ISSN 1609-6169

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

RELAZIONE ANNUALE 2012

EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA DROGA IN EUROPA

IT

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

RELAZIONE ANNUALE 2012

EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA DROGA IN EUROPA

Avvertenza

Questa pubblicazione dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) è protetta da copyright. L'OEDT declina ogni responsabilità, reale o presunta, per l'uso che venga fatto delle informazioni contenute nel presente documento. Il contenuto della presente pubblicazione non rispecchia necessariamente il parere ufficiale dei partner dell'OEDT, degli Stati membri dell'Unione europea 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, 2012

ISBN 978-92-9168-544-8

doi:10.2810/67213

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2012

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: Costruire sui risultati conseguiti, mantenere lo slancio e rispondere al cambiamento — La sfida che la politica sulla droga deve affrontare oggi in Europa 13

Capitolo 1: Politiche e leggi

Sviluppi politici internazionali e nell'UE • Strategie nazionali • Spesa pubblica • Legislazione nazionale • Ricerca 21

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

Prevenzione • Trattamento • Reinserimento sociale • Riduzione del danno • Standard di qualità • Applicazione della legge sulla droga e reati contro la legge sulla droga 31

Capitolo 3: Cannabis

Offerta e disponibilità • Prevalenza e modelli di consumo • Effetti avversi per la salute • Trattamento 43

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

Offerta e disponibilità • Prevalenza e modelli di consumo • Conseguenze per la salute • Prevenzione presso gli ambienti ricreativi • Trattamento 54

Capitolo 5: Cocaina e cocaina crack

Offerta e disponibilità • Prevalenza e modelli di consumo • Conseguenze per la salute • Consumo problematico • Trattamento e riduzione del danno 66

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

Offerta e disponibilità • Consumo problematico • Consumo di stupefacenti per via parenterale • Trattamento 77

Capitolo 7: Malattie infettive e decessi correlati alla droga

Malattie infettive • Risposte apportate alle malattie infettive • Mortalità e decessi • Riduzione dei decessi 87

Capitolo 8: Nuove droghe e tendenze emergenti

Azione in merito alle nuove droghe • Produzione e offerta • Prevalenza • Risposte 98

Riferimenti bibliografici 105



Premessa

Questa è la 17ª relazione annuale dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) sullo stato del problema della droga in Europa, ed è motivo di soddisfazione constatare, guardando al passato, quanti progressi sono stati compiuti nello sviluppo di una corretta comprensione del fenomeno della droga in Europa. Tale risultato non è da attribuirsi al solo OEDT: vanno infatti riconosciuti anche i meriti degli Stati membri dell'Unione europea, che da lungo tempo avvertono l'importanza di elaborare un quadro complessivo del problema della droga in Europa. Pur essendo molto orgogliosi del lavoro svolto dal personale dell'OEDT nel preparare questa pubblicazione, dobbiamo riconoscere che si è trattato in gran parte di uno sforzo collettivo. La presente relazione si deve interamente al sostegno e al duro lavoro dei nostri partner, specialmente nell'ambito della rete Reitox, che ci mettono a disposizione i dati nazionali su cui si fonda l'analisi. Siamo debitori altresì nei confronti delle molte altre agenzie e degli organismi europei e internazionali che appoggiano il nostro lavoro.

La relazione di quest'anno arriva in un momento importante e difficile per l'Europa. Molti paesi stanno affrontando problemi finanziari ed economici, ed è in questo scenario che si inserisce la nostra attività di segnalazione. Le misure di risparmio che sono in fase di adozione comportano una molteplicità di sfide e pongono i decisori politici di fronte a scelte difficili, impegnati come sono a dare risposta con gli scarsi fondi pubblici disponibili a priorità diverse e in concorrenza tra loro. In tali circostanze è più importante che mai investire in modo saggio, avendo compreso la natura del problema e sapendo quali sono le misure più adatte a produrre i maggiori benefici. La missione dell'OEDT è di collaborare con esperti di tutta Europa per realizzare tale analisi. Questa relazione, come pure la documentazione di accompagnamento disponibile sul sito web, offrono una panoramica aggiornata, scientificamente valida e completa dello stato attuale del problema della droga in Europa, corredata da alcuni esempi di buone prassi innovative.

Nell'affrontare le questioni legate alla droga vi può essere la tendenza a un approccio riduttivo, focalizzato soltanto su singoli elementi di questo problema così complesso, quasi che essi esistessero separatamente gli uni dagli altri. Non è questo il tipo di approccio che abbiamo adottato. A nostro parere, la forza dell'analisi dell'OEDT risiede nel fatto che riunisce informazioni diverse su questioni che vanno dai mercati degli stupefacenti e dalle attività di interdizione fino al consumo di droga, alle reazioni alla riduzione della domanda e agli sviluppi più recenti in campo politico e giuridico. Tale approccio ci permette di compiere un'analisi olistica, più grande della somma delle sue singole parti. Non è possibile comprendere appieno le questioni legate all'offerta di droga se non si conoscono le motivazioni alla base della domanda, e vice versa. Ad esempio, per capire i cambiamenti nella disponibilità di eroina che si stanno verificando in Europa occorre tener conto dell'impatto delle attività di interdizione, che si sono rivelate efficaci nel colpire le principali organizzazioni criminali. Ma dobbiamo anche considerare, in termini critici, che ciò è avvenuto in un momento in cui un aumento degli investimenti nei trattamenti per la tossicodipendenza ha privato il mercato di una parte significativa della domanda. Come potrete leggere nella nostra relazione di quest'anno, si tratta di elementi tutti altrettanto importanti e che vanno considerati complessivamente per poter delineare un realistico quadro generale degli attuali sviluppi della situazione dell'eroina in Europa.

Abbiamo bisogno di questa ampiezza di vedute se vogliamo dare risposta alla natura complessa e dinamica del problema della droga oggi in Europa. Siamo di fronte a una varietà di sfide, sia vecchie che nuove, che possono essere correlate a progressi nelle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, alla diffusione di nuove sostanze psicoattive o a un aumento della disponibilità e del consumo di droghe sintetiche, ma possono anche derivare da problemi di lunga data che continuano a ostacolare le nostre azioni e danneggiano tanto i singoli quanto le comunità. L'OEDT è impegnato a fornire la base probatoria necessaria per garantire che la discussione sulle droghe in Europa continui a essere ispirata da una comprensione complessiva, spassionata e — più importante di tutto — utile di questa complessa questione.

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'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa, l'Interpol, l'Organizzazione mondiale delle dogane, il progetto ESPAD e il Consiglio svedese di informazione su alcol e altre droghe (CAN); la direzione canadese della sanità sulle sostanze controllate e il tabacco, l'amministrazione statunitense relativa ai servizi per abuso di sostanze e igiene mentale;
- 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

La presente relazione annuale si basa sulle informazioni fornite all'OEDT dagli Stati membri dell'Unione europea, dai paesi candidati Croazia e Turchia e dalla Norvegia sotto forma di relazioni nazionali. I dati statistici menzionati si riferiscono al 2010 (o all'ultimo anno disponibile). I grafici e le tabelle contenuti nella presente relazione possono riferirsi a un gruppo ristretto di paesi dell'Unione europea (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 2009 possono sostituire i valori mancanti del 2010 nell'analisi delle tendenze dei dati sul mercato della droga; per l'analisi di altre tendenze, i dati mancanti possono essere interpolati.

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

Dati su offerta e disponibilità di stupefacenti

Le informazioni sistematiche e di routine necessarie per descrivere i mercati clandestini e il traffico di stupefacenti sono ancora insufficienti. Le stime relative alla produzione di eroina, cocaina e cannabis provengono da stime delle coltivazioni, che a loro volta si basano su attività di rilevamento sul campo (campionamento in loco) e su fotografie aeree o satellitari. Queste stime presentano alcuni limiti importanti connessi, 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 sulla droga (per 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 sostanze illecite. I prezzi al dettaglio delle sostanze stupefacenti riferiti all'OEDT rispecchiano il prezzo praticato al consumatore. 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 in genere non è 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 medio. 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 (International Narcotics Control Board, Organo internazionale di controllo degli stupefacenti), che partecipa a iniziative internazionali di prevenzione della diversione dei precursori chimici utilizzati per la produzione di sostanze illecite.

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 web 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 2012 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 dettagliate 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.

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'UE. 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, mentre molti scelgono di effettuare tali ricerche a intervalli di due-quattro 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 compresi tra il 2006 e il 2010. 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 spesso sono simili, poiché il consumo di sostanze illecite 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 di calendario. Nel 2011 i dati sono stati raccolti in 36 paesi, fra cui 24 Stati membri dell'UE, Croazia e Norvegia, e i risultati sono stati pubblicati nel 2012. Inoltre, la Spagna e il Regno Unito effettuano indagini a livello nazionale sugli studenti per raccogliere dati sul consumo di stupefacenti che sono paragonabili ai risultati delle indagini ESPAD.

Domanda di trattamento

I dati relativi ai soggetti che iniziano una terapia in Europa per problemi legati al consumo di droga sono segnalati in forma anonima all'indicatore della domanda di trattamento dell'OEDT. Ogni paziente che inizia una terapia viene interrogato sul consumo di droga, il contatto con i servizi terapeutici e le caratteristiche sociali. L'arco di tempo per i dati annuali relativi all'inizio del trattamento va dal 1° gennaio al 31 dicembre. 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

Costruire sui risultati conseguiti, mantenere lo slancio e rispondere al cambiamento — La sfida che la politica sulla droga deve affrontare oggi in Europa

Rafforzare il coordinamento e la cooperazione

Il forte messaggio che emerge dall'ultima analisi compiuta dall'OCDT sulla situazione della droga in Europa è che esiste l'esigenza non solo di continuare a tenere sotto controllo i problemi legati alle droghe già note, ma contemporaneamente di trovare risposte alle sfide e alle minacce nuove. Eroina e cocaina continuano a essere responsabili di gran parte dei danni, della morbilità e della mortalità legati al consumo di droga in Europa. Su questo fronte sarà necessario mantenere lo slancio per giungere all'elaborazione e attuazione di risposte basate su dati probanti. Sotto molti aspetti sono stati compiuti passi avanti considerevoli, sia pure in modo diseguale, che però potrebbero essere messi a rischio qualora le circostanze mutassero o non si riuscisse a rafforzare le risposte. L'analisi sottolinea inoltre la necessità di potenziare la capacità dell'Europa di individuare e reagire alle sfide poste da un mercato della droga sempre più complesso e dinamico.

Tali esigenze vanno viste nel contesto della difficile situazione finanziaria presente in molti paesi europei. Ciò significa che le risorse disponibili per affrontare i problemi sanitari e sociali di tutte le descrizioni sono scarse. In queste circostanze, è essenziale garantire che i fondi disponibili siano investiti in attività ben mirate e di provata efficacia. Un modo per realizzare tutto ciò è la cooperazione tra gli Stati membri, al fine di massimizzare i benefici delle attività condividendo le esperienze, lavorando insieme o coordinando meglio le rispettive azioni. Il corrispondente quadro politico è costituito dalla strategia dell'UE sulla droga e i relativi piani di azione. L'attuale strategia dell'UE (2005-2012) è stata valutata positivamente; particolare importanza è stata attribuita al suo ruolo teso a facilitare lo scambio d'informazioni.

È ora allo studio un nuovo quadro politico che faccia seguito alla strategia sulla droga per il periodo 2005-2012. Probabilmente il nuovo quadro continuerà a porre l'accento sulla necessità di un approccio equilibrato e basato su dati probanti, che comprenda una serie completa di misure di riduzione della domanda e dell'offerta. Il monitoraggio, la ricerca e la valutazione, come pure il rispetto per i diritti umani fondamentali resteranno probabilmente gli elementi essenziali dell'approccio dell'UE. Il nuovo quadro politico garantirà inoltre sinergie tra le attività nel campo della droga e questioni più vaste correlate alla sicurezza e alla sanità, nelle quali la droga è soltanto una delle componenti — come la prevenzione dell'HIV o la lotta contro la criminalità organizzata. Inoltre, il nuovo quadro contribuirà a garantire che l'Europa parli con una voce forte e unita all'interno del dibattito internazionale sulla droga.

Un quadro complicato: il mercato della cannabis in Europa

Quest'anno l'OEDT ha avviato una nuova e ampia analisi del mercato della cannabis dalla quale è emerso un quadro sempre più complesso e diversificato di questa che è la droga illegale più consumata in Europa. Ora sono disponibili sul mercato europeo una serie di prodotti differenti a base di cannabis che si possono distinguere essenzialmente tra foglie di cannabis e resina di cannabis. L'aumento della produzione di cannabis nell'Unione europea ha determinato una crescente sostituzione dei prodotti a base di resina importata con prodotti a base di foglie di cannabis fatti in loco. La produzione nazionale di cannabis varia notevolmente: può andare dalle grandi piantagioni con coltivazione intensiva mediante tecniche sofisticate, finalizzate a massimizzare la resa e la potenza, fino, all'estremità opposta, alle piccole quantità di piante di cannabis coltivate direttamente dai consumatori per uso personale.

Sebbene la maggior parte dei reati correlati alla cannabis consistano tuttora nel consumo o nel possesso della droga, molti paesi segnalano che la loro politica mira prioritariamente a definire misure volte a contrastare il contrabbando e l'offerta. In tale contesto si segnala una maggiore attenzione alla lotta contro i siti di produzione intensiva. Tuttavia, nonostante l'aumento del numero di piante sequestrate e lo sviluppo di nuovi e innovativi metodi d'indagine, l'Europa continua a sequestrare molta più resina che foglie di cannabis. Questo dato fa ritenere che la produzione domestica di foglie possa comportare una sfida maggiore per le attività d'interdizione, soprattutto quando avviene in forma di produzione

intensiva al coperto. Vi è crescente preoccupazione per gli sviluppi in quest'area, sia a causa dei danni collaterali che la presenza della produzione di droga può arrecare alle comunità locali, sia per il provato coinvolgimento di bande della criminalità organizzata.

La portata e la complessità del mercato della cannabis non sorprendono, posto che riflettono la posizione di questa droga in quanto sostanza illecita più popolare in Europa. Per tali motivi, la cannabis è anche la sostanza riguardo alla quale il sentimento politico e pubblico è più diviso. È interessante notare che i livelli del consumo di cannabis sembrano essere ovunque relativamente stabili, se non addirittura in calo in alcuni paesi. Pur restando difficili da misurare, i problemi correlati alla cannabis ora sono meglio compresi e si sa che sono associati a un consumo intensivo e di lungo termine. In proposito non mancano alcune preoccupazioni, nel senso che, ad esempio, la tendenza al consumo di foglie di cannabis può esporre i consumatori a forme più potenti di questa droga. Inoltre, gli studi dimostrano che l'età di iniziazione di molti consumatori è ora piuttosto bassa. Si stima che l'1 % della popolazione adulta europea faccia uso di cannabis con frequenza quotidiana, e in alcuni paesi i modelli di consumo intensivo tra i giovani maschi possono essere relativamente comuni. Nel contesto di una valutazione complessiva, qualsiasi ottimismo per la stabilizzazione dei livelli di prevalenza deve essere temperato dalla considerazione che questa droga continua a rappresentare un'importante questione di salute pubblica, come dimostra il numero di domande di trattamento correlate al suo consumo.

Gli studenti europei di oggi: una coorte più prudente

Gli ultimi risultati del progetto d'indagine europea nelle scuole sul consumo di alcol e altre droghe dell'ESPAD forniscono un quadro importante sulle tendenze temporali del consumo di droghe tra gli studenti delle scuole. È promettente constatare che i dati del 2011 rivelano un consumo stabile o in calo per tutte le sostanze principali. Durante le cinque fasi dell'indagine il consumo recente di sigarette è diminuito costantemente tra il 1999 e il 2007, per poi stabilizzarsi. Il consumo recente di alcol da parte degli studenti è gradualmente diminuito ovunque in Europa a partire dal 2003, mentre i dati più recenti dimostrano che la tendenza alla crescita del forte consumo episodico di alcol, riscontrata tra il 1995 e il 2007, dovrebbe aver superato il picco. Ovunque l'esperienza degli studenti con droghe illegali — prevalentemente cannabis — è stata in crescita fino al 2003, poi è calata leggermente nel 2007 e da allora è rimasta stabile. Questi dati possono fornirci un'indicazione sulle tendenze future, posto che i modelli individuati in questa coorte possono poi avere effetti sulle coorti più anziane.

Un dato interessante da rilevare è che i paesi che segnalano stime elevate di prevalenza per una sostanza tendono a segnalare stime relativamente alte anche per altre sostanze, sia legali sia illegali, cosicché alti livelli di consumo recente di alcol e di forte consumo episodico di alcol sono associati al consumo di droghe illegali e inalanti. Questo dato conferma gli approcci preventivi che sostengono la necessità di contrastare il consumo sia di droghe sia di alcol quando si lavora con i giovani.

Droga e famiglia: una questione trascurata e una risorsa sottoutilizzata

Le droghe vengono assunte dalle singole persone, ma spesso le loro famiglie sono costrette a condividere i problemi che tale consumo può causare. Le famiglie e la questione correlata dei consumatori di droghe con responsabilità genitoriali sono state analizzate in un nuovo studio dell'OEDT. Dalla relazione emerge che, sebbene le persone con problemi di droga non siano necessariamente cattivi genitori, tendono tuttavia ad avere bisogno di un aiuto aggiuntivo. I servizi di trattamento, in particolare, devono essere attenti alle esigenze delle persone con responsabilità genitoriali, perché i timori per la custodia o la tutela dei figli possono frenare la ricerca e la richiesta di aiuto. Ma lavorare con genitori che consumano droghe costituisce una sfida anche per i servizi, perché comporta la necessità di trovare un equilibrio tra i diritti del genitore e quelli del bambino. Nondimeno la relazione conclude che le buone prassi e interventi ben mirati possono realmente fare la differenza. Questo dato è confermato dall'analisi degli interventi rivolti alle tossicodipendenti incinte; in merito sussistono prove evidenti del fatto che la disponibilità di consulenza e sostegno adeguati può migliorare la situazione tanto della madre quanto del figlio.

Molti studi hanno esaminato lo stress e la disgregazione sociale che possono derivare dall'avere un familiare con problemi di droga. Nella maggior parte dei paesi europei, però, i servizi di sostegno familiare sono di solito poco sviluppati, con la possibile conseguenza che viene trascurata una risorsa importante in termini di aiuto al recupero. Nell'ambito delle attività di prevenzione delle tossicodipendenze diventa sempre più importante riservare maggiore attenzione all'ambiente familiare, considerato che un numero crescente di dati probanti dimostrano l'efficacia delle strategie di prevenzione di vasta portata mirate sia all'ambiente sia al singolo individuo. Sotto questo profilo, la famiglia assume un'importanza particolare e le strategie

di prevenzione ambientali volte a creare famiglie più forti possono ridurre il rischio che insorgano una serie di comportamenti problematici, tra cui il consumo di droga. Nonostante i risultati positivi degli interventi in quest'area, il fatto che tali interventi continuino a essere di norma scarsamente sviluppati mette in luce un problema più generale, cioè che i risultati delle ricerche preventive spesso non vengono tradotti in politiche e pratiche concrete.

Detenuti tossicodipendenti: una popolazione vulnerabile

Nonostante il crescente interesse a creare «alternative al carcere», le prigioni europee continuano a essere frequentate ogni anno da molte persone con problemi di tossicodipendenza. I dati dello studio dimostrano, infatti, che i problemi associati alla droga sono molto più diffusi tra i detenuti che nel resto della popolazione. Alcuni detenuti smettono di far uso di droghe quando entrano in carcere, ma la disponibilità di droghe in alcune prigioni significa che altri, invece, possono cominciare a consumarle o ad adottare comportamenti più dannosi proprio all'interno degli istituti di pena. I consumatori di droga per via parenterale, ad esempio, possono condividere più frequentemente le attrezzature che utilizzano, correndo così un rischio maggiore di contrarre patologie a trasmissione ematica come l'HIV e il virus dell'epatite C.

Il sovraffollamento, la scarsa igiene e la mancanza di assistenza sanitaria sono problemi che affliggono molte carceri e aggravano le già precarie condizioni sanitarie generali che sono state riscontrate tra la popolazione carceraria. Sotto questo profilo, i detenuti con problemi di tossicodipendenza possono essere doppiamente svantaggiati e anche particolarmente vulnerabili a problemi di salute sia mentale che fisica durante la permanenza in carcere — con particolari timori per l'elevato rischio di autolesionismo e suicidio. Si può quindi validamente sostenere che, per avere successo, qualsiasi approccio al miglioramento delle condizioni di salute in prigione deve riconoscere l'importanza di attuare il trattamento contro la tossicodipendenza parallelamente e congiuntamente alle risposte più generiche ai problemi di salute fisica e mentale.

Laddove esistono servizi adeguati, i periodi di detenzione possono offrire ad alcune persone l'occasione di ridurre il consumo di droga e di impegnarsi con i servizi. Ci sono sempre maggiori opportunità in questo senso, perché molti paesi hanno accresciuto l'offerta d'interventi all'interno delle carceri, in particolare con le terapie sostitutive per i dipendenti da oppioidi. Di norma, la maggiore disponibilità di trattamento nelle carceri riflette quella nella comunità, ma con un ritardo notevole. Inoltre, l'offerta di servizi sanitari in ambiente carcerario varia molto da paese a paese, mentre permane l'esigenza generale di sviluppare e migliorare ulteriormente la qualità dei servizi forniti. Solo di rado le prigioni offrono

Panoramica: stime del consumo di droga in Europa

Le stime qui presentate sono riferite alla popolazione adulta (15-64 anni) e si basano sui dati più recenti disponibili (indagini condotte tra il 2004 e il 2010/2011, principalmente nel periodo 2008-2010). Per il quadro completo dei dati e per informazioni sulla metodologia seguita si rinvia all'allegato bollettino statistico.

Cannabis

Prevalenza una tantum: circa 80,5 milioni (23,7 % della popolazione adulta europea)

Consumo nell'ultimo anno: circa 23 milioni di europei adulti (6,8 %) o uno su tre consumatori una tantum

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

Variazione nazionale del consumo nell'ultimo anno: ovunque compresa tra 0,3 % e 14,3 %

Cocaina

Prevalenza una tantum: circa 15,5 milioni (4,6 % della popolazione adulta europea)

Consumo nell'ultimo anno: circa 4 milioni di europei adulti (1,2 %) o uno su quattro consumatori una tantum

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

Variazione nazionale del consumo nell'ultimo anno: ovunque compresa tra 0,1 % e 2,7 %

Ecstasy

Prevalenza una tantum: circa 11,5 milioni (3,4 % della popolazione adulta europea)

Consumo nell'ultimo anno: circa 2 milioni (0,6 %) o uno su sei consumatori una tantum

Variazione nazionale del consumo nell'ultimo anno: ovunque compresa tra 0,1 % e 1,6 %

Anfetamine

Prevalenza una tantum: circa 13 milioni (3,8 % della popolazione adulta europea)

Consumo nell'ultimo anno: circa 2 milioni (0,6 %) o uno su sei consumatori una tantum

Variazione nazionale del consumo nell'ultimo anno: ovunque compresa tra 0,0 % e 1,1 %

Oppioidi

Consumatori problematici di oppioidi: stimati in circa 1,4 milioni di europei

I decessi per droga hanno costituito il 4 % di tutti i decessi tra gli europei di età compresa tra 15 e 39 anni; in tre quarti di questi casi erano presenti oppioidi

Droga principale in circa il 50 % di tutte le richieste di trattamento per tossicodipendenza

Circa 710 000 consumatori di oppioidi hanno ricevuto terapie sostitutive nel 2010

un livello di assistenza equivalente e comparabile a quello a disposizione della comunità più generale.

Anche l'uscita dal carcere può essere un momento critico per gli interventi perché il rischio di overdose aumenta fortemente nel periodo successivo al rilascio, quando può accadere che gli ex detenuti riprendano a consumare eroina mentre la loro tolleranza agli oppioidi è ridotta. La consulenza prima dell'uscita dal carcere e la continuità dell'assistenza dopo sono pertanto fattori essenziali, perché aiutare a mantenere le persone vulnerabili in contatto con i servizi può contribuire al loro recupero e, da ultimo, può costituire un metodo estremamente efficace in termini di costi per salvare vite umane.

