ISSN 1609-6169

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

# RELAZIONE ANNUALE 2011

## EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA DROGA IN EUROPA

IT

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

# RELAZIONE ANNUALE 2011

## EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA DROGA IN EUROPA

## Avvertenza

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

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

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

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

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

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

Una scheda catalografica figura alla fine del volume.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, 2011

ISBN 978-92-9168-476-2

doi:10.2810/45032

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2011

La riproduzione è autorizzata con citazione della fonte.

*Printed in Luxembourg*

STAMPATO SU CARTA SBIANCATA SENZA CLORO

Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

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

# Indice


Premessa 5

Ringraziamenti 7

Introduzione 9

Commento: Il consumo attuale di droga in Europa — Un quadro d'insieme 13

Capitolo 1: Politiche e leggi

Sviluppi politici internazionali e nell'UE • Strategie nazionali • Spesa pubblica • Legislazione nazionale • Ricerca 20

Capitolo 2: La risposta ai problemi della droga in Europa: panoramica

Prevenzione • Trattamento • Reinserimento sociale • Riduzione del danno • Assicurazione della qualità • Applicazione della legge sulla droga e reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti • Interventi sul piano sociale e sanitario nelle carceri 29

Capitolo 3: Cannabis

Offerta e disponibilità • Prevalenza e modelli di consumo • Trattamento 44

Capitolo 4: Anfetamine, ecstasy, sostanze allucinogene, GHB e chetamina

Offerta e disponibilità • Prevalenza e modelli di consumo • Interventi in ambienti ricreativi • Trattamento 55

Capitolo 5: Cocaina e cocaina crack

Offerta e disponibilità • Prevalenza e modelli di consumo • Conseguenze per la salute • Consumo problematico e domanda di trattamento • Trattamento e riduzione del danno 68

Capitolo 6: Consumo di oppioidi e assunzione di droga per via parenterale

Offerta e disponibilità • Consumo problematico di oppioidi • Consumo di stupefacenti per via parenterale • Trattamento 78

Capitolo 7: Malattie infettive e decessi correlati alla droga

Malattie infettive • Reazione alle malattie infettive • Mortalità e decessi • Riduzione dei decessi 89

Capitolo 8: Nuove droghe e tendenze emergenti

Azione in merito alle nuove droghe • Mefedrone • Altre sostanze • Droghe «legali»• Controllo della vendita di nuove droghe 101

Riferimenti bibliografici 108

# Premessa

Quest'anno ricorre il 50° anniversario della firma, presso le Nazioni Unite, della convenzione unica sugli stupefacenti, una pietra miliare del sistema internazionale di controllo delle droghe. Nel presentare la valutazione annuale della situazione del problema della droga in Europa è impossibile non essere colpiti dall'andamento di questo fenomeno negli ultimi cinquant'anni. I complessi problemi correlati al consumo di stupefacenti a cui assistiamo oggi in Europa riflettono numerosi fattori e non esistono in una dimensione di isolamento sociale o geografico. La relazione riconosce tale dato di fatto, oltre alla necessità di considerare sviluppi culturali e tendenze globali di più ampio respiro. Tutti questi elementi possono infatti avere implicazioni profonde per i modelli di consumo di droga e i danni associati che dobbiamo affrontare. Le attuali difficoltà economiche sperimentate da numerosi paesi europei sono parte integrante del contesto della nostra relazione. Il loro influsso è già percepibile, come dimostrato dalle sempre maggiori difficoltà nel reperimento di fondi per i servizi. I progressi nel campo della tecnologia dell'informazione hanno trasformato quasi tutti gli aspetti della vita moderna. Pertanto, non sorprende osservare ora il loro impatto sul fenomeno della droga. Concretamente, questa influenza si manifesta non solo nelle modalità di commercializzazione e vendita delle sostanze stupefacenti, ma anche nell'introduzione di nuove opportunità di prevenzione e trattamento. Il contesto più integrato in cui viviamo è sfruttato in misura sempre crescente dalla criminalità organizzata, per cui le droghe rappresentano solo un tipo tra gli altri di beni illegali. Anche a questo proposito è importante considerare la prospettiva globale, poiché le implicazioni del consumo di stupefacenti in Europa non si fermano ai nostri confini. Basti pensare al modo in cui i risultati dell'impegno dell'UE a sostegno dello sviluppo sociale nei paesi limitrofi sono messi a repentaglio dai cambiamenti di rotta del traffico di droga, che compromette la crescita di istituzioni democratiche fragili e alimenta pratiche corrotte.

È importante rilevare che la presente relazione è il frutto di un'opera di collaborazione. In questa sede, desideriamo ringraziare tutti coloro che hanno contribuito alla sua realizzazione. In particolare, ricordiamo l'impegno e il duro lavoro dei nostri partner nell'ambito della rete dei punti focali nazionali Reitox e degli esperti delle diverse parti d'Europa, che grazie al loro contributo analitico hanno reso la relazione possibile. Siamo inoltre riconoscenti ad altre agenzie europee e internazionali per le analisi che ci hanno fornito. Il nostro lavoro, tuttavia, non consiste solo nel riunire le informazioni ricevute, ma anche nell'esaminare in modo approfondito e indipendente il fenomeno della droga in Europa. A tale scopo, dobbiamo interpretare dati spesso imperfetti. L'approccio dell'OEDT all'analisi è al contempo cauto e comprensivo di molteplici indicatori. Le conclusioni derivate da un insieme di dati devono essere comprovate tramite un confronto con altre fonti di informazione; non facciamo ammenda dell'approccio conservatore adottato nell'interpretazione in presenza di informazioni scarse. Ciò detto, la qualità, la quantità e la comparabilità delle informazioni disponibili sulla situazione della droga in Europa continuano a crescere. Questo è in sé un risultato reale e testimonia del valore della cooperazione e delle azioni coordinate nell'ambito dell'Unione europea.

Infine, la presente relazione annuale non dovrebbe essere letta come un documento a sé stante, ma come parte integrante della nostra esaustiva documentazione informativa annuale. I dati su cui si basa l'analisi e le numerose osservazioni metodologiche sono reperibili nel bollettino statistico di accompagnamento. Nelle pubblicazioni più specifiche correlate alla relazione ci si sofferma inoltre in modo particolareggiato su costo e finanziamenti del trattamento della tossicodipendenza, linee guida sull'erogazione della terapia, mercato della cannabis e mortalità complessiva attribuibile al consumo di sostanze stupefacenti. Informazioni specifiche per paese sono contenute nelle relazioni nazionali dettagliate e nelle panoramiche nazionali disponibili online. La documentazione è concepita per essere accessibile al lettore comune, con l'obiettivo strategico di rivolgersi al pubblico destinatario della nostra politica, ed è sufficientemente dettagliata da rispondere alle esigenze di ricercatori, studenti e scienziati. A prescindere dalla prospettiva del lettore, auspichiamo che il nostro lavoro contribuisca alla comprensione della situazione del fenomeno della droga in Europa. Tale comprensione non solo rientra nella nostra missione ma è anche, riteniamo, un requisito essenziale ai fini dello sviluppo di politiche e risposte efficaci in materia di droga.

**João Goulão**
Presidente del consiglio di amministrazione dell'OEDT

**Wolfgang Götz**
Direttore dell'OEDT

# Ringraziamenti

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

- i capi dei punti focali nazionali Reitox e il loro personale;
- i servizi che in ogni Stato membro si sono occupati della raccolta dei dati da usare per la relazione;
- i membri del consiglio di amministrazione e del comitato scientifico dell'OEDT;
- il Parlamento europeo, il Consiglio dell'Unione europea — in particolare il gruppo orizzontale «Droga» — e la Commissione europea;
- il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), l'Agenzia europea per i medicinali (EMA) e l'Europol;
- il gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, l'Organo internazionale di controllo degli stupefacenti, l'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa, l'Interpol, l'Organizzazione mondiale delle dogane, il Controlled Substances and Tobacco Directorate of Health Canada, l'US Substance Abuse and Mental Health Services Administration, lo studio «Health Behaviour in School-aged Children», il progetto ESPAD e il Consiglio svedese di informazione su alcol ed altre droghe (CAN);
- il Centro di traduzione degli organismi dell'Unione europea e l'Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea.

### Punti focali nazionali Reitox

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

I recapiti per contattare i punti focali nazionali sono disponibili sul sito web dell'OEDT.

# Introduzione

Questa relazione annuale si basa sulle informazioni fornite all'OEDT dagli Stati membri dell'Unione europea, dai paesi candidati Croazia e Turchia e dalla Norvegia. I dati statistici menzionati si riferiscono al 2009 (o all'ultimo anno disponibile). I grafici e le tabelle contenuti nella presente relazione possono riferirsi a un gruppo ristretto di paesi dell'UE: la selezione può essere fatta in base ai paesi sui quali sono disponibili informazioni per il periodo di riferimento o per evidenziare alcune tendenze.

L'analisi delle tendenze si basa solamente su quei paesi che forniscono dati sufficienti per descrivere i cambiamenti avvenuti durante il periodo indicato. I dati relativi al 2008 possono sostituire i valori mancanti del 2009 nell'analisi delle tendenze dei dati sul mercato della droga; per l'analisi di altre tendenze, i dati mancanti possono essere interpolati.

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

### Accesso alla relazione annuale e alle fonti di dati in Internet

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

Le seguenti risorse sono disponibili solo in Internet.

Il bollettino statistico 2011 contiene l'insieme completo delle tabelle sulle quali è basata l'analisi statistica contenuta nella relazione annuale. Esso fornisce inoltre informazioni particolareggiate sulla metodologia utilizzata, nonché circa 100 ulteriori grafici statistici.

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

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

### Dati su offerta e disponibilità di stupefacenti

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

I sequestri di droga sono spesso considerati un indicatore indiretto dell'offerta, delle rotte di transito e della disponibilità di sostanze stupefacenti; sono un indicatore più diretto delle attività di applicazione della legge sugli stupefacenti (ad esempio priorità, risorse, strategie) e riflettono inoltre sia le prassi relative alla segnalazione sia la vulnerabilità dei trafficanti. Per comprendere i mercati della droga al dettaglio possono essere esaminati anche i dati sulla purezza o sulla potenza e i prezzi al dettaglio delle droghe illegali. I prezzi al dettaglio delle sostanze riferiti all'OEDT rispecchiano il prezzo praticato all'utente. L'andamento dei prezzi è regolato in base all'inflazione a livello nazionale. Le relazioni sulla purezza o sulla potenza provenienti dalla maggior parte dei paesi sono basate su un campione di tutte le droghe sequestrate, e non è generalmente possibile mettere in relazione i dati riferiti con un livello specifico del mercato della droga. Per quanto riguarda la purezza o la potenza e i prezzi al dettaglio, le analisi si basano sulla media o sulla modalità riferita oppure, in loro assenza, sul prezzo intermedio. La disponibilità di dati sui prezzi e sulla purezza può essere limitata in alcuni paesi, e potrebbero esservi problemi di affidabilità e di comparabilità.

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

Poiché in molte parti del mondo non esistono sistemi informativi sofisticati sull'offerta di droga, le stime

e i dati riferiti devono essere interpretati con cautela, pur rappresentando le migliori stime disponibili.

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

Il consumo di stupefacenti presso la popolazione generale o nelle scuole può essere misurato con indagini rappresentative. Queste permettono di stimare la percentuale della popolazione che dichiara di aver fatto uso di certe sostanze in determinati periodi di tempo. Inoltre, offrono informazioni contestuali utili sui modelli di consumo, sulle caratteristiche socio-demografiche dei consumatori, sulla percezione dei rischi e sulla disponibilità delle sostanze.

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

La realizzazione di indagini comporta costi elevati, e soltanto pochi paesi decidono di raccogliere informazioni ogni anno, optando numerosi per effettuare tali ricerche a intervalli di 2-4 anni. I dati riferiti in questa relazione provengono dalle più recenti indagini disponibili per ciascun paese, che nella maggior parte dei casi risalgono agli anni tra il 2006 e il 2009. I dati di prevalenza per il Regno Unito si riferiscono all'Inghilterra e al Galles, tranne qualora diversamente indicato, sebbene siano disponibili anche dati separati per la Scozia e l'Irlanda del Nord.

Delle tre unità temporali di misurazione del consumo di stupefacenti utilizzate per riferire i dati delle indagini, la prevalenza una tantum (il consumo di droga in un momento qualsiasi della vita) è quella più ampia. Questa unità di misura non riflette la situazione attuale del consumo di stupefacenti tra gli adulti, ma dà indicazioni utili sui modelli di consumo e sull'incidenza. Per gli adulti, le fasce di età standard considerate dall'OEDT sono 15-64 anni (tutti gli adulti) e 15-34 anni (giovani adulti). I paesi che usano limiti di età superiori o inferiori diversi includono: Danimarca (16), Germania (18), Ungheria (18), Malta (18), Svezia (16) e Regno Unito (16-59). L'attenzione è concentrata sugli intervalli temporali dell'ultimo anno e dell'ultimo mese, cioè sul consumo negli ultimi 12 mesi o negli ultimi 30 giorni prima dell'indagine (per ulteriori informazioni, consultare il sito web dell'OEDT). Per gli studenti delle scuole il consumo una tantum e la prevalenza nell'ultimo anno sono simili, poiché il consumo di droghe illegali prima dei 15 anni è raro.

Il progetto di indagine europea nelle scuole sul consumo di alcol e altre droghe (ESPAD) impiega metodi e strumenti standardizzati per misurare il consumo di droga e di alcol tra campioni rappresentativi di studenti delle scuole che compiono il 16° anno d'età durante l'anno solare. Nel 2007, i dati sono stati raccolti in 35 paesi, compresi 25 Stati membri dell'UE, Norvegia e Croazia. I risultati della quinta sessione di raccolta dati, condotta nel 2011 con la partecipazione di 23 dei 27 Stati membri insieme a Croazia e Norvegia, saranno pubblicati nel 2012.

L'indagine «Health behaviour in school-aged children» (HBSC) è uno studio collaborativo dell'OMS che esamina lo stato di salute e gli stili di vita dei giovani in età scolare e, a partire dal 2001, ha incluso domande sul consumo di cannabis tra gli studenti di 15 anni. La terza sessione di questa indagine corredata di domande sul consumo di cannabis è stata condotta nel periodo 2009/10 con la partecipazione di 23 dei 27 Stati membri dell'EU insieme a Croazia e Norvegia.

### Domanda di trattamento

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

### Interventi

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

Commento

# Il consumo attuale di droga in Europa: un quadro d'insieme

## La situazione del fenomeno della droga in prospettiva

Per molti versi, la relazione di quest'anno presenta numerosi aspetti contrastanti. Da un lato, il consumo di droga sembra essere relativamente stabile in Europa. I livelli di prevalenza, pur rimanendo nel complesso elevati in termini storici, non sono in crescita. E in alcune aree importanti, quali il consumo di cannabis da parte dei giovani, si osservano segnali positivi. D'altro canto, destano preoccupazione gli sviluppi nel mercato delle droghe sintetiche e, più in generale, le modalità di utilizzo di una più ampia gamma di sostanze da parte dei consumatori di droga. La poliassunzione, compresa la combinazione di sostanze illegali con alcol e, talvolta, con medicinali e sostanze non controllate, è diventata il modello dominante di consumo di droga in Europa. Questa situazione rappresenta una sfida per le politiche europee in materia di droga e le relative risposte. Nella maggior parte degli Stati membri manca ancora un quadro politico completo per affrontare il problema del consumo delle sostanze psicoattive, e i servizi di erogazione del trattamento devono adattare le proprie prassi per soddisfare le esigenze dei pazienti con problemi correlati al consumo di diversi tipi di sostanze. Analogamente, al fine di orientare e valutare l'impatto delle misure di riduzione dell'offerta di droga occorre tenere debitamente conto del mercato complessivo delle sostanze psicoattive. In assenza di una prospettiva di ampio respiro, i risultati raggiunti nell'affrontare i problemi correlati a una droga particolare possono spingere i consumatori a fare uso di altre sostanze. La presente relazione illustra con numerosi esempi come il mercato delle sostanze stupefacenti illegali in Europa sia dinamico, innovativo e rapido nell'adattarsi sia alle opportunità sia alle misure di controllo.

## Il modello europeo sotto esame

L'Europa ha, in termini di standard globali, un approccio ben sviluppato, maturo e che si può definire relativamente efficace per rispondere al consumo di droga illegale. A livello dell'Unione europea, tale approccio si articola nell'attuale strategia in materia di droga e nel relativo piano d'azione, che rappresenta un esempio unico di cooperazione a lungo termine e di scambio di conoscenze su scala transnazionale. I risultati della più recente strategia in materia di droga dell'UE sono attualmente sotto esame. La maggior parte degli Stati membri dispone ora di strategie in materia di droga relativamente coerenti e ben sviluppate che, in larga misura, rispecchiano un modello comune. Nonostante questi sviluppi positivi e un aumento complessivo dell'erogazione di servizi per le persone che hanno problemi di droga, esistono tuttora marcate differenze tra i vari paesi, in particolare rispetto agli investimenti in interventi di riduzione della domanda. Affrontare queste divergenze sarà una sfida importante per le future politiche dell'UE in quest'area.

Il modello europeo appare caratterizzato da un bilanciamento pragmatico degli obiettivi di riduzione dell'offerta e della domanda di droga e dal riconoscimento dell'importanza dei diritti umani e della sicurezza della comunità. Questo approccio consente di intraprendere azioni concertate e di cooperare nell'applicazione della legge e negli sforzi di controllo delle frontiere per limitare l'offerta di droga, come illustrato dagli attuali programmi che prendono di mira le rotte d'importazione dell'eroina dall'Afghanistan, il traffico di cocaina tramite l'Atlantico e l'Africa occidentale e la produzione di droghe sintetiche. Inoltre, permette sviluppi innovativi nel campo del trattamento e della riduzione del danno. Un esempio a questo proposito è il trattamento assistito con eroina, che sta riscuotendo un crescente interesse presso alcuni paesi europei ed è sottoposto a un nuovo esame da parte dell'OEDT.

## Possibilità di un aumento del rischio di epidemia localizzata di HIV tra i consumatori di droga per via parenterale

In seguito alla riduzione della diffusione globale dell'HIV nell'Unione europea, l'enfasi posta sulla prevenzione dell'HIV come obiettivo primario di salute pubblica è diventata meno evidente. Tuttavia, l'analisi di quest'anno evidenzia la prospettiva preoccupante che il rischio potenziale di nuove epidemie localizzate di HIV sia in

crescita. La crisi economica che interessa numerosi paesi europei potrebbe rendere le comunità più vulnerabili limitando, al contempo, la capacità degli Stati membri di fornire risposte adeguate. Le prove storiche sono chiare: se esistono le condizioni, le infezioni da HIV correlate al consumo di droga possono diffondersi rapidamente all'interno delle comunità vulnerabili. Inoltre, i risultati raggiunti dall'Unione europea nella riduzione della diffusione dell'HIV associata al consumo di droga non sono stati percepiti in molti dei paesi limitrofi, dove la trasmissione del virus, sia con assunzione per via parenterale sia con rapporti sessuali non protetti, continua a rappresentare un rilevante problema di salute pubblica. Recentemente, gli sviluppi politici ed economici hanno accresciuto le migrazioni da queste regioni colpite verso gli Stati membri dell'UE, il che potrebbe esercitare una maggiore pressione sui servizi, già utilizzati al massimo delle loro possibilità.

Preoccupa quindi particolarmente la presenza in diversi Stati membri dell'UE, compresi quelli che in precedenza non hanno sperimentato epidemie significative di HIV correlato al consumo di droga, di condizioni che li rendono potenzialmente vulnerabili a problemi futuri. Nel 2011 la Grecia, un paese storicamente a bassa prevalenza, ha segnalato un'epidemia locale di HIV tra i consumatori di droga per via parenterale; la situazione è preoccupante altresì in alcuni Stati membri dell'Europa orientale, come dimostra l'incremento delle percentuali di infezione in Bulgaria. Il quadro appare meno positivo anche in alcuni paesi che avevano compiuto progressi nell'affrontare le epidemie di HIV/AIDS correlate al consumo di droga. Ad esempio, negli ultimi anni Estonia e Lituania avevano fatto passi avanti nella lotta alle nuove infezioni, ma tali risultati appaiono attualmente sempre più fragili, poiché entrambi i paesi segnalano un recente aumento delle infezioni.

### Tendenze relative agli oppioidi: la necessità di comprendere le dinamiche del mercato

A livello internazionale, e particolarmente nell'America settentrionale, si registra una preoccupazione sempre maggiore riguardo alla disponibilità e all'abuso delle prescrizioni di oppioidi, per la maggior parte antidolorifici. La portata di questo fenomeno in Europa è difficilmente deducibile dai dati disponibili. Inoltre, è complicato fare confronti diretti tra l'Unione europea e altre parti del mondo, in gran parte a causa delle differenze significative nelle norme e nei modelli relativi alle prescrizioni. Al momento il consumo di oppioidi sintetici illegali in Europa sembra riguardare soprattutto i farmaci sostitutivi in genere impiegati nel trattamento della tossicodipendenza. Alcuni paesi nell'Europa settentrionale e centrale segnalano inoltre il consumo di fentanil, probabilmente prodotto in modo illegale al di fuori dell'Unione europea. La comparsa di questa sostanza suscita timori particolari. Nel complesso, data la situazione presente altrove, ci sono buone ragioni per migliorare la capacità di monitorare le tendenze dell'abuso di prodotti psicoattivi destinati a un uso esclusivamente terapeutico.

Poiché gli oppioidi sintetici sono utilizzati in modo illegale principalmente al posto dell'eroina, le informazioni sul loro consumo possono consentire di comprendere il mercato globale di quest'ultima. Attualmente, una questione importante nel merito riguarda la portata delle conseguenze delle misure di riduzione dell'offerta sulla disponibilità di eroina nelle strade dell'Europa. La possibilità che gli interventi per ridurre l'offerta consentano di diminuire la disponibilità di eroina in Europa è sostenuta da indicazioni secondo cui alcuni, ma non tutti, i paesi dell'UE hanno sperimentato una carenza di eroina alla fine del 2010. Ciò potrebbe avere riguardato anche paesi non appartenenti all'UE, quali la Russia e la Svizzera. Una spiegazione alternativa proposta per questa apparente scarsità menzionava il recente deperimento dei papaveri in alcune parti dell'Afghanistan. Tuttavia, a uno sguardo più ravvicinato, tale associazione è probabilmente fragile, sebbene altri eventi in Afghanistan e alcuni successi significativi della cooperazione tra la Turchia e le forze di polizia dell'UE possano avere svolto un ruolo. Nondimeno, qualsiasi problema di offerta a breve termine deve essere visto nel contesto del mercato a lungo termine, relativamente stabile, dell'eroina in Europa.

A prescindere dall'importanza delle informazioni sulla disponibilità di eroina per comprendere le dinamiche del mercato della droga illegale in Europa, vale la pena osservare quanto sia difficile al momento esprimere osservazioni autorevoli sulla questione. Si stanno compiendo tentativi più sofisticati per migliorare il conseguimento di questi risultati, sulla base dell'analisi dei dati relativi alla produzione e al consumo. Tuttavia, per una serie di ragioni tecniche, occorre procedere con molta cautela prima di trarre conclusioni su questo argomento sensibile. Ad esempio, in gran parte d'Europa mancano ancora indicatori adeguati della disponibilità sul mercato. Le stime sulla produzione di oppio in Afghanistan sono spesso prese per dati di fatto, sebbene tali calcoli rappresentino, per molti versi, una sfida dal punto di vista metodologico. Inoltre, i segnali che suggeriscono la produzione di oppio in altri paesi dell'Asia sono raramente presi in considerazione. Infine, i modelli dei

flussi di eroina includono spesso l'esistenza di «stock» di oppio o di eroina immagazzinati, nonostante le prove empiriche a sostegno di questa affermazione siano limitate. Il chiarimento della relazione tra produzione di oppio e disponibilità di eroina è complicato ulteriormente dall'esistenza di rotte di traffico diverse verso i paesi dell'Unione europea e di sottomercati all'interno dell'UE, nonché dal ritardo significativo che si ritiene esista tra il raccolto dell'oppio in Afghanistan e la sua comparsa sotto forma di eroina venduta per strada in Europa.

### I decessi per overdose sono solo la punta dell'iceberg?

La tipica vittima per overdose mortale in Europa è un uomo di età compresa tra i 35 e i 39 anni, con una lunga storia di problemi correlati al consumo di oppioidi alle spalle. È noto che la partecipazione al trattamento della tossicodipendenza, in particolare alla terapia sostitutiva, riduce il rischio di overdose. Tuttavia, nonostante un radicale aumento della disponibilità del trattamento nel corso degli anni, in Europa il numero dei decessi per overdose è rimasto stabile. La riduzione dei decessi per overdose rappresenta pertanto una sfida importante per i servizi di trattamento delle tossicodipendenze in Europa. Attualmente, sono in fase di valutazione e sviluppo alcuni programmi innovativi in quest'area, spesso diretti agli eventi noti per essere particolarmente rischiosi per i consumatori di oppioidi, quali il rilascio dal carcere o l'interruzione del trattamento della tossicodipendenza. Questi interventi sono importanti ma affronteranno solo parte del problema. Secondo gli studi i decessi per overdose potrebbero rappresentare una percentuale compresa tra un terzo e due terzi della mortalità totale tra i consumatori problematici di sostanze stupefacenti. Tra le altre cause principali di decesso registrate tra i consumatori di droga figurano AIDS, suicidio e trauma. Le implicazioni di questi dati, discusse in dettaglio in una pubblicazione allegata alla presente relazione, indicano in modo netto l'elevato livello di mortalità in eccesso all'interno di questa popolazione e il ruolo che possono svolgere i servizi per ridurre i costi umani dei problemi a lungo termine correlati al consumo di droga.

### La bolla della cocaina è scoppiata?

Nel corso dell'ultimo decennio, la cocaina si è affermata come la sostanza stimolante utilizzata più comunemente in Europa, sebbene livelli di consumo elevati siano registrati soltanto in un ristretto numero di paesi. I commentatori hanno osservato che parte del richiamo esercitato da questa sostanza viene dalla sua immagine, poiché la cocaina è spesso rappresentata come parte di uno stile di vita benestante e alla moda. Tuttavia, la realtà del consumo regolare di cocaina è diversa. L'immagine positiva potrebbe essere sempre più screditata dalla crescente consapevolezza riguardo all'entità dei problemi correlati al consumo di cocaina, che si manifestano nell'aumento delle emergenze ospedaliere, dei decessi e delle domande di trattamento correlate a questa sostanza. Il costo finanziario associato al consumo regolare di cocaina potrebbe attualmente renderla meno appetibile nei paesi in cui l'austerità è all'ordine del giorno. Analizzando i nuovi dati raccolti si è portati a chiedersi se la popolarità di questa droga abbia ora raggiunto il culmine. Indagini recenti mostrano un certo calo del consumo nei paesi con i livelli di prevalenza più elevati, sebbene in altre zone il quadro appaia meno chiaro. Anche i dati sull'offerta danno adito a equivoci. La quantità di cocaina sequestrata è calata in misura significativa dal 2006, e nel complesso sia il prezzo sia la purezza della sostanza sono diminuiti. Tuttavia, in contrasto con il volume di sostanza confiscato, il numero dei sequestri ha seguitato ad aumentare, e vi sono prove del fatto che i trafficanti continuano ad adattare le loro prassi in risposta agli sforzi di divieto. Inoltre, mentre ciò avviene, c'è il rischio che la sostanza si diffonda in nuove aree.

### MDMA al contrattacco

Negli ultimi anni, il mercato europeo dell'ecstasy ha attraversato un periodo in cui la disponibilità di pasticche contenenti MDMA è diventata sempre più rara. Generalmente, le pasticche di ecstasy vendute sul mercato illegale contenevano altre sostanze, spesso una piperazina, con il risultato che alcuni degli acquirenti che pensavano di acquistare una sostanza stupefacente illegale stavano in effetti comprando una sostanza non controllata. La scarsità di MDMA nelle pasticche di ecstasy sembra essere stata legata a una carenza del precursore principale PMK, forse a seguito del successo degli sforzi di divieto. Tuttavia, i dati più recenti indicano una crescente disponibilità di MDMA, e in alcune relazioni si segnala l'esistenza di pasticche a dosaggio molto elevato e di polveri estremamente pure.

Gli attuali metodi di produzione dell'MDMA appaiono basati sul safrolo o, in misura crescente, su sostanze chimiche importate, quali il PMK-glicidato e l'alfa-fenilacetoacetonitrile, strutturalmente simili, sebbene non identici, ai precursori controllati utilizzati finora. A questo proposito si può stabilire un parallelo con gli sviluppi nell'area delle droghe «legali» («legal highs»), in cui i prodotti non controllati sostituiscono quelli controllati. Tali sostanze chimiche vengono selezionate con due obiettivi: la nuova sostanza non deve essere sottoposta ai controlli esistenti e deve essere facilmente convertita in un precursore necessario per la sintesi dell'MDMA.

Ciò dimostra ancora una volta la notevole capacità di adattamento dei produttori di droghe sintetiche. Nel mercato dell'anfetamina è stato osservato un fenomeno correlato, per cui i precursori sono stati mascherati chimicamente per evitare i meccanismi di controllo al passaggio delle frontiere e in fase di vendita. A mano a mano che i produttori diventano più sofisticati dal punto di vista tecnico e cercano nuovi modi per aggirare i divieti e le norme, la possibilità di modificare e riconvertire le sostanze rappresenta un'ulteriore sfida agli attuali approcci di controllo della droga.

### In breve: stime del consumo di droga in Europa

Le stime presentate in questa sede si riferiscono alla popolazione adulta (15-64 anni) e si basano sui più recenti dati disponibili (indagini condotte tra il 2001 e il 2009/10, principalmente nel periodo 2004-2008). Per l'insieme completo dei dati e delle informazioni sulla metodologia, cfr. il bollettino statistico allegato.

**Cannabis**

Prevalenza una tantum: circa 78 milioni (23,2 % di adulti europei)

Consumo nell'ultimo anno: circa 22,5 milioni di adulti europei (6,7 %) ovvero uno ogni tre consumatori una tantum

Consumo nell'ultimo mese: circa 12 milioni (3,6 %)

Variazione per paese del consumo nell'ultimo anno: intervallo complessivo tra lo 0,4 % e il 14,3 %

**Cocaina**

Prevalenza una tantum: circa 14,5 milioni (4,3 % degli adulti europei)

Consumo nell'ultimo anno: circa 4 milioni di adulti europei (1,2 %) ovvero uno ogni tre consumatori una tantum

Consumo nell'ultimo mese: circa 1,5 milioni (0,5 %)

Variazione per paese del consumo nell'ultimo anno: intervallo complessivo tra lo 0,0 % e il 2,7 %

**Ecstasy**

Prevalenza una tantum: circa 11 milioni (3,2 % di adulti europei)

Consumo nell'ultimo anno: circa 2,5 milioni (0,7 %) ovvero un quinto dei consumatori una tantum

Variazione per paese del consumo nell'ultimo anno: intervallo complessivo tra lo 0,1 % e l'1,6 %

**Anfetamine**

Prevalenza una tantum: circa 12,5 milioni (3,8 % degli adulti europei)

Consumo nell'ultimo anno: 1,5-2 milioni (0,5 %) o fino a un sesto degli utenti una tantum

Variazione per paese del consumo nell'ultimo anno: intervallo complessivo tra lo 0,0 % e l'1,1 %

**Oppioidi**

Consumatori problematici di oppioidi: stimati tra 1,3 e 1,4 milioni di europei

Circa 700 000 consumatori di oppioidi si sono sottoposti alla terapia sostitutiva nel 2009

Droga primaria in oltre il 50 % di tutte le richieste di trattamento per tossicodipendenza

Decessi correlati al consumo di droga: circa 7 600; in circa tre quarti sono stati trovati oppioidi

## Le nuove sostanze psicoattive: trovare la risposta giusta

Il rapido emergere di numerose nuove sostanze psicoattive non controllate rappresenta una sfida crescente per gli attuali modelli di controllo della droga.

Nel 2010 sono state segnalate al sistema europeo di allarme rapido 41 nuove sostanze, un numero record. E i dati preliminari per il 2011 non mostrano segnali di calo. Ciò riflette sia la costante introduzione di nuovi prodotti e sostanze sul mercato sia l'aumento di misure proattive per individuare nuove sostanze. Internet è uno dei mercati principali per queste sostanze. Secondo i risultati preliminari dell'ultima indagine online dell'OEDT (luglio 2011) il numero di siti di vendita online che propongono sostanze psicoattive continua a crescere. Anche le prassi di vendita in quest'area sembrano essere diventate più sofisticate, come dimostrato dalle maggiori indicazioni di misure adottate per limitare l'accesso e proteggere l'identità degli acquirenti e dei venditori. Inoltre, sono state rilevate vendite illegali di droga tramite siti web ad accesso limitato. Non è chiaro in che misura questi sviluppi rappresentino una reale minaccia per il futuro; tuttavia, data la velocità dei cambiamenti in quest'ambito, è necessario rimanere vigili.

## Migliorare la capacità di individuare nuove sostanze stupefacenti

Il meccanismo giuridico che sostiene il sistema europeo di allarme rapido è attualmente in fase di esame. La Commissione europea ha condotto una valutazione osservando sia i punti di forza del sistema esistente sia l'esigenza di accrescere la capacità dell'Europa di stare al passo con gli sviluppi in quest'area. Sebbene l'Europa si trovi in prima linea per quanto riguarda la scoperta di nuove sostanze psicoattive, le dimensioni globali del problema sono state chiarite nell'ambito delle discussioni tenute in occasione di un simposio tecnico ospitato dall'OEDT nel 2011. Gli esperti internazionali hanno confermato che prodotti contenenti nuove sostanze psicoattive sono ora disponibili in numerose parti del mondo, tra cui le Americhe, il Medio Oriente, l'Oceania e regioni dell'Asia, e che l'individuazione di una gamma

sempre crescente di sostanze in un mercato in rapido mutamento costituisce un problema comune. In tale riunione gli esperti hanno espresso consenso sul fatto che le sfide presentate dalle nuove sostanze stupefacenti richiedono un monitoraggio più proattivo del mercato e la condivisione di informazioni forensi, oltre al miglioramento dell'individuazione dei problemi di salute che nascono dal consumo di queste sostanze.

### Previsioni per il futuro: nuovi prodotti e interrelazione trai mercati

La maggior parte delle nuove sostanze psicoattive segnalate al sistema di allarme rapido sono stimolanti o cannabinoidi sintetici, fatto che rispecchia ampiamente la situazione del mercato delle droghe illegali in Europa. È probabile che nuove sostanze di questo tipo continuino a essere immesse sul mercato. Inoltre, sembra che i produttori stiano esplorando altre sostanze ad azione psicoattiva che potrebbero attrarre i consumatori. A tale proposito si può fare riferimento a una letteratura ampia e accessibile. Inoltre, si teme che i risultati della ricerca farmacologica possano essere sfruttati per produrre maggiori quantità delle nuove sostanze psicoattive in futuro.

Le politiche elaborate in quest'area si sono concentrate principalmente sullo stato giuridico delle nuove sostanze; tuttavia è altrettanto importante studiarle nel contesto del mercato globale della droga. A titolo di esempio, secondo le segnalazioni degli utenti il mefedrone (cfr. il capitolo 8) veniva venduto non solo in Internet ma anche attraverso le stesse reti illegali di offerta utilizzate per sostanze quali l'ecstasy e la cocaina. Inoltre, come detto in precedenza, le sostanze psicoattive non controllate possono essere commercializzate sotto forma di pasticche di ecstasy e vendute sul mercato illegale. Per contro, la sostanza controllata PMMA è stata individuata di recente in alcuni prodotti pubblicizzati come droghe «legali» («legal highs»). Nel complesso, gli sviluppi in quest'area appaiono preoccupanti poiché suggeriscono un'interazione crescente tra le droghe «legali» e i mercati della droga illegale.

### Cannabis: dilemmi strategici

La cannabis rimane la droga illegale più popolare in Europa, ma anche quella su cui le opinioni e i comportamenti pubblici divergono maggiormente. Ciò si evince anche dal recente studio Eurobarometro sui comportamenti dei giovani rispetto al consumo di droga, secondo cui le opinioni sul divieto del consumo di cannabis erano più eterogenee rispetto a quelle riguardanti altre sostanze stupefacenti. A livello globale, le politiche relative alla cannabis non hanno un orientamento chiaro. Alcuni sviluppi strategici interessanti riguardano ad esempio gli Stati Uniti e i Paesi Bassi. Negli Stati Uniti, si è verificato uno spostamento verso la liberalizzazione del consumo di foglie di cannabis a scopi medici in alcuni Stati. Nei Paesi Bassi, i responsabili della politica sembrano attualmente assumere una posizione sempre più decisa nei confronti della produzione interna di cannabis e delle norme operative applicate alle vendite nei «coffee-shop».

L'entità dell'influenza dei cambiamenti politici sul consumo di cannabis è una questione molto dibattuta. Nei dati presentati in questa relazione non può essere rintracciata alcuna associazione diretta tra i valori del consumo recente di questa sostanza e le modifiche apportate per aumentare o diminuire le sanzioni applicabili per il consumo. Ciò suggerisce che siano in gioco meccanismi più complessi. In termini generali si può affermare che, nel corso dell'ultimo decennio, le politiche europee in materia di cannabis hanno tendenzialmente diretto gli sforzi di applicazione della legge verso i reati collegati al traffico e all'offerta anziché al consumo della sostanza. Una delle ragioni sottese a tale approccio è la volontà di evitare le possibili conseguenze negative di un contatto tra il sistema della giustizia penale e ampie fasce di giovani, specie se il consumo di cannabis di questi ultimi è sperimentale. Tuttavia, i dati mostrano che il numero di reati correlati al consumo di cannabis in Europa continua a crescere, sullo sfondo di un livello di prevalenza stabile o persino in calo. Ciò evidenzia una possibile discrepanza tra gli obiettivi della politica e la prassi. Spiegare questa osservazione è difficile, ma una delle possibilità è che i dati rispecchino un deciso effetto *net-widening* ovvero di allargamento della sfera del controllo sociale, in cui l'adozione di un maggior numero di sanzioni amministrative per il consumo accresce la probabilità che siano applicate.

### Produzione interna di cannabis: un problema in aumento

L'Europa rimane il più vasto mercato globale per la resina di cannabis. Storicamente, il Marocco è il principale paese produttore della resina consumata in Europa. Relazioni recenti, tuttavia, suggeriscono che la resina di cannabis viene importata in misura sempre crescente da altri paesi, tra cui l'Afghanistan e il Libano. Tale tesi è sostenuta dalle recenti indagini UNODC condotte sul campo, che segnalano una produzione di resina di cannabis su vasta scala in Afghanistan. Le foglie di cannabis importate nell'Unione europea provengono soprattutto dai paesi limitrofi della regione balcanica e, in misura minore, da alcuni paesi dell'Africa e dell'Asia. La maggior parte degli

Stati membri dell'UE segnala attualmente la coltivazione interna di cannabis, un fenomeno apparentemente in crescita. Ciò si riflette nell'apertura di «grow shop» (canapai), specializzati in attrezzature per la coltivazione della cannabis. La coltivazione interna può essere su scala ridotta. Tuttavia, ci possono essere anche siti di produzione importanti gestiti da gruppi criminali organizzati. Uno degli effetti a catena prodotti è che alcuni paesi segnalano ora un incremento di comportamenti violenti e di altri reati associati all'esistenza di siti per la produzione su vasta scala. Gli sviluppi sul mercato europeo della cannabis saranno analizzati dettagliatamente in uno dei prossimi «Insight» pubblicati dall'OEDT.

### Linee guida, standard e condivisione delle prassi efficaci

Data la natura complessa e in rapido mutamento degli attuali problemi legati al consumo di droga, è importante assicurare che i risultati della ricerca e le conoscenze acquisite dallo sviluppo positivo del servizio siano condivisi il più ampiamente possibile. A tal fine, sono state avviate alcune iniziative europee per individuare e mettere in comune le buone prassi. Nel 2011, in collaborazione con l'OEDT, la Commissione europea ha tenuto una conferenza sull'individuazione degli standard minimi di qualità e dei riferimenti per i programmi di riduzione della domanda. L'OEDT ha anche ampliato le proprie risorse basate sul web per la diffusione di prassi comprovate. Va tuttavia osservato che la disponibilità di prove non assicura che si passi automaticamente all'adozione di tali prassi. Ad esempio, per quanto riguarda il settore della prevenzione della droga, nonostante esistano, in misura crescente, prove affidabili dell'efficacia delle strategie selezionate e ambientali, queste figurano spesso tra gli interventi meno comunemente adottati. Tuttavia, un punto di partenza per l'adozione di buone prassi consiste nel comprendere quali sono gli approcci che hanno prodotto benefici. Inoltre, poiché le informazioni per guidare le scelte politiche si accumulano e vengono messe a disposizione con maggiore tempestività, gli investimenti in approcci non sufficientemente comprovati diventeranno più difficili da giustificare.

# Capitolo 1
# Politiche e leggi

## Introduzione

In vista del termine dell'attuale strategia dell'UE in materia di droga nel 2012, il presente capitolo prende in esame lo sviluppo dell'approccio dell'UE alla politica in materia di droga nel corso degli ultimi 20 anni. Vengono esaminate le strategie adottate di recente da alcuni paesi non appartenenti all'UE per rintracciare i segnali di convergenza o le differenze rispetto all'approccio europeo. Inoltre, a livello europeo, si analizzano brevemente le ultime strategie nazionali adottate in materia di droga.

Una panoramica degli studi sulla spesa pubblica degli Stati membri dell'UE, presentata di seguito, sottolinea le diverse modalità di approccio all'argomento e la necessità di migliorare e armonizzare la raccolta di dati. Inoltre, in questo capitolo vengono esaminate le modifiche delle sanzioni per detenzione di sostanze stupefacenti che sono state introdotte nei paesi europei negli ultimi 10 anni e i più recenti sviluppi nella ricerca correlata alla droga.

## Sviluppi politici internazionali e nell'UE

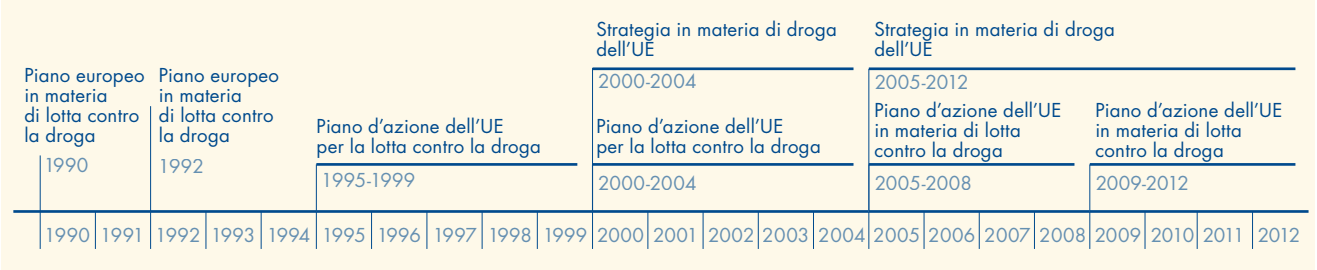
### Il percorso verso le nuove iniziative politiche in materia di droga dell'UE

Lo sviluppo del quadro della nuova politica in materia di droga ad opera della Commissione europea sarà uno dei primi documenti strategici di politica in materia di droga adottato ai sensi del trattato di Lisbona (cfr. OEDT, 2010a). Il lavoro preparatorio include una valutazione esterna finale della strategia in materia di droga 2005-2012 dell'UE. Tale valutazione si baserà sui colloqui con le parti interessate degli Stati membri, di paesi terzi e organizzazioni internazionali nonché sull'analisi di documenti strategici e relazioni sulle tendenze. Il forum della società civile sulla droga della Commissione europea apporterà il suo contributo con un documento di sintesi. Inoltre, i membri dei diversi gruppi politici del Parlamento europeo hanno organizzato riunioni e dibattiti per discutere le politiche in materia di droga attuali e future dell'UE. Tali discussioni e partecipazioni di diverso tipo contribuiranno, insieme alla valutazione, allo sviluppo di una politica completa in materia di droga dell'UE per il periodo successivo al 2012.

### Due decenni di politica in materia di droga dell'UE

Fin dai primi anni novanta, l'Unione europea ha adottato otto strategie sulla droga o piani d'azione (cfr. il grafico 1). Le variazioni nel contenuto dei documenti successivi riflettono lo sviluppo dell'approccio europeo alle sostanze stupefacenti. Le azioni mirate alla riduzione dell'offerta e della domanda di stupefacenti sono state incluse nei primi due programmi europei in materia di droga. Il concetto di approccio integrato, che colleghi entrambi gli elementi, ha fatto la sua prima comparsa nel piano 1995-1999. La strategia adottata nel 2000 ha definito l'approccio dell'UE integrato ed equilibrato al contempo, attribuendo pesi politici analoghi agli interventi per la riduzione della domanda e a quelli per la riduzione dell'offerta. Tale modifica si riflette nei titoli di questi documenti strategici dell'UE, dove ai «piani per combattere

**Grafico 1:** Sequenza storica dei documenti inerenti la politica europea sulle droghe



la droga» hanno fatto seguito definizioni connotate in maniera più neutrale, quali le «strategie in materia di droga» e i «piani d'azione». In termini di contenuto, una delle modifiche più ovvie nel corso degli ultimi due decenni è stata l'introduzione, a livello di documenti strategici in materia di droga dell'UE, degli obiettivi di riduzione del danno nell'ambito della riduzione della domanda.

La valutazione della politica non è stata menzionata nei primi due piani europei, poiché la priorità, agli inizi degli anni novanta, era quella di creare un sistema di informazione affidabile sulle droghe. La valutazione dell'attuazione è stata introdotta nel piano del 1995; tuttavia il consolidamento della strategia in materia di droga come parte integrante dell'approccio dell'UE alle droghe è avvenuto solo nel 2000-2004. Da questo periodo in poi, tutte le strategie in materia di droga e i piani d'azione dell'UE sono stati oggetto di valutazione e i risultati sono stati utilizzati per orientare i successivi documenti strategici. Il nuovo quadro sulla politica in materia di droga dell'UE seguirà lo stesso principio e, per la prima volta, si baserà sulla valutazione esterna della strategia precedente.

## Prospettiva internazionale

Al di fuori dell'Unione europea, di recente sono state pubblicate alcune strategie nazionali o regionali, in particolare da Australia, Russia, Stati Uniti e Organizzazione degli Stati americani (OSA) ([1]). L'esame del contenuto di questi documenti strategici rivela in che misura le caratteristiche dell'approccio dell'UE sono condivise con gli altri paesi.

La strategia di controllo della droga per il 2010 degli Stati Uniti viene presentata come una nuova direzione della politica in materia di droga, in cui il consumo di sostanze stupefacenti è visto principalmente come una questione di sanità pubblica e la domanda di droga è riconosciuta come la causa primaria del problema nel paese. La strategia pone l'accento sulla prevenzione, sul trattamento e sul recupero dalla dipendenza e invoca l'integrazione del trattamento della tossicodipendenza nella medicina formale, come avviene per altri disturbi cronici. La strategia degli Stati Uniti si riflette nella strategia emisferica sulla droga dell'OSA, dove la dipendenza da droga è descritta come una malattia cronica ricorrente che dovrebbe essere trattata come tale. La prima strategia russa sulla droga (2010-2020) si basa su un riconoscimento della dimensione del problema, caratterizzato dalla crescita del consumo di sostanze stupefacenti illegali, con le relative conseguenze per la diffusione delle malattie infettive. L'OSA e le strategie russa e statunitense evidenziano l'importanza di un approccio equilibrato. La strategia in materia di droga dell'Australia (2010-2015) si pone l'obiettivo più ampio tra i quattro documenti strategici, prendendo in considerazione tutte le sostanze psicoattive in grado di causare dipendenza e problemi di salute: alcol, tabacco, sostanze stupefacenti illegali e altri tipi di droghe. L'approccio generale di questa strategia consiste nel ridurre il danno al minimo.

Un approccio alla riduzione della domanda basato su prove, unito alla valutazione dei risultati, caratterizza le strategie dell'OSA, dell'Australia e degli Stati Uniti. I paesi che adottano la strategia emisferica in materia di droga

**Tabella 1: Documenti sulla politica in materia di droga nazionale recentemente adottati**

| Paese | Nome del documento strategico | Arco di tempo | Tema principale | Note |
|---|---|---|---|---|
| **Repubblica ceca** | Strategia | 2010-2018 | Droghe illegali | Integrato da un piano d'azione 2010-2012 |
| **Danimarca** | Piano d'azione | Dal 2010 in poi | Droghe illegali | |
| **Italia** | Piano di azione | 2010-2013 | Droghe illegali | Integrato da un piano di progetto 2010 |
| **Lettonia** | Programma | 2011-2017 | Droghe illegali | |
| **Lituania** | Programma | 2010-2016 | Droghe illegali | Integrato da piani di azione annuali |
| **Lussemburgo** | Strategia e piano d'azione | 2010-2014 | Droghe illegali | La strategia considera anche alcol, tabacco, medicinali e comportamenti che comportano dipendenza |
| **Polonia** | Programma | 2011-2016 | Droghe illegali | |
| **Portogallo** | Piano d'azione | 2009-2012 | Droghe illegali | Secondo piano d'azione ai sensi della strategia nazionale 2005-2012 |
| **Romania** | Piano d'azione | 2010-2012 | Droghe illegali | Secondo piano d'azione ai sensi della strategia nazionale 2005-2012 |
| **Regno Unito** | Strategia | Dal 2010 in poi | Droghe illegali | Sostituisce la strategia 2008-2018 adottata dal precedente governo |
| **Turchia** | Piano d'azione | 2010-2012 | Droghe illegali, alcol e tabacco | Secondo piano d'azione ai sensi della strategia nazionale 2006-2012 |

*Fonti:* Punti focali nazionali Reitox.

([1]) L'OSA è un'organizzazione regionale che riunisce tutti i 35 Stati indipendenti delle Americhe, dove si trova il forum principale per la cooperazione intergovernativa.

si impegnano a sottoporre i propri interventi e politiche nazionali a una valutazione indipendente periodica. I 106 elementi della strategia degli Stati Uniti devono essere riesaminati e aggiornati annualmente, al fine di soddisfare gli obiettivi della strategia, che includono una riduzione del 15 % della prevalenza del consumo di droga tra i ragazzi di età compresa tra 12 e 17 anni e una riduzione del 10 % tra i giovani adulti entro il 2015. I risultati della strategia australiana saranno valutati in base a tre criteri: perturbazione dell'offerta di sostanze stupefacenti illegali, consumo di droga e danno associato. La strategia russa sottolinea l'esigenza di un miglioramento del monitoraggio e degli strumenti per la raccolta dei dati, ma rifiuta esplicitamente la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi, un intervento che nell'ambito della strategia dell'UE viene visto come un fondamentale approccio basato su prove. Va osservato inoltre che le campagne dei mezzi di comunicazione di massa ricorrono come componenti di entrambe le strategie russa e statunitense, sebbene la loro efficacia sia suffragata da prove molto limitate.

Nel complesso, sembra esistere una certa convergenza a livello internazionale riguardo alle strategie in materia di droga. Mentre la prima strategia russa sulla droga, sebbene riconosca il problema e sottolinei l'esigenza del monitoraggio, adotta una posizione ideologica non condivisa dalle altre strategie, sia gli Stati Uniti sia l'OSA sembrano avvicinarsi al modello dell'UE. L'approccio australiano, pur comprendendo molti degli elementi della politica dell'UE, si distingue per l'ampia gamma di sostanze che prende in considerazione.

## Strategie nazionali in materia di droga

Un elemento centrale del modello di politica in materia di droga dell'Europa è l'adozione di strategie in materia di droga e piani d'azione nazionali; questi ultimi esistono attualmente in quasi tutti i 30 paesi monitorati dall'OEDT. Nella maggior parte di tali paesi, l'ultimo documento strategico in materia di droga risale a meno di tre anni fa. Questi documenti descrivono la situazione della droga e gli obiettivi del governo nel merito, specificando le azioni da intraprendere e le parti responsabili per la loro attuazione. Spesso vengono presentati i criteri per misurare il successo di ogni azione; inoltre, con sempre maggiore frequenza, viene condotta una valutazione finale della strategia o del piano d'azione.

### Nuovi sviluppi

Recentemente undici paesi hanno adottato nuove strategie in materia di droga o piani d'azione nazionali (tabella 1), con tempi di attuazione che vanno dai tre ai nove anni.

I documenti strategici di tre di questi paesi (Portogallo, Romania, Turchia) sono in sincronia con la strategia attuale dell'UE in materia di droga (2005-2012). Sebbene talvolta siano considerati anche l'alcol e il tabacco, la maggior parte dei documenti strategici sulla droga si concentra sulle sostanze stupefacenti illegali, e molti paesi dispongono di piani d'azione nazionali separati per l'alcol e il tabacco. Una delle poche eccezioni, una strategia combinata per la lotta alla droga e all'alcol

### Sviluppi della politica in materia di droga

Il riequilibrio degli obiettivi della politica in materia di droga in vista della promozione del recupero è stato uno sviluppo recente nel Regno Unito. I documenti strategici successivi si sono concentrati sui risultati della terapia e sul reinserimento sociale dei consumatori di sostanze stupefacenti ([1]) nonché sul fatto di rendere l'obiettivo del recupero un elemento fondamentale della politica in materia di droga ([2]). Le politiche precedenti erano mirate principalmente ad aumentare il numero di persone aventi accesso al trattamento della tossicodipendenza, in particolare alla terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi, mentre alcune delle nuove politiche si concentrano maggiormente sulla qualità del servizio. Resta da vedere come questi nuovi orientamenti strategici si tradurranno in trattamenti della tossicodipendenza e servizi per il reinserimento sociale. Inoltre, rimane aperta la questione di capire se, per il futuro, ci si sta muovendo nella direzione di introdurre modifiche più profonde nella politica in materia di droga. Un riesame delle prove a sostegno del recupero ha riscontrato che alcuni fattori decisivi per condurre un'esistenza libera dalla droga e diventare un membro attivo della comunità esulano dall'obiettivo della politica in materia di droga e sono relative alle caratteristiche individuali e a politiche sociali di più ampio respiro (Best e al., 2010). Modificare queste ultime, specialmente se ciò richiede risorse finanziarie aggiuntive, può risultare difficile per i governi in un momento di tagli alla spesa pubblica.

L'attuale politica in materia di droga del Portogallo ha più di dieci anni, tuttavia ultimamente ha suscitato maggiore attenzione, in primo luogo da parte degli analisti della politica sulla droga e dei gruppi di pressione, e poi anche dei governi in Europa e altrove. D'importanza centrale per la politica portoghese è la decriminalizzazione del consumo di droga e il ruolo delle «commissioni per la dissuasione all'abuso di sostanze stupefacenti» (CDT), gestite dal ministero della Sanità (OEDT, 2011b). Questi organismi valutano la situazione dei consumatori di droga e hanno il potere di fornire sostegno o di imporre sanzioni. Nessun altro paese ha ancora adottato questo modello, tuttavia un comitato istituito dal governo norvegese ha suggerito recentemente lo sviluppo di tribunali interdisciplinari di questo genere nel paese.

(1) Strategia del Regno Unito per il 2008.
(2) Strategia scozzese per il 2008 e strategia del Regno Unito per il 2010.

da adottare in Irlanda, è stata posticipata a causa delle elezioni parlamentari agli inizi del 2011.

Un ritardo nell'adozione di un nuovo documento strategico in materia di droga, in seguito a un cambio di governo, è stato segnalato anche dai Paesi Bassi ([2]), mentre il governo ungherese recentemente eletto ha reso nota la sua intenzione di sostituire la strategia in materia di droga adottata l'anno precedente dal suo predecessore. Nel 2011, quattro altri paesi (Germania, Estonia, Slovenia, Svezia) hanno segnalato nuovi documenti strategici in materia di droga in corso di sviluppo e in procinto di adozione, mentre la Norvegia ha prolungato il suo piano d'azione (2007-2010) fino al 2012.

## Spesa pubblica

Negli ultimi dieci anni, in Europa la spesa pubblica riguardante tutti gli aspetti del fenomeno della droga è stata oggetto di analisi (OEDT, 2008c). La presente sezione esamina le stime complete disponibili della spesa pubblica nazionale relativa alla droga. L'analisi si incentra su due questioni principali associate alla spesa pubblica. In primo luogo, la percentuale di prodotto interno lordo (PIL) destinata dai paesi al problema della droga e, in secondo luogo, come vengono divisi questi finanziamenti tra i diversi campi di attività, con riguardo particolare alla divisione tra gli interventi a favore della riduzione dell'offerta e quelli a favore della riduzione della domanda.

La quantità e la qualità delle informazioni disponibili sulla spesa relativa alla droga variano in modo significativo tra i diversi paesi. Gli studi esistenti riguardano diversi anni, utilizzano un'ampia gamma di metodologie e si riferiscono a paesi con diverse strutture del settore pubblico. Le disparità tra i metodi di contabilità delle spese relative alla droga limitano in larga misura la portata dei confronti a livello nazionale. Alcuni dei finanziamenti concessi dal governo per la spesa relativa ad attività correlate al consumo di sostanze stupefacenti sono identificati come tali nei bilanci nazionali («spesa classificata»). Tuttavia, spesso, l'insieme delle spese relative alla droga non è identificato («spesa non classificata»), e devono essere formulate stime in base ad approcci di modellazione.

Nell'ultimo decennio, almeno 12 paesi hanno tentato di produrre stime esaurienti di spese correlate alla droga (tabella 2). Tali paesi hanno riferito una spesa pubblica relativa al problema della droga che va dallo 0,04 % allo 0,48 % del PIL.

Al pari di altri settori della politica sociale, a mano a mano che i paesi si arricchiscono, la percentuale di PIL destinata dai governi alle attività correlate al consumo di sostanze stupefacenti aumenta (OEDT, 2006; Prieto, 2010). In Belgio, Repubblica ceca, Germania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Svezia e Regno Unito, si ritiene che almeno lo 0,1 % del PIL sia destinato ai problemi correlati al consumo di droga; in Francia, Lettonia (solo

**Tabella 2: Stime della spesa pubblica relativa alle droghe**

| Paese | Anno | Allocazione della spesa pubblica relativa alle droghe (%) | | Percentuale del PIL (%) ([1]) | Livello di amministrazione |
|---|---|---|---|---|---|
| | | Riduzione della domanda | Riduzione della fornitura | | |
| **Belgio** | 2004 | 43,4 | 56,2 | 0,10 | Autorità federali, regionali, provinciali e municipali |
| **Repubblica ceca** ([2]) | 2006 | 8,2 | 91,8 | 0,20 | Amministrazione centrale, regionale e locale e previdenza sociale |
| **Francia** | 2005 | 51,6 | 48,4 | 0,07 | Amministrazione centrale |
| **Germania** | 2006 | 35,0 | 65,0 | 0,22-0,26 | Autorità federali, statali, locali e assicurazione sociale |
| **Ungheria** | 2007 | 25,0 | 75,0 | 0,04 | Amministrazione centrale |
| **Lettonia** ([2]) | 2008 | 40,9 | 51,3 | 0,04 | Amministrazione centrale e un programma locale |
| **Lussemburgo** | 2009 | 43,0 | 57,0 | 0,10 | Amministrazione centrale e previdenza sociale |
| **Paesi Bassi** | 2003 | 25,0 | 75,0 | 0,46 | Amministrazione centrale e locale |
| **Slovacchia** | 2006 | 30,0 | 70,0 | 0,05 | Amministrazione centrale e previdenza sociale |
| **Finlandia** | 2008 | 45,0 | 55,0 | 0,07 | Amministrazione centrale e locale |
| **Svezia** | 2002 | 25,0 | 75,0 | 0,28 | Settori pubblici non identificati (solo le agenzie coinvolte) |
| **Regno Unito** | 2005/06 | 41,3 | 58,7 | 0,48 | Amministrazione centrale e regionale |

([1]) A causa delle differenze tra paesi nella metodologia, nella qualità e nella completezza dei dati, i valori per la spesa pubblica relativa alle droghe come percentuale del prodotto interno lordo (PIL) sono solo indicativi e non devono essere considerati rappresentativi dell'intera estensione della spesa pubblica nazionale sul problema delle droghe.
([2]) Solo spesa classificata.
*NB:* Cfr. la tabella PPP-10 nel bollettino statistico 2011 per una lista completa delle fonti.
*Fonti:* Relazioni nazionali Reitox, Eurostat.

