'accresciuta adesione agli stessi, con altrettanto positive percentuali di frequenza nel tempo, nonché la possibile diminuzione dei comportamenti di rischio.

Profilo delle risposte

Nella maggior parte dei paesi il parere degli esperti sull'uso di diverse strategie di intervento allo scopo di ridurre i decessi per overdose considera il trattamento sostitutivo con oppiacei l'approccio più valido ⁽²¹²⁾. In Ungheria e Svezia, pur essendo disponibile, questo genere di trattamento non è giudicato come una soluzione utile a ridurre il numero di decessi. E in Estonia e Polonia, l'erogazione, ancora a livelli bassi, della terapia sostitutiva significa che la

terapia sostitutiva con metadone non è ritenuta una risposta valida per abbattere il numero dei decessi per overdose.

Altre importanti iniziative nella maggior parte dei paesi europei sono le risposte impiegate su informazione, educazione e comunicazione (IEC). La divulgazione di messaggi di sensibilizzazione dei rischi e di istruzioni per il trattamento dell'overdose per il tramite di materiali stampati creati appositamente a questo scopo o di altri mezzi (volantini, siti web, campagne mediatiche) è un'attività diffusa o prevalente in 19 paesi. Tuttavia, sette Stati (Estonia, Francia, Irlanda, Lettonia, Ungheria, Malta, Finlandia) ricorrono raramente a queste misure, mentre un paese (Svezia) ne fa del tutto a meno.

Stando alle informazioni fornite dai punti focali nazionali è meno praticato l'approccio volto a integrare sistematicamente una valutazione individuale dei rischi nell'ambito dei servizi di consulenza e nelle routine terapeutiche nonché a organizzare incontri di gruppo sull'educazione ai rischi e nella reazione ai rischi destinati ai consumatori di stupefacenti.

Un'ampia categoria di attività può essere fatta rientrare nella categoria «interventi in carcere in vista del rilascio». Queste attività vanno da semplici azioni di divulgazione di informazioni tramite consulenze sui rischi dell'overdose e su come prevenirli all'avvio o al proseguimento di terapie sostitutive in carcere. Tuttavia, gli interventi che si collocano in questo spettro di risposte vengono usati raramente in 13 paesi e non vengono utilizzati affatto in altri 5 (Lettonia, Ungheria, Polonia, Romania e Svezia). In Spagna, Italia e Regno Unito gli interventi in carcere sono tra gli approcci prevalenti adottati nell'ambito di un'azione di riduzione del numero di decessi improvvisi per consumo di stupefacenti.

L'esistenza di condizioni locali di rischio correlate alla pratica dell'iniezione collettiva è stato un fattore determinante nella decisione di aprire strutture per il consumo di droga controllato da operatori esperti in quattro Stati membri dell'Unione europea e in Norvegia ⁽²¹³⁾. I gruppi a cui sono destinate queste strutture sono soggetti altamente emarginati e maggiormente a rischio, che hanno l'abitudine di iniettarsi la droga in strada (OEDT, 2004c).

⁽²¹²⁾ Risultati ottenuti sulla base di un'indagine condotta attraverso 27 punti focali nazionali nel 2004. Lo strumento può essere scaricato al seguente indirizzo: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>

⁽²¹³⁾ Gli Stati membri sono Germania, Spagna, Lussemburgo e Paesi Bassi.



Capitolo 8

Miglioramento del monitoraggio del consumo problematico di stupefacenti e della poliassunzione

Tossicodipendenza, tossicomania, abuso di sostanze stupefacenti, consumo dannoso, consumo problematico: sono queste soltanto alcune delle espressioni e dei concetti associati all'indicatore dell'OEDT sul consumo problematico di droga, ciascuno investito di sfaccettature diverse a seconda della dimensione medica o sociale in cui è utilizzato. L'indicatore dell'OEDT del consumo problematico di stupefacenti (PDU) tiene monitorato «il consumo di stupefacenti per via parenterale oppure il consumo a lungo termine/regolare di eroina, cocaina e/o anfetamine». Compreso nella definizione, per convenzione, è l'uso di altri oppiacei come il metadone.

Questa definizione del PDU si limita esclusivamente agli aspetti comportamentali dedotti dai modelli di consumo di stupefacenti, senza esplicitamente misurare i problemi di qualsiasi tipo. Ciò nonostante, si ricollega agli svariati concetti di dipendenza dando a intendere che chi si comporta in questo modo ha buone probabilità di essere ricompreso nella più generale nozione di «consumatore problematico». Si deve notare al riguardo che l'indicatore PDU calcola soltanto un sottogruppo importante di quelle che possono essere considerate le vittime di una qualche sorta di problema di droga. Questo approccio, nonostante tutto, è valido. In quanto concetto di natura prettamente comportamentale, possiede i seguenti vantaggi:

- consente di proseguire il monitoraggio senza essere vincolati alle definizioni di tossicomania, dipendenza, danno e problema in sé;
- è relativamente facile da inserire negli ingranaggi degli studi di ricerca;
- raggruppa svariati tipi di stupefacenti e modalità di somministrazione come alternative, senza fare distinzioni specifiche.