Polvere bianca e pillole: un mercato meno discriminatorio degli stimolanti

Agli occhi del consumatore, cocaina, anfetamina, ecstasy e, ora, talvolta anche i catinoni sintetici possono essere considerati prodotti tra loro concorrenziali e, in una certa misura, intercambiabili. In tale contesto, è probabile che la disponibilità delle sostanze, come pure il loro prezzo e la loro qualità, influenzino le scelte dei consumatori e siano all'origine della volatilità che si osserva attualmente sul mercato degli stimolanti. Da alcuni studi recenti risulta persino che non è insolito che i consumatori riferiscano di aver assunto stimolanti in forma di pillole sconosciute o di polvere bianca.

Per quanto riguarda l'Europa, le stime sulla prevalenza generale del consumo di anfetamine ed ecstasy sono relativamente stabili, sebbene fattori correlati all'offerta potrebbero aver influenzato la disponibilità di entrambe queste droghe. Il mercato dell'ecstasy si sta riprendendo da una scarsità di MDMA, quando molte pasticche contenevano altre sostanze. Analogamente, in tempi recenti in alcune aree dell'Europa le metanfetamine hanno in una certa misura sostituito le anfetamine. Si tratta di uno sviluppo preoccupante perché storicamente il consumo di questa droga è rimasto in gran parte limitato alla Repubblica ceca e alla Slovacchia. Tale situazione, però, potrebbe adesso cambiare e, nonostante la scarsa disponibilità di dati, è senz'altro motivo di preoccupazione. I dati sui sequestri rivelano che questa droga sta diventando sempre più disponibile e che in alcuni paesi la sua produzione è aumentata. In Germania sono stati segnalati anche decessi per overdose e questa sostanza è citata più spesso di una volta nelle segnalazioni provenienti da altri paesi. L'OEDT ha preso nota con preoccupazione di segnalazioni sporadiche del fumo di metanfetamina e della disponibilità di cristalli di metanfetamina, caratterizzati da un alto grado di purezza. Storicamente il fumo di metanfetamina è stato un fenomeno estremamente raro in Europa, ma dati probanti relativi ad altre aree geografiche dimostrano che esiste una forte associazione con conseguenze negative.

Nell'ambito del sistema di allarme rapido dell'Unione europea per le nuove sostanze psicoattive è in corso una valutazione del rischio a livello di UE sulla 4-metilanfetamina, avviata a seguito delle serie di decessi associati a tale sostanza, che, a quanto è emerso, viene venduta come, o mescolata con, l'anfetamina. È probabile che questa forma di anfetamina, attualmente non sottoposta a controlli nella maggior parte dell'Europa, sia stata realizzata in laboratori clandestini da produttori alla ricerca di nuovi percorsi chimici per la produzione di anfetamina. In tal senso, questa droga è una dimostrazione sia della continua innovazione che caratterizza la produzione di droghe sintetiche, sia del potenziale di involontarie conseguenze negative per la salute che può comportare.

Maggiore diversità nel consumo di droghe sintetiche

Mentre l'attenzione si è concentrata perlopiù o sulle preoccupazioni riguardanti gli stimolanti già noti o sull'emergere di nuove sostanze psicoattive non controllate, sul mercato europeo della droga sono entrate e si sono affermate una serie di altre droghe sintetiche. Sebbene il numero dei cittadini europei che consumano droghe quali GHB, GBL, chetamina e, più recentemente, mefedrone sia basso, sono stati riscontrati livelli di consumo elevati in alcune sottopopolazioni. Sembra altresì che queste droghe siano suscettibili di una diffusione più ampia. Ci sono segnalazioni di problemi di salute collegati a tutte queste sostanze, compresa la dipendenza tra i consumatori cronici, nonché di alcuni problemi imprevisti quali malattie della vescica nei consumatori di chetamina. Nella maggior parte dei casi questi sviluppi sono avvenuti al di fuori di ogni controllo e dimostrano la necessità non soltanto di migliorare la sensibilità dei sistemi d'informazione sulle droghe nei confronti delle tendenze emergenti e dei nuovi problemi di salute, ma anche di comprendere meglio quali possano essere gli interventi adeguati per ridurre la domanda in quest'area.

Cocaina: segnali di un calo del consumo e dello status

Il consumo diffuso di cocaina può essere limitato ad alcuni paesi meridionali e occidentali, però questa droga rimane, in termini di cifre complessive, lo stimolante illegale maggiormente diffuso in Europa, anche se adesso, dopo un decennio di popolarità crescente, i dati più recenti fanno ritenere che tale tendenza sia in calo.

Non si esclude che sia in atto anche un cambiamento della percezione di questa droga, e alcuni studi rivelano che la cocaina starebbe perdendo la sua immagine di droga di status elevato.

Al riguardo possono essere rilevanti una serie di fattori. Uno di essi, la qualità, è già stato citato, nel senso che la disponibilità di cocaina a basso grado di purezza potrebbe indurre taluni consumatori a optare per altri stimolanti. È altresì possibile che i potenziali consumatori siano ora più consapevoli delle conseguenze negative che possono essere associate al consumo di cocaina. Una recente indagine dell'OEDT sulle conseguenze per la salute del consumo di cocaina ha concluso che i problemi erano probabilmente sottostimati nelle fonti di dati esistenti. Dai dati concreti disponibili sui ricoveri di emergenza nei pronto soccorso degli ospedali di persone in fase acuta a causa della cocaina emerge che il numero di tali ricoveri è triplicato dalla fine degli anni novanta, con un picco intorno al 2008. Analogamente, i dati disponibili sui decessi correlati alla cocaina hanno registrato anch'essi un picco annuale nel 2008. Questa tendenza si osserva anche nei dati sulle ammissioni al trattamento, dai quali risulta che il numero delle persone che hanno iniziato per la prima volta nella loro vita un trattamento per problemi correlati alla cocaina è cresciuto fino al 2008, per poi declinare. Un quadro simile si ricava dai dati sull'offerta. Al momento i sequestri di cocaina sembrano essere in calo in Europa: la quantità di cocaina sequestrata ha raggiunto il picco nel 2006 e il numero dei sequestri è stato massimo nel 2008.

Eroina: prove di un declino

A partire dagli anni settanta, il consumo di eroina, particolarmente per via parenterale, è stato all'origine di molti dei problemi associati alle droghe in Europa. Visti i gravi danni dovuti all'uso di eroina, tra cui i decessi per overdose, la diffusione dei virus dell'HIV e dell'epatite C tra i consumatori di droga per via parenterale, nonché i fenomeni criminali correlati, non sorprende che la politica europea nel campo della droga si sia concentrata principalmente sui problemi legati all'eroina. Tali problemi, pur persistendo ancora oggi, sono tuttavia di portata minore, in alcuni casi molto minore, come dimostrano l'impatto delle efficaci politiche che sono state attuate nonché il calo sul lungo periodo del consumo di questa droga, soprattutto per via parenterale. Sembra essere sempre più probabile la tendenza verso una nuova fase nella quale l'eroina avrà un ruolo meno rilevante nel contesto dei problemi correlati alle droghe in Europa.

Queste analisi vanno fatte con cautela perché le tendenze future sono difficili da prevedere. Inoltre, la natura cronica e di lungo periodo dei problemi associati all'eroina fa sì che molti degli attuali consumatori continueranno ad aver bisogno di aiuto anche negli anni a venire. Nondimeno ci sono indicatori che segnalano un calo del consumo generale e, cosa ancora più importante, un calo delle nuove iniziazioni al consumo. A livello europeo, il numero delle nuove domande di trattamento è diminuito e l'età media di coloro che iniziano il trattamento per problemi correlati all'eroina è aumentata.

Secondo indicatori del mercato, in anni recenti la disponibilità di eroina in Europa è diminuita e in alcuni paesi questa droga è stata sostituita da altre sostanze, tra cui gli oppioidi sintetici come il fentanil e la buprenorfina. In taluni paesi dell'Europa settentrionale il mercato dell'eroina è crollato quasi un decennio fa e non si è mai più ripreso. Più recentemente sono stati segnalati anche shock del mercato di breve durata, probabilmente in conseguenza della buona riuscita di attività di interdizione. I dati europei più recenti sulla purezza, sui sequestri e sul prezzo al dettaglio dell'eroina, nonché sui reati ad essa associati, registrano tutti un calo. Sarà necessario seguire da vicino gli sviluppi sui mercati delle droghe illegali per verificare se i recenti episodi di scarsità di eroina porteranno alla duratura scomparsa di questa droga in alcuni paesi, e per capire quali sostanze la sostituiranno. A tale proposito, oltre agli oppioidi sintetici sono stati individuati come possibili sostanze sostitutive la metanfetamina, i catinoni e le benzodiazepine.

In linea generale, i cambiamenti nel consumo di eroina che sono stati qui delineati sembrano essere influenzati da fattori correlati sia alla domanda che all'offerta. I successi delle attività di interdizione vanno considerati unitamente al fortissimo aumento della disponibilità di trattamenti, specialmente delle terapie sostitutive, che ha tolto dal mercato una parte significativa della domanda. Rimane irrisolta la questione del rapporto tra la produzione di oppio in Afghanistan e i modelli del consumo di eroina in Europa, posto che dai dati non emerge un collegamento chiaro tra questi due elementi. Nonostante i timori legati a una possibile ondata di nuovi consumi di eroina negli Stati membri dell'UE per effetto dell'aumento della produzione, i dati storici non contengono segnali forti in questa direzione, al contrario: al momento attuale, l'Unione europea potrebbe essere — quanto meno sotto taluni aspetti — un mercato più difficile per questo prodotto.

Cala anche il consumo per via parenterale, che rimane però un grave pericolo per la salute pubblica

Anche gli indicatori di tendenza del consumo per via parenterale fanno ritenere che attualmente

questo comportamento particolarmente dannoso sia anch'esso in calo. I livelli segnalati del consumo per via parenterale tra le persone che accedono per la prima volta al trattamento per problemi di tossicodipendenza costituiscono la migliore fonte disponibile di dati a tale riguardo. Si osserva una tendenza alla diminuzione dei nuovi consumatori di eroina che iniziano il trattamento, soprattutto nell'Europa occidentale, ma anche in alcuni paesi dell'Europa orientale. Nel complesso, oggi solo poco più di un terzo (36 %) delle persone che accedono al trattamento per problemi correlati all'eroina riferiscono di assumere la droga principalmente per via parenterale. Anche altre droghe possono essere assunte per via parenterale: circa un quarto delle persone che iniziano un trattamento per problemi associati alle anfetamine riferiscono come principale metodo di assunzione la via parenterale, e lo stesso vale per circa il 3 % di coloro che accedono al trattamento per problemi correlati alla cocaina. Sicuramente l'abbandono dell'assunzione per via parenterale è un dato incoraggiante; tuttavia, questo metodo rimane la causa principale di problemi di salute e di decessi evitabili tra i giovani europei. In particolare, l'assunzione per via parenterale è causa di overdose e gravi infezioni. Le recenti epidemie di HIV in Grecia e Romania ci ricordano che, nonostante i successi ottenuti in Europa nella lotta contro la trasmissione di questo virus tra i tossicodipendenti, permane in ogni caso un potenziale di diffusione rapida in certe popolazioni. Questo dato sottolinea la necessità di garantire un'adeguata offerta di servizi di prevenzione dell'HIV e di riduzione del danno per le popolazioni a rischio. Le infezioni di origine batterica sono potenzialmente un'altra conseguenza grave dell'assunzione di droghe per via parenterale, con possibili effetti letali. Nel giugno e luglio del 2012 sono stati segnalati in cinque Stati membri dell'UE casi di antrace, legati probabilmente a una fonte comune di eroina contaminata. A seguito di quell'epidemia l'OEDT e l'ECDC hanno compiuto una rapida valutazione del rischio.

Trovare una prospettiva nuova per le nuove droghe

Internet ha ridotto le restrizioni temporali e spaziali e consentito a nuovi modelli e tendenze del consumo di droga di superare rapidamente i confini geografici, come è stato ampiamente dimostrato in occasione del secondo forum internazionale sulle nuove sostanze psicoattive, organizzato quest'anno dall'OEDT e dall'Istituto nazionale statunitense sull'abuso di droghe. «Droghe legali» simili vengono ora immesse sul mercato degli Stati Uniti e del Giappone, in aree dell'Asia sudorientale e in paesi europei. In base agli standard internazionali, l'Unione europea è dotata di un sofisticato meccanismo di allarme rapido e di valutazione del rischio per rispondere a situazioni di emergenza dovute alle nuove sostanze psicoattive. Tale meccanismo è attualmente in fase di revisione e si prevede che sarà istituito un nuovo quadro giuridico. È probabile che le risposte in quest'area raggiungeranno il massimo dell'efficacia se saranno coordinate tra i vari paesi e se potranno contare sull'evidente valore aggiunto di un meccanismo a livello di Unione europea. Nel 2012 il sistema continua a ricevere segnalazioni relative alle nuove sostanze psicoattive a un ritmo di circa una alla settimana. Si registra tuttora una prevalenza degli agonisti sintetici dei recettori cannabinoidi e dei catinoni, ma sono in crescita le segnalazioni di sostanze appartenenti a gruppi chimici meno noti. Finora le nuove sostanze hanno tendenzialmente copiato gli effetti della cannabis o di droghe stimolanti come ecstasy e cocaina, e il loro imballaggio fa ritenere che siano destinate principalmente al mercato delle droghe a uso ricreativo. Alcuni paesi, però, hanno segnalato un passaggio dei tossicodipendenti problematici al consumo di catinoni per via parenterale, come mefedrone e MDPV.

«Sali da bagno» e «alimenti vegetali»: la sfida posta da prodotti e miscele complessi e mutevoli

Un compito importante del sistema di allarme rapido dell'Unione europea è di condividere le informazioni forensi e tossicologiche. L'individuazione delle sostanze chimiche nei prodotti può essere difficile perché si può trattare di composti o miscele di sostanze chimiche dalla composizione poco chiara. Il numero di prodotti contenenti sostanze psicoattive multiple sembra essere in crescita, e alcuni campioni acquistati a fini sperimentali contenevano sia sostanze controllate che sostanze non controllate. Quindi, il termine comunemente usato di «droghe legali» è spesso improprio e i consumatori di questi prodotti sono probabilmente all'oscuro sia di quali sostanze stanno assumendo, sia delle loro implicazioni legali e per la salute. Tale situazione di confusione è evidente a livello internazionale, dove la mancanza di una terminologia chiara e d'informazioni forensi ostacola la discussione. Negli Stati Uniti, ad esempio, il termine generico di «sali da bagno» si riferisce a una gamma di prodotti che contengono nuove sostanze psicoattive, spesso venduti nell'Unione europea come «alimenti vegetali».

Le nuove sostanze psicoattive comportano problemi anche per le indagini sul consumo di droghe, perché può accadere che molti consumatori non sappiano in realtà quali sostanze hanno assunto. I pochi studi esistenti in

materia rivelano l'esistenza di una grande eterogeneità tra i singoli paesi, con tassi di consumo relativamente bassi ma non trascurabili. Da tali studi emerge altresì che l'uso di queste sostanze può aumentare e calare rapidamente all'interno di popolazioni specifiche. La disponibilità sembra essere un fattore rilevante. In Polonia, l'apertura di un gran numero di negozi al dettaglio è stata accompagnata da un aumento delle segnalazioni di consumo e di ricoveri presso le unità ospedaliere di emergenza attribuiti alle nuove sostanze psicoattive. Sia il consumo che i ricoveri sono diminuiti successivamente all'adozione di misure per limitare la disponibilità di tali sostanze. In Germania alcuni dati fanno ritenere che il consumo di «spice» — che spesso contiene agonisti sintetici dei ricettori cannabinoidi — sia calato, anche se non scomparso del tutto, dopo l'adozione di misure di emergenza per la messa al bando di questa sostanza. Analogamente, nonostante l'introduzione di misure di controllo a livello di Unione europea, in alcuni paesi il mefedrone risulta essere tuttora disponibile sul mercato illegale.

Finora la discussione politica sulle nuove droghe si è concentrata in gran parte sulla definizione di misure di controllo e ha visto l'applicazione da parte degli Stati di una combinazione di regolamenti di mercato, norme preesistenti in materia di controllo delle droghe e leggi nuove adottate ad hoc. C'è, comunque, un crescente interesse ad affrontare le questioni di più vasta portata correlate alle nuove droghe, in particolare la necessità di comprendere il potenziale impatto sociale e sanitario di queste droghe e di definire idonee strategie di riduzione della domanda. L'OEDT ha ricevuto segnalazioni di emergenze mediche acute e di decessi associati all'uso delle nuove sostanze psicoattive. I dati attualmente disponibili sono di difficile interpretazione e il miglioramento della vigilanza e dell'analisi in quest'area da parte nostra è ovviamente una priorità. Anche gli Stati membri dell'UE cominciano a segnalare l'adozione di risposte specifiche alle nuove sostanze psicoattive. Tra questi nuovi approcci allo studio figurano programmi innovativi di prevenzione basati su Internet e la diffusione nelle scuole di messaggi finalizzati alla prevenzione.



Capitolo 1
Politiche e leggi

Introduzione

Il presente capitolo tratta dei recenti sviluppi politici nell'Unione europea ed esamina la misura in cui gli Stati membri hanno integrato le proprie strategie in materia di sostanze stupefacenti lecite e illecite e stabilito nessi tra le strategie sulla droga e sulla sicurezza. Viene inoltre presentata una serie di strategie nazionali e transnazionali di paesi non appartenenti all'UE, di cui vengono prese in considerazione le somiglianze o le differenze con l'approccio europeo alle droghe.

Questo capitolo contiene anche un esame del grado di correlazione tra le strategie nazionali sulla droga e i bilanci, oltre a un aggiornamento dei dati sull'andamento derivati dagli studi sulla spesa pubblica legata al fenomeno della droga. Il capitolo intende poi presentare una nuova analisi di come gli Stati membri elaborano le loro leggi nazionali per far fronte alla sfida crescente posta dalle nuove droghe. Il capitolo si conclude con un aggiornamento sui progressi della ricerca nel campo della droga in Europa.

Sviluppi politici internazionali e nell'UE

Verso una nuova strategia dell'UE in materia di droga

L'attuale strategia dell'Unione europea in materia di droga (2005-2012) è stata la prima a essere sottoposta a una valutazione esterna. Secondo i valutatori la strategia ha apportato un valore aggiunto agli sforzi compiuti dagli Stati membri in tema di droga e la promozione degli interventi basati su prove nell'ambito della strategia dell'UE è stata elogiata dalle parti interessate (Rand Europe, 2012). La relazione ha evidenziato l'area dell'informazione, della ricerca e della valutazione, in cui l'approccio e le infrastrutture dell'UE sostengono attivamente il trasferimento delle conoscenze in Europa. Per la prossima strategia, che verrà elaborata nel corso del 2012, i valutatori raccomandano di mantenere un approccio equilibrato, di adottare iniziative politiche integrate per le sostanze lecite e illecite, comprese le nuove sostanze psicoattive, di sviluppare la base fattuale per la riduzione dell'offerta di stupefacenti e di definire i ruoli degli organismi di coordinamento dell'UE.

Dato l'interesse politico che suscita attualmente l'argomento e considerata la sua evidente dimensione europea, sarà importante che la futura strategia sappia dare risposte in merito alle nuove sostanze psicoattive. Nella strategia confluirà una serie di iniziative avviate nel 2011, fra cui: un patto europeo di lotta contro le droghe sintetiche ([1]), un piano d'azione operativo sulle droghe sintetiche e sulle nuove sostanze psicoattive ([2]), entrambi adottati dal Consiglio dell'Unione europea, e una comunicazione «Verso un'azione europea più incisiva nella lotta alla droga» adottata dalla Commissione europea e che preannuncia una serie di misure riguardanti le sostanze illecite ([3]). Tali misure tengono conto della nuova normativa europea ideata per affrontare in modo più rapido ed efficace l'emergere di nuove sostanze psicoattive dannose (le cosiddette «droghe legali» o «legal highs», cfr. il capitolo 8). Altri sviluppi legislativi interesseranno il traffico di droga, il controllo dei precursori, il riciclaggio di denaro e il recupero di beni provenienti da attività criminali. Inoltre, è in fase di elaborazione una proposta sulla costituzione di standard minimi di qualità per la prevenzione, il trattamento e la riduzione dei danni.

Politiche in materia di droga nei Balcani occidentali

Dalla valutazione della strategia dell'UE in materia di droga è emerso che la cooperazione internazionale si è rivelata uno strumento politico utile e influente, in particolare con i paesi candidati e in fase di preadesione. Prima degli ultimi allargamenti dell'Unione europea avvenuti nel 2004 e nel 2007, i futuri Stati membri dell'UE sono stati assistiti nello sviluppo di politiche sulla droga in linea con quelle dell'Unione europea secondo un approccio equilibrato e basato su dati probanti.

Nei Balcani occidentali è in corso un processo analogo, nel quale i tre paesi candidati e i tre paesi candidati potenziali

([1]) Disponibile online.
([2]) Cfr. il riquadro «COSI: il comitato permanente per la cooperazione operativa in materia di sicurezza interna» (capitolo 2).
([3]) COM(2011) 689/2

hanno recentemente adottato strategie e piani d'azione completi ed equilibrati in materia di droga (cfr. la tabella 1). I paesi di questa regione condividono molte questioni comuni, compresa la loro posizione geografica lungo una delle storiche rotte europee per il traffico di droga, con i conseguenti problemi legati all'eroina e ad altre sostanze stupefacenti ([4]). Questi documenti strategici nazionali vertono sulla riduzione dell'offerta e della domanda di stupefacenti e, in alcuni casi, adottano strutture, finalità e obiettivi strategici che riflettono quelli dei documenti relativi alle politiche sulla droga dell'UE, contenenti sistemi di monitoraggio e valutazione, nonché meccanismi di coordinamento. I piani d'azione sono spesso dettagliati e indicano il quadro temporale, le parti responsabili, gli indicatori di attuazione e le stime dei costi individuati per ciascuna azione.

Strategie nazionali in materia di droga

Una raccomandazione per la prossima strategia dell'UE in materia di droga è quella di passare a un approccio più integrato per le sostanze lecite e illecite, includendo eventualmente anche le dipendenze comportamentali. Un altro tema da considerare è un migliore collegamento tra la politica sulle droghe e le politiche di sicurezza in senso lato, come quelle di contrasto alla criminalità organizzata. Per entrambe le questioni viene esaminata di seguito la situazione attuale negli Stati membri dell'UE, in Croazia, Turchia e Norvegia.

Integrazione di sostanze lecite e illecite

L'adozione di strategie nazionali e piani d'azione in materia di droga è una pietra angolare della politica antidroga dell'UE e uno strumento consolidato utilizzato dai paesi europei per definire le finalità e gli obiettivi delle loro politiche sulla droga. Si evincono differenze in merito a quali paesi hanno adottato documenti politici che tengono conto di sostanze sia lecite che illecite e in che misura (grafico 1).

Strategie transnazionali in materia di droga

La prossima strategia dell'UE in materia di droga sarà la nona strategia o piano d'azione in materia di droga a essere adottata dall'Unione europea dal 1990. Durante questo periodo, anche le organizzazioni transnazionali presenti in altre parti del mondo hanno elaborato questo tipo di documenti.

In Africa, un «piano d'azione sul controllo della droga e sulla prevenzione della criminalità» (2007-2012) è stato sviluppato dall'Unione africana, mentre i 15 Stati membri della Comunità economica degli Stati dell'Africa occidentale (Ecowas) hanno concordato una dichiarazione politica e un «piano d'azione regionale in materia di traffico illecito di stupefacenti, criminalità organizzata e abuso di sostanze stupefacenti» (2008-2011). In Asia, l'Associazione delle Nazioni del Sud-Est asiatico (AESAN), che comprende 10 paesi, ha adottato il «piano di lavoro ASEAN sulla lotta contro la produzione, il traffico e l'uso di sostanze illecite» (2009-2015). Infine, nel 2010, l'Organizzazione degli Stati americani (OAS) ha adottato una «strategia emisferica contro la droga» che interessa i 35 Stati delle Americhe.

Mentre la strategia dell'OAS è la più vicina all'approccio dell'UE, i piani delle altre organizzazioni transnazionali si concentrano principalmente sulla riduzione dell'offerta e sull'applicazione della legge in materia. Il piano di lavoro dell'ASEAN, per esempio, mira a sradicare la produzione, la trasformazione, il traffico e l'abuso di sostanze illecite, con l'obiettivo di rendere l'ASEAN un'area priva di sostanze stupefacenti entro il 2015. L'obiettivo generale del piano dell'Unione africana è il rafforzamento dell'applicazione della legge per il controllo della droga, e sei delle sette aree prioritarie riguardano il controllo della droga e la prevenzione della criminalità. Pur integrando un approccio più equilibrato, la strategia dell'ECOWAS pone un forte accento sulle questioni di sicurezza legate al traffico di stupefacenti.