([2]) Nel 2011 è stata presentata una nuova strategia al Parlamento nel formato di una «lettera sulla droga».

spesa classificata), Ungheria e Slovacchia, la percentuale varia dallo 0,1 % allo 0,04 % del PIL. Tenendo conto dell'uso di metodologie diverse e della varietà del livello di completezza, questi valori non si discostano ampiamente dalle stime per gli Stati Uniti (0,42 %) (Reuter, 2006) e Australia (0,41 % del PIL) (Moore, 2008).

Gli studi sulla spesa pubblica cercano inoltre di prevedere la distribuzione dei finanziamenti destinati alle diverse problematiche correlate alla droga. Tuttavia, è necessario essere cauti nell'effettuare confronti tra i paesi, poiché questi potrebbero non applicare la stessa tipologia di classificazione della spesa. Tra i 12 paesi che presentano previsioni complete, le attività di riduzione dell'offerta, «applicazione della legislazione» o «ordine pubblico e sicurezza» rappresentano tra il 48 % e il 92 % del totale. Gli elementi segnalati con maggiore frequenza sono stati la spesa per giustizia, polizia, dogane e carceri.

Le modalità di categorizzazione delle spese per la riduzione della domanda variano in modo significativo in Europa. La spesa destinata a terapie, salute e sanità rappresenta circa il 40 % o più del totale segnalato per Belgio, Francia e Lussemburgo. La spesa per la riduzione del danno, individuata da cinque paesi, va dallo 0,1 % al 28,8 % della spesa prevista correlata alla droga. Sette paesi hanno fornito dati sulla spesa per la prevenzione, con previsioni comprese tra l'1 % e il 12 % della spesa totale per le problematiche correlate alla droga.

Diversi paesi europei stanno già utilizzando i dati sulla spesa pubblica come uno strumento per pianificare e valutare l'adozione delle politiche in materia di droga, mentre altri, come il Portogallo e la Slovacchia, riferiscono l'esistenza di programmi a questo proposito. Tuttavia, lo sviluppo di un quadro europeo chiaro e completo della spesa pubblica nazionale correlata alla droga resta una sfida. Attualmente, non esiste un consenso sulle modalità di previsione delle tipologie di spesa correlate alla droga. Al fine di migliorare l'accuratezza e la compatibilità tra i diversi paesi, sarà necessaria una mappatura completa degli organismi pubblici nonché l'armonizzazione dei concetti e delle definizioni.

### Recessione: conseguenze sugli interventi nell'area della droga

La recessione economica che ha colpito l'Europa nel 2008 ha avuto gravi ripercussioni sugli Stati membri dell'UE. Le sue conseguenze sui conti pubblici possono essere di lunga durata e richiedono politiche mirate a ridurre i disavanzi e il debito di governo nella maggior parte dei paesi. La Commissione europea (2011) prevede che, nel 2011, per la prima volta in dieci anni, nell'Unione europea la spesa pubblica (esclusi i pagamenti degli interessi) diminuirà in termini reali.

I dati sulle allocazioni di bilancio per gli interventi correlati alla droga sono stati raccolti dai punti focali nazionali Reitox al fine di condurre una prima analisi dell'impatto delle misure di austerità sulla politica in materia di droga. Dei 19 paesi che hanno fornito le informazioni, 15 hanno segnalato riduzioni dei finanziamenti disponibili per alcune aree della politica in materia di droga a partire dal 2008. Le dimensioni dei tagli hanno subito variazioni significative, tuttavia, con riduzioni segnalate che variano dal 2 % al 44 %, a seconda del paese e dell'area politica.

L'austerità fiscale sembra avere influito in modi diversi su vari settori della politica in materia di droga. Per le spese classificate, le aree colpite più gravemente sono state la ricerca, la prevenzione, il reinserimento sociale e le attività organizzative. La maggior parte dei paesi sembra avere evitato tagli al bilancio destinato alle terapie, nonostante alcuni di essi segnalino la riorganizzazione o tagli nell'erogazione dei servizi. Inoltre sono state riferite riduzioni dei finanziamenti per i programmi correlati al consumo di sostanze stupefacenti nelle carceri o attività di applicazione della legge. Per la maggior parte dei paesi non sono disponibili informazioni sulle spese non classificate, che costituiscono la parte preponderante delle spese pubbliche correlate alla droga. Di conseguenza, possono scarseggiare le informazioni sulle misure di austerità che incidono su settori quali l'applicazione della legge, la giustizia o alcune aree relative all'erogazione del trattamento.

## Legislazione nazionale

### La detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale: dieci anni di modifiche delle sanzioni in Europa

Negli ultimi dieci anni, 15 paesi europei hanno apportato modifiche alle sanzioni previste per la detenzione di sostanze stupefacenti. L'articolo 3, paragrafo 2, della convenzione delle Nazioni Unite del 1988 contro il traffico di droga illegale richiede che ogni Stato renda la detenzione di sostanze stupefacenti per consumo personale un reato penale, sottoposto ai principi costituzionali e ai concetti base del sistema legale. In Europa, si è agito in modi diversi. La detenzione di sostanze stupefacenti per consumo personale può essere un reato penale o un reato non penale; nel caso di detenzione di cannabis possono essere applicate sanzioni non penali, mentre la detenzione di altre sostanze stupefacenti rimane un reato penale.

Negli ultimi dieci anni si possono individuare tre tipi generali di modifiche delle sanzioni: quelle che modificano lo stato legale del reato (penale o non penale); quelle che modificano le categorie delle sostanze

stupefacenti, quando la categoria determina la sanzione, e quelle che modificano le dimensioni della massima sanzione disponibile. La maggior parte dei paesi che hanno modificato le proprie sanzioni per la detenzione di droga ha utilizzato una combinazione di questi tipi di modifiche, il che rende complicata qualsiasi analisi concisa.

La modifica dello stato giuridico del reato, come è accaduto in Portogallo, Lussemburgo e Belgio, è stato forse il passo più significativo compiuto dai legislatori. Dal luglio 2001, in Portogallo la legge decriminalizza la detenzione di tutte le sostanze stupefacenti per uso personale. Ciò ha portato alla riduzione della pena massima per la detenzione di piccoli quantitativi di stupefacenti da tre mesi di carcere a una sanzione amministrativa comminata dalle nuove «commissioni per la dissuasione dall'abuso di droga», che hanno privilegiato le soluzioni a tutela della salute rispetto alle sanzioni punitive ([3]). In Lussemburgo, nel maggio 2001 si è stabilito di considerare la detenzione di cannabis per consumo personale come un reato distinto con una punizione minore, che implica solo il pagamento di una multa per il primo reato, senza circostanze aggravanti. Al contempo, le sanzioni massime per il possesso personale di tutte le altre sostanze stupefacenti diverse dalla cannabis sono state ridotte da tre anni a sei mesi di carcere. Una modifica simile è stata introdotta in Belgio nel maggio 2003. In precedenza, il possesso di una piccola quantità di cannabis per consumo personale, senza circostanze aggravanti, era passibile di condanna fino a cinque anni di carcere, mentre attualmente si applica la priorità di procedimento minima, che consiste in una multa da pagare alla polizia.

Anche in Estonia e in Slovenia sono stati fatti passi per la «decriminalizzazione». In Estonia, prima del settembre 2002, un secondo reato amministrativo per detenzione di droga entro 12 mesi dal primo era considerato un reato penale punibile fino a tre anni di carcere. Il nuovo codice penale ha eliminato questa sanzione penale, per cui il secondo reato è considerato alla stregua del primo, ovvero un'infrazione punibile con una sanzione pecuniaria o con la detenzione amministrativa fino a 30 giorni. In Slovenia, dal gennaio 2005 la legge sulle infrazioni e gli atti illeciti ha eliminato le sanzioni detentive per tutte le infrazioni, tra cui la detenzione di sostanze stupefacenti per consumo personale. In questo modo, la sanzione massima è stata ridotta da 30 giorni di carcere, o cinque giorni per una quantità ridotta, a una multa.

Senza cambiare lo stato giuridico del reato, sei paesi hanno apportato modifiche alle diverse modalità di categorizzazione delle sostanze stupefacenti, laddove è la categoria a determinare la sanzione. In Romania, la legge del 2004 ha diviso le sostanze in sostanze ad alto rischio e sostanze a rischio. La sanzione penale per le sostanze ad alto rischio continua a essere la carcerazione da due a cinque anni mentre le sostanze della categoria a rischio ora sono soggette a una pena minore, che va da sei mesi a due anni. In Bulgaria, il codice penale del 2006 ha introdotto sanzioni specifiche per reati non legati alla distribuzione, in particolare da uno a sei anni di carcerazione per sostanze stupefacenti a rischio elevato (fino a 10-15 anni) e fino a cinque anni per quelle a rischio (da tre a sei anni); il codice ha specificato, inoltre, che i reati minori sono punibili con una multa. Nella Repubblica ceca, dal gennaio 2010 il nuovo codice penale applica una pena detentiva massima ridotta per la cannabis (un anno di carcere) rispetto a quella applicata nel caso di altre sostanze (pena di due anni, non modificata) per detenzione di sostanze stupefacenti per consumo personale di una quantità «superiore a una quantità ridotta». Contrariamente a quanto sopra, alla fine del 2006 l'Italia ha rimosso la distinzione tra le sentenze in caso di droghe legali o illegali, aumentando al contempo la durata massima delle sanzioni amministrative, quali la sospensione della patente di guida fino a un anno per qualsiasi droga illegale. Nel Regno Unito, la cannabis è stata riclassificata passando dalla classe B alla classe C nel 2004, e le sanzioni massime per la detenzione della sostanza per uso personale sono passate da cinque a due anni di carcere; inoltre sono state pubblicate linee guida per la polizia nazionale che esortano a non procedere all'arresto bensì a fornire un avvertimento informale, qualora non fossero presenti circostanze aggravanti. Nel gennaio 2009, la cannabis è stata riclassificata passando dalla classe C alla classe B, e sono state ripristinate ancora una volta le sanzioni massime di cinque anni di carcere. Le linee guida destinate alla polizia nazionale continuano a suggerire di fornire un avvertimento informale in caso di primo reato.

Un terzo gruppo di paesi ha modificato le pene applicabili in caso di detenzione di stupefacenti per uso personale senza occuparsi dello stato giuridico o dei danni relativi. Le pene per la detenzione di tutti i tipi di sostanze stupefacenti per uso personale sono state semplicemente modificate in quattro paesi e, a tutti gli effetti, anche in Slovacchia tramite la ridefinizione del reato. In Finlandia, nel 2001 una modifica del codice penale ha ridotto la pena massima per i reati minori correlati al consumo di narcotici da due anni a sei mesi di carcere, consentendo alla procura di comminare una multa nella maggior parte dei casi. In Grecia, nel 2003 la pena massima per il consumo o la detenzione di piccoli

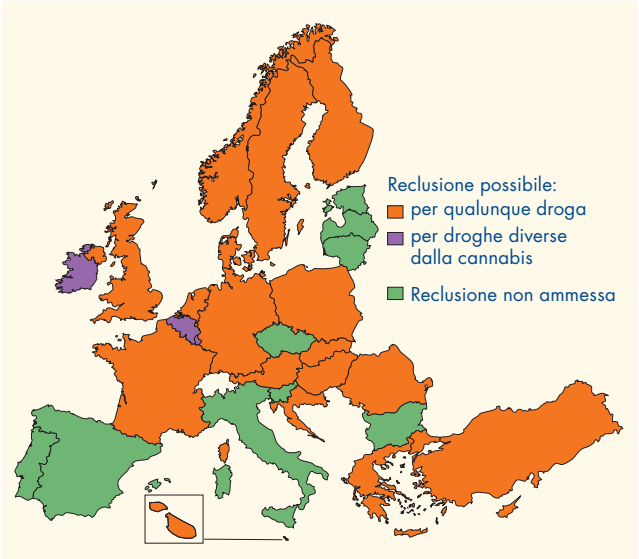
([3]) Recentemente è stata pubblicata in Portogallo un'analisi dettagliata degli effetti della decriminalizzazione (Hughes e Stevens, 2010).

quantitativi di sostanze stupefacenti per uso personale da parte di un consumatore non tossicodipendente è stata ridotta da cinque anni a un anno di carcere. Questo reato non viene riportato sul casellario giudiziario se non è reiterato nel corso dei cinque anni successivi. In Danimarca, le linee guida per le procure, diffuse nel maggio 2004, hanno stabilito che la prassi normale in caso di reati minori correlati alla detenzione di sostanze stupefacenti dovrebbe essere una multa. Nel 2007 ciò è stato stabilito per legge. In Francia, una legge del 2007 ha ampliato la gamma delle possibili opzioni giudiziali per includere un «corso di sensibilizzazione sulla droga» diretto ai consumatori di droga occasionali e ai giovani. Il costo del corso deve essere sostenuto da chi ha commesso il reato. Nel 2005, una modifica del codice penale slovacco ha ampliato la definizione di «detenzione per consumo personale» da una a tre dosi di qualsiasi sostanza illegale, lasciando tuttavia inalterata la pena massima. Gli autori di questi reati possono essere condannati a due nuove pene: arresti domiciliari con monitoraggio fino a un anno o servizi socialmente utili per la comunità da un minimo di 40 a un massimo di 300 ore. La modifica ha introdotto anche un nuovo reato di «detenzione di una maggiore quantità per consumo personale», definita come un massimo di dieci dosi, punibile con una condanna fino a cinque anni. In precedenza, questo sarebbe stato considerato un reato di traffico di stupefacenti punibile con una pena da due a otto anni di carcere.

I motivi dei cambiamenti sono complessi e variano tra i diversi paesi. Ad esempio, sono state modificate alcune leggi per avere accesso ai tossicodipendenti (Portogallo), per semplificare le pene (Belgio, Finlandia, Regno Unito nel 2004), per armonizzare le sanzioni applicabili in caso di infrazioni (Estonia, Slovenia) e per indicare i livelli di danno (Bulgaria, Repubblica ceca, Francia, Italia, Lussemburgo, Romania, Regno Unito nel 2009).

In termini di tendenza generale europea riguardo alle pene per la detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale, si potrebbe osservare che le pene sono state ridotte nella prima metà del decennio ma aumentate nel corso della seconda metà. Tuttavia, è più significativo rilevare che, sebbene la maggior parte dei paesi abbia mantenuto la possibilità dell'incarcerazione come pena (grafico 2), nessun paese ha introdotto sanzioni penali o aumentato le condanne detentive nel corso del decennio. A questo proposito, in Europa vi sono segnali di convergenza verso una riduzione delle pene per la detenzione di sostanze stupefacenti per uso personale.

**Grafico 2:** Sanzioni nelle legislazioni: possibilità di reclusione per possesso di droga per consumo personale (reati minori)




*NB*: Per ulteriori informazioni consultare la banca dati giuridica europea sulle droghe (ELDD).
*Fonti*: Punti focali nazionali Reitox ed ELDD.

## Ricerca correlata alla droga

### Rafforzamento della capacità di ricerca dell'UE

Negli ultimi anni, il rafforzamento della capacità di ricerca nel campo delle droghe è stato un punto all'ordine del giorno per l'Europa. Nel 2010, si è svolto il primo scambio annuale sulla ricerca correlata alla droga del Consiglio, in occasione del quale la Commissione europea ha presentato una panoramica dei progetti di ricerca finanziati dalla Commissione e ha sottolineato il valore aggiunto di tali iniziative. L'OEDT ha illustrato i meccanismi e gli argomenti della ricerca correlata alla droga negli Stati membri e le raccomandazioni del suo comitato scientifico in merito alle priorità della ricerca futura ([4]).

Il principale veicolo dell'Europa per il finanziamento della ricerca è il settimo programma quadro per le attività di ricerca e sviluppo tecnologico, che terminerà nel 2013. Nell'ambito del programma di cooperazione del settimo programma quadro per le attività di ricerca e sviluppo tecnologico, sono compresi inviti a presentare proposte particolarmente rilevanti per la ricerca in materia di droga ([5]). Questi includono inviti a presentare proposte relative a «Comportamento dipendente e/o compulsivo nei bambini e negli adolescenti»; «Comprensione delle conseguenze non intenzionali delle misure di controllo globali delle sostanze stupefacenti illegali» e ALICE-RAP ([6]).

([4]) Cfr. il riquadro «Priorità per la ricerca futura: raccomandazioni del comitato scientifico dell'OEDT».
([5]) Gli inviti a presentare proposte sono pubblicati nella *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea* che invita i ricercatori a presentare proposte di progetti per aree specifiche del programma quadro.
([6]) Cfr. il riquadro «ALICE-RAP».

### Priorità per la ricerca futura: raccomandazioni del comitato scientifico dell'OEDT

Per contribuire al dibattito in corso sulle priorità europee della ricerca nel campo della droga, il comitato scientifico ha redatto un insieme di raccomandazioni riguardanti cinque aree principali.

Interventi: la ricerca dovrebbe concentrarsi sull'efficacia degli interventi terapeutici, le conseguenze degli interventi tempestivi e l'impatto sui familiari direttamente coinvolti.

Analisi della politica: è necessario promuovere la ricerca sulla messa a punto delle politiche nazionali ed europee formulate e adottate nonché sulla loro valutazione, includendo il confronto tra i diversi risultati raggiunti nei differenti paesi.

Offerta di sostanze stupefacenti illegali: occorre prestare maggiore attenzione al miglioramento degli indicatori per studiare le dinamiche di mercato.

Ricerca epidemiologica: sono ancora necessari studi di coorte longitudinali in serie al fine di comprendere il decorso a lungo termine dei diversi modelli di consumo delle sostanze ed è indispensabile il miglioramento dei metodi di stima della percentuale di consumatori di droga.

Ricerca di base sull'eziologia e sul decorso del consumo di droga: la ricerca in quest'area ha la potenzialità di migliorare i risultati sia diagnostici che terapeutici.

La Commissione europea finanzia anche altri studi correlati alla droga attraverso il «Programma di prevenzione e informazione sulla droga», il «Programma di prevenzione e lotta contro il crimine», il «Programma di giustizia criminale» e il «Programma per la salute pubblica». Progetti quali lo «Studio sullo sviluppo di un quadro dell'UE per gli standard minimi di qualità e i parametri di riferimento nella riduzione della domanda», «Nuovi strumenti metodologici per la valutazione della politica e del programma» e «Ulteriore analisi del mercato delle droghe illegali dell'UE e risposte» forniranno approfondimenti importanti sulle diverse sfide che affrontano gli Stati membri in questo campo e contribuiranno all'attuazione della strategia e dei piani d'azione correnti relativi alla droga dell'UE.

In base a quanto richiesto dalle conclusioni del Consiglio del 2009, l'OEDT, in stretta cooperazione con la Commissione europea, diffonde le informazioni e i principali risultati di questi progetti nella sua area tematica Internet sulla ricerca.

### ALICE-RAP

Il settimo programma quadro per la ricerca della Commissione europea sta finanziando un'importante iniziativa di ricerca sulla dipendenza nell'ambito del suo programma di cooperazione. Le sfide che deve affrontare la società europea contemporanea, dalle droghe alle altre dipendenze, sono state analizzate nell'ambito del progetto «Dipendenze e stili di vita nell'Europa contemporanea: nuovo inquadramento del progetto sulle dipendenze» (ALICE-RAP), che riunisce i ricercatori di 25 paesi. Il bilancio del progetto di 10 milioni di euro sarà utilizzato per finanziare la ricerca su tutti gli aspetti della dipendenza, che saranno riuniti sotto titoli quali: proprietà della dipendenza, conteggi della dipendenza, fattori determinanti della dipendenza, attività commerciali della dipendenza, governance della dipendenza e creazione della dipendenza tra i giovani.

Per ulteriori informazioni, cfr. il sito Internet ALICE-RAP.

### Informazioni sulla ricerca negli Stati membri

Attualmente l'Europa non dispone di un inventario della ricerca correlata alla droga condotta livello nazionale. Tutti gli Stati membri dell'UE conducono ricerche sulle problematiche connesse al consumo di droga e, in una certa percentuale, alcuni di questi studi sono inclusi e utilizzati nelle relazioni nazionali Reitox. Sebbene le citazioni tratte da queste relazioni si riferiscano solo a una selezione di studi che può non includere tutte le pubblicazioni rilevanti nel paese, è comunque possibile individuare alcune tendenze basandosi sulla quantità e sulla tipologia degli argomenti di ricerca citati. Tra il 2008 e il 2010, il numero di studi citati annualmente nelle relazioni nazionali Reitox è aumentato da 370 a 750. Gli studi sulle risposte al consumo di sostanze stupefacenti hanno costituito la categoria più ampia (34 % di tutte le citazioni nelle relazioni nazionali del periodo 2008-2010), seguita dagli studi sulla prevalenza, sull'incidenza e sui modelli di consumo di droga (29 %) e dagli studi sulle conseguenze del consumo di droga (23 %). Gli studi sulle metodologie e sui meccanismi e sugli effetti della droga sono stati menzionati solo raramente.

# Capitolo 2
# La risposta ai problemi della droga in Europa: panoramica

## Introduzione

Il presente capitolo presenta una panoramica delle risposte ai problemi della droga in Europa, evidenziando le tendenze, gli sviluppi e le questioni correlate alla qualità. Vengono analizzate le misure preventive seguite da interventi nelle aree del trattamento, del reinserimento sociale e della riduzione del danno. Tutte queste misure fanno parte di un sistema completo di riduzione della domanda di droga e sono coordinate e integrate in misura crescente.

La sezione relativa all'applicazione della legge sulla droga esamina i dati più recenti sui reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti ed esplora il ruolo svolto dalle operazioni sotto copertura nel perturbare l'offerta di droga. Il capitolo termina con un'analisi dei dati disponibili sui consumatori di droga detenuti in carcere e sulle risposte esistenti in questo particolare contesto.

## Prevenzione

Le attività di prevenzione della droga possono essere suddivise in diversi livelli o strategie, rivolti alla società nel suo complesso (prevenzione ambientale) o a individui a rischio (prevenzione indicata). La principale sfida per le politiche di prevenzione è far corrispondere questi diversi livelli di prevenzione al grado di vulnerabilità dei gruppi di destinazione (Derzon, 2007) e assicurare che gli interventi siano fondati su prove e abbiano una copertura sufficiente. La maggior parte delle strategie di prevenzione si occupa del consumo delle sostanze in generale; solo un numero limitato di programmi si concentra su sostanze specifiche, ad esempio, alcol, tabacco o cannabis.

### Strategie ambientali

Le strategie di prevenzione ambientale mirano a modificare gli ambienti culturali, sociali, fisici ed economici immediati in cui le persone operano le loro scelte relativamente al consumo di droga. In genere, tali strategie includono misure quali divieti di fumare, determinazione dei prezzi dell'alcol o scuole di promozione della salute. Le prove mostrano che le misure di prevenzione ambientale a livello di società e destinate al clima sociale nelle scuole e nelle comunità sono efficaci nell'alterare le convinzioni normative e, di conseguenza, il consumo di sostanze (Fletcher e al., 2008).

Con la recente introduzione in Spagna del divieto di fumare integrale, attualmente divieti di fumare parziali o integrali sono in vigore in quasi tutti i paesi europei. Le strategie ambientali dirette ai consumatori di alcol sono meno comuni in Europa, sebbene la maggior parte dei paesi nordici segnali un aumento dell'applicazione di strategie mirate a incentivare il consumo responsabile di bevande alcoliche ([7]), che si sono dimostrate efficaci negli studi locali (Gripenberg e al., 2007).

Nella maggior parte dei paesi europei, è stato registrato un incremento delle politiche in materia di droga dirette alle scuole ([8]), e oltre un terzo dei paesi riferisce che la prevenzione è integrata nel programma scolastico, ad esempio, in materie quali «salute e/o igiene» o «educazione civica». Quattro paesi (Lussemburgo, Paesi Bassi, Austria, Regno Unito) segnalano l'adozione di programmi di prevenzione integrali nelle scuole ([9]), un approccio che è stato valutato positivamente in termini di riduzione del consumo di sostanze stupefacenti (Fletcher e al., 2008) e ha ottenuto benefici aggiuntivi quali il miglioramento dell'atmosfera a scuola e il potenziamento dell'inclusione sociale.

### Prevenzione universale

La prevenzione universale riguarda popolazioni intere, in misura predominante a livello di scuola e di comunità. Mira a fungere da deterrente o a ritardare l'inizio del consumo di sostanze stupefacenti e l'insorgere di problemi correlati alla droga, fornendo ai giovani le competenze necessarie per evitare l'inizio del consumo di sostanze

([7]) Le strategie per il consumo responsabile di bevande alcoliche mirano a evitare la vendita di bevande alcoliche alle persone intossicate e ai minorenni, tramite una combinazione di addestramento del personale addetto alla vendita e di interventi di politica.

([8]) Una politica in materia di droga rivolta alle scuole stabilisce le norme e i regolamenti relativi al consumo delle sostanze in ambiente scolastico e fornisce orientamenti su come procedere quando vengono infrante le regole.

([9]) Gli approcci integrali diretti alle scuole mirano a creare ambienti scolastici positivi e protetti.

stupefacenti. Durante l'applicazione degli approcci di prevenzione universale, le prove mostrano che prestare attenzione al contesto culturale, normativo e sociale migliora le possibilità che i programmi siano accettati e abbiano esito positivo (Allen e al., 2007).

Le valutazioni degli esperti europei indicano un leggero spostamento di direzione nell'ambito della prevenzione basata sulle scuole, da approcci che non si erano rivelati efficaci, quali la mera diffusione di informazioni, le giornate informative e le prove per controllare l'eventuale consumo di droga da parte degli studenti, verso approcci più promettenti, quali i programmi di nozioni di vita pratica basati su manuali e gli interventi specifici rivolti ai ragazzi maschi. I paesi segnalano inoltre che alcuni degli interventi di prevenzione universalmente efficaci sono stati trasferiti da un paese all'altro ([10]). Tuttavia, nonostante la disponibilità di metodi di prevenzione valutati positivamente, sono stati rilevati da alcuni paesi diversi interventi non sostenuti da prove scientifiche, quali visite di esperti e di agenti di polizia nelle scuole.

La prevenzione universale basata sulla famiglia assume in larga misura la forma di interventi semplici e a basso costo, quali serate dedicate ai genitori e distribuzione di opuscoli o volantini. Raramente vengono segnalati interventi più complessi quali riunioni di gruppo di genitori (Germania, Irlanda), formazione di competenze personali e sociali (Grecia, Portogallo) o programmi espressamente rivolti ai genitori e basati su manuali (Spagna, Regno Unito).

### Prevenzione selettiva

La prevenzione selettiva interviene con specifici gruppi, famiglie o comunità laddove le persone, a causa delle loro risorse e dei loro legami sociali limitati, possono essere più inclini a fare ricorso all'uso di droghe o a sviluppare dipendenza. Alcuni Stati membri segnalano uno spostamento dell'orientamento delle loro strategie in direzione dei gruppi vulnerabili, mentre le valutazioni degli esperti suggeriscono un aumento globale degli interventi per i gruppi vulnerabili nel periodo compreso tra il 2007 e il 2010, con l'eccezione degli interventi rivolti ai giovani presso gli istituti sanitari. Gli aumenti maggiori sono segnalati per gli studenti con problemi accademici e sociali (fornitura integrale o estesa in 16 paesi) e per i giovani autori di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti (fornitura integrale o estesa in 12 paesi) (grafico 3). Il primo caso potrebbe essere riconducibile a un aumento dell'attenzione da parte di alcuni Stati membri e dell'Unione europea agli insuccessi accademici e all'abbandono prematuro della scuola, che condividono gli stessi fattori di rischio del consumo problematico di sostanze stupefacenti (King e al., 2006). L'aumento dell'offerta per i giovani autori di reati potrebbe essere spiegato parzialmente dall'applicazione di FRED, un programma psicosociale multisessione (OEDT, 2010a) in molti paesi, oltre che dai nuovi interventi per i giovani autori di reati incensurati in Grecia, Irlanda e Lussemburgo.

Inoltre è stato segnalato un aumento degli interventi rivolti alle famiglie vulnerabili, in particolare per quelle con problemi di consumo di sostanze (fornitura integrale o estesa in 14 paesi) e socialmente disagiate (fornitura integrale o estesa in sette paesi) (grafico 3). In questo contesto va osservato l'aumento della popolarità del «programma di rafforzamento per le famiglie» (Kumpfer e al., 2008) in Europa, adottato recentemente in tre nuovi paesi (Germania, Polonia e Portogallo) e in ulteriori località del Regno Unito.

La prevenzione selettiva può essere condotta tramite opera di assistenza o servizi ambulatoriali. Le uniche aree in cui si segnala maggiore opera di assistenza sono quelle del lavoro di prevenzione con i gruppi etnici e con i frequentatori di feste e raduni, mentre si rileva una riduzione dei servizi di assistenza per i giovani senza dimora. Nel complesso, la maggior parte dei contatti per la fornitura di servizi ai gruppi sociali emarginati quali gli studenti che abbandonano la scuola prematuramente, gli immigrati e i giovani senza dimora continua ad avvenire in ambito ambulatoriale.

Inoltre, si conosce relativamente poco sul contenuto di numerosi programmi di prevenzione selettiva ([11]). Nel complesso, i dati disponibili indicano che gli interventi più comuni in Europa sono quelli che sottolineano l'informazione, la sensibilizzazione e la consulenza, nonostante crescenti prove dell'efficacia di approcci quali la definizione normativa, la motivazione, le competenze e la capacità decisionale.

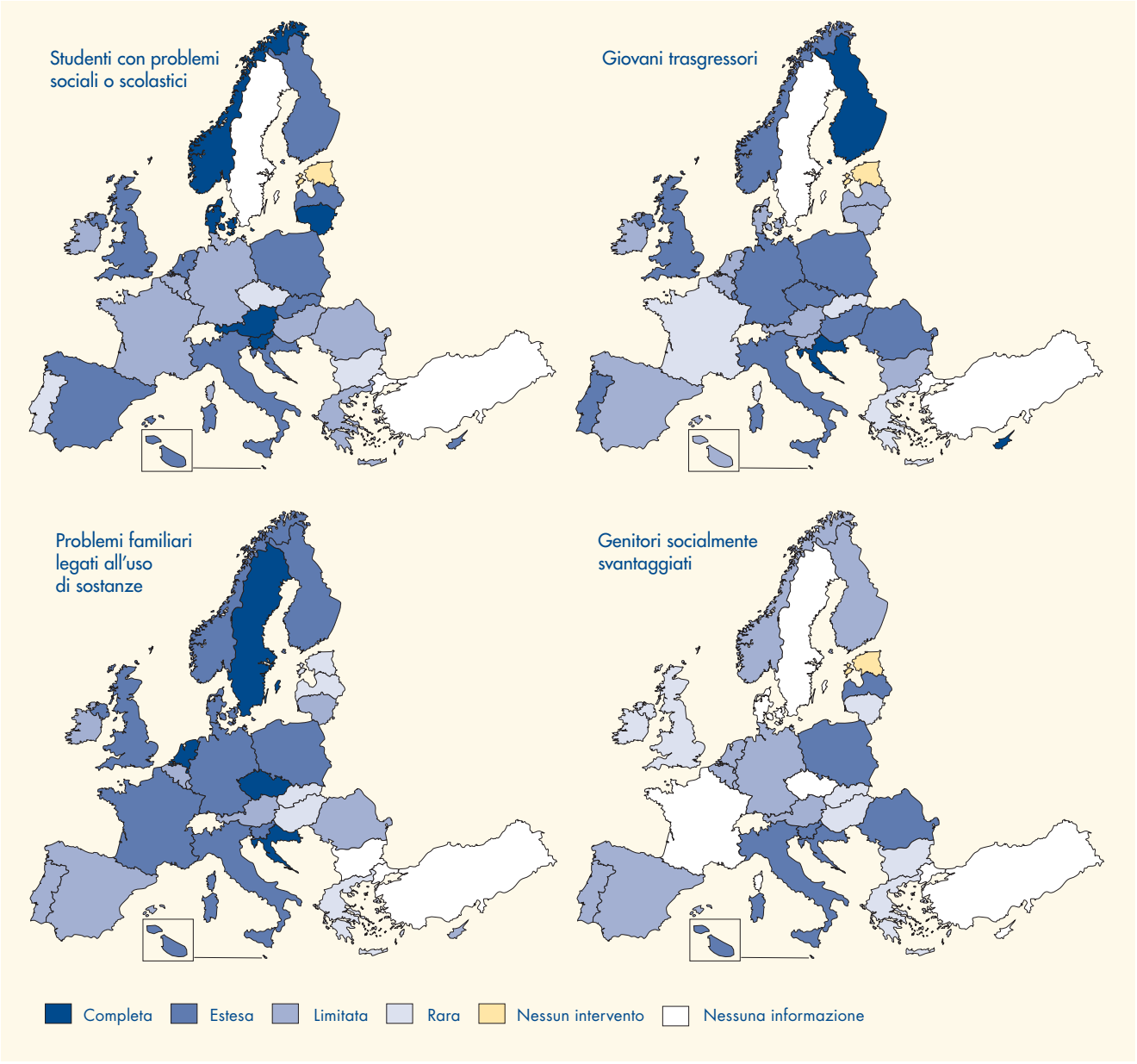
### Prevenzione mirata

Lo scopo della prevenzione mirata è individuare individui affetti da problemi comportamentali o psicologici che si prevede possano evolvere verso un consumo problematico di sostanze più avanti nella vita e sottoporli singolarmente a interventi mirati. Diversi programmi di questo tipo sono stati valutati positivamente (OEDT, 2009c).

Solo la metà degli Stati membri dell'UE e la Norvegia riferiscono l'esistenza di attività di prevenzione mirata,

([10]) Cfr. SFP, FRED, Preventure, EU-DAP e GBG nel portale delle pratiche migliori.
([11]) Alcuni esempi sono tuttavia disponibili sul sito Internet per lo scambio di informazioni sull'azione di riduzione della domanda di droga.

**Grafico 3:** Distribuzione di interventi selettivi di prevenzione secondo la stima di esperti nazionali




*NB:* La disposizione è relativa alla distribuzione generale e geografica degli interventi ed è valutata come: completa, fornita in quasi tutte le sedi rilevanti (aree in cui la popolazione di destinazione è sufficiente per l'attuazione dell'intervento); estesa, fornita nella maggior parte ma non in tutte le sedi rilevanti; limitata, fornita in più di alcune, ma non nella maggior parte delle località rilevanti; rara, fornita solamente in alcune località rilevanti; nessun intervento, intervento non disponibile. Le informazioni sono state raccolte mediante un questionario strutturato.

*Fonte:* Punti focali nazionali Reitox.

e un numero limitato segnala interventi strutturati o basati su manuali. Un numero crescente di paesi riferisce che lo scenario scolastico viene utilizzato per individuare gli studenti vulnerabili, in particolare quelli affetti da disturbi comportamentali, spesso associati al successivo consumo di droga. Il Belgio, la Repubblica ceca, il Portogallo e la Norvegia segnalano l'utilizzo di nuovi strumenti per lo screening e il rilevamento tempestivo sia negli ambienti scolastici sia in quelli della comunità.

Gli interventi tempestivi e la consulenza psicologica per i consumatori di droga sono le strategie di prevenzione mirata segnalate con maggiore frequenza; non vi sono molte relazioni di interventi mirati alla soluzione di problemi di disturbi comportamentali a insorgenza precoce. Ciò suggerisce che in Europa non è stato integralmente sfruttato il potenziale della prevenzione mirata, che potrebbe contribuire a ridurre le conseguenze sulle successive abitudini di consumo di sostanze di alcuni

dei disturbi neuro-comportamentali sperimentati durante l'infanzia, quali l'aggressività e l'impulsività (OEDT, 2009c). La prevenzione mirata può agire come un ponte tra la prevenzione attuabile presso la comunità e il trattamento specialistico offerto in ambiente clinico, in particolare per quanto riguarda l'erogazione di interventi tempestivi destinati a gruppi particolari, quali i consumatori di cannabis o di alcol appartenenti a gruppi vulnerabili.

## Trattamento

In Europa, le principali modalità utilizzate per il trattamento dei problemi della droga sono gli interventi psicosociali, la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi e la disintossicazione. L'importanza relativa delle diverse modalità in ciascun paese è influenzata da vari fattori, tra cui l'organizzazione del sistema sanitario nazionale. I servizi di trattamento della tossicodipendenza possono essere erogati in un'ampia varietà di contesti: unità di trattamento specialistico, inclusi centri ambulatoriali e di ospedalizzazione, cliniche e centri di salute mentale, reparti all'interno delle carceri, agenzie a bassa soglia e studi di medici generici.

Non è disponibile un insieme di dati che consenta una descrizione dell'intera popolazione di consumatori di droga attualmente sottoposti a trattamento in Europa. Tuttavia, informazioni su un sottogruppo importante di tale popolazione sono raccolte dall'indicatore della domanda di trattamento dell'OEDT. Questo riunisce i dati sui pazienti che si sottopongono ai servizi di trattamento specialistico della tossicodipendenza durante l'anno solare, consentendo di esaminare le caratteristiche e i profili dei consumatori di droga ([12]). Nel 2009, l'indicatore ha registrato circa 460 000 nuovi pazienti sottoposti al trattamento, 38 % dei quali (175 000) si sono sottoposti al trattamento per la prima volta.

Basandosi su un'ampia gamma di fonti diverse, compreso l'indicatore della domanda di trattamento, si può stimare che almeno 1,1 milioni di persone abbiano ricevuto il trattamento per il consumo di droghe illegali nell'Unione europea, in Croazia, Turchia e Norvegia nel corso del 2009 ([13]). Mentre più della metà di questi pazienti ha seguito la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi, un numero significativo di persone ha ricevuto altre forme di trattamento per i problemi correlati al consumo di oppioidi, stimolanti, cannabis e altre sostanze stupefacenti illegali ([14]). Tale stima relativa al trattamento della tossicodipendenza nell'Unione europea, nonostante debba essere precisata e rifinita, suggerisce un significativo livello di erogazione del trattamento, almeno per quanto riguarda i consumatori di oppioidi. Questa è la conseguenza di un importante ampliamento dei servizi ambulatoriali specializzati nel corso degli ultimi vent'anni, avvenuto con un coinvolgimento significativo del servizio sanitario primario, gruppi di autoterapia, servizi di igiene mentale generali, operatori di servizi di assistenza e a bassa soglia.

Nell'Europa occidentale, in particolare, sembra essersi verificato uno spostamento graduale di opinioni circa il trattamento della tossicodipendenza: si è passati dal considerarlo una mera responsabilità di alcune discipline specialistiche in grado di fornire interventi intensivi a breve termine all'affrontarlo invece con un approccio multidisciplinare, integrato e a più lungo termine. In parte, si tratta di una risposta al crescente riconoscimento della tossicodipendenza come condizione cronica, in cui si assiste a un decorso caratterizzato da cicli di remissione, ricaduta, trattamenti ripetuti e disabilità (Dennis e Scott, 2007). Questa visione è sostenuta anche dai dati raccolti dall'OEDT, secondo cui oltre la metà delle persone in terapia si era già sottoposta in passato a una sessione di trattamento. Un altro fattore da considerare è che i paesi dell'Europa occidentale stanno assistendo a un invecchiamento significativo della popolazione di consumatori di droga in terapia; principalmente si tratta di consumatori problematici a lungo termine con episodi di trattamento precedenti e che riferiscono diversi problemi sociali e di salute (OEDT, 2010f).

In risposta, alcune strategie in materia di droga, a livello nazionale e locale, fanno riferimento a un approccio terapeutico continuativo, sottolineando il coordinamento e l'integrazione di interventi tra le diverse fonti di erogazione del trattamento della tossicodipendenza (ad esempio, passaggio dal trattamento ospedaliero ai servizi ambulatoriali) e tra il trattamento e un più ampio spettro di servizi sanitari e sociali. La cura continuativa si basa sul monitoraggio regolare dello stato del paziente, sul rilevamento tempestivo di possibili problemi, sulla collaborazione tra i servizi sanitari e di assistenza sociale e sul sostegno costante al paziente senza fissare un quadro temporale. I medici generici possono svolgere un ruolo fondamentale in quest'area. Una recente indagine francese, condotta tra i fornitori di servizi, ha riconosciuto il ruolo dei medici generici nell'agevolare l'accesso alle

([12]) Dati sull'indicatore di richiesta del trattamento ottenuti da 29 paesi per i centri terapeutici specializzati. La maggior parte dei paesi ha fornito dati per oltre il 60 % delle proprie unità, sebbene per alcuni paesi la percentuale di copertura delle unità non sia nota (cfr. la tabella TDI-7 nel bollettino statistico 2011).

([13]) Cfr. la tabella HSR-10 nel bollettino statistico 2011.

([14]) Informazioni più dettagliate sui tipi specifici di trattamento per le diverse sostanze e l'efficienza, la qualità e le prove ad essi correlate sono disponibili nei rispettivi capitoli.

cure specialistiche per i consumatori di oppioidi, sia in caso di ospedalizzazione per iniziare il trattamento con il metadone sia per proseguire il trattamento dopo le dimissioni dall'ospedale. Un altro esempio è costituito dalla decisione del governo olandese e delle autorità locali delle quattro città più importanti del paese di adottare un approccio di trattamento integrato nell'ambito di una strategia di sostegno sociale di più ampio respiro, che coinvolge un'ampia gamma di agenzie.

Le risposte alla cura continuativa e al trattamento integrato possono essere coadiuvate da protocolli di cura, orientamenti e strategie di gestione concordate tra le strutture di erogazione (Haggerty e al., 2003). Un'indagine condotta nel 2010 tra i punti focali nazionali ha riscontrato che in 16 paesi sono stati conclusi accordi di partenariato tra agenzie per il trattamento della tossicodipendenza e servizi sociali. In sei paesi (Francia, Paesi Bassi, Portogallo, Romania, Regno Unito, Croazia), i protocolli strutturati sono i meccanismi più comunemente utilizzati per il coordinamento interagenzia, mentre negli altri paesi, i partenariati fanno affidamento principalmente sulle reti informali.

### Trattamento ambulatoriale

In Europa, la maggior parte dei trattamenti della tossicodipendenza sono forniti in regime ambulatoriale. Sono disponibili informazioni su circa 400 000 consumatori di droga che hanno iniziato il trattamento specializzato in regime ambulatoriale durante il 2009. La metà delle persone che si sottopongono al trattamento per la prima volta (51 %) segnala gli oppioidi, in particolare l'eroina, come droga primaria, mentre il 24 % segnala la cannabis, il 18 % la cocaina e il 4 % sostanze stimolanti diverse dalla cocaina. Il percorso più comune per curare la dipendenza consiste nell'optare spontaneamente per il trattamento (37 %), seguito dalla scelta di rivolgersi ai servizi sociali e sanitari o ai servizi specifici destinati ai consumatori di sostanze stupefacenti (28 %); inoltre vi sono i soggetti affidati alle cure sanitarie dalle autorità giudiziarie (20 %). La percentuale restante dei pazienti si avvicina al trattamento tramite la famiglia, gli amici e le reti informali ([15]).

I consumatori di droga che iniziano il trattamento presso le strutture ambulatoriali sono di gran lunga il gruppo più numeroso e per il quale è possibile descrivere le caratteristiche personali e sociali nonché i profili di consumo delle sostanze stupefacenti. Si tratta prevalentemente di giovani di sesso maschile, con un'età media di 32 anni. I maschi sono quattro volte più numerosi rispetto alle femmine, e ciò rispecchia, in parte, la predominanza dei maschi tra i consumatori problematici di droga. Tra i pazienti che iniziano il trattamento, i consumatori primari di cannabis sono più giovani di quasi dieci anni (25) rispetto ai consumatori primari di cocaina (33) e di oppioidi (34). In media, i consumatori di droga più giovani (25-26) sono stati segnalati da Polonia, Ungheria e Slovacchia, paesi che hanno aderito all'UE nel 2004, e i meno giovani da Spagna, Italia e Paesi Bassi (34). Il rapporto tra il numero di consumatori di sesso maschile e femminile è elevato per tutte le sostanze, anche se varia da paese a paese; tuttavia, risulta generalmente più elevato nei paesi dell'Europa meridionale e minore nei paesi nordici ([16]).

Le due modalità principali di trattamento ambulatoriale in Europa sono gli interventi psicosociali e la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi. Gli interventi psicosociali includono consulenza psicologica, colloqui motivazionali, terapia cognitiva comportamentale, gestione del caso, terapia di gruppo e familiare e prevenzione delle ricadute. Essi sono erogati per la maggior parte, e a seconda dei paesi, da istituzioni pubbliche o da organizzazioni non governative. Gli interventi psicosociali offrono sostegno ai consumatori di sostanze stupefacenti mentre tentano di gestire e superare i loro problemi correlati al consumo di droga e costituiscono la principale modalità di trattamento per i consumatori di sostanze stimolanti, quali cocaina e anfetamine. Tali interventi sono anche erogati per i consumatori di oppioidi, spesso in combinazione con la terapia sostitutiva. In base all'indagine condotta nel 2008 dagli esperti nazionali, la maggior parte dei paesi europei riferisce la disponibilità del trattamento psicosociale ambulatoriale per i pazienti che desiderano sottoporsi alla terapia. Nonostante

### Questione specifica sul finanziamento e il costo del trattamento della tossicodipendenza

Durante questo periodo di austerità fiscale, viene rivolta un'attenzione crescente a tutti gli aspetti della spesa statale, inclusi i costi del trattamento. Una questione specifica pubblicata quest'anno dall'OEDT esegue la mappatura delle principali fonti di finanziamento per il trattamento della tossicodipendenza in diversi paesi europei. Il documento sintetizza i dati disponibili sull'ammontare della spesa destinata ai servizi relativi al trattamento della tossicodipendenza e su quanto costa il trattamento.

Questa pubblicazione è disponibile in formato cartaceo e sul sito Internet dell'OEDT solo in lingua inglese.

([15]) Cfr. le tabelle TDI-16 e TDI-19 nel bollettino statistico 2011.

([16]) Cfr. le tabelle TDI-9 (parte iv), TDI-21 e TDI-103 nel bollettino statistico 2011. Per informazioni sui pazienti in terapia in base alla sostanza primaria, cfr. i relativi capitoli.

esistano variazioni significative tra le diverse parti d'Europa, la maggior parte dei paesi riferisce tempi di attesa medi inferiori a un mese.

La terapia sostitutiva costituisce l'opzione terapeutica predominante per i consumatori di oppioidi in Europa. In genere, viene erogata presso ambulatori specialistici, sebbene in alcuni paesi sia disponibile anche presso le strutture ospedaliere; viene altresì erogata sempre più frequentemente presso le carceri ([17]). Inoltre, i medici generici provvisti di un ambulatorio, spesso attraverso accordi di collaborazione con centri specializzati, svolgono un ruolo sempre più determinante. La terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi è disponibile in tutti gli Stati membri dell'UE, oltre che in Croazia e Norvegia. In Turchia, la terapia sostitutiva sotto forma di combinazione di buprenorfina e nalossone è stata introdotta nel 2010. Nel complesso, si stima che nel 2009 in Europa venissero erogate circa 700 000 terapie (cfr. il capitolo 6) ([18]).

### Trattamento ospedaliero

Sono disponibili dati per circa 44 000 consumatori di droga che hanno iniziato la terapia presso strutture ospedaliere in Europa durante il 2009 ([19]). Oltre la metà dei pazienti ha citato gli oppioidi come droga principale (53 %), seguita dalla cannabis (16 %), dalla cocaina (8 %) e da stimolanti diversi dalla cocaina (12 %). La maggioranza dei pazienti ospedalizzati è di sesso maschile, con un'età media di 31 anni e un rapporto uomo-donna di 3:1 ([20]).

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

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

Secondo l'indagine condotta nel 2008 dagli esperti nazionali, la maggior parte dei paesi europei riferisce la disponibilità del trattamento psicosociale ospedaliero e dei servizi di disintossicazione per i pazienti che desiderano sottoporsi a tali terapie. I tempi di attesa medi stimati a livello nazionale dagli esperti di 16 paesi per l'accesso al trattamento psicosociale ospedaliero varia nei diversi paesi europei. Gli esperti stimano tempi di attesa media inferiori a un mese in 14 paesi, di alcuni mesi in Ungheria e di 25 settimane in Norvegia.

## Reinserimento sociale

Il livello di esclusione sociale tra i pazienti in terapia è in genere elevato e potenzialmente impedisce agli individui di recuperare completamente, mettendo a repentaglio i benefici del trattamento. I dati sui pazienti che hanno iniziato il trattamento della tossicodipendenza nel 2009 mostrano che la maggior parte di loro erano disoccupati (59 %) e quasi uno su dieci senza un alloggio stabile (9 %). Tra i pazienti in terapia è comune un livello di istruzione basso; il 37 % ha completato solo gli studi secondari e il 4 % non ha raggiunto nemmeno questo grado d'istruzione ([21]). Viene riconosciuto in misura sempre crescente che lo sviluppo dei servizi per combattere la marginalizzazione e la stigmatizzazione migliora le opportunità di un effettivo reinserimento sociale dei pazienti e aumenta la loro qualità di vita (Lloyd, 2010).

Il reinserimento sociale dei tossicodipendenti nelle loro comunità locali è riconosciuto come una componente essenziale delle strategie globali di lotta alla droga e si concentra in particolare sul miglioramento delle abilità sociali, promuovendo l'istruzione e le opportunità di occupazione e di alloggio. Rispondere alle esigenze sociali dei pazienti in terapia può svolgere un ruolo importante nella riduzione del loro consumo di sostanze stupefacenti e sostenere l'astinenza da droga a lungo termine (Laudet e al., 2009).

Ventuno paesi europei segnalano di avere incluso nelle loro strategie di lotta contro la tossicodipendenza sezioni specifiche per il reinserimento sociale ([22]),

([17]) Cfr. «Assistenza ai tossicodipendenti in carcere», pag. 42.
([18]) Cfr. le tabelle HSR-1, HSR-2 e HSR-3 nel bollettino statistico 2011.
([19]) Questa cifra deve essere interpretata con cautela poiché non include tutti i pazienti ospedalizzati temporaneamente per ricevere cure nell'ambito di un processo terapeutico più complesso.
([20]) Cfr. le tabelle TDI-7, TDI-10, TDI-19 e TDI-21 nel bollettino statistico 2011.
([21]) Cfr. le tabelle TDI-12, TDI-13 e TDI-15 nel bollettino statistico 2011.
([22]) Lituania e Austria non avevano una strategia in materia di droga al momento dell'indagine.

che si concentrano principalmente sulle esigenze dei tossicodipendenti in termini di alloggio, istruzione e occupazione. I servizi di reinserimento sociale sono forniti in concomitanza con il trattamento o al completamento della terapia e fanno affidamento sulla collaborazione tra i servizi terapeutici specializzati e le istituzioni sanitarie e sociali.

Nel complesso, mentre la maggior parte dei paesi riferisce l'esistenza di interventi volti ad affrontare problemi abitativi, educativi e occupazionali, i dati disponibili indicano che il livello di fornitura degli interventi non è sufficiente per soddisfare le esigenze della popolazione di tossicodipendenti.

### Alloggio

Garantire l'accesso all'alloggio e mantenere una situazione abitativa stabile sono fattori essenziali per il processo di reinserimento; aiutano a fare in modo che i pazienti continuino a sottoporsi al trattamento e sostengono la prevenzione delle ricadute (Milby e al., 2005).

In Europa, nel complesso, i livelli di erogazione dei servizi che si occupano delle esigenze abitative dei pazienti in trattamento per droga sono bassi. Dei 29 paesi che hanno partecipato a una recente indagine, meno di un terzo ha segnalato la possibilità che la maggior parte dei pazienti in terapia avesse accesso a un alloggio di emergenza (nove), a un alloggio di transizione (otto) e a servizi abitativi sociali (cinque).

Nonostante i paesi europei in generale segnalino un basso livello di erogazione dei servizi abitativi, la maggior parte dei paesi riferisce la disponibilità di alloggi sociali destinati ai gruppi vulnerabili, a disposizione, in misura variabile, delle persone che si sottopongono al trattamento della tossicodipendenza. Tali alloggi sono in genere forniti dalle autorità locali o da organizzazioni non governative. La durata della permanenza nell'alloggio può variare e l'entrata può essere soggetta a condizioni (ad esempio, astinenza da droga, supervisione da parte del personale addetto al trattamento). Inoltre, alcuni paesi hanno alloggi riservati alle persone in terapia; ad esempio, 18 paesi segnalano la fornitura di alloggi di emergenza (quali centri di accoglienza notturni, bed & breakfast) e 20 paesi forniscono un certo livello di alloggi di transazione quali case ubicate a metà strada. Una situazione abitativa indipendente può rappresentare un passo importante verso il reinserimento nella società. In 12 paesi, i pazienti in terapia possono usufruire di alloggi sociali, mentre 15 paesi segnalano programmi che agevolano l'accesso a una situazione abitativa indipendente nell'ambito del mercato immobiliare generale. In Francia, i centri terapeutici specializzati forniscono i cosiddetti alloggi «sliding». Il centro paga l'affitto dell'alloggio e lo subaffitta al paziente, che contribuisce in minima parte alle spese. Il paziente riceve sostegno per svolgere le mansioni amministrative (ad esempio, pagare le bollette) e per la gestione del bilancio e, dopo un periodo di prova, diventa l'affittuario ufficiale.

### Formazione e istruzione

Le esigenze di istruzione dei pazienti in terapia possono essere soddisfatte in diversi modi. Il sistema scolastico ordinario può costituire una prima opzione, tuttavia, le barriere individuali e del sistema, quali le basse aspettative, la stigmatizzazione e il timore del fallimento, possono costituire un impedimento per la partecipazione dei pazienti al sistema scolastico (Lawless e Cox, 2000). Undici paesi riferiscono la disponibilità di programmi di sostegno che mirano ad agevolare l'accesso dei pazienti in terapia al sistema scolastico ordinario. Inoltre, 15 paesi segnalano che i pazienti in terapia possono avere accesso ai programmi educativi destinati ai gruppi sociali vulnerabili.

La formazione tecnica o professionale aiuta le persone ad acquisire le abilità pratiche necessarie per svolgere un'occupazione o un'attività commerciale particolare e, in genere, porta al conseguimento di una qualifica professionale. Nella maggior parte dei paesi (20), i pazienti ricevono formazione professionale tramite interventi mirati destinati ai gruppi socialmente vulnerabili. In 16 paesi, esistono interventi di formazione professionale specifici per i pazienti in trattamento per droga.

### Occupazione

L'occupabilità è un concetto fondamentale per il reinserimento sociale, e le esigenze di occupazione dei tossicodipendenti sono prese in considerazione da diversi paesi europei nell'ambito delle strategie di occupazione nazionali. Le attività che aumentano l'occupabilità possono riguardare il campo psicologico (ad esempio, sviluppo delle capacità personali, autoefficacia percepita, autostima, sviluppo delle abilità necessarie per far fronte alle situazioni) e possono fornire ai tossicodipendenti in fase di recupero la possibilità di frequentare un gruppo alternativo di persone con cui socializzare e di acquisire nuove abilità per coadiuvare il loro reinserimento nella comunità più ampia in cui vivono. In 15 paesi, l'occupabilità delle persone in terapia viene segnalata come un obiettivo regolare, uno standard dei singoli piani di cure.

Le prove dimostrano che l'occupazione e il miglioramento dell'occupabilità migliorano i risultati del trattamento della tossicodipendenza (Kaskutas e al., 2004) e hanno conseguenze positive sulla salute e sulla qualità della vita, riducendo inoltre il numero dei reati (Gregoire e Snively, 2001). I sistemi di sostegno, quali la mediazione per il mercato del lavoro, che fornisce lavoro retribuito sotto forma di posti di lavoro temporanei creati espressamente a tale scopo, può essere d'aiuto per colmare il divario esistente tra la disoccupazione a lungo termine e l'occupazione sul mercato del lavoro aperto. Questi sistemi sono in genere indirizzati alle persone svantaggiate (ad esempio, tramite la creazione di attività destinate a fornire occupazione a persone disabili o socialmente escluse) e possono includere lavoro volontario e professionale.

Venti paesi segnalano interventi di mediazione del mercato del lavoro a disposizione di gruppi socialmente vulnerabili accessibili anche alle persone in trattamento per droga; in 11 paesi, tali interventi sono disponibili specificatamente per i pazienti in terapia. In Irlanda, ad esempio, *Ready for Work* aiuta le persone senza fissa dimora, tra cui i tossicodipendenti, ad accedere alla formazione o all'occupazione. Ad esempio, impartisce formazione prima dell'assunzione, propone esperienze di lavoro non retribuito e fornisce sostegno per il follow-up. I pazienti in trattamento per droga possono essere idonei per altre iniziative, quali il sostegno all'occupazione, che assiste le persone con disabilità o altri gruppi svantaggiati aiutandoli a trovare e a mantenere un'occupazione retribuita. Interventi a sostegno dell'occupazione accessibili ai pazienti in terapia sono segnalati da 17 paesi, ciononostante solo quattro paesi segnalano livelli sufficienti di erogazione di tali servizi.

## Riduzione del danno

La prevenzione e la riduzione dei danni correlati all'uso di stupefacenti sono un obiettivo di salute pubblica in tutti gli Stati membri e nell'ambito della strategia dell'UE in materia di droga ([23]). Sono ora disponibili per la pianificazione analisi delle prove scientifiche relative agli interventi per la riduzione del danno, oltre a studi che illustrano l'effetto complessivo di tali interventi (OEDT, 2010b) ([24]).

Gli interventi principali in questo settore prevedono la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi e programmi di scambio di aghi e siringhe, che mirano a ridurre i decessi per overdose e la diffusione delle malattie infettive. Secondo le segnalazioni, la terapia sostitutiva è disponibile in tutti i paesi, mentre i programmi di scambio sono accessibili in tutti i paesi tranne la Turchia. Negli ultimi vent'anni, l'Europa ha assistito alla crescita e al consolidamento della riduzione del danno e alla sua integrazione con un'ampia gamma di altri servizi sanitari e sociali. Dopo essersi concentrata inizialmente, negli ultimi anni ottanta, sull'epidemia di HIV/AIDS, la riduzione del danno ha abbracciato una prospettiva di più ampio respiro, offrendo soluzioni atte a rispondere alle esigenze sanitarie e sociali dei consumatori problematici di droga, specie delle persone socialmente escluse.

Nel 2009, il numero dei pazienti che hanno avuto accesso alla terapia sostitutiva è cresciuto nella maggior parte dei paesi ([25]). Inoltre, sono stati segnalati aumenti dell'uso delle strutture per la riduzione del danno a bassa soglia in Bulgaria, Repubblica ceca, Grecia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Polonia, Romania e Croazia; infine è stata registrata un'espansione geografica dei programmi di scambio di aghi e siringhe in Ungheria.

La maggior parte dei paesi europei fornisce una gamma di ulteriori servizi sanitari e sociali, che includono valutazione dei rischi e consulenza individuale, informazioni mirate e promozione di un consumo più sicuro. Negli ultimi anni è stato registrato un aumento della distribuzione di strumenti sterili per iniezioni oltre ad aghi e siringhe, della promozione dell'uso dei profilattici tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, dello screening per le malattie infettive e della consulenza sulla salute, della terapia antiretrovirale e della vaccinazione per l'epatite virale. Le previsioni basate sui modelli suggeriscono che la fornitura di interventi con il massimo effetto potenziale (programmi di scambio di aghi e siringhe, terapia sostitutiva e terapia antivirale) a una percentuale significativa della popolazione di interesse e nell'arco di un periodo prolungato riduce la trasmissione dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale; le previsioni indicano inoltre che i maggiori effetti si ottengono quando i livelli di infezione sono ancora bassi (Degenhardt e al., 2010).