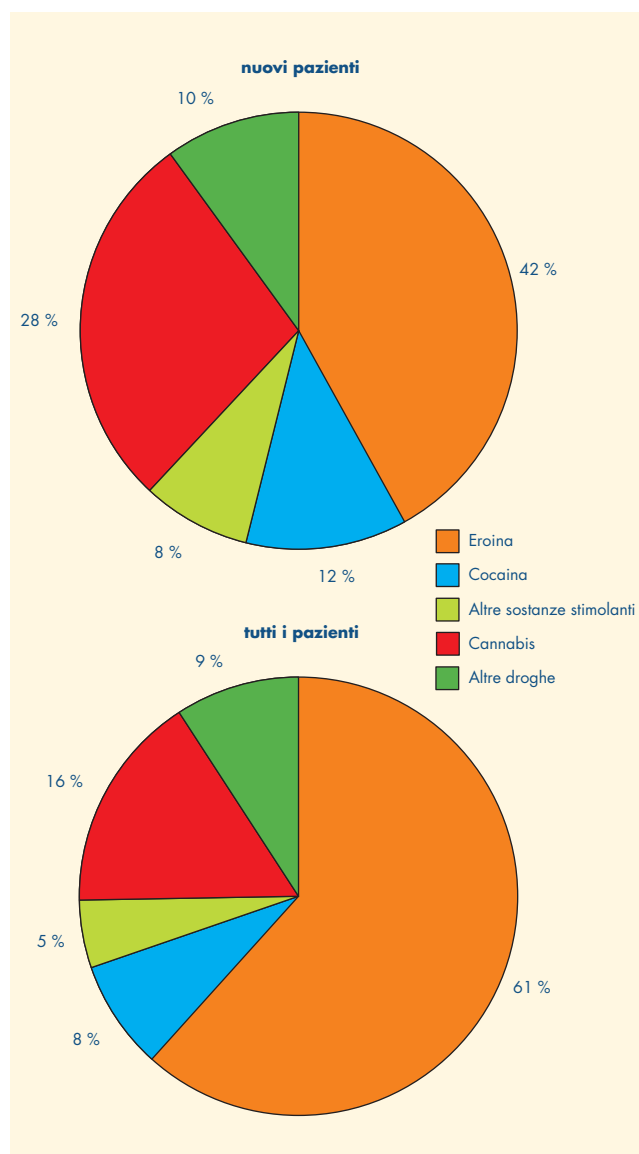
Storicamente parlando, l'indicatore del monitoraggio dell'OEDT è figlio della sua epoca: negli anni ottanta e in buona misura anche negli anni novanta, il consumo di eroina e il consumo per via parenterale erano visti come fondamentali costituenti del problema «droga», che necessitavano di essere valutati. Inoltre, queste forme di consumo di stupefacenti sfuggivano a ogni convincente misurazione tramite le tecniche di rilevazione del tempo. L'aggiunta delle anfetamine ha reso la definizione adeguata per taluni paesi nordici, dove il consumo di queste sostanze per via parenterale era già diffuso; inoltre, pur essendo

la cocaina compresa nella definizione, nella pratica essa figurava raramente come un fattore significativo di cui si teneva conto nelle stime effettuate. Mentre l'indicatore PDU continua a rappresentare per noi un utile spioncino su un aspetto importante del problema degli stupefacenti, appare con sempre maggior evidenza che tale strumento necessiti di essere perfezionato per poter monitorare, in maniera consona ai requisiti del caso, l'odierna situazione eterogenea del consumo di droga in Europa. Il quadro dei problemi di consumo cronico degli stupefacenti in Europa appare sempre più complesso. Per rimanere un punto di riferimento nel mondo sempre mutevole del consumo di sostanze illecite, l'attività di monitoraggio deve evolversi e sapersi adeguare a uno spettro più ampio di sostanze, rilevandone l'uso con maggior precisione di dettagli rispetto a quanto abbia fatto finora.