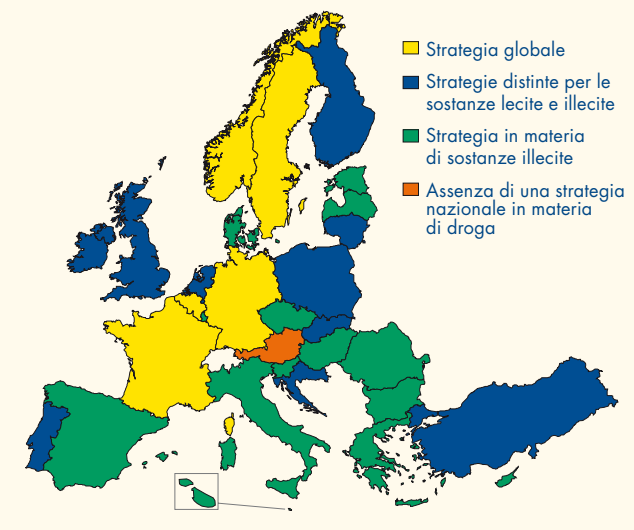
Tabella 1: Documenti recenti riguardanti la politica della droga nei paesi candidati e nei potenziali paesi candidati dei Balcani occidentali

Paese	Nome del documento strategico	Arco di tempo	Tema principale	Nota
Albania	Strategia nazionale antidroga	2004-2010	Droghe illegali	Potenziale paese candidato
Bosnia-Erzegovina	Strategia nazionale sulla sorveglianza di stupefacenti, prevenzione e repressione dell'abuso di stupefacenti	2009-2013	Droghe illegali	Potenziale paese candidato
Ex Repubblica jugoslava di Macedonia	Strategia nazionale in materia di droga	2006-2012	Droghe illegali	Paese candidato
Kosovo ([1])	Strategia e piano d'azione nazionali in materia di droga	2009-2012	Droghe illegali	Potenziale paese candidato
Montenegro	Risposta strategica nazionale alle droghe	2008-2012	Droghe illegali	Paese candidato
Serbia	Strategia nazionale per la lotta alle droghe	2009-2013	Droghe illegali	Paese candidato

([1]) Tale designazione non pregiudica le posizioni riguardo allo status ed è in linea con la risoluzione 1 244 del Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite e con il parere della CIG sulla dichiarazione di indipendenza del Kosovo.

([4]) Cfr. la sezione «Country overviews» sul sito Internet dell'OEDT.

Grafico 1: Estensione delle strategie nazionali in materia di droga



NB: Le strategie globali riguardano le sostanze lecite e illecite e, in alcuni casi, comportamenti di dipendenza. Alcune strategie in materia di sostanze illecite tengono conto in particolare delle sostanze lecite. Mentre il Regno Unito attua strategie distinte per le sostanze lecite e illecite, l'Inghilterra e la Scozia hanno strategie distinte per le sostanze illecite, l'alcol e il tabacco, e il Galles e l'Irlanda del Nord dispongono di strategie globali in materia di droga che interessano l'alcol, nonché strategie distinte per il tabacco.
Fonti: Punti focali nazionali Reitox.

Cinque paesi hanno adottato strategie o piani d'azione dall'ambito «globale», che comprendono le sostanze lecite e illecite e, in alcuni casi, i comportamenti da dipendenza. L'approccio di ampia portata si riflette nei titoli dei documenti politici: il Belgio ha adottato una «politica integrata e globale sulle droghe», la Francia un «piano governativo per combattere la droga e la tossicodipendenza», la Germania una «strategia nazionale per la politica sulla droga e sulla tossicodipendenza», la Svezia una «strategia coerente per la politica in materia di alcol, stupefacenti, doping e tabacco (ANDT)», e la Norvegia un «piano d'azione nel campo dell'alcol e delle droghe». Ad eccezione della Norvegia, che ha operato una distinzione tra la strategia concernente il tabacco e quella sul gioco d'azzardo, non esistono in questi paesi strategie nazionali distinte per le altre sostanze lecite o per i comportamenti da dipendenza.

Dieci paesi hanno strategie o piani d'azione distinti per le sostanze lecite e illecite. Questi paesi si differenziano poiché in alcuni casi si riscontrano documenti politici specifici per le sostanze lecite, che possono trattare o meno le singole sostanze. I Paesi Bassi e la Slovacchia hanno strategie distinte per l'alcol e il tabacco, a differenza della Lituania che ha adottato una strategia comune. Negli altri sette paesi, le strategie in materia di sostanze lecite riguardano solo l'alcol o il tabacco; sia l'Irlanda sia il Portogallo stanno attualmente valutando il processo di integrazione delle strategie in materia di sostanze illecite e alcol.

Quattordici paesi hanno una sola strategia o un solo piano d'azione in materia di droga, e questo riguarda le sostanze illecite. Le misure relative alle sostanze lecite possono, tuttavia, essere più o meno incluse in questi documenti politici. In alcuni di questi paesi, come la Spagna, vi è una forte tendenza a includere misure specifiche mirate al consumo di alcol o tabacco, se del caso. Altri paesi fanno riferimento alle sostanze o ai farmaci leciti in modo sporadico (Bulgaria, Malta), oppure richiedono per il futuro una migliore integrazione dei problemi legati alla droga e all'alcol (Grecia, Lussemburgo). L'Estonia è l'unico paese ad aver adottato una strategia che si concentra esclusivamente sulle sostanze illecite.

La tendenza verso un approccio integrato all'uso di sostanze sembra esistere soprattutto fra gli Stati membri che hanno aderito all'UE prima del 2004. Sono questi i paesi che hanno adottato una strategia globale o che sono in procinto di integrare le loro strategie per le sostanze illecite e l'alcol o che hanno incluso molti obiettivi relativi alle sostanze lecite nella loro strategia in materia di sostanze illecite. Nell'Europa centrale e orientale emerge un quadro caratterizzato prevalentemente da strategie distinte o da strategie mirate esclusivamente a sostanze illecite e che menzionano a margine le sostanze lecite.

Nonostante la tendenza verso l'integrazione di sostanze lecite e illecite nei documenti politici, il coordinamento nazionale di sostegno e le strutture di bilancio potrebbero non essere stati modificati in modo complementare.

Strategie in materia di droga e questioni di sicurezza

In Europa la riduzione dell'offerta rappresenta una componente importante delle politiche sulla droga. La pianificazione e il coordinamento delle attività in questo settore sono associati non solo alla strategia in materia di droga, ma anche agli sviluppi politici più ampi in fatto di sicurezza. A livello dell'UE, per esempio, le gravi forme di criminalità organizzata e il loro coinvolgimento nel traffico di droga costituiscono una delle minacce individuate dalla strategia di sicurezza interna dell'Unione europea (Consiglio europeo, 2010).

A livello nazionale, 15 paesi hanno riferito di aver elaborato, oltre alla strategia in materia di droga, almeno un documento politico in cui vengono definite le attività intese a ridurre l'offerta di droga. Di questi paesi, due hanno menzionato una strategia nel settore della sicurezza,

11 hanno menzionato una strategia per combattere la criminalità o la criminalità organizzata, e due hanno menzionato entrambe le strategie. Negli altri 14 paesi, la strategia nazionale in materia di droga è stata indicata come l'unico documento che definisce le attività intese a ridurre l'offerta di droga, mentre l'Austria non dispone di alcun documento politico nazionale in questo ambito.

Nella maggior parte di quei paesi in cui la riduzione dell'offerta è integrata sia nella strategia in materia di droga sia in un'altra strategia, gli esperti del settore riferiscono che la strategia nazionale in materia di droga è il documento più importante in quest'ambito. Due paesi (Paesi Bassi e Regno Unito) riferiscono che entrambi i documenti rivestono pari importanza, mentre il «piano nazionale di sicurezza» belga e il «programma nazionale per la prevenzione e la repressione della criminalità» della Slovenia sono considerati più importanti della strategia in materia di droga per quanto concerne la definizione delle attività intese a ridurre l'offerta.

Nel corso degli ultimi vent'anni, il fenomeno della droga ha costituito una priorità politica di grande visibilità, soprattutto a causa dei crescenti livelli di consumo di droghe e dei problemi connessi. Attualmente, una maggiore stabilità del fenomeno della droga e le nuove priorità politiche a livello nazionale (deficit pubblici, disoccupazione) sembrano contribuire alla crescente integrazione delle politiche sulla droga nelle politiche più generali. In pratica, questo potrebbe significare un crescente allineamento della riduzione della domanda di droga alle politiche sanitarie e sulla dipendenza comportamentale, nonché un avvicinamento della riduzione dell'offerta di droga alle strategie sulla sicurezza per la lotta alla criminalità organizzata. Ciò pone un interrogativo sull'adeguatezza delle attuali strategie globali ed equilibrate in materia di droga nel futuro.

Spesa pubblica

Le strategie e i piani d'azione nazionali in materia di droga contengono misure volte a ridurre i problemi connessi alla droga, la cui attuazione è finanziata principalmente dal governo. La contabilizzazione di tali fondi pubblici può fornire uno strumento importante nel processo di valutazione delle politiche. In questa sezione vengono esaminate l'eventuale associazione di bilanci specifici a documenti politici riguardanti il fenomeno della droga e l'eventuale disponibilità di informazioni sulla spesa reale. Tuttavia, poiché i fondi sono assegnati ai vari livelli di governo e le pratiche contabili di bilancio variano in tutta Europa, è disponibile solo una panoramica preliminare delle pratiche nazionali adottate in questo settore.

Consulenze per la politica sulla droga

I governi ricorrono a consulenze nell'ambito della politica sulla droga per vari motivi, per esempio quando elaborano nuove strategie in materia di droga, prendono in considerazione modifiche legislative o valutano decisioni politiche precedenti.

Ventotto dei trenta paesi segnalano l'esistenza di una struttura avente un ruolo consultivo formale per la politica sulla droga. In alcuni casi, la struttura è stabilita per legge, in altri non è regolamentata. La metà dei paesi ha organismi consultivi dedicati, negli altri le strutture esistenti — per la maggior parte organismi nazionali di coordinamento in materia di droga — svolgono un ruolo consultivo. Il numero di membri delle strutture di consulenza varia da otto a oltre trenta persone, in prevalenza politici, funzionari, ricercatori, operatori nel campo della droga e rappresentanti della società civile. Il presidente può essere un politico (Svezia), un accademico (Belgio) o un alto funzionario (Estonia). Fra i loro compiti è previsto il sostegno alla classificazione di sostanze stupefacenti ai sensi delle leggi sulla droga, il finanziamento e lo svolgimento delle attività di ricerca e la consulenza rivolta ai politici.

Ecco alcuni esempi di strutture di consulenza presenti in Europa: il Comitato consultivo nazionale sulle droghe in Irlanda, che conta 16 membri ed è presieduto da un accademico; il Consiglio consultivo del Regno Unito composto di 24 membri, che si occupa dell'abuso di sostanze stupefacenti e provvede a classificare le sostanze e a offrire consulenza al governo; il Consiglio tedesco sulle droghe e tossicodipendenze, con 27 membri, è presieduto dal commissario federale in materia di droga e sostiene l'attuazione e lo sviluppo della strategia nazionale e la cooperazione tra i livelli nazionale e locale; nella Repubblica ceca, la programmazione e il lavoro di consulenza sono svolti da cinque comitati e da vari gruppi di lavoro collegati al Consiglio del governo per il coordinamento delle politiche sulla droga.

Pur avendo una struttura politica standard in Europa, gli organi consultivi hanno diverse forme, funzioni e appartenenze. In genere, forniscono un foro di dibattito per il governo e gli altri settori per comunicare, coordinare e valutare le informazioni pertinenti alle politiche.

La spesa pubblica correlata al problema della droga può essere influenzata da programmi di austerità, come quelli attuati da alcuni paesi a seguito della recente recessione economica globale. Questo problema viene preso in considerazione da una prima revisione dei dati di tendenza riguardanti la spesa pubblica correlata alla droga.

Strategie in materia di droga e bilanci

Dei 29 paesi europei che hanno attuato strategie o piani d'azione nazionali in materia di droga, sette riferiscono che il loro attuale documento politico sulla droga è associato

a un bilancio globale o settoriale. Cipro dedica un bilancio annuale alla strategia in materia di droga 2009-2012, pubblicando la spesa annuale. In Estonia, le strategie nazionali in materia di droga sono iscritte in bilancio e la spesa annuale viene stimata. Nella Repubblica ceca, il piano d'azione 2010-2012 è stato accompagnato per la prima volta da un bilancio indicativo. In Grecia, il piano d'azione 2011-2012 è accompagnato da un bilancio. Un bilancio è previsto anche per il piano nazionale francese 2008-2011 (esteso al 2012), ma la sua esecuzione non è oggetto di valutazione pubblica. Nel quadro della strategia in materia di droga il Regno Unito non predispone alcun bilancio centrale, mentre nell'Irlanda del Nord, in Scozia e in Galles i bilanci sono associati alle strategie e le previsioni di spesa sono pubblicate. In Inghilterra, anche se non esiste un bilancio specifico, i conti delle spese vengono pubblicati con regolarità. In alcuni casi, i bilanci dedicati sono destinati solo a una parte della strategia in materia di droga, come avviene in Romania, dove è previsto un bilancio per le misure sanitarie e sociali contemplate dal piano d'azione in materia di droga 2009-2012.

Tre paesi riferiscono di non presentare più un bilancio legato alla propria strategia in materia di droga. Irlanda, Portogallo e Slovacchia hanno fornito i bilanci e le previsioni di spesa annuale per i piani d'azione precedenti, ma non per quello attuale. Tuttavia, sia il Portogallo sia la Slovacchia dispongono di comitati interministeriali che sviluppano quest'area.

In otto paesi, nell'ambito del bilancio generale nazionale, viene definito ogni anno un bilancio destinato a una copertura parziale o integrale della strategia o del piano d'azione nazionale. In Lussemburgo, il piano d'azione pluriennale è sostenuto da un bilancio annuale per il fenomeno della droga, accompagnato anche da previsioni di spesa globale. In Croazia, il bilancio annuale per il fenomeno della droga è strettamente legato al piano d'azione. In Bulgaria, Danimarca, Ungheria, Svezia, Finlandia e Norvegia, i governi approvano i bilanci annuali per finanziare le iniziative sulla droga.

Undici paesi non hanno di recente stabilito un nesso tra i bilanci per il fenomeno della droga e i documenti politici nazionali. In questi casi, i finanziamenti necessari per la strategia o il piano d'azione in materia di droga arrivano direttamente dalle agenzie incaricate della sua attuazione.

In Europa esistono diverse pratiche e solo qualche paese ha adottato un approccio chiaro e trasparente alla dotazione e alla revisione di bilancio nel campo della droga. Pur essendo probabilmente dovuta a difficoltà tecniche, tale situazione contribuisce tuttavia agli attuali problemi in Europa legati alle previsioni di spesa pubblica in relazione alla droga nonché allo sviluppo della valutazione economica della politica sulla droga.

Tendenze della spesa pubblica relativa alle droghe

Una questione chiave di attualità è l'impatto della recente crisi economica e delle conseguenti misure di austerità per quanto concerne la politica sulla droga e i relativi bilanci in materia. Questo argomento viene analizzato facendo riferimento alle recenti previsioni di spesa pubblica relativa alle droghe nei paesi europei. Tuttavia, una certa cautela è necessaria dal momento che la quantità e la qualità delle informazioni disponibili variano notevolmente da un paese all'altro, dove gli studi si concentrano su anni diversi, viene utilizzata una serie di metodologie e non sempre viene fornita una stima della stessa parte di bilancio.

Alcuni dei finanziamenti concessi dai governi per la spesa relativa ad attività correlate al consumo di sostanze stupefacenti sono identificati come tali nel bilancio («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. Il bilancio totale è la somma della spesa classificata e non classificata relativa alla droga.

Negli ultimi anni, in sei paesi è stata registrata una diminuzione della spesa pubblica relativa alla droga. Nel Regno Unito, una riduzione del 5 % della spesa pubblica classificata nel 2010-2011 in Inghilterra ([5]) rispetto all'anno precedente non è stata compensata dai lievi aumenti della spesa classificata nell'Irlanda del Nord, in Scozia e in Galles. Nel 2010, la spesa classificata in Estonia è scesa del 3 % rispetto al 2009, ma del 54 % rispetto al 2008; in Irlanda, le spese classificate hanno registrato un calo del 3 % rispetto all'anno precedente. In Ungheria, una revisione semestrale del bilancio 2010 ha dato luogo a una riduzione del finanziamento delle attività classificate pari al 25 %. In Croazia, i dati a disposizione riflettono un taglio del 10 % della spesa pubblica classificata relativa alla droga nel bilancio 2010 rispetto al 2009. Nella Repubblica ceca, nonostante una migliore copertura dei dati suggerisca un aumento della spesa nel 2010, un'analisi dettagliata mostra meno fondi disponibili per la terapia e la riduzione dei danni.

Per altri quattro paesi, non ci sono indicazioni di tagli al bilancio nelle stime più recenti della spesa relativa alla droga. In Belgio, la spesa pubblica complessiva relativa alla droga è aumentata del 18,5 % tra il 2004 e il 2008 (prima della recessione). In Svezia, nel 2011 la spesa

([5]) L'Inghilterra rappresenta l'84 % della popolazione del Regno Unito e il bilancio relativo alla droga è di solito superiore all'80 % del totale. Nel Regno Unito la spesa classificata costituisce una piccola parte della spesa complessiva relativa alla droga.

pubblica complessiva relativa alla droga è aumentata notevolmente rispetto al 2007. In Lussemburgo, nel 2010, vi è stato un incremento annuo del 5,6 % della spesa complessiva relativa alla droga. In Finlandia, nel 2009, la spesa pubblica complessiva relativa alla droga è aumentata dell'1,6 %.

Gli studi condotti fino a oggi suggeriscono l'esistenza di notevoli differenze tra paesi per quanto riguarda la natura e la gravità dell'impatto della crisi economica sui loro bilanci e sulla loro spesa riguardanti il fenomeno della droga.

Leggi nazionali e nuove sostanze psicoattive

Negli ultimi anni, l'Europa ha assistito all'ampia disponibilità di svariate nuove sostanze psicoattive a un ritmo senza precedenti. La velocità con cui queste nuove sostanze vengono lanciate sul mercato, unitamente a una mancanza di informazioni sui rischi associati al loro uso, mette a dura prova la procedura consolidata di aggiungere le singole sostanze all'elenco delle sostanze controllate dalle leggi sulla droga. Mentre la maggior parte dei paesi europei continua ad aggiornare l'elenco, molti hanno risposto con modifiche innovative alla loro legislazione o alle politiche di applicazione della legge ([6]).

Le modifiche più sostanziali hanno riguardato l'approvazione di nuove norme penali che sanzionano la distribuzione non autorizzata di sostanze psicoattive, come nel caso di Irlanda, Austria e Romania. Questi tre casi presentano alcune similitudini ma anche notevoli differenze. Per quanto riguarda le sostanze, tutti e tre i paesi definiscono la sostanza psicoattiva come una sostanza che stimola o deprime il sistema nervoso centrale ed è associata a dipendenza, allucinazioni o disturbi della funzione motoria o del comportamento. In Irlanda, questi disturbi dovrebbero essere «significativi»; in Austria, le sostanze possono essere inserite nell'elenco solo se esiste la possibilità di abuso da parte di alcune fasce della società, con una possibile minaccia per la salute dei consumatori. Per la legge rumena, non esiste più un requisito specifico in termini di nocività, contrariamente a un decreto governativo emanato in precedenza nello stesso anno. In Austria il ministro della Sanità deve denominare le sostanze o i gruppi di sostanze in un regolamento, mentre in Irlanda e Romania la denominazione delle sostanze non è richiesta — qualsiasi sostanza che possieda le proprietà definite nella legislazione è implicitamente coperta. L'offerta costituisce un crimine in Austria se lo spacciatore intende trarre benefici o indurre all'uso di un prodotto per i suoi effetti psicoattivi; in Irlanda è sufficiente che sia noto il probabile consumo umano; in Romania entrambi questi requisiti non sono necessari. Le pene massime relative all'offerta sono due anni di carcere in Austria, cinque in Irlanda e otto in Romania, con un inasprimento significativo della pena in Austria e in Romania se l'offerta provoca lesioni gravi o decessi.

Pur mantenendo le leggi in vigore sulla droga, alcuni paesi hanno introdotto miglioramenti al fine di rafforzare o di accelerare le procedure utilizzate per classificare le nuove sostanze come droghe. Gruppi di esperti scientifici preposti alla valutazione dei rischi sono stati formalmente creati in Ungheria (2010) e Finlandia (2011) per fornire una base di dati probanti al fine di adottare decisioni intese a controllare le nuove sostanze. Nel 2011, il Regno Unito ha adottato una nuova procedura («ordini su droghe di una classe temporanea») che consentirebbe un rapido controllo delle sostanze denominate conformemente alle leggi sulla droga fino a un anno, durante il quale potrebbe essere valutata la necessità di un controllo permanente. Una proposta analoga è stata approvata dal parlamento slovacco, ma è stata sospesa prima delle elezioni del 2012. Un'altra miglioria attuata da alcuni paesi è stata quella di estendere la copertura delle leggi sulla droga in vigore classificando le sostanze come gruppi definiti, anziché individualmente come era stato fatto in precedenza. I cannabinoidi sintetici sono stati definiti come gruppi di sostanze controllate dal Lussemburgo nel 2009 e dall'Italia nel 2011; l'Italia ha poi aggiunto una definizione di gruppo dei catinoni. Nel 2011, Cipro ha aggiunto alla sua legge sulla droga definizioni di gruppo dei cannabinoidi sintetici, dei catinoni e delle fenetilamine, mentre la Francia e la Germania stanno studiando la fattibilità di questo approccio.

La modifica legislativa può essere un processo lungo, e alcuni paesi utilizzano le leggi esistenti per accelerare la loro risposta alle nuove sostanze. Le leggi sui medicinali sono state usate per controllare le sostanze non terapeutiche in almeno otto paesi. Inoltre, diversi tipi di leggi sulla tutela dei consumatori sono stati applicati in Italia, Polonia, Portogallo e Regno Unito, aventi come oggetto prodotti psicoattivi in generale (con conseguente chiusura degli esercizi commerciali) o singole sostanze. Per esempio, il mefedrone veniva venduto come «fertilizzante» o «sali da bagno», anche se non destinato a tali usi. Si tratta possibilmente di interventi rapidi in attesa che entri in vigore la legge sul controllo delle droghe, dando anche tempo ai paesi di pensare a risposte innovative.

([6]) Per una sintesi delle questioni politiche nei paesi europei, cfr. OEDT (2011d).

Un'altra opzione per controllare le sostanze potenzialmente dannose è quella di adeguare le leggi esistenti. Nel 2010, la Polonia ha escluso il requisito di nocività e qualsiasi applicazione di leggi sulla sicurezza dei prodotti generali dalla definizione di «droga sostitutiva» (una sostanza da utilizzare al posto di una droga o per le stesse finalità). Contemporaneamente, la legge sulla tutela della salute è stata aggiornata per essere applicabile qualora si sospetti che una droga sostitutiva rappresenti una minaccia per la salute umana. In Ungheria, nel 2012, una tabella provvisoria è stata aggiunta alla legge sui medicinali per classificare le droghe non terapeutiche, che colpiscono il sistema nervoso centrale, hanno la capacità di cambiare lo stato mentale, il comportamento o la percezione, e che quindi possono rappresentare una grave minaccia per la salute pubblica, tanto quanto le sostanze contenute nelle tabelle degli stupefacenti. Nella sezione modificata del codice penale riguardante la droga, l'offerta o la distribuzione di tali sostanze è punibile con una pena massima di tre anni di carcere. In Svezia, nel 2011, agli organismi preposti all'applicazione della legge sono stati conferiti nuovi poteri per intervenire a tutela della pubblica sicurezza e di sequestrare e distruggere determinate sostanze che si presume vengano utilizzate a fini di intossicazione e suscettibili di provocare lesioni o decessi. In base alle nuove leggi vigenti in Austria e nel Regno Unito, in determinate circostanze, la polizia può confiscare qualsiasi quantitativo di una sostanza, anche se non è stato commesso alcun reato.