Nel 2010, l'Istituto nazionale francese per la Salute e la ricerca medica (Inserm) ha condotto un'indagine multidisciplinare sulla base di conoscenze comprovate relative agli interventi di riduzione del danno per contenere il rischio di infezioni tra i tossicodipendenti. Lo studio ha preso in esame la letteratura scientifica riguardante gli aspetti medici, epidemiologici, sociologici, economici e di salute pubblica della riduzione del danno; inoltre sono state organizzate audizioni di esperti e dibattiti pubblici. La «relazione collettiva degli esperti» raccomanda che le politiche di riduzione del danno siano

([23]) COM(2007) 199 def.
([24]) Cfr. anche il portale delle migliori prassi.
([25]) Cfr. la tabella HSR-3 nel bollettino statistico 2011 e nel capitolo 6.

considerate parte essenziale di una strategia di più ampio respiro per ridurre le ineguaglianze sanitarie. Inoltre, i servizi devono essere integrati con altri servizi per la tossicodipendenza nel contesto di un sistema di assistenza senza soluzione di continuità. La priorità rimane prevenire il consumo di sostanze stupefacenti ed evitare il passaggio all'assunzione per via parenterale; ciononostante occorre consentire ai tossicodipendenti che assumono stupefacenti per via parenterale di ridurre i rischi correlati all'iniezione di sostanze. La relazione raccomanda che, al pari degli interventi medici e sociali, le misure di riduzione del danno siano parte integrante dei piani di assistenza personalizzata.

### Coinvolgimento del tossicodipendente

Il concetto di coinvolgimento dell'utente del servizio nella politica sanitaria ha acquisito popolarità nel 1986, in occasione del nuovo ordine del giorno per la fornitura di servizi sanitari e di salute pubblica istituiti dalla dichiarazione di Ottawa dell'Organizzazione mondiale della Sanità. Tuttavia, il coinvolgimento attivo dei tossicodipendenti nella configurazione dei servizi per la tossicodipendenza risale agli anni settanta nei Paesi Bassi.

Più recentemente, come passo in avanti per agevolare il coinvolgimento delle organizzazioni a sostegno dei tossicodipendenti a livello nazionale ed europeo, la rete europea per la riduzione del danno ha iniziato a compilare un inventario delle organizzazioni che si occupano di tossicodipendenza in Europa.

Il coinvolgimento del consumatore di droga può assumere svariate forme e persegue una gamma di obiettivi diversi (Bröring e Schatz, 2008). Le attività possono includere condurre indagini sugli utenti del servizio riguardanti l'accessibilità e la qualità dei servizi; sollecitare la consulenza dei consumatori sull'assunzione del personale; istituire gruppi focali per sviluppare nuove aree nell'ambito del servizio e coinvolgere le organizzazioni dei consumatori che si occupano di fare pressione in ambito sanitario e i responsabili della formulazione delle politiche in materia di droga. Le organizzazioni attive nel campo della tossicodipendenza sono spesso impegnate nel fornire sostegno tra pari e nell'istruire riguardo alla prevenzione delle malattie infettive, in genere producono materiali a sostegno della creazione di reti e promuovono la sensibilizzazione del pubblico sui principali problemi dei tossicodipendenti (Hunt e al., 2010). Il coinvolgimento dei tossicodipendenti può essere una modalità pragmatica ed etica per assicurare la qualità e l'accettabilità dei servizi. Tuttavia, occorre fornire un sostegno adeguato in modo da consentire ai tossicodipendenti di apportare il proprio contributo e per assicurare l'esito positivo del loro coinvolgimento.

Cfr. anche il sito Internet della rete europea per la riduzione del danno.

## Assicurazione della qualità

La maggior parte dei paesi europei intraprende una gamma di attività mirate ad assicurare la qualità degli interventi e dei servizi correlati alla tossicodipendenza. Tali azioni includono lo sviluppo di linee guida per il trattamento, l'istituzione di parametri di riferimento per i servizi, la formazione del personale, i processi di certificazione della qualità e di accreditamento.

### Standard di qualità per l'Europa

Lo studio EQUS, commissionato dalla Commissione europea, mira a creare consenso tra le parti interessate e gli esperti europei sugli standard di qualità esistenti nell'ambito degli interventi per la riduzione della domanda. Ciò include lo sviluppo di una definizione più chiara di standard minimi, che è stata utilizzata per comprendere sia le raccomandazioni basate su fatti comprovati sia le procedure organizzative. Lo studio EQUS si propone di fare chiarezza in questa confusione e opera una distinzione fra tre tipi di standard. Questi sono definiti standard strutturali (ad esempio, ambiente fisico, accessibilità, composizione e qualifiche del personale), standard dei processi (ad esempio, pianificazione personalizzata, cooperazione con altre agenzie, gestione delle cartelle cliniche dei pazienti) e standard dei prodotti (soddisfazione del paziente e del personale, definizione e misura degli obiettivi del trattamento). I risultati dello studio, che devono essere disponibili entro la fine del 2011, saranno utilizzati dalla Commissione europea per sviluppare un consenso a livello di UE da presentare al Consiglio entro il 2013 ([26]).

### Formazione e istruzione del personale

L'addestramento del personale e la formazione continua in relazione al consumo delle sostanze stupefacenti sono attività essenziali per l'assicurazione della qualità dei servizi. In base ai risultati di una recente raccolta di dati ad hoc, esistono programmi di formazione specifici nel campo della tossicodipendenza nei 27 paesi che hanno fornito informazioni. Tali programmi sono orientati principalmente verso le professioni mediche e infermieristiche e diretti agli psicologi e agli operatori sociali. Mentre alcuni paesi hanno sviluppato corsi universitari specializzati, altri forniscono corsi post-universitari o di formazione continua. Le attività di formazione e istruzione maggiormente strutturate e sviluppate sono quelle in campo medico. Tre paesi segnalano di avere sviluppato una specialità medica specifica per le dipendenze. La Repubblica ceca ha introdotto la specialità medica per le dipendenze

([26]) Per ulteriori informazioni, cfr. il portale delle pratiche migliori.

nel 1980 e la professione paramedica di «esperto in dipendenze» nel 2008; nel 2007, nei Paesi Bassi è stato avviato un modulo di specialità biennale in medicina delle dipendenze; la Germania offre corsi post-universitari sul consumo delle sostanze e consulenza sulle dipendenze, oltre a un modulo sulla terapia assistita con eroina. Le prove dell'efficacia di approcci quali la «formazione medica continua» rimangono limitate e inconcludenti. Recentemente è stato proposto un approccio più interattivo, noto come «sviluppo professionale continuo» (Horsley e al., 2010), che prevede di impartire ai medici una formazione in un'ampia gamma di abilità tra cui comunicazione, gestione e tutela della salute, ma questo nuovo approccio deve ancora essere testato.

## Applicazione della legge sulla droga e reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti

L'applicazione della legislazione sulla droga è una componente importante delle politiche sulla droga sia a livello nazionale sia dell'UE e comprende un'ampia gamma di interventi principalmente attuati dalla polizia e da istituzioni con compiti simili a quelli della polizia (ad esempio le dogane). Di seguito viene analizzato brevemente un gruppo di tali interventi: le operazioni sotto copertura. I dati sulle attività di applicazione della legge sono spesso meno sviluppati e accessibili rispetto a quelli di altre aree della politica in materia di droga. Un'eccezione significativa è costituita dai dati sui reati correlati al consumo di droga, che sono segnalati al termine della presente sezione.

### Operazioni sotto copertura

La condanna di autori di reati gravi correlati al consumo di droga e lo smantellamento delle reti organizzate per la fornitura di droga sono priorità fondamentali per la riduzione dell'offerta nell'ambito dell'attuale piano d'azione dell'UE per la lotta contro la droga. Questa è una sfida per le forze di polizia, dato che la maggior parte dei reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti viene rilevata solo tramite operazioni proattive di applicazione della legge (OEDT, 2009a). Ciò è vero, in particolare, per i reati gravi che coinvolgono l'offerta di droga all'ingrosso e tramite intermediazione, un'area tendenzialmente appannaggio di individui che agiscono con la massima segretezza e di organizzazioni criminali.

Nell'affrontare la questione dei reati gravi correlati al consumo di droga, le istituzioni europee preposte all'applicazione della legge si servono in misura crescente di operazioni sotto copertura, che comportano sia l'impiego di tecnologie quali le intercettazioni o la sorveglianza elettronica sia lo svolgimento di operazioni da parte di persone che agiscono sotto copertura. Tali operazioni possono coinvolgere agenti di polizia (agenti sotto copertura) e singoli sotto la supervisione della polizia (informatori). Il loro impiego è consentito per legge in tutti i 27 Stati membri dell'UE.

Le operazioni sotto copertura contro le reti del traffico di droga sono utilizzate per raccogliere informazioni affidabili relative all'identità e ai ruoli dei membri della rete, per individuare le rotte del contrabbando, le destinazioni e le strutture di stoccaggio e per scoprire le informazioni sui tempi e i luoghi delle forniture di droga. Spesso, gli agenti o gli informatori devono infiltrarsi nelle reti criminali, che tendono ad agire con segretezza nei confronti degli esterni e a compartimentare le informazioni. La raccolta di informazioni di intelligence si concentra principalmente sul funzionamento delle reti della droga e sui ruoli dei loro membri.

Le operazioni sotto copertura presentano sfide legali, in particolare riguardo all'istigazione. La Corte europea dei diritti dell'uomo stabilisce i principi di base riguardanti l'uso degli «agents provocateurs» in una sentenza del 1998 (Teixeira de Castro contro Portogallo, Corte europea dei diritti dell'uomo, 1998). Questa afferma che l'uso delle tecniche sotto copertura non dovrebbe violare il diritto a un processo equo e pertanto le forze di polizia non dovrebbero esercitare tale influenza su un soggetto spingendolo a commettere un reato che altrimenti non sarebbe stato commesso. Le forze di polizia devono quindi nutrire «sospetti obiettivi» sulle persone che intendono smascherare prima di adottare tecniche sotto copertura. Nella maggior parte degli Stati membri, l'istigazione di terze parti a commettere un reato è proibita.

Le disposizioni giuridiche e amministrative a livello nazionale disciplinano le operazioni sotto copertura e mirano ad assicurare sia la conformità all'ordinamento giuridico che la sicurezza degli agenti sotto copertura. Le leggi nazionali e i relativi regolamenti di accompagnamento sono diversi; si tende a fornire un quadro generale che è poi specificato nei regolamenti di accompagnamento, i quali raramente sono resi pubblici. In genere, altre informazioni, come il numero di operazioni condotte ogni anno, non sono disponibili. Tuttavia, la ricerca ha mostrato che 34 operazioni sotto copertura sono state condotte nei Paesi Bassi, e 12 di esse hanno contribuito alle indagini o ai processi (Kruisbergen e al., 2011).

Nella maggior parte degli Stati membri dell'UE, è necessario ricevere l'approvazione di un'autorità giudiziaria prima di avviare operazioni sotto copertura, che richiedono per lo più il monitoraggio di un'autorità

superiore, in genere l'avvocato dell'accusa o un tribunale. Tredici Stati membri specificano le norme di proporzionalità e le regole di sussidiarietà, secondo cui l'intervento deve essere proporzionale al reato correlato alla droga oggetto dell'indagine. Il reato deve essere abbastanza grave da giustificare un'operazione sotto copertura. Inoltre, prima di condurre un'operazione sotto copertura deve essere chiaro che nessuna altra misura meno invasiva di applicazione della legge sortirà lo stesso effetto.

L'uso delle operazioni sotto copertura, inclusi i falsi documenti d'identità e le «front organisations», ovvero le organizzazioni di interessi create per fornire occupazioni plausibili e mezzi di sostentamento per gli agenti sotto copertura, è consentito per legge nella maggior parte degli Stati membri.

Nelle operazioni sotto copertura viene utilizzata un'ampia varietà di tecniche. Ad esempio, gli acquisti di droga sotto copertura sono usati principalmente per arrestare singoli individui nell'atto di vendere droghe illegali. Le forniture controllate sono una tecnica che consente il trasporto di spedizioni illegali, a conoscenza e sotto la supervisione delle autorità competenti, all'interno e all'esterno dei confini nazionali. Le spedizioni possono comprendere droghe o precursori, armi, sigarette, denaro proveniente da attività illegali o persino esseri umani. La maggior parte delle forniture controllate in Europa coinvolge spedizioni di droga (Consiglio dell'Unione europea, 2009) e, a seconda della legge nazionale, tali spedizioni possono avvenire con la scorta di agenti sotto copertura o informatori oppure svolgersi sotto sorveglianza tecnologica ([27]).

### Addestramento della polizia europea

L'Accademia europea di polizia (Cepol) è un'agenzia dell'Unione europea che agisce in qualità di rete delle accademie e università di polizia nazionali. Uno dei suoi compiti principali è organizzare circa 100 attività di formazione all'anno, principalmente per gli agenti di polizia senior, su argomenti chiave rilevanti per le forze di polizia europee. Lo scopo generale è quello di promuovere un approccio europeo comune alle questioni di polizia.

Per sostenere le proprie attività di formazione e quelle degli Stati membri dell'UE, il Cepol ha sviluppato un programma didattico comune indirizzato a diversi gruppi di destinazione, inclusi gli agenti senior, gli investigatori e gli esperti dei casi, ma rivolto anche ai rappresentanti dei governi nazionali e delle accademie di polizia. Il programma didattico comune sul traffico di droga fornisce una panoramica della situazione della droga a livello internazionale, della legislazione sugli stupefacenti, delle informazioni di base sulle sostanze illegali, della cooperazione internazionale, delle strategie di polizia esistenti oltre che delle opzioni tattiche specifiche per un determinato reato. Tra queste si annoverano le operazioni sotto copertura e le sfide che includono i reati correlati al consumo di droga ma anche la prevenzione della tossicodipendenza e la riduzione della domanda.

## Reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti

In Europa, gli unici dati sui reati correlati al consumo di droga disponibili di routine sono le relazioni iniziali sui reati contro le leggi nazionali sulle sostanze stupefacenti, principalmente redatte dalla polizia ([28]). In genere, questi dati si riferiscono ai reati correlati al consumo di droga (consumo e detenzione per consumo) o all'offerta di droga (produzione, traffico e spaccio), tuttavia, in alcuni paesi, possono essere segnalati anche altri tipi di reati (ad esempio, reati correlati ai precursori della droga).

I dati sui reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti forniscono un'indicazione diretta dell'attività di applicazione della legge, poiché fanno riferimento ai reati consensuali, che, in generale, non vengono segnalati dalle potenziali vittime. Sono spesso considerati alla stregua di indicatori indiretti del consumo e del traffico di sostanze stupefacenti, sebbene includano solo le attività giunte a conoscenza dei responsabili dell'applicazione della legge. Inoltre, è probabile che rispecchino le diversità nazionali in materia di legislazione, priorità e risorse. Infine, in Europa esistono sistemi d'informazione nazionali di vari tipo, specialmente in relazione alle prassi di registrazione e segnalazione. Per tali ragioni, è difficile eseguire confronti approfonditi tra i diversi paesi e risulta più adeguato confrontare le tendenze piuttosto che le cifre assolute.

Nel complesso, l'aumento del numero di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti osservato negli anni precedenti è diminuito nel 2009. Un indice dell'UE, basato sui dati forniti da 21 Stati membri, che rappresentano il 95 % della popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni nell'Unione europea, mostra che la stima dei reati segnalati è salita al 21 % tra il 2004 e il 2009. Se si considerano tutti i paesi dichiaranti, nel corso di tale periodo i dati rivelano tendenze in aumento in 18 paesi e una stabilizzazione o un calo complessivo in undici paesi ([29]).

### Reati connessi al consumo e all'offerta

Non si è verificato un deciso cambiamento nell'equilibrio tra reati connessi al consumo e reati connessi all'offerta di droga, rispetto agli anni precedenti. Nella maggior parte dei paesi europei (22), i reati associati al consumo o alla

([27]) Per una panoramica degli aspetti legali delle forniture controllate in Europa, cfr. il sito della banca dati europea sulla droga.
([28]) Per una discussione dei rapporti tra stupefacenti e crimine e definizione di «reato connesso alla droga», cfr. OEDT (2007b).
([29]) Cfr. il grafico DLO-1 e la tabella DLO-1 nel bollettino statistico 2011.

detenzione di sostanze stupefacenti continuavano a costituire la maggioranza dei reati connessi alla droga nel 2009, con Estonia, Spagna, Francia, Ungheria, Austria e Svezia che raggiungono le percentuali più alte (81-94 %) ([30]).

L'incremento del numero di reati connessi al consumo di droga segnalato negli anni precedenti è rallentato nel 2009. Tra il 2004 e il 2009, il numero di tali reati è aumentato in 15 paesi dichiaranti, mentre solo Bulgaria, Germania, Estonia, Malta, Austria e Norvegia hanno registrato un calo nel corso del periodo in questione. Nel complesso, il numero di reati connessi al consumo di droga nell'Unione europea è salito di una percentuale stimata al 29 % tra il 2004 e il 2009.

Il numero di reati connessi all'offerta di sostanze stupefacenti è rimasto stabile dal 2007, registrando tuttavia nell'Unione europea un aumento stimato pari a circa il 7 % durante il periodo 2004-2009. Nello stesso periodo, 15 paesi hanno segnalato un incremento dei reati connessi all'offerta, mentre in tre paesi è stato rilevato un calo globale ([31]).

### Tendenze in atto per le varie sostanze

La cannabis continua a essere la sostanza illecita più spesso menzionata nell'ambito dei reati per droga in Europa ([32]). Nella maggior parte dei paesi europei, i reati correlati alla cannabis rappresentano una percentuale variabile tra il 50 % e il 75 % dei reati per droga citati nel 2009. Solo in tre paesi i reati connessi ad altre sostanze stupefacenti prevalgono rispetto a quelli correlati alla cannabis: Repubblica ceca e Lettonia con la metanfetamina (55 % e 27 %) e Malta con la cocaina (36 %).

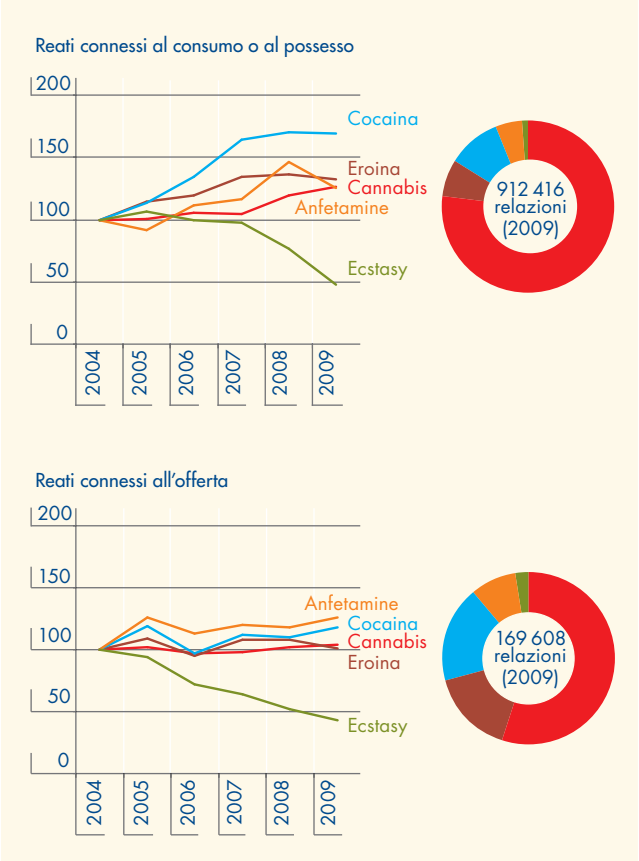
Nel periodo 2004-2009, il numero di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti è aumentato in 11 paesi dichiaranti, determinando, secondo le stime, un aumento del 20 % nell'Unione europea (grafico 4). Tendenze inverse sono state registrate in Francia, Italia, Cipro, Malta e Paesi Bassi ([33]).

I reati riconducibili alla cocaina sono aumentati nel periodo 2004-2009 in 11 paesi dichiaranti, mentre Bulgaria, Germania, Italia, Austria e Croazia segnalano una tendenza alla diminuzione. Nell'Unione europea, nel complesso, i reati correlati alla cocaina sono aumentati di circa il 39 % nel corso dello stesso periodo, con una stabilizzazione negli ultimi due anni ([34]).

Il numero dei reati correlati al consumo di eroina è leggermente calato nel 2009. La percentuale registrata nell'UE per tali reati era aumentata del 22 % nel periodo 2004-2009. Il numero di reati connessi all'eroina è aumentato in 11 paesi dichiaranti, mentre è stato riferito un calo in Bulgaria, Germania, Malta, Paesi Bassi e Austria nel corso dello stesso periodo ([35]).

Il numero di reati correlato alle anfetamine segnalato nell'Unione europea è diminuito leggermente nel 2009, nonostante la tendenza generale a partire dal 2004 mostri un aumento stimato globale del 16 %. Per contro, nello stesso periodo i reati connessi all'ecstasy sono dimezzati (un calo del 54 %).

**Grafico 4:** Relazioni per i reati connessi al consumo di droga o al possesso per consumo e all'offerta di droga negli Stati membri dell'UE: andamenti indicizzati 2004-2009 e ripartizione per tipo di droga nelle relazioni per il 2009




*NB*: Le tendenze sono basate sulle informazioni disponibili sul numero di relazioni per i reati connessi alle droghe (penali e non) segnalati negli Stati membri dell'UE; tutte le serie sono indicizzate su una base di 100 nel 2004 e ponderate in base alle dimensioni delle popolazioni per formare una tendenza generale dell'UE; la ripartizione per tipo di droga è riferita al numero totale di relazioni per il 2009. Per ulteriori informazioni, cfr. i grafici DLO-4 e DLO-5 nel bollettino statistico 2011.

*Fonte:* Punti focali nazionali Reitox.

([30]) Cfr. la tabella DLO-2 nel bollettino statistico 2011.
([31]) Cfr. il grafico DLO-1 e la tabella DLO-5 nel bollettino statistico 2011.
([32]) Cfr. la tabella DLO-3 nel bollettino statistico 2011.
([33]) Cfr. il grafico DLO-3 e la tabella DLO-6 nel bollettino statistico 2011.
([34]) Cfr. il grafico DLO-3 e la tabella DLO-8 nel bollettino statistico 2011.
([35]) Cfr. il grafico DLO-3 e la tabella DLO-7 nel bollettino statistico 2011.

### Sviluppo di indicatori relativi ai mercati della droga, ai reati e alla riduzione della domanda in Europa

L'incremento del monitoraggio dell'offerta di sostanze stupefacenti illegali in Europa è una priorità dell'attuale strategia in materia di droga e del piano d'azione dell'UE. In seguito alla pubblicazione nell'ottobre 2010 di un documento di lavoro della Commissione europea sul miglioramento della raccolta di dati sull'offerta di droga ([1]), la prima conferenza europea sugli indicatori relativi alla domanda di droga, organizzata congiuntamente dalla Commissione europea e dall'OEDT, ha avviato un processo finalizzato allo sviluppo degli indicatori per il monitoraggio dell'offerta di droga in Europa ([2]).

Il quadro concettuale complessivo per il monitoraggio dell'offerta di droga illegale in Europa integrerà tre componenti: mercati della droga, reati correlati al consumo di sostanze stupefacenti e riduzione della domanda di droga. Tre gruppi di lavoro, sostenuti dall'OEDT, produrranno una *roadmap* per queste aree nel 2011, concentrandosi sugli obiettivi a breve, medio e lungo termine. Sarà prestata attenzione al potenziale per la standardizzazione, l'estensione e il miglioramento dei sistemi di raccolta dati esistenti in ciascuna di queste aree, e verrà condotta un'attività di ricerca mirata.

Nell'ambito dei mercati delle sostanze stupefacenti, le attività future si concentreranno sul miglioramento dei prezzi della droga e sulla raccolta di dati sulla purezza nonché sul potenziale di dati scientifici forensi. Lo sviluppo di uno strumento europeo per il monitoraggio standard dei reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti e di indicatori sulla produzione di droga intra-europea sarà fondamentale nel campo dei reati correlati alla droga, insieme alla definizione delle priorità per la ricerca. Le autorità giudiziarie e di polizia svolgeranno un ruolo centrale nel monitoraggio della riduzione dell'offerta di droga. Il lavoro condotto in quest'area, in cui l'attività di ricerca è ancora insufficiente, inizierà con un esercizio di mappatura per fornire una panoramica delle attività di riduzione dell'offerta di droga in Europa. I punti di partenza saranno l'istituzione, la definizione del ruolo e le pratiche condotte dalle unità specializzate di applicazione della legge mentre, nel 2011, l'OEDT avvierà un'indagine.

([1]) SEC(2010) 1216 def. (disponibile online).
([2]) Le conclusioni della conferenza sono disponibili online.

## Interventi sul piano sociale e sanitario per i tossicodipendenti in carcere

Nell'Unione europea, la percentuale di prigionieri condannati per reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti varia dal 3 % al 53 %, e la metà dei paesi segnala percentuali comprese tra il 9 % e il 25 % ([36]). Queste cifre non includono i detenuti condannati per reati connessi all'acquisto di droga per sostenere la condizione di tossicodipendenza né altri reati associati alla droga.

### Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione carceraria

La standardizzazione delle metodologie utilizzate per gli studi sul consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione carceraria è ancora scarsa (Carpentier e al., 2011). Tuttavia la ricerca mostra che l'uso di sostanze stupefacenti continua a prevalere tra i detenuti rispetto alla popolazione generale. I dati ottenuti da alcuni studi condotti dal 2006 mostrano considerevoli variazioni nella prevalenza del consumo di droga tra i detenuti: l'uso regolare di droga illegale prima dell'incarceramento è segnalato solamente dall'8 % degli interpellati in alcuni paesi e in percentuali che raggiungono il 65 % in altri. Gli studi indicano inoltre la probabilità che le tipologie di consumo di droga più nocive si riscontrino tra i detenuti, con percentuali variabili dal 5 % al 31 % degli intervistati che dichiarano di avere assunto stupefacenti per via parenterale ([37]).

Al momento dell'incarceramento, la maggior parte dei consumatori riduce o interrompe il consumo di droghe, principalmente a causa dei problemi di approvvigionamento delle sostanze. Tuttavia, è generalmente riconosciuto il fatto che le sostanze stupefacenti illegali riescano a infiltrarsi nella maggior parte delle carceri, nonostante tutte le misure adottate per ridurne l'offerta. Secondo studi effettuati a partire dal 2006, le stime relative all'uso di sostanze stupefacenti in carcere variano dall'1 % al 51 % dei detenuti. La droga più frequentemente consumata dai carcerati è la cannabis, seguita, in genere, dalla cocaina e dall'eroina ([38]). Il carcere può essere uno scenario per l'iniziazione al consumo di droga o a forme di consumo più dannose. Ad esempio, secondo uno studio belga condotto nel 2008 oltre un terzo dei carcerati che fanno uso di sostanze stupefacenti era stato iniziato al consumo di una nuova droga durante l'incarceramento; l'eroina è la droga citata con maggiore frequenza (Todts e al., 2009). I consumatori di stupefacenti per via parenterale nei penitenziari sono più inclini alla condivisione degli strumenti per le iniezioni rispetto ai tossicodipendenti non in carcere, e questa situazione desta preoccupazione per la potenziale diffusione di malattie infettive tra la popolazione carceraria.

### HIV ed epatite virale tra i tossicodipendenti in carcere

In Europa, i dati sull'infezione da HIV tra i consumatori di droga per via parenterale in carcere sono scarsi. In

([36]) Il numero dei carcerati presenti negli istituti penitenziari dell'Unione europea in data 1° settembre 2009 superava le 640 000 unità. I dati sulle statistiche penali in Europa sono disponibili presso il sito del Consiglio d'Europa.
([37]) Cfr. le tabelle DUP-1, DUP-2 e DUP-105 nel bollettino statistico 2011.
([38]) Cfr. le tabelle DUP-3 e DUP-105 nel bollettino statistico 2011.

particolare, tali dati non sono disponibili per i paesi che segnalano i livelli di prevalenza più elevati di infezione correlata all'assunzione di sostanze stupefacenti per via parenterale. Generalmente, tra gli otto paesi che hanno fornito dati dal 2004 (Bulgaria, Repubblica ceca, Spagna, Ungheria, Malta, Finlandia, Svezia, Croazia) ([39]), non sono state registrate ampie differenze nella prevalenza di HIV tra i consumatori di droga per via parenterale in carcere e quelli di altri ambienti, sebbene ciò possa essere in parte riconducibile alle limitazioni dei dati. La prevalenza dell'HIV tra i consumatori di droga per via parenterale nelle carceri era per la maggior parte bassa (0-7,7 %) in sette paesi, mentre la Spagna ha segnalato una prevalenza del 39,7 %. I dati sulla prevalenza del virus dell'epatite C (HCV) tra i consumatori di sostanze stupefacenti in carcere sono stati segnalati da otto paesi e vanno dall'11,5 % (Ungheria) al 90,7 % (Lussemburgo). Nella Repubblica ceca, in Lussemburgo e a Malta, il virus HCV sembra prevalere maggiormente tra i consumatori di droga per via parenterale sottoposti a test in carcere rispetto a quelli esaminati in altri ambienti. I dati sull'infezione da HBV (antigene superficiale del virus dell'epatite B) tra i consumatori di droga per via parenterale in carcere sono disponibili per quattro paesi: Bulgaria (11,6 % nel 2006), Repubblica ceca (15,1 % nel 2010), Ungheria (0 % nel 2009) e Croazia (0,5 % nel 2007).

## La salute nelle carceri in Europa

I detenuti con un passato da consumatori di sostanze stupefacenti per via parenterale, in particolare, hanno spesso esigenze sanitarie molteplici e complesse, che richiedono un approccio multidisciplinare e cure mediche specialistiche. I detenuti hanno diritto di accedere ai servizi di assistenza sanitaria disponibili nel paese al pari degli altri cittadini senza discriminazioni per motivi legati alla loro situazione legale ([40]), e i servizi sanitari all'interno del sistema penitenziario dovrebbero essere in grado di fornire il trattamento per i problemi connessi al consumo di stupefacenti a condizioni simili a quelle offerte fuori dal carcere (CPT, 2006). Questo principio generale di parificazione è riconosciuto nell'Unione europea in virtù della raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e sulla riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza ([41]), e il nuovo piano d'azione in materia di droga dell'UE (2009-2012) ne invoca l'attuazione. Tuttavia l'erogazione di servizi presso le strutture penitenziarie è spesso carente rispetto a quella della comunità.

### Assistenza ai tossicodipendenti in carcere

I detenuti in Europa possono avere accesso a una gamma di servizi connessi all'uso delle droghe e ai problemi conseguenti. Tra questi: informazioni sulle sostanze stupefacenti e sulla salute, cure per malattie infettive, disintossicazione e trattamento della tossicodipendenza combinate con assistenza psicologica e sociale, misure di riduzione del danno e preparazione per il rilascio ([42]).

La maggior parte dei paesi ha stabilito partenariati interagenzia tra servizi sanitari in carcere ed erogatori di servizi a livello di comunità, comprese organizzazioni non governative, per fornire educazione sanitaria e trattamento in carcere e assicurare la continuità della cura dopo il rilascio. Alcuni paesi europei si sono spinti oltre e hanno esteso la responsabilità del ministero della Sanità anche alla sanità carceraria o organizzato l'erogazione di servizi sanitari tramite i servizi di salute pubblica, al fine di ridurre le ineguaglianze in materia di salute e sanità. A questo proposito, i paesi pionieri sono stati la Norvegia e la Francia, seguiti da Svezia, Italia, Inghilterra e Galles e Slovenia. In Scozia e in Spagna, questa riforma è attualmente in corso.

La terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi è sempre più accettata nella comunità, tuttavia la sua adozione all'interno delle strutture penitenziarie è stata lenta e la sua estensione è estremamente variabile ([43]). Nel 2009, i tossicodipendenti in terapia sostitutiva in sei paesi dell'UE (Estonia, Grecia, Cipro, Lettonia, Lituania, Slovacchia) non sono stati in grado di continuare la terapia dopo l'arresto. La continuità e la coerenza del trattamento per la tossicodipendenza tra la comunità e il carcere e viceversa sono particolarmente importanti, dati gli elevati tassi di decesso per overdose a seguito del rilascio (Merrall e al., 2010).

La diffusione dell'epatite C tra i carcerati costituisce una crescente preoccupazione per la sanità pubblica in Europa e vengono segnalati programmi specifici di screening da Belgio, Bulgaria, Francia, alcuni Länder tedeschi, Lituania, Lussemburgo, Ungheria e Finlandia. Nonostante l'importanza del rilevamento di queste infezioni al momento dell'ingresso in carcere (Sutton e al., 2006) e l'efficienza di costi documentata dell'erogazione del trattamento per l'HCV presso gli istituti penitenziari (Tan e al., 2008), molti carcerati non vengono sottoposti né al test né al trattamento.

([39]) Cfr. la tabella INF-117 e le relazioni nazionali Reitox di Malta (2005) e della Repubblica ceca (2010).
([40]) Assemblea generale delle Nazione Unite, risoluzione A/RES/45/111, Basic principles for the treatment of prisoners [Principi di base sul trattamento dei detenuti] (disponibile online).
([41]) GU L 165 del 3.7.2003, pag. 31.
([42]) Cfr. la tabella HSR-7 nel bollettino statistico 2011.
([43]) Cfr. la tabella HSR-9 nel bollettino statistico 2011.

Capitolo 3
# Cannabis

## Introduzione

La cannabis è la sostanza illecita maggiormente disponibile in Europa, dove è sia importata che prodotta in loco. Nella maggior parte dei paesi, il consumo di cannabis è aumentato negli anni novanta e all'inizio del nuovo millennio. Si può supporre che l'Europa si stia dirigendo verso una nuova fase, visto che i dati ottenuti dalle indagini condotte tra la popolazione generale e nelle scuole indicano una stabilizzazione o perfino una tendenza al ribasso in molti paesi. I livelli di consumo rimangono comunque alti rispetto agli standard storici. Negli ultimi anni è stata registrata anche una crescente comprensione delle implicazioni per la sanità pubblica del consumo diffuso e a lungo termine di questa droga e un aumento dei livelli della richiesta di trattamento per i problemi correlati alla cannabis. Pertanto, ciò che costituisce una risposta efficace al consumo di cannabis rimane una questione essenziale nel dibattito europeo sulle sostanze stupefacenti.

## Offerta e disponibilità

### Produzione e traffico

La cannabis può essere coltivata in un'ampia varietà di ambienti diversi e cresce spontaneamente in molte parti del mondo. Si ritiene che attualmente sia coltivata in 172 paesi e territori (UNODC, 2009). Le difficoltà riscontrate per fare una stima precisa delle cifre della produzione globale di cannabis sono rispecchiate nelle più recenti previsioni dell'UNODC, secondo le quali la produzione mondiale di foglie di cannabis nel 2008 sarebbe compresa tra le 13 300 e le 66 100 tonnellate di foglie di cannabis e tra le 2 200 e le 9 900 tonnellate di resina di cannabis.

La coltivazione della cannabis è diffusa in Europa ed è probabilmente in crescita. Tutti i 29 paesi europei che hanno riferito informazioni all'OEDT hanno menzionato la coltivazione domestica della cannabis, sebbene l'entità e la natura del fenomeno varino considerevolmente.

**Tabella 3 — Sequestri, prezzo e potenza della foglia e della resina di cannabis**

| | Resina di cannabis | Foglia di cannabis | Piante di cannabis [1] |
|---|---|---|---|
| **Quantità globali sequestrate** | 1 261 tonnellate | 6 022 tonnellate | n.d. |
| **Quantità sequestrata (tonnellate)**<br>**UE e Norvegia**<br>**(compresa Croazia e Turchia)** | 584 tonnellate<br>(594 tonnellate) | 57 tonnellate<br>(99 tonnellate) | 1,4 milioni di piante e 42 tonnellate<br>(1,4 milioni di piante e 42 tonnellate) [2] |
| **Numero di sequestri**<br>**UE e Norvegia**<br>**(comprese Croazia e Turchia)** | 400 000<br>(405 000) | 324 000<br>(354 000) | 25 000<br>(25 100) |
| **Prezzo medio di vendita (euro al grammo)**<br>**Intervallo**<br>**(Intervallo interquartile)** [3] | 3-19<br>(6,8-10,2) | 2-70<br>(6,3-10,9) | n.d.<br>n.d. |
| **Intervallo di potenza media (contenuto % di THC)**<br>**Intervallo**<br>**(Intervallo interquartile)** [3] | 3-17<br>(4,3-11,5) | 1-15<br>(4,4-8,9) | n.d.<br>n.d. |

(1) I paesi segnalano la quantità sequestrata come numero di piante sequestrate e in base al peso; in questa tabella sono riportati i totali per entrambe le quantità.
(2) È probabile che la quantità totale delle piante di cannabis sequestrate nel 2009 sia sottostimata, in gran parte a causa della mancanza di dati recenti per i Paesi Bassi, un paese che segnala sequestri relativamente consistenti fino al 2007. In assenza di dati relativi al 2008 e al 2009, non è possibile includere il valore per i Paesi Bassi nelle stime europee per il 2009.
(3) Intervallo della metà intermedia dei dati riferiti.
*NB:* Tutti i dati sono riferiti al 2009; n.d., dati non disponibili.
*Fonti:* UNODC (2011) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

Una parte significativa della cannabis utilizzata in Europa tende, tuttavia, a essere il risultato di traffico intraregionale. L'Organo internazionale di controllo degli stupefacenti (2011b) ha menzionato Albania, Bulgaria, ex Repubblica jugoslava di Macedonia, Moldova, Montenegro, Serbia e Ucraina come fonti della cannabis consumata nell'Europa centrale e orientale.

Le foglie di cannabis in Europa vengono anche importate, per la maggior parte dall'Africa (ad esempio, Ghana, Sud Africa, Egitto), e, meno frequentemente, dalle Americhe, in particolare dalle isole dei Caraibi, dal Medio Oriente (Libano) e dall'Asia (Tailandia).

Secondo una recente indagine l'Afghanistan ha scalzato il Marocco come maggiore produttore della resina di cannabis. La produzione di resina di cannabis in Afghanistan è stimata tra le 1 200 e le 3 700 tonnellate all'anno (UNODC, 2011). Sebbene parte della resina di cannabis prodotta in Afghanistan sia venduta in Europa, il Marocco sembra rimanere il fornitore principale di questa sostanza per l'Europa. La resina di cannabis prodotta in Marocco è generalmente contrabbandata in Europa attraverso la penisola iberica mentre i Paesi Bassi e il Belgio svolgono un ruolo secondario come centri di distribuzione e stoccaggio (Europol, 2011).

### Sequestri

Secondo le stime, nel 2009 sono state sequestrate a livello mondiale 6 022 tonnellate di foglie di cannabis e 1 261 tonnellate di resina di cannabis (tabella 3), con un calo globale pari a circa l'11 % rispetto all'anno precedente. La parte più consistente dei sequestri di foglie di cannabis avviene nell'America settentrionale (70 %), mentre i sequestri di resina si concentrano ancora nell'Europa occidentale e centrale (48 %) (UNODC, 2011).

Si calcola che nel 2009, in Europa, siano stati effettuati 354 000 sequestri di cannabis in foglie, per un totale stimato di 99 tonnellate, di cui oltre un terzo proviene dai sequestri della Turchia (42 tonnellate), una quantità record. Inoltre, sequestri record sono stati segnalati da Grecia (7 tonnellate) e Portogallo (5 tonnellate) ([44]). Tra il 2004 e il 2009, il numero di sequestri totali è raddoppiato e anche la quantità di foglie di cannabis sequestrate è aumentata. Dal 2005, circa la metà di tutti i sequestri effettuati è stata realizzata nel Regno Unito, per un totale minimo di circa 20 tonnellate all'anno.

I sequestri di resina di cannabis in Europa superano quelli delle foglie di cannabis per numero e quantità, sebbene le differenze siano in fase di diminuzione ([45]). Nel 2009, sono stati effettuati circa 405 000 sequestri di resina di cannabis e i relativi quantitativi di sostanza intercettati sono stati stimati a 594 tonnellate, pari a sei volte la quantità di foglie di cannabis sequestrata. Tra il 2004 e il 2009, il numero di sequestri di resina di cannabis è aumentato costantemente, mentre il quantitativo totale sequestrato ha continuato a calare dopo un picco di 1 080 tonnellate nel 2004. Nel 2009, come negli altri anni, la metà del numero totale di sequestri di resina di cannabis e circa tre quarti della quantità di sostanza sequestrata sono stati segnalati dalla Spagna.

Il numero di sequestri di piante di cannabis è aumentato dal 2004, raggiungendo, secondo le stime, i 25 100 casi nel 2009. I paesi citano le quantità sequestrate in base al numero delle piante stimate o al peso. Il numero di piante sequestrate in Europa è aumentato da 1,7 milioni nel 2004 a circa 2,5 milioni nel 2005-2007 ([46]). I dati disponibili possono indicare un calo nel 2008 a livello europeo, tuttavia le tendenze attuali nel numero di sequestri di piante di cannabis segnalati non possono essere rintracciate a causa della carenza di dati recenti per i Paesi Bassi, un paese che storicamente ha sempre segnalato grandi quantità. Dal 2004, il peso delle piante sequestrate è più che triplicato, raggiungendo le 42 tonnellate nel 2009, ancora riferite per la maggior parte dalla Spagna (29 tonnellate) e dalla Bulgaria (10 tonnellate).

### Potenza e prezzo

La potenza dei prodotti di cannabis è determinata dal loro tenore in Δ9-tetraidrocannabinolo (THC), il principale principio attivo. La potenza della sostanza varia notevolmente sia da un paese all'altro sia all'interno dello stesso paese e a seconda dei diversi prodotti di cannabis nonché in base alle varietà genetiche. Le informazioni sulla potenza della cannabis si basano principalmente sull'analisi forense della cannabis sequestrata, selezionata a campione. Non è chiaro in che misura i campioni analizzati rispecchino la situazione del mercato globale, pertanto i dati sulla potenza della sostanza devono essere interpretati con cautela.

Nel 2009, il tenore medio nazionale di THC riferito della resina di cannabis era compreso tra il 3 % e il 17 %. La

([44]) I dati sul sequestro di sostanze stupefacenti a livello europeo citati in questo capitolo possono essere reperiti nelle tabelle da SZR-1 a SZR-6 nel bollettino statistico 2011.

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

([46]) L'analisi non include i sequestri riferiti dalla Turchia di 20,4 milioni di piante di cannabis nel 2004, poiché i dati sui quantitativi sequestrati non sono disponibili per gli anni successivi.

potenza media delle foglie di cannabis (includendo la sinsemilla, la forma più potente di foglie di cannabis) era compresa tra l'1 % e il 15 %. La potenza media della sinsemilla è stata segnalata solo da tre paesi: 2 % in Romania, 11 % in Germania e 15 % nei Paesi Bassi. Nel periodo 2004-2009, sono state rilevate differenze nella potenza media della resina di cannabis nei 15 paesi che hanno fornito dati sufficienti. La potenza delle foglie di cannabis è rimasta relativamente stabile o è diminuita in dieci paesi dichiaranti e aumentata nella Repubblica ceca, in Estonia, nei Paesi Bassi e in Slovacchia. Le informazioni sulla potenza delle foglie di cannabis prodotte localmente sono disponibili solo per i Paesi Bassi, dove è stato osservato di recente un calo nella potenza media del *nederwiet*, che è passata da un picco del 20 % nel 2004 al 15 % nel 2009 ([47]).

Il prezzo medio al dettaglio della resina di cannabis, nel 2009, variava dai 3 ai 19 euro al grammo nei 18 paesi che hanno fornito informazioni; 12 di essi hanno riferito valori compresi tra 7 e 10 euro. Il prezzo medio al dettaglio delle foglie di cannabis varia tra 2 e 70 euro al grammo nei 20 che hanno fornito informazioni e 12 di questi hanno riferito prezzi compresi tra 5 e 10 euro. Nel periodo 2004-2009, il prezzo medio al dettaglio sia della resina sia delle foglie di cannabis è rimasto stabile o è diminuito nella maggior parte dei 18 paesi che hanno fornito i dati, ad eccezione di Lettonia, Ungheria e Polonia, dove il prezzo della resina è diminuito.

## Prevalenza e modelli di consumo

### Uso della cannabis tra la popolazione generale

Secondo stime prudenti la cannabis è stata utilizzata almeno una volta (prevalenza una tantum) da circa 78 milioni di europei, vale a dire da più di una persona su cinque in età compresa tra i 15 e i 64 anni (cfr. la tabella 4 per una sintesi dei dati). Tra un paese e l'altro vi sono differenze tali per cui i dati nazionali sulla prevalenza oscillano tra l'1,5 % e il 32,5 %. La maggioranza dei paesi riferisce stime comprese tra il 10 e il 30 % di tutti gli adulti.

Si ritiene che circa 22,5 milioni di europei abbiano utilizzato la cannabis nell'ultimo anno, ossia, in media, il 6,7 % circa di tutti i cittadini tra i 15 e i 64 anni di età. Le stime della prevalenza nell'ultimo mese comprendono anche quei soggetti che fanno uso di cannabis con più regolarità, anche se non necessariamente con frequenza giornaliera e in modo intensivo. Si stima infine che circa 12 milioni di europei abbiano utilizzato questa sostanza nell'ultimo mese, cioè circa il 3,6 % di tutti coloro che rientrano nella fascia di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

### Consumo di cannabis tra giovani adulti

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

I dati dell'indagine sulla popolazione suggeriscono che, in media, il 32,0 % dei giovani adulti europei (15-34 anni) non ha mai usato la cannabis, mentre il 12,1 % ne ha fatto uso nell'ultimo anno e il 6,6 % nell'ultimo mese. In base alle stime si ritiene che una percentuale ancora più alta di europei appartenenti alla fascia dei 15-24 anni abbia utilizzato la cannabis nell'ultimo anno (15,2 %) o nell'ultimo mese (8,0 %). Le stime nazionali sulla prevalenza del consumo di cannabis variano marcatamente da un paese all'altro in tutte le misure di prevalenza. Ad esempio, le stime della prevalenza nell'ultimo anno del consumo tra giovani adulti in paesi che hanno tassi di prevalenza più elevati sono maggiori di oltre 20 volte rispetto a quelle dei paesi con tassi di prevalenza minori.

Il consumo di cannabis è generalmente più alto tra gli uomini che tra le donne; ad esempio, il rapporto di genere tra i soggetti che hanno riferito di avere utilizzato la cannabis nell'ultimo anno va da appena più di 6 uomini per ogni donna in Portogallo a meno di un'unità in Norvegia ([49]).

### Confronti sul piano internazionale

I valori provenienti da Australia, Canada e Stati Uniti relativamente al consumo di cannabis tra i giovani adulti una tantum e nell'ultimo anno sono tutti superiori alle medie europee, che sono rispettivamente del 32,0 % e del 12,1 %. In Canada, ad esempio, nel 2009 la prevalenza una tantum del consumo di cannabis tra i giovani adulti è stata del 48,4 % e la prevalenza nell'ultimo anno del 21,6 %. Negli Stati Uniti, l'indagine Samhsa (2010) ha stimato una prevalenza una tantum del 51,6 % (nella fascia di età di 16-34 anni, ricalcolata dall'OEDT) e una prevalenza nell'ultimo anno del 24,1 %, mentre in Australia (2007) le cifre erano rispettivamente il 46,7 % e il 16,2 % per la fascia di età dei 14-39 anni. Tra gli studenti di 15-16 anni, un esiguo numero di paesi europei (Repubblica ceca,

([47]) Cfr. le tabelle PPP-1 e PPP-5 nel bollettino statistico 2011 per i dati sulla potenza e sui prezzi. Per le definizioni dei prodotti della cannabis, cfr. il glossario online.
([48]) Cfr. il grafico GPS-1 nel bollettino statistico 2011.
([49]) Cfr. la tabella GPS-5 (parte jjj) e (parte jv) nel bollettino statistico 2011.

**Tabella 4 — Prevalenza del consumo di cannabis nella popolazione generale: sintesi dei dati**

| Fascia di età | Periodo di consumo | | |
|---|---|---|---|
| | Una tantum | Ultimo anno | Ultimo mese |
| **15-64 anni** | | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 78 milioni | 22,5 milioni | 12 milioni |
| Media europea | 23,2 % | 6,7 % | 3,6 % |
| Intervallo | 1,5-32,5 % | 0,4-14,3 % | 0,1-7,6 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (1,5 %)<br>Malta (3,5 %)<br>Bulgaria (7,3 %)<br>Ungheria (8,5 %) | Romania (0,4 %)<br>Malta (0,8 %)<br>Grecia (1,7 %)<br>Ungheria (2,3 %) | Romania (0,1 %)<br>Malta (0,5 %)<br>Grecia, Polonia (0,9 %)<br>Svezia (1,0 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Danimarca (32,5 %)<br>Spagna (32,1 %)<br>Italia (32,0 %)<br>Francia, Regno Unito (30,6 %) | Italia (14,3 %)<br>Repubblica ceca (11,1 %)<br>Spagna (10,6 %)<br>Francia (8,6 %) | Spagna (7,6 %)<br>Italia (6,9 %)<br>Francia (4,8 %)<br>Repubblica ceca (4,1 %) |
| **15-34 anni** | | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 42 milioni | 16 milioni | 9 milioni |
| Media europea | 32,0 % | 12,1 % | 6,6 % |
| Intervallo | 2,9-45,5 % | 0,9-21,6 % | 0,3-14,1 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (2,9 %)<br>Malta (4,8 %)<br>Grecia (10,8 %)<br>Bulgaria (14,3 %) | Romania (0,9 %)<br>Malta (1,9 %)<br>Grecia (3,2 %)<br>Polonia (5,3 %) | Romania (0,3 %)<br>Grecia (1,5 %)<br>Polonia (1,9 %)<br>Svezia, Norvegia (2,1 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Repubblica ceca (45,5 %)<br>Danimarca (44,5 %)<br>Francia (43,6 %)<br>Spagna (42,4 %) | Repubblica ceca (21,6 %)<br>Italia (20,3 %)<br>Spagna (19,4 %)<br>Francia (16,7 %) | Spagna (14,1 %)<br>Italia (9,9 %)<br>Francia (9,8 %)<br>Repubblica ceca (8,6 %) |
| **15-24 anni** | | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 19 milioni | 9,5 milioni | 5 milioni |
| Media europea | 30,0 % | 15,2 % | 8,0 % |
| Intervallo | 3,7-53,8 % | 1,5-29,5 % | 0,5-17,2 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (3,7 %)<br>Malta (4,9 %)<br>Grecia (9,0 %)<br>Cipro (14,4 %) | Romania (1,5 %)<br>Grecia (3,6 %)<br>Portogallo (6,6 %)<br>Slovenia, Svezia (7,3 %) | Romania (0,5 %)<br>Grecia (1,2 %)<br>Svezia (2,2 %)<br>Norvegia (2,3 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Repubblica ceca (53,8 %)<br>Francia (42,0 %)<br>Spagna (39,1 %)<br>Danimarca (38,0 %) | Repubblica ceca (29,5 %)<br>Spagna (23,9 %)<br>Italia (22,3 %)<br>Francia (21,7 %) | Spagna (17,2 %)<br>Francia (12,7 %)<br>Repubblica ceca (11,6 %)<br>Italia (11,0 %) |

Le stime europee sono calcolate a partire dalle stime nazionali della prevalenza ponderate per la popolazione del gruppo di età rilevante in ciascun paese. Per ottenere le stime del numero complessivo dei consumatori in Europa, la media UE viene applicata per i paesi di cui mancano di dati di prevalenza (che rappresentano non più del 3 % della popolazione presa in esame). Popolazioni utilizzate come base: 15-64 anni (336 milioni), 15-34 anni (132 milioni) e 15-24 anni (63 milioni). Poiché le stime europee sono basate su indagini condotte tra il 2001 e il 2009/10 (principalmente nel periodo 2004-2008), non sono riferite a un unico anno. I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» nel bollettino statistico 2011.

Spagna, Francia, Slovacchia) segnala livelli di prevalenza una tantum del consumo di cannabis paragonabili a quelli registrati in Australia e negli Stati Uniti.

## Consumo di cannabis tra gli studenti

L'indagine ESPAD, condotta ogni quattro anni, fornisce dati confrontabili su alcol e consumo di droga da parte degli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni in Europa (Hibell e al., 2009). Nel 2007, l'indagine è stata condotta in 25 Stati membri dell'UE, in Norvegia e in Croazia. Inoltre, nel 2009-2010 Italia, Slovacchia, Svezia e Regno Unito hanno condotto le proprie indagini nazionali nelle scuole.

I dati dell'indagine ESPAD 2007 e delle indagini nazionali nelle scuole del 2009-2010 rivelano che la più elevata prevalenza del consumo di cannabis una tantum tra gli studenti di età compresa tra 15 e 16 anni si registra nella Repubblica ceca (45 %). Estonia, Francia, Paesi Bassi, Slovacchia e Regno Unito segnalano livelli di prevalenza che oscillano tra il 26 % e il 33 %. Quindici paesi hanno comunicato livelli di prevalenza di consumo una tantum di cannabis tra il 13 % e il 25 %. I livelli più bassi (inferiori

al 10 %) sono stati riferiti da Grecia, Cipro, Romania, Finlandia, Svezia e Norvegia.

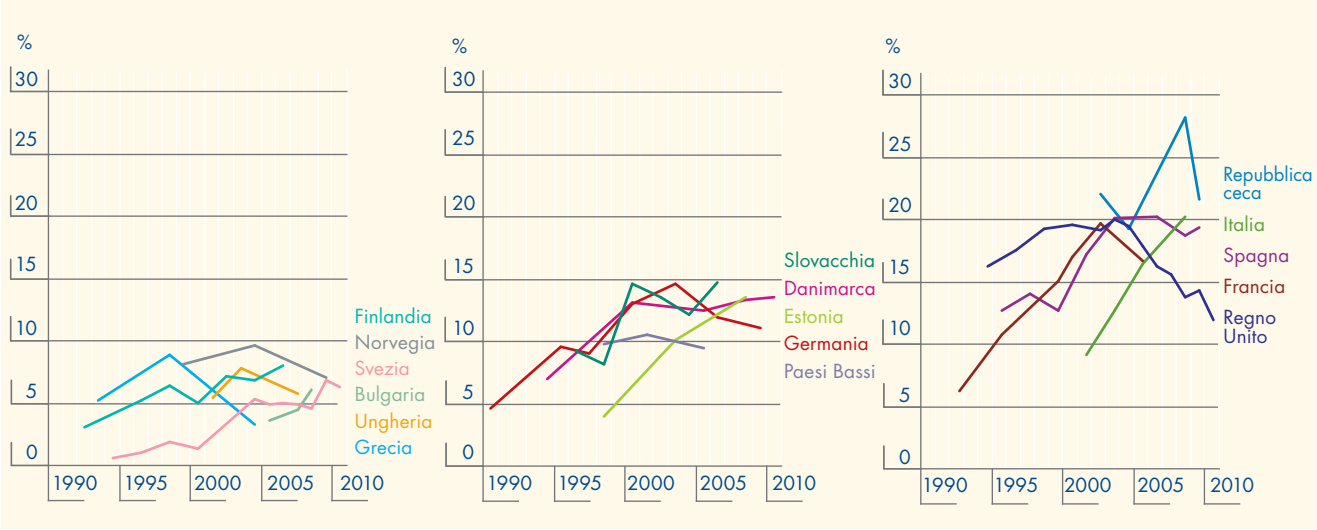
La variazione tra sessi del consumo di cannabis è inferiore nella popolazione di studenti che non in quella di giovani adulti. Per quanto riguarda gli studenti, il rapporto tra i generi va da valori prossimi all'unità in Spagna e nel Regno Unito al 2,1 o valori superiori a Cipro, in Grecia, in Polonia e in Romania ([50]).

### Tendenze relative al consumo di cannabis

Durante il periodo compreso tra la fine degli anni novanta e gli inizi degli anni 2000, numerosi paesi europei hanno segnalato aumenti di consumo di cannabis, sia nelle indagini sulla popolazione generale sia in quelle condotte presso le scuole. Da allora, il quadro europeo è diventato più complesso. Molti paesi segnalano che il consumo di cannabis è stabile o persino in calo, mentre in un numero esiguo di paesi (Bulgaria, Estonia, Finlandia, Svezia) potrebbe esserci un aumento. Quasi tutti i paesi europei hanno condotto indagini sulla popolazione generale negli ultimi anni, tuttavia solo 16 paesi hanno fornito dati sufficienti per potere analizzare le tendenze nel consumo di cannabis durante un periodo di tempo prolungato.

In questi 16 paesi le tendenze possono essere raggruppate in base ai livelli di prevalenza (grafico 5). In primo luogo, un gruppo di sei paesi (Bulgaria, Grecia, Ungheria, Finlandia, Svezia, Norvegia), situati principalmente nell'Europa settentrionale e sudorientale, hanno sempre segnalato un basso livello di prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cannabis tra le persone di età compresa tra i 15 e i 34 anni, a livelli non superiori al 10 %. In secondo luogo, un gruppo di cinque paesi (Danimarca, Germania, Estonia, Paesi Bassi, Slovacchia), ubicati nelle diverse parti d'Europa, ha segnalato un aumento dei livelli di prevalenza, tuttavia non superiore al 15 % nella loro ultima indagine. Tutti i paesi di questo gruppo, tranne i Paesi Bassi, hanno segnalato aumenti significativi del consumo di cannabis negli anni novanta e agli inizi degli anni 2000. Ad eccezione dell'Estonia, questo gruppo di paesi ha segnalato una tendenza stabile in aumento nel decennio successivo. Infine, c'è un gruppo di cinque paesi che hanno tutti a un certo momento negli ultimi 10 anni raggiunto i livelli di consumo di cannabis più elevati in Europa, con consumo nell'ultimo anno tra giovani adulti nella regione del 20 % e superiore. Si tratta di paesi situati nell'Europa meridionale e occidentale (Francia, Spagna, Italia, Regno Unito) e della Repubblica ceca. All'interno di questo gruppo, le tendenze possono divergere. Mentre il Regno Unito e, in misura minore, la Francia hanno riferito una diminuzione nelle loro ultime indagini, la Spagna ha segnalato una situazione relativamente stabile a partire dal 2003. Tutti e tre hanno segnalato aumenti del consumo di cannabis durante gli anni novanta. Sia l'Italia sia la Repubblica ceca negli ultimi anni hanno segnalato aumenti seguiti da cali. Tuttavia, a causa delle differenze metodologiche delle indagini e dei diversi tassi di risposta, non è ancora possibile confermare le ultime tendenze di questi due paesi.

**Grafico 5 —** Andamento della prevalenza nell'anno scorso del consumo di cannabis tra giovani adulti (di età compresa tra 15 e 34 anni), paesi con tre o più indagini e raggruppati in base al livello di prevalenza più elevato (sotto al 10 %, 10-15 %, sopra al 15 %)




*NB:* La Repubblica ceca sta esaminando i motivi della grande variabilità nei risultati dell'indagine, che sembrano in parte legati a cambiamenti nei metodi. I dati vengono forniti per informazione, ma i confronti dovrebbero essere trattati con cautela. Cfr. il grafico GPS-4 nel bollettino statistico 2011 per ulteriori informazioni.

*Fonti:* Relazioni nazionali Reitox (2010), sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

([50]) Cfr. la tabella EYE-20 (parte ji) e (parte jjj) nel bollettino statistico 2011.

Vale la pena notare il caso particolare del Regno Unito, dove vengono condotte indagini annuali. Dopo che agli inizi degli anni 2000 erano stati registrati i più elevati livelli di consumo di cannabis in Europa, nel 2010 la prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cannabis è scesa sotto la media europea per la prima volta da quando ha avuto inizio il monitoraggio dell'UE.

La stabilizzazione o il calo del consumo di cannabis si riferiscono al consumo nell'ultimo anno, che include modelli di consumo in ambiente ricreativo. Ciononostante, non è chiaro se si siano stabilizzati anche il consumo intensivo e quello a lungo termine.