L'allargamento dell'Unione europea ha significato l'inclusione di altre forme di comportamenti sociali, tra le quali non fa eccezione il consumo di sostanze illecite. Se si vuole comprendere quali sono le esigenze delle persone che hanno problemi riconducibili al consumo di stupefacenti è necessario prendere atto di elementi ed eventi come l'evoluzione della cultura della droga, l'emergenza delle droghe sintetiche e dei medicinali a scopo illecito, il passaggio del testimone alla cocaina e una prevalenza generalmente alta del consumo di cannabis. Dalle precedenti sezioni della presente relazione emerge che, sebbene i consumatori di eroina continuino chiaramente a prevalere nelle richieste di servizi terapeutici per le tossicodipendenze, il quadro sta tuttavia cambiando tra i soggetti che entrano per la prima volta in terapia, tra i quali sono in aumento i problemi dovuti al consumo di cannabis e stimolanti (grafico 14).

Questo passaggio può essere letto nel contesto di un'accresciuta disponibilità dei servizi terapeutici destinati ai consumatori di oppiacei nonché di una maggiore diffusione dei servizi terapeutici in generale. La terapia sostitutiva con oppiacei, in particolare, che vincola le persone a una cura continuata di lungo termine (si noti che tale dettaglio non emerge dai diagrammi, che si limitano a mostrare il numero di pazienti che ogni anno entra in terapia), mette in luce il ruolo degli oppiacei nell'onere che grava sui servizi terapeutici odierni rispetto ai nuovi pazienti che entrano in terapia. Ciò nonostante, sembra quasi di capire che in molti paesi le persone

Grafico 14: Distribuzione dei «nuovi» pazienti e di «tutti» i pazienti che chiedono il trattamento per la loro sostanza primaria



NB: sulla base di dati forniti da: Repubblica ceca, Danimarca, Germania, Grecia, Italia, Cipro, Ungheria, Malta, Paesi Bassi, Slovenia, Slovacchia, Finlandia, Svezia, Regno Unito, Bulgaria, Romania e Turchia.

Fonti: punti focali nazionali Reitox.

che al giorno d'oggi incorrono in un problema di droga siano verosimilmente più eterogenee, perlomeno in termini di sostanze consumate, rispetto al passato.

L'indicatore PDU e il conteggio delle popolazioni nascoste di consumatori di stupefacenti

L'attuale approccio PDU si è dimostrato estremamente valido nella produzione di stime migliori riferite all'importante gruppo dei consumatori di stupefacenti, che sono i principali utenti dei servizi di trattamento delle tossicodipendenze in Europa. L'approccio è servito a stimolare lo sviluppo di

una gamma di metodi e procedure statistiche atti a valutare l'entità di questa popolazione perlopiù nascosta. In tutti questi approcci la misurazione è fondata sull'idea che una percentuale dei consumatori problematici di stupefacenti sia «amministrativamente visibile», perché in contatto con una gamma di servizi di trattamento, giuridici e di emergenza, nonché di servizi sociali, e che da questa minoranza visibile sia possibile estrapolare l'entità della popolazione, se si conosce la percentuale. Questi tipi di metodi statistici indiretti completano le attività delle indagini nella popolazione che, per una serie di motivi metodologici e pratici, sono meno adatti a valutare la prevalenza del consumo di stupefacenti nei casi di prevalenza bassa, stigmatizzata e perlopiù nascosta.

Per quanto concerne l'attuale applicazione dell'indicatore PDU nell'Unione europea, i paesi hanno adattato la definizione per tener conto degli aspetti pratici della situazione locale e, quindi, la posizione appare eterogenea. Nove paesi hanno sostanzialmente adottato la definizione dell'OEDT tal quale, undici tengono conto soltanto del numero di consumatori di oppiacei (o eroina) e altri quattro non escludono i consumatori problematici di cannabis, nonostante questo gruppo di soggetti costituisca in generale una parte soltanto minima delle loro statistiche (essendo i criteri per l'inclusione dei consumatori di cannabis molto rigorosi in termini di conteggio dei soli consumatori dipendenti o dediti a un consumo molto intenso).

L'uso più diffuso della cocaina, della cocaina crack e degli stimolanti in generale, oltre che la sovrapposizione dei problemi della tossicodipendenza con i problemi prodotti dall'alcol e dal consumo di medicinali prescritti, implica che — persino in caso di applicazione coerente dell'indicatore — queste stime comprenderebbero oggi una più ampia varietà di repertori di consumo di stupefacenti rispetto al passato, con la possibilità che si producano conseguenze e problematiche più svariate. Oltre a monitorare la portata generale del consumo problematico di droga vi è quindi la necessità di monitorare distintamente i diversi comportamenti che compongono l'indicatore PDU, vale a dire il consumo problematico di stupefacenti e ogni tipo di sostanza compresa nella definizione PDU. Ciò può essere particolarmente importante alla luce delle prove, raccolte in alcuni paesi, di un crescente consumo di cocaina e dei modelli di consumo delle anfetamine, nonché per consentire di tratteggiare in maniera dettagliata l'evoluzione del consumo di oppiacei. Se tutti questi comportamenti vengono riferiti soltanto complessivamente, ovviamente è possibile che importanti sviluppi vengano mascherati e che si perda l'opportunità di comprendere meglio le tendenze.