È stato riscontrato un numero crescente di interventi atti a contrastare la pubblicità e la vendita libera di nuove sostanze psicoattive. La pubblicità degli effetti psicoattivi di una sostanza messa in vendita è punibile fino a cinque anni di carcere in Irlanda e da uno a tre anni in Romania. Nella Repubblica ceca, la promozione della dipendenza da una sostanza psicoattiva può essere punita fino a otto anni di carcere. In Romania, pubblicizzare che tali sostanze sono vendute legalmente è un reato punibile da 3 a 10 anni di carcere. In Polonia, l'offerta di «droghe sostitutive» può essere punita con un'ammenda elevata, mentre la pubblicità è punita con un anno di carcere. In Romania, vengono comminate ammende pesanti nel caso in cui un sito web incriminato non venga rimosso entro 12 ore dalla richiesta del ministero.

Il rapido emergere di droghe nuove e sconosciute ha fatto scaturire molti interventi differenziati, che continuano a evolversi. Dal 2009, almeno sette paesi hanno messo in atto una risposta innovativa e successivamente ne hanno avviata un'altra. L'entità delle sanzioni penali e il grado di psicoattività o danni potenziali che li farebbero scattare variano notevolmente in tutta Europa. Tuttavia, si notano due tendenze: l'uso della minaccia del carcere per scoraggiare gli spacciatori e l'annullamento di sanzioni penali per chi viene trovato in possesso di una sostanza a uso personale.

Ricerca correlata alla droga

Per integrare e sostenere le priorità indicate nella strategia dell'UE in materia di lotta contro la droga, la Commissione europea finanzia una serie di ricerche e studi correlati alla droga. Dal 2007 ha investito oltre 18 milioni di EUR nell'ambito del settimo programma quadro per la ricerca e l'innovazione (7° PQ).

Due importanti studi europei si sono concentrati sulla dipendenza da droga e alcol nel contesto dei disturbi cerebrali. Di recente si è conclusa una ricerca dal titolo «Psychosocial factors relevant to brain disorders in Europe» (Fattori psicosociali rilevanti per i disturbi cerebrali in Europa) (Paradise) con cui si è dimostrato che il disturbo dovuto all'abuso di sostanze rappresenta un fardello e un impatto enormi nella vita quotidiana. Le difficoltà più comuni sono state riscontrate nelle funzioni cognitive ed emotive, nella capacità di autosufficienza, nei rapporti con gli altri, nell'occupazione e nella vita economica. Nel 2011 un altro grande progetto europeo ha rilevato che i disturbi cerebrali, in termini di anni di vita corretti per disabilità, rappresentano il principale onere fra tutte le malattie dell'Unione europea, pari al 26,6 % del totale (Wittchen e al., 2011). Questo studio ha classificato la dipendenza da droga e alcol fra i disturbi cerebrali più comuni, seconda solo ai disturbi d'ansia, insonnia, depressione grave e disturbi somatoformi.

Il progetto «Access to opioid medication in Europe» (Accesso ai farmaci oppioidi in Europa) (ATOME) indaga le ragioni per cui i farmaci oppioidi somministrati per il dolore da moderato a grave e per la terapia della dipendenza da oppioidi non sono spesso disponibili, ove necessario, e non utilizzati in modo adeguato. Il progetto sarà eseguito fino alla fine del 2014; i primi risultati prevedono la pubblicazione di nuovi orientamenti politici dell'OMS (2011) disponibili in 14 lingue e una revisione di possibili ostacoli all'accesso e alla disponibilità degli oppioidi. Il progetto sfocerà in relazioni nazionali contenenti raccomandazioni concrete per le modifiche legislative.

Il progetto «Addictions and lifestyles in contemporary Europe — Reframing addictions project» (Dipendenze e stili di vita nell'Europa contemporanea — Ricontestualizzazione del progetto sulle dipendenze) (ALICE RAP) durerà fino al 2016,

e riceve contributi di oltre 100 ricercatori e 70 istituti di ricerca dislocati in oltre 30 paesi. Attraverso i sette pacchetti di lavoro principali, il progetto mira a rafforzare le prove scientifiche in grado di alimentare il dialogo pubblico e politico sulle sfide per la società europea poste dalla droga e da altre dipendenze, nonché a stimolare il dibattito sugli approcci alle dipendenze.

Il progetto «Grasping the links in the chain: understanding the unintended consequences of international counter-narcotics measures for the EU» (Cogliere i meccanismi del sistema: comprendere le conseguenze indesiderate delle misure internazionali contro la droga per l'UE) (Linksch), avviato nel febbraio 2012, riunisce sette partner provenienti da quattro paesi, al fine di contribuire a una politica antidroga più completa volta a mitigare le conseguenze indesiderate.

Infine, la rete dello spazio europeo della ricerca (ERA-NET) in materia di sostanze illecite finanziata dal 7° PQ sarà realizzata entro il 2013.

Anche il programma «Prevenzione e informazione in materia di droga» (DPIP) della Commissione europea ha finanziato una serie di progetti, compreso lo studio «Further analysis of the EU illicit drugs market and responses to it» (Ulteriore analisi del mercato delle droghe illecite nell'UE e relative risposte), che ha analizzato le caratteristiche e le operazioni dei mercati dell'Unione europea di cannabis, cocaina, amfetamine ed ecstasy, e il progetto «Nuovi strumenti metodologici per la valutazione della politica e del programma» (DPE), che sta sviluppando indicatori per il monitoraggio dell'offerta e della domanda di sostanze illecite e per la valutazione delle politiche e degli interventi ([7]).

DRUID: guida sotto l'effetto di droghe, alcol e farmaci

Il progetto DRUID, portato a termine nel 2011, mirava ad acquisire nuove conoscenze sull'impatto di alcol, sostanze illecite e farmaci sulla sicurezza stradale, e a produrre raccomandazioni per la politica sulla sicurezza stradale. Sono stati utilizzati protocolli armonizzati di raccolta di dati per raccogliere campioni di fluidi corporei di circa 50 000 conducenti selezionati a caso in 13 paesi europei e di 4 500 conducenti che sono stati gravemente feriti o uccisi in un incidente. Lo studio ha rilevato che il 3,5 % dei conducenti esaminati aveva assunto alcol. E l'1,5 % dei conducenti presentava un tasso alcolemico superiore al limite comune legale di 0,5 grammi per litro, con un aumento significativo del rischio di morire in un incidente stradale rispetto ai conducenti che non avevano consumato alcol.

Le tracce di sostanze illecite più comunemente trovate fra i conducenti sottoposti a test casuali erano il tetraidrocannabinolo (THC) (1,3 %) e la cocaina (0,4 %). La presenza di THC è stata associata a un rischio leggermente maggiore per il conducente di essere ferito o essere responsabile di un incidente mortale, mentre la presenza di cocaina e di amfetamine aumentava significativamente il rischio per il conducente. I farmaci psicoattivi, soprattutto le benzodiazepine, sono stati trovati nell'1,4 % dei conducenti e potrebbero aumentare notevolmente il rischio di decesso in un incidente stradale. Tutti i rischi aumentavano sostanzialmente quando le sostanze venivano combinate con l'alcol o altre droghe, come spesso accade in Europa.

Esaminando le risposte, il progetto ha rilevato che la maggior parte dei dispositivi e delle tecniche utilizzati nei controlli su strada non è sufficientemente accurata. Gli interventi efficaci comprendono il ritiro della patente di guida per un massimo di 12 mesi e programmi di riabilitazione. Tuttavia, la loro efficacia dipende da una distinzione fra i diversi tipi di trasgressori. Tuttavia, una delle principali conclusioni di DRUID era che gli sforzi compiuti per contrastare la guida sotto gli effetti di sostanze stupefacenti non devono sottrarre risorse destinate a combattere la guida in stato di ebbrezza.

([7]) Maggiori informazioni sulla ricerca nell'ambito del fenomeno della droga in Europa sono disponibili sulla pagina web dedicata alla ricerca dell'OEDT.

Sviluppi nella ricerca delle tossicodipendenze ([1])

Nell'ultimo anno i livelli di ricerca della tossicodipendenza sono quasi triplicati negli Stati membri dell'UE, anche se gli scienziati statunitensi continuano a produrre un terzo delle nuove pubblicazioni. Il numero di documenti riguardanti alcol, nicotina o psicostimolanti è aumentato nel 2011, mentre sono stati osservati forti aumenti anche negli studi di genetica e di diagnostica per immagini nel campo della tossicodipendenza. Tuttavia, meno del 7 % degli studi riguarda studi clinici su nuove strategie terapeutiche per i casi di dipendenza, un campo che ha bisogno di essere ancora sviluppato.

Fra i principali studi clinici pubblicati in quest'area vi sono quelli che analizzano l'uso della terapia sostitutiva o dei farmaci anticraving per la dipendenza da metamfetamine, l'uso di buprenorfina/naloxone per la dipendenza da oppiacei, o nuove terapie per astinenza da oppiacei, come la tetrodotossina. Altri studi si sono concentrati sulla base comportamentale, fisiologica e molecolare dell'apprendimento associativo, o condizionato, nei paradigmi di abuso di sostanze stupefacenti, analizzando nuovi potenziali obiettivi per lo sviluppo terapeutico.

Gran parte della ricerca nell'ambito della neuroscienza della tossicodipendenza si concentra sul sistema di ricompensa del cervello e sulla dopamina; tuttavia, nuovi dati indicano altre possibilità. Per esempio, studi di neuroimaging sugli animali e sull'uomo hanno dimostrato che la corteccia prefrontale ha una grande influenza sul comportamento di assunzione di droghe. Le interazioni tra le regioni dorsale e ventrale della corteccia prefrontale cambiano nel corso del processo di dipendenza, stimolando gli interventi di neurotrasmettitori come la noradrenalina, la serotonina, il glutammato e i cannabinoidi.

([1]) Redatto dai membri del comitato scientifico dell'OEDT, Fernando Rodríguez de Fonseca e Jean-Pol Tassin.



Capitolo 2

La risposta ai problemi della droga in Europa: panoramica

Introduzione

Il presente capitolo presenta una panoramica delle risposte ai problemi della droga in Europa, evidenziando, ove possibile, le tendenze e gli sviluppi. Vengono analizzate innanzitutto 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. L'ultima sezione è dedicata alla definizione delle priorità per quanto concerne l'applicazione della legge sulla droga e i reati contro tale legge.

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 queste diverse strategie al grado di vulnerabilità dei gruppi di destinazione (Derzon, 2007) e assicurare che gli interventi siano fondati su dati probanti e abbiano una copertura sufficiente. La maggior parte delle strategie di prevenzione si occupa del consumo delle sostanze in generale e altre si occupano dei problemi correlati, quali violenza e comportamento sessuale a rischio; solo un numero limitato di programmi si concentra su sostanze specifiche, per esempio, alcol, tabacco o cannabis.

Strategie ambientali

Le strategie di prevenzione ambientale sono ideate per modificare gli ambienti culturali, sociali, fisici ed economici in cui le persone operano le loro scelte relativamente al consumo di droga. Tali strategie includono solitamente misure che riguardano i prezzi dell'alcol, il divieto di pubblicità del tabacco e del fumo, se la loro efficacia è dimostrata. Altre strategie ambientali si occupano in particolare dello sviluppo di ambienti scolastici protettivi. Fra gli esempi segnalati dai paesi europei figura quanto segue: promozione di un clima di apprendimento positivo e collaborativo (Polonia, Finlandia); offerta di istruzione per quanto concerne le norme e i valori della cittadinanza (Francia), e una maggiore sicurezza delle scuole attraverso la presenza di forze di polizia nel quartiere (Portogallo).

Si è affermato che una serie di problemi sociali, fra cui l'uso di sostanze, le gravidanze in età adolescenziale e gli episodi di violenza, è più frequente nei paesi che presentano un alto grado di disuguaglianza a livello sociale e sanitario (Wilkinson e Pickett, 2010). Molti paesi scandinavi, come la Finlandia, investono massicciamente in politiche ambientali più ampie orientate verso una maggiore inclusione sociale in un contesto familiare, scolastico, comunitario e societario e che contribuiscono a mantenere più bassi i livelli di consumo di droga. I programmi di prevenzione e gli interventi mirati a problemi specifici o a droghe particolari sono meno utilizzati in questi paesi.

Prevenzione universale

La prevenzione universale riguarda popolazioni intere, in misura predominante in contesti di scuola e di comunità. Essa mira a ridurre i comportamenti a rischio dovuti alle sostanze fornendo ai giovani le competenze necessarie per evitare o ritardare l'iniziazione al consumo di sostanze. Una recente valutazione del programma di prevenzione «Unplugged» messo in atto dalla Repubblica ceca ha rivelato che gli studenti partecipanti hanno riferito percentuali significativamente ridotte di fumo, e una minore frequenza di fumo, stati di ubriachezza, consumo di cannabis e di qualsiasi altra sostanza (Gabrhelik e al., 2012). Tuttavia, di recente sono state segnalate riduzioni delle misure preventive universali in Grecia e in Spagna, e dei livelli di personale addetto alla prevenzione in Lettonia, che corroborano quanto suggerito in precedenza, ossia che la prevenzione è un ambito colpito dai tagli di bilancio in questo periodo di recessione economica (OEDT, 2011a).

Il manuale sulle norme di prevenzione dell'Unione europea (OEDT, 2011b) è inteso ad aiutare gli Stati membri a garantire la qualità dei loro programmi di prevenzione,

Prevenzione: il contesto ambientale

Recenti scoperte nel campo delle neuroscienze sociali (Steinberg, 2008) sostengono quanto emerso da studi sociali secondo i quali il contesto ambientale influenza pesantemente l'adozione di comportamenti a rischio da parte degli adolescenti.

Intorno al periodo della pubertà, l'assunzione del rischio aumenta conseguentemente ai cambiamenti del sistema socio-emotivo del cervello, portando a un aumento della ricerca della ricompensa e a un minore controllo degli impulsi in presenza di coetanei. Tale aumento della sensibilità verso le opinioni altrui e le regole percepite può aiutare a spiegare perché gran parte dei comportamenti a rischio degli adolescenti, come il consumo incontrollato di droga e alcol e la guida irresponsabile, si verifichi quasi esclusivamente in contesti sociali. Nei momenti decisivi, i giovani in gruppo possono non operare «scelte consapevoli» né valutare i rischi in modo razionale.

La ricerca indica che, anziché concentrarsi sulle attività di informazione, gli interventi di prevenzione per i giovani devono avere come obiettivo le regole e la percezione della normalità. Sottolinea l'importanza, in una prospettiva di prevenzione, di concentrarsi sui contesti ambientali, come per esempio i contesti scolastici, familiari e ricreativi. La ricerca evidenzia anche l'importanza del controllo dei genitori, e fornisce sostegno alle misure volte a limitare le possibilità di conseguenze dannose in quegli ambienti dove i giovani interagiscono in gruppi, in particolare nei contesti ricreativi e nella vita notturna. In particolare, questa prova sostiene l'approccio della prevenzione ambientale, che si basa più sul cambiamento dei contesti che sulla sola persuasione.

e alcuni paesi hanno constatato miglioramenti. Di recente, l'Irlanda ha valutato l'attuazione del suo programma nazionale di prevenzione nelle scuole post primarie. La Repubblica ceca ha apportato miglioramenti al sistema di sovvenzioni destinate alla prevenzione, introducendo il primo sistema di certificazione europeo, in base al quale il finanziamento è disponibile solo per i programmi accreditati. L'idea dell'accreditamento di professionisti è nata per migliorare la qualità della realizzazione dei programmi di prevenzione, e garantire che i fondi pubblici siano spesi in modo efficiente.

Prevenzione selettiva

La prevenzione selettiva interviene in 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. Germania, Danimarca, Spagna, Portogallo e Austria hanno attuato interventi di prevenzione mirati per gli alunni delle scuole professionali, un gruppo di giovani identificati come a rischio elevato di sviluppare problemi di consumo di droga. L'Irlanda ha adottato un approccio più ampio in termini di lavoro di prevenzione con giovani a rischio, allo scopo di migliorare l'alfabetizzazione fra gli studenti svantaggiati. Gli interventi a livello di comunità rivolti ai gruppi di giovani ad alto rischio, come riferito dall'Italia e da comuni dell'Europa settentrionale, combinano strategie individuali e ambientali attraverso la sensibilizzazione, il lavoro giovanile e la cooperazione formale tra le autorità locali e le organizzazioni non governative. Tali approcci riguardano i giovani ad alto rischio senza renderli partecipi in programmi specifici.

Gli approcci di primo intervento sono spesso stati segnalati in Europa, ma l'obiettivo e il contenuto di tali programmi varia tra un paese e l'altro. La recente politica di prevenzione nel Regno Unito ha riportato il «primo intervento» al suo significato originario: fornire sostegno sociale ed emotivo nonché un sostegno all'apprendimento per i bambini che vivono in condizioni svantaggiate, durante i primi anni di vita ([8]). L'obiettivo è quello di ritardare o prevenire l'insorgenza di problemi (compreso l'uso di sostanze), piuttosto che aspettare e intervenire quando i problemi si presentano (Allen, 2011). Anche i programmi di genitorialità possono svolgere un ruolo importante negli approcci di primo intervento; tuttavia, un lavoro e una formazione parentale proattivi rimangono rari nel campo della prevenzione selettiva.

Prevenzione mirata

Lo scopo della prevenzione mirata è individuare soggetti 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. Nella maggior parte dei paesi europei, la prevenzione mirata continua a essere basata sulle attività di consulenza per i giovani consumatori di sostanze. Un'eccezione è «Preventure» ([9]), un programma canadese adattato alla situazione del Regno Unito, che è rivolto selettivamente ai giovani bevitori alla ricerca di nuove sensazioni. Tra i programmi attualmente disponibili è quello che ha ricevuto la valutazione più positiva e ora è in fase di attuazione anche nella Repubblica ceca e nei Paesi Bassi.

Trattamento

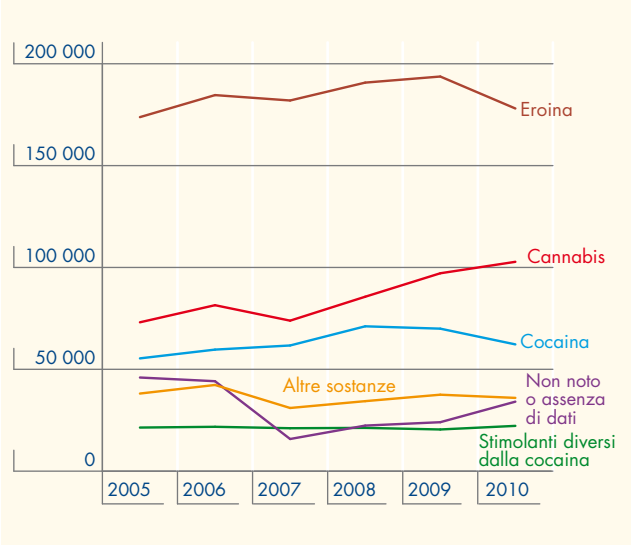
In Europa, le principali modalità utilizzate per il trattamento dei problemi della droga sono gli interventi

([8]) A differenza del recente uso di «primo intervento» nel senso di «in una fase precoce» riferito al consumo di sostanze.
([9]) Disponibile sul sito web Exchange on drug demand reduction action.

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, fra 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 di calendario, consentendo di esaminare le caratteristiche e i profili dei consumatori di droga ([10]). Nel 2010 l'indicatore ha registrato circa 472 000 nuovi pazienti sottoposti al trattamento, 38 % dei quali (178 000) si sono sottoposti al trattamento per la prima volta. Eroina, cannabis e cocaina sono state le sostanze primarie segnalate dai nuovi pazienti sottoposti a trattamento nel corso degli ultimi cinque anni; il maggior incremento è stato osservato per la cannabis (cfr. il grafico 2).

Grafico 2: Andamento del numero stimato di pazienti che si sottopongono al trattamento in base alla droga primaria



NB: Per maggiori informazioni, cfr. il grafico TDI-1 (parte ii) nel bollettino statistico 2012.
Fonti: Punti focali nazionali Reitox.

Basandosi su un'ampia gamma di fonti diverse, tra cui l'indicatore della domanda di trattamento e i registri nazionali relativi alla terapia sostituiva per la dipendenza da oppioidi, si può stimare che almeno 1,1 milioni di persone abbiano ricevuto il trattamento per il consumo di sostanze illecite nell'Unione europea, in Croazia, Turchia e Norvegia nel corso del 2010 ([11]). 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 illecite ([12]). Tale stima relativa al trattamento della tossicodipendenza in Europa, 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, servizi di igiene mentale generali, operatori di servizi di assistenza e a bassa soglia.

Trattamento ambulatoriale

Sono disponibili informazioni su circa 400 000 consumatori di droga che hanno iniziato il trattamento specializzato in regime ambulatoriale durante il 2010. Circa la metà delle persone che si sottopongono al trattamento per la prima volta (48 %) segnala gli oppioidi, in particolare l'eroina, come droga primaria, mentre il 27 % segnala la cannabis, il 17 % la cocaina e il 4 % sostanze stimolanti diverse dalla cocaina ([13]). Il percorso più comune per curare la dipendenza consiste nell'optare spontaneamente per il trattamento (35 %), seguito dalla scelta di rivolgersi ai servizi sociali o sanitari (29 %); 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 ([14]).

I consumatori di droga che entrano in terapia ambulatoriale hanno, in media, 31 anni. In questo gruppo, i maschi sono quattro volte più numerosi rispetto

([10]) 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 2012).
([11]) Cfr. il riquadro «Stima del numero di consumatori di droga in trattamento in Europa», e la tabella HSR-10 nel bollettino statistico 2012.
([12]) Informazioni più dettagliate su specifici tipi di trattamento per le diverse sostanze sono disponibili nei rispettivi capitoli.
([13]) Cfr. la tabella TDI-19 nel bollettino statistico 2012.
([14]) Cfr. la tabella TDI-16 nel bollettino statistico 2012.

alle femmine, e ciò rispecchia, in parte, la predominanza dei maschi fra i consumatori problematici di droga. Il rapporto tra il numero di consumatori di sesso maschile e femminile è elevato per tutte le sostanze, anche se varia in base alla sostanza e al paese ([15]). Il rapporto tra il numero di consumatori di sesso maschile e femminile è in genere più alto nei paesi dell'Europa meridionale e fra i consumatori di cocaina e cannabis; rapporti più bassi sono riferiti nell'Europa settentrionale e fra i consumatori di oppiacei e stimolanti ([16]). Fra i pazienti che iniziano il trattamento ambulatoriale, i consumatori primari di cannabis sono più giovani di quasi dieci anni (25) rispetto ai consumatori primari di cocaina (33) e di oppioidi (34). Nel complesso, i consumatori più giovani (26-27) sono segnalati da Ungheria, Polonia, Romania e Slovacchia, e i più anziani da Italia, Portogallo e Norvegia (34-35) ([17]).

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. 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 modalità principale per il trattamento destinato ai consumatori di sostanze stimolanti, quali cocaina e amfetamine ([18]). Tali interventi sono anche erogati per i consumatori di oppioidi, spesso in combinazione con la terapia sostitutiva.

In quasi tutti i paesi, la responsabilità per l'erogazione del trattamento psicosociale ambulatoriale è condivisa da istituzioni pubbliche e organizzazioni non governative. Mentre le istituzioni pubbliche rappresentano il principale prestatore in 20 paesi, le organizzazioni non governative lo sono in otto paesi ([19]) e il secondo prestatore più importante in termini di quota dei pazienti in altri 11. I fornitori commerciali in genere svolgono un ruolo minore nell'erogazione di questa modalità di trattamento, ma costituiscono il secondo soggetto più importante in otto paesi (Belgio, Bulgaria, Danimarca, Cipro, Lettonia, Lituania, Slovacchia, Turchia) con una quota di pazienti compresa tra il 5 % e il 35 %.

In un sondaggio del 2010, gli esperti nazionali hanno riferito che il trattamento psicosociale ambulatoriale in Europa è a disposizione di quasi tutti coloro che lo richiedono in 14 paesi, e della maggior parte di coloro che lo richiedono in 11 paesi. In tre paesi (Bulgaria, Estonia, Romania), tuttavia, il trattamento psicosociale ambulatoriale è ritenuto disponibile solo per meno della metà delle persone che intendono attivamente usufruirne. Queste valutazioni possono nascondere notevoli differenze all'interno dei paesi così come nella disponibilità di programmi di trattamento specializzati per gruppi specifici, per esempio consumatori di droga anziani o appartenenti a minoranze etniche. Alcuni paesi riscontrano difficoltà nell'erogare servizi specializzati in un momento di recessione economica e di tagli al bilancio.