In Europa sono stati riscontrati profili simili di evoluzione delle tendenze nel tempo riguardo al consumo di cannabis da parte degli studenti tra il 1995 e il 2007 (OEDT, 2009a). Sette paesi, situati principalmente nell'Europa settentrionale e meridionale segnalano una prevalenza una tantum di consumo di cannabis globalmente stabile e bassa durante l'intero periodo. La maggior parte dei paesi dell'Europa occidentale, oltre a Croazia e Slovenia (11 paesi), che aveva una prevalenza di consumo di cannabis una tantum elevata o marcatamente in crescita fino al 2003, ha osservato un calo o una stabilizzazione nel 2007. Nella maggior parte dell'Europa centrale e orientale, la tendenza all'aumento osservata tra il 1995 e il 2003 sembra essersi appianata. In questa regione, sei paesi riferiscono condizioni stabili e due un aumento tra il 2003 e il 2007.

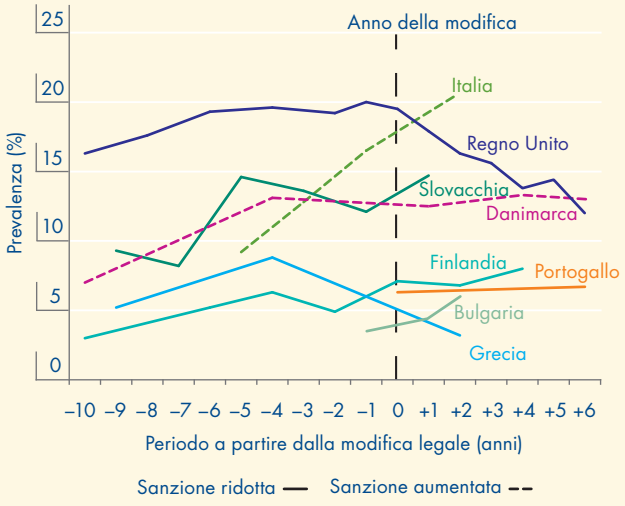
Anche i nuovi dati emersi dalle ultime indagini HBSC (Health behaviour in school-aged children) sullo stato di salute e sugli stili di vita dei giovani in età scolare, condotte nelle scuole, indicano una tendenza globale stabile o in calo per il consumo di sostanze stupefacenti tra gli studenti (15-16 anni) nella maggior parte dei paesi durante il periodo 2006-2010. Rispecchiando la tendenza tra gli adulti, in Inghilterra il consumo di cannabis una tantum tra gli studenti delle scuole si è dimezzato, passando dal 40 % nel 2002 al 22 % nel 2010. Anche in Germania il consumo una tantum di cannabis tra gli studenti delle scuole è dimezzato, dal 24 % nel 2002 all'11 % nel 2010. Tuttavia, dal 2006 sono stati registrati aumenti nella Repubblica ceca, in Grecia, Lettonia, Lituania, Romania e Slovenia.

Anche i dati delle tendenze a lungo termine emersi dalle indagini condotte nelle scuole in Australia e negli Stati Uniti indicano una tendenza in calo per il consumo di cannabis fino al 2009 ([51]). Ciononostante, l'ultima indagine scolastica statunitense, condotta nel 2010, indica una possibile risorgenza nel consumo di cannabis, e gli studenti delle scuole segnalano un aumento del

## Presunta relazione tra sanzioni e consumo di cannabis

Nel corso degli ultimi dieci anni, alcuni paesi europei hanno modificato la propria legislazione riguardante la cannabis, e molti di questi dispongono di stime di prevalenza per il consumo di sostanze stupefacenti prima e dopo la modifica legale. Con un semplice confronto prima-dopo utilizzando questi dati si può indagare se un cambio osservabile della prevalenza può essere percepito negli anni successivi alla modifica della legge. Poiché il consumo di cannabis è concentrato tra le fasce di età più giovani, l'analisi è stata condotta utilizzando i dati sulla prevalenza per le persone di età compresa tra i 15 e i 34 anni. Nel grafico, la prevalenza del consumo di cannabis nell'ultimo anno è tracciata in base al tempo, con lo zero sull'asse orizzontale che rappresenta l'anno del cambiamento legale. A causa delle differenze tra i vari paesi nell'anno di modifica delle leggi e tra l'estensione dei dati delle loro indagini, le linee delle tendenze si riferiscono a diversi periodi.

I paesi che hanno aumentato le sanzioni per la detenzione di cannabis sono rappresentati nel grafico con linee tratteggiate mentre quelli che hanno diminuito le sanzioni da linee continue. L'ipotesi dell'impatto legale, nella sua forma più semplice, afferma che una modifica della legge conduce a una modifica della prevalenza, con un aumento delle sanzioni che determina un calo del consumo di sostanze stupefacenti e una diminuzione delle sanzioni che porta a un aumento del consumo di sostanze stupefacenti. Su questa base, dopo la modifica le linee tratteggiate scenderebbero verso il basso e quelle continue salirebbero verso l'alto. Tuttavia in questo decennio, per i paesi in questione, non può essere osservata alcuna associazione semplice tra le modifiche legali e la prevalenza del consumo di cannabis.




*NB*: Le modifiche giuridiche si sono verificate nel periodo 2001-2006; cfr. il capitolo 1 e ELDD Panoramica degli argomenti sulla detenzione.

([51]) Cfr. il grafico EYE-2 (parte vi) nel bollettino statistico 2011.

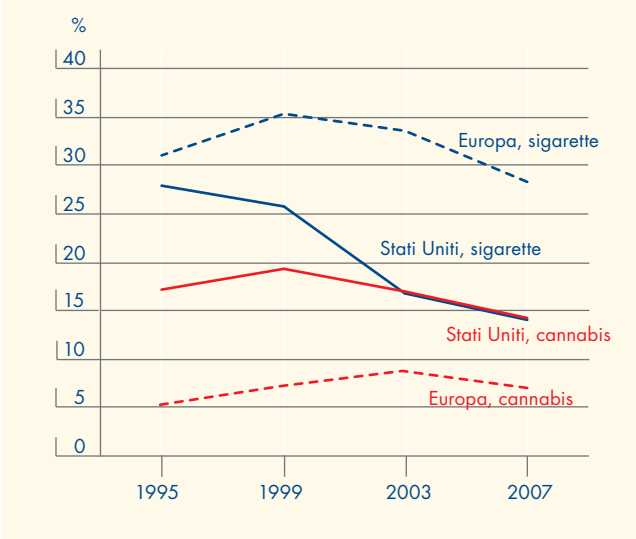
consumo di cannabis nell'ultimo anno e livelli minori di disapprovazione nei confronti della droga (Johnston e al., 2010). Nell'indagine del 2010, gli studenti delle scuole americane di 15-16 anni hanno segnalato livelli di consumo di cannabis superiori a quelli delle sigarette in alcune misurazioni: il 16,7 % aveva consumato cannabis nell'ultimo mese, mentre solo il 13,6 % aveva fumato sigarette (Johnston e al., 2010).

Il quadro è diverso per gli studenti delle scuole europee, dove il livello del consumo di sigarette nell'ultimo mese rimane significativamente più elevato rispetto a quello del consumo di cannabis. Tra il 2003 e il 2007, le indagini ESPAD condotte nelle scuole in 23 paesi dell'UE hanno segnalato una riduzione complessiva del fumo di sigarette dell'ultimo mese (dal 33 % al 28 %) e una riduzione o almeno una stabilizzazione, nel consumo di cannabis (dal 9 % al 7 %) (grafico 6). In Europa, dove la cannabis e il tabacco sono comunemente mischiati per essere fumati, la diminuzione del consumo di tabacco può esercitare una certa influenza sulle tendenze del consumo di cannabis.

## Modelli del consumo di cannabis

I dati disponibili riflettono l'esistenza di una certa varietà di modelli di consumo di cannabis, che vanno dal consumo sperimentale alla dipendenza. Numerosi individui usano la sostanza solo una o due volte, altri la consumano occasionalmente o durante un periodo di tempo limitato. Tra le persone di età compresa tra i 15 e i 64 anni che hanno provato la cannabis almeno una volta nella vita, il 70 % non ne ha fatto uso nell'ultimo anno ([52]). Tra coloro i quali hanno consumato droga nell'ultimo anno, in media quasi la metà l'ha fatto nell'ultimo mese, il che indica probabilmente un consumo più regolare. Queste percentuali, tuttavia, variano in misura significativa a seconda dei paesi e tra i sessi.

**Grafico 6 —** Andamento della prevalenza nell'ultimo mese del consumo di cannabis e sigarette tra gli studenti dai 15 ai 16 anni in 17 paesi europei e negli Stati Uniti




*NB:* La media europea (non ponderata) è basata su studenti dai 15 ai 16 anni in 15 paesi dell'UE, insieme a Croazia e Norvegia. La media degli studenti negli Stati Uniti è basata su un campione di circa 16 000 studenti del decimo anno (di età compresa tra 15 e 16 anni).
*Fonti:* Hibell e al. (2009), Johnston e al. (2010).

Il consumo di cannabis è particolarmente elevato tra certi gruppi di giovani, ad esempio, quelli che frequentano spesso discoteche, pub, locali notturni ed eventi musicali. I livelli di prevalenza segnalati in seguito alle indagini mirate condotte recentemente negli ambienti della musica elettronica in Belgio, nella Repubblica ceca, nei Paesi Bassi, in Lituania e nel Regno Unito sono molto più elevati rispetto alla media europea tra i giovani adulti. L'uso di cannabis è spesso associato a un forte consumo di alcol: tra i giovani adulti (di età compresa tra i 15 e i 34), coloro che hanno riferito un forte o frequente consumo di alcol sono, in genere, da 2 a 6 volte più inclini a segnalare il consumo di cannabis rispetto alla popolazione generale.

I tipi di prodotti della cannabis e le loro modalità di utilizzo possono porre rischi diversi. I modelli di consumo di cannabis che sfociano nel consumo di dosi elevate possono comportare gravi rischi di sviluppo di dipendenza o altri problemi (Chabrol e al., 2003; Swift e al., 1998). Esempi di queste pratiche includono il consumo di cannabis con un contenuto molto elevato di tetraidrocannabinolo (THC) o in grandi quantità e inalando la sostanza da una pipa ad acqua.

Le indagini tra la popolazione generale distinguono raramente tra il consumo di diversi tipi di cannabis. Tuttavia, nel 2009 sono state introdotte nuove domande in una indagine del Regno Unito tra la popolazione generale per individuare la prevalenza del consumo delle foglie di cannabis, incluso lo «skunk» (il nome popolare assegnato a una forma altamente potente di sostanza stupefacente). In base all'indagine britannica sui reati 2009-2010, circa il 12,3 % degli adulti ha assunto ciò che pensavano fosse «skunk». Mentre percentuali analoghe di consumatori di cannabis segnalano il consumo una tantum di foglie di cannabis (50 %) e resina di cannabis (49 %), coloro i quali hanno consumato la droga nell'ultimo anno sono più inclini ad avere utilizzato foglie di cannabis (71 %) rispetto alla resina (38 %) (Hoare e Moon, 2010). Sebbene queste stime non possano essere generalizzate e applicate ad altre popolazioni in Europa, i risultati illustrano alcuni cambiamenti nel consumo di cannabis nel tempo.

([52]) Cfr. il grafico GPS-2 nel bollettino statistico 2011.

I dati di un campione di 14 paesi europei, la cui popolazione rappresenta il 65 % della popolazione adulta dell'Unione europea e della Norvegia, mostrano che quasi la metà delle persone che hanno consumato cannabis durante l'ultimo mese hanno fatto uso della sostanza per 1-3 giorni durante tale mese; circa un terzo per 4-19 giorni e un quinto per 20 giorni o più. Nella maggior parte di questi 14 paesi, le femmine sono più inclini a fare uso della cannabis occasionalmente, mentre la prevalenza del consumo di cannabis quotidiano o quasi quotidiano è maggiore nei maschi (grafico 7). In base a queste cifre, in numerosi paesi i consumatori maschi sono più a rischio di diventare consumatori frequenti e ciò dovrebbe essere preso in considerazione durante lo sviluppo di attività di prevenzione.

I nuovi dati sul consumo di droga tra adolescenti mostra che il consumo di cannabis costituisce un problema crescente negli Stati Uniti. La prevalenza del consumo quotidiano di cannabis è aumentata in modo significativo, raggiungendo il 6 % tra gli studenti delle scuole superiori di 17-18 anni nel 2010 (Johnston e al., 2010).

Sempre più spesso la dipendenza da cannabis è riconosciuta come una possibile conseguenza del consumo regolare della sostanza, persino tra i giovani consumatori e il numero di persone che chiedono di entrare in terapia a causa del consumo di cannabis è in crescita in alcuni paesi europei (cfr. sotto). Tuttavia, è stato segnalato che la metà dei consumatori dipendenti da cannabis che smette di assumere la droga è in grado di farlo senza terapia (Cunningham, 2000). Ciononostante, alcuni consumatori di cannabis, in particolare i consumatori assidui, possono sperimentare problemi senza necessariamente soddisfare i criteri clinici della dipendenza.

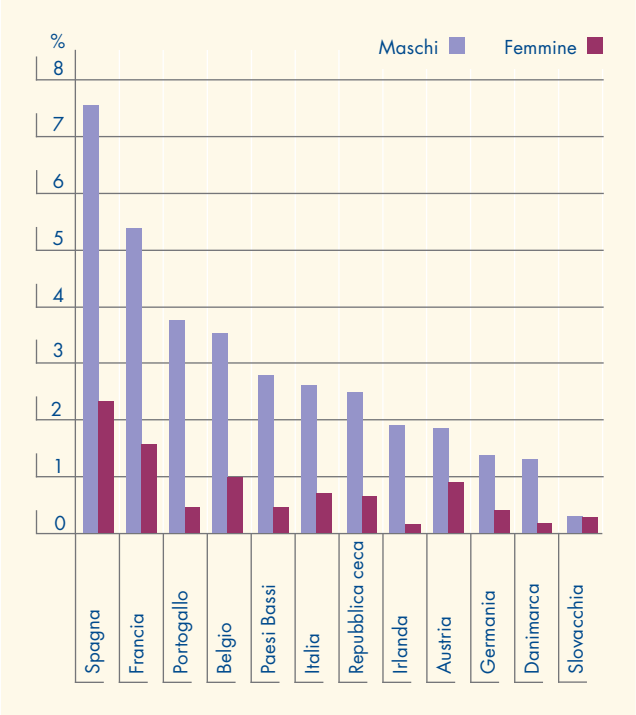
## Domanda di trattamento

Nel 2009, la cannabis era la droga primaria per circa 98 000 richieste di trattamento segnalate da 26 paesi (23 % delle richieste totali), diventando così la sostanza più segnalata dopo l'eroina. La cannabis era anche la droga secondaria maggiormente segnalata, essendo citata da circa 93 000 pazienti (28 %). I consumatori primari di cannabis rappresentano più del 30 % delle richieste di trattamento in Belgio, Danimarca, Germania, Francia, Ungheria, Paesi Bassi e Polonia e meno del 10 % in Bulgaria, Estonia, Grecia, Lituania, Malta, Romania e Slovenia ([53]).

Le differenze nella prevalenza del consumo di cannabis e i problemi ad essa correlati non sono gli unici fattori che spiegano le differenze nei livelli di trattamento tra i due paesi. Sono importanti anche altri fattori, quali le prassi di affidamento ai servizi sanitari e il livello e la tipologia del trattamento erogato. A questo proposito vi sono esempi evidenti in Francia e in Ungheria, due paesi che segnalano una percentuale elevata di consumatori di cannabis in trattamento. In Francia esistono centri di consulenza rivolti ai giovani consumatori della sostanza ([54]). In Ungheria, ai condannati per reati connessi al consumo di cannabis viene offerta la possibilità di sottoporsi al trattamento in alternativa alla pena, il che può contribuire a far lievitare le cifre.

In termini di tendenze, nel corso degli ultimi dieci anni, tra i 21 paesi per i quali sono disponibili i dati, tutti, tranne la Bulgaria, segnalano un aumento della percentuale di pazienti che si sottopongono al trattamento per la prima volta a causa del consumo di cannabis. Per il periodo 2004-2009, nei 18 paesi per i quali sono disponibili i dati, il numero di pazienti che riferiscono un consumo primario di cannabis tra quelli che si sottopongono al

**Grafico 7 —** Prevalenza del consumo quotidiano o quasi quotidiano di cannabis tra giovani adulti (15-34 anni) per genere




*NB:* Le persone che hanno dichiarato di aver consumato cannabis in 20 giorni o più nei 30 giorni precedenti l'intervista sono riportati come «consumatori quotidiani o quasi quotidiani» nei testi. Per ulteriori informazioni cfr. la tabella GPS-10 (parte iv) nel bollettino statistico 2011.

*Fonti:* Punti focali nazionali Reitox.

([53]) Cfr. il grafico TDI-2 (parte jj) e le tabelle TDI-5 (parte jj) e TDI-22 (parte i) nel bollettino statistico 2011.

([54]) Inoltre, in Francia molti consumatori di oppioidi sono seguiti dai medici generici pertanto non sono segnalati nell'indicatore della domanda di trattamento, facendo lievitare in tal modo le percentuali di consumatori di altre sostanze stupefacenti.

trattamento per la prima volta è aumentato del 40 % circa passando da 27 000 a 38 000 ([55]). Le ultime cifre disponibili (2008-2009) mostrano una continuazione della tendenza verso l'alto nella maggior parte dei paesi dichiaranti.

### Profili dei pazienti in terapia

I consumatori di cannabis che iniziano la terapia in regime ambulatoriale sono segnalati come uno dei gruppi di pazienti più giovani in trattamento, con un'età media di 25 anni. Il consumo di cannabis come droga primaria è segnalato dal 74 % dei pazienti che iniziano il trattamento della fascia di età 15-19 anni e dall'86 % di quelli di età inferiore ai 15 anni. Il rapporto uomo-donna è il più elevato tra i pazienti in terapia (circa cinque maschi per ogni femmina). Nel complesso, il 49 % dei pazienti in terapia per il consumo primario di cannabis sono consumatori quotidiani, circa il 18 % ne fa uso da 2 a 6 volte alla settimana, il 12 % consuma cannabis una volta alla settimana o meno spesso e il 22 % è costituito da consumatori occasionali, alcuni dei quali l'hanno consumata nel mese precedente all'inizio del trattamento. Sono state osservate differenze tra le percentuali dei diversi paesi ([56]).

## Trattamento

### Erogazione del trattamento

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

Il trattamento per la cannabis viene erogato principalmente presso centri terapeutici specialistici e attualmente, in più della metà degli Stati membri sono disponibili servizi espressamente destinati alla risoluzione dei problemi correlati al consumo di cannabis. Ad esempio, in Francia sono stati istituiti più di 300 centri di consulenza destinati a soddisfare principalmente le esigenze di giovani con problemi legati al consumo di cannabis. In Germania, oltre alla disponibilità di diversi programmi specifici correlati alla cannabis, 161 centri di consulenza hanno adottato il programma «Realize it», in base al quale i pazienti devono impostare obiettivi per controllare il consumo e occuparsi dei fattori individuali e ambientali associati al loro consumo di cannabis. L'intervento è erogato in cinque sessioni nell'arco di un periodo di 10 settimane fino a 1 400 consumatori di cannabis all'anno. In Ungheria, la vasta maggioranza dei pazienti in trattamento per la cannabis (80 %) si rivolge ai servizi di consulenza preventiva. Tali servizi sono erogati da organizzazioni accreditate.

La Germania e i Paesi Bassi sono stati particolarmente attivi nello sviluppo di programmi per la risoluzione dei problemi correlati alla cannabis, peraltro comunemente associati a problemi anche con altre sostanze o a problematiche psicosociali, e ciò si riflette nelle tipologie di programmi a disposizione dei consumatori di cannabis. Il Centro medico di Amsterdam, ad esempio, ha sviluppato un intervento motivazionale familiare rivolto ai giovani consumatori di cannabis con insorgenza di schizofrenia e ai loro genitori (Relazione nazionale Reitox olandese, 2009). Una prova controllata randomizzata ha mostrato risultati positivi per questo intervento. Dopo tre mesi, i giovani coinvolti nella prova hanno segnalato una riduzione del consumo e del bisogno compulsivo di cannabis, mentre i genitori hanno riferito una diminuzione dei livelli di stress e un miglioramento del benessere. I casi di consumo di cannabis in concomitanza con problemi psichiatrici, quali psicosi o depressione, richiedono un approccio integrato tra i fornitori del trattamento

### Effetti collaterali del consumo di cannabis

Il rischio individuale per la salute correlato al consumo di cannabis è generalmente ritenuto inferiore a quello associato ad altre sostanze stupefacenti quali l'eroina o la cocaina. Tuttavia, a causa della prevalenza elevata del consumo di cannabis, l'impatto della sostanza sulla salute pubblica può essere significativo.

È stata individuata una gamma di problemi acuti e cronici associati al consumo di cannabis. Gli effetti collaterali acuti includono ansia, reazioni di panico e sintomi psicotici, che possono essere segnalati più comunemente dai consumatori iniziali. Il consumo di cannabis aumenta inoltre il rischio di venire coinvolti in incidenti stradali.

Gli effetti cronici collegati al consumo di cannabis sono stati documentati e includono la dipendenza e alcune malattie respiratorie. Non è chiaro l'impatto del consumo di cannabis sulle prestazioni cognitive. Il consumo regolare di cannabis durante l'adolescenza potrebbe influire negativamente sulla salute mentale dei giovani adulti e sono state riscontrate prove di un aumento dei rischi dei sintomi psicotici e dei disturbi associati all'incremento della frequenza di consumo (EMCDDA, 2008a, 2008b; Hall e Degenhardt, 2009; Moore e al., 2007).

([55]) Cfr. il grafico TDI-1 (parte i) e (parte ii) nel bollettino statistico 2011.
([56]) Cfr. le tabelle TDI-10 (parte jj) e (parte jjj), TDI-11 (parte i), TDI-18 (parte jj), TDI-21 (parte jj), TDI-24, TDI-103 (parte vii) e TDI-111 (parte viii) nel bollettino statistico 2011.

specializzato e i centri di salute mentale. Nella pratica, tuttavia, il trattamento della duplice diagnosi è spesso gestito sequenzialmente e la cooperazione tra i fornitori di servizi sanitari e sociali rimane difficile.

Uno studio condotto di recente in Germania prevede per gli anni futuri un aumento del numero di pazienti in terapia per problemi correlati al consumo di cannabis, specialmente tra gli adolescenti e i giovani adulti di sesso maschile. Attualmente, in Germania, le stime della percentuale di consumatori di droga che hanno accesso alle strutture destinate alla cura dei problemi legati al consumo di droga mostrano che, sebbene i servizi specializzati per la tossicodipendenza siano in grado di raggiungere una percentuale di consumatori con dipendenza da oppioidi che spazia tra il 45 % e il 60 %, viene raggiunta solo una percentuale variabile tra il 4 % e l'8 % dei consumatori di cannabis per i quali si ritiene necessario il trattamento. In alcuni casi, gli interventi basati su Internet, attualmente disponibili in tre Stati membri, possono fornire ulteriori opzioni terapeutiche ai consumatori di cannabis in cerca di assistenza ma riluttanti ad avvicinarsi ai servizi terapeutici tradizionali.

### Studi recenti sul trattamento dei consumatori di cannabis

Gli studi sulla valutazione dell'efficacia del trattamento sono ancora scarsi rispetto a quelli su altre sostanze stupefacenti illegali, nonostante la crescita del numero di richieste di trattamento. La ricerca è tuttavia in aumento in Europa, e attualmente sono in corso studi in Germania, Danimarca, Spagna, Francia e Paesi Bassi.

Alcuni di questi studi confermano che gli interventi psicosociali possono avere risultati positivi per i consumatori di cannabis, ad esempio nel caso della terapia familiare multidimensionale, un intervento ambulatoriale completo basato sulla famiglia rivolto agli adolescenti che fanno uso di droga e presentano disturbi comportamentali (Liddle e al., 2009), che ha ottenuto risultati positivi in termini di riduzione dei livelli di consumo di droga. Tuttavia le conclusioni tratte da un confronto con altri trattamenti disponibili in una prova multisito condotta in diversi paesi non sono risultate chiare e ciò ha indotto l'OEDT a commissionare una meta-analisi degli studi europei e americani.

Gli altri interventi psicosociali attualmente in fase di valutazione includono psicoeducazione (basata su elementi di colloqui motivazionali e di terapia comportamentale) e prevenzione della ricaduta, interventi brevi, gestione della contingenza e diversi tipi di terapia cognitiva comportamentale.

Inoltre vengono condotte ricerche sui prodotti farmaceutici in grado di sostenere gli interventi psicosociali (Vandrey e Haney, 2009). In quest'area, le tre linee di ricerca principali seguite attualmente indagano sulla possibilità di utilizzare prodotti farmaceutici per coadiuvare la riduzione dei sintomi da astinenza, del bisogno compulsivo di cannabis (Marshall, K. e al., 2011).

### Utilizzo della cannabis in campo medico negli Stati Uniti

A partire dal 1996, quindici Stati americani e il distretto della Columbia hanno approvato leggi che consentono il possesso personale di una quantità definita di cannabis per uso medico. Il paziente deve avere una prescrizione scritta di un medico in tutti gli Stati tranne in California e nel Maine, dove la prescrizione può essere orale. Tutti gli Stati, ad eccezione dello Stato di Washington, hanno istituito registri riservati con le carte d'identità dei pazienti, che sono obbligatori in alcuni Stati. Sebbene ciascuno Stato disponga del proprio elenco di condizioni, la maggior parte degli Stati consente l'uso della cannabis per trattare il dolore, sia «cronico», che «grave» o «incurabile».

Quasi tutti gli Stati hanno adottato il modello di fornitura di assistenza in base al quale a una persona designata è consentito coltivare una quantità limitata di cannabis destinata al consumo da parte del paziente. A seconda dello Stato, i pazienti possono designare uno o due assistenti ciascuno dei quali può rifornire fino a cinque pazienti. Le quantità consentite variano da 1 oncia, pari a circa 28 grammi (Alaska, Montana, Nevada) a 24 once (Oregon, Washington) di foglie di cannabis utilizzabili e da sei a 24 piante, alcune delle quali non devono essere mature e pronte all'uso. La fornitura di cannabis per uso medico da parte di assistenti no-profit o di centri terapeutici statali è consentita in circa metà degli Stati. In tutte le giurisdizioni tranne due, New Jersey e Washington D.C., ai pazienti è consentito coltivare la propria cannabis per uso medicinale.

Per contro, la legge federale classifica la cannabis come una sostanza pericolosa inadatta agli usi medici e ciò consente al governo federale di condannare i consumatori e i fornitori di cannabis. Ciononostante, nell'ottobre 2009, il Deputy Attorney General ha pubblicato un promemoria indirizzato ai procuratori federali degli Stati Uniti per invitarli a non dare priorità alla condanna nei casi di uso medico della cannabis autorizzato ai sensi della legge dello Stato.

Capitolo 4

# Anfetamine, ecstasy e sostanze allucinogene, GHB e chetamina

## Introduzione

Le anfetamine (un termine generico che include sia l'anfetamina che la metanfetamina) e l'ecstasy figurano tra le sostanze illecite più frequentemente utilizzate in Europa. In numerosi paesi, l'ecstasy o le anfetamine rimangono al secondo posto tra le sostanze illecite più consumate dopo la cannabis. Inoltre, in alcuni paesi l'uso delle anfetamine è particolarmente allarmante all'interno del fenomeno generale del consumo di droga, essendo tali sostanze menzionate da una percentuale significativa di tossicodipendenti in cura.

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

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-metilendiossimetanfetamina (MDMA), sebbene, talvolta, nelle pasticche di ecstasy si ritrovino altri suoi analoghi (MDA, MDEA). Storicamente, la popolarità della sostanza è legata alla scena della musica dance. Nonostante l'ecstasy sia ancora diffusa in questi ambienti, negli ultimi anni è stata registrata una graduale diminuzione dell'uso e della disponibilità della sostanza in numerosi paesi europei.

La sostanza allucinogena sintetica di gran lunga più nota in Europa è il dietilammide dell'acido lisergico (LSD), il cui consumo si è mantenuto basso e piuttosto stabile per un periodo di tempo abbastanza lungo. Sembra tuttavia che negli ultimi anni vi sia un interesse crescente tra i giovani per le sostanze allucinogene naturali come quelle presenti nei funghi allucinogeni. A partire dalla metà degli anni novanta, è stato segnalato in alcuni ambienti e presso diversi sottogruppi di consumatori di droga in Europa l'uso in ambienti ricreativi di chetamina e gamma-idrossibutirrato (GHB), entrambi anestetici ampiamente utilizzati nella

**Tabella 5 – Sequestri, prezzo e purezza di anfetamina, metanfetamina, ecstasy e LSD**

| | Anfetamina | Metanfetamina | Ecstasy | LSD |
|---|---|---|---|---|
| **Quantità sequestrata globale (tonnellate)** | 33 | 31 | 5,4 | 0,1 |
| **Quantità sequestrata UE e Norvegia (comprese Croazia e Turchia)** (1) | 5,3 tonnellate (6,5 tonnellate) | 500 chilogrammi (600 chilogrammi) | Pasticche 1,9 milioni (2,4 milioni) | Unità 59 700 (59 700) |
| **Numero di sequestri UE e Norvegia (comprese Croazia e Turchia)** | 34 000 (34 200) | 7 400 (7 400) | 10 300 (11 000) | 960 (970) |
| **Prezzo medio di vendita (euro) Intervallo (Intervallo interquartile)** (2) | Grammi 8-42 (10-23) | Grammi 9-71 | Pasticche 3-16 (4-9) | Dose 4-29 (7-11) |
| **Purezza media o contenuti di MDMA Intervallo (Intervallo interquartile)** (2) | 1-29 % (6-21 %) | 10-76 % (25-64 %) | 3-108 mg (26-63 mg) | n.d. |

(1) Le quantità totali di anfetamina, ecstasy e LSD sequestrate nel 2009 sono probabilmente stimate per difetto, in gran parte a causa della mancanza di dati recenti per i Paesi Bassi, un paese che ha segnalato sequestri relativamente consistenti fino al 2007. In assenza di dati relativi al 2008 e al 2009, non è possibile includere il valore per i Paesi Bassi nelle stime europee per il 2009.
(2) Intervallo della metà intermedia dei dati riferiti.
*NB:* Tutti i dati sono riferiti al 2009; n.d., dati non disponibili.
*Fonte:* UNODC (2011) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

medicina umana e veterinaria da 30 anni. Il consumo illegale di queste sostanze ha destato la preoccupazione dei servizi terapeutici di un ristretto numero di paesi europei.

## Offerta e disponibilità

### Precursori sintetici di droghe

L'anfetamina, la metanfetamina e l'ecstasy sono sostanze stupefacenti sintetiche il cui processo di produzione richiede i precursori chimici. Le informazioni sulla produzione di queste sostanze possono essere desunte dalle relazioni sui sequestri delle sostanze chimiche controllate (diversione dal commercio legale) necessarie per la loro produzione.

L'Organo internazionale di controllo degli stupefacenti (INCB) segnala che i sequestri a livello mondiale di 1-fenil-2-propanone (P2P, BMK), che può essere usato nella produzione illegale di metanfetamina e anfetamina, sono diminuiti da 5 620 litri nel 2008 a 4 900 litri nel 2009, con Cina (2 275 litri nel 2009) e Russia (1 731 litri nel 2009) che continuano a segnalare i sequestri di maggiore entità. Nell'Unione europea i sequestri di P2P sono aumentati da 62 litri nel 2008 a 635 litri nel 2009. Inoltre, nel 2009 sono aumentati i sequestri a livello mondiale dei due precursori principali della metanfetamina: 42 tonnellate di efedrina, rispetto alle 18 tonnellate del 2008 e alle 22,6 tonnellate nel 2007 e 7,2 tonnellate di pseudo-efedrina rispetto alle 5,1 tonnellate del 2008, una quantità tuttavia di gran lunga inferiore alle 25 tonnellate sequestrate nel 2007. Gli Stati membri dell'UE sono responsabili del recupero di circa la metà del quantitativo sequestrato l'anno precedente e di 67 kg di pseudo-efedrina.

Due precursori chimici sono associati principalmente alla produzione di MDMA: 3,4-metilenediossifenil-2-propanone (3,4-MDP2P, PMK) e safrolo. I 40 litri di PMK sequestrato nel 2009 (nel 2008 non era stato sequestrato alcun quantitativo) potrebbero suggerire che la disponibilità di questa sostanza rimane scarsa, al contrario di quanto era stato registrato negli anni precedenti in cui i livelli erano stati elevati (8 816 litri nel 2006, 2 297 litri nel 2007). I sequestri a livello mondiale di safrolo, che potrebbe sostituire in misura crescente il PMK nella sintesi di MDMA in Europa, sono scesi a 1 048 litri nel 2009 da un picco di 45 986 litri nel 2007 ([57]). Tutti i sequestri di PMK e la maggior parte di quelli di safrolo del 2009 si sono verificati nell'Unione europea.

Gli sforzi internazionali per prevenire la diversione dei precursori chimici usati nella produzione illecita delle droghe sintetiche sono coordinati attraverso il «progetto Prism» che utilizza un sistema di notifiche precedenti l'esportazione nell'ambito del commercio lecito e la segnalazione dei carichi fermati e dei sequestri effettuati in caso di transazioni sospette. Le informazioni sulle attività intraprese in questo settore vengono trasmesse all'Organo internazionale di controllo degli stupefacenti (INCB, 2011b). Un'altra iniziativa recente da parte dell'INCB è stata la pubblicazione di un insieme di linee guida per assistere i governi nazionali nell'istituzione di misure di controllo volontarie in cooperazione con i produttori industriali di sostanze chimiche, allo scopo di prevenire la diversione per la produzione di sostanze stupefacenti illegali (INCB, 2009).

### Anfetamina

La produzione globale di anfetamina rimane concentrata in Europa, dove si trova oltre l'80 % di tutti i laboratori di anfetamina segnalati nel 2009 (UNODC, 2011). Nel 2009, i sequestri globali di anfetamina sono aumentati raggiungendo quasi 33 tonnellate (cfr. la tabella 5). L'Europa occidentale e centrale ha continuato a confiscare grandi quantitativi di anfetamina, sebbene l'UNODC abbia segnalato una riduzione del 20 % delle quantità sequestrate in queste zone rispetto al 2008, quando erano state confiscate 7,9 tonnellate. Il maggiore aumento nei sequestri di anfetamina è stato segnalato in Arabia Saudita, Giordania e Siria. Insieme, nel 2009, l'UNODC del vicino e medio Oriente e della regione dell'Asia sudorientale ha sequestrato circa 25 tonnellate, quasi tutte sotto forma di pasticche di «captagon» (UNODC, 2011).

La maggior parte dell'anfetamina sequestrata in Europa è prodotta, in ordine di importanza, nei Paesi Bassi, in Polonia, in Belgio, Bulgaria e Turchia. L'Europol segnala che nell'Unione europea nel 2009 sono stati scoperti 19 siti coinvolti nella produzione, confezionamento in pasticche o immagazzinamento di anfetamina.

Secondo le stime, nel 2009 sono stati effettuati 34 200 sequestri per un totale di 5,8 tonnellate di polvere di anfetamina e 3 milioni di pasticche di anfetamina ([58]) in Europa ([59]). Il numero di sequestri di anfetamina ha oscillato per gli ultimi cinque anni, per poi registrare un calo nel 2008-2009. Mentre il numero di pasticche confiscate in Europa è diminuito drasticamente nel corso del periodo 2004-2009 in seguito al calo dei sequestri in

([57]) Cfr. il riquadro «Diversificazione dell'offerta di precursori per la produzione di droghe sintetiche in Europa»

([58]) La maggior parte delle pasticche di anfetamina intercettate (94 %) erano etichettate come captagon e venivano confiscate in Turchia. Captagon è uno dei nomi commerciali registrati della fenetillina, uno stimolante del sistema nervoso centrale sintetico. È stato riscontrato che le pasticche vendute sul mercato della droga illegale come captagon contengono comunemente anfetamina mischiata con caffeina.

([59]) Quest'analisi è preliminare, poiché i dati per i Paesi Bassi non erano disponibili per il 2008 e il 2009.

### Diversificazione dell'offerta di precursori per la produzione di droghe sintetiche in Europa

Le droghe sintetiche, incluse l'ecstasy (MDMA, MDEA, MDA) e l'anfetamina, sono prodotte illegalmente in Europa a partire da precursori chimici importati. In risposta all'aumentata efficienza degli sforzi di controllo internazionali, attualmente alcuni produttori illegali anziché acquistare i precursori li sintetizzano dai cosiddetti «pre-precursori». Inoltre, i produttori mascherano i precursori tradizionali come altre sostanze chimiche non controllate prima dell'importazione (Europol, 2007, INCB, 2011a).

Le fluttuazioni recenti sul mercato europeo dell'ecstasy illustrano tali fenomeni. In seguito ai risultati positivi ottenuti dalle misure per limitare la diversione verso il mercato illegale del PMK, precursore dell'MDMA ([1]) appare ora evidente che viene utilizzata una gamma di pre-precursori tra cui il safrolo come materiali di partenza nel processo di sintesi dell'MDMA.

Il PMK è sottoposto al controllo internazionale, sia ai sensi della convenzione delle Nazioni Unite del 1988 che della legislazione europea. Il commercio internazionale legale di PMK è ridotto e limitato a pochi paesi. Il safrolo viene ottenuto dagli oli essenziali ricchi di safrolo estratti da alcune specie di piante del Sud America e dell'Asia sudorientale (TNI, 2009). Mentre il safrolo è una sostanza chimica classificata, il commercio degli oli ricchi di safrolo non viene controllato. Il safrolo è anche ampiamente utilizzato a livello internazionale nella produzione di profumi e insetticidi, fattore che può diminuire l'impatto degli sforzi di controllo internazionali.

Le relazioni dei Paesi Bassi, il paese più strettamente associato alla produzione di ecstasy, suggerisce che molti produttori della sostanza hanno usato il safrolo anziché il PMK come sostanza di partenza. Tra il novembre 2009 e l'ottobre 2010, sono state segnalate all'Organo internazionale di controllo degli stupefacenti circa 40 spedizioni legittime di safrolo per un totale di 101 840 litri. Tuttavia, le relazioni sulle spedizioni sospette rimangono poco numerose rispetto alle stime della quantità di ecstasy prodotta (INCB, 2011a). Nel 2009-2010, sono stati sequestrati circa 1 050 litri di safrolo e di oli ricchi di safrolo per la maggior parte in Lituania, mentre la vicina Lettonia ha segnalato il sequestro di 1 841 litri nel 2008 (INCB, 2011a).

([1]) 3,4-metilenediossifenil-2-propanone.

Turchia, le quantità di polvere di anfetamina intercettate sono rimaste stabili o sono aumentate nella maggior parte dei paesi europei ([60]). Tuttavia, si tratta di una valutazione preliminare, poiché non sono disponibili dati recenti per i Paesi Bassi, che nel 2007, l'ultimo anno per cui sono pervenuti i dati, hanno segnalato il sequestro di 2,8 tonnellate di polvere di anfetamina.

La purezza dei campioni di anfetamina intercettati in Europa nel 2009 ha continuato a variare notevolmente, spaziando da meno dell'8 % in Bulgaria, Ungheria, Austria, Portogallo, Slovenia, Slovacchia e Croazia, a più del 20 % nei paesi in cui viene segnalata la produzione di anfetamina o dove i livelli di consumo sono relativamente elevati (Estonia, Lituania, Paesi Bassi, Polonia, Finlandia, Norvegia) ([61]). Negli ultimi cinque anni, la purezza dell'anfetamina è scesa in 17 dei 18 paesi che hanno segnalato dati sufficienti per l'analisi delle tendenze.

Nel 2009, il prezzo medio al dettaglio dell'anfetamina era compreso tra i 10 e i 23 euro al grammo in oltre la metà dei 14 paesi che hanno fornito i dati. I prezzi al dettaglio dell'anfetamina sono diminuiti o rimasti stabili in tutti i 17 paesi dichiaranti durante il periodo 2004-2009, tranne nei Paesi Bassi dove sono aumentati nel corso del periodo e in Slovenia, dove è stato segnalato un aumento importante nel 2009 ([62]).

### Metanfetamina

Nel 2009, il numero di laboratori di metanfetamina smantellati segnalati a livello mondiale è salito del 22 % nel 2009. Come nell'anno precedente, l'aumento più significativo è stato registrato nell'America settentrionale, specialmente negli Stati Uniti, tuttavia le segnalazioni di laboratori clandestini hanno continuato ad aumentare anche nell'Asia orientale e sudorientale. Inoltre, è stato segnalato un incremento dell'attività correlata alla produzione di metanfetamina in America latina e in Africa. Nel 2009, sono state recuperate 31 tonnellate di metanfetamina, un aumento significativo rispetto alle 22 tonnellate sequestrate nel 2008. La maggior parte della sostanza è stata sequestrata nell'America settentrionale (44 %), dove il Messico ha contribuito con l'eccezionale quantitativo di 6,1 tonnellate nel 2009 (UNODC, 2011).

In Europa, la produzione illegale di metanfetamina è circoscritta alla Repubblica ceca, dove nel 2009 sono stati individuati 342 siti di produzione, per la maggior parte piccoli laboratori, «kitchen laboratories», (un calo rispetto ai 434 del 2008). La sostanza viene inoltre prodotta in Slovacchia, dove è aumentata nel 2009, oltre che in Germania, Lituania e Polonia.

Nel 2009, sono stati segnalati in Europa circa 7 400 sequestri di metanfetamina, per un totale di circa 600 kg di droga. Sia il numero di sequestri che le quantità di metanfetamina confiscata sono cresciuti nel periodo 2004-2009, registrando un considerevole incremento tra il

([60]) I dati sui sequestri di droga in Europa menzionati in questo capitolo sono reperibili nelle tabelle da SZR-11 a SZR-18 nel bollettino statistico 2011.
([61]) I dati sulla purezza della droga in Europa citati nel presente capitolo sono reperibili nella tabella PPP-8 nel bollettino statistico 2011. Gli indici delle tendenze dell'UE sono reperibili nel grafico PPP-2 nel bollettino statistico 2011.
([62]) I dati sui prezzi della droga in Europa citati nel presente capitolo sono reperibili nella tabella PPP-4 nel bollettino statistico 2011.

2008 e il 2009. Le quantità sequestrate sono raddoppiate tra il 2008 e il 2009, principalmente in seguito all'aumento dei quantitativi recuperati in Svezia e Norvegia, i paesi responsabili della maggior parte dei sequestri in Europa per quanto riguarda questa sostanza, che ha parzialmente sostituito l'anfetamina. La Turchia ha segnalato per la prima volta sequestri di metanfetamina nel 2009, posizionandosi al terzo posto in termini di quantità recuperate: le partite di metanfetamina, relativamente consistenti, intercettate in Turchia sono state segnalate in transito dall'Iran verso l'Asia orientale e sudorientale.

La variabilità della purezza della metanfetamina era notevolmente nel 2009 nei 17 paesi dichiaranti, con una purezza media dei campioni inferiore al 15 % in Bulgaria ed Estonia e superiore al 65 % nella Repubblica ceca, nei Paesi Bassi, in Slovacchia e in Croazia. Non vi sono dati sufficienti per individuare la tendenza globale della purezza della metanfetamina. Anche la gamma dei prezzi al dettaglio è variata in misura considerevole nel 2009, nei sei paesi dichiaranti, spaziando da 10 euro al grammo in Bulgaria, Lituania e Slovenia a circa 70 euro al grammo in Germania e Slovacchia.

### Ecstasy

Nel 2009, il numero di laboratori di ecstasy smantellati segnalati è rimasto praticamente inalterato (52). La maggior parte di questi laboratori erano situati in Australia (19), Indonesia (18) e Canada (12). Sembra che la produzione abbia continuato a diffondersi a livello geografico; in particolare, nell'Asia orientale e sudorientale, nell'America settentrionale e in Oceania la produzione è più vicina ai mercati di consumo. Nonostante ciò, è probabile che l'Europa occidentale rimanga un centro importante per la produzione di ecstasy.

A livello mondiale, i sequestri di ecstasy nel 2009 hanno raggiunto le 5,4 tonnellate (UNODC, 2011), con gli Stati Uniti che hanno segnalato il 63 % del totale.

Il numero di sequestri segnalato in Europa è rimasto stabile tra il 2004 e il 2006 e, in seguito, è calato, mentre le quantità sequestrate nella maggior parte dei paesi europei hanno registrato una tendenza al ribasso dal 2004. Nel 2009, in Europa sono stati segnalati circa 11 000 sequestri di ecstasy, che hanno portato all'intercettazione di oltre 2,4 milioni di pasticche di ecstasy. Si tratta, tuttavia, di una stima incompleta poiché non sono pervenuti dati recenti sui Paesi Bassi che, nel 2007, l'ultimo anno per cui sono disponibili i dati, hanno segnalato il sequestro di 8,4 milioni di pasticche.

Il contenuto medio di MDMA delle pasticche di ecstasy testate nel 2009 era compreso tra 3 e 108 mg nei 18 paesi che hanno fornito i dati. Alcuni paesi hanno riferito inoltre la presenza di pasticche di ecstasy a dosaggio elevato, contenenti più di 130 mg di MDMA (Belgio, Bulgaria, Germania, Italia, Paesi Bassi, Turchia). Nel periodo 2004-2009, il contenuto di MDMA delle pasticche di ecstasy è diminuito in tutti i 14 paesi che hanno segnalato dati sufficienti.

Negli ultimi anni, in Europa, si è verificato un cambiamento nel contenuto delle pasticche di droga illegale, e si è passati da una situazione in cui la maggior parte delle pasticche analizzate conteneva MDMA o un'altra sostanza simile all'ecstasy (MDEA, MDA) come unica sostanza psicoattiva, a una situazione in cui il contenuto delle pasticche è molto diverso e le sostanze simili all'MDMA meno presenti. Nel 2009 questo andamento ha subito un'accelerazione tale che gli unici paesi in cui le sostanze simili all'MDMA hanno continuato a rappresentare una vasta percentuale delle pasticche analizzate erano l'Italia (58 %), i Paesi Bassi (63 %) e Malta (100 %).

Le anfetamine, talvolta in combinazione con le sostanze simili all'MDMA, sono relativamente comuni nelle pasticche analizzate in Grecia, Spagna, Ungheria, Polonia, Slovenia e Croazia. La maggior parte degli altri paesi dichiaranti cita la presenza di piperazine e, in particolare, di *m*CPP, sole o in combinazione con altre sostanze, in una percentuale significativa delle pasticche analizzate.

L'ecstasy è ora molto più economica rispetto all'inizio degli anni novanta, l'epoca in cui ha cominciato a diffondersi ampiamente. Per quanto, secondo alcune relazioni le pasticche possano essere vendute anche a 1 euro, la maggior parte dei paesi riferisce prezzi medi al dettaglio che variano tra i 4 e i 9 euro a pasticca. I dati disponibili per il periodo 2004-2009 suggeriscono che il prezzo al dettaglio dell'ecstasy ha continuato a scendere o, nel complesso, è rimasto stabile in Europa. Ciononostante, nel 2009, è stato segnalato un incremento nei Paesi Bassi, che sono anche il paese che ha riferito i prezzi più bassi per la sostanza.

### Sostanze allucinogene e altre sostanze

Il consumo e il traffico di LSD in Europa sono ancora considerati marginali. Il numero di sequestri di LSD è aumentato tra il 2004 e il 2009, mentre le quantità sequestrate, dopo avere registrato un picco nel 2005 a causa dei 1,8 milioni di unità provenienti dai sequestri record nel Regno Unito, hanno subito un'oscillazione a livelli relativamente minori ([63]). Dal 2004, i prezzi al

([63]) Si tratta di un'analisi preliminare, poiché i dati dei Paesi Bassi, che nel 2007 hanno segnalato il sequestro di una quantità di LSD pari a un terzo del sequestro complessivo di tale sostanza a livello europeo, non sono ancora disponibili per gli anni successivi.

dettaglio dell'LSD sono rimasti stabili nella maggior parte dei paesi dichiaranti, mentre sono stati registrati aumenti in Belgio e cali in Lettonia, Austria e Croazia. Nel 2009, il prezzo medio variava tra i 7 e gli 11 euro per unità nella maggior parte degli 11 paesi che hanno riferito i dati.

Sequestri di funghi allucinogeni, chetamina, GHB e GBL nel 2009 sono segnalati solo da quattro o cinque paesi, a seconda della droga. Non è chiaro in che misura i sequestri segnalati rispecchino l'uso di queste sostanze o il fatto che non rientrino negli obiettivi di routine dei servizi di applicazione della legge.

## Prevalenza e modelli di consumo

In alcuni paesi, il consumo di anfetamina o metanfetamina, spesso per via parenterale, è responsabile di una percentuale significativa di casi problematici di tossicodipendenza ed è menzionato con frequenza elevata da coloro che chiedono di entrare in terapia. Escludendo queste popolazioni di consumatori cronici, si osserva in generale un nesso tra l'uso di droghe sintetiche, spesso consumate insieme all'alcol e la frequentazione di nightclub e di eventi di dance music. Per questa ragione si segnalano livelli di consumo significativamente maggiori tra i giovani e livelli di consumo estremamente più elevati in alcuni contesti o in taluni sottogruppi particolari della popolazione. I livelli di prevalenza del consumo di sostanze allucinogene quali l'acido dietilamide dell'acido lisergico (LSD) e i funghi allucinogeni sono generalmente inferiori e si sono mantenuti ampiamente stabili negli ultimi anni.

### Anfetamine

Secondo le stime sulla prevalenza della droga, circa 12,5 milioni di cittadini europei hanno provato le anfetamine e circa 2 milioni ne hanno fatto uso nell'ultimo anno (confronta la tabella 6 per una sintesi dei dati). Tra i giovani adulti (15-34 anni), la prevalenza una tantum del consumo di anfetamine varia notevolmente, a seconda del paese, dallo 0,1 al 14,3 %, con una media europea ponderata che si attesta attorno al 5,0 %. Il consumo di anfetamine in questa fascia di età nell'ultimo anno è compreso tra lo 0,1 % e il 2,5 %, con la maggior parte dei paesi che riferisce stime di prevalenza oscillanti tra lo 0,5 % e il 2,0 %. Si stima che, in media, abbiano fatto uso di anfetamine nell'ultimo anno circa 1,5 milioni (1,1 %) di giovani europei.

Tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni, la prevalenza del consumo di anfetamine una tantum varia dall'1 % all'8 % nei 26 Stati membri dell'UE, Norvegia e Croazia, in base all'indagine condotta nel 2007, mentre livelli di prevalenza superiori al 5 % sono stati riferiti solo per Bulgaria e Lettonia. I quattro paesi che hanno condotto indagini nelle scuole nel 2009 e nel 2010 (Italia, Slovacchia, Svezia, Regno Unito) hanno riferito una prevalenza di consumo di anfetamine una tantum del 3 % o minore ([64]).

I dati sulla prevalenza del consumo di anfetamine tra i frequentatori di discoteche e locali notturni forniti nel 2009 da quattro paesi (Belgio, Repubblica ceca, Paesi Bassi, Regno Unito), mostrano una variazione significativa, che va dal 6 % al 24 % per il consumo di anfetamine nell'ultimo anno.

Nel corso dell'ultimo decennio, il consumo di anfetamine nell'ultimo anno è rimasto relativamente basso e stabile nella maggior parte dei paesi europei, con livelli di prevalenza inferiori al 3 % per quasi tutti i paesi dichiaranti, con l'eccezione del Regno Unito e della Danimarca. Nel Regno Unito, il consumo di anfetamine nell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34 anni) è calato dal 6,2 % nel 1998 all'1,8 % nel 2009-2010; in Danimarca, dopo essere salito al 3,1 % nel 2000, è sceso al 2 % nel 2010 (cfr. il grafico 8). Durante il periodo 2004-2009, solo la Norvegia e la Repubblica ceca hanno segnalato una variazione di oltre un punto percentuale nella prevalenza nell'ultimo anno del consumo di anfetamine tra giovani adulti. Nella Repubblica ceca, le differenze metodologiche nelle indagini non consentono la conferma delle ultime tendenze. Le indagini nelle scuole suggeriscono, nel complesso, una lieve variazione nei livelli di sperimentazione con le anfetamine tra gli studenti di 15-16 anni. Tra il 2003 e il 2007, la maggior parte dei paesi ha riferito tendenze basse e stabili nella prevalenza una tantum all'interno di questo gruppo.

#### Consumo problematico di anfetamine

Soltanto un numero esiguo di paesi può fornire stime della prevalenza del consumo problematico di anfetamine ([65]), tuttavia sono disponibili in Europa dati relativi ai consumatori che iniziano un trattamento per problemi correlati a queste sostanze.

Una bassa percentuale di pazienti che si sottopone a un trattamento in Europa nomina l'anfetamina come droga primaria: circa il 5 % dei pazienti segnalati per questa sostanza nel 2009 (20 000 pazienti). Tuttavia, i consumatori di anfetamina costituiscono una percentuale significativa delle richieste di trattamento in Svezia (28 %), Polonia (25 %) e Finlandia (17 %). Cinque altri paesi (Belgio, Danimarca, Germania, Ungheria, Paesi Bassi) segnalano percentuali comprese tra il 6 % e il 10 % di domande di trattamento ricevute da pazienti che citano

([64]) Cfr. la tabella EYE-11 nel bollettino statistico 2011.
([65]) Il consumo problematico di anfetamine è definito come l'assunzione per via parenterale o il consumo di lunga durata e/o regolare delle sostanze.

**Tabella 6 — Prevalenza del consumo di anfetamine nella popolazione generale: sintesi dei dati**

| Fascia di età | Periodo di consumo | |
|---|---|---|
| | Una tantum | Ultimo anno |
| **15-64 anni** | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 12,5 milioni | 1,5-2 milioni |
| Media europea | 3,8 % | 0,5 % |
| Intervallo | 0,0-11,7 % | 0,0-1,1 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (0,0 %)<br>Grecia (0,1 %)<br>Malta (0,4 %)<br>Cipro (0,7 %) | Romania, Malta, Grecia (0,0 %)<br>Francia (0,1 %)<br>Repubblica ceca, Portogallo (0,2 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Regno Unito (11,7 %)<br>Danimarca (6,2 %)<br>Svezia (5,0 %)<br>Norvegia (3,8 %) | Estonia (1,1 %)<br>Regno Unito (1,0 %)<br>Bulgaria, Lettonia (0,9 %)<br>Svezia (0,8 %) |
| **15-34 anni** | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 6,5 milioni | 1,5 milioni |
| Media europea | 5,0 % | 1,1 % |
| Intervallo | 0,1-14,3 % | 0,1-2,5 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (0,1 %)<br>Grecia (0,2 %)<br>Malta (0,7 %)<br>Cipro (1,2 %) | Romania, Grecia (0,1 %)<br>Francia (0,2 %)<br>Repubblica ceca (0,3 %)<br>Portogallo (0,4 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Regno Unito (14,3 %)<br>Danimarca (10,3 %)<br>Lettonia (6,1 %)<br>Norvegia (6,0 %) | Estonia (2,5 %)<br>Bulgaria (2,1 %)<br>Danimarca (2,0 %)<br>Germania, Lettonia (1,9 %) |

Le stime europee sono calcolate a partire dalle stime nazionali della prevalenza ponderate per la popolazione del gruppo di età rilevante in ciascun paese. Per ottenere le stime del numero complessivo dei consumatori in Europa, la media UE viene applicata nel caso dei paesi per i quali mancano dati di prevalenza (che rappresentano non più del 3 % della popolazione presa in esame). Popolazioni utilizzate come base: 15-64 anni (336 milioni), 15-34 anni (132 milioni). Poiché le stime europee sono basate su indagini condotte tra il 2001 e il 2009/10 (principalmente nel periodo 2004-2008), non sono riferite a un unico anno. I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» del bollettino statistico 2011.

l'anfetamina; altrove la percentuale è inferiore al 5 %. Inoltre, gli stimolanti diversi dalla cocaina sono citati come droga secondaria da almeno 20 000 pazienti che si sottopongono al trattamento per problemi correlati ad altre droghe primarie ([66]).

I consumatori di anfetamina che si sottopongono a una cura hanno circa 30 anni, con un rapporto uomo-donna (2:1) inferiore a quello registrato per qualsiasi altra sostanza illegale. I paesi in cui i consumatori di anfetamina rappresentano le percentuali più elevate tra i pazienti in terapia segnalano anche livelli elevati di assunzione della sostanza per via parenterale (Lettonia, Svezia e Finlandia), dal 59 % all'83 % dei pazienti che consumano anfetamina come droga primaria la assumono per via parenterale ([67]).

Le tendenze dei consumatori di anfetamina che hanno iniziato il trattamento tra il 2004 e il 2009 sono rimaste stabili nella maggior parte dei paesi, con una leggera diminuzione tra i pazienti che hanno iniziato il trattamento per la prima volta, principalmente attribuibile a un calo del numero dei nuovi pazienti in terapia per il consumo di anfetamina in Finlandia e in Svezia (EMCDDA, 2010d).

A differenza di quanto accade in altre parti del mondo, dove il consumo di metanfetamina è aumentato negli ultimi anni, i livelli di utilizzo in Europa sembrano limitati. Storicamente, il consumo di questa sostanza in Europa è rimasto concentrato nella Repubblica ceca e, più recentemente, in Slovacchia. Nel 2009, è stato calcolato nella Repubblica ceca un numero di consumatori problematici di metanfetamina compreso tra 24 600 e 25 900 (da 3,3 a 3,5 casi ogni 1 000 persone di età compresa tra i 15 e i 64 anni), circa il doppio del numero stimato di consumatori problematici di oppioidi. Ciò rappresenta un aumento statisticamente significativo rispetto agli anni precedenti. Secondo le stime, in Slovacchia, nel 2007 i consumatori problematici di metanfetamina sarebbero stati circa 5 800-15 700 (da 1,5 a 4,0 casi ogni 1 000 persone di età compresa

([66]) Cfr. le tabelle TDI-5 (parte ii) e TDI-22 nel bollettino statistico 2011.
([67]) Cfr. le tabelle TDI-5 (parte iv) e TDI-37 nel bollettino statistico 2011.

tra i 15 e i 64 anni), circa il 20 % in meno del numero stimato di consumatori problematici di oppioidi.

La metanfetamina è la droga primaria segnalata più frequentemente da una vasta percentuale di pazienti che richiedono il trattamento terapeutico per la prima volta nella Repubblica ceca (61 %) e in Slovacchia (30 %). Entrambi i paesi segnalano un aumento del numero e della percentuale globale di pazienti che si sottopongono al trattamento per la prima volta per problemi correlati al consumo di metanfetamina nel corso degli ultimi dieci anni. Tra le persone che chiedono di entrare in terapia per problemi legati al consumo di metanfetamina, l'assunzione per via parenterale è comune nella Repubblica ceca (79 %) e, in misura minore, in Slovacchia (37 %), con livelli in calo a partire dal 2004. I pazienti in cura per problemi legati al consumo di metanfetamina in questi paesi hanno circa 25 anni quando entrano in terapia ([68]).

Recentemente, la metanfetamina ha fatto la sua comparsa sul mercato degli stupefacenti in altri paesi, in particolare nel nord dell'Europa (Norvegia, Svezia, Lettonia e, in misura minore, Finlandia), dove sembra avere sostituito parzialmente l'anfetamina, praticamente impossibile da distinguere per i consumatori.

## Ecstasy

Le stime sulla prevalenza della droga suggeriscono che circa 11 milioni di europei hanno provato l'ecstasy e circa 2,5 milioni hanno fatto uso della sostanza nell'ultimo anno (cfr. la tabella 7 per un riepilogo dei dati). Il consumo di ecstasy nell'ultimo anno è concentrato tra i giovani adulti, con livelli di consumo segnalati da parte dei maschi notevolmente superiori a quelli delle femmine in tutti i paesi tranne in Grecia, Romania, Finlandia e Svezia. La prevalenza una tantum del consumo di ecstasy tra la fascia di età compresa tra i 15 e i 34 anni di età spazia da meno dello 0,6 % al 12,7 %; la maggior parte dei paesi segnala stime comprese tra il 2,1 e l'5,8 % ([69]).

Tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni, la prevalenza una tantum del consumo di ecstasy varia tra

**Tabella 7 — Prevalenza del consumo di ecstasy nella popolazione generale: sintesi dei dati**

| Fascia di età | Periodo di consumo | |
|---|---|---|
| | Una tantum | Ultimo anno |
| **15-64 anni** | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 11 milioni | 2,5 milioni |
| Media europea | 3,2 % | 0,7 % |
| Intervallo | 0,3-8,3 % | 0,1-1,6 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (0,3 %)<br>Grecia (0,4 %)<br>Malta (0,7 %)<br>Norvegia (1,0 %) | Romania, Svezia (0,1 %)<br>Malta, Grecia (0,2 %)<br>Danimarca, Polonia, Norvegia (0,3 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Regno Unito (8,3 %)<br>Irlanda (5,4 %)<br>Spagna (4,9 %)<br>Lettonia (4,7 %) | Regno Unito, Slovacchia (1,6 %)<br>Lettonia (1,5 %)<br>Repubblica ceca (1,4 %) |
| **15-34 anni** | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 7,5 milioni | 2 milioni |
| Media europea | 5,5 % | 1,4 % |
| Intervallo | 0,6-12,7 % | 0,2-3,2 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania, Grecia (0,6 %)<br>Malta (1,4 %)<br>Polonia, Norvegia (2,1 %)<br>Portogallo (2,6 %) | Romania, Svezia (0,2 %)<br>Grecia (0,4 %)<br>Norvegia (0,6 %)<br>Polonia (0,7 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Regno Unito (12,7 %)<br>Repubblica ceca (9,3 %)<br>Irlanda (9,0 %)<br>Lettonia (8,5 %) | Regno Unito (3,2 %)<br>Repubblica ceca (2,8 %)<br>Slovacchia, Lettonia, Paesi Bassi (2,7 %) |

Le stime europee sono calcolate a partire dalle stime nazionali della prevalenza ponderate per la popolazione del gruppo di età rilevante in ciascun paese. Per ottenere le stime del numero complessivo dei consumatori in Europa, la media UE viene applicata nel caso dei paesi per i quali mancano dati di prevalenza (che rappresentano non più del 3 % della popolazione presa in esame). Popolazioni utilizzate come base: 15-64 anni (336 milioni), 15-34 anni (132 milioni). Poiché le stime europee sono basate su indagini condotte tra il 2001 e il 2009/10 (principalmente nel periodo 2004-2008), non sono riferite a un unico anno. I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» del bollettino statistico 2011.

([68]) Cfr. le tabelle TDI-2 (parte i), TDI-3 (parte iii) e TDI-5 (parte ii) e (parte iv) nel bollettino statistico 2011 e la tabella TDI-5 (parte ii) nel bollettino statistico 2006.

([69]) Cfr. la tabella GPS-7 (parte iv) nel bollettino statistico 2011.

l'1 e il 5 % nella maggior parte dei paesi dell'UE in cui è stata condotta l'indagine nel 2007. Solo quattro paesi riferiscono livelli di prevalenza più elevati: Bulgaria, Estonia, Slovacchia (tutti 6 %) e Lettonia (7 %). I quattro paesi che hanno condotto indagini presso le scuole nel 2009 (Italia, Slovacchia, Svezia, Regno Unito) hanno riferito una prevalenza una tantum di consumo di ecstasy del 5 % o inferiore ([70]).

Gli studi qualitativi forniscono una panoramica sull'uso in ambienti ricreativi di sostanze stupefacenti stimolanti da parte di giovani adulti che frequentano diversi locali notturni in Europa. Questi studi sottolineano differenze significative tra i profili di consumo dei pazienti, mostrando che i frequentatori di locali di musica da ballo elettronica sono molto più inclini a segnalare il consumo della sostanza rispetto a coloro che frequentano altri tipi di locali notturni. I dati sulla prevalenza del consumo di ecstasy negli ambienti della vita notturna nel 2009 sono disponibili solo per quattro paesi (Belgio, Repubblica ceca, Paesi Bassi, Regno Unito), tuttavia mostrano una variazione significativa nei livelli segnalati del consumo recente (nell'ultimo anno), che spazia dal 10 % al 75 %. Il consumo di ecstasy risulta essere più comune rispetto a quello delle anfetamine negli ambienti dei campioni rappresentati nei paesi in questione.

Nel periodo 2003-2009, nessun paese ha segnalato un aumento del consumo di ecstasy, mentre Estonia, Spagna, Germania, Ungheria e Regno Unito hanno riferito un calo di circa un punto percentuale nel consumo di ecstasy nell'ultimo anno nella fascia di età compresa tra i 15 e i 34 anni. Tuttavia esistono alcune variazioni tra i diversi paesi. Nei paesi che segnalano livelli superiori alla media di consumo di ecstasy nell'anno precedente, il consumo della sostanza tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 34 anni in genere ha subito un picco a metà tra il 3 % e il 5 % agli inizi degli anni 2000 (Estonia, Spagna, Slovacchia, Regno Unito; cfr. il grafico 8). Fa eccezione la Repubblica ceca, dove si stima che il consumo di ecstasy nell'ultimo anno tra i giovani di questa fascia di età abbia raggiunto il picco di 7,7 % nel 2008 per poi scendere a 2,8 % nel 2009. Nella Repubblica ceca, le differenze tra i vari metodi di indagine non consentono di confermare le ultime tendenze.

Le indagini condotte nelle scuole suggeriscono, nel complesso, esigui cambiamenti nei livelli di sperimentazione con l'ecstasy tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni. Nel periodo 2003-2007, la maggior parte dei paesi ha segnalato tendenze basse e stabili nella prevalenza una tantum di ecstasy all'interno di questo gruppo, mentre sette paesi hanno segnalato un aumento e tre una diminuzione, utilizzando come soglia una differenza di due punti in percentuale. Una diminuzione della prevalenza del consumo di ecstasy può essere suggerita dagli studi condotti negli ambienti ricreativi in Europa. Ad Amsterdam, uno studio sui frequentatori di «coffee shop» ha segnalato un netto calo del consumo nell'ultimo mese di ecstasy, che è sceso dal 23 % del 2001 al 6 % del 2009; lo studio ha anche segnalato una riduzione del consumo una tantum di anfetamina, dal 63 % al 41 % nel corso dello stesso periodo. Uno studio belga condotto regolarmente negli ambienti dei locali notturni ha segnalato che l'ecstasy non è più la seconda droga illegale più utilizzata. Nelle indagini precedenti, il consumo di ecstasy nell'ultimo anno era sempre compreso tra il 15 % e il 20 %, tuttavia nel 2009 era sceso al 10 %.

Pochi consumatori di ecstasy chiedono di entrare in terapia per i problemi legati all'uso della sostanza. Nel 2009, l'ecstasy è stata citata come droga primaria da meno dell'1 % (1 300) dei pazienti che hanno iniziato il trattamento. Le persone in terapia per problemi correlati all'ecstasy hanno un'età media di 26 anni pertanto sono tra i più giovani pazienti che si sottopongono al trattamento e presentano un rapporto uomo-donna pari a 4:1. Questi pazienti segnalano spesso il consumo concomitante di altre sostanze, incluso alcol, cocaina e, in misura minore, cannabis e anfetamine ([71]).

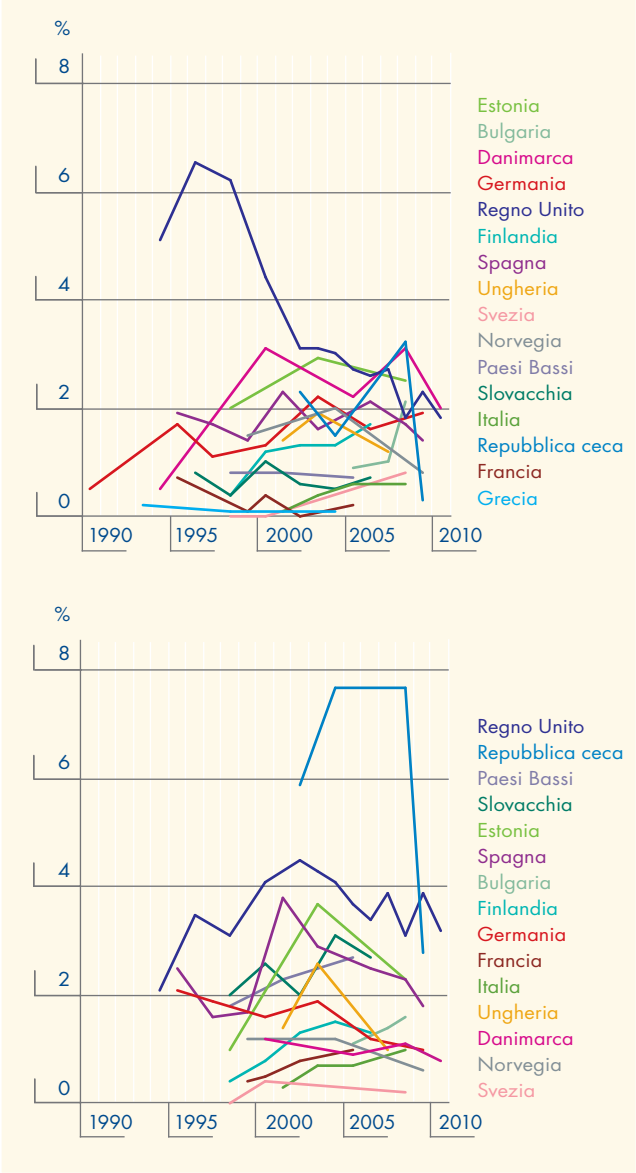
Gli studi europei segnalano il consumo combinato di ecstasy o anfetamine e alcol. In nove paesi europei, le indagini condotte sulla popolazione generale rivelano che i consumatori frequenti o di elevate quantità di alcol segnalano livelli di prevalenza del consumo di anfetamine o ecstasy molto superiori alla media (OEDT, 2009b). Analogamente, i dati delle indagini nelle scuole ESPAD per 22 paesi mostrano che l'86 % degli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni che hanno consumato ecstasy durante l'ultimo mese ha anche bevuto cinque o più bevande alcoliche in un'occasione (OEDT, 2009b).

### Sostanze allucinogene, GHB e chetamina

Tra i giovani adulti (15-34 anni), le stime della prevalenza una tantum del consumo di LSD in Europa spaziano da zero a 5,5 % mentre per il consumo nell'ultimo anno vengono segnalati livelli di prevalenza molto più bassi ([72]). I pochi paesi che hanno fornito dati confrontabili segnalano per la maggior parte livelli di consumo di funghi allucinogeni più elevati rispetto all'LSD, sia tra la popolazione generale sia tra gli studenti delle scuole. Le

([70]) Cfr. la tabella EYE-11 nel bollettino statistico 2011.
([71]) Cfr. le tabelle TDI-5, TDI-8 e TDI-37 (parte i), (parte ii) e (parte iii) nel bollettino statistico 2011.
([72]) Cfr. la tabella GPS-1 nel bollettino statistico 2011.

**Grafico 8:** Andamento della prevalenza nell'ultimo anno del consumo di anfetamine (in alto) e di ecstasy (in basso) tra i giovani adulti (15-34 anni)




*NB:* Sono presentati soltanto i dati per i paesi con almeno tre indagini nel periodo dal 1998 al 2009/10. La Repubblica ceca sta esaminando i motivi della grande variabilità nei risultati dell'indagine, che sembrano in parte legati a cambiamenti nei metodi. I dati vengono forniti per informazione, ma i confronti dovrebbero essere trattati con cautela. Cfr. i grafici GPS-8 e GPS-21 nel bollettino statistico 2011 per ulteriori informazioni.

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

stime della prevalenza una tantum per i funghi allucinogeni tra i giovani adulti variano dallo 0,3 % al 14,1 e le stime della prevalenza nell'ultimo anno sono comprese tra lo 0,2 e il 5,9 %. La maggior parte dei paesi segnala stime della prevalenza una tantum per il consumo di funghi allucinogeni tra gli studenti di 15-16 anni comprese tra l'1 % e il 4 %, mentre la Slovacchia (5 %) e la Repubblica ceca (7 %) riferiscono livelli più elevati ([73]).

Le stime della prevalenza del consumo di GHB e chetamina presso la popolazione degli adulti e quella degli studenti delle scuole sono di gran lunga inferiori alle stime riguardanti il consumo di cocaina ed ecstasy, tuttavia, l'uso di tali sostanze può essere maggiore in alcuni specifici gruppi, ambienti e zone geografiche. Recentemente, in Belgio, nella Repubblica ceca, nei Paesi Bassi e nel Regno Unito sono state condotte indagini mirate che segnalano le stime della prevalenza per il consumo di queste sostanze. Tali studi riferiscono una prevalenza una tantum del consumo di GHB compresa tra il 3,9 % e il 14,3 %, e una prevalenza nell'ultimo mese pari a 4,6 %. Nelle stesse indagini, le stime relative al consumo di chetamina vanno dal 2,9 % al 62 % per il consumo una tantum e dallo 0,3 % al 28 % per il consumo nell'ultimo mese. Esistono differenze significative tra le differenti indagini e i diversi paesi e l'elevata prevalenza del consumo di chetamina è citata unicamente in un'indagine condotta nel 2010 da una rivista musicale del Regno Unito (Winstock, 2011). Da questa indagine emergono livelli di consumo di chetamina molto superiori a quelli del GHB. Tale prevalenza della chetamina può essere dovuta all'auto-selezione delle persone intervistate e alla peculiarità dei loro profili e atteggiamenti. I Paesi Bassi hanno segnalato un aumento della popolarità della chetamina tra coloro i quali dettano le nuove tendenze nella regione occidentale, tuttavia, nel 2009, i livelli della prevalenza dell'ultimo mese tra i frequentatori di feste e raduni su vasta scala rimangono più bassi (1,2 %) di quelli del GHB (4,6 %). Tra i frequentatori dei «coffee shop» di Amsterdam nel 2009, il consumo di GHB nell'ultimo mese ha eguagliato il consumo di anfetamina nell'ultimo mese (1,5 %). Gli studi qualitativi condotti in Germania, Estonia, Francia e Paesi Bassi sottolineano un'elevata percezione del rischio di overdose che porta allo stato di incoscienza e al coma, associato al consumo di GHB.

Dalle ripetute indagini condotte tra frequentatori di feste e raduni o presso gli ambienti ricreativi non è possibile individuare tendenze generali per il consumo di GHB e chetamina e, nella maggioranza dei casi, le variazioni riportate sono di lieve entità. Gli studi condotti in Belgio presso gli ambienti ricreativi hanno segnalato che il consumo di GHB e chetamina nell'ultimo mese è aumentato dal 2 % al 3 % tra il 2008 e il 2009. Nella Repubblica ceca, gli studi negli ambienti della vita notturna segnalano che la prevalenza del consumo di GHB nell'ultimo anno è passata dall'1,4 % del 2007 al 3,9 % del 2009 e che il consumo di chetamina è salito dal 2,2 % al 2,9 % nello stesso periodo. Tra i frequentatori dei «coffee shop» di Amsterdam sono state segnalate diminuzioni del consumo nell'ultimo mese di GHB, dal 2,8 % del 2001 all'1,5 % del 2009. Ciononostante,

([73]) Dati provenienti da ESPAD per tutti i paesi tranne la Spagna. Cfr. il grafico EYE-3 (parte v) nel bollettino statistico 2011.

le tendenze riscontrate ad Amsterdam non sono rappresentative del resto dei Paesi Bassi. Inoltre, tra le persone che hanno risposto alle domande per l'indagine della rivista musicale del Regno Unito, il consumo nell'ultimo mese di GHB è sceso dall'1,7 % del 2009 a meno dell'1 % nel 2010 e il consumo di chetamina è sceso dal 32,4 % al 28 % nello stesso arco di tempo.

## Interventi presso gli ambienti ricreativi

Nonostante i livelli elevati di consumo di droga negli ambienti ricreativi, solo 13 paesi riferiscono l'adozione di interventi di prevenzione o riduzione del danno in tali contesti. Gli interventi segnalati continuano a concentrarsi sulla fornitura di informazioni e consulenza. Ciò è evidente anche negli interventi inclusi nell'iniziativa basata su Internet Healthy Nightlife Toolbox, finanziata dall'UE e destinata a coadiuvare la riduzione del danno causato dal consumo di alcol e droga negli ambienti della vita notturna. Il progetto «Safer Nightlife» rivolto a promuovere una vita notturna più sana e sicura, un'altra iniziativa finanziata dall'UE nell'ambito del programma «Democrazia, città e droga» (2008–2011), mira ad andare oltre, a non limitarsi a fornire informazioni e a migliorare i programmi di prevenzione relativi alla vita notturna e la formazione dei professionisti.

Una recente analisi sistematica delle strategie per la riduzione del danno applicate presso gli ambienti della vita notturna ha rivelato che queste sono raramente oggetto di valutazione e che la loro efficacia non è sempre chiara (Akbar e al., 2011). L'analisi ha riscontrato che gli interventi concentrati sull'addestramento del personale negli ambienti ricreativi rappresentava il tipo di programma disponibile più comune. Generalmente questi programmi includono argomenti quali le modalità per riconoscere i segnali dell'intossicazione e quando e come rifiutarsi di servire i clienti. Tra le tattiche astute del progetto «taktisch klug» austriaco, gli organizzatori di feste e raduni sono assistiti durante la fase di preparazione dell'evento e ai partecipanti viene offerta consulenza per aiutarli a sviluppare un approccio più critico alle sostanze psicoattive e ai comportamenti a rischio. I modelli ambientali costituiti da più componenti («multi-component»), che si annoverano tra i programmi con i risultati di valutazione più promettenti, sono segnalati principalmente dai paesi dell'Europa settentrionale.

Gli studi condotti presso i locali dove si svolge vita notturna internazionale mostrano che tali ambienti possono essere associati con l'assunzione, l'escalation e la ricaduta in relazione al consumo di droga e possono svolgere un ruolo nella diffusione della cultura della droga a livello internazionale. La ricerca indica livelli elevati di consumo di droga e l'iniziazione al consumo di sostanze stupefacenti in alcune località. Ad esempio, uno studio sui giovani (16-35 anni) provenienti da Spagna, Germania e Regno Unito in vacanza a Ibiza e Maiorca, ha riscontrato differenze significative nel consumo di droga tra le diverse nazionalità e tra le due località. I livelli di droga erano particolarmente elevati tra i frequentatori di Ibiza provenienti da Spagna e Gran Bretagna, e almeno un visitatore britannico su cinque ha provato una droga nuova durante le vacanze (Bellis e al., 2009).

### Conseguenze del consumo di anfetamine sulla salute

L'uso delle anfetamine in ambito medico è stato associato a vari effetti collaterali, tra cui anoressia, insonnia ed emicranie. Il consumo illegale di anfetamine è associato a una serie più ampia di conseguenze negative (OEDT, 2010d), come effetti negativi di breve durata (irrequietezza, tremito, ansia, vertigini); una sensazione di «cedimento» o di spossatezza, successivi all'effetto (depressione, disturbi del sonno, comportamento suicida); effetti psicologici e psichiatrici legati al consumo a lungo termine (psicosi, comportamento suicida, ansia e comportamento violento) e dipendenza, con un'ampia gamma di sintomi da astinenza.

Sono stati svolti molti studi sulle conseguenze del consumo di anfetamine sulla salute in Australia e negli Stati Uniti, paesi in cui il consumo di metanfetamina, in particolare il fumo dei cristalli di metanfetamina rappresenta una parte rilevante del problema della droga. Anche se il consumo di metanfetamina è in confronto raro in Europa, questi effetti sulla salute sono stati segnalati anche in Europa. Inoltre, sono stati individuati problemi cerebrovascolari (rischio di attacco ischemico ed emorragico) e patologie cardiovascolari acute e croniche (forte aumento del battito cardiaco e della pressione arteriosa). Nel contesto del consumo cronico o di una patologia cardiovascolare preesistente tali problemi possono innescare eventi gravi e potenzialmente letali (ischemia del miocardio e infarto). Altri effetti sulla salute comprendono la neurotossicità, la restrizione della crescita fetale associata al consumo di anfetamina durante la gravidanza e le malattie dentali.

L'assunzione per via parenterale, sebbene rara tra i consumatori di anfetamine europei, aumenta il rischio di malattie infettive (HIV ed epatite). Sono stati riferiti tassi elevati di comportamento sessuale a rischio nella Repubblica ceca per i consumatori di metanfetamina, che li rendevano più vulnerabili alle infezioni trasmesse per via sessuale. Gli studi condotti nella Repubblica ceca, in Lettonia e nei Paesi Bassi hanno mostrato tassi elevati di mortalità tra i consumatori di anfetamine dipendenti o cronici. Tuttavia, stimare la mortalità associata alle anfetamine è complicato a causa della poliassunzione (principalmente consumo simultaneo di eroina e cocaina).

## Trattamento

### Consumo problematico di anfetamine

Le opzioni terapeutiche disponibili per i consumatori di anfetamine nei paesi europei seguono spesso la storia nazionale e i modelli di consumo problematico di anfetamine, notevolmente diversi da un paese all'altro. Nei paesi europei occidentali e meridionali i sistemi di trattamento si sono specializzati soprattutto nel rispondere alle esigenze dei consumatori di oppioidi. Nonostante i bassi livelli del consumo problematico di anfetamine in questi paesi, la mancanza di servizi dedicati può impedire l'accesso al trattamento a tali utenti, soprattutto per i consumatori di anfetamine più integrati a livello sociale (OEDT, 2010d). Nei paesi dell'Europa settentrionale e centrale che hanno una lunga tradizione nel trattamento del consumo di anfetamine, alcuni programmi sono personalizzati per le esigenze dei consumatori di anfetamine. Nei paesi dell'Europa centrale e orientale in cui il forte consumo problematico di anfetamine è più recente, i sistemi di trattamento sono orientati principalmente verso i consumatori problematici di oppioidi e sono stati lenti nell'affrontare le esigenze dei consumatori di anfetamine. Un'indagine condotta nel 2008 da esperti nazionali ha riscontrato che meno della metà dei paesi europei segnala la disponibilità di programmi di trattamento specifici per i consumatori di anfetamine che chiedono attivamente un trattamento.

Il trattamento psicosociale fornito nei servizi ambulatoriali ai tossicodipendenti è la forma più diffusa di trattamento per i consumatori di anfetamine. I consumatori più problematici, ad esempio quelli la cui dipendenza da anfetamine è complicata da disturbi psichici concomitanti possono ricevere il trattamento nei servizi ospedalieri per tossicodipendenti, nelle cliniche psichiatriche o negli ospedali. In Europa vengono somministrati prodotti farmaceutici quali antidepressivi, sedativi e antipsicotici per il trattamento dei sintomi di astinenza all'inizio della terapia di disintossicazione, che viene in genere praticata presso i reparti psichiatrici specializzati degli ospedali. Il trattamento per periodi più lunghi con antipsicotici viene prescritto talvolta nei casi di psicopatologie di lunga durata dovute al consumo cronico di anfetamine. I professionisti europei riferiscono che i problemi psichiatrici presentati spesso dai consumatori problematici di anfetamine sono difficili da gestire nel contesto terapeutico. In Ungheria il primo protocollo professionale ad occuparsi del trattamento dei consumatori di anfetamine è stato pubblicato dal ministero della Sanità all'inizio del 2008. Il protocollo riguarda la diagnosi, la struttura indicata del trattamento sotto assistenza medica e basato sull'astinenza, altre terapie e la riabilitazione.

#### Studi sul trattamento della dipendenza da anfetamine

Sebbene sia stata una forma limitata di prescrizione di terapia sostitutiva nella Repubblica ceca e nel Regno Unito, attualmente non esiste alcuna prova disponibile a sostegno dell'efficacia di questo approccio. Tuttavia, i medici stanno esaminando attivamente le terapie farmacologiche che potrebbero essere utili nel trattamento della dipendenza da anfetamine. La dextroamfetamina, stimolante del sistema nervoso centrale, nella sperimentazione tra i pazienti che facevano uso della metanfetamina ha dato risultati positivi per la riduzione dei sintomi da appetizione compulsiva e da astinenza e nel mantenimento dei pazienti in terapia, ma non ha ridotto il consumo di metanfetamina rispetto a un placebo (Galloway e al., 2011; Longo e al., 2010). Gli studi che hanno sperimentato l'effetto del Modafinil, un farmaco impiegato per regolare la sonnolenza, sugli individui dipendenti da metanfetamina, hanno riscontrato possibili miglioramenti nella memoria di lavoro (Kalechstein e al., 2010), ma nessuna differenza rispetto a un placebo per quanto riguarda livelli di consumo di droga, mantenimento in terapia, depressione o appetizione compulsiva (Heinzerling e al., 2010).

Il bupropione, un antidepressivo che è stato impiegato per aiutare a smettere di fumare, è stato sperimentato su un piccolo gruppo di uomini dipendenti da metanfetamina che hanno relazioni sessuali con uomini (Elkashef e al., 2008); è necessario uno studio più completo per confermare i risultati positivi rilevati. Un altro studio pilota, destinato a controllare i sintomi del disturbo da deficit di attenzione/iperattività nei consumatori problematici di anfetamine, ha associato il rilascio prolungato di metilfenidato a sessioni settimanali di formazione delle competenze, ma non ha riscontrato alcuna differenza con il gruppo placebo (Konstenius e al., 2010).

In questo ambito sono state registrate numerose sperimentazioni attualmente in corso, compresi studi sul naltrexone a rilascio esteso per la dipendenza da anfetamina e da metanfetamina e studi sull'antagonista delle monoamine, su un inibitore dell'enzima convertitore dell'angiotensina, sull'*N*-acetilcisteina, sulla rivastigmina e sulla vareniclina.

Gli interventi psicologici e comportamentali per i problemi causati dalla metanfetamina sono oggetto di un numero ridotto di studi. Uno studio australiano ha cercato di confrontare due approcci psicologici per il consumo di metanfetamina, ma il tasso di abbandono dei partecipanti

è stato troppo elevato per ottenere dei risultati significativi (Smout e al., 2010). Le sperimentazioni in corso in questo ambito studiano l'effetto dei colloqui motivazionali e della formazione di abilità comportamentali cognitive sulla dipendenza da metanfetamina.

### Dipendenza da gammaidrossibutirrato (GHB) e trattamento

La dipendenza da gammaidrossibutirrato (GHB) è una condizione clinica riconosciuta, con una sindrome da astinenza potenzialmente grave quando l'assunzione della droga viene cessata improvvisamente in seguito a un consumo regolare o cronico. Esistono prove secondo cui la dipendenza fisica può verificarsi nei consumatori in contesti ricreativi e sono stati documentati casi di sintomi da astinenza alla cessazione del consumo di GHB e dei suoi precursori. La dipendenza da GHB è stata riferita anche tra gli ex alcolizzati (Richter e al., 2009).

Gli studi disponibili sono incentrati principalmente sulla descrizione della sindrome da astinenza di GHB e delle relative complicazioni, che possono essere difficili da riconoscere nei casi di emergenza (van Noorden e al., 2009). Questi sintomi possono comprendere agitazione, attacchi di ansia, insonnia, sudore, tachicardia e ipertensione. I pazienti in crisi di astinenza possono sviluppare anche psicosi e delirio. È possibile gestire un'astinenza di livello moderato in regime ambulatoriale, diversamente è consigliato il controllo in regime di ricovero. Finora non è stato elaborato alcun protocollo standard per il trattamento della sindrome da astinenza di GHB.

Le benzodiazepine e i barbiturati sono i prodotti farmaceutici utilizzati più di frequente per trattare i problemi gravi relativi al consumo di GHB. Negli Stati Uniti è in corso un breve studio per confrontare la benzodiazepina Lorazepam con il barbiturico Pentobarbital per la riduzione dei sintomi di astinenza soggettivi in soggetti dipendenti da GHB. Nei Paesi Bassi è in corso una ricerca per stabilire orientamenti basati su prove per il trattamento della dipendenza da GHB.

# Capitolo 5
# Cocaina e cocaina crack

## Introduzione

La cocaina rimane la seconda droga illegale usata più di frequente in Europa, anche se i livelli di prevalenza e le tendenze sono notevolmente diverse in ciascun paese. Livelli elevati di consumo di cocaina vengono osservati soltanto in un numero esiguo di paesi, per lo più dell'Europa occidentale, mentre altrove il consumo di questa droga rimane limitato. Vi è inoltre una notevole diversità tra i consumatori di cocaina, che comprendono consumatori occasionali e consumatori regolari più integrati socialmente, che sniffano regolarmente polvere di cocaina e consumatori più emarginati e spesso dipendenti, che consumano cocaina per via parenterale o utilizzano cocaina crack.

## Offerta e disponibilità

### Produzione e traffico

La coltivazione delle foglie di coca, da cui si ottiene la cocaina, continua a essere concentrata in tre paesi della regione andina, Colombia, Perù e Bolivia. L'UNODC (2011) ha stimato che l'area destinata alla coltivazione delle foglie di coca nel 2010 fosse pari a 149 000 ettari, con un calo del 6 % rispetto alla stima di 158 000 ettari nel 2009. Questa riduzione è stata ampiamente attribuita a una riduzione dell'area adibita alla coltivazione di coca in Colombia, parzialmente compensata dagli aumenti registrati in Perù e in Bolivia. I 149 000 ettari di foglie di coca si sono tradotti in una produzione potenziale compresa tra 786 e 1 054 tonnellate di cocaina pura, rispetto alle 842-1 111 tonnellate stimate nel 2009 (UNODC, 2011).

La maggior parte del processo di conversione delle foglie di coca in cocaina idrocloride avviene in Colombia, Perù e Bolivia, sebbene possa interessare anche altri paesi. L'importanza della Colombia nella produzione di cocaina è comprovata dalle informazioni sui laboratori smantellati e dai sequestri di permanganato di potassio, un reagente chimico utilizzato nella sintesi della cocaina idrocloride. Nel 2009 sono stati smantellati 2 900 laboratori di

**Tabella 8 — Produzione, sequestri, prezzo e purezza della cocaina e della cocaina crack**

| | Cocaina in polvere (cloridrato) | Crack (cocaina base) (1) |
|---|---|---|
| **Stima della produzione globale (tonnellate)** | 786-1 054 | n.d. |
| **Quantità globali sequestrate (tonnellate)** | 732 (2) | n.d. |
| **Quantità sequestrata (tonnellate)**<br>**UE e Norvegia (comprese Croazia e Turchia) (3)** | 49<br>(49) | 0,09<br>(0,09) |
| **Numero di sequestri**<br>**UE e Norvegia (comprese Croazia e Turchia)** | 98 500<br>(99 000) | 7 500<br>(7 500) |
| **Prezzo medio di vendita (euro al grammo)**<br>**Intervallo (Intervallo interquartile) (4)** | 45-104<br>(50,2-78,2) | 55-70 |
| **Intervallo di purezza media ( %) (Intervallo interquartile) (4)** | 18-51<br>(25,0-38,7) | 6-75 |

(1) A causa dell'esiguo numero di paesi che riferiscono informazioni, i dati dovrebbero essere interpretati con cautela.
(2) UNODC calcola che questa cifra sia equivalente a 431-562 tonnellate di cocaina pura.
(3) La quantità totale di cocaina sequestrata nel 2009 è probabilmente stimata per difetto, in gran parte a causa della mancanza di dati recenti per i Paesi Bassi, un paese che ha segnalato sequestri relativamente consistenti nel 2007. In assenza di dati relativi al 2008 e al 2009, non è possibile includere i valori per i Paesi Bassi nelle stime europee per il 2009.
(4) Intervallo della metà intermedia dei dati riferiti.
*NB:* Tutti i dati sono relativi al 2009; n.d., dati non disponibili.
*Fonte:* UNODC (2011) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

cocaina (UNODC, 2011) e in Colombia sono state recuperate in totale 23 tonnellate di permanganato di potassio (il 90 % dei sequestri globali) (INCB, 2011a).

Le partite di cocaina che arrivano in Europa sembra siano transitate attraverso la maggior parte dei paesi dell'America meridionale e centrale, anche se principalmente attraverso l'Argentina, il Brasile, l'Ecuador, il Venezuela e il Messico. Anche le isole dei Caraibi sono usate frequentemente per la spedizione della droga in Europa. Negli ultimi anni è stata individuata una rotta alternativa attraverso l'Africa occidentale (OEDT ed Europol, 2010). Sebbene a partire dal 2007 sia stato segnalato un «calo sostanziale» dei sequestri di cocaina in transito nell'Africa occidentale (UNODC, 2011), è probabile che quantità significative di sostanza passino ancora attraverso la regione (OEDT ed Europol, 2010).

La Spagna, i Paesi Bassi e il Portogallo, e in certa misura il Belgio, sembrano essere i principali punti di accesso in Europa della cocaina. Nelle relazioni sono citati frequentemente la Germania, la Francia e il Regno Unito quali importanti paesi di transito o di destinazione all'interno dell'Europa. Il Regno Unito stima che ogni anno vengano importate nel paese 25-30 tonnellate di cocaina. Le ultime relazioni indicano anche che il traffico di cocaina potrebbe essere in fase di espansione verso est (OEDT ed Europol, 2010; INCB, 2011b). La cifra aggregata per dodici paesi dell'Europa centrale e orientale mostra un aumento del numero di sequestri di cocaina, dai 666 casi del 2004 ai 1 232 del 2009; tuttavia questi rappresentano ancora solo circa l'1 % del totale europeo. Le quantità di cocaina recuperate in questa regione sono più che raddoppiate tra il 2008 e il 2009, principalmente a causa di sequestri eccezionali in Bulgaria (0,23 tonnellate) e in Romania (1,3 tonnellate), due paesi che si trovano lungo la cosiddetta rotta dei Balcani, generalmente associata al traffico di eroina.

### Sequestri

La cocaina è la droga più venduta al mondo, dopo le foglie e la resina di cannabis. Nel 2009 i quantitativi globali sequestrati sono rimasti ampiamente stabili intorno alle 732 tonnellate (tabella 8) (UNODC, 2011). L'America meridionale continua a riferire i quantitativi sequestrati più ingenti, che rappresentano il 60 % della cifra globale, seguita dall'America settentrionale, con il 18 %, e dall'Europa con l'8 % (UNODC, 2011).

In Europa il numero di sequestri è aumentato negli ultimi 20 anni, in particolare dopo il 2004, arrivando a circa 99 000 casi nel 2009. La quantità totale intercettata ha raggiunto il massimo nel 2006 e si è dimezzata da allora per raggiungere circa 49 tonnellate nel 2009. Questo calo è dovuto principalmente a diminuzioni nelle quantità recuperate in Spagna e in Portogallo ([74]), anche se non è chiaro fino a che punto ciò sia dovuto a cambiamenti nelle rotte o nelle pratiche di traffico o a modifiche delle priorità di applicazione della legge. Nel 2009 la Spagna ha continuato a essere il paese che ha segnalato il maggior numero di sequestri e totalizzato i quantitativi maggiori di sostanza recuperata in Europa, circa la metà del totale in entrambi i casi. Tuttavia, questa analisi è preliminare, in quanto non sono ancora disponibili dati per i Paesi Bassi. Nel 2007, l'ultimo anno per cui sono disponibili dati, i Paesi Bassi hanno riferito di aver sequestrato circa 10 tonnellate di cocaina.

### Purezza e prezzo

La purezza media dei campioni di cocaina testati andava dal 25 % al 43 % in metà dei paesi che hanno fornito dati per il 2009. I valori più bassi sono stati riferiti in Danimarca (solo al dettaglio, 18 %) e nel Regno Unito (Inghilterra e Galles, 20 %) e quelli più elevati in Belgio (51 %), Spagna e Paesi Bassi (49 %) ([75]). Ventidue paesi hanno fornito dati sufficienti per l'analisi delle tendenze della purezza della cocaina nel periodo 2004-2009; 19 paesi hanno segnalato un calo e due (Germania, Slovacchia) una situazione stabile, mentre il Portogallo ha registrato un aumento. Nel complesso, la purezza della cocaina è diminuita di una media stimata del 20 % nell'Unione europea nel periodo 2004-2009 ([76]).

Il prezzo medio al dettaglio della cocaina era compreso tra 50 e 80 euro per grammo nella maggior parte dei paesi che hanno riferito dati per il 2009. Il Regno Unito ha riferito il prezzo medio più basso (45 euro), mentre il Lussemburgo ha riferito il prezzo più alto (104 euro). Quasi tutti i paesi che hanno fornito dati sufficienti per un confronto hanno riferito una stabilizzazione o un calo dei prezzi al dettaglio della cocaina tra il 2004 e il 2009. Nel periodo 2004-2009 il prezzo al dettaglio della cocaina nell'Unione europea è sceso di una media stimata del 21 % ([77]).

## Prevalenza e modelli di consumo

### Consumo di cocaina tra la popolazione generale

La cocaina è, dopo la cannabis, la seconda droga più provata in Europa, sebbene il suo consumo sia

([74]) Cfr. le tabelle SZR-9 e SZR-10 nel bollettino statistico 2011.
([75]) Per i dati sulla purezza e sul prezzo, cfr. le tabelle PPP-3 e PPP-7 nel bollettino statistico 2011.
([76]) Cfr. il grafico PPP-2 nel bollettino statistico 2011.
([77]) Cfr. il grafico PPP-1 nel bollettino statistico 2011.

### Prezzi della droga all'ingrosso e al dettaglio: cocaina

I prezzi della droga all'ingrosso sono i prezzi pagati per grandi quantità che vengono distribuite all'interno di un paese, mentre i prezzi al dettaglio sono quelli pagati dal consumatore. Confrontando i due, è possibile elaborare alcune stime dei margini di profitto massimi che i trafficanti di droga possono ottenere sul mercato al dettaglio.

Dati recenti raccolti dall'OEDT in 14 paesi europei indicano che nel 2008 il prezzo all'ingrosso per partite di un chilogrammo di cocaina può essere stimato tra 31 000 e 58 000 euro, e la maggior parte dei paesi riferisce cifre intorno ai 35 000 euro. Nei casi in cui è stato riferito, il livello medio di purezza di tali partite si aggirava intorno al 70 %.

Nel 2008, i prezzi al dettaglio della cocaina in questi paesi erano compresi tra 50 000 e 80 000 euro per l'equivalente di un chilogrammo di cocaina ed erano pertanto dal 25 % all'83 % più elevati rispetto ai prezzi all'ingrosso. I livelli di purezza diminuivano passando dal mercato all'ingrosso a quello al dettaglio, dove sono stati segnalati come compresi tra il 13 % e il 60 %, a seconda del paese. Tuttavia, sono necessari ulteriori dati per valutare con precisione le differenze di prezzo in base alla purezza tra il livello all'ingrosso e quello al dettaglio.

In una relazione dell'OEDT su uno studio pilota sui prezzi della droga all'ingrosso pubblicato nel 2011 è disponibile una panoramica dei metodi e della disponibilità di dati in Europa.

concentrato in un piccolo numero di paesi a elevata prevalenza, alcuni dei quali hanno popolazioni numerose. Si stima che circa 14,5 milioni di europei l'abbiano provata almeno una volta nella vita, pari a una media del 4,3 % di adulti della fascia dei 15-64 anni di età (cfr. la tabella 9 per una sintesi dei dati). Le cifre nazionali oscillano tra lo 0,1 e il 10,2 %, con la metà dei 24 paesi dichiaranti, tra cui la maggior parte dei paesi dell'Europa centrale e orientale, che segnalano tassi di prevalenza una tantum bassi (0,5-2,5 %).

Si stima che circa 4 milioni di cittadini europei abbiano fatto uso della sostanza nell'ultimo anno (in media l'1,2 %). Le recenti indagini nazionali segnalano stime della prevalenza nell'ultimo anno comprese tra zero e 2,7 %. La stima della prevalenza del consumo di cocaina nell'ultimo mese in Europa rappresenta lo 0,5 % circa della popolazione adulta, ossia quasi 1,5 milioni di persone.

Irlanda, Spagna, Italia, Cipro e il Regno Unito riferiscono livelli di consumo di cocaina superiori alla media europea nell'ultimo anno. In tutti questi paesi, i dati sulla prevalenza nell'ultimo anno indicano che la cocaina è la sostanza stimolante illecita più comunemente consumata.

#### Consumo di cocaina tra giovani adulti

Si ritiene che in Europa circa 8 milioni di giovani adulti (15-34 anni), per una media del 5,9 %, abbiano usato la cocaina almeno una volta nella vita. Le cifre nazionali oscillano tra lo 0,1 % e il 13,6 %. La media europea del consumo di cocaina nell'ultimo anno in questa fascia di età è stimata al 2,1 % (circa 3 milioni) e quella del consumo nell'ultimo mese allo 0,8 % (1 milione).

Il consumo è particolarmente elevato tra i giovani di sesso maschile (15-34 anni), con un tasso di prevalenza nell'ultimo anno compreso tra il 4 % e il 6,7 % in Danimarca, Spagna, Irlanda, Italia e Regno Unito ([78]). In 13 dei paesi dichiaranti, il rapporto uomo-donna riguardo alla prevalenza del consumo di cocaina nell'ultimo anno tra giovani adulti è di almeno due a uno ([79]).

#### Confronti internazionali

Nel complesso, la prevalenza stimata del consumo di cocaina nell'ultimo anno è inferiore tra i giovani adulti in Europa (2,1 %) rispetto ai loro coetanei in Australia (3,4 % nella fascia di età compresa tra i 14 e i 39 anni), in Canada (3,3 %) e negli Stati Uniti (4,1 % nella fascia di età compresa tra i 16 e i 34 anni). Tuttavia, la Spagna (4,4 %) e il Regno Unito (4,8 %) segnalano cifre più elevate (grafico 9). È importante osservare che le piccole differenze tra i paesi devono essere interpretate con cautela.

#### Consumo di cocaina tra gli studenti

Nelle più recenti indagini disponibili la prevalenza del consumo di cocaina una tantum tra gli studenti di età compresa tra 15 e 16 anni oscilla tra l'1 e il 2 % in più della metà dei 29 paesi dichiaranti. La maggioranza dei restanti paesi riferisce livelli di prevalenza compresi tra il 3 e il 4 %, mentre Francia e il Regno Unito indicano il 5 %. Laddove sono disponibili i dati sugli studenti di età compresa tra i 17 e i 18 anni, la prevalenza una tantum del consumo di cocaina è in genere più elevata, e in Spagna raggiunge l'8 % ([80]).

#### Tendenze relative al consumo di cocaina

Le tendenze relative al consumo di cocaina in Europa si sono evolute in modo diverso. In Spagna e nel Regno Unito, i due paesi dove la prevalenza del consumo di cocaina è più elevata, il consumo della sostanza

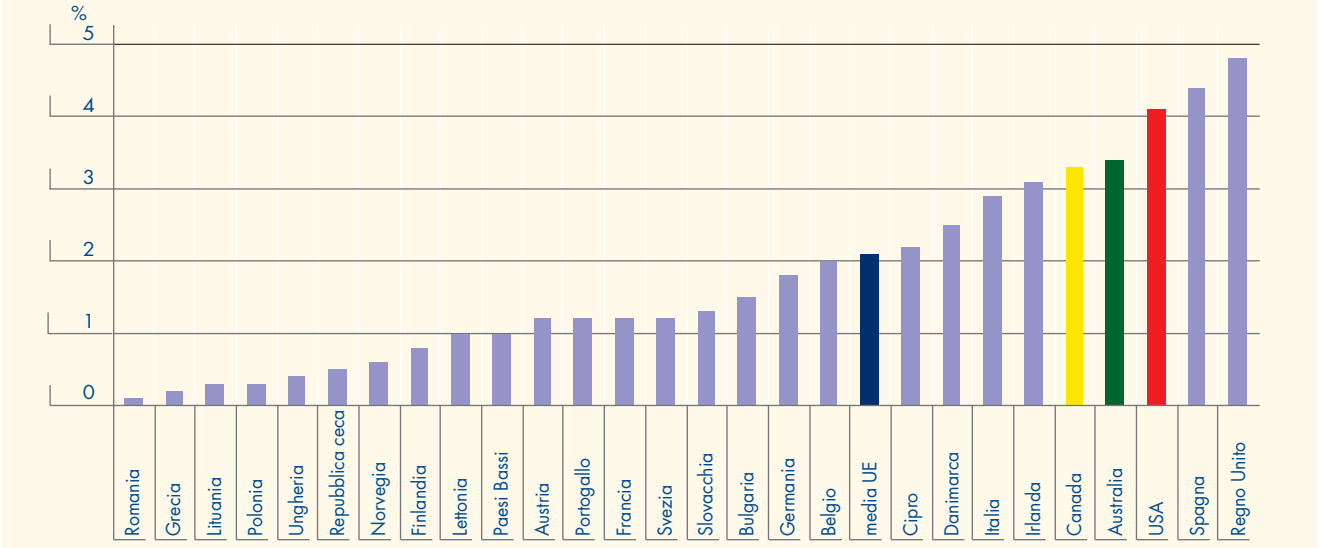
([78]) Cfr. il grafico GPS-13 nel bollettino statistico 2011.
([79]) Cfr. la tabella GPS-5 (parte iii) e (parte iv) nel bollettino statistico 2011.
([80]) Cfr. le tabelle da EYE-10 a EYE-30 nel bollettino statistico 2011.

## Tabella 9 — Prevalenza del consumo di cocaina nella popolazione generale: sintesi dei dati

| Fascia di età | Periodo di consumo | | |
|---|---|---|---|
| | Una tantum | Ultimo anno | Ultimo mese |
| **15-64 anni** | | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 14,5 milioni | 4 milioni | 1,5 milioni |
| Media europea | 4,3 % | 1,2 % | 0,5 % |
| Intervallo | 0,1-10,2 % | 0,0-2,7 % | 0,0-1,3 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (0,1 %)<br>Malta (0,4 %)<br>Lituania (0,5 %)<br>Grecia (0,7 %) | Romania (0,0 %)<br>Grecia (0,1 %)<br>Ungheria, Polonia, Lituania (0,2 %)<br>Malta (0,3 %) | Romania, Grecia (0,0 %)<br>Repubblica ceca, Malta, Svezia, Polonia, Lituania, Estonia, Finlandia (0,1 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Spagna (10,2 %)<br>Regno Unito (8,8 %)<br>Italia (7,0 %)<br>Irlanda (5,3 %) | Spagna (2,7 %)<br>Regno Unito (2,5 %)<br>Italia (2,1 %)<br>Irlanda (1,7 %) | Spagna (1,3 %)<br>Regno Unito (1,1 %)<br>Cipro, Italia (0,7 %)<br>Austria (0,6 %) |
| **15-34 anni** | | | |
| Numero stimato di consumatori in Europa | 8 milioni | 3 milioni | 1 milione |
| Media europea | 5,9 % | 2,1 % | 0,8 % |
| Intervallo | 0,1-13,6 % | 0,1-4,8 % | 0,0-2,1 % |
| Paesi con la prevalenza più bassa | Romania (0,1 %)<br>Lituania (0,7 %)<br>Malta (0,9 %)<br>Grecia (1,0 %) | Romania (0,1 %)<br>Grecia (0,2 %)<br>Polonia, Lituania (0,3 %)<br>Ungheria (0,4 %) | Romania (0,0 %)<br>Grecia, Polonia, Lituania, Norvegia (0,1 %)<br>Repubblica ceca, Ungheria, Estonia (0,2 %) |
| Paesi con la prevalenza più alta | Spagna (13,6 %)<br>Regno Unito (13,4 %)<br>Danimarca (8,9 %)<br>Irlanda (8,2 %) | Regno Unito (4,8 %)<br>Spagna (4,4 %)<br>Irlanda (3,1 %)<br>Italia (2,9 %) | Regno Unito (2,1 %)<br>Spagna (2,0 %)<br>Cipro (1,3 %)<br>Italia (1,1 %) |

Le stime europee sono calcolate a partire dalle stime nazionali della prevalenza ponderate per la popolazione del gruppo di età rilevante in ciascun paese. Per ottenere le stime del numero complessivo dei consumatori in Europa, la media UE viene applicata nel caso dei paesi per i quali mancano di dati di prevalenza (che rappresentano non più del 3 % della popolazione presa in esame). Popolazioni utilizzate come base: 15-64 anni (336 milioni), 15-34 anni (132 milioni). Poiché le stime europee sono basate su indagini condotte tra il 2001 e il 2009/10 (principalmente nel periodo 2004-2008), non sono riferite a un unico anno. I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» del bollettino statistico 2011.

**Grafico 9 —** Prevalenza del consumo di cocaina nell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34 anni) in Europa, Australia, Canada e Stati Uniti




*NB*: I dati provengono dall'ultima indagine disponibile per ciascun paese. Il tasso medio di prevalenza in Europa è stato calcolato come media dei tassi di prevalenza nazionali ponderata in base alla popolazione nazionale dei giovani di 15-34 anni (2007, dati forniti da Eurostat). I dati per gli Stati Uniti e l'Australia sono stati ricalcolati dai risultati dell'indagine originale per le fasce di età rispettivamente di 16-34 anni e di 14-39 anni. I dati per l'Australia si riferiscono al 2007 e quelli per il Canada e gli Stati Uniti al 2009. Cfr. il grafico GPS-20 nel bollettino statistico 2011 per ulteriori informazioni.

*Fonti*: Punti focali nazionali Reitox, AIHW (2008), CADUMS (2010), Samhsa (2010).

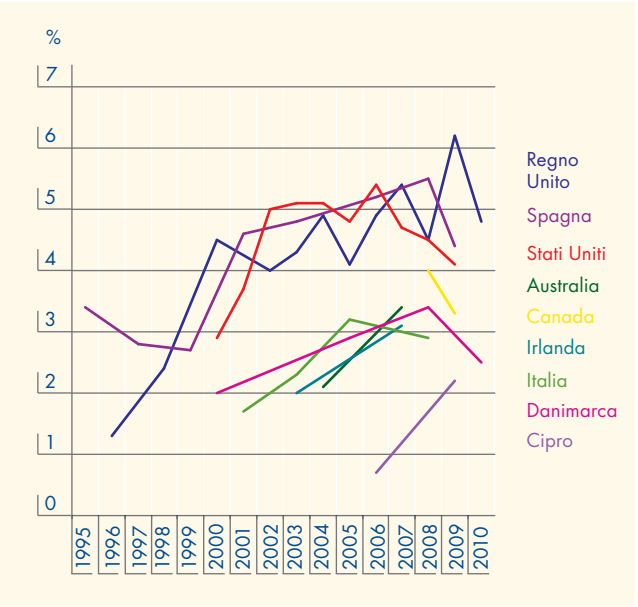
è aumentato drasticamente alla fine degli anni novanta, prima di assestarsi su tendenze più stabili, seppure ancora generalmente orientate verso l'alto. In altri quattro paesi (Danimarca, Irlanda, Italia, Cipro), l'aumento della prevalenza è stato meno marcato e si è verificato un po' più tardi. Tutti questi paesi hanno segnalato una prevalenza del consumo di cocaina tra i giovani adulti (15-34 anni) nell'ultimo anno superiore alla media UE del 2,1 % (grafico 9). Quattro di questi sei paesi hanno riferito un aumento generale negli ultimi 10 anni, pur osservando un calo nella loro indagine più recente (Danimarca, Spagna, Italia, Regno Unito), che rispecchia la tendenza osservata in Canada e negli Stati Uniti (grafico 10). Gli altri due paesi segnalano aumenti nelle loro indagini più recenti: Irlanda, dal 2,0 % nel 2003 al 3,1 % nel 2007 e Cipro, dallo 0,7 % nel 2006 al 2,2 % nel 2009.

In 17 altri paesi nei quali sono state svolte indagini ripetute, il consumo di cocaina è relativamente basso e nella maggior parte dei casi stabile. Possibili eccezioni comprendono la Bulgaria e la Svezia, che hanno riferito segnali di aumento e la Norvegia, dove la tendenza sembra essere verso il calo. Occorre tenere presente, tuttavia, che lievi modifiche alla bassa prevalenza devono essere interpretate con cautela. In Bulgaria, il consumo di cocaina tra i giovani adulti nell'anno scorso è salito dallo 0,7 % nel 2005 all'1,5 % nel 2008 e in Svezia da zero nel 2000 all'1,2 % nel 2008 ([81]). La Norvegia ha riferito un calo dall'1,8 % nel 2004 allo 0,8 % nel 2009.

Tra i quattro paesi che hanno svolto indagini nazionali presso le scuole nel periodo 2009-2010 (Italia, Slovacchia, Svezia, Regno Unito), soltanto la Slovacchia ha segnalato un cambiamento (calo) superiore a un punto percentuale nel consumo di cocaina una tantum tra gli studenti di età compresa tra i 15 e i 16 anni. Uno studio recente realizzato tra gli studenti di età più elevata in Germania ha riscontrato che la percentuale di studenti di età compresa tra 15 e 18 anni a Francoforte che ha riferito il consumo una tantum di cocaina è salita leggermente al 6 % nel 2008 ed è scesa al 3 % nel 2009.

Le indagini mirate possono fornire una preziosa panoramica sul comportamento dei giovani relativo al consumo di droga negli ambienti della musica dance e in altri contesti ricreativi. Queste indagini segnalano generalmente una prevalenza relativamente elevata della cocaina, mentre studi recenti svolti in alcuni paesi europei segnalano un calo. Ad esempio, in uno studio condotto sui frequentatori dei «coffee shop» ad Amsterdam è stato riferito un calo nel consumo di cocaina una tantum dal

**Grafico 10 —** Andamento della prevalenza del consumo di cocaina nell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34 anni) nei sei maggiori Stati membri dell'UE, in Australia, Canada e negli Stati Uniti




*NB:* Per ulteriori informazioni cfr. il grafico GPS-14 (parte ii) nel bollettino statistico 2011.
*Fonte:* Punti focali nazionali Reitox, AIHW (2008), CADUMS (2010), Samhsa (2010).

52 % nel 2001 al 34 % nel 2009 e una diminuzione del consumo nell'ultimo mese dal 19 % al 5 % nello stesso periodo ([82]). Sempre nei Paesi Bassi, un'osservazione qualitativa sulle tendenze ha osservato che, rispetto alle generazioni precedenti di giovani di età compresa tra 20 e 24 anni, oggi le persone di questa fascia di età sono meno interessate al consumo di cocaina. Uno studio belga svolto periodicamente in ambienti della vita notturna a partire dal 2003 ha segnalato un aumento del consumo di cocaina nell'ultimo anno durante il periodo 2003-2007 dall'11 % al 17 %, seguito da un calo al 13 % nello studio del 2009. Studi analoghi condotti nella Repubblica ceca segnalano un aumento del consumo di cocaina una tantum dal 19 % nel 2007 al 23 % nel 2009. Questi risultati, tuttavia, devono essere confermati da altre serie di dati.

## Modelli di consumo di cocaina

Le indagini indicano che, in contesti ricreativi, il consumo di cocaina è fortemente legato al consumo di alcol. I dati ricavati dalle indagini fra la popolazione generale in nove paesi rivelano che la prevalenza del consumo di cocaina è da due a nove volte superiore tra i forti bevitori occasionali ([83]) rispetto alla popolazione generale (OEDT,

([81]) Cfr. il grafico GPS-14 (parte i) nel bollettino statistico 2011.
([82]) Occorre osservare che l'andamento ad Amsterdam non è rappresentativo di quello dei Paesi Bassi nel complesso.
([83]) Il forte consumo episodico di alcol, noto anche come «binge drinking» è definito in questa sede come l'assunzione di sei o più bicchieri di bevanda alcolica nella stessa occasione almeno una volta alla settimana durante l'anno precedente.

2009b). Le indagini hanno dimostrato inoltre che il consumo di cocaina è associato al consumo di altre droghe illegali. Ad esempio, un'analisi dei dati dell'indagine britannica sui reati 2009/10 ha riscontrato che l'89 % degli adulti (di età compresa tra 16 e 59 anni) che aveva consumato cocaina in polvere nell'ultimo anno aveva consumato anche altre droghe, rispetto al 42 % soltanto dei consumatori di cannabis (Hoare e Moon, 2010).

In alcuni paesi europei un numero significativo di persone ha sperimentato il consumo di cocaina solo una o due volte (Van der Poel e al., 2009). Tra i consumatori abituali si possono distinguere due ampi gruppi. Il primo gruppo è costituito dai consumatori più integrati socialmente, che tendono a consumare cocaina durante i fine settimana, alle feste o in altre occasioni speciali, talvolta in grandi quantità. Molti di questi consumatori riferiscono di controllare il proprio consumo di cocaina imponendosi regole, ad esempio su quantità, frequenza o contesto del consumo (Reynaud-Maurupt e Hoareau, 2010). Alcuni di questi possono soffrire di problemi di salute correlati al consumo di cocaina o sviluppare modelli compulsivi di consumo che necessitano di un intervento terapeutico. Gli studi suggeriscono tuttavia che una percentuale significativa dei consumatori di cocaina che soffrono di problemi correlati all'assunzione della sostanza possono guarire senza ricorrere a un trattamento formale (Cunningham, 2000; Toneatto e al., 1999).

Il secondo gruppo è composto da consumatori assidui di cocaina e di «crack» appartenenti a gruppi più «marginalizzati» socialmente o svantaggiati e può includere anche ex o attuali consumatori di oppioidi che fanno uso di crack o assumono cocaina per via parenterale (Prinzleve e al., 2004).

### Cocaina e alcol

I consumatori di cocaina fanno anche un uso frequente di alcol. Le indagini sulla popolazione indicano che il consumo di cocaina e di alcol, in particolare il forte consumo episodico di alcol, sono spesso collegati. Inoltre, due studi hanno rilevato che più della metà dei consumatori dipendenti di cocaina in trattamento erano anche dipendenti dall'alcol.

La popolarità di questa combinazione può essere spiegata dal contesto, in quanto entrambe le sostanze sono fortemente associate ad ambienti di vita notturna e feste, ma anche da fattori farmacologici. Lo «sballo» raggiunto abbinando queste sostanze viene percepito come superiore a quello che si ottiene con una delle due droghe. Inoltre, la cocaina può rendere gli effetti dell'inebriamento dovuto all'alcool meno intensi e può anche neutralizzare alcuni dei deficit comportamentali e psicomotori indotti dall'alcol. L'alcol, inoltre, viene usato per attenuare il disagio avvertito quando cala l'effetto della cocaina. A questo riguardo, la loro combinazione può portare a un maggiore consumo di entrambe le sostanze.

Esistono rischi documentati ed effetti tossici connessi al consumo concomitante di alcol e cocaina, tra cui l'aumento della frequenza cardiaca, l'aumento della pressione sanguigna sistolica, che può produrre complicazioni cardiovascolari e il danneggiamento di funzioni cognitive e motorie. Tuttavia, alcuni studi retrospettivi indicano che il consumo combinato non sembra causare più problemi cardiovascolari rispetto a quanto previsto nel consumo cumulativo di ognuna delle due droghe (Pennings e al., 2002). Inoltre, dall'uso combinato deriva la formazione di una nuova sostanza, il cocaetilene, un metabolita che si forma nel fegato. È in corso un dibattito riguardo alla possibilità che il cocaetilene sia responsabile dell'aumento della frequenza cardiaca e della cardiotossicità.

Per ulteriori informazioni, cfr. OEDT (2007a).