In una precedente sezione di questa relazione è stata riportata, per la prima volta, una stima distinta del consumo di eroina e del consumo per via parenterale in Europa. Inoltre, è stato messo in evidenza l'aumento della disponibilità del trattamento per i consumatori problematici di oppiacei, con statistiche che rivelano oltre mezzo milione

di terapie sostitutive per oppiacei in corso in Europa. Ciò fa pensare che la percentuale dei consumatori di eroina, anche per via parenterale, che sono o sono stati in contatto con i servizi terapeutici può essere molto alta in molti paesi. L'OEDT sta attualmente studiando, tramite i suoi gruppi tecnici nazionali, il valore che può essere aggiunto raccogliendo informazioni diverse sulle richieste di trattamento, la reperibilità dei trattamenti e le stime del consumo di eroina, anche per via parenterale.

Oltre l'indicatore PDU

Un ulteriore passo per accrescere la nostra capacità di comprendere meglio il problema «droga» in Europa è quello di capire fino a che punto il consumo intensivo di stupefacenti possa essere integrato nell'esercizio di monitoraggio, al di là del monitoraggio basato sul PDU. Il collegamento tra consumo intensivo di stupefacenti, comunque lo si voglia definire, e la dipendenza nonché i livelli e i tipi di problemi nascenti impone un'ulteriore elaborazione; per esempio, Kandel e Davis (1992) hanno calcolato che negli Stati Uniti circa un terzo dei consumatori quotidiani di cannabis potrebbe essere considerato tossicodipendente. Per procedere su questa scia è necessario formalizzare il concetto di consumo frequente e intensivo di cannabis e di altre sostanze illecite come bersaglio specifico delle attività di monitoraggio. L'uso frequente o intensivo si può misurare nei dati statistici per completare la stima attraverso metodi statistici indiretti. Attualmente i dati statistici ottenuti dalle indagini forniscono un'utile visuale sui vari modelli di consumo di cannabis, che tuttavia sono prevalentemente modelli comportamentali e distinti sul piano della frequenza d'uso. I dati derivati dalle indagini potranno rivelarsi importanti se saremo in grado di elaborare stime solide del numero di consumatori di sostanze come la cannabis, che potrebbero essere descritti come consumatori dipendenti o a rischio, perlomeno per autodichiarazione.

Questa volontà di trovare una definizione formale per il consumo frequente o intensivo di una serie di stupefacenti permetterebbe anche di creare strumenti di ricerca finalizzati a valutare il grado dei problemi e della dipendenza causati dai diversi livelli e modelli di consumo di cannabis. Un certo numero di paesi europei sta lavorando alla creazione di strumenti metodologici per la misurazione sia del consumo intensivo sia del grado della dipendenza e dei problemi, e in questo settore di attività l'OEDT sta promuovendo le iniziative di collaborazione.

Una difficoltà incontrata nell'individuare il consumo intensivo come indicatore dei consumatori più a rischio di cadere nella dipendenza o di avere qualche genere di problema consiste nel fatto che la nozione di ciò che costituisce consumo intensivo dipende, in certa misura, dal tipo di sostanza consumata. Se il consumo problematico di oppiacei è fortemente caratterizzato da modelli di consumo quotidiano, lo stesso spesso non si può dire per le sostanze

stimolanti. Con queste sostanze infatti è più frequente il consumo di un certo numero minimo di dosi, con un'escalation dei consumi per brevi periodi cui fanno seguito periodi di consumo ridotto, durante i quali gli oppiacei lasciano il posto ad altre sostanze o all'alcol per tamponare gli effetti avversi dell'astinenza. Possono influenzare in maniera incisiva i modelli del consumo intensivo di stupefacenti fattori di tipo sia farmacologico sia situazionale, ma è chiaro che gli interventi di natura comportamentale destinati ai consumatori intensivi non potranno ignorare i diversi modelli di consumo a seconda del tipo di sostanza implicata.