Per quanto riguarda l'accesso al trattamento psicosociale ambulatoriale, esperti provenienti da 12 dei 29 paesi partecipanti non hanno segnalato tempi di attesa, mentre in 11 paesi i tempi medi di attesa sono stimati a meno di un mese. In Norvegia, il tempo medio di attesa è stimato a circa otto settimane, mentre gli esperti di quattro paesi non sono stati in grado di fornire una stima. La Danimarca impone per legge che il trattamento venga somministrato nell'arco di 14 giorni.

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 ([20]). Inoltre, gli studi di medici generici, 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, Turchia e Norvegia ([21]). Nel complesso, le terapie sostitutive in Europa nel 2010 sono stimate a circa 710 000. Rispetto al 2009, il numero di pazienti in terapia sostitutiva è aumentato nella maggior parte dei paesi, anche se la Spagna e la Slovacchia rilevano piccole riduzioni ([22]).

([15]) Per informazioni sui pazienti in terapia in base alla sostanza primaria, si vedano i rispettivi capitoli.
([16]) Cfr. la tabella TDI-21 nel bollettino statistico 2012.
([17]) Cfr. le tabelle TDI-9 (parte iv) e TDI-103 nel bollettino statistico 2012.
([18]) Per informazioni sulla terapia in base alla sostanza primaria, si vedano i rispettivi capitoli.
([19]) In Bulgaria le istituzioni pubbliche e le organizzazioni non governative sono ugualmente coinvolte in termini di quota di pazienti nell'erogazione di trattamenti psicosociali ambulatoriali (e ospedalieri).
([20]) Cfr. «Questione specifica» 2012 sui consumatori di droga nelle carceri.
([21]) Cfr. le tabelle HSR-1 e HSR-2 nel bollettino statistico 2012.
([22]) Cfr. la tabella HSR-3 nel bollettino statistico 2012. Per ulteriori informazioni riguardanti la disponibilità, l'accessibilità e le tendenze per la terapia sostitutiva, si rimanda al capitolo 6.

Stima del numero di consumatori di droga in trattamento in Europa

Dal 2008 l'OEDT ha raccolto ogni anno i dati sul numero complessivo di consumatori sottoposti a trattamento della tossicodipendenza in Europa. Nella più recente raccolta di dati, 14 paesi hanno fornito stime attendibili minime del numero complessivo di soggetti in contatto con i servizi terapeutici nel 2010 e la stima complessiva è stata di 900 000 consumatori. Per i 16 paesi restanti, è stato utilizzato un sottoinsieme di dati riguardante il numero delle domande di trattamento o di consumatori in terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi dell'anno in esame, a seconda del risultato complessivo più alto. Quindi, i dati relativi ai consumatori sottoposti a terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi sono stati usati per sette paesi (171 000 consumatori) mentre i dati relativi alla domanda di trattamento sono stati utilizzati per nove paesi (48 000 consumatori). Complessivamente, questi dati indicano che almeno 1,1 milioni di persone erano in contatto con i centri terapeutici in Europa nel 2010. L'OEDT sta lavorando con gli Stati membri sulla qualità delle stime nazionali della popolazione complessiva in trattamento, che migliorerà ulteriormente la stima a livello europeo.

Trattamento ospedaliero

Sono disponibili dati per circa 50 000 consumatori di droga che hanno iniziato la terapia presso strutture ospedaliere in Europa durante il 2010 ([23]). La metà dei pazienti ha citato gli oppioidi come droga principale (48 %), seguita da cannabis (16 %), amfetamine e stimolanti diversi dalla cocaina (13 %) e cocaina (6 %). La maggioranza dei pazienti ospedalizzati è di sesso maschile, con un'età media di 31 anni e un rapporto uomo-donna di 3:1 ([24]).

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 e al reinserimento sociale. In questo contesto viene spesso usato l'approccio della comunità terapeutica ([25]). Il trattamento ospedaliero viene erogato anche dagli ospedali psichiatrici, in particolare per i pazienti con disturbi psichiatrici comorbili.

Le istituzioni pubbliche sono i principali erogatori di terapie di disintossicazione in 22 paesi, mentre il settore privato è il principale erogatore a Cipro e Lussemburgo e secondo in altri 12 paesi. Le organizzazioni non governative sono i maggiori erogatori nei Paesi Bassi e si piazzano al secondo posto in altri otto paesi. Gli esperti nazionali reputano che la disintossicazione sia disponibile per quasi tutti i pazienti che la richiedono in 12 paesi e per la maggioranza di quanti la richiedono in altri nove. In sette paesi (Estonia, Irlanda, Grecia, Ungheria, Lettonia, Romania, Norvegia), si ritiene che la disintossicazione sia disponibile per meno della metà delle persone che intendono attivamente usufruirne. In 15 paesi, la stima del tempo medio di attesa per la disintossicazione è inferiore a due settimane. Un tempo medio di attesa che va da due settimane a un mese è stimato in otto paesi, mentre in Austria e Slovenia è stimato a più di un mese. Gli esperti di tre paesi non hanno fornito una stima. Le stime nazionali dei tempi di attesa per una qualsiasi delle modalità possono, tuttavia, nascondere importanti variazioni all'interno dei paesi.

Le istituzioni pubbliche sono i principali erogatori di trattamenti ospedalieri in 14 paesi mentre le organizzazioni non governative sono i principali erogatori in 11 paesi. Gli istituti privati sono i principali erogatori in Danimarca e i secondi erogatori in ordine d'importanza in sei paesi. Gli esperti nazionali reputano che il trattamento psicosociale ospedaliero è disponibile per quasi tutti coloro che lo richiedono in 10 paesi, e per la maggior parte di coloro che lo richiedono in altri 11 paesi. Tuttavia, in sette paesi (Bulgaria, Danimarca, Estonia, Cipro, Ungheria, Romania, Finlandia), questa modalità di trattamento è ritenuta disponibile per meno della metà delle persone che intendono attivamente usufruirne.

Gli esperti di Grecia, Polonia, Portogallo, Slovacchia e Croazia hanno segnalato l'assenza di tempi di attesa per il trattamento ospedaliero. In 13 paesi, il tempo medio di attesa è stato stimato essere inferiore a un mese e a più di un mese in quattro paesi.

([23]) Tale dato va interpretato con cautela, in quanto non comprende tutti i consumatori che hanno iniziato la terapia presso strutture ospedaliere.
([24]) Cfr. le tabelle TDI-7, TDI-10, TDI-19, TDI-21 e TDI-24 nel bollettino statistico 2012.
([25]) Cfr. il riquadro «Comunità terapeutiche per la riabilitazione dei consumatori di droga in Europa».

Comunità terapeutiche per la riabilitazione dei consumatori di droga in Europa

In passato, la comunità terapeutica è stata identificata come un ambiente privo di droghe in cui le persone affette da problemi di droga (o altro) vivono insieme in modo organizzato e strutturato al fine di promuovere il cambiamento sociale e psicologico. I pazienti sono visti come partecipanti attivi al trattamento personale e degli altri, e la responsabilità della gestione quotidiana della comunità è ripartita tra i pazienti e il personale. Negli ultimi anni, questo approccio è andato adeguandosi sempre più per soddisfare le esigenze dei pazienti siano essi adolescenti, uomini e donne senza fissa dimora, madri e bambini, sottoposti a terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei, quelli colpiti da HIV o con problemi di salute mentale.

Una pubblicazione del 2013 nella serie «Insights» dell'OEDT esaminerà il ruolo delle comunità terapeutiche nel trattamento dei consumatori di droga in Europa.

Reinserimento sociale

Il livello di esclusione sociale fra i tossicodipendenti problematici è generalmente alto, soprattutto fra i consumatori di oppiacei. I dati sulle condizioni sociali di coloro che accedono alla terapia per la dipendenza da droga nel 2010 mostrano che oltre la metà (56 %) era disoccupata e, negli ultimi cinque anni, questa percentuale è aumentata in 15 dei 24 paesi che hanno comunicato i dati di tendenza. Fra i pazienti in terapia è comune un livello di istruzione basso; il 38 % ha completato solo l'istruzione primaria e il 2 % non ha raggiunto nemmeno questo grado d'istruzione. Molti non hanno una casa e il 10 % dei pazienti sottoposti a terapia riferisce di non avere una fissa dimora.

Migliorare la capacità di una persona a ottenere e mantenere un'occupazione (occupabilità) è un elemento chiave per il reinserimento sociale dei consumatori di droga. Gli interventi in questo settore riconoscono che il consumo di droghe e i problemi associati possono nuocere non solo all'ingresso e al rientro nel mercato del lavoro, ma anche alla capacità di mantenere un'occupazione. La formazione professionale in Europa comprende una vasta gamma di programmi che mirano a migliorare le competenze e le qualità necessarie a trovare e a ottenere un impiego, ivi comprese la capacità di affrontare colloqui di lavoro e le doti di presentazione, gestione del tempo, alfabetizzazione informatica, autoefficacia percepita e dedizione al lavoro. Inoltre, gli schemi per lo sviluppo di particolari competenze e qualifiche professionali possono essere offerti da centri terapeutici e da specialisti, quali le autorità nazionali di formazione e i servizi di collocamento (OEDT, 2011a).

Un approccio promettente prevede l'integrazione del supporto, come l'orientamento professionale, la formazione specialistica e l'inserimento lavorativo, nell'ambito dei programmi terapeutici. Fra i modelli che sono stati studiati vi è l'offerta di formazione specialistica ai tossicodipendenti disoccupati che ricevono un trattamento psicosociale in regime ambulatoriale. È stata inoltre valutata l'efficacia dell'orientamento professionale individuale, del supporto alla ricerca di lavoro, dell'occupazione assistita, della gestione dei casi e di altri interventi per i pazienti in terapia sostitutiva. Una serie di studi ha prodotto risultati incoraggianti per quanto riguarda le misure dei risultati, fra cui tasso di occupazione, reddito e uso del welfare (OEDT, 2012b). Tuttavia, non sono stati individuati interventi che producono costantemente risultati positivi, e le differenze in termini di approccio, popolazioni di studio, risultati analizzati e mancanza di riproduzione, impediscono conclusioni definitive circa l'efficacia generale di queste misure (Foley e al., 2010). Inoltre, i dati disponibili si concentrano quasi esclusivamente su interventi di reinserimento sociale per i consumatori di oppiacei, mentre le esigenze dei pazienti in trattamento che usano altre droghe devono ancora essere sistematicamente soddisfatte.

Il lavoro e le altre attività che promuovono un senso di inclusione e offrono opportunità di contatto sociale possono contribuire a prevenire la caduta e la ricaduta fra i consumatori di droga (McIntosh e al., 2008). In alcuni paesi europei, le organizzazioni di impresa sociale stanno sperimentando con le cosiddette cooperative «lavoro di recupero» il passaggio dal trattamento al lavoro regolare (Belgio, Repubblica ceca, Spagna, Lettonia, Finlandia). Si tratta di piccole imprese all'interno della comunità che sostengono i soggetti che entrano o rientrano nel mondo del lavoro regolare e, allo stesso tempo, pongono l'accento sul sostegno, sul servizio alla comunità e sulla partecipazione alla vita della comunità. Altri interventi specialistici, una volta integrati nei programmi terapeutici e riabilitativi, possono migliorare la probabilità di esiti positivi. Questi includono il sostegno all'occupazione per i gruppi difficili da collocare come i consumatori che hanno commesso reati o i consumatori con problemi di salute mentale (OEDT, 2012b). Tuttavia, anche se i programmi possono insegnare con successo le tecniche di occupabilità, i consumatori di droga devono continuare a competere sul mercato del lavoro con altri candidati in un momento di forte disoccupazione in molti paesi.

«Insight» sul miglioramento della partecipazione al mercato del lavoro dei consumatori di droga in trattamento

Una nuova pubblicazione dell'OEDT esamina gli sviluppi recenti riguardanti il reinserimento sociale dei consumatori di droga e le prove riguardanti l'efficacia degli interventi che mirano a incrementare l'occupabilità. Questa pubblicazione è stata ideata per aiutare i politici e i professionisti nel campo delle droghe a sviluppare strategie efficaci volte a promuovere il reinserimento sociale dei consumatori di droga.

«Questione specifica» sui tossicodipendenti con bambini

Una «Questione specifica» dell'OEDT pubblicata quest'anno si concentra sui consumatori di droga con bambini. I temi affrontati sono i seguenti: opzioni di trattamento per tossicodipendenti in gravidanza, riduzione delle barriere che ostacolano l'accesso al trattamento per genitori tossicodipendenti con bambini, e programmi di prevenzione mirati ai genitori tossicodipendenti.

Queste pubblicazioni sono disponibili in versione stampata e sul sito web dell'OEDT solo in inglese.

Riduzione del danno

Sin dalla comparsa dell'HIV fra i consumatori di droga più di 25 anni fa, l'Europa ha visto una crescita e un rafforzamento delle risposte al consumo di droga volte a ridurre il danno, e la loro crescente integrazione presso una serie di centri sanitari, terapeutici e di assistenza sociale. La riduzione del danno affronta ora le più ampie esigenze sanitarie e sociali dei consumatori di droga problematici, in particolare per i socialmente esclusi. Gli interventi principali in questo settore prevedono la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi e programmi di scambio di aghi e di siringhe, che mirano a ridurre i decessi per overdose e la diffusione di malattie infettive. Altri approcci comprendono opere di assistenza, promozione della salute e dell'istruzione, e la fornitura di strumenti di iniezione diversi da aghi e siringhe. La riduzione del danno copre una vasta gamma di comportamenti e rischi, compresi quelli relativi al consumo di alcol e al consumo di droghe a uso ricreativo (OEDT, 2010b).

Nel 2003 il Consiglio europeo ha raccomandato una serie di politiche e interventi per gli Stati membri dell'UE allo scopo di affrontare il danno per la salute associato alla tossicodipendenza ([26]). Nella relazione di follow-up del 2007, la Commissione europea ha confermato che la prevenzione e la riduzione dei danni causati dalla droga sono un obiettivo di salute pubblica in tutti i paesi ([27]). Le politiche nazionali perseguono in misura maggiore gli obiettivi di riduzione del danno definiti nella strategia dell'UE in materia di droga, e vi è oggi un ampio consenso fra i paesi sull'importanza di ridurre il contagio di malattie infettive e la morbilità e mortalità da overdose e altri danni.

Nel corso degli ultimi due decenni, le politiche di riduzione del danno hanno promosso l'adozione di approcci basati su dati probanti e hanno contribuito a rimuovere le barriere per accedere ai servizi. Ne è risultato un significativo aumento del numero di consumatori che sono in contatto con i servizi sanitari e sottoposti a trattamento in Europa. Gli interventi di riduzione del danno per i consumatori di droga esistono ormai in tutti gli Stati membri dell'UE, e mentre alcuni stanno appena iniziando a sviluppare i servizi, la maggior parte può segnalare elevati livelli di erogazione e di copertura.

Sebbene le misure di riduzione del danno abbiano contribuito al controllo dell'HIV fra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in Europa, dando luogo a un calo sostanziale di nuove infezioni, l'HIV continua a essere un grave problema di salute pubblica, e nuovi casi vengono segnalati ([28]). Insieme al Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), l'OEDT ha fornito indicazioni per i responsabili politici in materia di droga e malattie infettive, contenenti una sintesi delle informazioni attualmente disponibili sulla prevenzione e sul controllo delle malattie infettive fra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (ECDC e OEDT, 2011). Questa guida congiunta mira a migliorare in Europa le opportunità di prevenzione della maggior parte se non di tutte le infezioni da HIV associate all'uso di stupefacenti per via parenterale.

Standard di qualità

Lo studio EQUS della Commissione europea mirava a creare un consenso europeo sugli standard minimi di qualità nel campo della riduzione della domanda di droga. La relazione finale del 2012 ha suggerito 33 standard minimi per la prevenzione della droga, 22 per il trattamento o la riabilitazione e 16 per la riduzione del danno in Europa ([29]). Tali standard minimi operano su tre livelli differenti (intervento, servizio e sistema) adeguati alle diverse esigenze degli operatori, dei gestori di servizi e dei legislatori.

([26]) Raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003: 2003/88/CE.
([27]) COM(2007) 199 def.
([28]) Cfr. il riquadro «Epidemie di HIV in Grecia e Romania» (capitolo 7).
([29]) La relazione finale è disponibile online.

«Questione specifica» su droghe e carceri

I consumatori di droga rappresentano una parte sostanziale della popolazione carceraria e sono colpiti in modo sproporzionato da problemi sanitari e sociali connessi al consumo di droghe. In Europa, i consumatori di droga ricevono assistenza all'interno delle carceri, con diversi tipi di interventi, trattamenti e servizi.

Una «Questione specifica» dell'OEDT su droghe e carceri, pubblicata quest'anno, presenta una panoramica europea aggiornata sul consumo di droghe e sui problemi correlati fra i detenuti, sulla loro salute e sulle condizioni sociali, nonché sugli interventi mirati al consumo di droghe e alle sue conseguenze.

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

Grazie alla partecipazione di esperti provenienti da 24 paesi europei, lo studio EQUS conteneva anche una revisione degli standard di qualità esistenti a livello nazionale. Per quanto riguarda i processi terapeutici, gli standard che più frequentemente risultavano già applicati riguardavano la riservatezza dei dati sul paziente e la valutazione dei dati sul quadro clinico dei pazienti, mentre gli standard relativi alla collaborazione ordinaria con altri servizi e quelli basati sulla formazione continua del personale erano attuati saltuariamente. Nel campo degli esiti del trattamento, i due tipi di standard attuati riferiti con maggior frequenza erano quelli che presentavano obiettivi legati al miglioramento della salute e alla riduzione dell'uso di sostanze. Fra gli standard con meno probabilità di attuazione vi erano quelli incentrati sulla valutazione esterna e sul monitoraggio dei pazienti dimessi, a causa dei problemi legati all'attuazione di tali standard segnalati.

Lo studio individua un ampio livello di consenso attorno a una serie di standard minimi di qualità nel campo della riduzione della domanda di droga in Europa, e può fornire una base utile per monitorare gli sviluppi futuri in Europa. L'elenco completo degli standard dello studio EQUS e dei relativi risultati è disponibile sul portale Best practice.

Applicazione della legge sulla droga

L'applicazione della legge sulla droga è una componente importante delle politiche nazionali e dell'UE sulla droga. Questa comprende una vasta gamma di interventi attuati principalmente dalla polizia e dalle istituzioni equivalenti (per esempio le dogane). Una questione importante per le forze di polizia, ossia la definizione delle priorità strategiche e operative, viene brevemente recensita di seguito. Una sintesi dei reati contro la legge sulla droga conclude la sezione.

Definizione delle priorità strategiche e operative

I reati legati alla droga sono prevalentemente consensuali e sono soggetti a un esame individuale o istituzionale per valutare la fondatezza di un'indagine, il suo approfondimento e la durata. Non è possibile per un'unità di polizia lavorare su tutti i reati contro la legge sulla droga, e un certo grado di discrezionalità deve essere usato (Dvorsek, 2006). Il processo di definizione delle priorità si avvale dei dati sull'applicazione della legge e dell'«esperienza investigativa» o delle conoscenze di un funzionario di polizia in questo settore. Tuttavia, pur non essendo sempre trasparenti, le priorità delle unità di polizia non sono arbitrarie, dal momento che sono generalmente limitate da una serie di obblighi giuridici e organizzativi. Talvolta, un'unità può avere il compito di indagare un particolare tipo di reato, come i casi di trafficanti di droga intermediari o all'ingrosso, o è possibile che un ufficiale riceva un mandato per concentrarsi su un settore specifico, come il recupero dei beni provenienti da attività criminali. Altre volte, una droga specifica può costituire una priorità per motivi di danno o di disturbo, o anche a causa dell'intensa copertura mediatica (Kirby e al., 2010). La definizione delle priorità può anche essere dettata dalla necessità di dati affidabili in materia di prestazioni (Stock e Kreuzer, 1998). Alti livelli di casi sottoposti a indagine possono servire a sottolineare l'importanza e l'urgenza del problema della droga rispetto ad altre minacce alla sicurezza e a loro volta giustificano la necessità di specifiche attività correlate all'applicazione della legge in questo campo. In tutti i casi, la disponibilità delle risorse umane e finanziarie faciliterà determinate opzioni limitando altre.

Se da un lato i dati vengono utilizzati per definire le priorità strategiche e operative, dall'altro le priorità stesse incideranno anche sui dati che saranno raccolti e resi pubblici (Stock e Kreuzer, 1998). I sequestri di droga, per esempio, possono sia influenzare il processo di definizione delle priorità sia essere uno dei suoi esiti. Il processo giudiziario può utilizzare le informazioni sui livelli di sequestro come indicatore della gravità del reato perseguito. Inoltre, i livelli elevati di sequestro possono denotare la necessità di ulteriori indagini e risorse. In generale si presuppone che le cifre relative ai sequestri siano principalmente un indicatore di attività correlate all'applicazione della legge e che la loro interpretazione richieda una comprensione del contesto in cui sono prodotte. I sequestri scaturiscono dall'indagine proattiva di sospetti specifici o, più in generale, dal posizionamento delle forze dell'ordine in luoghi particolari come porti e aeroporti. Nella fattispecie, il ricorso a sorveglianza discreta e a operazioni sotto copertura mirate alle

consegne di sostanze illecite possono portare a ingenti sequestri di droga. Ciò che resta meno chiaro è l'entità dei sequestri di droga derivante direttamente dalla definizione delle priorità operative rispetto all'entità dei sequestri casuali.

I dati sui reati contro la legge sulla droga (si veda la sezione successiva) forniscono inoltre 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. La comprensione dei dati sull'applicazione della legge, siano essi reati contro la legge sulla droga, arresti o sequestri, richiede pertanto che vengano presi in considerazione i processi di definizione delle priorità strategiche e operative sottostanti e le relative conseguenze.

Reati contro la legge sulla droga

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 sulla droga, principalmente redatte dalla polizia ([30]). 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 (per esempio, reati correlati ai precursori della droga). È probabile che rispecchino le diversità nazionali in materia di legislazione, priorità e risorse. Inoltre, 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, la tendenza all'aumento del numero di reati segnalati contro la legge sulla droga è rallentata dal 2009. Un indice dell'UE, basato sui dati forniti da 22 Stati membri, che rappresentano il 93 % della popolazione di età compresa tra 15 e 64 anni nell'Unione europea, mostra che i reati segnalati sono saliti, secondo le stime, al 15 % tra il 2005 e il 2010, con un andamento più stabile dal 2008. Se si considerano tutti i paesi dichiaranti, nel corso di tale periodo i dati rivelano tendenze in aumento in 19 paesi e un calo complessivo in sette paesi ([31]).

COSI: il comitato permanente per la cooperazione operativa in materia di sicurezza interna

A livello europeo la definizione delle priorità nell'ambito delle attività operative di applicazione della legge sulla droga è di competenza del comitato permanente del Consiglio per la cooperazione operativa in materia di sicurezza interna (COSI) e si basa sulle valutazioni effettuate dall'Europol per quanto concerne la minaccia costituita dalla criminalità organizzata ([1]). Il COSI è stato istituito nel 2010 sulla base del trattato di Lisbona e costituito con decisione del Consiglio (Consiglio dell'Unione europea, 2009). Il comitato, che comprende funzionari di alto livello dei ministeri dell'Interno degli Stati membri e rappresentanti della Commissione, ha un ampio mandato: facilitare, promuovere e rafforzare il coordinamento delle azioni operative delle autorità competenti in materia di sicurezza interna.

I compiti principali del COSI comprendono l'elaborazione, il monitoraggio e l'attuazione della strategia di sicurezza interna, e il sostegno all'attuazione di un ciclo politico pluriennale che mira ad affrontare le minacce criminali più importanti che attendono l'Unione europea, attraverso una maggiore cooperazione tra le autorità degli Stati membri preposte all'applicazione della legge, le istituzioni dell'UE e le agenzie dell'UE. Con il sostegno del COSI, il Consiglio ha recentemente adottato otto priorità politiche per il periodo che va dal 2011 al 2013, di cui tre riguardano l'applicazione della legge sulla droga. Una di queste priorità mira a ridurre nell'Unione europea la produzione e distribuzione di droghe sintetiche, fra cui nuove sostanze psicoattive. Nel relativo piano d'azione operativo, l'Europol e l'OEDT hanno il compito di stabilire il monitoraggio ordinario dello smantellamento dei luoghi di produzione delle droghe sintetiche in Europa. Il ciclo politico successivo, nel periodo compreso tra il 2013 e il 2017, si baserà sulla valutazione da parte dell'UE nel 2013 della minaccia rappresentata dalla criminalità organizzata e dalle gravi forme di criminalità.