## Conseguenze del consumo di cocaina sulla salute

Le conseguenze del consumo di cocaina sulla salute sono spesso sottovalutate. Ciò può essere dovuto alla natura spesso non specifica o cronica delle patologie che generalmente derivano dal consumo a lungo termine di cocaina (cfr. il capitolo 7). Il consumo regolare di cocaina, anche sniffando la sostanza, può essere associato a problemi cardiovascolari, neurologici e psichiatrici e al rischio di incidenti e di trasmissione di malattie infettive attraverso rapporti sessuali non protetti (Brugal e al., 2009) e probabilmente attraverso la condivisione di cannucce per bere (Aaron e al., 2008), per la quale sembra che vi siano sempre più prove (Caiaffa e al., 2011). Studi condotti in paesi con livelli elevati di prevalenza del consumo di cocaina indicano che una percentuale significativa dei problemi cardiaci dei giovani possa essere correlata al consumo di cocaina (Qureshi e al., 2001). In Spagna, ad esempio, il consumo di cocaina sembra essere implicato in una percentuale notevole di emergenze ospedaliere correlate alla droga e un recente studio spagnolo ha indicato che il 3 % delle morti improvvise sono legate alla cocaina (Lucena e al., 2010). In Danimarca, un aumento del consumo è coinciso con un numero crescente di casi di emergenza correlati alla cocaina, che sono passati da 50 nel 1999 a quasi 150 nel 2009.

L'assunzione di cocaina per via parenterale e il consumo di crack sono associati ai massimi rischi per la salute tra i consumatori di cocaina, compresi problemi cardiovascolari e mentali. Questi sono generalmente aggravati dalla marginalizzazione sociale e dai rischi connessi all'assunzione per via parenterale, compresa la trasmissione di malattie infettive e i rischi di overdose (OEDT, 2007a).

## Consumo problematico di cocaina e domanda di trattamento

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

Sono disponibili stime nazionali dei consumatori problematici di cocaina unicamente per l'Italia, dove nel 2009 il loro numero è stato stimato a circa 178 000 (tra i 4,3 e i 4,7 ogni 1 000 cittadini di età compresa tra i 15 e i 64 anni) ([84]). I dati delle tendenze sul consumo problematico di cocaina e altre fonti di informazioni (ad esempio le richieste di trattamento) indicano un aumento graduale del consumo di cocaina in Italia.

Il consumo di crack è poco diffuso tra i consumatori di cocaina socialmente integrati e riguarda principalmente i gruppi marginalizzati e svantaggiati quali i lavoratori del sesso e i consumatori problematici di oppioidi ed è largamente un fenomeno urbano (Prinzleve e al., 2004; Connolly e al., 2008). A Londra il consumo di crack è considerato uno dei componenti principali dei problemi di droga della città. Sono disponibili stime regionali del consumo di cocaina crack soltanto per l'Inghilterra (Regno Unito), dove nel 2008/09 vi erano circa 189 000 consumatori problematici di cocaina crack, ovvero 5,5 (5,4-5,8) casi su 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni. La maggior parte di questi consumatori di crack è stata registrata anche come consumatori di oppioidi.

### Domanda di trattamento

È possibile ottenere un'ulteriore comprensione del consumo problematico di cocaina tramite i dati sul numero e sulle caratteristiche delle persone che accedono al trattamento a causa del consumo di cocaina. Quasi tutti i pazienti segnalati in terapia per problemi correlati alla cocaina vengono curati in centri ambulatoriali, anche se alcuni potrebbero essere trattati in cliniche private, per le quali non sono disponibili dati. Tuttavia, molti consumatori problematici di cocaina non richiedono alcun trattamento (Escot e Suderie, 2009; Reynaud-Maurupt e Hoareau, 2010).

La cocaina, principalmente quella in polvere, è stata citata come il motivo principale per l'inizio del trattamento dal 17 % di tutti i consumatori di droga segnalati che hanno iniziato il trattamento nel 2009. Tra i soggetti che hanno iniziato il trattamento per la prima volta, la percentuale di consumatori primari di cocaina era più elevata (23 %).

Esistono ampie differenze tra i paesi nella percentuale e nel numero di consumatori primari di cocaina, con le percentuali più alte riferite dalla Spagna (46 %), dai Paesi Bassi (31 %) e dall'Italia (28 %). In Belgio, Irlanda, Cipro e nel Regno Unito i consumatori di cocaina sono il 10 % o meno dei pazienti in terapia e sei paesi segnalano una percentuale inferiore all'1 % ([85]). Nel complesso, Spagna, Italia e Regno Unito riferiscono insieme quasi 58 000 dei 72 000 pazienti in terapia per problemi correlati alla cocaina segnalati da 26 paesi europei.

Il numero di pazienti che si sottopongono a trattamento per consumo primario di cocaina ha continuato ad aumentare in Europa per alcuni anni. In base ai dati riferiti dai 17 paesi che hanno fornito dati nel periodo 2004-2009, il numero di pazienti in terapia per cocaina è salito da circa 38 000 nel 2004 a quasi 55 000 nel 2009. Nello stesso periodo, il numero di pazienti con problemi correlati alla cocaina che hanno iniziato il trattamento per la prima volta è aumentato di quasi un terzo, da circa 21 000 a 27 000 (in base a 18 paesi dichiaranti).

### Profilo dei pazienti in terapia

I pazienti che si sottopongono al trattamento presso centri terapeutici ambulatoriali per consumo primario di cocaina, compresa cocaina in polvere e cocaina crack, presentano un rapporto uomo-donna elevato (circa cinque uomini per ogni donna) e un'età media tra le più alte (circa 32 anni) tra tutti i pazienti in trattamento per tossicodipendenza da sostanze stupefacenti. L'età media è la più alta in Francia, Italia e nei Paesi Bassi (35 anni). I consumatori di cocaina come droga primaria riferiscono di avere iniziato a utilizzare la sostanza a un'età media di 22,5 anni, e l'86 % di loro ha iniziato prima dei 30 anni. Il periodo medio che intercorre tra la prima volta in cui si è provata la sostanza e l'inizio della terapia è di circa nove anni. Quasi un terzo di tutti i pazienti in trattamento per tossicodipendenza da cocaina viene segnalato dal Regno Unito e il loro profilo è diverso da quello dei pazienti di altri paesi con un elevato numero di cocainomani in trattamento: in media sono più giovani (31 anni), hanno un rapporto uomo-donna più basso (circa tre uomini per ogni donna) e un periodo medio più breve tra la prima volta in cui hanno provato la sostanza e l'inizio della terapia (intorno a sette anni).

La maggior parte dei cocainomani riferisce di sniffare (66 %) o fumare (29 %) la droga come principale metodo di assunzione. L'assunzione per via parenterale è riferita come

([84]) Cfr. la tabella PDU-102 (parte i) nel bollettino statistico 2011.
([85]) Cfr. il grafico TDI-2 e le tabelle TDI-5 (parte i) e (parte ii) e TDI-24 nel bollettino statistico 2011; i dati per la Spagna si riferiscono al 2008.

principale via di assunzione soltanto dal 3 % dei pazienti cocainomani ed è stato osservato un calo nell'assunzione per via parenterale tra il 2005 e il 2009. Quasi la metà dei pazienti cocainomani ha consumato la sostanza da una a sei volte alla settimana nel mese precedente all'inizio del trattamento, quasi un quarto l'ha utilizzata quotidianamente e il rimanente quarto non l'ha consumata o l'ha consumata solo occasionalmente in quel periodo ([86]). La cocaina viene consumata spesso in associazione con altre droghe, in particolare cannabis, altri stimolanti ed eroina. Un'analisi dei dati del trattamento provenienti da 14 paesi ha rivelato che la poliassunzione interessa circa il 63 % dei consumatori di cocaina come droga primaria, che hanno riferito di avere problemi con almeno un'altra droga. La droga citata più frequentemente per problemi aggiuntivi è stata l'alcol, consumato dal 42 % dei pazienti cocainomani, seguita dalla cannabis (28 %) e dall'eroina (16 %) (OEDT, 2009b). La cocaina viene indicata anche come sostanza secondaria ([87]) ed è stata riferita sempre più spesso dai consumatori primari di eroina in Italia e nei Paesi Bassi.

L'analisi dei dati relativi all'inizio del trattamento indica che il problema del crack rimane geograficamente limitato in Europa. Nel 2009, 10 540 pazienti hanno iniziato il trattamento in regime ambulatoriale per il consumo primario di cocaina crack, una cifra che rappresenta il 16 % di tutti i pazienti cocainomani e il 3 % di tutti i pazienti in terapia ambulatoriale. La maggior parte dei pazienti in terapia per crack sono segnalati dal Regno Unito, dove sono circa 7 500, ovvero il 40 % dei pazienti in terapia per cocaina e il 6 % dei pazienti in terapia per la tossicodipendenza in regime ambulatoriale. I Paesi Bassi hanno riferito 1 231 pazienti in terapia per il crack, pari al 38 % dei pazienti in terapia per cocaina e al 12 % di tutti i pazienti in terapia per la tossicodipendenza ([88]). Tra i consumatori di cocaina crack che hanno iniziato il trattamento è frequente il consumo di eroina. Nel Regno Unito, ad esempio, il 31 % circa dei pazienti che consumano crack come sostanza primaria ha segnalato come droga secondaria l'eroina e questa percentuale è in aumento.

## Trattamento e riduzione del danno

Storicamente, il trattamento per problemi legati alla tossicodipendenza in Europa è stato incentrato sulla dipendenza da oppioidi. Tuttavia, a causa del crescente interesse per la salute pubblica legato al consumo di cocaina e di cocaina crack, in molti paesi è stata data maggiore attenzione alla ricerca di risposte ai problemi correlati a queste droghe. Il trattamento per la dipendenza da cocaina viene fornito principalmente in strutture ambulatoriali specializzate, tuttavia in Danimarca, Irlanda, Italia, Austria e nel Regno Unito vengono forniti servizi specifici per i consumatori di cocaina. Vi è anche un'offerta limitata di trattamento per la dipendenza da cocaina nelle strutture di assistenza sanitaria primaria. Attualmente, solo la Germania e il Regno Unito forniscono orientamenti per il trattamento dei problemi legati al consumo di cocaina.

Le principali opzioni di trattamento per la dipendenza da cocaina sono gli interventi psicosociali, compresi i colloqui motivazionali, le terapie cognitivo comportamentali, la formazione all'autocontrollo comportamentale, gli interventi di prevenzione delle ricadute e la consulenza. Anche i gruppi di auto-aiuto, come Cocaine Anonymous possono svolgere un ruolo nel processo di recupero dei soggetti con problemi di consumo di cocaina e il loro sostegno può essere associato al trattamento formale.

### Studi sul trattamento della dipendenza da cocaina

In Germania, Koerkel e Verthein (2010) hanno valutato gli effetti della formazione all'auto controllo comportamentale nella riduzione del consumo di eroina e di cocaina tra i soggetti dipendenti. È stato riferito che la formazione ha aiutato i partecipanti a ridurre il consumo di entrambe le sostanze e a mantenere il consumo di droga a livelli stabiliti autonomamente. Due studi recenti hanno esaminato l'efficacia dei programmi di trattamento della tossicodipendenza in Inghilterra. Il Drug Treatment Outcomes Research Study (Jones, A. e al., 2009) ha rilevato che più della metà dei pazienti in terapia per cocaina ha smesso di utilizzare la droga dopo tre-cinque mesi dall'inizio del trattamento. Dopo un intero anno in trattamento, il 60 % era astinente. Risultati analoghi sono stati riferiti per i consumatori di cocaina crack sottoposti a trattamento in 12 servizi della comunità a Londra (Marsden e Stillwell, 2010).

Sono in corso numerose prove randomizzate per sperimentare nuove droghe per il trattamento della dipendenza da cocaina. Attualmente due sostanze si rivelano promettenti. Il disulfiram, una sostanza che interferisce con il metabolismo dell'alcol, ha mostrato risultati incoraggianti nel trattamento della dipendenza da cocaina (Pani e al., 2010a) e viene attualmente provata insieme alla terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento della dipendenza da cocaina crack in uno studio brasiliano. Il Vigabatrin, un farmaco antiepilettico, è stato provato su 103 detenuti messicani in libertà condizionale con risultati positivi in un follow-up a breve termine. Attualmente viene provato su 200 pazienti negli

([86]) Cfr. la tabella TDI-18 (parte ii) nel bollettino statistico 2011.
([87]) Cfr. la tabella TDI-22 nel bollettino statistico 2011.
([88]) Cfr. la tabella TDI-115 nel bollettino statistico 2011.

Stati Uniti. Nei Paesi Bassi è in corso di sperimentazione un nuovo approccio che utilizza rimonabant (un antagonista selettivo dei cannabinoidi utilizzato in precedenza come farmaco contro l'obesità). Inoltre, vengono confrontate più opzioni farmacoterapeutiche (topiramato, dexamfetamina e modafinil) in uno studio controllato randomizzato per la dipendenza da cocaina crack, pubblicato di recente nei Paesi Bassi (Hicks e al., 2011).

Una serie di altre prove hanno prodotto risultati deboli o non significativi per la dipendenza da cocaina. Il modafinil, uno stimolante del sistema nervoso centrale, non si è rivelato migliore del placebo nel contrastare il consumo di cocaina (Anderson e al., 2009). Sia il naltrexone (un antagonista dei recettori oppioidi) che la vareniciclina (utilizzata nel trattamento della dipendenza da fumo) sono stati provati su pazienti con dipendenza multipla alla cocaina, all'alcol o al tabacco, ma non ha dimostrato risultati diversi sul consumo rispetto al placebo. La memantina (un farmaco somministrato nel trattamento della malattia di Alzheimer) è stato provato in associazione con incentivi con impiego di voucher, ma non è stata più efficace del placebo nella riduzione del consumo di cocaina.

È stato riscontrato che la gestione della contingenza è efficace indipendentemente dall'etnicità (Barry e al., 2009) e si è rivelata essere una strategia efficace associata alla prevenzione della ricaduta (McKay e al., 2010). In uno studio spagnolo è stato riscontrato che l'utilizzo di voucher come incentivo, insieme al rinforzo della comunità, favorisce l'astinenza tra i tossicodipendenti cocainomani (Garcia-Rodriguez e al., 2009). Tuttavia, in un altro studio, gli incentivi con voucher hanno mostrato scarsi risultati nel rafforzare l'astinenza per periodi più lunghi (Carpenedo e al., 2010).

Altri interventi con risultati promettenti comprendono il consolidamento dell'astinenza basato sull'occupazione, in cui i clienti ricevono formazione professionale per sei mesi, seguita da un anno di occupazione, condizionata da controlli a campione in relazione al consumo di cocaina. Altri metodi in corso di sperimentazione per aiutare i consumatori a raggiungere l'astinenza comprendono la formazione alla consapevolezza e la meditazione integrativa. Le prove condotte nei Paesi Bassi sono destinate a ridurre l'appetizione compulsiva con la stimolazione magnetica transcranica, una tecnica che è stata utilizzata per trattare disturbi neurologici e psichiatrici.

Continuano i tentativi di sviluppare un vaccino per la cocaina. Una prova controllata randomizzata condotta negli Stati Uniti (Martell e al., 2009) ha collegato un derivato della cocaina a una proteina B del colera, ma i risultati sembrano troppo deboli per procedere con gli studi sul campo previsti in Spagna e in Italia. Il gruppo di ricerca americano sta attualmente reclutando 300 pazienti per provare una versione modificata del vaccino e i risultati sono attesi nel 2014 (Whitten, 2010). Un altro studio sta sviluppando un vaccino per mezzo di un virus comune del raffreddore come vettore per potenziare la reazione degli anticorpi, ma il modello deve essere ancora provato sugli esseri umani.

### Riduzione del danno

Il consumo di cocaina e di cocaina crack rappresenta un ambito di interesse relativamente nuovo per gli interventi di riduzione del danno e richiede una rielaborazione delle strategie tradizionali. Gli Stati membri in genere erogano ai cocainomani che assumono la sostanza per via parenterale gli stessi servizi e strutture offerti ai consumatori di oppioidi. Tuttavia, l'assunzione di cocaina per via parenterale è associata a rischi specifici. In particolare, comporta una frequenza potenzialmente più alta di assunzione, comportamenti caotici di assunzione per via parenterale e maggiori comportamenti sessuali a rischio. Le raccomandazioni per un consumo più sicuro devono essere adattate alle esigenze di questo gruppo. A causa della potenziale elevata frequenza di iniezioni, la fornitura di siringhe sterili ai consumatori per via parenterale non dovrebbe essere ristretta, ma piuttosto basata sulla valutazione locale dei modelli di consumo della cocaina e sulla situazione sociale dei consumatori (Des Jarlais e al., 2009).

L'offerta di programmi specifici di riduzione del danno destinati ai fumatori di cocaina crack in Europa è limitata. Benché controversi, questi interventi possono avere le potenzialità di ridurre il comportamento dell'assunzione per via parenterale autodichiarato e la condivisione delle pipe da droga (Leonard e al., 2008), anche se la loro efficacia globale nella riduzione della trasmissione di malattie infettive richiede ulteriori indagini. Alcuni locali per il consumo controllato della droga in tre paesi (Germania, Spagna, Paesi Bassi) forniscono attrezzature per l'inalazione di droghe, compresa la cocaina. Alcuni servizi medici a bassa soglia in Belgio, Germania, Spagna, Francia, Lussemburgo e nei Paesi Bassi segnalano di fornire sporadicamente strumenti igienici per l'inalazione, tra cui pipe da crack pulite o «crack kit» (stelo di vetro con bocchino, schermo di metallo, balsamo per labbra e salviette per le mani) ai consumatori di droga che fumano cocaina crack. In sette Stati membri dell'UE viene messo a disposizione dei fumatori di eroina o di cocaina anche del foglio di alluminio presso alcuni servizi medici a bassa soglia.

Capitolo 6

# Consumo di oppioidi e assunzione di droga per via parenterale

## Introduzione

Il consumo di eroina, in particolare per via parenterale, è stato strettamente associato alla salute pubblica e ai problemi sociali in Europa fin dagli anni settanta. Oggi questa droga è ancora responsabile della maggior parte dei casi di morbilità e mortalità collegati al consumo di droga nell'Unione europea. Dopo due decenni di problemi di eroina per lo più in crescita, alla fine degli anni novanta e nei primi anni del secolo, in Europa si è osservato un calo nell'uso dell'eroina e nei problemi correlati. Tuttavia, a partire dal 2003-2004, la tendenza è diventata meno chiaramente definita, con indicatori che suggeriscono un quadro più stabile o misto. Oltre all'eroina, le relazioni sull'uso degli oppioidi sintetici, quali il fentanil e l'iniezione di sostanze stimolanti, come la cocaina o le anfetamine, riflettono la natura sempre più complessa del consumo problematico di droga in Europa.

## Offerta e disponibilità

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

### Produzione e traffico

L'eroina consumata in Europa viene per lo più dall'Afghanistan, paese responsabile della maggior parte della produzione illegale globale di oppio. Gli altri paesi produttori sono il Myanmar, che rifornisce principalmente i mercati dell'Asia orientale e sudorientale, il Pakistan, il Laos, seguito dal Messico e dalla Colombia, che sono considerati i maggiori fornitori di eroina agli Stati Uniti (UNODC, 2011). Si calcola che la produzione mondiale di oppio sia scesa dal picco del 2007, a causa principalmente di un calo della produzione afgana da 6 900 tonnellate nel 2009 a 3 600 tonnellate nel 2010. La stima più recente della potenziale produzione globale di eroina è di 396 tonnellate, (cfr. la tabella 10) in calo rispetto ai livelli stimati di circa 667 tonnellate nel 2009 (UNODC, 2011).

L'eroina entra in Europa seguendo due principali rotte di traffico. La rotta dei Balcani, storicamente importante, porta l'eroina prodotta in Afghanistan attraverso il Pakistan, l'Iran e la Turchia e, successivamente, verso

**Tabella 10 — Produzione, sequestri, prezzo e purezza dell'eroina**

| Produzione e sequestri | Eroina |
|---|---|
| **Stima della produzione globale (tonnellate)** | 396 |
| **Quantità globale sequestrata (tonnellate)** | 76 |
| **Quantità sequestrata (tonnellate)**<br>**UE e Norvegia**<br>**(comprese Croazia e Turchia)** | <br>8<br>(24) |
| **Numero di sequestri**<br>**UE e Norvegia**<br>**(comprese Croazia e Turchia)** | <br>56 000<br>(59 000) |
| **Prezzo e purezza in Europa (1)** | **Eroina brown** |
| **Prezzo di vendita medio (euro al grammo)**<br>**Intervallo**<br>**(Intervallo interquartile) (2)** | <br>23-135<br>(37,5-67,9) |
| **Purezza media (%)**<br>**Intervallo**<br>**(Intervallo interquartile) (2)** | <br>13-37<br>(16,8-33,2) |

(1) Poiché pochi paesi riferiscono il prezzo di vendita e la purezza del cloridrato di eroina («bianca»), i dati non vengono presentati nella tabella. Possono essere consultati nelle tabelle PPP-2 e PPP-6 del bollettino statistico 2011.
(2) Intervallo della metà intermedia dei dati riferiti.
*NB:* I dati sono riferiti al 2009, tranne la stima della produzione globale (2010).
*Fonte:* UNODC (2011) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

altri paesi di transito o di destinazione, principalmente in Europa occidentale e meridionale. L'eroina viene smerciata anche attraverso la «via della seta» attraverso l'Asia centrale e verso la Russia. In misura limitata, questa eroina viene quindi contrabbandata attraverso la Bielorussia, la Polonia e l'Ucraina ad altre destinazioni, come i paesi scandinavi, attraverso la Lituania (INCB, 2010, 2011a). All'interno dell'Unione europea, i Paesi Bassi e, in misura minore, il Belgio svolgono un ruolo importante quali nodi di distribuzione secondari.

### Sequestri

I sequestri di oppio segnalati a livello mondiale sono rimasti stabili tra il 2008 e il 2009, rispettivamente a 657 e 653 tonnellate. Il 90 % circa del totale dei sequestri è stato effettuato in Iran e il 5 % circa in Afghanistan. I sequestri globali segnalati di eroina si sono mantenuti stabili nel 2009 (76 tonnellate), mentre i sequestri globali di morfina sono scesi a 14 tonnellate (UNODC, 2011).

Nel 2009, in Europa circa 59 000 sequestri hanno portato all'individuazione di 24 tonnellate di eroina, due terzi delle quali (16,1 tonnellate) sono state segnalate dalla Turchia. Il Regno Unito (seguito dalla Spagna) ha continuato a riferire il numero più elevato di sequestri ([89]). Le cifre per gli anni 2004-2009 provenienti da 28 paesi dichiaranti indicano che il numero dei sequestri è aumentato nel complesso. La tendenza generale per quanto riguarda la quantità di eroina intercettata in Turchia è diversa da quella osservata nell'Unione europea, a causa forse, in parte, di una maggiore collaborazione tra le forze di polizia turche e quelle dell'UE. Mentre la Turchia ha riferito il doppio della quantità di eroina sequestrata tra il 2004 e il 2009, la quantità sequestrata nell'Unione europea ha rivelato un calo limitato durante questo periodo, dovuto principalmente a diminuzioni riferite in Italia e nel Regno Unito, i due paesi con i sequestri più ingenti nell'Unione europea.

I sequestri globali di anidride acetica utilizzata per produrre l'eroina sono scesi da un picco di circa 200 000 litri nel 2008 a 21 000 litri nel 2009. Le cifre per l'Unione europea indicano una tendenza al calo ancora maggiore: da un picco di quasi 150 800 litri sequestrati nel 2008 a 866 litri nel 2009. Tuttavia, per il 2010, la Slovenia ha riferito di aver sequestrato una quantità record di anidride acetica: 110 tonnellate. L'INCB (2011a) ha posto il successo degli sforzi dell'UE nel prevenire il dirottamento del precursore nel contesto dell'associazione delle indagini di più Stati membri dell'UE con quelle della Turchia.

### Forte calo della produzione di oppio in Afghanistan

Con 3 600 tonnellate, si stima che la produzione di oppio in Afghanistan nel 2010 sia scesa a quasi la metà del livello raggiunto l'anno precedente. Tra le cause suggerite per questa importante riduzione nel rendimento delle colture del papavero da oppio vi sono le condizioni atmosferiche sfavorevoli e la diffusione della micosi del papavero, un'infezione fungina che ha colpito i campi di oppio nelle principali province di coltivazione del papavero, in particolare Helmand e Kandahar (UNODC e MCN, 2010). La micosi non ha modificato in maniera rilevante l'area destinata alla coltivazione di oppio, ma ha avuto un impatto sulla quantità di oppio prodotto.

Il calo nel rendimento del raccolto ha causato anche un forte aumento dei prezzi segnalati dell'oppio in fase di raccolta. Il prezzo medio all'origine di un chilogrammo di oppio secco è aumentato di un fattore pari a 2,6, da 64 USD nel 2009 a 169 USD nel 2010 (UNODC e MCN, 2010). Contemporaneamente, il prezzo medio dell'eroina in Afghanistan è aumentato di un fattore pari a 1,4.

L'elevato prezzo dell'oppio non dovrebbe durare molto. Un aumento di prezzo avvenuto nel 2004, quando la produzione di oppio è scesa a causa di una malattia, è durato meno di un anno (UNODC e MCN, 2010). È necessario seguire da vicino gli effetti del recente calo della produzione di oppio sui mercati di consumo, soprattutto in Europa.

### Purezza e prezzo

Nel 2009 per la maggior parte dei paesi dichiaranti la purezza media dell'eroina brown esaminata andava dal 16 % al 32 %; sono stati riferiti valori medi inferiori in Francia (14 %), Austria (solo dettaglio, 13 %) e superiori a Malta (36 %), in Romania (36 %) e in Turchia (37 %). Tra il 2004 e il 2009, la purezza dell'eroina brown è aumentata in quattro paesi, è rimasta stabile in altri quattro ed è diminuita in tre paesi. Generalmente, la purezza media dell'eroina bianca era maggiore (25-50 %) nei tre paesi europei che hanno fornito dati ([90]).

Il prezzo al dettaglio dell'eroina brown ha continuato a essere notevolmente più alto nei paesi del nord che nel resto d'Europa, con la Svezia che ha segnalato un prezzo medio di 135 euro al grammo e la Danimarca di 95 euro nel 2009. Nel complesso, nella metà dei paesi dichiaranti era compreso tra 40 euro e 62 euro al grammo. Nel periodo 2004-2009, il prezzo al dettaglio dell'eroina brown è sceso nella metà dei 14 paesi europei che hanno trasmesso dati comparabili.

([89]) Cfr. le tabelle SZR-7 e SZR-8 nel bollettino statistico 2011. Si osservi che laddove sono assenti i dati per il 2009 vengono utilizzati i dati corrispondenti per il 2008 per valutare i totali europei.

([90]) Per i dati sulla purezza e sul prezzo, cfr. le tabelle PPP-2 e PPP-6 nel bollettino statistico 2011.

## Consumo problematico di stupefacenti

Il consumo problematico di stupefacenti è definito dall'OEDT come il consumo di stupefacenti per via parenterale o il consumo di lunga durata/regolare di oppioidi, cocaina e/o anfetamina. Il consumo di stupefacenti per via parenterale e il consumo di oppioidi costituiscono la parte più importante del consumo problematico di stupefacenti in Europa, sebbene in alcuni paesi i consumatori di anfetamine o di cocaina rappresentino dei componenti importanti. Vale la pena notare, inoltre, che i consumatori problematici di stupefacenti sono per lo più poliassuntori e che le cifre sulla prevalenza sono molto più elevate nelle aree urbane e tra i gruppi esclusi a livello sociale.

Data la prevalenza relativamente bassa e la natura nascosta di questo tipo di consumo di droga, sono necessarie estrapolazioni statistiche per ottenere stime della prevalenza a partire dalle fonti di dati disponibili (principalmente dati sulla terapia per tossicodipendenza e dati sull'applicazione della legge sulla droga). La prevalenza globale del consumo problematico di stupefacenti viene riferita compresa tra due e dieci casi su 1 000 abitanti nella fascia di età dei 15-64 anni. Queste stime possono avere ampie fasce di incertezza e specifiche limitazioni. Ad esempio, mentre sono generalmente inclusi i consumatori in terapia, le stime potrebbero rappresentare per difetto i tossicodipendenti in carcere, soprattutto quelli con pene più lunghe da scontare.

### Consumo problematico di oppioidi

Attualmente, la maggior parte dei paesi europei è in grado di fornire stime sulla prevalenza del «consumo problematico di oppioidi». Le recenti stime nazionali vanno da uno a otto casi su 1 000 abitanti nella fascia di età dei 15-64 anni (grafico 11). I paesi che riferiscono le stime correttamente documentate più alte sul consumo problematico di oppioidi sono l'Irlanda, l'Italia, il Lussemburgo e Malta, mentre le stime più basse vengono riferite dalla Repubblica ceca, dai Paesi Bassi, dalla Polonia, dalla Slovacchia e dalla Finlandia. Soltanto la Turchia e l'Ungheria segnalano cifre inferiori a un caso su 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni.

La prevalenza media del consumo problematico di oppioidi nell'Unione europea e in Norvegia, calcolata in

**Grafico 11:** Stime della prevalenza annuale del consumo problematico di oppioidi (tra la popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni)

*NB*: Un simbolo indica una stima puntuale; un segno verticale indica un intervallo di incertezza, che può essere un intervallo di confidenza del 95 % o un intervallo basato sull'analisi della sensibilità. I gruppi bersaglio possono variare leggermente a causa di metodi di calcolo diversi e di differenti fonti di dati; pertanto il confronto va fatto con cautela. Fasce di età non standard vengono utilizzate negli studi provenienti da Finlandia (15-54 anni), Malta (12-64 anni) e Polonia (tutte le età). Tutte e tre le stime sono adattate a una popolazione di 15-64 anni. Per la Germania, l'intervallo rappresenta i limiti superiore e inferiore di tutte le stime esistenti e la stima puntuale è una semplice media dei punti mediani. I metodi utilizzati per le stime sono abbreviati come segue: CR = capture-recapture (cattura-ricattura); TM = treatment multiplier (moltiplicatore trattamento); MM = mortality multiplier (moltiplicatore mortalità); CM = combined methods (metodi combinati); TP = truncated Poisson (troncata di Poisson); PM = police multiplier (moltiplicatore di polizia); OT = other methods (altri metodi). Per ulteriori informazioni cfr. il grafico PDU-1 (parte ii) e la tabella PDU-102 nel bollettino statistico 2011.

*Fonte:* Punti focali nazionali Reitox.

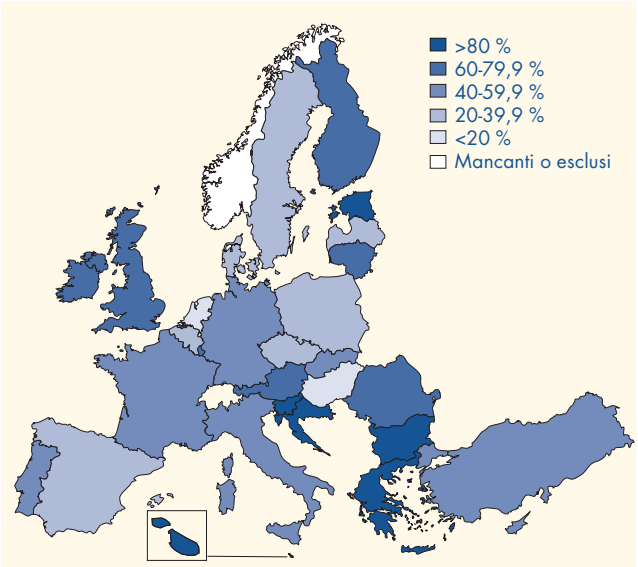
base agli studi nazionali, è stimata tra i 3,6 e i 4,4 casi ogni 1 000 abitanti su una popolazione di 15-64 anni. Ciò equivale a circa 1,3 milioni (da 1,3 a 1,4 milioni) di consumatori problematici di oppioidi nell'Unione europea e in Norvegia nel 2009. In confronto, le stime per i paesi limitrofi dell'Europa sono alte: la Russia con 16 casi su 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni (UNODC, 2009), e l'Ucraina con 10-13 casi ogni 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni (UNODC, 2010). In altri paesi del mondo sviluppato vengono segnalate stime della prevalenza del consumo problematico di oppioidi superiori alla media europea, in cui il numero di casi ogni 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni è 6,3 in Australia (Chalmers e al., 2009), 5,0 in Canada e 5,8 negli Stati Uniti (UNODC, 2010). I confronti tra paesi dovrebbero essere fatti con cautela, perché le definizioni della popolazione di destinazione possono variare.

## Consumatori di oppioidi che entrano in terapia

Gli oppioidi, principalmente l'eroina, vengono indicati come la sostanza primaria per la quale si inizia una terapia da circa 216 000 soggetti, ovvero il 51 % di tutte le persone che hanno riferito di aver iniziato un trattamento specializzato per la tossicodipendenza in 29 paesi europei nel 2009. Tuttavia, esistono notevoli differenze in Europa; i consumatori di oppioidi sono oltre l'80 % di quelli che entrano in terapia in sei paesi, tra il 60 % e l'80 % in sette paesi e soltanto due dei rimanenti 16 paesi riferiscono pazienti consumatori di oppioidi per un numero inferiore al 20 % dei pazienti nella prima fase di trattamento (grafico 12). Inoltre, altri 30 000 consumatori di droghe diverse (il 9 % dei pazienti tossicodipendenti) hanno indicato gli oppioidi quale sostanza secondaria ([91]).

I consumatori di oppioidi che iniziano un trattamento specializzato hanno in media 34 anni; nella maggior parte dei paesi le donne e i soggetti che iniziano il trattamento per la prima volta sono più giovani. In Europa, il numero dei pazienti uomini consumatori di oppioidi è superiore alle donne, per un rapporto di circa tre a uno, con rapporti maschi/femmine generalmente inferiori nei paesi del nord. In genere, tra i consumatori di oppioidi che iniziano una terapia si riscontrano tassi più elevati di disoccupazione, livelli di istruzione più bassi e livelli più elevati di disturbi psichiatrici rispetto ai consumatori che riferiscono di utilizzare altre sostanze primarie ([92]).

**Grafico 12:** Consumatori primari di oppioidi quale percentuale di tutti i nuovi pazienti segnalati nel 2009




*NB*: Dati espressi come percentuale di coloro per cui è nota la droga primaria (92 % dei pazienti segnalati). Dati per il 2009 o l'anno più recente disponibile. I dati relativi a Lettonia, Lituania e Portogallo si riferiscono a pazienti che accedono al trattamento per la prima volta nella loro vita. I consumatori primari di oppioidi possono essere stimati per difetto in alcuni paesi, tra cui Belgio, Repubblica ceca, Germania e Francia, perché molti vengono curati da medici generici e possono non essere segnalati all'indicatore della domanda di trattamento.

*Fonte:* Punti focali nazionali Reitox.

Quasi la metà dei pazienti consumatori di oppioidi ha dichiarato di aver iniziato a consumare questa droga prima dei 20 anni (47 %) e la maggior parte ha iniziato verso i 30 anni (88 %). I consumatori di oppioidi segnalano uno scarto temporale medio di nove anni tra la prima esperienza di consumo di oppioidi e l'inizio del trattamento per la prima volta; le pazienti donne riferiscono uno scarto temporale medio più breve (sette anni) ([93]). L'assunzione per via parenterale viene riferita come la modalità abituale di consumo dal 40 % circa dei pazienti consumatori di oppioidi che iniziano il trattamento in Europa; il rimanente 60 % riferisce di sniffare, inalare o fumare la droga. Quasi due terzi dei pazienti in terapia per gli oppioidi (64 %) riferiscono di consumare quotidianamente la droga nel mese precedente all'inizio del trattamento ([94]) e la maggior parte consuma una droga secondaria, spesso alcol, cannabis, cocaina o altri stimolanti. L'associazione di eroina e cocaina (compreso il crack) è piuttosto frequente tra i pazienti, iniettate insieme o consumate separatamente.

([91]) Cfr. il grafico TDI-2 (parte ii) e le tabelle TDI-5 e TDI-22 nel bollettino statistico 2011. Dati provenienti dai centri di trattamento ambulatoriali e ospedalieri

([92]) Cfr. le tabelle TDI-10, TDI-12, TDI-13, TDI-21, TDI-32 e TDI-103 nel bollettino statistico 2011.

([93]) Cfr. le tabelle TDI-11, TDI-33, TDI-106 (parte i) e TDI-107 (parte i) nel bollettino statistico 2011.

([94]) Cfr. le tabelle TDI-18 e TDI-111 nel bollettino statistico 2011.

### Andamento del consumo problematico di oppioidi

I dati provenienti da otto paesi con stime ripetute della prevalenza nel consumo problematico di oppioidi nel periodo 2004-2009 suggeriscono una situazione relativamente stabile. In base a un campione di 17 paesi europei in cui erano disponibili dati per il periodo 2004-2009, vi è stato un aumento globale nel numero segnalato di pazienti che hanno iniziato un trattamento per la tossicodipendenza specializzato in Europa, compresi i soggetti che hanno iniziato il trattamento per il consumo primario di eroina (da 123 000 a 143 000). Questo aumento potrebbe essere dovuto, tuttavia, ai consumatori di eroina che iniziano nuovamente la terapia anziché ai pazienti che si sottopongono al trattamento per la prima volta ([95]). Per i pazienti che iniziano il trattamento per la prima volta, il numero di consumatori di eroina è rimasto quasi stabile (circa 32 000 in un campione di 18 paesi) ([96]). I dati sui decessi correlati al consumo di droga nel periodo 2004-2009, associati per lo più al consumo di oppioidi, sono rimasti stabili o in aumento nella maggior parte dei paesi che hanno riferito dati fino al 2008. I dati provvisori per il 2009 indicano attualmente un numero stabile o in calo dei decessi ([97]).

Nonostante le indicazioni di una situazione globale stabile, le caratteristiche del problema degli oppioidi in Europa stanno cambiando. I pazienti in terapia per gli oppioidi sono diventati più vecchi in media, mentre la percentuale di consumatori per via parenterale tra di essi è diminuita ed è aumentata la percentuale di consumatori di oppioidi diversi dall'eroina e di poliassuntori ([98]).

## Consumo di stupefacenti per via parenterale

I consumatori di stupefacenti per via parenterale figurano tra i soggetti che corrono un rischio molto elevato di andare incontro a problemi di salute, come gravi malattie infettive (ad esempio HIV/AIDS, epatite) o overdose da stupefacenti, a causa della loro tossicodipendenza. Nella maggior parte dei paesi europei, l'assunzione per via parenterale è comunemente associata al consumo di oppioidi, sebbene in qualche paese sia associata al consumo di anfetamine.

Solo 14 paesi sono stati in grado di fornire stime recenti sulla prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale ([99]). I dati disponibili indicano differenze marcate tra i paesi, con stime che vanno da meno di uno a cinque casi su 1 000 abitanti nella fascia di età dei 15-64 anni per la maggior parte dei paesi, con un livello eccezionalmente alto di 15 casi ogni 1 000 abitanti in Estonia. Considerando questi paesi nel complesso, è possibile calcolare che vi sono circa 2,6 consumatori di droga per via parenterale su 1 000 abitanti di età

### Oppioidi diversi dall'eroina

In Australia, Canada, Europa e negli Stati Uniti è stato riferito un aumento del consumo illegale di oppioidi diversi dall'eroina (Samhsa, 2009). La maggior parte di queste sostanze è utilizzata nella pratica medica, come analgesici (morfina, fentanil, codeina, ossicodone, idrocodone) o come farmaci sostitutivi nel trattamento della dipendenza da eroina (metadone, buprenorfina). Come per l'eroina, il consumo diverso da quello medico di queste sostanze può produrre una serie di effetti negativi sulla salute, compresa la dipendenza, l'overdose e i danni associati al consumo per via parenterale.

In Europa, il 5 % circa (quasi 20 000 pazienti) di tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento dichiara come droga primaria gli oppioidi diversi dall'eroina. È il caso, in particolare, dell'Estonia, dove il 75 % indica il fentanil come droga primaria e della Finlandia, dove la buprenorfina viene indicata come droga primaria dal 58 % dei pazienti che iniziano la terapia. Tra gli altri paesi con percentuali significative di pazienti che segnalano il metadone, la morfina e altri oppioidi come droga primaria vi sono la Danimarca, la Francia, l'Austria, la Slovacchia e la Svezia, dove i consumatori di oppioidi diversi dall'eroina sono una percentuale compresa tra il 7 % e il 17 % di tutti i pazienti tossicodipendenti ([1]). La Repubblica ceca segnala inoltre che i consumatori di buprenorfina erano più del 40 % di tutti i consumatori problematici di oppioidi tra il 2006 e il 2009.

I livelli di consumo illegale di oppioidi possono essere collegati a un insieme di fattori tra cui il mercato della droga e le pratiche di prescrizione. Ad esempio, un calo nella disponibilità di eroina e un aumento del suo prezzo possono spingere a consumare altri oppioidi, come è stato osservato in Estonia con il fentanil (Talu e al., 2010) e in Finlandia con la buprenorfina (Aalto e al., 2007). Pratiche di prescrizione inadeguate possono provocare anche un consumo illegale di oppioidi. L'ampliamento della terapia sostitutiva, accompagnato da una mancanza di sorveglianza possono creare un mercato illegale, mentre la disponibilità limitata di questo trattamento e la prescrizione di dosi sostitutive troppo basse possono spingere i consumatori ad assumere altre sostanze come automedicazione (Bell, 2010; Roche e al., 2011; Romelsjo e al., 2010).

([1]) Cfr. la tabella TDI-113 nel bollettino statistico 2011.

([95]) Cfr. i grafici TDI-1 e TDI-3 nel bollettino statistico 2011.
([96]) Cfr. le tabelle TDI-3 e TDI-5 nel bollettino statistico 2009 e 2011.
([97]) Cfr. la tabella DRD-2 (parte i) nel bollettino statistico 2011.
([98]) Cfr. la tabella TDI-113 nei bollettini statistici 2008, 2009, 2010 e 2011 e la tabella TDI-114 nel bollettino statistico 2009. I dati sono disponibili con una ripartizione per tipo di oppioide per gli anni 2005 e 2009. Cfr. anche l'OEDT (2010f).
([99]) Cfr. il grafico PDU-2 nel bollettino statistico 2011.

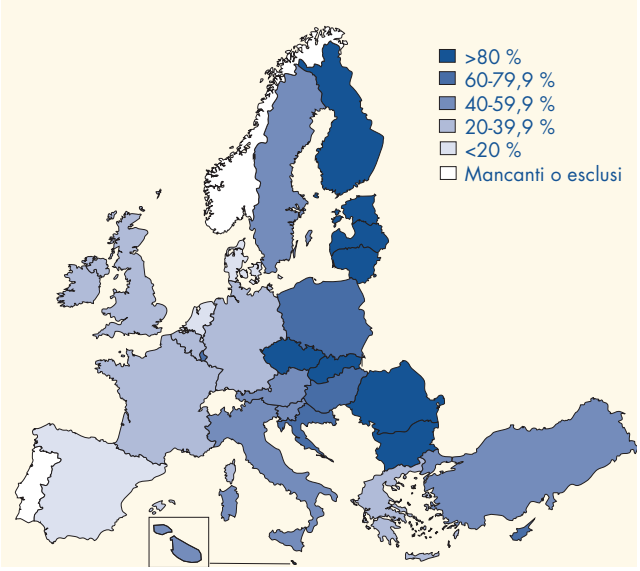
compresa tra 15 e 64 anni. Oltre ai consumatori per via parenterale attivi, in Europa è presente un gran numero di ex consumatori di stupefacenti per via parenterale (Sweeting e al., 2008), ma non sono disponibili cifre per la maggior parte dei paesi dell'UE.

Il 41 % circa dei consumatori primari di oppioidi che iniziano una terapia specializzata, principalmente consumatori di eroina, riferiscono l'assunzione per via parenterale quale modalità abituale di assunzione. I livelli di assunzione per via parenterale tra i consumatori di oppioidi variano da un paese all'altro, dall'8 % nei Paesi Bassi al 99 % in Lettonia e Lituania (grafico 13) e possono essere spiegati da fattori come la storia del consumo di eroina nel paese, il tipo di eroina disponibile (bianca o brown) il prezzo e la cultura del consumatore.

È difficile trarre conclusioni sull'andamento nel tempo della prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale in base a stime ripetute della prevalenza a causa della scarsità dei dati e, in alcuni casi, degli ampi intervalli di confidenza delle stime. I dati disponibili indicano un calo generale in Europa nell'assunzione di oppioidi per via parenterale, in particolare di eroina. Tuttavia, in alcuni paesi sembra che il livello di consumo per via parenterale sia rimasto relativamente stabile (Grecia, Cipro, Ungheria, Croazia, Norvegia), mentre la Repubblica ceca ha riferito un aumento dei consumatori per via parenterale, per lo più consumatori di metanfetamina, tra il 2004 e il 2009 ([100]).

La maggior parte dei paesi europei ha riferito un calo nella percentuale di consumatori di droga per via parenterale (IDU) tra i consumatori primari di eroina tra il 2004 e il 2009. I pochi paesi in cui la situazione non è così riferiscono le percentuali più alte di consumatori di eroina tra i pazienti che iniziano il trattamento.

**Grafico 13:** Assunzione per via parenterale quale modalità abituale di somministrazione tra i consumatori primari di oppioidi che hanno iniziato la terapia nel 2009




*NB:* Dati espressi come percentuale dei pazienti segnalati per i quali è nota la via di somministrazione. Dati per il 2009 o l'anno più recente disponibile. Cfr. la tabella TDI-5 (parte iii) e (parte iv) nel bollettino statistico 2011.
*Fonte:* Punti focali nazionali Reitox.

## Scarsità di eroina in Europa?

Le relazioni indicano che la disponibilità di eroina è calata notevolmente nel Regno Unito e in Irlanda tra la fine del 2010 e l'inizio del 2011. Ciò è corroborato dalle cifre che mostrano un notevole calo nella purezza dell'eroina sequestrata nel Regno Unito tra il terzo trimestre del 2009 e il terzo trimestre del 2010 (UNODC, 2011).

L'estensione della scarsità in altri paesi europei è meno chiara, sebbene le relazioni suggeriscano che sia l'Italia sia la Slovenia abbiano registrato carenze di eroina. Altri stati membri dell'UE, compresa la Germania, la Francia e i paesi scandinavi riferiscono una lieve o nessuna riduzione della disponibilità di eroina.

Sono stati proposti diversi motivi per spiegare l'apparente scarsità di eroina. In primo luogo, è stato suggerito che la causa potrebbe essere la produzione ridotta di oppio in Afghanistan, dovuta alla micosi del papavero nella primavera del 2010. Tuttavia, questa spiegazione è discutibile, perché le relazioni della polizia indicano che l'eroina prodotta a partire dall'oppio afgano non può comparire sui mercati della droga europei fino a circa 18 mesi dopo il raccolto. Una seconda argomentazione è che l'eroina destinata all'Europa occidentale sia stata dirottata verso il mercato russo; tuttavia anche in Russia sembra esservi una carenza di eroina. Inoltre, è stato suggerito che gli sforzi compiuti nell'applicazione della legge abbiano interrotto il traffico, in particolare attraverso lo smantellamento delle reti all'ingrosso dell'eroina tra Turchia e Regno Unito. Infine, negli ultimi anni (2007, 2008) si è assistito a eccezionali sequestri del precursore dell'eroina, l'anidride acetica, in Europa e queste confische possono aver influito sul mercato della droga per un periodo più lungo. Infine, anche altri sviluppi in Afghanistan, quali intensi combattimenti nel sud del paese e azioni di applicazione della legge in relazione a laboratori di elaborazione dell'eroina e a scorte di oppio potrebbero influire sulla fornitura di eroina all'Europa.

È probabile che una combinazione di alcuni di questi fattori abbia svolto un ruolo nell'interruzione della fornitura di eroina all'Europa, che ha prodotto forti carenze in alcuni mercati.

([100]) Cfr. la tabella PDU-6 (parte iii) nel bollettino statistico 2011.

## Trattamento del consumo problematico di oppioidi

### Erogazione e diffusione

Tutti gli Stati membri dell'UE, la Croazia, la Turchia e la Norvegia mettono a disposizione dei consumatori di oppioidi sia la terapia sostitutiva che il trattamento in regime di astinenza. Nella maggior parte dei paesi, l'assistenza terapeutica avviene in strutture ambulatoriali, che possono comprendere centri specializzati, studi di medici generici e servizi medici a bassa soglia. In alcuni paesi, i centri specializzati con pazienti interni svolgono un ruolo importante nel trattamento della dipendenza da oppioidi ([101]). Un numero esiguo di paesi offre una terapia assistita con eroina a un numero selezionato di consumatori cronici di eroina.

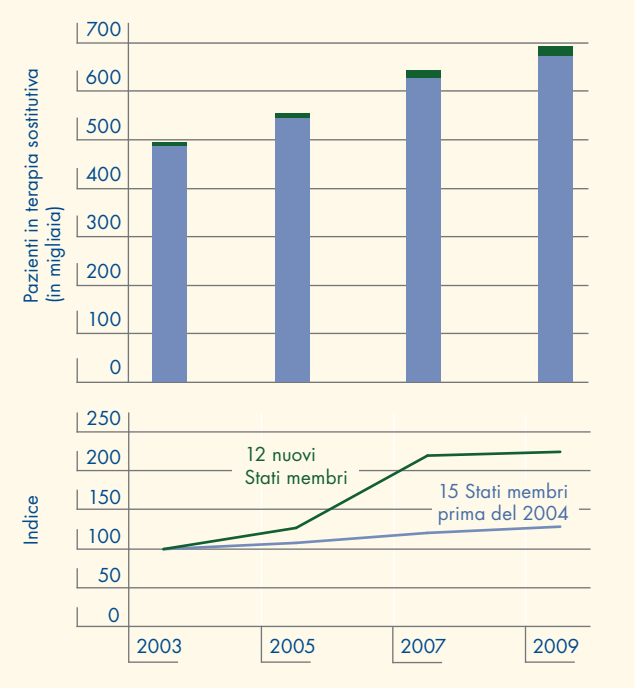
Per i consumatori di oppioidi, il trattamento in regime di astinenza è generalmente preceduto da un programma di disintossicazione, che fornisce loro un'assistenza farmaceutica per gestire i sintomi fisici da astinenza. Questo approccio terapeutico richiede generalmente che i soggetti si astengano dall'assunzione di tutte le sostanze, compresa la terapia sostitutiva. I pazienti partecipano ad attività quotidiane e ricevono un'assistenza psicologica intensiva. Mentre la terapia può avvenire in regime sia ambulatoriale sia di ricovero, i tipi riferiti più di frequente corrispondono ai programmi residenziali (o di riabilitazione), molti dei quali applicano i principi delle comunità terapeutiche o il modello Minnesota.

La terapia sostitutiva, generalmente affiancata dall'assistenza psicosociale, viene erogata in genere presso strutture ambulatoriali specializzate. Quattordici paesi riferiscono che viene fornita anche da medici generici, solitamente attraverso accordi di collaborazione con centri terapeutici specializzati. Il numero totale di consumatori di oppioidi che ricevono una terapia sostitutiva nell'Unione europea, in Croazia e in Norvegia è stimato intorno a 700 000 pazienti (690 000 per gli Stati membri dell'UE) nel 2009, in aumento rispetto ai 650 000 del 2007 e al quasi mezzo milione del 2003 ([102]). La stragrande maggioranza delle terapie sostitutive continua a essere fornita nei 15 Stati che erano membri dell'UE prima del 2004 (il 95 % circa del totale) e in questi paesi le cifre hanno continuato ad aumentare tra il 2003 e il 2009 (grafico 14). Tra questi paesi, i maggiori aumenti sono stati osservati in Finlandia, con un aumento triplicato, e in Austria e Grecia, dove i numeri relativi al trattamento sono raddoppiati.

Nei 12 paesi che hanno aderito all'UE più di recente, il numero dei pazienti in terapia sostitutiva è quasi triplicato tra il 2003 e il 2009, da 6 400 a 18 000. Rispetto all'anno di riferimento 2003, è possibile osservare un forte aumento nel 2005-2007, ma da questa data in poi l'ulteriore aumento è stato limitato. In proporzione, l'espansione della terapia sostitutiva in questi paesi nell'arco dei sei anni è stata maggiore in Estonia (di 16 volte, da 60 a più di 1 000 pazienti, sebbene riguardi ancora soltanto il 5 % dei consumatori di oppioidi per via parenterale) e in Bulgaria (otto volte), mentre vi è stato un triplice aumento in Lettonia. Gli aumenti più limitati sono stati riferiti dalla Slovacchia e dall'Ungheria e il numero dei pazienti in Romania è rimasto praticamente invariato. Una maggiore offerta della terapia sostitutiva può essere collegata a diversi fattori, tra cui la reazione agli elevati livelli di consumo di stupefacenti per via parenterale e la trasmissione correlata del virus dell'HIV, l'adeguamento alla strategia di lotta alla droga dell'UE e il finanziamento di progetti pilota da parte di organizzazioni internazionali, come il Fondo mondiale e l'UNODC.

Un confronto tra il numero di pazienti in terapia sostitutiva e il numero stimato di consumatori problematici di

**Grafico 14:** Pazienti in terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi nei 15 Stati membri prima del 2004 e nei 12 nuovi Stati membri dell'UE: numeri stimati e tendenze indicizzate




*NB*: Per ulteriori informazioni, cfr. il grafico HSR-2 nel bollettino statistico 2011.
*Fonte*: Punti focali nazionali Reitox.

([101]) Cfr. la tabella TDI-24 nel bollettino statistico 2011.
([102]) Cfr. la tabella HSR-3 nel bollettino statistico 2011.

oppioidi indica vari livelli di copertura in Europa. Dei 16 paesi per i quali sono disponibili stime affidabili del numero di consumatori problematici di oppioidi, otto segnalano un numero di terapie sostitutive corrispondenti al 40 % o più del gruppo di destinazione. Sette di questi paesi erano Stati membri prima del 2004 e il rimanente paese con un'elevata copertura è Malta. La copertura raggiunge il 37 % nei Paesi Bassi e il 32 % nella Repubblica ceca e in Ungheria. Dei cinque paesi con livelli di copertura inferiori al 30 %, quattro sono nuovi Stati membri. In questo gruppo fa eccezione la Grecia, con una copertura stimata del 23 % ([103]).

I paesi dell'Europa centrale e orientale segnalano sforzi per migliorare l'accesso, la qualità e l'offerta della terapia sostitutiva. Nel 2010 sono stati pubblicati in Lituania alcuni orientamenti clinici per il trattamento della dipendenza da oppioidi con metadone e buprenorfina. In Lettonia si sta ampliando la disponibilità geografica della terapia sostitutiva, con nuove strutture che erogano la terapia fuori dalla capitale Riga. Nella Repubblica ceca sono stati adottati dei regolamenti per il finanziamento della terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi nell'ambito dell'assistenza sanitaria nazionale. Tuttavia, è stato riferito che la carenza di finanziamenti per la terapia sostitutiva limita la copertura geografica in Polonia e riduce notevolmente il numero di centri di trattamento disponibili tra i principali fornitori di terapia sostitutiva in Bulgaria, costituiti da organizzazioni prive di finanziamenti pubblici.

Nel complesso, si calcola che circa la metà dei consumatori problematici di oppioidi dell'Unione europea abbia accesso alla terapia sostitutiva, un livello paragonabile a quello riferito per l'Australia e gli Stati Uniti e superiore a quello segnalato per il Canada. La Cina segnala livelli molto inferiori, mentre la Russia, nonostante il numero stimato più elevato di consumatori problematici di oppioidi, non ha introdotto questo tipo di trattamento (cfr. la tabella 11).

In Europa, il metadone è il farmaco sostitutivo prescritto più di frequente, assunto da tre quarti dei pazienti. La buprenorfina è prescritta fino a un quarto dei pazienti in terapia sostitutiva ed è il principale farmaco sostitutivo nella Repubblica ceca, in Francia, Cipro, Finlandia, Svezia e Croazia ([104]). La combinazione di buprenorfina e nalossone è disponibile in 15 paesi. I trattamenti con morfina a lento assorbimento per via orale (cfr. il prosieguo), codeina (Germania, Cipro) e diacetilmorfina ([105]) (Belgio, Danimarca, Germania, Spagna, Paesi Bassi, Regno Unito) rappresentano una piccola percentuale di tutte le terapie.

**Tabella 11 — Confronto internazionale delle stime dei consumatori problematici di oppioidi e del numero dei pazienti in terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi**

| | Consumatori problematici di oppioidi | Pazienti in terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi |
|---|---|---|
| **Unione europea e Norvegia** | 1 300 000 | 695 000 |
| **Australia** | 90 000 | 43 000 |
| **Canada** | 80 000 | 22 000 |
| **Cina** | 2 500 000 | 242 000 |
| **Russia** | 1 600 000 | 0 |
| **Stati Uniti** | 1 200 000 | 660 000 |

*NB:* Anno: 2009, tranne il Canada (anno di riferimento 2003).
*Fonti:* Arfken e al. (2010), Chalmers e al. (2009), Popova e al. (2006), UNODC (2010b); Yin e al. (2010).

Oltre ai farmaci sostitutivi utilizzati più di frequente, la morfina a lento assorbimento per via orale, che era stata brevettata in origine per trattare il dolore nei malati di cancro, viene fornita attualmente come droga alternativa per la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi in Bulgaria, Austria, Slovenia e Repubblica slovacca. Un'analisi recente (Jegu e al., 2011) di 13 studi è giunta alla conclusione che i livelli di proseguimento della terapia sembravano sufficientemente elevati con questa sostanza (dall'80,6 % al 95 %) e simili a quelli riferiti per il metadone. La maggior parte degli studi ha dimostrato che la qualità della vita, i sintomi da astinenza, l'appetizione compulsiva e il consumo illegale di droga sono migliorati con la morfina, tuttavia non è stato fatto un confronto con altre droghe sostitutive. Una prossima revisione sistematica Cochrane potrebbe fornire ulteriori informazioni.

### Terapia per la dipendenza da oppioidi: efficacia e risultati

La terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi, associata agli interventi psicosociali, è considerata l'opzione terapeutica più efficace per la dipendenza da oppioidi. Rispetto alla disintossicazione o a nessun trattamento, i trattamenti con il metadone e con la buprenorfina ad alto dosaggio mostrano migliori tassi di proseguimento della terapia e risultati notevolmente superiori per quanto riguarda il consumo di droga, le condotte criminose, i comportamenti a rischio e la trasmissione dell'HIV, le overdose e la mortalità nel complesso (OMS, 2009).

Una serie di studi recenti riguardano i farmaci che potrebbero integrare la terapia sostitutiva. Due analisi

([103]) Cfr. il grafico HSR-1 nel bollettino statistico 2011.
([104]) Cfr. la tabella HSR-3 nel bollettino statistico 2011.
([105]) Cfr. il riquadro «Terapia assistita con eroina».

## Terapia assistita con eroina

La terapia assistita con eroina viene erogata nel complesso a circa 1 100 consumatori problematici di oppioidi in cinque Stati membri dell'UE (Danimarca, Germania, Spagna, Paesi Bassi, Regno Unito) e a 1 360 consumatori problematici di oppioidi in Svizzera. Questo trattamento non viene proposto come opzione preferenziale ma è riservato ai pazienti che non hanno risposto ad altri approcci, come la terapia di mantenimento a base di metadone. Tutte le dosi che possono essere assunte per via parenterale (generalmente circa 200 milligrammi di diamorfina per via parenterale) vengono assunte sotto controllo diretto, per assicurare la conformità, la sicurezza e la prevenzione di qualunque possibile diversione verso il mercato illegale: ciò richiede che le cliniche siano aperte per varie sessioni al giorno, ogni giorno dell'anno.

Negli ultimi quindici anni sono state condotte sei sperimentazioni cliniche randomizzate che esaminano i risultati e il rapporto costo/efficacia di questo tipo di terapia (cfr. OEDT, 2011a). Tutte le sperimentazioni hanno incluso soggetti dipendenti da eroina per i quali si sono più volte rivelati inefficaci altri approcci terapeutici e che sono stati assegnati con metodo random alla terapia assistita con eroina o alla terapia con metadone per via orale. Gli studi hanno impiegato vari metodi e variabili di risultato e di conseguenza i loro risultati hanno soltanto una coerenza modesta. In generale, indicano un valore aggiunto dell'eroina assunta per via parenterale sotto sorveglianza insieme a dosi supplementari di metadone per i consumatori di oppioidi a lungo termine per i quali non sono stati efficaci altri approcci. I pazienti consumano meno droghe acquistate in strada e sembrano raggiungere qualche beneficio nella funzionalità fisica e mentale.