La sfida di segnalare i problemi dovuti alla poliassunzione

Per buone ragioni pratiche e metodologiche la maggior parte delle segnalazioni sul consumo di droga fa una descrizione distinta per ogni sostanza. Questo metodo fornisce la chiarezza concettuale necessaria per favorire la segnalazione sulla base delle misure comportamentali disponibili, ma non tiene in considerazione il fatto che il singolo consumatore di stupefacenti spesso ha fatto uso o fa uso di una gamma variegata di sostanze lecite e illecite e, di conseguenza, può avere problemi derivanti dal consumo di più di una sostanza. Questi consumatori possono alternare sostanze diverse o modificare la droga d'elezione nel tempo o consumare contemporaneamente più sostanze. Questa situazione complessa rappresenta una sfida importante per un sistema di monitoraggio, anche se l'analisi è ristretta alle sole misure comportamentali del consumo di stupefacenti in periodi di tempo diversi. Se si includono i concetti dell'uso problematico e dipendente, le difficoltà aumentano ulteriormente: a livello europeo esistono pochi dati solidi per consentire un'analisi informata. È probabile, tuttavia, che in alcuni paesi vi sia un gruppo non trascurabile di consumatori problematici cronici di stupefacenti che sfuggono alle classificazioni per sostanze primarie e che possono avere problemi dovuti al consumo concomitante di sostanze lecite e illecite. Per risolvere questo problema è necessario comprendere meglio i modelli della poliassunzione e applicare nella pratica queste nuove acquisizioni per migliorare le segnalazioni a livello nazionale ed europeo.

Polisostituzione

Nella nozione generale di poliassunzione si può intravedere una serie di significati specifici. Da un lato, si ha un consumo di più sostanze in maniera intensiva e caotica, simultaneamente o consecutivamente, in molti casi alternando una sostanza all'altra, a seconda della disponibilità. È questo il caso, per esempio, dei consumatori problematici che fanno uso di diversi oppiacei nonché di medicinali, cocaina, anfetamine e alcol.

Questo modello di consumo sembra diffuso tra alcuni consumatori cronici, con una certa probabilità appartenenti a gruppi emarginati, forse tra soggetti con problemi di tipo psichiatrico. Nell'ambito di molti sistemi di segnalazione in Europa, questi casi verrebbero classificati come casi di consumo di oppiacei.

Come tali, questi individui rientrerebbero nella definizione e nelle misure di monitoraggio dei consumatori problematici di stupefacenti. Tuttavia, rimane da capire se questa poliassunzione intensiva e caotica sia un'entità di per sé sufficiente, una tossicodipendenza aspecifica che come tale richiede misure epidemiologiche e terapeutiche mirate, interventi di sostegno e riduzione del danno in un contesto di spiccata difficoltà. In queste circostanze qualsiasi attività di monitoraggio delle parti costituenti il consumo problematico di stupefacenti dovrebbero prevedere la poliassunzione come una componente da valutare separatamente.

Combinazioni di stupefacenti

C'è poi un secondo gruppo di utenti che assumono simultaneamente e sistematicamente più sostanze, alla ricerca degli effetti della combinazione farmacologica (si pensi, per esempio, al fenomeno dello *speedballing*, ossia il consumo concomitante di eroina e cocaina per via parenterale).

In caso di assunzione di una seconda sostanza per ottenere un effetto funzionale o farmacologico non esiste soltanto il modello di consumo simultaneo bensì anche quello consecutivo, in sostituzione di un'altra sostanza o a scopo complementare. Per esempio, il consumo di benzodiazepine può essere finalizzato a ridurre i sintomi da sospensione quando gli oppiacei non sono disponibili. In altri casi, può essere usata una seconda droga per compensare l'effetto farmacologico: è questo il caso, per esempio, dei consumatori che modificano l'effetto narcotizzante degli oppiacei con l'assunzione di cocaina o che placano l'effetto ansiogeno della cocaina o delle anfetamine facendo ricorso a oppiacei o ad altri farmaci depressivi.

Rischi accresciuti dovuti alla poliassunzione

L'effetto potenziante esercitato da una sostanza su un'altra può essere talvolta notevole; a questo riguardo non deve essere sottovalutato il consumo concomitante di sostanze psicoattive controllate e sostanze lecite e farmaci (alcol, nicotina e antidepressivi). Il livello di rischio dipende dalla dose di entrambe le sostanze. Particolarmente pericolose sono alcune associazioni farmacologiche: l'uso concomitante di alcol e cocaina aumenta la tossicità cardiovascolare; l'alcol o i farmaci depressivi, se assunti simultaneamente con oppiacei, accrescono il rischio di overdose; gli oppiacei o la cocaina consumati assieme a ecstasy o anfetamine provocano un aumento della tossicità acuta.

Limiti dei dati disponibili sulla poliassunzione

L'assenza di dati disponibili limita l'utilità delle segnalazioni della poliassunzione sotto molti punti di vista. I dati disponibili provengono dalle segnalazioni tossicologiche di overdosi di stupefacenti e dalle autodenunce dei soggetti che aderiscono a schemi terapeutici. Se queste fonti consentono di raccogliere informazioni sulla poliassunzione, spesso tali informazioni sono limitate ed è necessario prendere in considerazione la rappresentatività.