([1]) A livello europeo la definizione delle priorità in materia di politica sulla droga è compito del gruppo orizzontale «Droga».

Reati connessi al consumo e all'offerta

Rispetto agli anni precedenti non si sono verificati cambiamenti di rilievo nell'equilibrio tra reati connessi al consumo e reati connessi all'offerta di droga. Nella maggior parte dei paesi europei (22), i reati associati al consumo o alla detenzione di sostanze stupefacenti continuavano a costituire la maggioranza dei reati connessi alla droga nel 2010 e in Spagna, Francia, Ungheria, Austria e Turchia si riscontravano le percentuali più alte (85-93 %) ([32]).

([30]) Per una discussione dei rapporti tra stupefacenti e crimine e definizione di «reato connesso alla droga», cfr. OEDT (2007b).
([31]) Cfr. il grafico DLO-1 e la tabella DLO-1 nel bollettino statistico 2012.
([32]) Cfr. la tabella DLO-2 nel bollettino statistico 2012.

Tra il 2005 e il 2010, si è registrato, secondo le stime, un aumento del 19 % del numero di reati connessi al consumo di droga in Europa. Alcune differenze tra paesi sono osservabili in questa analisi, come per esempio l'aumento del numero di reati connessi al consumo in 18 paesi e la diminuzione in sette paesi durante il periodo in esame. Tuttavia, nei dati più recenti (2009-2010) è stata registrata una diminuzione generale delle segnalazioni di reati connessi al consumo di droga (grafico 3). I reati relativi all'offerta di droga mostrano un aumento stimato di circa il 17 % nel corso del periodo 2005-2010 nell'Unione europea. Nello stesso periodo, 20 paesi hanno segnalato un incremento dei reati connessi all'offerta, mentre in Germania, Estonia, Paesi Bassi, Austria e Polonia è stato rilevato un calo globale ([33]).

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 ([34]). Nella maggior parte dei paesi europei, i reati correlati alla cannabis hanno rappresentato una percentuale variabile tra il 50 % e il 90 % dei reati contro la legge sulla droga segnalati nel 2010. Solo in quattro paesi i reati connessi ad altre sostanze stupefacenti prevalgono rispetto a quelli correlati alla cannabis: in Repubblica ceca e Lettonia, metamfetamina (54 % e 34 %); e in Lituania e a Malta, eroina (34 % e 30 %).

Nel periodo 2005-2010, il numero di reati contro la legge sulla droga è aumentato in 15 paesi dichiaranti, determinando, secondo le stime, un aumento del 20 % nell'Unione europea. Tendenze inverse sono state registrate in Germania, Italia, Malta, Paesi Bassi e Austria ([35]).

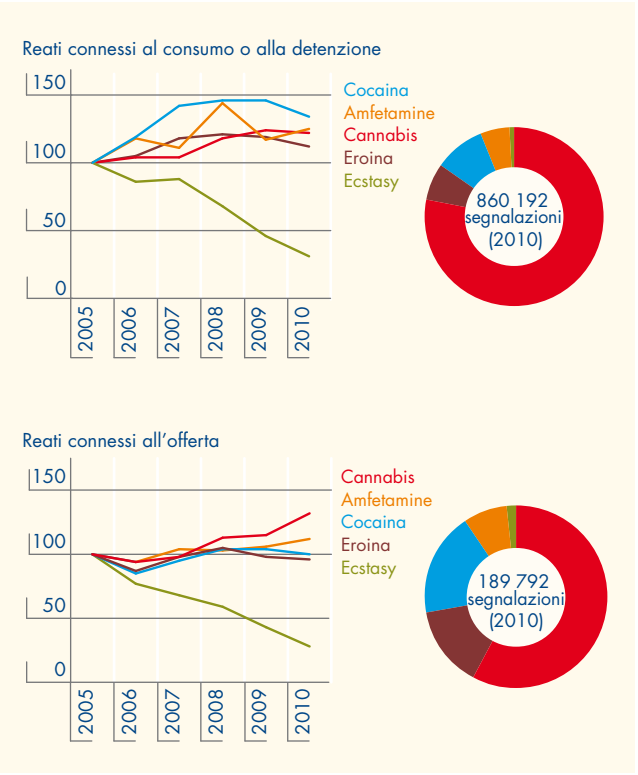
I reati riconducibili alla cocaina sono aumentati nel periodo 2005-2010 in 12 paesi dichiaranti, mentre Germania, Grecia, Austria e Croazia segnalano una tendenza alla diminuzione. Nell'Unione europea, nel complesso, i reati correlati alla cocaina sono aumentati di circa il 12 % nel corso dello stesso periodo, ma negli ultimi due anni si è registrato un calo ([36]).

Il calo del numero di reati connessi all'eroina osservato nel 2009 è proseguito nel 2010. La media UE per tali reati è rimasta relativamente stabile nel complesso, con un aumento stimato del 7 % nel periodo 2005-2010.

Il numero di reati connessi all'eroina è diminuito in più della metà dei paesi dichiaranti (12), mentre un aumento complessivo è stato segnalato in altri nove paesi nello stesso periodo ([37]).

Il numero di reati connessi alle amfetamine segnalati nell'Unione europea è aumentato di circa il 24 % nel periodo 2005-2010, anche se sembra essersi stabilizzato negli ultimi due anni. Per contro, si stima che i reati connessi all'ecstasy siano calati di due terzi nell'arco dello stesso periodo (una diminuzione del 71 %).

Grafico 3: Segnalazioni di reati connessi al consumo di droga o alla detenzione per il consumo e all'offerta di droga negli Stati membri dell'UE: tendenze indicizzate 2005-2010 e ripartizione per droga delle segnalazioni nel 2010



NB: Le tendenze sono basate sulle informazioni disponibili sul numero di reati connessi alle droghe (penali e non) segnalati negli Stati membri dell'UE; tutte le serie sono indicizzate su una base di 100 nel 2005 e ponderate in base alle dimensioni della popolazione nazionale per formare una tendenza generale dell'UE; la ripartizione per tipo di droga è riferita al numero totale di segnalazioni per il 2010. Per ulteriori informazioni, cfr. i grafici DLO-4 e DLO-5 nel bollettino statistico 2012.

Fonti: Punti focali nazionali Reitox.

([33]) Cfr. il grafico DLO-1 e la tabella DLO-5 nel bollettino statistico 2012.
([34]) Cfr. la tabella DLO-3 nel bollettino statistico 2012.
([35]) Cfr. il grafico DLO-3 e la tabella DLO-6 nel bollettino statistico 2012.
([36]) Cfr. il grafico DLO-3 e la tabella DLO-8 nel bollettino statistico 2012.
([37]) Cfr. il grafico DLO-3 e la tabella DLO-7 nel bollettino statistico 2012.

Eurojust: cooperazione giudiziaria nell'Unione europea

Le reti della criminalità organizzata operano a livello transfrontaliero, e questo richiede la cooperazione tra i paesi per garantire che i criminali vengano arrestati e perseguiti ovunque essi si trovino. Eurojust, l'organismo di cooperazione giudiziaria dell'Unione europea, è stato creato nel 2002 per affrontare questa situazione. Esso rappresenta l'ultimo passo di un processo storico che ha visto la cooperazione giudiziaria nell'Unione europea crescere da un concetto puramente intergovernativo a un campo di interazione più diretto tra le autorità giudiziarie.

Il ruolo di Eurojust, per le cause penali transfrontaliere, è quello di favorire e coordinare lo scambio di informazioni, le squadre investigative comuni, le consegne controllate, l'esecuzione di mandati d'arresto europei, il trasferimento di elementi probanti o di un procedimento penale, l'attuazione delle richieste di assistenza reciproca, la prevenzione e risoluzione di conflitti in ambito giurisdizionale e il recupero dei beni internazionali. Una recente analisi rivela che il traffico di droga è il tipo di criminalità più comunemente seguito nell'ambito delle attività operative di Eurojust, e rappresenta circa un quinto dei casi registrati (Eurojust, 2012). Nel 2011, 242 casi di traffico di droga sono stati segnalati a Eurojust e otto squadre investigative comuni sono state assegnate in questo settore. I dati mostrano che gli Stati membri più attivi nella cooperazione giudiziaria in materia di traffico di stupefacenti sono i Paesi Bassi e la Spagna, seguiti a distanza da Italia, Germania e Francia.



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 europei, 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 una nuova serie di dati scaturiti dalle indagini ESPAD nelle scuole indicano una stabilizzazione relativa del consumo di cannabis 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.

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 venga coltivata in 172 paesi e territori (UNODC, 2009). Le difficoltà riscontrate per formulare una stima precisa delle cifre della produzione globale di cannabis sono rispecchiate nelle più recenti previsioni dell'UNODC, secondo le quali la produzione mondiale nel 2008 sarebbe compresa tra 13 300 e 66 100 tonnellate di foglie di cannabis e tra 2 200 e 9 900 tonnellate di resina di cannabis.

La coltivazione della cannabis è diffusa in Europa e sembra in crescita. Tutti i 29 paesi europei che hanno riferito informazioni all'OEDT hanno menzionato la coltivazione domestica della cannabis, sebbene l'entità

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

	Resina di cannabis	Foglia di cannabis	Piante di cannabis ([1])
Quantità globali sequestrate	1 136 tonnellate	6 251 tonnellate	n.d.
Quantità sequestrata UE e Norvegia (comprese Croazia e Turchia)	534 tonnellate (563 tonnellate)	62 tonnellate (106 tonnellate)	3,1 milioni di piante e 35 tonnellate (3,1 milioni di piante e 35 tonnellate) ([2])
Numero di sequestri UE e Norvegia (comprese Croazia e Turchia)	341 000 (358 000)	332 000 (382 000)	25 000 (37 000)
Prezzo medio di vendita (EUR al grammo) Intervallo (Intervallo interquartile) ([3])	3-17 (7,0-10,2)	3-25 (6,5-9,9)	n.d.
Intervallo di potenza media (contenuto % di THC) Intervallo (Intervallo interquartile) ([3])	1-12 (4,5-10,0)	1-17 (5,1-8,0)	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]) La metà del totale delle piante di cannabis sequestrate nel 2010 è rappresentata dai Paesi Bassi. Pur essendo incompleti, i dati possono dare un'indicazione ragionevole.
([3]) Intervallo della metà intermedia dei dati riferiti.
NB: Tutti i dati sono riferiti al 2010; n.d. = dati non applicabili oppure non disponibili.
Fonti: UNODC (2012) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

e la natura del fenomeno varino considerevolmente. Una parte significativa della cannabis utilizzata in Europa tende, tuttavia, a essere il risultato di traffico intraregionale. Secondo una recente analisi dell'OEDT, Svizzera e Russia sono anche citate come fonti delle foglie di cannabis disponibili in Europa. Inoltre, Albania e, in misura minore, Kosovo ([38]), ex Repubblica jugoslava di Macedonia e Serbia rappresentano importanti fonti di approvvigionamento delle foglie di cannabis sequestrate in Europa centrale e sudorientale (OEDT, 2012a).

Parte delle foglie di cannabis in Europa viene anche importata, essenzialmente dall'Africa (in particolare Sud Africa), e meno spesso dalle Americhe (in particolare le isole dei Caraibi) (OEDT, 2012a).

Secondo una recente indagine l'Afghanistan ha scalzato il Marocco come maggiore produttore mondiale 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, 2011a). Sebbene parte della resina di cannabis prodotta in Afghanistan sia venduta in Europa, è probabile che il Marocco rimanga il fornitore principale di questa sostanza per l'Europa. La resina di cannabis proveniente dal Marocco è contrabbandata in Europa principalmente attraverso la penisola iberica, mentre i Paesi Bassi e il Belgio svolgono un ruolo nella distribuzione secondaria e nello stoccaggio. Secondo alcune recenti relazioni, la resina marocchina viene transitata attraverso Estonia, Lituania e Finlandia in rotta verso la Russia.

Sequestri

Secondo le stime, nel 2010 sono state sequestrate a livello mondiale 6 251 tonnellate di foglie di cannabis e 1 136 tonnellate di resina di cannabis (tabella 2), denotando una situazione generalmente stabile rispetto all'anno precedente. La parte più consistente dei sequestri di foglie di cannabis avviene nell'America settentrionale (69 %), mentre i sequestri di resina si concentrano ancora nell'Europa occidentale e centrale (47 %) (UNODC, 2012).

Il numero dei sequestri di foglie di cannabis in Europa è aumentato costantemente dal 2005, e la stima di 382 000 sequestri nel 2010 ha superato per la prima volta quella dei sequestri di resina di cannabis (tabella 2).

Nel 2010, circa 106 tonnellate di foglie di cannabis sono state intercettate, di cui la Turchia rappresentava quasi la metà (44 tonnellate), una cifra record ([39]). Si notano tendenze divergenti. Se da un lato la quantità di foglie di cannabis intercettate tra il 2005 e il 2010 rimane relativamente stabile nell'Unione europea, dall'altro aumenta di quattro volte in Turchia.

Nel 2010, dopo un costante aumento nell'ultimo decennio, il numero dei sequestri di resina di cannabis è sceso a 358 000. La quantità di resina di cannabis intercettata è in genere diminuita negli ultimi 10 anni, raggiungendo un nuovo minimo nel 2010, con una stima di 563 tonnellate sequestrate. I quantitativi di resina di cannabis recuperati continuano a superare notevolmente quelli delle foglie di cannabis ([40]). Nel 2010, come negli anni precedenti, la Spagna ha segnalato la metà del numero totale dei sequestri di resina di cannabis e circa i due terzi del quantitativo sequestrato.

Il numero di sequestri di piante di cannabis è aumentato dal 2005, raggiungendo, secondo le stime, i 37 000 casi nel 2010. I paesi citano le quantità sequestrate in base al numero delle piante sequestrate o in base al peso. I sequestri riferiti per numero di piante sono rimasti stabili a circa 2,5 milioni nel 2005-2007 in Europa ([41]); le tendenze nel 2008 e nel 2009 non possono essere determinate a causa della mancanza di dati affidabili provenienti dai Paesi Bassi, un paese che storicamente segnala grossi quantitativi. Nel 2010, questo paese ha rappresentato secondo le stime oltre la metà dei 3,1 milioni di piante sequestrate e segnalate in Europa, seguito dal Regno Unito. I sequestri segnalati in termini di peso di piante sono triplicati tra il 2005 e il 2008, prima di subire un lieve calo nel 2010 raggiungendo le 35 tonnellate; la maggior parte di questi riguarda la Spagna (27 tonnellate) e la Bulgaria (4 tonnellate).

Potenza e prezzo

La potenza dei prodotti di cannabis è determinata dal loro tenore in delta-9-tetraidrocannabinolo (THC), il principale componente attivo. La potenza della cannabis 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

([38]) Tale designazione non pregiudica le posizioni riguardo allo status ed è in linea con la risoluzione 1244 del Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite e con il parere della CIG sulla dichiarazione di indipendenza del Kosovo.

([39]) 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 2012.

([40]) A causa delle differenze relative 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.

([41]) L'analisi non include i sequestri effettuati in Turchia, poiché questi non vengono segnalati dal 2005. I dati precedenti indicano cospicui sequestri in Turchia (20 milioni di piante di cannabis nel 2004).

a campione. Non è chiaro in che misura i campioni analizzati rispecchino la situazione del mercato globale, pertanto i dati sulla potenza della sostanza andrebbero interpretati con cautela.

Nel 2010 il tenore medio nazionale di THC riferito della resina di cannabis era compreso tra l'1 % e il 12 %. La potenza media delle foglie di cannabis (includendo la sinsemilla, la forma più potente di foglie di cannabis) era compresa tra l'1 % e il 16,5 %. La potenza media della sinsemilla è stata segnalata solo da tre paesi: 8 % in Svezia, 11 % in Germania e 16,5 % nei Paesi Bassi. Nel periodo 2005-2010, 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 10 paesi, mentre un aumento è stato registrato in Bulgaria, Estonia, Francia, Italia, Slovacchia e Finlandia. Tra il 2005 e il 2010, la potenza della sinsemilla è rimasta stabile in Germania, ed è leggermente diminuita nei Paesi Bassi ([42]).

Il prezzo medio al dettaglio della resina di cannabis, nel 2010, variava dai 3 ai 17 EUR al grammo nei 26 paesi che hanno fornito le informazioni; 14 di essi hanno riferito valori compresi tra 7 e 10 EUR. Il prezzo medio al dettaglio delle foglie di cannabis oscillava fra i 3 e i 25 EUR al grammo nei 23 paesi che hanno fornito le informazioni e 13 di questi hanno riferito prezzi compresi tra 6 e 10 EUR. Nel periodo 2005-2010 il prezzo medio al dettaglio sia della resina sia delle foglie di cannabis è rimasto stabile o è aumentato nella maggior parte dei paesi che hanno fornito i dati.

Stima delle quote di mercato dei prodotti di cannabis

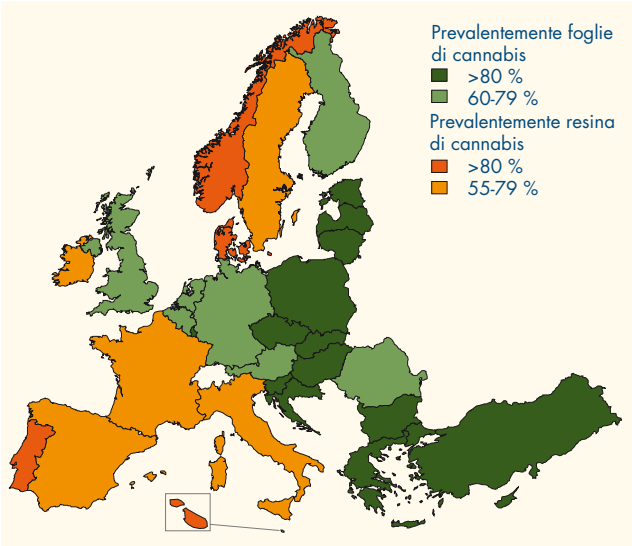
Varie fonti di dati indicano una prevalenza di foglie di cannabis in tutta Europa nel 2009. Le foglie di cannabis sembrano essere il prodotto di cannabis più consumato in due terzi dei 30 paesi dichiaranti, mentre la resina di cannabis è il prodotto scelto dal restante terzo (si veda il grafico 4). Queste quote di mercato sembrano essere rimaste stabili nel tempo in alcuni paesi in cui possono rispecchiare modelli di consumo consolidati; in altri sono il prodotto di recenti cambiamenti (OEDT, 2012a).

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

Grafico 4: Stima delle quote di mercato dei prodotti a base di cannabis consumati in Europa nel periodo 2008-2009



Fonte: OEDT, 2012a.

80,5 milioni di europei, vale a dire da quasi una persona su quattro in età compresa tra 15 e 64 anni (cfr. la tabella 3 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'1,6 % 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 23 milioni di europei abbiano utilizzato la cannabis nell'ultimo anno, ossia, in media, il 6,8 % circa di tutti i cittadini tra i 15 e i 64 anni di età. Le stime della prevalenza nell'ultimo mese comprendono anche quei soggetti che fanno uso di cannabis con più regolarità, anche se non necessariamente con frequenza giornaliera e in modo intensivo. Si stima infine che circa 12 milioni di europei abbiano utilizzato questa sostanza nell'ultimo mese, cioè in media circa il 3,6 % di tutti coloro che rientrano nella fascia di età compresa tra 15 e 64 anni.

Consumo di cannabis fra giovani adulti

Il consumo della cannabis si concentra prevalentemente fra i giovani adulti (15-34 anni), la prevalenza più alta nell'ultimo anno è stata osservata generalmente nella fascia di età compresa tra 15 e 24 anni ([43]).

I dati dell'indagine sulla popolazione suggeriscono che, in media, il 32,5 % dei giovani adulti europei (15-34 anni) non ha mai usato la cannabis, mentre il 12,4 % 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

([42]) Cfr. le tabelle PPP-1 e PPP-5 nel bollettino statistico 2012 per i dati sulla potenza e sui prezzi. Per le definizioni dei prodotti della cannabis, cfr. il glossario online.
([43]) Cfr. il grafico GPS-1 nel bollettino statistico 2012.

Tabella 3: Prevalenza del consumo di cannabis nella popolazione generale — Sintesi dei dati

Fascia di età	Periodo di consumo		
	Una tantum	Ultimo anno	Ultimo mese
15-64 anni			
Numero stimato di consumatori in Europa	80,5 milioni	23 milioni	12 milioni
Media europea	23,7 %	6,8 %	3,6 %
Intervallo	1,6–32,5 %	0,3–14,3 %	0,1–7,6 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (1,6 %) Bulgaria (7,3 %) Ungheria (8,5 %) Grecia (8,9 %)	Romania (0,3 %) Grecia (1,7 %) Ungheria (2,3 %) Bulgaria, Polonia (2,7 %)	Romania (0,1 %) Grecia, Polonia (0,9 %) Svezia (1,0 %) Lituania, Ungheria (1,2 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Danimarca (32,5 %) Spagna, Francia (32,1 %) Italia (32,0 %) Regno Unito (30,7 %)	Italia (14,3 %) Spagna (10,6 %) Repubblica ceca (10,4 %) Francia (8,4 %)	Spagna (7,6 %) Italia (6,9 %) Francia (4,6 %) Repubblica ceca, Paesi Bassi (4,2 %)
15-34 anni			
Numero stimato di consumatori in Europa	42,5 milioni	16 milioni	8,5 milioni
Media europea	32,5 %	12,4 %	6,6 %
Intervallo	3,0–49,3 %	0,6–20,7 %	0,2–14,1 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (3,0 %) Grecia (10,8 %) Bulgaria (14,3 %) Polonia (16,1 %)	Romania (0,6 %) Grecia (3,2 %) Polonia (5,3 %) Ungheria (5,7 %)	Romania (0,2 %) Grecia (1,5 %) Polonia (1,9 %) Svezia, Norvegia (2,1 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Repubblica ceca (49,3 %) Francia (45,1 %) Danimarca (44,5 %) Spagna (42,4 %)	Repubblica ceca (20,7 %) Italia (20,3 %) Spagna (19,4 %) Francia (17,5 %)	Spagna (14,1 %) Italia (9,9 %) Francia (9,8 %) Repubblica ceca (8,0 %)
15-24 anni			
Numero stimato di consumatori in Europa	18 milioni	9,5 milioni	5 milioni
Media europea	29,7 %	15,4 %	7,8 %
Intervallo	3,0–52,2 %	0,9–23,9 %	0,5–17,2 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (3,0 %) Grecia (9,0 %) Cipro (14,4 %) Portogallo (15,1 %)	Romania (0,9 %) Grecia (3,6 %) Portogallo (6,6 %) Slovenia, Svezia (7,3 %)	Romania (0,5 %) Grecia (1,2 %) Svezia (2,2 %) Norvegia (2,3 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Repubblica ceca (52,2 %) Spagna (39,1 %) Francia (38,1 %) Danimarca (38,0 %)	Spagna (23,9 %) Repubblica ceca (23,7 %) Italia (22,3 %) Francia (20,8 %)	Spagna (17,2 %) Francia (11,8 %) Italia (11,0 %) Regno Unito (9,0 %)

NB: 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, 338 milioni; 15-34, 130 milioni; 15-24, 61 milioni. Poiché le stime europee sono basate su indagini condotte tra il 2004 e il 2010-2011 (principalmente nel periodo 2008-2010), non sono riferite a un unico anno. I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» nel bollettino statistico 2012.

utilizzato la cannabis nell'ultimo anno (15,4 %) o nell'ultimo mese (7,8 %). Le stime nazionali sulla prevalenza del consumo di cannabis variano marcatamente da un paese all'altro in tutte le misure di prevalenza (tabella 3).

Il consumo di cannabis è generalmente più alto tra gli uomini che tra le donne; per esempio, il rapporto di genere tra i soggetti che hanno riferito di avere utilizzato la cannabis nell'ultimo anno va da appena più di sei uomini per ogni donna in Portogallo a meno di un'unità in Norvegia ([44]).