La terapia assistita con eroina ha un costo stimato di 19 020 euro all'anno per paziente in Germania e di 20 410 euro nei Paesi Bassi (in base ai prezzi del 2009). Ciò è sostanzialmente superiore al costo di erogazione di un anno di terapia con metadone per via orale a un paziente, stimato pari a 3 490 euro in Germania e a 1 634 euro nei Paesi Bassi. La differenza di costo tra terapia assistita con eroina e terapia con metadone è dovuta in gran parte alle maggiori esigenze in termini di personale per le cliniche specializzate. Nonostante i costi più elevati, la terapia assistita con eroina si è rivelata un intervento con un buon rapporto costo/efficacia per un gruppo selezionato di consumatori cronici di eroina (OEDT, 2011a).

sistematiche hanno esaminato la possibilità che gli antidepressivi abbiano ridotto i tassi di abbandono tra i pazienti che assumono metadone o buprenorfina, ma non hanno rilevato prove della loro efficacia (Pani e al., 2010b; Stein e al., 2010). Un altro studio ha indicato che una singola dose supplementare di metadone potrebbe contribuire a ridurre i disturbi dell'umore indotti dall'appetizione compulsiva tra i pazienti stabilizzati con metadone (Strasser e al., 2010).

Il naltrexone, un antagonista dei recettori oppioidi, viene utilizzato per prevenire le ricadute nel consumo di oppioidi. In una sperimentazione su scala ridotta, l'impianto di naltrexone si è rivelato più efficace del naltrexone per via orale nella riduzione dell'appetizione compulsiva e delle ricadute (Hulse e al., 2010). Uno studio condotto tra carcerati rilasciati ha dimostrato che l'impianto di naltrexone ha prodotto riduzioni analoghe nel consumo di eroina e di benzodiazepine rispetto al metadone (Lobmaier e al., 2010). Negli Stati Uniti sono stati sperimentati anche impianti di buprenorfina, sviluppati per superare i problemi di non conformità e per impedire i cambiamenti di terapia, in relazione a impianti di placebo. Uno studio preliminare ha mostrato una lieve differenza riguardo all'astinenza a favore degli impianti attivi (Ling e al., 2010) e il passaggio successivo consisterà nel confronto di questi impianti con altri trattamenti (O'Connor, 2010). In Europa, uno studio finlandese sta verificando se l'erogazione di suboxone attraverso un dispositivo elettrico che registra il consumo

## Terapia sostitutiva per via orale in gravidanza

Alle donne incinte dipendenti da oppioidi viene consigliato di assumere la terapia sostitutiva con il metadone per la durata della loro gravidanza. Anche se molte donne manifestano l'intenzione di smettere di consumare oppioidi quando scoprono di essere incinte, l'astinenza da oppioidi in gravidanza dovrebbe essere evitata a causa dell'alto rischio di ricaduta nel consumo di eroina e della pericolosità dei sintomi di astinenza che inducono l'aborto o il parto prematuro (OMS, 2009). L'esposizione prenatale al metadone, tuttavia, è associata anche alla sindrome di astinenza neonatale che richiede il trattamento e il ricovero in ospedale.

La buprenorfina è un'alternativa al metadone nella terapia di mantenimento ed è stata recentemente studiata in un campione di 175 donne incinte dipendenti da oppioidi incluse in una sperimentazione controllata randomizzata internazionale (Jones, H., e al., 2009a) svolta in sei località negli Stati Uniti, una in Canada e una a Vienna. Le donne, che sono state incluse nella sperimentazione nel periodo compreso tra le 13 e le 30 settimane di gravidanza, sono state assegnate in maniera random a ricevere il metadone o la buprenorfina e sono state seguite insieme ai loro bambini fino a sei mesi dopo il parto. Come in altri studi, la buprenorfina è stata associata a un tasso di abbandono più alto (33 %) rispetto al metadone (18 %), ma i bambini nel gruppo della buprenorfina sembravano avere bisogno di meno morfina per trattare la sindrome da astinenza neonatale e di meno giorni di ricovero. Lo studio ha concluso che, se vengono mantenute in terapia, alle donne incinte può essere offerta buprenorfina o metadone per il trattamento della dipendenza da oppioidi in gravidanza (Jones, H., e al., 2009b).

migliori la conformità e limiti i cambiamenti nelle droghe da assumere a casa.

Una ricerca sui risultati del trattamento documenta alcuni risultati incoraggianti. Il *Drug Treatment Outcome Research Study* utilizza un periodo di 12 mesi per valutare i risultati del trattamento di 1 796 tossicodipendenti selezionati da 342 agenzie ([106]) in tutta l'Inghilterra (Jones, A., e al., 2009). Tra i consumatori di eroina inclusi nelle interviste iniziali, il 44 % aveva cessato il consumo al primo follow-up e il 49 % al secondo follow-up e sono state registrate anche notevoli riduzioni per tutte le altre principali sostanze valutate.

([106]) Trattamento in comunità (principalmente mantenimento con metadone per via orale) e in regime di ricovero.

# Capitolo 7
# Malattie infettive e decessi correlati alla droga

## Introduzione

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

Il consumo di oppioidi e il consumo di stupefacenti per via parenterale sono due forme di utilizzo di stupefacenti strettamente associate a tali danni, in particolare alle overdose e alla trasmissione di malattie infettive. Il numero di overdose mortali riferite nell'Unione europea negli ultimi due decenni è pari a circa un decesso da overdose ogni ora. Le ricerche dimostrano inoltre che, negli ultimi due decenni, un gran numero di consumatori di stupefacenti è morto per altri motivi, come l'AIDS o il suicidio (Bargagli e al., 2006; Degenhardt e al., 2009).

La riduzione della mortalità e della morbilità correlate al consumo di droga è fondamentale per le politiche europee sulla droga. Gli sforzi principali in questo ambito vengono effettuati attraverso interventi diretti ai gruppi più a rischio e mirano ai comportamenti direttamente associati ai danni correlati alla droga.

## Malattie infettive correlate alla droga

L'OEDT sta monitorando sistematicamente l'infezione da HIV e dai virus dell'epatite B e C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale ([107]). Le malattie infettive prodotte da questi virus sono tra le conseguenze più gravi per la salute del consumo di sostanze stupefacenti. Anche altre malattie infettive, tra cui l'epatite A e D, le malattie sessualmente trasmissibili, la tubercolosi, il tetano, il botulismo, l'antrace e il virus dei linfociti T dell'uomo possono colpire i tossicodipendenti in misura estremamente maggiore.

### HIV e AIDS

Alla fine del 2009, il tasso di nuove diagnosi da HIV tra i consumatori di droga per via endovenosa (IDU) è rimasto basso nella maggior parte dei paesi dell'Unione europea e la situazione complessiva nell'UE risulta positiva rispetto al contesto globale ed europeo più ampio (ECDC e OMS Europa, 2010; Wiessing e al., 2009) (grafico 15). Questa situazione può essere dovuta, almeno in parte, all'aumento della disponibilità delle misure di prevenzione, di trattamento e di riduzione del danno, compresa la terapia sostitutiva e i programmi di scambio di aghi e siringhe. Anche altri fattori, come il calo del consumo per via parenterale, segnalato in alcuni paesi, possono essere stati determinanti (OEDT, 2010g). Il tasso medio di nuovi casi diagnosticati nei 26 Stati membri dell'UE in grado di fornire dati per il 2009 ha raggiunto un nuovo valore minimo di 2,85 per milione di abitanti, ovvero 1 299 nuovi casi riportati ([108]). In talune regioni europee, tuttavia, i dati indicano che la trasmissione dell'HIV collegata al consumo di stupefacenti per via parenterale è proseguita nel 2009, mettendo in luce la necessità di garantire la copertura e l'efficacia delle prassi di prevenzione locale.

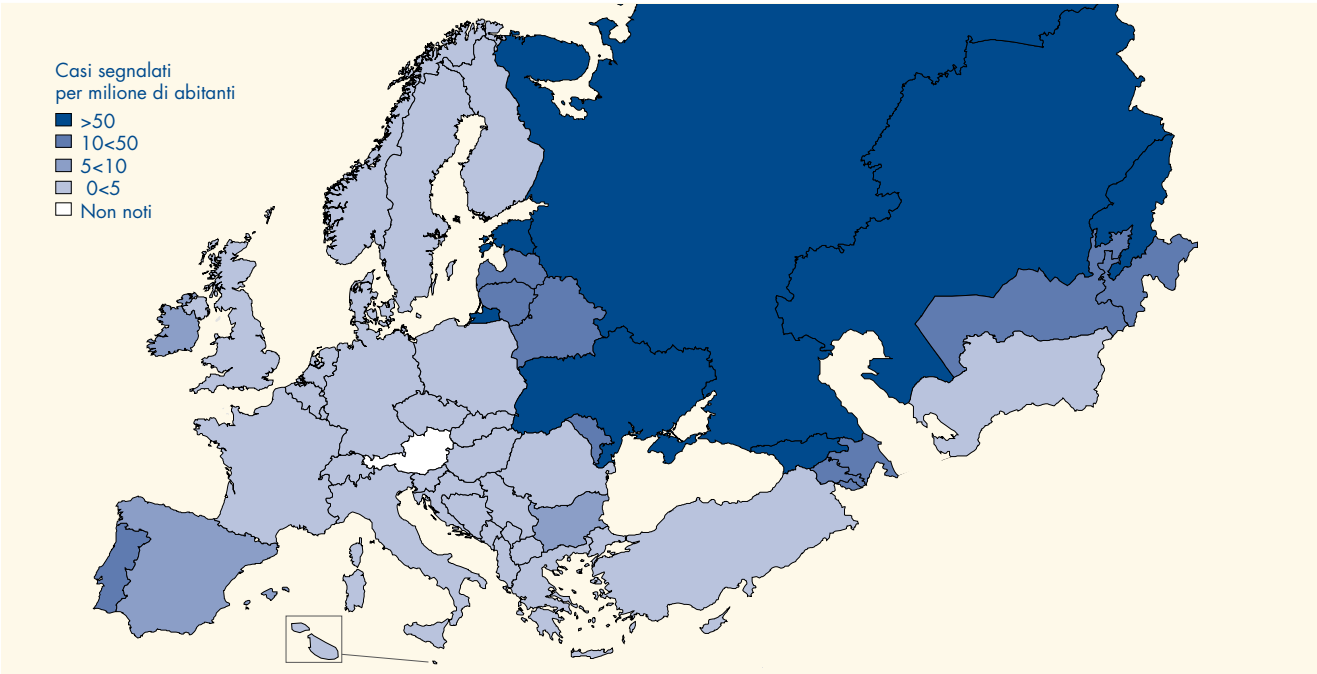
Anche i dati disponibili sulla prevalenza dell'HIV in campioni di consumatori di droga per via parenterale nell'UE risultano positivi rispetto alla prevalenza nei paesi vicini dell'est ([109]), anche se i confronti tra i paesi devono essere considerati con cautela a causa delle differenze nei metodi di studio e nella copertura.

#### Tendenze osservate nell'infezione da HIV

I dati sui casi di nuova diagnosi connessi al consumo di stupefacenti per via parenterale nel 2009 indicano che, in generale, il tasso di infezione sta ancora diminuendo nell'Unione europea, dopo il picco raggiunto nel 2001-2002 e dovuto alle epidemie scoppiate in Estonia, Lettonia e Lituania. Dei cinque paesi che riferiscono i tassi più elevati di infezioni di nuova diagnosi tra gli

([107]) Per i dettagli sui metodi e le definizioni, cfr. il bollettino statistico 2011.
([108]) Non sono disponibili dati per l'Austria. Il tasso medio è di 2,44 casi su un milione di abitanti per gli Stati membri dell'UE, la Croazia, la Turchia e la Norvegia.
([109]) Cfr. la tabella INF-1 nel bollettino statistico 2011.

**Grafico 15:** Infezioni da HIV di recente diagnosi nei consumatori di droghe per via parenterale nel 2009 in Europa e in Asia centrale




*NB:* I colori indicano il tasso per milione di abitanti dei casi di HIV di recente diagnosi attribuiti al gruppo a rischio relativo al consumo di stupefacenti per via parenterale diagnosticati nel 2009.
*Fonti:* ECDC e OMS-Europa, 2010. I dati russi provengono dal Federal Research Methodological Centre on Prevention and Fight of AIDS. Infezione da HIV. Bollettino informativo n. 34, pag. 35, Mosca, 2010 (in russo).

IDU tra il 2004 e il 2009 (Estonia, Spagna, Lettonia, Lituania, Portogallo), tre hanno continuato a segnalare una tendenza al ribasso, ma il tasso in Estonia e in Lituania è aumentato nuovamente rispetto ai livelli del 2008 (grafico 16) ([110]). In Estonia si è registrato un aumento da 26,8 casi su un milione nel 2008 a 63,4 su un milione nel 2009 e in Lituania da 12,5 casi su un milione nel 2008 a 34,9 casi su un milione nel 2009. Nello stesso periodo, anche il tasso di nuove infezioni tra gli IDU in Bulgaria è aumentato da 0,9 nuovi casi su un milione di abitanti nel 2004 a 9,7 su un milione nel 2009, mentre in Svezia il tasso ha raggiunto il picco di 6,7 nuovi casi su un milione (61 nuove diagnosi) nel 2007. Questi dati indicano che in alcuni paesi esiste una potenzialità continua di diffusione dell'HIV tra gli IDU.

I dati sull'andamento provenienti dalle attività di monitoraggio della prevalenza dell'HIV in campioni di IDU sono un elemento complementare importante rispetto ai dati di segnalazione dei casi di HIV. Per il periodo 2004-2009 sono disponibili statistiche sulla prevalenza trasmesse da 27 paesi europei ([111]). In 19 Stati la prevalenza dell'HIV non ha subito variazioni. In cinque paesi (Francia, Italia, Austria, Polonia, Portogallo) si sono verificate diminuzioni della prevalenza dell'HIV, tre delle quali basate su campioni nazionali, mentre in Francia la tendenza si basa sui dati provenienti da cinque città. In Austria, il campione nazionale non mostra alcuna variazione, ma viene osservata una diminuzione a Vienna. Due paesi riferiscono un aumento della prevalenza dell'HIV: la Slovacchia (dati nazionali) e la Lettonia (risultati delle sperimentazioni autodichiarati provenienti da sette città). In Bulgaria una riduzione a livello nazionale non è rispecchiato dalla situazione nella capitale (Sofia), dove la tendenza è in aumento. In Italia esiste una tendenza nazionale al calo, con soltanto una delle 21 regioni che riferisce un aumento ([112]).

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

Nonostante le tendenze per lo più in rapido calo a partire dal 2004, la percentuale delle nuove diagnosi di HIV (su un milione di abitanti) nel 2009 correlate al consumo di stupefacenti per via parenterale è ancora relativamente elevata in Estonia (63,4), Lituania (34,9), Lettonia (32,7),

([110]) I dati per la Spagna non hanno una copertura nazionale.
([111]) Non sono disponibili dati sull'andamento per l'Estonia, l'Irlanda e la Turchia. Cfr. la tabella INF-108 nel bollettino statistico 2011.
([112]) I dati per l'Italia riguardano i tossicodipendenti in terapia, dove non è noto lo stato di consumo per via parenterale, pertanto un calo nella prevalenza dell'HIV potrebbe essere dovuto anche a un calo nel consumo per via parenterale tra la popolazione esaminata.

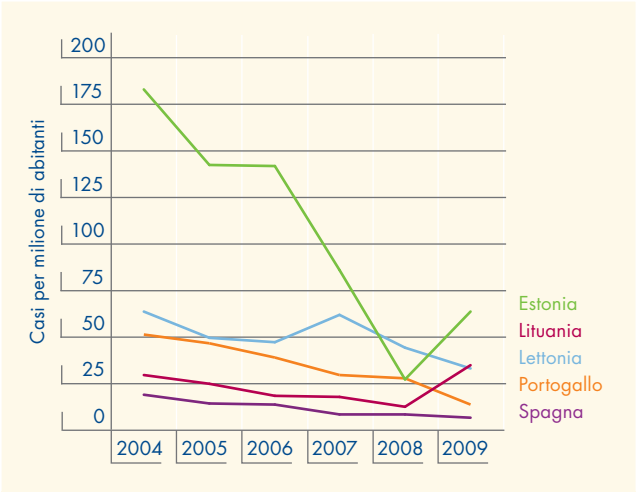
Portogallo (13,4) e Bulgaria (9,7), il che indica che continuano a verificarsi numeri rilevanti di nuove infezioni tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in questi paesi ([113]).

Ulteriori segnali di una trasmissione continua dell'HIV si osservano in sei paesi (Estonia, Spagna, Francia, Lettonia, Lituania, Polonia), con livelli di prevalenza superiori al 5 % tra i campioni di giovani IDU (di età inferiore a 25 anni) nel 2005-2007 ([114]) e in due paesi (Bulgaria, Cipro) in cui la prevalenza nei giovani IDU è aumentata tra il 2004 e il 2009.

### Incidenza dell'AIDS e disponibilità della HAART

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

**Grafico 16:** Andamento delle infezioni da HIV segnalate di recente nei consumatori di stupefacenti per via parenterale in cinque Stati membri dell'UE che segnalano i tassi più elevati




*NB:* Dati segnalati alla fine di ottobre 2010, cfr. il grafico INF-2 nel bollettino statistico 2011.
*Fonte:* ECDC e OMS-Europa, 2010.

Attualmente, la Lettonia è il paese con la più elevata incidenza di casi di AIDS riconducibili al consumo di stupefacenti per via parenterale, con 20,8 nuovi casi stimati ogni milione di abitanti nel 2009, in calo rispetto ai 26,4 nuovi casi per milione di abitanti nel 2008. Tassi relativamente elevati di incidenza dell'AIDS tra gli IDU sono segnalati anche da Estonia, Spagna, Portogallo e Lituania, con rispettivamente 19,4, 7,3, 6,6 e 6,0 nuovi casi per milione di abitanti. Tra questi paesi la tendenza dal 2004 al 2009 era in diminuzione in Spagna e Portogallo, ma non in Estonia e Lituania ([115]).

### Epatite B e C

L'epatite virale, in particolare, l'infezione causata dal virus dell'epatite C (HCV) mostra una prevalenza maggiore negli IDU in tutta Europa. I livelli di anticorpi anti-HCV tra i campioni nazionali di IDU esaminati nel 2008/09 variavano da circa il 22 % al 91 %, anche se nove dei 13 paesi riferisce risultati superiori al 40 % ([116]). Tre paesi (Repubblica ceca, Ungheria, Slovenia) registrano prevalenze inferiori al 25 % sebbene un tasso di infezione a questo livello rappresenti comunque un problema importante per la salute pubblica.

I livelli di prevalenza dell'HCV possono essere estremamente vari all'interno di uno stesso paese, a causa sia di differenze sul piano regionale sia delle caratteristiche della popolazione oggetto del campione. Per esempio, in Italia, le stime regionali oscillano dal 37 % circa all'81 % (grafico 17).

Studi recenti (2008/09) mostrano un'ampia gamma di livelli di prevalenza dell'HCV tra gli IDU di età inferiore a 25 anni e tra quelli che assumono droghe per via parenterale da meno di due anni, indicando livelli diversi di incidenza di HCV in questi gruppi in Europa ([117]). Ciononostante, questi studi indicano anche che molti IDU contraggono il virus quando iniziano ad adottare questa modalità di consumo e ciò implica che l'intervallo di tempo in cui si può prevenire l'infezione da HCV è piuttosto breve.

Nel periodo 2004-2009, otto paesi riferiscono una prevalenza dell'HCV in calo negli IDU e un paese la indica in aumento (Cipro), mentre altri quattro paesi riferiscono un andamento divergente in diverse serie di dati. Ciononostante, è necessario mantenere la cautela, date la copertura geografica e/o le dimensioni limitate del campione considerati negli studi in alcuni casi ([118]). Gli studi sui giovani IDU (di età inferiore ai 25 anni) suggeriscono

([113]) Cfr. la tabella INF-104 nel bollettino statistico 2011.
([114]) Cfr. la tabella INF-109 nel bollettino statistico 2011.
([115]) Cfr. il grafico INF-1 e la tabella INF-104 (parte ii) nel bollettino statistico 2011.
([116]) Cfr. le tabelle INF-2 e INF-111 nel bollettino statistico 2011.
([117]) Cfr. le tabelle INF-112 e INF-113 e il grafico INF-6 (parte ii) e (parte iii) nel bollettino statistico 2011.
([118]) Cfr. la tabella INF-111 nel bollettino statistico 2011.

anch'essi che in alcuni paesi potrebbe verificarsi un calo nella prevalenza in questo gruppo a livello nazionale (Bulgaria, Slovenia, Regno Unito) o subnazionale (Creta in Grecia, Vorarlberg in Austria), che potrebbe indicare una riduzione dei tassi di trasmissione. Tuttavia, vengono riferiti anche alcuni aumenti (Cipro, Graz in Austria). Alcune di queste tendenze sono confermate dai dati per i nuovi IDU (che consumano stupefacenti per via parenterale da meno di due anni). L'aumento della prevalenza dell'HCV tra i nuovi IDU è segnalato in Grecia (Attica), mentre l'Austria (Vorarlberg) e la Svezia (Stoccolma) riferiscono un calo ([119]).

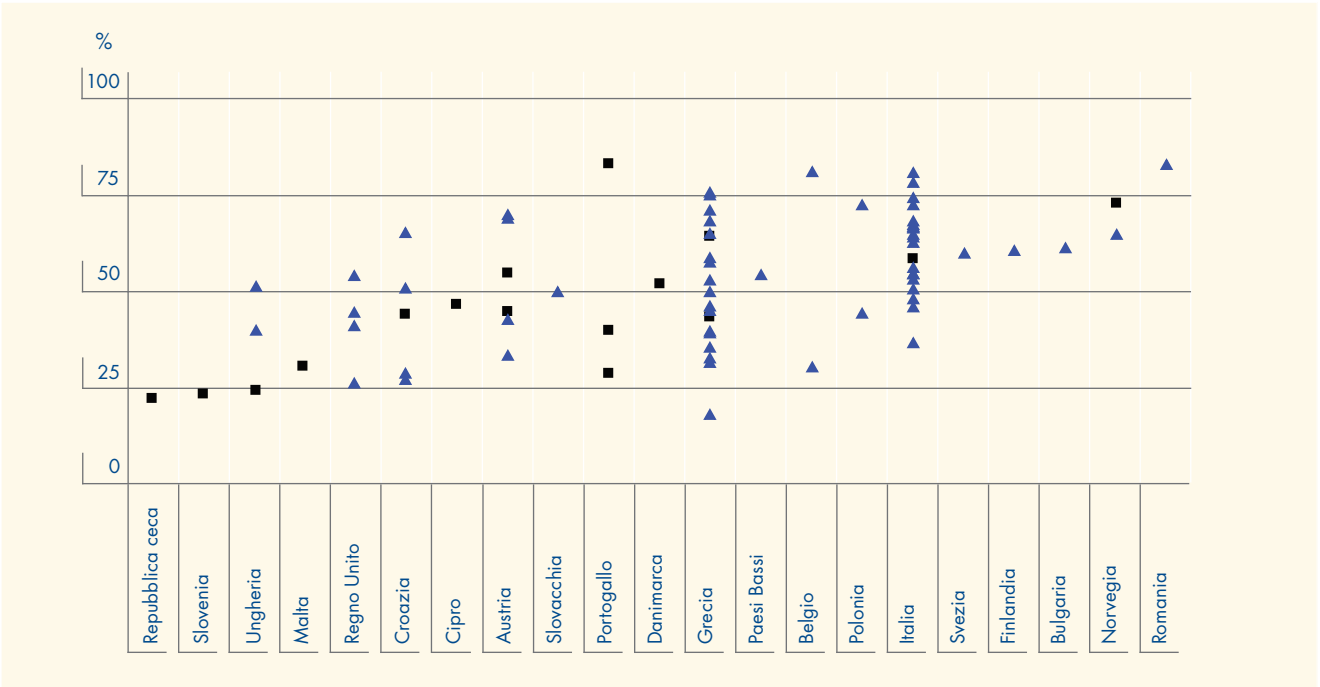
Anche la prevalenza degli anticorpi contro il virus dell'epatite B (HBV) varia in larga misura, forse a causa, in parte, delle differenze riscontrate nei programmi vaccinali, benché possano essere coinvolti anche altri fattori. Il marcatore sierologico più informativo dell'infezione da HBV è l'HBsAg (antigene superficiale del virus dell'epatite B), che indica un'infezione in corso. Per il 2004-2009, quattro dei 14 paesi che hanno fornito dati sul virus tra gli IDU riferiscono studi con livelli di prevalenza dell'HBsAg superiori al 5 % (Bulgaria, Grecia, Lituania, Romania) ([120]).

L'andamento rilevato nei casi notificati di epatite B e C indica quadri diversi, che sono però di difficile interpretazione perché i dati sono di scarsa qualità. Tuttavia, la percentuale di IDU tra tutti i casi notificati in cui i fattori di rischio sono noti può fornire ulteriori indicazioni sull'epidemiologia di queste infezioni (Wiessing e al., 2008). Calcolato come media tra i 20 paesi per i quali sono disponibili dati per il periodo 2004-2009, il consumo di droga per via parenterale è pari al 63 % di tutti i casi di HCV e al 38 % dei casi gravi notificati di HCV, laddove è nota la categoria di rischio. Per quanto riguarda l'epatite B, gli IDU rappresentano il 20 % di tutti i casi notificati e il 26 % dei casi gravi. Questi dati confermano che gli IDU continuano a costituire un gruppo a rischio rilevante per l'infezione da epatite virale in Europa ([121]).

## Altre infezioni

Oltre alle infezioni virali, gli IDU sono esposti alle malattie batteriche ([122]). La diffusione dell'antrace tra gli IDU in Europa (cfr. OEDT, 2010a) ha evidenziato un problema in corso con le forme gravi di malattia dovuto ai batteri

**Grafico 17:** Prevalenza degli anticorpi anti-HCV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale




*NB*: Dati per gli anni 2008 e 2009. I quadrati neri rappresentano campioni con copertura nazionale, i triangoli blu campioni con copertura subnazionale (locale o regionale). Le differenze tra i paesi devono essere interpretate con cautela a causa delle differenze nei tipi di impostazioni e metodi di studio; le strategie nazionali di campionamento variano. I paesi sono presentati per ordine di prevalenza crescente, in base alla media dei dati nazionali o, se non disponibile, dei dati subnazionali. Per ulteriori informazioni cfr. il grafico INF-6 nel bollettino statistico 2011.

*Fonte:* Punti focali nazionali Reitox.

([119]) Cfr. le tabelle INF-112 e INF-113 nel bollettino statistico 2011.
([120]) Cfr. la tabella INF-114 nel bollettino statistico 2011.
([121]) Cfr. le tabelle INF-105 e INF-106 nel bollettino statistico 2011.
([122]) Cfr. il riquadro «Tubercolosi tra i tossicodipendenti».

sporigeni tra gli IDU. Uno studio europeo ha confrontato i dati relativi ai casi riferiti di quattro infezioni batteriche (botulismo, tetano, *Clostridium novyi* e antrace) negli IDU nello scorso decennio. Nel periodo 2000-2009, sei paesi hanno riferito 367 casi, con tassi di popolazione variabili, da 0,03 a 7,54 su un milione di abitanti. La maggior parte dei casi di infezione (92 %) è stata riferita da tre paesi nell'Europa nord-occidentale: Irlanda, Regno Unito e Norvegia. I motivi di questa variazione geografica non sono chiari e sono necessarie ulteriori indagini (Hope e al., in stampa).

## Prevenzione delle malattie infettive e risposta

La prevenzione delle malattie infettive tra i tossicodipendenti è un importante obiettivo di salute pubblica dell'Unione europea e una componente delle politiche di lotta alla droga della maggior parte degli Stati membri. I paesi mirano a prevenire e a controllare la diffusione delle malattie infettive tra i tossicodipendenti attraverso una combinazione di approcci, tra cui il controllo, la vaccinazione e il trattamento delle infezioni, il trattamento delle tossicodipendenze, in particolare la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi e la distribuzione di strumenti sterili per le iniezioni; inoltre, attività a livello di comunità forniscono informazioni, istruzione e interventi comportamentali, spesso attuati tramite agenzie di prima assistenza o agenzie a bassa soglia. Queste misure, insieme alla terapia antiretrovirale e alla diagnosi e al trattamento della tubercolosi, sono state promosse dalle agenzie delle Nazioni Unite come interventi fondamentali per la prevenzione, il trattamento e l'assistenza per l'HIV destinati agli IDU (OMS, UNODC e UNAIDS, 2009).

### Tubercolosi tra i tossicodipendenti

La tubercolosi (TBC) è una malattia causata da batteri, che attacca generalmente i polmoni e può essere mortale. Nel 2008, sono stati identificati 82 605 casi in totale in 26 Stati membri dell'UE e in Norvegia, con tassi superiori a 20 su 100 000 in Romania (114,1), Lituania (66,8), Lettonia (47,1), Bulgaria (41,2), Estonia (33,1) e Portogallo (28,7) (ECDC, 2010). In Europa, la malattia è concentrata per lo più nei gruppi a rischio elevato, come i migranti, i senza tetto, i tossicodipendenti e i carcerati. A causa dell'emarginazione e dello stile di vita, i tossicodipendenti possono essere confrontati a rischi maggiori di contrarre la TBC rispetto alla popolazione generale. Essere positivi all'HIV comporta un rischio aggiuntivo di sviluppare la TBC, che è stimato essere da 20 a 30 volte superiore rispetto alle persone che non hanno un'infezione da HIV (OMS, 2010a).

I dati sulla prevalenza della TBC tra le popolazioni di tossicodipendenti sono limitati. In Europa sono riferiti tassi elevati di TBC attiva (sintomatica) tra i tossicodipendenti in terapia in Grecia (1,7 %), Lituania (3 %) e Portogallo (1-2 %), mentre prove sistematiche condotte in strutture di trattamento della tossicodipendenza in Austria, Repubblica slovacca e Norvegia non hanno individuato alcun caso.

La tubercolosi nei tossicodipendenti può essere trattata in maniera efficace, sebbene ciò richieda un regime terapeutico complesso di almeno sei mesi. Il completamento del trattamento è essenziale, perché l'organismo malato diventa rapidamente tollerante alle medicine e sviluppa una resistenza al trattamento. Per i consumatori problematici di stupefacenti, soprattutto quelli con stili di vita disordinati, può essere difficile adattarsi al trattamento. I nuovi metodi che mirano a ridurre la durata del trattamento hanno le potenzialità di aumentare la probabilità di completarlo con successo.

### Interventi

L'efficacia della terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi nella riduzione della trasmissione dell'HIV e del comportamento a rischio dell'assunzione per via parenterale autodichiarato è stata confermata in diversi studi e analisi. Esistono sempre più prove del fatto che la combinazione della terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi e lo scambio di aghi e siringhe sia più efficace nella riduzione dell'incidenza dell'HIV o HCV e del comportamento a rischio dell'assunzione per via parenterale rispetto a uno dei due approcci da solo (ECDC e OEDT, 2011).

### Prevenzione delle infezioni tra gli IDU: orientamenti comuni ECDC-OEDT

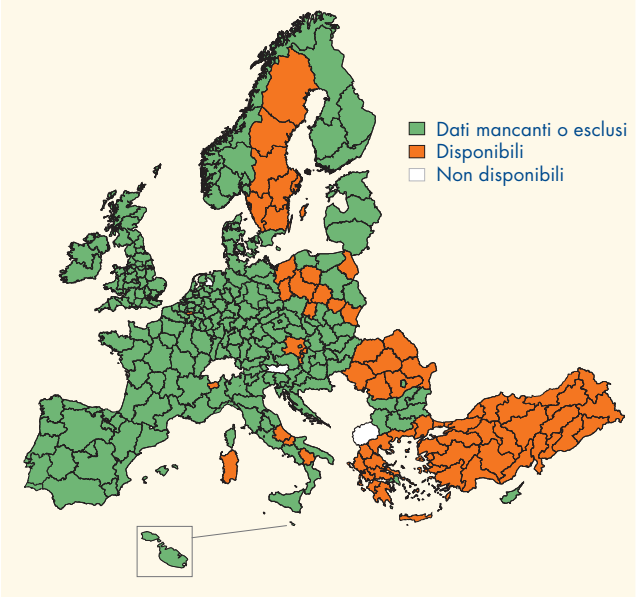
Nel 2011, Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) e l'OEDT hanno emesso alcuni orientamenti comuni sulla prevenzione e il controllo delle malattie infettive tra gli IDU. Gli orientamenti offrono una panoramica completa dell'efficacia degli interventi, comprese misure quali la fornitura di siringhe pulite e altri strumenti per iniezioni, il trattamento delle tossicodipendenze, compresa la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi, la vaccinazione, i test e il trattamento delle infezioni tra i tossicodipendenti. Gli orientamenti esaminano i modelli di erogazione del servizio e le informazioni e i messaggi educativi più adeguati per questa popolazione.

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

Tenendo conto dei miglioramenti nel trattamento dell'epatite C, molti paesi stanno aumentando gli sforzi per prevenire, rilevare e trattare l'epatite tra i tossicodipendenti. L'Unione europea sostiene varie iniziative per migliorare la prevenzione dell'epatite C tra i tossicodipendenti. Tali iniziative comprendono: definizione di norme e orientamenti nazionali per la prevenzione dell'HCV nell'UE (Zurhold, 2011), compilazione di esempi di sensibilizzazione, prevenzione, interventi di trattamento e assistenza (studio di correlazione ed EHRN, 2010), sviluppo di materiali formativi per responsabili politici, professionisti del settore sanitario e fornitori di servizi locali (ad esempio Hunt e Morris, 2011).

La fornitura di siringhe gratuite e pulite organizzata attraverso strutture specializzate o farmacie esiste in tutti i paesi tranne la Turchia, ma nonostante una notevole espansione negli ultimi due decenni, l'informazione sulla copertura geografica rivela degli squilibri, con diversi paesi nell'Europa centrale e orientale e in Svezia che riferiscono una mancanza di disponibilità in alcune zone (cfr. il grafico 18).

**Grafico 18:** Disponibilità geografica di programmi di scambio di aghi e siringhe a livello regionale




*NB*: Regioni definite secondo la nomenclatura delle unità territoriali per la statistica (NUTS) livello 2; per ulteriori informazioni consultare il sito Internet di Eurostat.
*Fonte:* Cfr. la tabella HSR-4 nel bollettino statistico 2011.

Sono disponibili dati recenti sulla fornitura di siringhe attraverso programmi specializzati di scambio di aghi e siringhe per tutti i paesi tranne tre, mentre sono incompleti in altri due paesi ([123]). I dati dimostrano che attraverso questi programmi vengono distribuiti quasi 50 milioni di siringhe all'anno, pari a una media di circa 94 siringhe ogni consumatore di stupefacenti stimato nei paesi che forniscono dati sulle siringhe.

Il numero medio di siringhe distribuite in un anno per ogni IDU può essere calcolato per 13 paesi ([124]). In sette di questi paesi, il numero medio di siringhe distribuite tramite programmi specializzati è pari a meno di 100 per IDU, quattro paesi distribuiscono tra 100 e 200 siringhe e il Lussemburgo e la Norvegia riferiscono di distribuire più di 200 siringhe ogni IDU ([125]). Per la prevenzione dell'HIV, le agenzie delle Nazioni Unite ritengono bassa la cifra di 100 siringhe distribuite all'anno per IDU e alta la cifra di 200 siringhe per IDU (OMS, UNODC e UNAIDS, 2009).

Negli ultimi quattro anni di segnalazione (2005-2009) il numero totale di siringhe distribuite dai programmi di scambio di siringhe è aumentato del 32 %. Un'analisi a livello sub-regionale dell'andamento della fornitura di siringhe mostra un appiattimento dell'aumento tra gli Stati che erano membri dell'UE prima del 2004 e un aumento nei nuovi Stati membri.

## Mortalità e decessi correlati agli stupefacenti

Il consumo di sostanze stupefacenti è una delle principali cause di problemi di salute e di decesso tra i giovani europei e può essere responsabile di una percentuale notevole di tutti i decessi tra gli adulti. Gli studi hanno rilevato che tra il 10 % e il 23 % della mortalità tra le persone di età compresa tra 15 e 49 anni può essere attribuita al consumo di oppioidi (Bargagli e al., 2006; Bloor e al., 2008).

La mortalità indotta dagli stupefacenti comprende i decessi provocati direttamente o indirettamente dal consumo di stupefacenti. Sono inclusi i decessi prodotti da overdose di stupefacenti (decessi indotti dagli stupefacenti), HIV/AIDS, incidenti stradali (in particolare in associazione ad alcol) violenza, suicidio e problemi cronici di salute prodotti dal consumo ripetuto di droghe (ad esempio problemi cardiovascolari nei consumatori di cocaina) ([126]).

([123]) Cfr. la tabella HSR-5 nel bollettino statistico 2011. Per il periodo 2007-2009, non erano disponibili dati sul numero di siringhe per la Danimarca, la Germania e l'Italia. I dati sui Paesi Bassi riguardano solo Amsterdam e Rotterdam e i dati sul Regno Unito non comprendono l'Inghilterra.
([124]) Cfr. il grafico HSR-3 nel bollettino statistico 2011.
([125]) Queste cifre non includono le vendite farmaceutiche, che possono rappresentare una fonte importante di siringhe sterili per i tossicodipendenti in diversi paesi.
([126]) Vedere «Mortalità correlata agli stupefacenti: un concetto complesso», nella relazione annuale 2008.

## Decessi indotti dagli stupefacenti

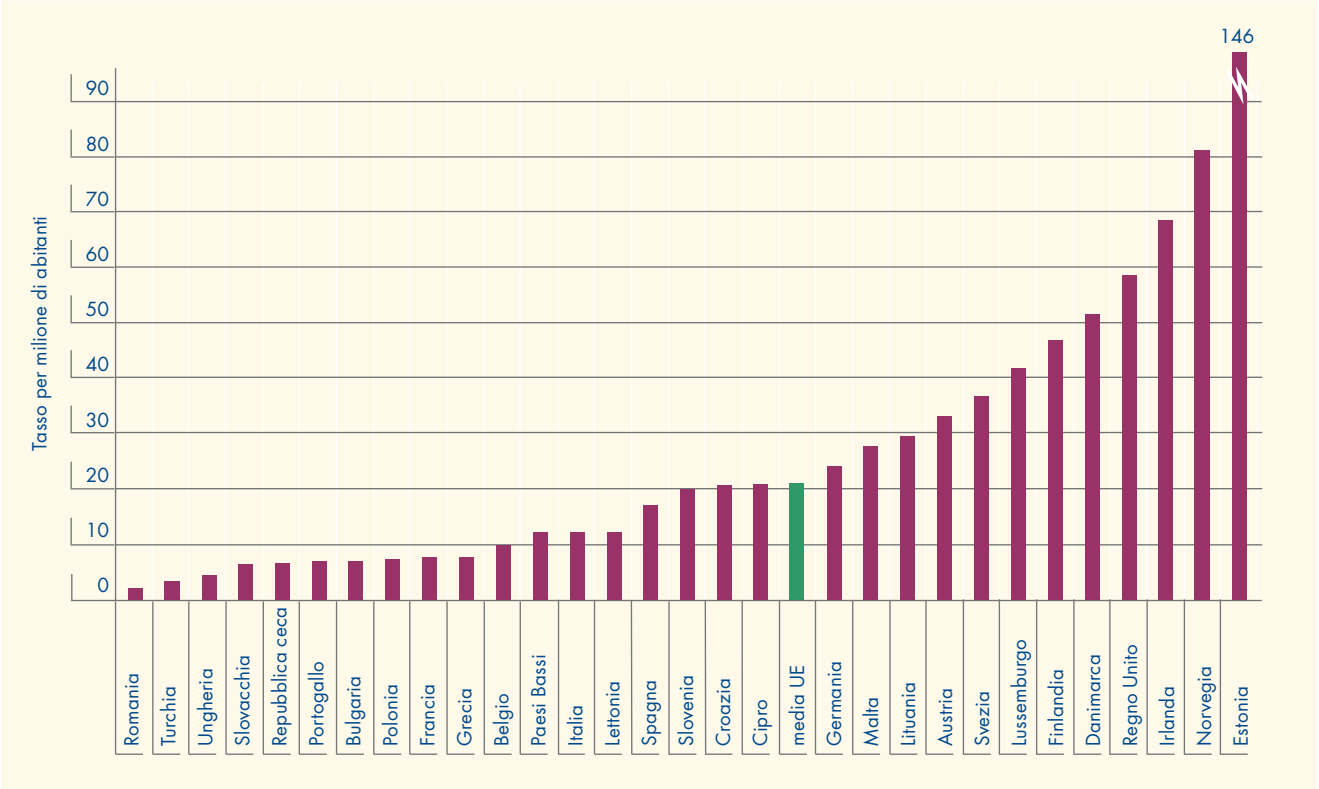
Le stime più recenti indicano che nel 2009 vi sono stati circa 7 630 decessi indotti dagli stupefacenti negli Stati membri dell'UE e in Norvegia, il che indica una situazione stabile rispetto ai 7 730 casi riferiti nel 2008 ([127]).
È probabile che queste cifre siano prudenti, perché i dati nazionali relativi ai decessi indotti dagli stupefacenti potrebbero essere riferiti o valutati per difetto. Pochi paesi hanno misurato l'ampiezza della stima per difetto nei loro dati nazionali.

Nel periodo 1995-2008 sono stati riferiti ogni anno dagli Stati membri dell'UE e dalla Norvegia tra 6 300 e 8 400 decessi indotti dagli stupefacenti. Nel 2008, l'anno più recente per il quale sono disponibili dati per quasi tutti i paesi, più della metà dei decessi indotti dagli stupefacenti era segnalata da due paesi, la Germania e il Regno Unito, che insieme alla Spagna e all'Italia hanno registrato due terzi di tutti i casi segnalati (5 075).

Per il 2009, il tasso medio di mortalità dovuto a overdose nell'UE è stimato a 21 decessi per milione di abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni, e la maggior parte dei paesi riferisce tassi compresi tra 4 e 59 decessi per milione (grafico 19). Percentuali superiori a 20 decessi per milione di abitanti si riscontrano in 13 paesi europei su 28, mentre in sette paesi il dato supera i 40 decessi per milione di abitanti. Tra i cittadini europei di 15-39 anni, l'overdose da stupefacenti era pari al 4 % di tutti i decessi ([128]).

Il numero di decessi indotti dagli stupefacenti riferiti può essere influenzato dalla prevalenza e dai modelli di consumo degli stupefacenti (per via parenterale, poliassunzione), dall'età e dalle comorbilità dei tossicodipendenti e dalla disponibilità dei servizi di trattamento e di emergenza, nonché dalla qualità della raccolta dei dati e dalla modalità di stesura delle relazioni. I miglioramenti nell'affidabilità dei dati europei hanno consentito migliori descrizioni degli andamenti e la maggior parte dei paesi ha adottato attualmente una definizione dei casi approvata dall'OEDT ([129]).

**Grafico 19:** Tassi di mortalità stimati tra tutti gli adulti (15-64 anni) dovuta a decessi indotti da stupefacenti




*NB:* Per ulteriori informazioni, cfr. il grafico DRD-7 nel bollettino statistico 2011.
*Fonti:* Punti focali nazionali Reitox.

([127]) La stima europea si basa sui dati del 2009 per 17 dei 27 Stati membri e la Norvegia, sui dati del 2008 per nove paesi e su una proiezione di dati per un paese. È escluso il Belgio perché non sono disponibili dati. Per ulteriori informazioni, cfr. la tabella DRD-2 (parte i) nel bollettino statistico 2011.
([128]) Cfr. il grafico DRD-7 (parte i) e le tabelle DRD-5 (parte ii) e DRD-107 (parte i) nel bollettino statistico 2011.
([129]) Per informazioni metodologiche dettagliate vedere il bollettino statistico 2011 e le pagine relative all'indicatore fondamentale dei decessi correlati agli stupefacenti.

Ciononostante occorre una certa cautela nel confronto tra paesi, poiché esistono ancora differenze nella metodologia di stesura delle relazioni e nelle fonti di dati.

**Decessi correlati agli oppioidi**

*Eroina*

Gli oppioidi, soprattutto l'eroina o i suoi metaboliti, sono menzionati nella maggior parte dei decessi indotti dagli stupefacenti riferiti in Europa. Nei 22 paesi che hanno fornito dati per il 2008 o il 2009, gli oppioidi erano responsabili della maggior parte di tutti i casi: più del 90 % in cinque paesi e tra l'80 % e il 90 % in altri 12. Le sostanze riscontrate spesso oltre all'eroina comprendono alcol, benzodiazepine, altri oppioidi e, in alcuni paesi, la cocaina. Questo suggerisce che una parte considerevole di tutti i decessi correlati al consumo di stupefacenti si verifica in un contesto di poliassunzione, come illustrato da un esame della tossicologia dei decessi correlati agli stupefacenti in Scozia nel 2000-2007. Tale studio ha dimostrato che la presenza di eroina e alcol erano associati positivamente, soprattutto tra gli uomini in età più avanzata. Tra gli uomini i cui decessi erano correlati all'eroina, l'alcol era presente nel 53 % delle persone con 35 anni e più, contro il 36 % nei casi con meno di 35 anni (Bird e Robertson, 2011; cfr. anche GROS, 2010).

In Europa, la maggior parte dei consumatori di droga che muore per overdose è di sesso maschile (81 %). Nel complesso, si registrano circa quattro casi che coinvolgono uomini per ogni caso che riguarda una donna (con un rapporto che va da 1,4:1 in Polonia a 31:1 in Romania) ([130]). Negli Stati membri che hanno aderito all'UE più di recente, sono più probabili i decessi riferiti indotti dagli stupefacenti negli uomini e nei giovani rispetto agli Stati membri prima del 2004 e alla Norvegia. I modelli sono diversi in Europa, con percentuali più elevate di uomini riferite nei paesi meridionali (Grecia, Italia, Romania, Cipro, Ungheria, Croazia) e in Estonia, Lettonia e Lituania. La Danimarca, i Paesi Bassi, la Svezia e la Norvegia riferiscono percentuali più elevate di casi con età più alta. L'età media dei tossicodipendenti deceduti per overdose di eroina nella maggioranza dei paesi è attorno ai 35 anni e in molti casi si sta alzando, a suggerire una possibile stabilizzazione o diminuzione del numero di giovani consumatori di eroina e un gruppo di consumatori problematici di oppioidi che invecchia. Nel complesso, il 12 % dei decessi da overdose registrati in Europa si verifica tra persone di età inferiore a 25 anni ([131]).

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

### Metadone e mortalità

Con circa 700 000 consumatori di oppioidi in terapia sostitutiva, sono emerse droghe quali il metadone in relazione ai decessi indotti dagli stupefacenti. Il metadone viene citato spesso nelle relazioni tossicologiche per i decessi correlati al consumo di stupefacenti e talvolta viene identificato come causa del decesso. Nonostante ciò, le attuali prove disponibili sono fortemente a favore dei benefici della terapia sostitutiva ben regolata e controllata, abbinata a interventi psicosociali di assistenza, per mantenere i pazienti in terapia e ridurre il consumo illecito di oppioidi e la mortalità.

Gli studi osservazionali segnalano che il tasso di mortalità fra i consumatori di oppioidi in terapia con metadone è circa un terzo del tasso registrato fra quelli che non sono in terapia. La durata del trattamento è un fattore importante, e gli studi recenti indicano che la terapia sostitutiva per oppioidi ha una possibilità superiore all'85 % di ridurre la mortalità globale tra i consumatori di oppioidi se rimangono in terapia per 12 mesi o più (Cornish e al., 2010). I benefici in termini di sopravvivenza aumentano con l'esposizione cumulativa alla terapia (Kimber e al., 2010). Inoltre, sembra che il metadone riduca il rischio di infezione da HIV del 50 % circa rispetto all'astinenza o a nessun trattamento (Mattick e al., 2009). Per quanto riguarda i decessi correlati al metadone in una popolazione, uno studio recente in Scozia e in Inghilterra ha concluso che all'introduzione di un dosaggio controllato di metadone seguiva un calo sostanziale dei decessi in cui era coinvolto il metadone. Tra il 1993 e il 2008, si è avuta una riduzione di quattro volte almeno dei decessi dovuti a overdose correlata al metadone per quantità di metadone prescritta, in un contesto di espansione del trattamento (Strang e al., 2010).

([130]) Poiché nella maggior parte dei casi riferiti all'OEDT si tratta di overdose da oppioidi (per lo più eroina), per descrivere e analizzare questi casi vengono utilizzate le caratteristiche generali dei decessi correlati al consumo di eroina. Cfr. il grafico DRD-1 nel bollettino statistico 2011.

([131]) Cfr. i grafici DRD-2 e DRD-3 e la tabella DRD-1 (parte i) nel bollettino statistico 2011.

*Altri oppioidi*

Oltre all'eroina, nelle relazioni tossicologiche è presente una serie di altri oppioidi, tra cui il metadone ([132]) e la buprenorfina. I decessi ascrivibili a intossicazione da buprenorfina sono rari e vengono citati da pochissimi paesi, nonostante l'aumento del ricorso a questa sostanza nella terapia sostitutiva in Europa. In Finlandia, tuttavia, la buprenorfina rimane la sostanza più comune rilevata nelle autopsie, generalmente in combinazione con altre sostanze. Questo è il risultato emerso da una recente relazione finlandese che ha esaminato i risultati sugli stupefacenti in casi di avvelenamento accidentale; tale relazione ha segnalato la presenza di benzodiazepine in quasi tutti i casi (38/40) in cui la buprenorfina è stata identificata come principale causa di decesso. Anche l'alcol, individuato in 22 casi su 40 (Salasuo e al., 2009), era un fattore significativo. In Estonia, la maggior parte dei decessi indotti dagli stupefacenti riferiti nel 2009, come negli anni precedenti, era dovuta al consumo di 3-metilfentanil.

**Decessi correlati ad altre sostanze**

I decessi prodotti da intossicazione acuta da cocaina sembrano essere relativamente poco comuni (OEDT, 2010a). Tuttavia, poiché è più difficile definire e individuare le overdose da cocaina rispetto a quelle correlate agli oppioidi, esse potrebbero venire registrate meno (cfr. il capitolo 5).

Nel 2009 sono stati segnalati circa 900 decessi correlati al consumo di cocaina in 21 paesi. A causa della mancanza di confrontabilità nei dati disponibili non è possibile descrivere l'andamento europeo. I dati più recenti per la Spagna e il Regno Unito, i due paesi con i livelli più elevati di prevalenza di cocaina, indicano un calo nei decessi correlati a questa droga: in Spagna, dal 25,1 % dei casi segnalati con cocaina (e non oppiacei) nel 2007 al 19,3 % nel 2008 e nel Regno Unito dal 12,7 % nel 2008 al 9,6 % nel 2009. La cocaina viene identificata molto raramente come l'unica sostanza che contribuisce a un decesso indotto da stupefacenti.

Una recente analisi internazionale sulla mortalità tra i consumatori di cocaina ha concluso che vi sono dati limitati sull'estensione della mortalità elevata tra i consumatori di cocaina problematici o dipendenti (Degenhardt e al., 2011). L'analisi ha incluso risultati ricavati da tre studi europei di follow-up: uno studio francese che ha seguito i soggetti arrestati per reati legati alla cocaina; uno studio olandese con consumatori di cocaina per via parenterale individuati tramite servizi a bassa soglia e uno studio italiano con consumatori di cocaina dipendenti in terapia. I tassi di mortalità generici in questi studi andavano da 0,54 a 4,6 su 100 persone/anno. Un recente studio di coorte danese su soggetti in terapia per il consumo di cocaina, ha mostrato un eccesso di rischio di mortalità pari a 6,4 rispetto a soggetti di pari età e sesso nella popolazione generale (Arendt e al., 2011).

I decessi in cui è presente l'ecstasy (MDMA) sono segnalati raramente e, in molti di questi casi, la droga non è stata identificata come causa diretta del decesso ([133]). Nel 2009 sono stati segnalati in Inghilterra (mefedrone) e in Finlandia (MDPV) decessi probabilmente correlati ai catinoni (cfr. il capitolo 8).

**Andamento dei decessi correlati al consumo di stupefacenti**

I decessi indotti dagli stupefacenti hanno subito un'impennata in Europa negli anni ottanta e nei primi anni novanta paragonabile all'aumento del consumo di eroina e dell'assunzione di sostanze per via parenterale, per poi stabilizzarsi a livelli elevati ([134]). Tra il 2000 e il 2003 molti Stati membri dell'UE hanno segnalato una diminuzione, seguita da un successivo aumento tra il 2003 e il 2008. I dati preliminari disponibili per il 2009 indicano una cifra globale pari o leggermente inferiore a quella dell'anno precedente. Laddove è possibile un confronto, i numeri dei decessi segnalati sono diminuiti in alcuni dei paesi più grandi, tra cui la Germania, l'Italia e il Regno Unito.

È difficile spiegare le cause del numero elevato o in aumento di decessi indotti dagli stupefacenti segnalati in alcuni paesi, soprattutto considerate le indicazioni di riduzioni nel consumo di droga per via parenterale e gli aumenti nel numero di consumatori di oppioidi in contatto con i servizi di terapia e di riduzione dei danni. Le spiegazioni possibili comprendono: maggiori livelli di poliassunzione (OEDT, 2009b) o comportamento ad alto rischio; un aumento del numero di consumatori di oppioidi recidivanti che lasciano il carcere o abbandonano la terapia e un gruppo di tossicodipendenti che invecchia.

## Mortalità generale correlata al consumo di sostanze stupefacenti

La mortalità generale legata al consumo di sostanze stupefacenti comprende i decessi indotti dagli stupefacenti e quelli prodotti indirettamente dal consumo di droga, come attraverso la trasmissione di malattie infettive, problemi cardiovascolari e incidenti. È difficile quantificare il numero dei decessi correlati indirettamente al consumo di droga, ma il loro effetto sulla salute pubblica può

([132]) Cfr. il riquadro «Metadone e mortalità».
([133]) Per i dati sui decessi correlati a sostanze stupefacenti diverse dall'eroina vedere la tabella DRD-108 nel bollettino statistico 2011.
([134]) Cfr. i grafici DRD-8 e DRD-11 nel bollettino statistico 2011.

essere notevole. Tali decessi sono concentrati per lo più tra i tossicodipendenti, sebbene alcuni (incidenti stradali) si verifichino tra i consumatori occasionali.

Le stime della mortalità generale correlata agli stupefacenti possono essere ricavate in molti modi, ad esempio associando informazioni provenienti da studi di coorte a stime della prevalenza del consumo di droga. Un altro approccio consiste nell'utilizzo delle statistiche generali esistenti sulla mortalità e nella stima della percentuale correlata al consumo di droga.

### Studi di coorte sulla mortalità

Gli studi di coorte sulla mortalità esaminano gli stessi gruppi di tossicodipendenti problematici nel tempo e, attraverso il collegamento con registri della mortalità, provano a individuare le cause di tutti i decessi che si verificano nel gruppo. Questo tipo di studio può stabilire i tassi di mortalità generali e quelli legati a una causa specifica relativi alla coorte e può valutare la mortalità in eccesso del gruppo rispetto alla popolazione generale ([135]).

A seconda delle modalità di reclutamento (ad esempio strutture per la terapia delle tossicodipendenze) e dei criteri di inclusione (ad esempio IDU, consumatori di eroina), la maggior parte degli studi di coorte indica tassi di mortalità nell'intervallo compreso tra 1 e 2 % all'anno tra i tossicodipendenti problematici. Questi tassi di mortalità sono approssimativamente da 10 a 20 volte superiori a quelli dello stesso gruppo di età nella popolazione generale. L'importanza relativa delle cause di decesso cambia tra le popolazioni, da paese a paese e nel tempo, tuttavia la causa principale del decesso tra i consumatori problematici in Europa è generalmente l'overdose da droga, responsabile del 50-60 % dei decessi tra i consumatori per via parenterale nei paesi a bassa prevalenza di HIV/AIDS. Oltre all'HIV/AIDS e ad altre malattie, le cause di decesso segnalate più frequentemente comprendono il suicidio, gli incidenti e l'abuso di alcol.

### Decessi indirettamente correlati al consumo di stupefacenti

Associando i dati esistenti provenienti da Eurostat e dal controllo su HIV/AIDS, l'OEDT ha calcolato che circa 2 100 persone sono decedute nell'Unione europea nel 2007 a causa dell'infezione da HIV/AIDS contratta in seguito al consumo di stupefacenti ([136]), con il 90 % di questi decessi verificatisi in Spagna, Francia, Italia e Portogallo.

Altre malattie responsabili di una percentuale di decessi tra i tossicodipendenti comprendono condizioni croniche quali le malattie epatiche, dovute principalmente a infezione dal virus dell'epatite C (HCV) e spesso aggravate dal forte consumo di alcol e dalla coinfezione HIV. I decessi prodotti da altre malattie infettive sono più rari. Le cause di decesso tra i tossicodipendenti, come i suicidi, i traumi e gli omicidi, hanno ricevuto molta meno attenzione, nonostante le indicazioni del loro notevole impatto sulla mortalità.

### «Questione specifica»: mortalità correlata al consumo di stupefacenti: un approccio globale e implicazioni per la salute pubblica

Una «Questione specifica» dell'OEDT pubblicata quest'anno presenta i risultati sulla mortalità correlata agli stupefacenti provenienti da recenti studi longitudinali tra i consumatori problematici di stupefacenti in Europa. Viene presa in esame la mortalità generale e dovuta a cause specifiche e descritti i fattori di rischio e protettivi individuati attraverso la ricerca. Inoltre, vengono esaminate le implicazioni per la salute pubblica.

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

## Riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti

Quindici paesi europei riferiscono che la loro strategia nazionale di lotta alla droga rivolge un'attenzione particolare alla riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti, che tali politiche esistono a livello regionale, o che hanno un piano d'azione specifico per la prevenzione dei decessi correlati agli stupefacenti. In alcuni degli altri paesi (Estonia, Francia, Austria), i recenti aumenti nei decessi correlati al consumo di stupefacenti (in parte tra gruppi di età più giovane e consumatori integrati) hanno aumentato la consapevolezza della necessità di migliori risposte.

Il trattamento può ridurre significativamente il rischio di mortalità dei tossicodipendenti, anche se i rischi relativi alla tolleranza alla droga emergono quando si inizia o si lascia la terapia. Gli studi indicano che il rischio di decesso indotto dalla sostanza stupefacente nella fase di ricaduta dopo il trattamento o nelle settimane successive al rilascio dal carcere è sostanzialmente elevato.

A causa del suo profilo di sicurezza farmacologico, la buprenorfina è consigliata per la terapia di mantenimento per la dipendenza da oppioidi in alcuni paesi ([137]) e una combinazione di buprenorfina-nalossone ha ottenuto

([135]) Per informazioni sugli studi di coorte sulla mortalità, cfr. i principali indicatori sul sito web dell'OEDT.
([136]) Cfr. la tabella DRD-5 (parte iii) nel bollettino statistico 2011.
([137]) Cfr. gli orientamenti sul trattamento sul portale dedicato alle buone prassi.

l'autorizzazione alla commercializzazione in almeno la metà dei paesi ([138]).

Sebbene siano stati fatti dei progressi in alcuni paesi europei verso l'eliminazione del divario terapeutico tra comunità e carcere ([139]), l'abbandono del trattamento della tossicodipendenza, dovuto ad arresto, incarcerazione o rilascio, è stato identificato come fattore che aumenta il rischio di overdose (Dolan e al., 2005). Ciò ha condotto alla pubblicazione da parte dell'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa (OMS, 2010c) di raccomandazioni per quanto riguarda la prevenzione dell'overdose in carcere e la migliore continuità dell'assistenza dopo il rilascio.