Dai risultati delle indagini emerge una situazione diffusa di poliassunzione (più di due sostanze) nello stesso periodo. Tuttavia, questi dati spesso non danno indicazioni su alcune forme di consumo di stupefacenti e, quando queste informazioni sono invece disponibili, sarebbe necessario intervenire per elaborare standard di segnalazione tra loro paragonabili. Un esempio della quantità di dati sulla poliassunzione estrapolati dalle indagini condotte nella popolazione si trova in una recente relazione tecnica dell'OEDT (2005b). Se si prendono come esempio i dati della Spagna, il grafico 15 mostra che l'uso di una sostanza ha come effetto una maggiore tendenza (rispetto alla popolazione in generale) all'uso di un'altra sostanza, e che questo dato cambia a seconda delle sostanze considerate. Per esempio, tra i consumatori di eroina l'uso della cocaina è relativamente diffuso, mentre nei consumatori di cocaina il consumo di altre sostanze è meno evidente.

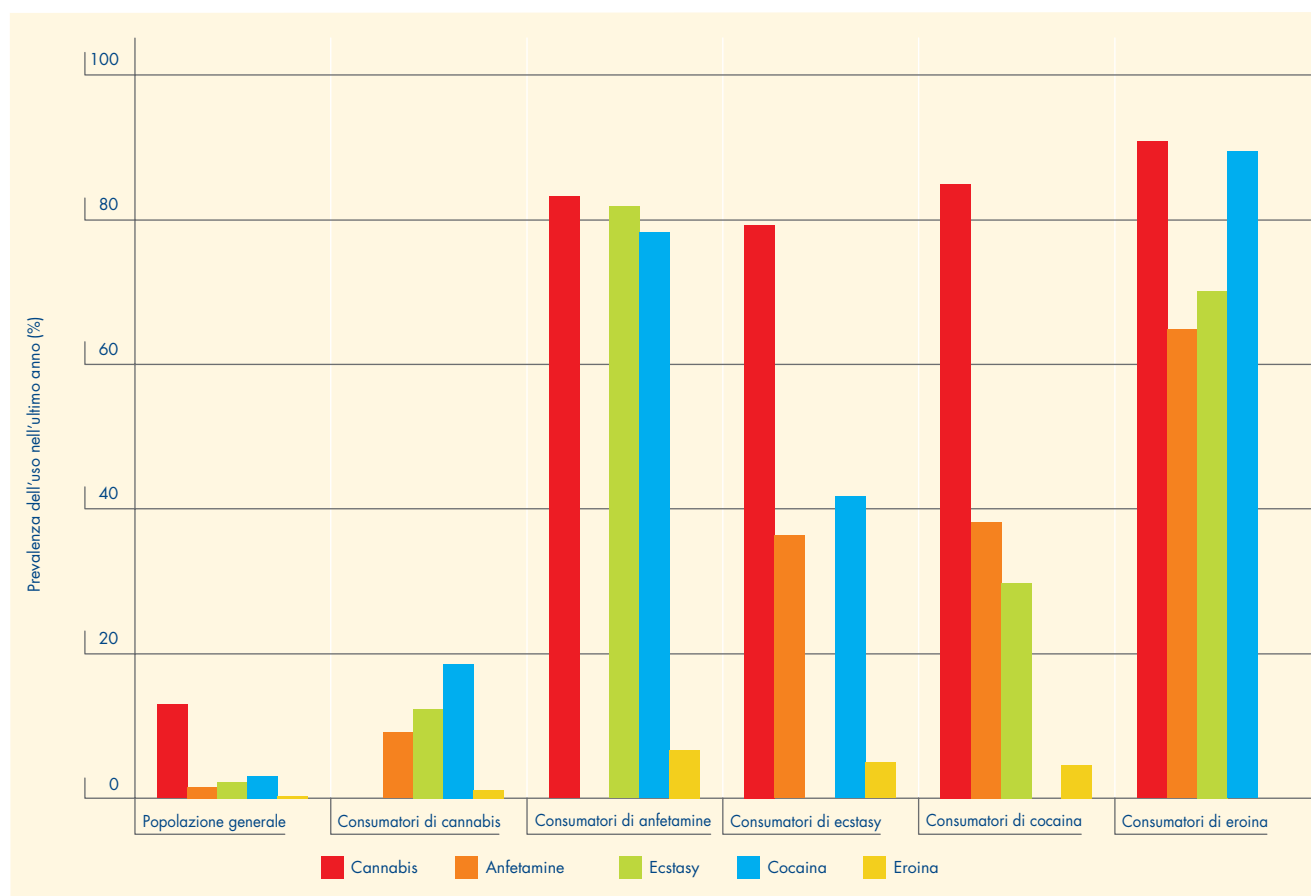
Elaborare una definizione operativa di poliassunzione: una questione di tempo?