Confronti internazionali

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 32,5 % e del 12,4 %. In Canada, per esempio, nel 2010 la prevalenza una tantum del consumo di cannabis fra i giovani adulti è stata del 50,4 % e la prevalenza nell'ultimo anno del 21,1 %. Negli Stati Uniti, la SAMHSA (2010) ha stimato una prevalenza una tantum del consumo di cannabis

([44]) Cfr. la tabella GPS-5 (parte iii) e (parte iv) nel bollettino statistico 2012.

del 52,1 % (nella fascia di età di 16-34 anni, ricalcolata dall'OEDT) e una prevalenza nell'ultimo anno del 24,5 %, mentre in Australia (2010) le cifre sono rispettivamente il 43,3 % e il 19,3 % per i giovani adulti.

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, molti paesi segnalano una stabilizzazione o perfino una tendenza al ribasso del consumo di cannabis ([45]).

Sebbene negli ultimi anni quasi tutti i paesi europei abbiano condotto indagini sulla popolazione generale, solo 16 paesi hanno fornito dati sufficienti per potere analizzare le tendenze nel consumo di cannabis su un lasso di tempo più ampio. Fra questi, cinque paesi (Bulgaria, Grecia, Ungheria, Svezia, Norvegia) hanno sempre registrato una bassa prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cannabis tra i 15 e i 34 anni, a livelli non superiori al 10 %.

Altri sei paesi (Danimarca, Germania, Estonia, Irlanda, Slovacchia, Finlandia) hanno riferito livelli di prevalenza più elevati, ma non superiori al 15 % nella loro ultima indagine. Danimarca, Germania e Irlanda hanno segnalato notevoli aumenti del consumo di cannabis negli anni novanta e agli inizi del 2000, seguiti da una tendenza sempre più stabile o da una flessione. Gli aumenti osservati in Estonia e Finlandia negli ultimi dieci anni o più non mostrano alcun segno di stabilizzazione.

Spagna, Francia, Italia, Regno Unito e Repubblica ceca, a un certo punto negli ultimi 10 anni, hanno tutte segnalato che l'uso fra i giovani adulti nell'ultimo anno era pari o superiore al 20 %. I modelli di questi paesi si discostano dalla metà degli anni 2000, in cui la Spagna e la Francia hanno osservato tendenze generalmente stabili, mentre l'Italia ha registrato un aumento nel 2008, e il Regno Unito ha visto una sostanziale diminuzione, con una prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cannabis fra i giovani adulti al pari della media dell'UE.

Nel 2010-2011 sette paesi hanno comunicato i dati di una nuova indagine che ha permesso di valutare in certa misura le recenti tendenze nel consumo di cannabis. Rispetto alla precedente indagine, che è stata condotta uno-cinque anni prima, sei di questi paesi hanno segnalato nell'ultimo anno livelli relativamente stabili di prevalenza del consumo fra i giovani adulti, mentre un paese (Finlandia) ha registrato un aumento.

Modelli del consumo di cannabis

I dati disponibili indicano una certa varietà di modelli di consumo di cannabis, che vanno dal consumo sperimentale alla dipendenza. Molti usano la sostanza solo una o due volte, altri la consumano occasionalmente o per un periodo di tempo limitato. Le percezioni del rischio svolgono un certo ruolo nei modelli di consumo, per cui vale la pena notare che in un'indagine a livello UE sull'atteggiamento, la maggioranza (91 %) dei giovani europei ammette l'esistenza di rischi per la salute associati all'uso regolare di cannabis, anche se la percezione del rischio per la salute indotto da un uso occasionale è inferiore (52 %).

Tra le persone di età compresa tra 15 e 64 anni che hanno provato la cannabis almeno una volta nella vita, il 70 % non ne ha fatto uso nell'ultimo anno ([46]). Fra coloro i quali hanno consumato tale sostanza 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. I livelli di prevalenza di cannabis che sono molto più alti rispetto alla media europea sono osservabili in alcuni gruppi di giovani, per esempio in coloro che frequentano locali notturni o discoteche. L'uso di cannabis è spesso associato a un forte consumo di alcol: in genere, fra i giovani adulti (di età compresa tra 15 e 34 anni) era da due a sei volte più probabile, rispetto alla popolazione generale, che coloro che riferivano un forte o un frequente consumo di alcol segnalassero l'uso di cannabis (OEDT, 2009b).

I tipi di prodotti a base di cannabis e le loro modalità di utilizzo possono porre vari rischi associati. I modelli di consumo di cannabis che sfociano nel consumo di dosi elevate possono comportare maggiori rischi di sviluppo di dipendenza o altri problemi (OEDT, 2008). Esempi di queste pratiche includono il consumo di cannabis con un contenuto molto elevato di tetraidrocannabinolo (THC) o in grandi quantità e l'inalazione da una pipa ad acqua. Le indagini distinguono raramente tra il consumo di diversi tipi di cannabis; tuttavia, in base all'indagine britannica sui reati 2009-2010, circa il 12,3 % degli adulti (15-59 anni) ha assunto ciò che pensavano fosse «skunk» (il nome in gergo attribuito a una forma altamente potente di sostanza stupefacente). Mentre percentuali analoghe di consumatori di cannabis hanno segnalato il consumo almeno una volta nella vita di foglie di cannabis (50 %) e resina di cannabis (49 %), coloro i quali hanno consumato la droga nell'ultimo anno hanno più probabilità di aver utilizzato foglie di cannabis (71 %) rispetto alla resina (38 %) (Hoare e Moon, 2010). I dati provenienti

([45]) Cfr. il grafico GPS-4 (parte ii) nel bollettino statistico 2012.
([46]) Cfr. il grafico GPS-2 nel bollettino statistico 2012.

da indagini sulla popolazione generale in 17 paesi ([47]) che rappresenta quasi l'80 % della popolazione adulta dell'Unione europea e della Norvegia, suggeriscono che poco più del 40 % dei consumatori di cannabis che ha riferito di aver consumato la sostanza nell'ultimo mese l'aveva consumata per uno-tre giorni. Si può stimare che circa l'1 % degli adulti (15-64 anni) nell'Unione europea e in Norvegia, ossia circa 3 milioni ([48]), utilizza cannabis quotidianamente o quasi quotidianamente (la prevalenza per paese va dallo 0,1 % al 2,6 %). Circa tre quarti di questi consumatori saranno giovani adulti di età compresa tra 15 e 34 anni. In questa fascia di età, gli uomini hanno circa 3,5 volte di probabilità in più rispetto alle donne di consumare cannabis quotidianamente. Degli 11 paesi, che coprono il 70 % della popolazione dell'UE e per i quali possono essere determinate le tendenze riguardanti l'uso intenso di cannabis, nove segnalano una situazione stabile da circa il 2000 ([49]). Negli altri due paesi, sono stati osservati cambiamenti nei periodi di cinque o sei anni durante i quali il Regno Unito pare che abbia osservato una diminuzione del consumo intenso di cannabis, mentre il Portogallo ha registrato un aumento nel 2007.

Sempre più spesso la dipendenza è riconosciuta come una possibile conseguenza del consumo regolare di cannabis, persino fra i giovani consumatori e il numero di persone che chiedono aiuto a causa del consumo di cannabis è in crescita in alcuni paesi europei (cfr. sotto). Ciononostante, alcuni consumatori di cannabis, in particolare i consumatori assidui, possono sperimentare problemi senza necessariamente soddisfare i criteri clinici della dipendenza.

Consumo di cannabis fra gli studenti

L'indagine dell'ESPAD 2011 (Hibell e al., 2012) ha raccolto informazioni sui modelli e sulle tendenze del consumo di cannabis degli studenti provenienti da 26 dei 30 paesi dell'OEDT. I più alti livelli di consumo di cannabis almeno una volta nella vita tra i 15 e 16 anni di età sono stati riferiti da Repubblica ceca (42 %) e Francia (39 %) (grafico 5). Nessuno degli altri paesi inclusi nello studio, né la Spagna, ha riportato un livello di consumo almeno una volta nella vita superiore al 27 %. Solo Repubblica ceca e Francia riferiscono livelli di prevalenza una tantum del consumo di cannabis che superano quelli riportati per una fascia di età comparabile negli Stati Uniti nel 2011 (35 %).

Relazione dell'ESPAD 2011: Indagine europea nelle scuole sul consumo di sostanze

Il progetto di indagine europea nelle scuole su alcol e altre droghe (ESPAD) fornisce quadri regolari di livelli, tendenze e atteggiamenti per quanto riguarda il consumo di droga da parte di studenti di 15-16 anni delle scuole di tutta Europa.

Questa indagine standardizzata si svolge ogni quattro anni e fornisce dati comparabili sul consumo da parte degli studenti di sostanze illecite, alcol, sigarette e altre sostanze. Riferisce inoltre sulla disponibilità percepita, l'età di iniziazione a queste sostanze e la percezione dei rischi e dei danni.

L'indagine 2011 (Hibell e al., 2012) ha intervistato gli studenti nati nel 1995 provenienti da 36 paesi europei, compresi i 26 dei 30 paesi dell'OEDT. Per la prima volta, sono stati utilizzati metodi statistici per determinare se le differenze sono significative (livello 95 %), sia tra le indagini del 2011 e del 2007 sia tra i ragazzi e le ragazze. Nelle precedenti relazioni dell'ESPAD, solamente le differenze di almeno quattro punti percentuali sono state considerate pertinenti.

In questo capitolo sono esaminati i risultati dell'ESPAD sul consumo di cannabis. Se del caso, vengono presentati anche i risultati di indagini analoghe condotte in Spagna e nel Regno Unito. I risultati riguardanti ecstasy, amfetamine e cocaina sono riportati nei capitoli seguenti.

Il consumo riferito di cannabis relativo all'ultimo mese varia dal 24 % fra 15-16enni in Francia al 2 % in Romania e Norvegia.

L'entità della differenza di genere varia in tutta Europa, con il rapporto ragazzi-ragazze fra coloro che hanno fatto uso di cannabis che vanno dall'unità in Spagna, Francia e Romania a circa 2,5 ragazzi per ogni ragazza in Grecia e a Cipro.

Tendenze tra gli studenti

Durante il periodo di 16 anni preso in esame dall'indagine dell'ESPAD, la prevalenza una tantum del consumo di cannabis fra gli studenti europei è complessivamente aumentata. Durante questo periodo, è stata osservata fino al 2003 una tendenza all'aumento nel consumo di cannabis almeno una volta nella vita fra i 15-16enni, con un calo nel 2007 e una situazione stabile nel 2011. Dei 23 paesi che hanno partecipato sia al ciclo del 2011 che al ciclo del 1995 o del 1999, la prevalenza del consumo

([47]) Indagini concluse tra il 2003 e il 2011 utilizzando una serie di metodologie e contesti. Cfr. le tabelle GPS-10 e GPS-121 nel bollettino statistico 2012.

([48]) Si tratta di una stima minima, a causa delle scarse segnalazioni nei sondaggi, di alcune popolazioni di consumatori assidui di cannabis che non rientrano nel piano di campionamento, e dell'esclusione delle persone fisiche con episodi di consumo assiduo di cannabis nell'ultimo anno, ma livelli bassi di consumo nel corso dell'ultimo mese.

([49]) Nella presente analisi sono stati presi in considerazione solo i dati raccolti dopo il 2000.

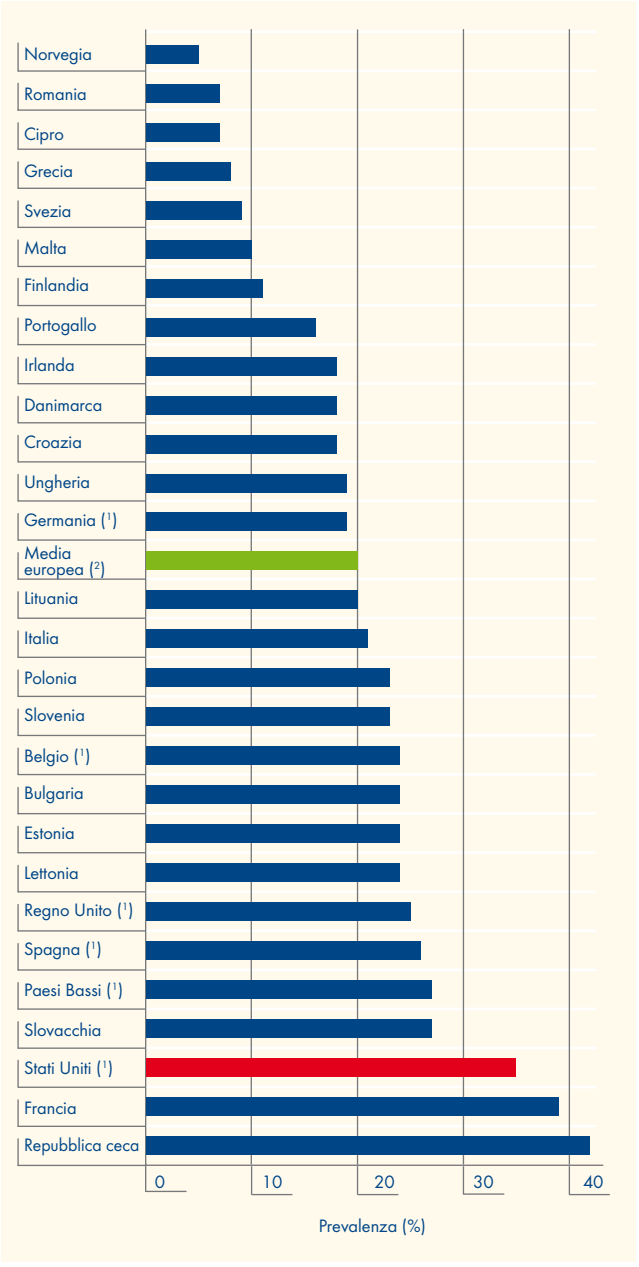
di cannabis è ora superiore di almeno quattro punti percentuali in 14 paesi, e inferiore in due.

Le tendenze in questo periodo possono essere raggruppate per livelli di prevalenza e area geografica. Otto paesi, situati principalmente nell'Europa settentrionale e meridionale (grafico 6, a sinistra) hanno segnalato una bassa prevalenza una tantum del consumo di cannabis durante l'intero periodo. In cinque di questi paesi, la prevalenza del consumo di cannabis nel 2011 si trova nei tre punti percentuali del suo livello rilevato nella prima indagine dell'ESPAD del 1995 o del 1999. In tre di questi paesi, tuttavia, la prevalenza del consumo di cannabis è ora notevolmente più elevata rispetto alla prima indagine del 1990: Portogallo (di nove punti percentuali), Finlandia (di sei punti percentuali) e Romania (di sei punti percentuali). Tra il 2007 e il 2011, cinque di questi paesi hanno riportato un aumento statisticamente significativo, mentre uno ha riscontrato un calo significativo.

Un secondo gruppo è costituito da otto paesi dell'Europa occidentale che hanno riferito una prevalenza del consumo di cannabis relativamente elevata nelle prime indagini dell'ESPAD (grafico 6, al centro). In due di questi paesi, i livelli di prevalenza di cannabis fra gli studenti sono diminuiti drasticamente nel corso dei 16 anni: Irlanda di 19 punti percentuali e Regno Unito di 16 punti percentuali. Le diminuzioni sono state osservate anche dalla Germania (nove punti percentuali) e dal Belgio (sette punti percentuali) tra le prime indagini del 2003 e la più recente del 2011. I due paesi di questo gruppo con i più bassi livelli di consumo di cannabis nel 1995, Danimarca e Italia, riferiscono livelli simili nel 2011. In questo gruppo, soltanto la Francia ha osservato un aumento di almeno quattro punti percentuali tra la sua prima indagine dell'ESPAD (1999) e quella più recente. Inoltre, mentre la tendenza tra il 2007 e il 2011 è stata negativa o stabile in sette degli otto paesi, la Francia riporta un aumento (otto punti percentuali).

In un terzo gruppo formato da 10 paesi, situati tra il Mar Baltico e la penisola balcanica, la prevalenza del consumo di cannabis è aumentata tra la prima indagine del 1995 o del 1999 e quella del 2011, con otto paesi che registrano un aumento di almeno 10 punti percentuali (grafico 6, a destra). La Repubblica ceca si distingue per i suoi livelli di prevalenza superiori a quelli di altri paesi. Per la maggior parte degli altri paesi di questo gruppo, la prevalenza una tantum del consumo di cannabis fra gli studenti è passata da un livello basso a un livello che si attesta intorno o al di sopra della media europea. Gran parte del cambiamento della prevalenza del consumo

Grafico 5: Prevalenza una tantum del consumo di cannabis fra gli studenti tra i 15 e i 16 anni nell'indagine dell'ESPAD e nelle indagini comparabili condotte nel 2010 e nel 2011



(1) Comparabilità limitata: i dati per il Belgio si riferiscono alla comunità fiamminga, i dati per la Germania si riferiscono a cinque Länder; solo una piccola percentuale di scuole campionate nel Regno Unito hanno preso parte all'indagine dell'ESPAD — tuttavia, un'indagine nazionale consolidata ha riferito una prevalenza molto simile nel 2010 (27 %); i dati per la Spagna, che non partecipa all'ESPAD, provengono da un'indagine nazionale condotta nel 2010; i dati per gli Stati Uniti, anch'essi non partecipanti all'ESPAD, sono stati raccolti nel 2011, con un'età media stimata di 16,2 anni, che è superiore alla media dell'ESPAD pari a 15,8 anni.

(2) Media non ponderata dei paesi europei qui presentati.

Fonti: ESPAD e punti focali nazionali Reitox per i dati europei; Johnston e al. (2012) per i dati relativi agli Stati Uniti.

di cannabis in questo gruppo di paesi è avvenuto prima del 2003, e prima del 2007 vi erano segnali di stabilizzazione. Dal 2007 la prevalenza del consumo di cannabis fra gli studenti è notevolmente aumentata in tre di questi paesi (Lettonia, Ungheria, Polonia), è diminuita in uno (Slovacchia) ed è rimasta stabile in sei.

Rispetto agli ultimi due cicli dell'indagine dell'ESPAD, una tendenza stabile nel consumo una tantum di cannabis fra gli studenti è riscontrata nella metà dei 26 paesi partecipanti dell'OEDT, mentre diminuzioni significative si osservano in quattro paesi, e in nove paesi si registrano aumenti significativi. Gli aumenti più pronunciati, tra i sei e gli otto punti percentuali, sono segnalati da Francia, Lettonia, Ungheria e Polonia.

Modelli di consumo fra gli studenti

L'indagine 2011 dell'ESPAD mostra che, in generale, il consumo di cannabis è percepito come più rischioso dagli studenti in quei paesi con un minor numero di consumatori. In termini di rischi e danni percepiti, gli studenti distinguono nettamente tra l'uso sperimentale e quello regolare, e tra il 12 % e il 47 % riferiscono che provare la cannabis una o due volte rappresenta un grande rischio per la salute, mentre l'uso regolare di tale droga è ritenuto un grande rischio per la salute tra il 56 % e l'80 % ([50]).

L'iniziazione precoce al consumo di cannabis è stata associata allo sviluppo successivo delle forme più assidue e problematiche del consumo di droghe, e otto paesi (Bulgaria, Repubblica ceca, Spagna, Estonia, Francia, Paesi Bassi, Slovacchia, Regno Unito) hanno registrato una percentuale pari o superiore al 5 % di coloro che avevano iniziato il consumo di cannabis all'età di 13 anni o meno ([51]); negli Stati Uniti, il livello ha raggiunto il 15 %.

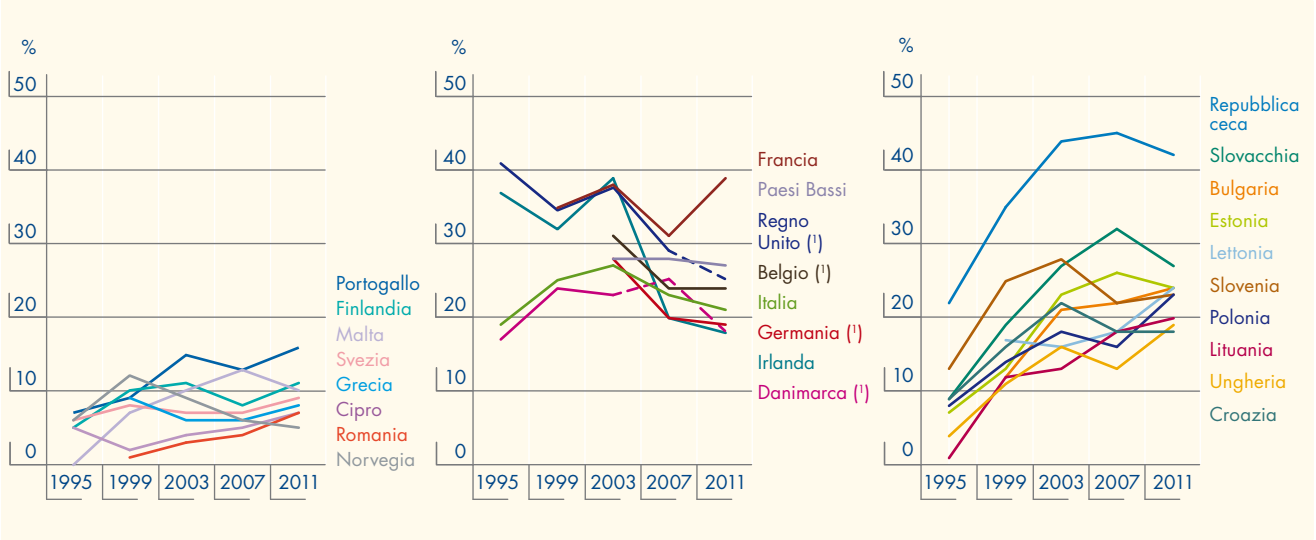
Rispetto alle ragazze, i ragazzi presentano maggiori probabilità sia di iniziazione precoce alla cannabis sia di un consumo frequente, e in nove paesi europei una percentuale compresa tra il 5 % e l'11 % di studenti di 15-16 anni di sesso maschile riferisce di aver consumato cannabis 40 o più volte nel corso della vita. Nella maggior parte dei paesi, tale percentuale è almeno il doppio rispetto agli studenti di sesso femminile.

Effetti avversi per la salute del consumo di cannabis

I rischi per la salute dell'individuo correlato al consumo di cannabis sono generalmente ritenuti inferiori a quelli associati a eroina o cocaina. Tuttavia, a causa della prevalenza elevata del consumo di cannabis, l'impatto sulla salute pubblica può essere significativo.

È stata individuata una gamma di problemi di salute acuti e cronici associati al consumo di cannabis. Gli effetti avversi acuti che possono essere segnalati più comunemente dai consumatori iniziali includono nausea, coordinazione e performance alterati, ansia e sintomi psicotici. Gli studi epidemiologici di osservazione

Grafico 6: Diversi modelli nell'andamento della prevalenza una tantum del consumo di cannabis fra studenti (15-16 anni) nei cinque cicli dell'indagine dell'ESPAD



(1) Comparabilità limitata: i dati per il Belgio si riferiscono alla comunità fiamminga, i dati per la Germania si riferiscono a cinque Länder; i dati del 2011 per il Regno Unito e i dati del 2007 per la Danimarca si basano su piccole percentuali delle scuole campionate.

Fonti: ESPAD e punti focali nazionali Reitox.

([50]) Cfr. il grafico EYE-1 (parte iv) nel bollettino statistico 2012.

([51]) Cfr. la tabella EYE-23 (parte i) nel bollettino statistico 2012.

hanno mostrato che il consumo di cannabis da parte dei conducenti aumenta anche il rischio di essere coinvolti in un incidente automobilistico (Asbridge e al., 2012).

Gli effetti cronici dell'uso di cannabis comprendono la dipendenza e le malattie respiratorie. L'uso regolare di cannabis durante l'adolescenza potrebbe influire negativamente sulla salute mentale dei giovani adulti, con un aumento evidente del rischio di sintomi psicotici e disturbi che si intensificano proporzionalmente alla frequenza e alla quantità di consumo (Hall e Degenhardt, 2009).

Trattamento

Domanda di trattamento

Nel 2010 la cannabis era la droga primaria per circa 108 000 richieste di trattamento segnalate da 29 paesi (25 % dei consumatori di droga complessivi), diventando così la seconda sostanza più segnalata dopo l'eroina. Inoltre, la cannabis è la droga secondaria più segnalata con circa 98 000 citazioni. I consumatori primari di cannabis rappresentano più del 30 % delle richieste di trattamento in Belgio, Danimarca, Germania, Francia, Cipro, Ungheria, Paesi Bassi e Polonia, meno del 10 % in Bulgaria, Estonia, Lussemburgo, Malta, Romania e Slovenia, e tra il 10 % e il 30 % nei paesi restanti ([52]). Quasi il 70 % di tutti i consumatori di cannabis che entrano in terapia in Europa è segnalato da Germania, Spagna, Francia e Regno Unito.