Oltre a migliorare l'accesso al trattamento dei tossicodipendenti, sono stati studiati altri interventi destinati a ridurre i rischi di overdose nei tossicodipendenti. Questi interventi riguardano fattori personali, situazionali e legati al consumo di stupefacenti. I materiali informativi sul rischio di overdose, spesso prodotti in più lingue per raggiungere i consumatori di stupefacenti immigrati, vengono distribuiti nella maggior parte dei paesi attraverso centri e siti Internet specializzati nelle droghe e più recentemente anche attraverso messaggi telefonici e posta elettronica. In 27 paesi esiste un servizio di consulenza e di formazione per un consumo più sicuro per i tossicodipendenti, erogato dal personale di assistenza ai tossicodipendenti o tramite formatori di pari livello, ma l'offerta di questi interventi è spesso sporadica e limitata ([140]).

Risposte aggiuntive segnalate da un piccolo numero di paesi comprendono: monitoraggio delle persone che hanno vissuto un'emergenza correlata alla droga (Belgio, Danimarca, Lussemburgo, Paesi Bassi, Austria); «sistemi di allarme rapido» per avvertire i consumatori delle sostanze pericolose (Belgio, Repubblica ceca, Francia, Ungheria, Portogallo, Croazia) e migliori controlli per prevenire prescrizioni di più droghe (Lussemburgo, Regno Unito). I locali di consumo controllati, come quelli disponibili in Germania, Spagna, Lussemburgo, Paesi Bassi e Norvegia, forniscono opportunità per un intervento immediato da parte di professionisti in casi di overdose e riducono l'effetto sulla salute delle overdose non mortali. Le prove dell'effetto dei locali di consumo controllato sui decessi indotti dagli stupefacenti nella comunità comprendono uno studio recente condotto a Vancouver, che ha segnalato una riduzione del 35 % negli incidenti da overdose nella comunità interessata dopo che era stato aperto un locale per il consumo per via parenterale controllato (Marshall, B. e al., 2011). Questo risultato va nella stessa direzione di studi precedenti analizzati in una monografia sulla riduzione del danno (OEDT, 2010b).

La formazione sull'overdose, associata a una dose per assunzione domestica di nalossone (che inverte gli effetti degli oppioidi ed è ampiamente utilizzata negli ospedali e nella medicina di primo soccorso) è un intervento che può evitare i decessi da overdose di oppioidi. Alcuni paesi europei segnalano l'esistenza di programmi a livello di comunità che prescrivono il nalossone ai consumatori di oppioidi a rischio di overdose. La prescrizione di nalossone è accompagnata da una formazione obbligatoria al riconoscimento delle overdose, che fornisce tecniche di base di primo soccorso (ad esempio respirazione di primo soccorso, posizione di recupero) e informazioni su come somministrare il nalossone. Questo intervento è destinato ai consumatori di stupefacenti, alle loro famiglie e pari e intende aiutarli ad adottare azioni efficaci nelle situazioni di overdose, in attesa dell'arrivo dei servizi di pronto soccorso.

La distribuzione di nalossone ai consumatori di stupefacenti è segnalata dall'Italia (dove il 40 % delle agenzie di assistenza ai tossicodipendenti fornisce la sostanza), dalla Germania e dal Regno Unito (Inghilterra e Galles). Nuove iniziative vengono riferite dalla Bulgaria, dalla Danimarca e dal Portogallo. In Scozia, la fornitura di «nalossone per assunzione domestica» a tutti i soggetti a rischio che lasciano il carcere è stata introdotta a livello nazionale nel 2010 e il governo sostiene un programma nazionale di assunzione domestica di nalossone per le persone che si ritengono a rischio di overdose da oppioidi e per chi potrebbe entrare in contatto con loro. In Inghilterra, il progetto di studio N-Alive, che eseguirà una sperimentazione controllata randomizzata su 5 600 carcerati, sta valutando l'efficacia del nalossone nel ridurre i decessi dovuti a overdose nelle settimane successive al rilascio dal carcere.

([138]) Cfr. la tabella HSR-1 nel bollettino statistico 2011.
([139]) Cfr. il capitolo 2 e la tabella HSR-9 nel bollettino statistico 2011.
([140]) Cfr. la tabella HSR-8 nel bollettino statistico 2011.

# Capitolo 8
# Nuove droghe e tendenze emergenti

## Introduzione

L'offerta di informazioni tempestive e obiettive sulle nuove droghe e sulle tendenze emergenti assume sempre più importanza, data la natura sempre più dinamica e in rapido mutamento del problema delle droghe in Europa. Il mercato delle nuove droghe è caratterizzato dalla velocità a cui i fornitori rispondono all'imposizione di misure di controllo offrendo nuove alternative ai prodotti controllati. Una serie di fonti di informazioni e indicatori innovativi, tra cui il monitoraggio via Internet e l'analisi delle acque di scarico, può aiutare a fornire un quadro migliore delle tendenze relative alle droghe emergenti in Europa. Questo capitolo esamina nei dettagli le nuove sostanze psicoattive rilevate attraverso il sistema di allarme rapido e segue il progresso della valutazione del rischio del mefedrone. Viene esaminato il fenomeno delle droghe «legali» («legal highs»), insieme a una serie di risposte nazionali alla vendita libera di nuove sostanze.

## Azione in merito alle nuove droghe

Il sistema di allarme rapido dell'Unione europea è stato sviluppato quale meccanismo di risposta rapida all'emergere di nuove sostanze psicoattive sul mercato delle droghe. Il sistema è attualmente sottoposto a esame nel quadro della valutazione della Commissione europea del funzionamento della decisione 2005/387/GAI del Consiglio ([141]).

### Nuove sostanze psicoattive

Tra il 1997 e il 2010, tramite il sistema di allarme rapido sono state notificate formalmente più di 150 nuove sostanze psicoattive attualmente in corso di monitoraggio. In questo periodo è aumentata la velocità con cui le nuove sostanze emergono sul mercato, con numeri record di nuove sostanze segnalate negli ultimi due anni: 24 nel 2009 e 41 nel 2010 ([142]). Molte di queste nuove sostanze sono state individuate attraverso prodotti di prova venduti in Internet e in negozi specializzati (ad esempio *smart shop*, *head shop*).

Le 41 nuove sostanze psicoattive individuate nel 2010 sono per lo più catinoni sintetici o cannabinoidi sintetici. Con quindici nuovi derivati individuati nel 2010, attualmente i catinoni sintetici sono, dopo le fenetilamine, il secondo gruppo di droghe più ampio controllato dal sistema di allarme rapido. L'elenco delle sostanze notificate di recente contiene anche un gruppo eterogeneo di prodotti chimici, tra cui un derivato sintetico della cocaina, un precursore naturale e varie sostanze psicoattive sintetiche. I derivati della fenciclidina (PCP) e della chetamina, due droghe consolidate utilizzate attualmente o in passato nella medicina umana o veterinaria, sono stati segnalati per la prima volta nel 2010.

L'emergere di nuove droghe basate su medicine con potenziale di abuso noto è un esempio del modo in cui l'innovazione nel mercato illegale richieda una risposta congiunta da parte degli organismi di regolamentazione del controllo delle medicine e dei farmaci. Questa questione è più una minaccia potenziale che un problema immediato, ma data la velocità con cui si verificano i nuovi sviluppi in quest'ambito potrebbe essere importante anticipare sfide future.

### Valutazione del rischio

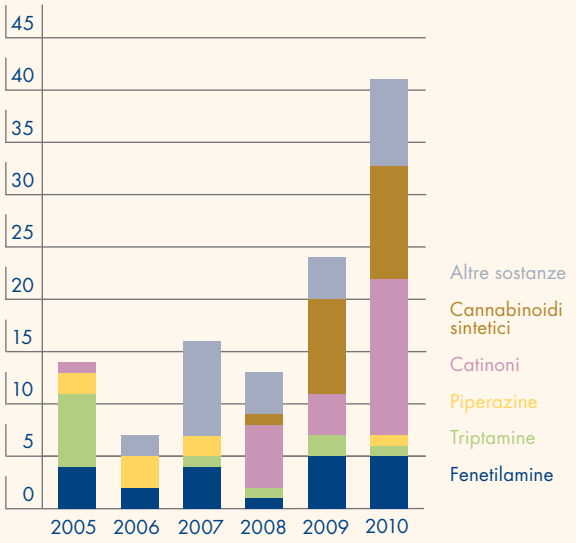
Nel 2010, il mefedrone (4-metilmetcatinone) è diventato il primo derivato del catinone a ricevere una valutazione formale del rischio. Inoltre, è stata la prima sostanza ad avere una valutazione dei rischi ai sensi dei nuovi orientamenti sulla valutazione del rischio ([143]). La valutazione del rischio ha affrontato sfide correlate alla disponibilità limitata di dati e anche alla diversità del mefedrone da composti valutati in precedenza. Tuttavia, per la prima volta, sono stati integrati i dati dello screening tossicologico provenienti da uno studio esplorativo con un gruppo di consumatori di mefedrone,

([141]) Decisione 2005/387/GAI del Consiglio relativa allo scambio di informazioni, alla valutazione dei rischi e al controllo delle nuove sostanze psicoattive, GU L 127 del 20.5.2005.
([142]) Cfr. il riquadro «Principali gruppi di nuove sostanze psicoattive controllate dal sistema di allarme rapido».
([143]) Cfr. il riquadro «Orientamenti sulla valutazione del rischio».

### Principali gruppi di nuove sostanze psicoattive controllate dal sistema di allarme rapido

Le nuove sostanze psicoattive che emergono sul mercato delle droghe in Europa sono appartenute storicamente a un piccolo numero di famiglie di prodotti chimici, con le fenetilamine e le triptamine che costituiscono la maggior parte delle segnalazioni al sistema di allarme rapido. Negli ultimi cinque anni, tuttavia, sono stati segnalati numeri in aumento di nuove sostanze da una gamma in aumento di famiglie di prodotti chimici (cfr. il grafico).

Le fenetilamine comprendono un'ampia gamma di sostanze che possono avere effetti stimolanti, entactogeni o allucinogeni: ne sono esempi le sostanze sintetiche anfetamine, metanfetamine e MDMA (3,4-metilenediossimetanfetamina) e mescalina, presente in natura.




*NB:* Numero di nuove sostanze psicoattive notificate al sistema di allarme rapido europeo ai sensi della decisione 2005/387/GAI del Consiglio.

Le triptamine comprendono una serie di sostanze che hanno principalmente effetti allucinogeni. I rappresentanti principali sono i composti presenti in natura dimetiltriptamina (DMT), psilocina e psilocibina (presente nei funghi allucinogeni). oltre alla dietilamide dell'acido lisergico (LSD) semisintetica.

Le piperazine sono rappresentate dall'*m*CPP (1-(3-chlorofenil) piperazina) e dalla BZP (1-benzilpiperazina), entrambe stimolanti del sistema nervoso centrale.

I catinoni hanno effetti stimolanti. I principali derivati del catinone sono il semisintetico metcatinone e i composti sintetici mefedrone, metilone e l'MDPV (3,4-metilendiossipirovalerone).

I cannabinoidi sintetici sono funzionalmente simili al delta-9-tetraidrocannabinolo (THC), il principio attivo della cannabis. Come il THC possono avere effetti allucinogeni, sedativi e depressivi. Sono stati rilevati in miscele a base di erbe da fumare, come la «Spice» (cfr. OEDT, 2009d).

Altre sostanze segnalate al sistema di allarme rapido comprendono varie sostanze psicoattive derivate dalle piante e sintetiche (ad esempio indani, benzodifuranili, analgesici narcotici, derivati sintetici della cocaina, derivati della chetamina e derivati della fenilciclidina), che non appartengono rigorosamente a nessuna delle famiglie precedenti. È incluso in questo gruppo anche un esiguo numero di prodotti e derivati medicinali.

Per ulteriori informazioni su alcune nuove sostanze psicoattive, cfr. i profili delle droghe dell'OEDT.

che hanno consentito di basare meglio i risultati sulle prove rispetto alle precedenti valutazioni del rischio.

In base ai risultati della relazione sulla valutazione del rischio (OEDT, 2010e), nel dicembre 2010 il Consiglio europeo ha deciso di sottoporre il mefedrone a misure di controllo e a sanzioni penali in tutta Europa ([144]). In quel periodo, diciotto paesi europei avevano già introdotto misure di controllo sul mefedrone ([145]). I rimanenti Stati membri dell'UE hanno un anno di tempo per adottare le misure necessarie.

## Follow-up sul mefedrone

Un numero limitato di fonti consentono una forma di controllo continuo sul consumo e sulla disponibilità del mefedrone in Europa, principalmente indagini via Internet sui frequentatori di locali notturni e studi delle vendite online. Le indagini via Internet tra i lettori di una rivista per frequentatori di locali notturni nel Regno Unito collocavano il consumo una tantum di mefedrone intorno al 40 % nel 2010 (2 295 intervistati, Dick e Torrance, 2010) e al 61 % nel 2011 (2 560 intervistati, Winstock, 2011), sebbene il consumo nell'ultimo mese sia sceso dal 33 % al 25 % nello stesso periodo. Queste indagini non possono essere ritenute rappresentative della più vasta popolazione di frequentatori di locali notturni.

La disponibilità online del mefedrone è stata valutata tramite sei studi dell'OEDT via Internet (studi istantanei) tra il dicembre 2009 e il febbraio 2011. Nella prima metà del 2010, il mefedrone era ampiamente e legalmente disponibile presso i fornitori in Internet, dove veniva venduto sia al dettaglio che in quantità consistenti.

([144]) Decisione del Consiglio 2010/759/UE sull'opportunità di sottoporre a misure di controllo il 4-methylmethcathinone (mefedrone), GU L 322 dell'8.12.2010, pag. 44.

([145]) Belgio, Danimarca, Germania, Estonia, Irlanda, Francia, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Austria, Polonia, Romania, Svezia, Regno Unito, Croazia, Norvegia.

### Orientamenti sulla valutazione del rischio

Gli attuali orientamenti operativi per la valutazione del rischio delle nuove sostanze psicoattive, adottati nel 2008, sono stati attuali per la prima volta nel 2010 con il mefedrone (OEDT, 2010c). Gli orientamenti forniscono un quadro concettuale per svolgere tempestivamente una valutazione basata sulle prove, scientificamente fondata e in cui le fonti di informazione siano limitate. I principali ambiti presi in considerazione sono: rischi sociali e per la salute, produzione e traffico, coinvolgimento della criminalità organizzata e possibili conseguenze delle misure di controllo.

Gli orientamenti considerano tutti i fattori che, in base alle Convenzioni delle Nazioni Unite del 1961 e del 1971, garantirebbero di porre una sostanza sotto il controllo internazionale. Essi introducono anche un nuovo sistema di valutazione semiquantitativo basato sul giudizio di esperti. Gli orientamenti prendono in considerazione una doppia definizione del rischio, ovvero la probabilità che si possa verificare qualche danno (definito generalmente come «rischio») e il grado di gravità di tale danno (generalmente definito come «pericolo»). Inoltre, vi è un esame della prevalenza del consumo, dei benefici potenziali e dei rischi della sostanza indipendentemente dal suo stato legale negli Stati membri e un confronto con le droghe meglio conosciute.

Nel 2010, anche l'Organizzazione mondiale della sanità ha adottato una modifica dei propri orientamenti per l'esame delle sostanze psicoattive per il controllo internazionale (OMS, 2010b).

Gli studi istantanei dell'OEDT sui negozi di droghe online, svolti in inglese, hanno mostrato un picco nella disponibilità di mefedrone online nel marzo 2010, con 77 rivenditori che lo mettevano in vendita. Da allora, il numero totale di negozi online che vendevano mefedrone è diminuito perché, dall'aprile 2010, i paesi europei hanno iniziato a disporre misure di controllo sulla sostanza. Sebbene il mefedrone sia controllato nella maggior parte degli Stati membri a partire dall'inizio del 2011, uno studio istantaneo multilingue dell'OEDT ha rivelato che la sostanza continuava a essere disponibile online in quel periodo, con 23 siti individuati che offrivano mefedrone agli acquirenti nell'Unione europea. Dei 77 negozi online originari individuati nel marzo 2010, solo 15 erano ancora operativi un anno dopo e solo due di questi vendevano ancora mefedrone. I 13 negozi rimanenti continuavano a vendere altri prodotti, presentati spesso come «prodotti chimici di ricerca» e commercializzati come «alternative legali al mefedrone» ([146]). Lo studio istantaneo 2011 dell'OEDT ha individuato anche un'importante riduzione a partire dal 2010 nel numero di negozi online che offrono mefedrone e che sembrano avere sede nel Regno Unito. Nel 2011, il paese con il numero più elevato di negozi online che vendono mefedrone è costituito dagli Stati Uniti (sei), seguito dalla Repubblica ceca e dal Regno Unito (tre ciascuno). Nello stesso periodo è aumentato il prezzo del mefedrone, da 10-12 euro al grammo nel 2010 a 20-25 euro al grammo nel 2011.

Intossicazioni e decessi correlati al mefedrone continuano a essere strettamente monitorati dal sistema di allarme rapido. In Irlanda e nel Regno Unito sono stati segnalati effetti negativi non mortali sulla salute del consumo di mefedrone. Nel 2010 sono pervenute relazioni su 65 decessi sospetti correlati al mefedrone in Inghilterra, in cui le prove hanno dimostrato la presenza di questa droga in 46 casi. Tuttavia, l'individuazione di una sostanza in un campione tossicologico non significa necessariamente che abbia causato o contribuito al decesso, e le relazioni sugli incidenti legati al mefedrone devono essere interpretati con cautela.

## Follow-up di altre sostanze

In Europa non esiste un controllo di routine delle sostanze che sono state sottoposte a una valutazione del rischio, comprese quelle controllate successivamente. Le informazioni disponibili su tali sostanze provengono soprattutto da sequestri di droga e da segnalazioni di effetti negativi sulla salute di sostanze controllate segnalate al sistema di allarme rapido. Una serie di Stati membri riferisce che le piperazine BZP e *m*CPP erano ancora disponibili nel 2009 e nel 2010. L'*m*CPP è stata rilevata spesso in pillole vendute come ecstasy, individuate da programmi di test di pillole, ad esempio nei Paesi Bassi. Sempre nel 2010, la Finlandia ha segnalato la presenza di MDPV ([147]) in 13 campioni tossicologici post mortem, mentre tre paesi hanno riferito la ricomparsa di due fenetilamine, la PMA e la PMMA ([148]). Nei Paesi Bassi è stato rilevato che le polveri vendute come anfetamine contenevano fino al 10 % di PMA e le pillole vendute come ecstasy avevano un elevato contenuto di PMMA; in Norvegia è stata sequestrata una notevole quantità di PMMA e in Austria una miscela venduta come anfetamina conteneva il 50 % di PMMA. Tutti i paesi hanno riferito incidenti per la salute e decessi correlati alla PMA e alla PMMA, due sostanze note per avere una notevole tossicità, che sono state responsabili di overdose letali in passato.

([146]) Tali prodotti comprendevano l'MDAI (5,6-metilendiossi-2-amminoindano), il 5-IAI (5-iodio-2-amminoindano), l'MDAT (6,7- metilendiossi-2-amminotetralina), il 5-APB (5-(2-amminopropil)benzofurano, venduto come «Benzo fury»), il 6-APB (6-(2-amminopropil)benzofurano), il nafirone (naftilpirovalerone, venduto come NRG-1), il 4-MEC (4-metiletcatinone, venduto come NRG-2) e la metossetamina (2-(3-metossifenil)-2-(etilammino) cicloesanone).

([147]) 3,4-Metilenediossipirovalerone, un derivato del pirovalerone, controllato dall'elenco IV della convenzione delle Nazioni Unite del 1971.

([148]) La PMA (para-metossianfetamina) è inclusa nell'elenco I della convenzione delle Nazioni Unite del 1971 dal 1986 e la PMMA (para-metossimetilanfetamina) è controllata a livello di UE dal 2002; cfr. OEDT (2003).

## Droghe «legali»

A partire dagli anni ottanta, nuove sostanze psicoattive sono state segnalate come «droghe progettate», anche se negli ultimi anni si è diffuso il termine droghe «legali» («legal highs»). Droghe «legali» fa riferimento a un'ampia categoria di composti psicoattivi non regolamentati o prodotti che li contengono, commercializzati come alternative legali a droghe controllate ben conosciute, vendute generalmente in Internet oppure in smart shop o head shop. Questo termine si riferisce a un'ampia gamma di sostanze e prodotti sintetici e derivati dalle piante, tra cui droghe a base di erbe, «party pills» e «prodotti chimici di ricerca», molti dei quali possono essere progettati appositamente per aggirare i controlli esistenti sulle droghe. Il termine in sé, sebbene nell'uso comune, rimane problematico ([149]).

### Non così «legali»

Il termine «legal highs» viene utilizzato come termine generico per le sostanze psicoattive non controllate dalla legislazione sulle droghe. Descrivere queste sostanze come «legali» può essere errato o sviante per i clienti, perché molte di esse possono essere coperte dalla legislazione sui farmaci o sulla sicurezza alimentare.

Ai sensi della direttiva europea sulla sicurezza dei prodotti, i produttori sono obbligati a immettere sul mercato solo prodotti sicuri. In condizioni di uso normali o ragionevolmente prevedibili, un prodotto non deve presentare «alcun rischio oppure presentare unicamente rischi minimi, compatibili con l'impiego del prodotto e considerati accettabili nell'osservanza di un livello elevato di tutela della salute e della sicurezza delle persone», tenuto conto delle sue caratteristiche, dell'etichettatura, delle avvertenze e delle istruzioni per l'uso. Probabilmente, in risposta a questo requisito, i negozi online mostrano sempre più avvertenze sulla salute dei loro prodotti. Ai sensi della direttiva, i distributori devono informare anche le autorità competenti dei gravi rischi e delle azioni dei distributori per la loro prevenzione. I reati sono punibili con il carcere.

In Europa, vendere una nuova droga non è più «legale» che vendere qualunque altro prodotto non sperimentato e non etichettato correttamente. Alcuni esempi delle misure adottate contro la vendita di «droghe legali» in base ai regolamenti di protezione dei consumatori comprendono il sequestro della «Spice» e del mefedrone da fornitori in Italia e nel Regno Unito a causa dell'etichettatura inadeguata. Inoltre, nel 2010 l'ispettorato per la salute ha chiuso 1 200 «*head shop*» in Polonia.

### Prevalenza e disponibilità in Internet

In Europa esistono pochi studi sulla prevalenza delle «droghe legali» come termine collettivo o riferito a singole sostanze. Uno studio polacco del 2008 condotto tra 1 400 studenti diciottenni ha rilevato che il 3,5 % aveva consumato droghe «legali» almeno una volta nella vita, mentre uno studio di follow-up su 1 260 studenti nel 2010 ha riferito un aumento all'11,4 %. Il consumo di droghe «legali» negli ultimi 12 mesi è stato segnalato dal 2,6 % degli studenti nel 2008 ed è aumentato al 7,2 % nel 2010. Tuttavia, nell'ultimo mese il consumo è sceso dall'1,5 % nel 2008 all'1,1 % nel 2010. Nel 2011 sono attesi ulteriori studi sulla prevalenza delle droghe «legali» dalla Repubblica ceca, dall'Irlanda e dalla Spagna.

L'OEDT controlla la disponibilità online delle droghe «legali» tramite studi istantanei periodici mirati su Internet, il più recente dei quali utilizza 18 delle 23 lingue ufficiali dell'UE ([150]), parlate come madrelingua dal 97 % della popolazione dell'UE, nonché da russi e ucraini. Oltre alla ricerca del termine «legal highs», le sostanze coperte da questi studi comprendono le «herbal highs» («Spice», kratom e salvia divinorum), il GBL (gamma-butirrolattone) e i funghi allucinogeni. Lo studio istantaneo 2011 su Internet ha individuato 314 negozi online che vendono droghe «legali» che avrebbero spedito prodotti ad almeno uno Stato membro dell'UE. Stabilire il paese d'origine dei negozi online è difficile, ma in base a elementi come le informazioni di contatto, il codice postale, le informazioni sulla valuta e sulla spedizione, il Regno Unito si è rivelato il più presente (grafico 20). L'inglese è la lingua più utilizzata per le comunicazioni, raggiungendo l'83 % dei negozi online intervistati nel 2011. Il kratom e la salvia sono state le droghe «legali» offerte più di frequente, disponibili rispettivamente in 92 e 72 negozi online.

La disponibilità dei prodotti simili alla «Spice» su Internet ha continuato a scendere nel 2011, con 12 dei rivenditori online intervistati che offrivano queste sostanze, ovvero un calo dai 21 negozi nel 2010 e dai 55 nel 2009. Nel 2011, il prezzo di un pacchetto da 3 grammi di prodotti simili alla «Spice» era di 12-18 euro, rispetto a circa 20-30 euro nel 2009. Questo calo parallelo nella disponibilità e nel prezzo può suggerire una concorrenza di altre nuove droghe.

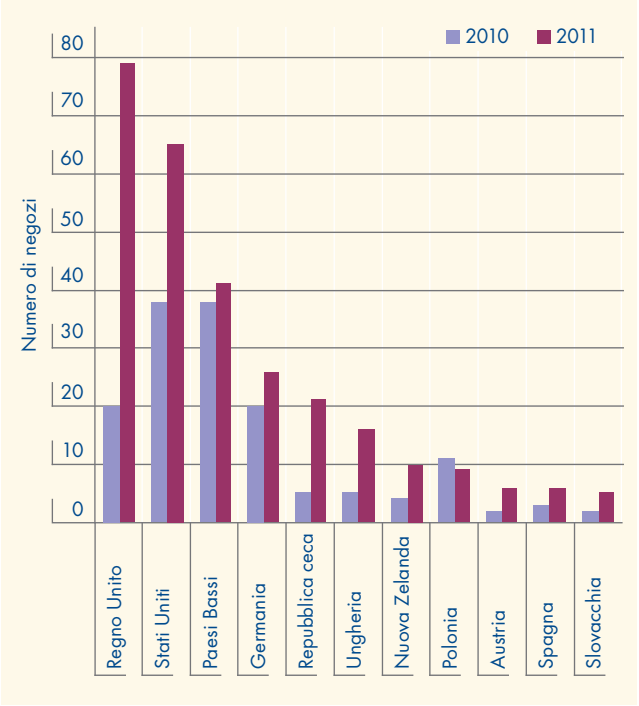
## Controllo e sorveglianza della vendita libera di nuove droghe

La rapida diffusione di nuove sostanze sta spingendo gli Stati membri a ripensare e a modificare alcune delle loro risposte standard al fenomeno della droga. Nel 2010,

([149]) Cfr. il riquadro «Non così "legali"».

([150]) Bulgaro, ceco, danese, tedesco, greco, inglese, spagnolo, francese, italiano, lettone, ungherese, maltese, olandese, polacco, portoghese, rumeno, slovacco e svedese.

**Grafico 20:** Paese apparente di origine dei negozi online che offrono droghe «legali» («legal highs») individuato negli studi istantanei in Internet nel 2010 e nel 2011




*NB*: Sono stati inclusi nel grafico solo gli Stati membri con almeno due negozi online sia nel 2010 che nel 2011. Nel 2011 una ricerca svolta in rumeno per la prima volta ha individuato 13 negozi online con sede in Romania.

l'Irlanda e la Polonia hanno approvato rapidamente una legislazione per limitare la vendita libera di sostanze psicoattive non controllate dalle leggi sugli stupefacenti. Ciò ha richiesto in entrambi i paesi l'elaborazione di un'attenta definizione legale di tali sostanze. La legge irlandese le definisce come sostanze psicoattive, non specificamente controllate ai sensi della legislazione esistente, che hanno la capacità di stimolare o di deprimere il sistema nervoso centrale, con conseguenti allucinazioni, dipendenza o cambiamenti significativi nella funzione motoria, nella capacità di pensare o nel comportamento. Sono esclusi i prodotti medicinali e alimentari, i rimedi per gli animali, le bevande inebrianti e il tabacco. La legge polacca fa riferimento alle «droghe sostitutive», definite come una sostanza o una pianta utilizzata al posto di, o per gli stessi scopi di una droga controllata e la cui fabbricazione o immissione sul mercato non è regolata da disposizioni separate. Non fa alcun riferimento specifico al fatto che la droga debba essere considerata dannosa.

L'applicazione della legge irlandese è controllata dalla polizia. I funzionari di polizia di alto livello possono notificare un «prohibition notice» [avviso di divieto] a un venditore; se il trasgressore non lo ottempera, il tribunale può emettere un «prohibition order» [ordine di divieto]. La vendita, la pubblicità e la non osservanza di un ordine di divieto sono punibili con un massimo di cinque anni di carcere. Al contrario, in Polonia, l'applicazione della legge è controllata dall'ispettorato sanitario statale. La sanzione per la fabbricazione di droghe sostitutive o la loro introduzione in circolazione è una pesante ammenda, mentre la sanzione per la loro pubblicità è l'incarcerazione fino a un anno. Gli ispettori sanitari di Stato possono proibire il commercio di una «droga sostitutiva» per un massimo di 18 mesi per valutarne la sicurezza, se esiste un sospetto giustificato che potrebbe rappresentare una minaccia per la vita o la salute. Se la droga viene riconosciuta dannosa, il distributore è obbligato a farsi carico degli oneri della valutazione. Inoltre, gli ispettori hanno il diritto di chiudere i locali per un massimo di tre mesi. In entrambi i paesi, non viene stabilita nessuna infrazione o sanzione per i consumatori di queste sostanze.

## Sorveglianza delle sostanze psicoattive recentemente sottoposte a controllo

Nel Regno Unito sono state consegnati, nel 2010, alle forze di polizia orientamenti dettagliati sulla sorveglianza delle sostanze psicoattive recentemente sottoposte a controllo, in particolare i cannabinoidi sintetici, le piperazine e i catinoni, nonché il GBL e l'1,4-butandiolo (ACPO, 2010). Gli orientamenti forniscono informazioni sulla comparsa, sui modelli d'uso, sugli effetti e sui rischi delle droghe e sulla loro manipolazione. Gli orientamenti suggeriscono un approccio nazionale coerente con la sorveglianza del possesso e della distribuzione di tali sostanze. È riconosciuta la necessità di un'analisi legale per l'identificazione corretta e le norme necessarie per le prove. Viene sottolineata l'importanza di un approccio comune tra la polizia e le autorità locali nella sorveglianza degli «head shop». Sono incoraggiate le visite della polizia agli «head shop» per raccogliere dati e fornire informazioni ai proprietari e dare loro l'opportunità di consegnare le sostanze controllate. A questo scopo, viene suggerita una lettera standard che invita il proprietario del negozio a esaminare le disposizioni applicate e ad assicurare che siano conformi alla legge.

## Analisi delle acque reflue

L'analisi delle acque reflue o l'epidemiologia delle acque di scarico è una disciplina scientifica in rapido sviluppo, che ha le potenzialità di monitorare l'andamento del consumo di droghe illecite nella popolazione.

I progressi della chimica analitica hanno permesso di individuare l'escrezione urinaria delle droghe illecite e dei loro metaboliti principali nelle acque di scarico a concentrazioni molto basse. Ciò equivale a prelevare un campione di urina molto diluito da un'intera comunità (anziché da un singolo consumatore). Con determinati presupposti, è possibile calcolare a partire dalla quantità del metabolita nelle acque di scarico una stima della quantità di droga consumata in una comunità.

Mentre le prime ricerche erano incentrate sull'individuazione della cocaina e dei relativi metaboliti nelle acque di scarico, studi recenti hanno prodotto delle stime sui livelli di cannabis, anfetamina, metanfetamina, eroina e metadone. Sembra promettente l'individuazione di droghe consumate meno spesso, come la chetamina e le nuove sostanze psicoattive.

Questo campo di impiego si sta sviluppando in maniera pluridisciplinare, con contributi importanti da diverse discipline, tra cui: chimica analitica, fisiologia, biochimica, ingegneria delle acque di scarico ed epidemiologia convenzionale della droga. Una riunione di esperti dell'OEDT tenutasi nel 2011 sull'analisi delle acque di scarico ha individuate almeno 18 gruppi di ricerca operanti in 13 paesi europei che lavorano in questo ambito. Ai primi posti dell'ordine del giorno attuale sulla ricerca vi è lo sviluppo di consenso sui metodi e sugli strumenti di campionamento, oltre all'istituzione di un codice di buone prassi per questo campo.

# Riferimenti bibliografici ([151])


Aalto, M., Halme, J., Visapaa, J.-P. e Salaspuro, M. (2007), «Buprenorphine misuse in Finland», *Substance Use & Misuse* 42, pagg. 1 027-1 208.

Aaron, S., McMahon, J.M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M., Tortu, S. e al. (2008), «Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence», *Clinical Infectious Diseases* 47(7), pagg. 931-934.

ACPO (2010), *Guidance on policing new psychoactive substances (formerly legal highs)*, Association of Chief Police Officers of England, Wales and Northern Ireland, Londra.

AIHW (2008), *2007 National drug strategy household survey: detailed findings*, Drug statistics series No 22, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra.

Akbar, T., Baldacchino, A., Cecil, J., Riglietta, M., Sommer, B. e Humphris, G. (2011), «Poly-substance use and related harms: A systematic review of harm reduction strategies implemented in recreational settings», *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 35, pagg. 1 186-1 202.

Allen, D., Coombes, L. e Foxcroft, D.R. (2007), «Cultural accommodation of the Strengthening Families Programme 10–14: UK Phase I study», *Health Education Research* 22, pagg. 547-560.

Anderson, A.L., Reid, M.S., Li, S.H., Holmes, T., Shemanski, L. e al. (2009), «Modafinil for the treatment of cocaine dependence», *Drug and Alcohol Dependence* 104(1–2), pagg. 133-139.

Arendt, M., Munk-Jørgensen, P., Sher, L., e Jensen, S.O. (2011), «Mortality among individuals with cannabis, cocaine, amphetamine, MDMA, and opioid use disorders: A nationwide follow-up study of Danish substance users in treatment», *Drug and Alcohol Dependence* 114, pagg. 134-139.

Arfken, C.L., Johanson, C.E., di Menza, S. e Schuster, C.R. (2010), «Expanding treatment capacity for opioid dependence with office-based treatment with buprenorphine: National surveys of physicians», *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), pagg. 96-104.

Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P. e al. (2006), «Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries», *European Journal of Public Health* 16, pagg. 198-202.

Barry, D., Sullivan, B. e Petry, N.M. (2009), «Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among African American, Hispanic, and White methadone maintenance clients», Psychology *of* Addictive *Behaviors* 23(1), pagg. 168-174.

Bell, J. (2010), «The global diversion of pharmaceutical drugs: opiate treatment and the diversion of pharmaceutical opiates: a clinician's perspective», *Addiction* 105, pagg. 1 531-1 537.

Bellis, M.A., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M. e Schnitzer, S. (2009), «Relative contributions of holiday location and nationality to changes in recreational drug taking behaviour: a natural experiment in the Balearic Islands», *European Addiction Research* 15, pagg. 78-86.

Best, D., Rome, A., Hanning, K.A., White, W., Gossop, M., Taylor, A. e Perkins, A. (2010), *Research for recovery: a review of the drugs evidence base,* Scottish Government Social Research (disponibile online).

Bird, S.M. e Robertson, J.R. (2011), «Toxicology of Scotland's drugs-related deaths in 2000–2007: Presence of heroin, methadone, diazepam and alcohol by sex, age-group and era», *Addiction Research and Theory* 19, pagg. 170-178.

Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A.H. e McKeganey, N. (2008), «Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study», *BMJ* 337, pag. a478.

Bröring, G. e Schatz, E. (curatori) (2008), *Empowerment and self-organisations of drug users: experiences and lessons learnt*, Foundation Regenboog AMOC, Amsterdam (disponibile online).

Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. e al. (2009), «Injecting, sexual risk behaviours and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain», *European Addiction Research* 15, pagg. 171-178.

CADUMS (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009,* Health Canada. Controlled Substances and Tobacco Directorate (disponibile online).

Caiaffa, W.T., Zocratto, K.F., Osimani, M.L., Martínez, P.L., Radulich, G., Latorre, L. e al. (2011), «Hepatitis C virus among non-injecting cocaine users (NICUs) in South America: can injectors be a bridge?», *Addiction* 106(1) pagg. 143-151.


([151]) I collegamenti ipertestuali alle fonti online sono reperibili nella versione PDF della relazione annuale, disponibile sul sito web dell'OEDT (http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011).

Carpenedo, C.M., Kirby, K.C., Dugosh, K.L., Rosenwasser, B.J. e Thompson, D.L. (2010), «Extended voucher-based reinforcement therapy for long-term drug abstinence», *American Journal of Health Behavior* 34(6), pagg. 776-787.

Carpentier, C., Royuela, L., Noor, A. e Hedrich, D. (2011), «Ten years of monitoring illicit drug use in prison populations in Europe: issues and challenges», *The Howard Journal of Criminal Justice* (in corso di stampa).

Chabrol, H., Roura, C. e Armitage, J. (2003), «Bongs, a method of using cannabis linked to dependence», *Canadian Journal of Psychiatry* 48, pag. 709.

Chalmers, J., Ritter, A., Heffernan, M. e McDonnell, G. (2009), *Modelling pharmacotherapy maintenance in Australia: exploring affordability, availability, accessibility and quality using system dynamics*, Australian National Council on Drugs research paper (disponibile online).

Commissione europea (2011), *European Economic Forecast: primavera 2011*, European Economy 1/2011, direzione generale degli Affari economici e finanziari, Commissione europea.

Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. e al. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy,* HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublino (disponibile online).

Consiglio dell'Unione europea (2009), *Manual on cross-border operations*, 10505/4/09 Rev. 4 (disponibile online).

Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P. e Hickman, M. (2010), «Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: prospective observational study in UK General Practice Research Database», *BMJ* 341, pag. c5475.

Correlation Project and Eurasian Harm Reduction Network (2010), *Hepatitis C transmission and injecting drug use: harm reduction responses*, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.

Corte europea dei diritti dell'uomo: Case of Teixeira de Castro cfr. Portugal, sentenza del 9 giugno 1998, Reports 1998-VI, Par. 38 e 39.

CPT (Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti) (2006), *The CPT Standards: «Substantive' sections of the CPT's General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (disponibile online).

Cunningham, J.A. (2000), «Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?», *Drug and Alcohol Dependence 59*, pagg. 211-213.

Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. e Linskey, M. (2009), «Illicit drug use», in: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Volume 1, Majid Ezzati e al. (curatori), Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra (disponibile online).

Degenhardt, L., Mathers, B., Vickerman, P., Rhodes, T., Latkin, C. e Hickman, M. (2010), «Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed», Lancet 376, pagg. 285-301.

Degenhardt, L., Singleton, J., Calabria, B., McLaren, J., Kerr, T., Mehta, S., Kirk, G. e Hall, W.D. (2011), «Mortality among cocaine users: A systematic review of cohort studies», *Drug and Alcohol Dependence* 113, pagg. 88-95.

Dennis, M. e Scott, C.K. (2007), «Managing addiction as a chronic condition», *Addiction Science and Clinical Practice* 4(1), pagg. 45-55.

Derzon, J.H. (2007), «Using correlational evidence to select youth for prevention programming», *Journal of Primary Prevention* 28 (5), pagg. 421-447.

Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. e Purchase, D. (2009), «Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States», *Addiction* 104(9), pagg. 1 441-1 446.

Dick, D. e Torrance, C. (2010), «MixMag Drugs Survey», *Mix Mag* 225, pagg. 44-53.

Dolan, K.A., Shearer, J., White, B., Zhou, J., Kaldor, J. e Wodak, A.D. (2005), «Four year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection», *Addiction* 100, pagg. 820-828.

ECDC (2010), *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010*, Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, Stoccolma.

ECDC e OEDT (2011), *Joint ECDC–EMCDDA guidance on infection prevention and control among injecting drug users,* Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, Stoccolma.

ECDC e Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa (2010), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009,* Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, Stoccolma.

Elkashef, A.M., Rawson, R.A., Anderson, A.L., Li, S.H., Holmes, T. e al. (2008), «Bupropion for the treatment of methamphetamine dependence», *Neuropsychopharmacology* 33(5), pagg. 1 162-1 170.

Escot, S. e Suderie, G. (2009), «Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles», *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues e des Toxicomanies, Parigi.

Europol (2007), *Amphetamine-type stimulants in the European Union 1998–2007,* Europol contribution to the Expert Consultations for the UNGASS assessment.

Europol (2011), *EU organised crime threat assessment: OCTA 2011*, Europol, L'Aia.

Fletcher, A., Bonell, C. e Hargreaves, J. (2008), «School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies», *Journal of Adolescent Health* 42 (3), pagg. 209-220.

Galloway, G.P., Buscemi, R., Coyle, J.R., Flower, K., Siegrist, J.D. e al. (2011), «A randomized, placebo-controlled trial of sustained-release dextroamphetamine for treatment of methamphetamine addiction», Clinical *Pharmacology & Therapeutics* 89(2), pagg. 276-282.

Garcia-Rodriguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R., Carballo, J.L. e al. (2009), «Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial», *Experimental and* Clinical Psychopharmacology 17(3), pagg. 131-138.

Gregoire, T. e Snively, C. (2001), «The relationship of social support and economic self-sufficiency to substance abuse outcomes in long-term recovery program for women», *Drug Education* 31(3), pagg. 221-237.

Gripenberg, J., Wallin, E. e Andréasson, S. (2007), «Effects of a community-based drug use prevention program targeting licensed premises», *Substance Use and Misuse* 42 (12–13), pagg. 1 883-1 898.

GROS (General Register Office for Scotland) (2010), *Drug-related deaths in Scotland in 2009,* General Register Office for Scotland (disponibile online).

Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E. e McKendry, R. (2003) «Continuity of care: a multidisciplinary review», *BMJ* 327, pagg. 1 219-1 221.

Hall, W. e Degenhardt, L. (2009), «Adverse health effects of non-medical cannabis use», *Lancet* 374, pagg. 1 383-1 391.

Heinzerling, K.G., Swanson, A.N., Kim, S., Cederblom, L., Moe, A. e al. (2010), «Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of modafinil for the treatment of methamphetamine dependence», *Drug and Alcohol Dependance* 109(1–3), pagg. 20-29.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. e al. (2009), *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stoccolma.

Hicks, M., De, B., Rosenberg, J., Davidson, J., Moreno, A. e al. (2011), «Cocaine analog coupled to disrupted adenovirus: a vaccine strategy to evoke high-titer immunity against addictive drugs», *Molecular Therapy* 19, pagg. 612-619.

Hoare, J. e Moon, D. (curatori) (2010), «Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey», *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (disponibile online).

Hope, V., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A., White, J., Ncube, F. e Goldberg, D. (2011), «A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation», *American Journal of Public Health* (in corso di stampa).

Horsley, T., Grimshaw, J. e Campbell, C. (2010), «Maintaining the competence of Europe's workforce», *BMJ* 341, pag. c4687.

Hughes, C.A. e Stevens, A. (2010), «What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs?», *The British Journal of Criminology* 50, pagg. 999-1 022.

Hulse, G.K., Ngo, H.T. e Tait, R.J. (2010), «Risk factors for craving and relapse in heroin users treated with oral or implant naltrexone», *Biological Psychiatry* 68(3), pagg. 296-302.

Hunt, N. e Morris, D. (2011), *Hepatitis C treatment and care for IDUs*, Training module, Eurasian Harm Reduction Network, Vilnius.

Hunt, N., Albert, E. e Montañés Sánchez, V. (2010), «User involvement and user organising in harm reduction», in: EMCDDA (2010), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

INCB (Commissione stupefacenti) (2009), *Guidelines for a voluntary code of practice for the chemical industry*, Nazioni Unite, New York.

INCB (2010), *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, Nazioni Unite, New York (disponibile online).

INCB (2011a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Nazioni Unite, New York (disponibile online).

INCB (2011b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2010*, Nazioni Unite, New York (disponibile online).

Jegu, J., Gallini, A., Soler, P., Montastruc, J.L. e Lapeyre-Mestre, M. (2011), «Slow-release oral morphine for opioid maintenance treatment: a systematic review», *British Journal of Clinical Pharmacology* 71(6), pagg. 832-843.

Johnston, L.D., O'Malley, P.M., Bachman, J.G. e Schulenberg, J.E. (2010), *Marijuana use is rising; ecstasy use is beginning to rise; and alcohol use is declining among U.S. teens,* University of Michigan News Service, Ann Arbor, MI (disponibile online).

Jones, A., Donmall, M., Millar, T., Moody, A., Weston, S., Anderson, T., Gittins, M., Abeywardana, V. e D'Souza, J. (2009), *The Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS): Final outcomes report,* Home Office, Londra (disponibile online).

Jones, H., Kaltenbach, K., Heil S., Stine, S., Coyle, M. e al. (2009a), *RCT comparing methadone and buprenorphine in pregnant women*, National Institute on Drug Abuse (disponibile online).

Jones, H., Kaltenbach, K., Heil, S., Stine, S., Coyle, M. e al. (2009b), «Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure», *New England Journal of Medicine* 363, pagg. 2 320-2 331.

Kalechstein, A.D., De La Garza, R. e Newton, T.F. (2010), «Modafinil administration improves working memory in methamphetamine-dependent individuals who demonstrate baseline impairment», *American Journal on Addictions* 19(4), pagg. 340-344.

Kaskutas, L., Ammon, L. e Weisner, C. (2004), «A naturalistic analysis comparing outcomes of substance abuse treatment programme with different philosophies: Social and clinical model perspectives», *International Journal of Self Help and Social Care* 2, pagg. 111-133.

Kimber, J., Copeland, L., Hickman, M., Macleod, J., McKenzie, J. e al. (2010), «Survival and cessation in injecting drug users: prospective observational study of outcomes and effect of opiate substitution treatment», *BMJ* 341, pag. c3172.

King, K., Meehan, B., Trim, R. e Chassin, L. (2006), «Marker or mediator? The effects of adolescent substance use on young adult educational attainment», *Addiction* 101, pagg. 1 730-1 740.

Koerkel, J. e Verthein, U. (2010), «Kontrollierter Konsum von Opiaten und Kokain», *Suchttherapie* 11 (1), pagg. 31-34.

Konstenius, M., Jayaram-Lindstrom, N., Beck, O. e Franck, J. (2010), «Sustained release methylphenidate for the treatment of ADHD in amphetamine abusers: a pilot study», *Drug and Alcohol Dependence* 108(1-2), pagg. 130-133.

Kruisbergen, E.W., De Jong, D. e Kleemans, E.R. (2011), «Undercover policing: assumptions and empirical evidence», *The British Journal of Criminology* 51, pagg. 394-412.

Kumpfer, K.L., Pinyuchon, M., de Melo, A.T. e Whiteside, H.O. (2008), «Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program», *Evaluation and the Health Professions* 31, pagg. 226-239.

Laudet, A., Becker, J. e White, W. (2009), «Don't wanna go through that madness no more: Quality of life satisfaction as predictor of sustained substance use remission», *Substance Use and Misuse* 44, pagg. 227-252.

Lawless, M. e Cox, G. (2000), *From residential drug treatment to employment: final report,* Merchants Quay Ireland, Dublino.

Leonard, L., De Rubeis, E., Pelude, L., e al. (2008), «I inject less as I have easier access to pipes: injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed», *International Journal of Drug Policy* 19, pagg. 255-264.

Liddle, H.A., Rowe, C.L., Dakof, G.A., Henderson, C.E. e Greenbaum, P.E. (2009), «Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial», *Journal of Consulting and Clinical Psychology 77*(1), pagg. 12-25.

Ling, W., Casadonte, P., Bigelow, G., Kampman, K.M., Patkar, A. e al. (2010), «Buprenorphine implants for treatment of opioid dependence: a randomized controlled trial», *JAMA* 304(14), pagg. 1 576-1 583.

Lloyd, C. (2010), *Sinning and sinned against: The stigmatisation of problem drug users*, The UK Drug Policy Commission (UKDPC) (disponibile online).

Lobmaier, P.P., Kunoe, N., Gossop, M., Katevoll, T. e Waal, H. (2010), «Naltrexone implants compared to methadone: outcomes six months after prison release», *European* Addiction *Research* 16(3), pagg. 139-145.

Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S. e White, J.M. (2010), «Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence», *Addiction* 105(1), pagg. 146-154.

Lucena, J., Blanco, M., Jurado, C., Rico, A., Salguero, M., Vazquez, R., Thiene, G. e Basso, C. (2010), «Cocaine-related sudden death: a prospective investigation in south-west Spain», *European Heart Journal* 31(3), pagg. 318-329.

Marsden, J. e Stillwell, G. (2010), *Effective community treatment for drug misusers: outcome monitoring at Blenheim CDP,* Blenheim CDP, The London Drug Agency (disponibile online).

Marshall, B.D.L., Milloy, M.-J., Wood, E., Montaner, J.S.G. e Kerr, T. (2011), «Reduction of overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study», *Lancet 377*, pagg. 1 429-1 437.

Marshall, K.S., Gowing, L. e Ali, L. (2011), «Pharmacotherapies for cannabis withdrawal», *Cochrane Database of Systematic Reviews,* Issue 1.

Martell, B.A., Orson, F.M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R.D. e al. (2009), «Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial», *Archives of General Psychiatry* 66(10), pagg. 1 116-1 123.

Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. e al. (2010), «HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage», *Lancet* 375, pagg. 1 014-1 028.

Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. e Davoli, M. (2009), «Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews,* Issue 3, pag. CD002209.

McKay, J.R., Lynch, K.G., Coviello, D., Morrison, R., Cary, M.S. e al. (2010), «Randomized trial of continuing care enhancements for cocaine-dependent patients following initial engagement», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(1), pagg. 111-120.

Merrall, E.L.C., Kariminia, A., Binswanger, I., Hobbs, M.S., Farrell, M., Marsden, J. e al. (2010), «Meta-analysis of drug-related deaths soon after release from prison», *Addiction* 105, pagg. 1 545-1 554.

Milby, J., Schumacher, J., Wallace, D., Freedman, M. e Vuchinich, R. (2005), «To house or not to house: the effects of providing housing to homeless substance abusers in treatment», *American Journal of Public Health* 95, pagg. 1 259-1 265.

Moore, T. (2008), «The size and mix of government spending on illicit drug policy in Australia», *Drug and Alcohol Review 27*, pagg. 404-413.

Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B. e al. (2007), «Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review», *Lancet* 370, pagg. 319-328.

O'Connor, P.G. (2010), «Advances in the treatment of opioid dependence: continued progress and ongoing challenges», *JAMA* 304(14), pagg. 1 612-1 614.

OECD (2006), «The drivers of public expenditure on health and long-term care: an integrated approach», *OECD Economic Studies* 43, pagg. 115-154.

OEDT (2003), *Report on the risk assessment of PMMA in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo (disponibile online).

OEDT (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Questione specifica, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2007b), *Droghe e criminalità: un rapporto complesso*, Focus sulle droghe, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monografia, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2008b), *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, Insight, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2008c), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Questione specifica, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2009a), *Relazione annuale 2009, Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, Questione specifica, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2009c), *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, Thematic paper, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo (disponibile online).

OEDT (2009d), *Understanding the «Spice» phenomenon*, Thematic paper, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo (disponibile online).

OEDT (2010a), *Relazione annuale 2010, Evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monografia, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2010c), *Operating guidelines for risk assessment of new psychoactive substances,* Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo (disponibile online).

OEDT (2010d), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Questione specifica, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2010e), Risk assessment report of a new psychoactive substance: 4-methylmethcathinone (mephedrone), Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2010f), *Treatment and care for older drug users*, Questione specifica, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2010g), *Trends in injecting drug use in Europe,* Questione specifica, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2011a), *Cost and financing of drug treatment services in Europe*, Questione specifica, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2011b), *Drug policy profiles: Portugal* Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT ed Europol (2010), *Cocaine. A European Union perspective in the global context*, pubblicazioni congiunte OEDT-Europol, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OMS (1986), Ottawa Charter for health promotion, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra (disponibile online).

OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.

OMS (2010a), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 Report*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.

OMS (2010b), *Guidance on the WHO review of psychoactive substances for international control*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra (disponibile online)

OMS (2010c), *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period,* Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa, Stoccolma.

OMS, UNODC e UNAIDS (2009), *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.

Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. e Davoli, M. (2010a), «Disulfiram for the treatment of cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews,* Issue 1, pag. CD007024.

Pani, P.P., Vacca, R., Trogu, E., Amato, L. e Davoli, M. (2010b), «Pharmacological treatment for depression during opioid agonist treatment for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews,* Issue 9, pag. CD008373.

Pennings, E.J., Leccese, A.P. e Wolff, F.A. (2002), «Effects of concurrent use of alcohol and cocaine», *Addiction* 97(7), pagg. 773-783.

Popova, S., Rehm, J. e Fischer, B. (2006), «An overview of illegal opioid use and health services utilization in Canada» *Public Health* 120(4), pagg. 320-328.

Prieto, L. (2010), «Labelled drug-related public expenditure in relation to GDP in Europe: a luxury good?», *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy 5*, pag. 9.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. e al. (2004), «Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research* 10, pagg. 147-155.

Qureshi, A.I., Suri, M.F., Guterman, L.R. e Hopkins, L.N. (2001), «Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey», *Circulation* 103, pagg. 502-506.

Reuter, P. (2006), «What drug policies cost. Estimating government drug policy expenditures», *Addiction* 101, pagg. 315-322.

Reynaud-Maurupt, C. e Hoareau, E. (2010), «Es carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés»», *Trends*, Observatoire Français des Drogues e des Toxicomanies, Saint-Denis (disponibile online).

Richter, C., Romanowski, A. e Kienast, T. (2009), «Gamma-Hydroxybutyrat (GHB)-Abhängigkeit und -Entzug bei vorbestehender Alkoholabhängigkeit», *Psychiatrische Praxis* 36(7), pagg. 345-347.

Roche, A., McCabe, S. e Smyth, B. (2011), «Illicit methadone use and abuse in young people accessing treatment in opiate dependence», *European Addiction Research* 14, pagg. 219-225.

Rome, A., Shaw, A. e Boyle, K. (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgo.

Romelsjo, A., Engdahl, B., Stenbacka, M., Fugelstad, A., Davstad, I. e al. (2010), «Were the changes to Sweden's maintenance treatment policy 2000–06 related to changes in opiate-related mortality and morbidity?», *Addiction* 105, pagg. 1 625-1 632.

Salasuo, M., Vuori, E., Piispa, M. e Hakkarainen, P. (2009), *Suomalainen huumekuolema 2007. Poikkitieteellinen tutkimus oikeuslääketieteellisistä kuolinsyyasiakirjoista* [decessi findandesi correlati agli stupefacenti nel 2007. Studio interdisciplinare dei documenti sulle cause dei decessi in medicina forense], THL. Raportti 43/2009, Yliopistopaino, Helsinki.

SAMHSA (2009), *Trends in non medical use of prescription pain relievers: 2002 to 2007*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (disponibile online).

Samhsa (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (disponibile online).

Smout, M.F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. e White, J.M. (2010), «Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavior therapy and Acceptance and Commitment Therapy», *Substance Abuse* 31(2), pagg. 98-107.

Stein, M.D., Herman, D.S., Kettavong, M., Cioe, P.A., Friedmann, P.D. e al. (2010), «Antidepressant treatment does not improve buprenorphine retention among opioid-dependent persons», *Journal of Substance Abuse Treatment* 39(2), pagg. 157-166.

Strang, J., Hall, W., Hickman, M. e Bird, S.M. (2010), «Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993–2008): analyses using OD4 index in England and Scotland», *BMJ* 341, pag c4851.

Strasser, J., Wiesbeck, G.A., Meier, N., Stohler, R. e Dursteler-Macfarland, K.M. (2010), «Effects of a single 50 % extra dose of methadone on heroin craving and mood in lower- versus higher-dose methadone patients», *Journal of Clinical Psychopharmacology* 30(4), pagg. 450-454.

Sutton, A.J., Edmunds, W.J. e Gill, O.N. (2006), «Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison», *BMC Public Health* 6, pag. 170 (disponibile online).

Sweeting, M.J., De Angelis, D., Ades, A.E. e Hickman, M. (2008), «Estimating the prevalence of ex injecting drug use in the population», *Statistical Methods in Medical Research* 18, pagg. 381-395.

Swift, W., Hall, W., Didcott, P. e Reilly, D. (1998), «Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area», *Addiction* 93, pagg. 1 149-1 160.

Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K., Ruutel, M., Rahu, M. e al. (2010), «HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: Implications for intervention», *Journal of Drug Policy* 21(1), pagg. 56-63.

Tan, J.A., Joseph, T.A. e Saab, S. (2008), «Treating hepatitis C in the prison population is cost-saving», *Hepatology (Baltimore, Md.)*, 48(5), pagg. 1 387-1 395.

TNI (2009), *Withdrawal symptoms in the Golden Triangle: a drugs market in disarray*, Transnational Institute, Amsterdam (available online).

Todts, S., Gilbert, P., Malderen, V.S., Huyck, V.C., Saliez, V. e Hogge, M. (2009), *Usage de drogues dans les prisons belges: monitoring des risques sanitaires*, Service Public Fédéral Justice, Bruxelles.

Toneatto, T., Sobell, L.C., Sobell, M.B. e Rubel, E. (1999), «Natural recovery from cocaine dependence», *Psychology of Addictive Behaviors* 13, pagg. 259-268.

UNODC (2009), *World drug report 2009*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2010), *World drug report 2010*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.

UNODC (2011), *World drug report 2011*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.

UNODC e MCN (Government of Afghanistan ministry of counter narcotics) (2010), *Afghan opium survey 2010,* Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna (disponibile online).

Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. e al. (2009), «Trends, motivations and settings or recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands», *International Journal of Drug Policy* 20, pagg. 143-151.

Van Noorden, M.S., van Dongen, L.C., Zitman, F.G. e Vergouwen, T.A. (2009), «Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known», *General Hospital Psychiatry* 31(4), pagg. 394-396.

Vandrey, R. e Haney, M. (2009), «Pharmacotherapy for cannabis dependence: how close are we?», *CNS Drugs* 23(7), pagg. 543-553.

Whitten, L. (2010), «A clinical trial encourages continued development of strategy based on immune system response», *NIDA Notes* 23(3) disponibile online).

Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. e Cowan, S.A. (2008), «European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability», *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (disponibile online).

Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. e Griffiths, P. (2009), «Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users», *American Journal of Public Health* 99, pagg. 1 049-1 052.

Winstock, A. (2011), «The 2011 Mixmag drugs survey», *Mixmag* March pagg. 49-59.

Yin, W., Hao, Y., Sun, X., Gong, X., Li, F., Li, J., Rou, K., Sullivan, S.G., Wang, C., Cao, X., Luo, W. e Wu, Z. (2010), «Scaling up the national methadone maintenance treatment program in China: achievements and challenges», *International Journal of Epidemiology* 39 Suppl 2, pagg. ii29-37.

Zurhold, H. (2011), *European standards and guidelines for HCV prevention*. Report on WP 2 of the DPIP-funded project «Identification and optimisation of evidence-based HVC prevention in Europe for young drug users at risk», ZIS, Amburgo (disponibile online).

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

**Relazione annuale 2011: evoluzione del fenomeno della droga in Europa**

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea

2011 — 115 pagg. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-476-2
doi:10.2810/45032

## COME OTTENERE LE PUBBLICAZIONI DELL'UNIONE EUROPEA

**Pubblicazioni gratuite:**

- tramite EU Bookshop (http://bookshop.europa.eu);
- presso le rappresentanze o le delegazioni dell'Unione europea. Per ottenere indicazioni e prendere contatto collegarsi a http://ec.europa.eu o inviare un fax al numero +352 29 29-42758.

**Pubblicazioni a pagamento:**

- tramite EU Bookshop (http://bookshop.europa.eu).

**Abbonamenti a pagamento (ad esempio serie annuali della Gazzetta ufficiale dell'Unione europea, raccolte della giurisprudenza della Corte di giustizia):**

- tramite gli uffici vendita dell'Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea (http://publications.europa.eu/others/agents/index_it.htm).

TD-AC-11-001-IT-C

## Informazioni sull'OEDT

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

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

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

La relazione annuale presenta il panorama del fenomeno delle droghe in Europa, tracciato dall'OEDT per l'anno appena trascorso. Si tratta di un testo di riferimento essenziale per chi cerca i dati più recenti sulle droghe in Europa.

Ufficio delle pubblicazioni

ISBN 978-92-9168-476-2