Si deve fare una riflessione anche sui periodi di tempo che vengono scelti per valutare e segnalare la poliassunzione. I dati sulla prevalenza *tantum*, in linea generale, raramente sono molto utili o pertinenti per le problematiche di salute pubblica rispetto alle misurazioni del consumo più recente.

La poliassunzione potrebbe essere utilmente definita a scopo operativo come consumo frequente di più di una sostanza per un periodo di tempo minimo specificato, per esempio un mese. Ciò non aiuta a distinguere i diversi tipi di consumo sopra descritti, ma consente di avere un quadro generale di quello che potrebbe essere un gruppo ad alto rischio. Un caso in cui, eccezionalmente, il consumo *tantum* non deve essere considerato per classificare il comportamento della poliassunzione è quello dei giovanissimi (studenti), per i quali il consumo *tantum* di più di una droga può riflettere meglio il consumo attuale. Le prove disponibili, per esempio attinte dalle indagini ESPAD, suggeriscono che i modelli più devianti/di bassa prevalenza del consumo di stupefacenti tra gli studenti (ecstasy, anfetamine, allucinogeni, cocaina, eroina) si concentrano su un gruppo ristretto di individui.

Miglioramento del monitoraggio del problema della droga in Europa e sensibilizzazione sull'aspetto della poliassunzione

Uno dei principali compiti dell'OEDT è quello di comprendere meglio la natura e l'entità del problema del consumo di stupefacenti in Europa. Il consumo di stupefacenti, tuttavia, è un fenomeno complesso, che comprende una serie di comportamenti associati in varia misura ad alcuni altri importanti problemi di salute pubblica e sociali. I consumatori di stupefacenti possono

Grafico 15: Consumo di stupefacenti nell'ultimo anno da parte di gruppi di consumatori diversi nella fascia di età di 15-34 anni nella popolazione generale

NB: dati per la Spagna 1999. Per maggiori informazioni, cfr. il grafico GPS-34 nel bollettino statistico 2006.
 Fonte: OEDT (2005b).

avere problemi o correre il rischio di averne in futuro. I modelli di consumo di stupefacenti vanno dal consumo sperimentale, episodico e occasionale a quello regolare, intensivo e incontrollato. I consumatori di stupefacenti possono essere classificati, sulla base di definizioni cliniche, come consumatori con un problema di droga o una tossicodipendenza, mentre nella comunità scientifica entrambe queste categorie possono essere utilizzate per tracciare dei continuum. A rendere il quadro ancor più complesso è il fenomeno della poliassunzione, caratterizzata dal consumo di molteplici sostanze, e dell'evoluzione dei modelli di consumo nel tempo. Non esiste un unico strumento di segnalazione in grado di cogliere in maniera adeguata tutti gli aspetti di questa situazione complessa. Nella pratica, l'approccio degli indicatori multipli adottato dall'OEDT è inteso a gettar luce su questi diversi aspetti del fenomeno.

L'indicatore PDU, focalizzandosi su un particolare insieme di comportamenti, consente di avere una panoramica valida di alcune delle forme più dannose e costose di consumo di stupefacenti. Come tale, rappresenta uno strumento importante per capire il fenomeno della droga in Europa nel suo complesso. Tuttavia, esiste oggi la necessità evidente di integrare le stime generali prodotte

sulla scorta dell'indicatore PDU con stime specifiche per sostanza, per poter risolvere il problema, sempre più eterogeneo in Europa, del consumo di stupefacenti.

Se si considera che molte delle fonti di informazioni disponibili poggiano su segnalazioni di tipo comportamentale del consumo di droga, si comprende la necessità di elaborare, a partire da questi elementi, un concetto di consumo frequente o intensivo. Ciò consentirà di ampliare la prospettiva per le azioni di monitoraggio dei problemi di droga al di là dei limiti riscontrati oggi nella ricerca fondata sull'indicatore PDU. Affiancare le informazioni date dal PDU a questo più ampio corpus informativo consentirà inoltre all'OEDT di progredire nella comprensione sia della scala sia della natura del fenomeno della droga in Europa. In parallelo è necessario elaborare standard di segnalazione perfezionati, che consentano di descrivere meglio i modelli della poliassunzione individuati a livello europeo. I primi passi in questa direzione dovranno essere la creazione di un quadro concettuale sofisticato per la definizione dei vari tipi di consumo plurimo di sostanze stupefacenti, compresa l'adozione di adeguati contesti temporali, e l'individuazione di fonti informative adeguate.





Riferimenti bibliografici

ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, Londra.

Bossong, M.G., Van Dijk, J.P. e Niesink, R.J.M. (2005), «Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?», *Addiction biology* 10(4), pagg. 321-323.

Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. e altri (2005), *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.

Chen, C.-Y., O'Brien, M.S. e Anthony, J.C. (2005), «Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001», *Drug and alcohol dependence* 79, pagg. 11-22.

Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. e altri (2005), *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*, Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, Londra (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).

Commission on Narcotic Drugs (CND) (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, commissione stupefacenti, Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite, Vienna.

CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, commissione stupefacenti, Consiglio economico e sociale delle Nazioni Unite, Vienna.

EuroHIV (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*, Institute de veille sanitaire: Saint-Maurice, n. 71.

Europol (2006), «Drugs 2006» (comunicazione all'OEDT del 16 gennaio 2006, archivio n. 158448), Europol, L'Aja.

Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. e altri (2005), «Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention», *International journal of drug policy* 16S, pagg. S67-75.

Haasen, C., Prinzleve, M., Gossop, M. e altri (2005), «Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users», *World psychiatry*, 4(3), pagg. 173-176.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. e altri (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Consiglio svedese di informazione su alcool e altre droghe (CAN) e gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa.

Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. e altri (2003), «Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients», *Archives of general psychiatry* 60, pagg. 1043-1052.

International Narcotics Control Board (INCB) (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, Comitato per il controllo nazionale dei narcotici delle Nazioni Unite, New York.

INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Comitato per il controllo nazionale dei narcotici delle Nazioni Unite, New York.

Kandel, D. e Davis, M. (1992), «Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors for near daily use», in: Glantz, M. e Pickens, R. (eds), *Vulnerability to Drug Abuse* pagg. 211-253, American Psychological Association, Washington.

Kumpfer, K.L., Molgaard, C.F.R. e Spoth, R. (1996), «The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations», in: Peters, R. e McMahon, R. J. (eds) *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency: prevention and early intervention approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.

MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. e altri (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office Online Report 24/05, Home Office, Londra (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).

Naber, D. e Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger — eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).

OEDT (2002a), *Prosecution of drug users in Europe — varying pathways to similar objectives*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.

OEDT (2002b), «Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs», Project CT.00.EP.13, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.

OEDT (2004a), *2004 Annual report on the drugs problem in the European Union and Norway*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.

OEDT (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights no. 6, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.

OEDT (2004c), *European report on drug consumption rooms*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.

OEDT (2004d), «Overdose: a major cause of avoidable death among young people», *Drugs in Focus* n. 13, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.

OEDT (2005a), *Annual report 2005: the state of the drugs problem in Europe*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.

OEDT (2005b), «Assistance to OEDT for the analysis of drug profiles from OEDT Databank on surveys of drug use», relazione finale, progetto CT.03.P1.200, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.

OEDT (2005c), «Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU», relazione finale, progetto CT.04.P2.329, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.

OMD (2005), *Customs and drugs 2004*, Organizzazione mondiale delle dogane, Bruxelles.

OMS (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.

OMS/UNODC/UNAIDS (2004), «Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention», documento di sintesi, Organizzazione mondiale della sanità, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, UNAIDS (http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html).

ONS (2006), *Health Statistics Quarterly* 29, Office for National Statistics, Londra.

Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. e altri (2006), «Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population», *Archives of general psychiatry* 63, pagg. 219-228.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. e altri (2004), «Cocaine use in Europe — a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European addiction research* 10, pagg. 147-155.

Relazioni nazionali Reitox (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).

Roe, E. e Becker, J. (2005), «Drug prevention with vulnerable young people: a review», *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), pagg. 85-99.

Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W. e altri (2004), «A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction», *Drug and alcohol dependence* 74, pagg. 1-13.

Schäfer, C. e Paoli, L. (2006), *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlin.

Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., Pakes, J.R. e altri (2005), «Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence», *American journal of psychiatry* 162, pagg. 340-349.

Shearer, J. e Gowing, L.R. (2004), «Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research», *Drug and alcohol review* 23, pagg. 203-211.

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

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

UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: a survey of Bolivia, Colombia and Peru — June 2005*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.

UNODC (2006), *2006 world drug report*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.

UNODC e governo del Marocco (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.

Van den Brink, W. (2005), «Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment», *Sucht* 51(4), pagg. 196-198.

Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. e Watts, C. (2006), «Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users», *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (in corso di pubblicazione).

Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. e altri (2002), «What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults», *Drug and alcohol dependence* 68(1), pagg. 49-64.

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

Relazione annuale 2006: Evoluzione del fenomeno della droga in Europa

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee

2006 — 96 pagg. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-270-5

VENDITE E ABBONAMENTI

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

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

Informazioni sull'OEDT

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

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

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

La relazione annuale presenta il panorama del fenomeno delle droghe, nell'Unione europea, tracciato dall'OEDT per l'anno appena trascorso. Si tratta di un testo di riferimento essenziale per chi cerca i dati più recenti sulle droghe in Europa.