Le differenze riscontrate nella prevalenza del consumo di cannabis e nei relativi problemi aiutano a capire alcune delle variazioni tra i paesi nei livelli di inizio del trattamento. Sono importanti anche altri fattori, quali le prassi di affidamento ai servizi sanitari e la tipologia del trattamento erogato. La Francia, per esempio, ha un sistema di centri di consulenza rivolti ai giovani, che sono principalmente consumatori di cannabis ([53]), mentre in Ungheria i trasgressori consumatori di cannabis ricevono un trattamento farmacologico come alternativa alla pena; entrambi i sistemi favoriscono l'aumento del numero di soggetti che iniziano la terapia.

Nel corso degli ultimi cinque anni, vi è stato un aumento complessivo (da 73 000 consumatori nel 2005 a 106 000 nel 2010) del numero di consumatori di cannabis che iniziano una terapia nei 25 paesi per i quali sono disponibili i dati, in particolare di coloro sottoposti a trattamento per la prima volta nella loro vita.

Profilo dei pazienti in terapia

In genere, i consumatori di cannabis iniziano la terapia in regime ambulatoriale e 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 76 % 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 fra i pazienti in terapia (circa cinque maschi per ogni femmina). Nel complesso, circa la metà dei pazienti in terapia per uso primario di cannabis sono consumatori quotidiani, circa il 21 % ne fa uso da due a sei volte alla settimana, il 13 % consuma cannabis una volta alla settimana o meno spesso e il 17 % è costituito da consumatori occasionali, alcuni dei quali l'hanno consumata nel mese precedente all'inizio del trattamento. Esistono differenze significative tra i paesi. In Ungheria, per esempio, la maggior parte dei consumatori di cannabis in trattamento è segnalata dalle autorità giudiziarie; si tratta prevalentemente di consumatori occasionali o che non hanno consumato droga nel mese precedente all'inizio del trattamento ([54]).

Erogazione del trattamento

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

Nel 2011 più della metà dei paesi europei ha riferito che specifici programmi di trattamento per uso di cannabis erano disponibili per i consumatori che cercano attivamente un trattamento, un aumento di un terzo dal 2008. Nella loro valutazione più recente, gli esperti nazionali di Grecia, Germania, Italia, Croazia, Lituania, Lussemburgo, Paesi Bassi, Slovenia, Slovacchia e Regno Unito hanno stimato che questi programmi sono disponibili per la maggior parte dei consumatori di cannabis con bisogno di trattamento, mentre gli esperti di Belgio, Repubblica ceca, Danimarca, Spagna, Austria, Portogallo, Romania e Norvegia hanno stimato che erano disponibili solo per una minoranza di questi. Bulgaria, Estonia, Cipro, Ungheria e Polonia hanno riferito che specifici programmi di trattamento per i consumatori di cannabis sono previsti per i prossimi tre anni.

([52]) Cfr. il grafico TDI-2 (parte ii) e le tabelle TDI-5 (parte ii) e TDI-22 (parte i) nel bollettino statistico 2012.
([53]) Inoltre, in Francia molti consumatori di oppioidi sono seguiti dai medici generici e non sono segnalati nell'indicatore della domanda di trattamento, facendo lievitare in tal modo le percentuali di consumatori di altre sostanze stupefacenti.
([54]) Cfr. le tabelle TDI-10 (parte iii), (parte iv), TDI-21 (parte ii) e TDI-111 (parte viii) nel bollettino statistico 2012.

Il trattamento per la cannabis è erogato principalmente in strutture ambulatoriali, mentre le autorità giudiziarie, il pronto soccorso e le unità di trattamento di salute mentale agiscono da agenzie di riferimento importanti. In Ungheria, circa due terzi di tutti i partecipanti al trattamento per cannabis nel 2010 hanno ricevuto consulenza, che è stata fornita da una rete di organizzazioni accreditate. La terapia familiare multidimensionale e la terapia cognitivo-comportamentale vengono fornite a giovani che presentano problemi dovuti al consumo di cannabis e ai loro genitori in Belgio, Germania, Francia e Paesi Bassi, nell'ambito del prosieguo di uno studio clinico che è anche in corso in Svizzera (cfr. sotto). In Danimarca, un breve approccio terapeutico di gruppo è stato introdotto come trattamento dei problemi legati al consumo di cannabis, dopo una fase pilota positiva condotta a Copenaghen. Il trattamento comprende elementi di colloqui motivazionali, terapia cognitivo-comportamentale e terapia centrata sulla soluzione.

Un numero crescente di paesi europei offre un trattamento per la cannabis su Internet, al fine di facilitare l'accesso al trattamento per le persone che possono non essere in grado o non vogliono cercare aiuto all'interno del sistema specializzato nel trattamento per la dipendenza da droga. In Ungheria è disponibile un programma online che offre un trattamento sul web per coloro che vogliono ridurre o interrompere il consumo di cannabis, in collaborazione con i centri ambulatoriali di trattamento a Budapest. Questo programma di auto-aiuto si basa sull'esperienza del trattamento via Internet per i consumatori di cannabis di altri paesi europei.

Studi recenti sul trattamento dei consumatori di cannabis

Vi è stato un graduale aumento della disponibilità di studi di valutazione del trattamento per la cannabis, la maggior parte di questi focalizzati sugli interventi psicosociali come la terapia familiare e la terapia cognitivo-comportamentale.

L'OEDT ha recentemente commissionato una meta-analisi di studi europei e statunitensi sulla terapia familiare multidimensionale. Gli studi statunitensi hanno mostrato una serie di risultati positivi di questo approccio in termini di riduzione dell'uso di sostanze e della delinquenza in confronto sia con la terapia cognitivo-comportamentale individuale sia con la terapia di gruppo per adolescenti guidata da manuali basati su principi di apprendimento sociale e la terapia cognitivo-comportamentale (Liddle e al., 2009). Per quanto riguarda i giovani in trattamento in un contesto di giustizia penale negli USA, la terapia familiare multidimensionale ha portato a riduzioni del consumo di cannabis fra i casi più gravi (Henderson e al., 2010). L'analisi europea ha indicato anche che si tratta di una valida opzione di trattamento per gli adolescenti che fanno un uso assiduo di sostanze e che presentano disturbi comportamentali gravi. Queste erano le conclusioni provvisorie dello studio multicentro europeo «International cannabis need of treatment» (Incant), che è attivo dal 2003 in Belgio, Germania, Francia, Paesi Bassi e Svizzera.

Interventi brevi possono essere definiti come consiglio, consulenza o entrambi, diretti a ridurre il consumo di sostanze, lecite e illecite. Da un recente studio internazionale che ha associato lo screening per l'uso di alcol, fumo e sostanze a interventi brevi, è emerso un consumo ridotto di cannabis durante il follow-up (Humeniuk e al., 2011).

La ricerca è condotta anche sui prodotti farmaceutici che possono sostenere gli interventi psicosociali nel trattamento dei problemi legati alla cannabis per ridurre i sintomi di astinenza, desiderio compulsivo o consumo. Per quanto riguarda la dipendenza da cannabis, gli studi stanno valutando il potenziale di THC sintetico per via orale come terapia sostitutiva, mentre il rimonabant, un agonista, ha mostrato risultati positivi nella riduzione di problemi fisiologici acuti legati al fumo di cannabis (Weinstein e Gorelick, 2011).

Capitolo 4

Amfetamine, ecstasy e sostanze allucinogene, GHB e chetamina

Introduzione

In molti paesi europei, le amfetamine (un termine generico che include sia l'amfetamina sia la metamfetamina) o ecstasy figurano al secondo posto fra le sostanze illecite più frequentemente consumate dopo la cannabis. Inoltre, in alcuni paesi, l'uso delle amfetamine costituisce un aspetto importante del fenomeno del consumo di droga, essendo tali sostanze responsabili di una percentuale significativa delle richieste di cura.

L'amfetamina e la metamfetamina sono stimolanti del sistema nervoso centrale. Delle due, l'amfetamina è la sostanza più comunemente diffusa in Europa, mentre un consumo significativo di metamfetamina sembra essere storicamente limitato alla Repubblica ceca e, più recentemente, alla Slovacchia. Negli ultimi anni, la metamfetamina ha fatto la sua comparsa sul mercato degli stupefacenti in altri paesi, in particolare dell'Europa settentrionale (Lettonia, Svezia, Norvegia e, in misura minore, Finlandia), dove sembra aver sostituito parzialmente l'amfetamina. Nel 2010 ulteriori segnali di consumo problematico di metamfetamina, anche se probabilmente a livelli molto bassi, sono stati segnalati da Germania, Grecia, Ungheria, Cipro e Turchia, mentre i sequestri di droga sono aumentati in Estonia e Austria.

Il termine «ecstasy» si riferisce a sostanze sintetiche che sono chimicamente correlate alle amfetamine, ma che si differenziano in qualche modo da queste per gli effetti prodotti. All'interno del gruppo ecstasy, la sostanza più nota è la 3,4-metilendiossimetamfetamina (MDMA), sebbene, talvolta, nelle pasticche di ecstasy si ritrovino altri suoi analoghi (MDA, MDEA). Storicamente, la popolarità della sostanza è legata alla scena della musica dance elettronica, sebbene negli ultimi anni sia stata registrata un'esigua diminuzione dell'uso e della disponibilità dell'ecstasy in Europa. I dati più recenti, tuttavia, indicano un ritorno dell'MDMA in alcuni paesi europei.

I livelli generali di prevalenza del consumo di sostanze allucinogene quali la dietilamide dell'acido lisergico (LSD) e i funghi allucinogeni sono generalmente bassi e si sono mantenuti ampiamente stabili negli ultimi anni.

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. Questo problema sta diventando sempre più riconosciuto e i servizi iniziano a essere mirati ai consumatori di queste sostanze. Altrettanto noti stanno diventando i problemi di salute correlati a tali sostanze, in particolare le malattie della vescica associate a un uso prolungato della chetamina.

Offerta e disponibilità

Precursori sintetici di droghe

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

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 legale e la segnalazione dei carichi fermati e dei sequestri effettuati in caso di transazioni sospette (INCB, 2012b).

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 illecita di metamfetamina e amfetamina, sono quintuplicati passando da 4 900 litri nel 2009 a 26 300 litri nel 2010. I sequestri in Messico (14 200 litri nel 2010), Canada (6 000 litri) e Belgio (5 000 litri) hanno rappresentato il 95 % del totale mondiale segnalato dall'INCB (2012a). Anche nell'Unione europea i sequestri di P2P sono aumentati drasticamente, da

Tabella 4: Sequestri, prezzo e purezza di amfetamina, metamfetamina, ecstasy e LSD

	Amfetamina	Metamfetamina	Ecstasy	LSD
Quantità sequestrata globale (tonnellate)	19	45	3,8	n.d.
Quantità sequestrata UE e Norvegia (comprese Croazia e Turchia)	5,1 tonnellate (5,4 tonnellate)	500 chilogrammi (600 chilogrammi)	Pasticche 3,0 milioni (3,9 milioni)	Unità 97 900 (98 000) ([1])
Numero di sequestri UE e Norvegia (comprese Croazia e Turchia)	36 200 (36 600)	7 300 (7 300)	7 800 (9 300)	970 (990)
Prezzo medio di vendita (euro) Intervallo (Intervallo interquartile)	Grammi 6-41 (9,6-21,2)	Grammi 10-70	Pasticche 2-17 (3,9-8,4)	Dose 3-26 (6,5-13,1)
Purezza media (o contenuto MDMA per l'ecstasy) Intervallo (Intervallo interquartile)	5-39 % (7,8-27,2 %)	5-79 % (28,6-64,4 %)	3-104 mg (33,0-90,4 mg)	n.d.

([1]) La quantità totale di LSD sequestrata nel 2010 è sottostimata a causa della mancanza di dati del 2010 per la Svezia, un paese che ha segnalato sequestri relativamente grandi nel 2009.
NB: Tutti i dati sono riferiti al 2010; n. d. = dati non applicabili oppure non disponibili.
Fonti: UNODC (2012) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

863 litri nel 2009 a 7 493 litri nel 2010 (Commissione europea, 2011). I sequestri a livello mondiale di acido fenilacetico, un precursore del P2P, sono quadruplicati nel 2010 (INCB, 2012a). Nell'Unione europea, i sequestri di questa sostanza chimica nel 2010 (1,5 chilogrammi) sono stati esigui se raffrontati al 2009 (277 chilogrammi) (Commissione europea, 2011). I sequestri a livello mondiale di efedrina e pseudo-efedrina, i due precursori principali della metamfetamina, sono diminuiti nel 2010 (INCB, 2012a). Tuttavia, nell'Unione europea, i sequestri di questi precursori sono aumentati nel 2010: 1,2 tonnellate di efedrina (685 chilogrammi nel 2009) e 1,5 tonnellate di pseudo-efedrina (186 chilogrammi nel 2009) (Commissione europea, 2011).

Due precursori chimici sono associati principalmente alla produzione di MDMA: 3,4-metilenediossifenil-2-propanone (3,4-MDP2P, PMK) e safrolo. Nel 2010, i sequestri a livello mondiale di PMK sono ammontati a 2 litri, in calo rispetto ai 40 litri nel 2009, mentre i sequestri di safrolo sono scesi da 1 048 litri nel 2009 a 168 litri nel 2010. Nell'Unione europea nessun quantitativo di PMK è stato sequestrato nel 2010, mentre sono stati effettuati solo quattro sequestri di safrolo, per un totale di 85 litri.

Nel 2010, il gamma-butirrolattone, un precursore del GHB, ha continuato a essere intercettato nell'Unione europea, con 139 sequestri per un totale di 253 litri.

Amfetamina

La produzione globale di amfetamina rimane concentrata in Europa e rappresenta quasi tutti i laboratori di amfetamina segnalati nel 2010 (UNODC, 2012). Nel 2010 i sequestri a livello mondiale di amfetamina si sono ridotti del 42 % raggiungendo quasi 19 tonnellate (cfr. la tabella 4). L'Europa occidentale e centrale ha continuato a confiscare grandi quantitativi di amfetamina nel 2010, sebbene i sequestri siano diminuiti anche in queste zone, da 8,9 tonnellate nel 2009 a 5,4 tonnellate nel 2010. La maggiore diminuzione nei sequestri di amfetamina è stata segnalata dall'UNODC nel vicino e medio Oriente e nella regione dell'Asia sudorientale. Un'ampia percentuale di amfetamina sequestrata in questa regione si presenta sotto forma di pasticche di «captagon» (UNODC, 2012), alcune delle quali possono avere origine dall'Unione europea.

La maggior parte dell'amfetamina sequestrata in Europa è prodotta, in ordine di importanza, nei Paesi Bassi, in Belgio, Polonia, Bulgaria, Turchia ed Estonia. Nel 2010 nell'Unione europea sono stati scoperti e denunciati all'Europol circa 28 siti di produzione, pastigliatura o immagazzinamento di amfetamine ([55]).

Si calcola che in Europa, nel 2010, siano stati effettuati 36 600 sequestri, per un quantitativo di 5 tonnellate di amfetamina in polvere e di 1,4 milioni di pastiglie di amfetamina ([56]). Nell'ambito di una tendenza generalmente inversa, il numero di sequestri di amfetamina è oscillato negli ultimi cinque anni. Il numero

([55]) Dieci di questi 28 siti erano anche coinvolti nella produzione, nella pastigliatura o nell'immagazzinamento di altre sostanze, metamfetamina nella maggior parte dei casi.
([56]) Tre quarti delle pasticche di amfetamina intercettate erano etichettate come captagon e venivano confiscate in Turchia. È stato riscontrato che le pasticche vendute sul mercato della droga illegale come captagon contengono comunemente amfetamina mischiata con caffeina.

di pastiglie di amfetamina confiscate in Europa è diminuito drasticamente nel corso del periodo 2005-2010 in seguito al calo dei sequestri in Turchia. Dopo le intercettazioni record di circa 8 tonnellate tra il 2007 e il 2009, i quantitativi di amfetamina in polvere intercettate sono scese a circa 5 tonnellate nel 2010 ([57]).

La purezza dei campioni di amfetamina intercettati in Europa nel 2010 ha continuato a variare notevolmente, da meno dell'8 % in Bulgaria, Italia, Portogallo, Austria, Slovenia, Croazia e Turchia, a più del 20 % nei paesi in cui viene segnalata la produzione di amfetamina (Belgio, Lettonia, Lituania, Paesi Bassi) o dove i livelli di consumo sono relativamente elevati (Finlandia, Svezia, Norvegia) e nella Repubblica ceca e in Slovacchia ([58]). Negli ultimi cinque anni, la purezza dell'amfetamina è scesa o è rimasta stabile nella maggior parte dei paesi che hanno segnalato dati sufficienti per l'analisi delle tendenze.

Nel 2010, il prezzo medio al dettaglio dell'amfetamina era compreso tra i 10 e i 22 EUR al grammo in oltre la metà dei 18 paesi che hanno fornito i dati. I prezzi al dettaglio dell'amfetamina hanno subito una flessione o sono rimasti stabili in 14 dei 20 paesi che hanno fornito i dati per il periodo 2005-2010 ([59]).

Metamfetamina

Nel 2010 sono state sequestrate 45 tonnellate di metamfetamina a livello mondiale, un aumento significativo rispetto alle 31 tonnellate sequestrate nel 2009. La maggior parte della metamfetamina è stata sequestrata nell'America settentrionale (34 %), dove il Messico, un importante paese produttore, ha contribuito con l'eccezionale quantitativo di 13 tonnellate sequestrate nel 2010. Notevoli quantitativi sono stati sequestrati anche nell'Asia orientale e sudorientale, una regione che, con 20 tonnellate, ha rappresentato il 32 % del totale mondiale nel 2010; in questa area, il Myanmar è identificato come uno dei principali paesi produttori (UNDOC, 2012).

In Europa, la produzione illecita di metamfetamina si concentra nella Repubblica ceca, dove nel 2010 sono stati individuati 307 siti di produzione, per la maggior parte piccoli laboratori, «kitchen laboratories», (un calo rispetto ai 342 del 2009). La sostanza viene inoltre prodotta in Slovacchia, oltre che in Germania, Lituania, Paesi Bassi e Polonia. La Germania ha segnalato un sostanziale aumento dei quantitativi di metamfetamina sequestrati nel 2010 (26,8 chilogrammi, rispetto ai 7,2 chilogrammi del 2009); la maggior parte della droga è stata intercettata in Sassonia e in Baviera, confinanti con la Repubblica ceca, da dove la droga sembra provenire.

Nel 2010 sono stati segnalati in Europa circa 7 300 sequestri di metamfetamina, per un totale di circa 600 kg di droga. Sia il numero di sequestri sia i quantitativi di metamfetamina confiscata sono cresciuti nel periodo 2005-2010, registrando un considerevole incremento tra il 2008 e il 2009 e una stabilizzazione nel 2010.

La purezza della metamfetamina è notevolmente variata nel 2010 nei 20 paesi dichiaranti, con una purezza media dei campioni inferiore al 15 % in Belgio e Danimarca e superiore al 60 % nella Repubblica ceca, in Slovacchia, nel Regno Unito e in Turchia. Anche la gamma dei prezzi al dettaglio è variata in misura considerevole nel 2010, nei sette paesi dichiaranti, partendo da 10-15 EUR al grammo in Bulgaria, Lettonia, Lituania e Ungheria fino a circa 70 EUR al grammo in Germania e Slovacchia.

Ecstasy

Nel 2010 il numero di laboratori di ecstasy smantellati segnalati è sceso a 44 (52 nel 2009). La maggior parte di questi laboratori erano situati in Australia (17), Canada (13) e Indonesia (12). Sembra che la produzione abbia continuato a diffondersi a livello geografico, con un avvicinamento ai mercati di consumo nell'Asia orientale e sudorientale, nell'America settentrionale e meridionale e in Oceania. 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 2010 hanno raggiunto le 3,8 tonnellate (UNODC, 2012); in particolare, l'America settentrionale segnala il 20 % del totale, seguita dall'Europa occidentale e centrale (13 %).

Nel complesso, sia il numero di sequestri di ecstasy sia i quantitativi intercettati sono diminuiti in Europa dal 2005. Durante il periodo 2005-2010, la quantità di pasticche di ecstasy sequestrate in Europa è diminuita di un fattore pari a quattro, mentre un aumento è stato segnalato nel 2010, soprattutto in seguito ai sequestri in Turchia e Francia. Nel 2010 in Europa sono stati segnalati circa 9 300 sequestri di ecstasy, che hanno portato all'intercettazione di oltre 3,9 milioni di pasticche di ecstasy, di cui 1,6 milioni erano state sequestrate in Francia e Turchia.

Il contenuto medio di MDMA delle pasticche di ecstasy testate nel 2010 era compreso tra 3 e 104 milligrammi

([57]) 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 2012.
([58]) I dati sulla purezza della droga in Europa citati nel presente capitolo sono reperibili nella tabella PPP-8 nel bollettino statistico 2012. Gli indici delle tendenze nell'UE sono consultabili nel grafico PPP-2 nel bollettino statistico 2012.
([59]) I dati sui prezzi della droga in Europa citati nel presente capitolo sono reperibili nella tabella PPP-4 nel bollettino statistico 2012.

nei 19 paesi che hanno fornito i dati. Alcuni paesi hanno riferito altresì la presenza di pasticche di ecstasy a dosaggio elevato, contenenti più di 130 milligrammi di MDMA (Belgio, Bulgaria, Germania, Paesi Bassi, Croazia). Nel periodo 2005-2010 il contenuto di MDMA delle pasticche di ecstasy è diminuito in 10 paesi e aumentato in altri nove.

Negli ultimi anni, in Europa, si è verificato un cambiamento nel contenuto delle pasticche di droga illegale: 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 è stato così evidente che in soli tre paesi le sostanze simili all'MDMA hanno continuato a rappresentare una vasta percentuale delle pasticche analizzate. Nel 2010, il numero dei paesi che ha segnalato una predominanza di pasticche contenenti sostanze simili all'MDMA è salito a otto.

Le amfetamine, talvolta in combinazione con le sostanze simili all'MDMA, sono relativamente comuni nelle pastiglie analizzate in Polonia, Slovenia e Turchia. 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, nelle pastiglie analizzate; queste sostanze sono state trovate in oltre il 20 % delle pastiglie analizzate in Belgio, Danimarca, Germania, Cipro, Ungheria, Austria, Finlandia, Regno Unito e Croazia.

Rispetto agli anni novanta l'ecstasy è molto più economica oggi; la maggior parte dei paesi riferisce prezzi medi al dettaglio che variano tra i 4 e i 9 EUR a pastiglia. Nel periodo 2005-2010, il prezzo al dettaglio dell'ecstasy è sceso o rimasto stabile in 18 dei 23 paesi per cui è stato possibile effettuare l'analisi.

Sostanze allucinogene e altre sostanze

Il consumo e il traffico di LSD in Europa sono considerati marginali. Il numero di sequestri di LSD è aumentato tra il 2005 e il 2010, mentre i quantitativi hanno registrato una fluttuazione tra 50 000 e 150 000 dopo avere registrato un picco di 1,8 milioni di unità nel 2005. Nello stesso periodo, i prezzi al dettaglio dell'LSD sono diminuiti o rimasti stabili nella maggior parte dei paesi dichiaranti. Nel 2010 il prezzo medio variava tra i 6 e i 14 EUR per unità nella maggior parte dei 14 paesi dichiaranti.

Sequestri di funghi allucinogeni, chetamina, GHB e GBL nel 2010 sono stati segnalati solo da tre o quattro paesi, a seconda della droga. Non è chiaro in che misura i sequestri segnalati rispecchino la disponibilità limitata di queste sostanze o semplicemente il fatto che non rientrino negli obiettivi di routine delle forze di polizia.

Prevalenza e modelli di consumo

In alcuni paesi, il consumo di amfetamine, spesso per via parenterale, è responsabile di una percentuale significativa del numero totale di tossicodipendenti e di quanti chiedono aiuto per il problema droga. Al contrario, amfetamine ed ecstasy, di solito assunte per via orale o inalazione, presentano un nesso con la frequentazione di locali notturni e di eventi di musica dance. È stato riscontrato l'uso combinato di ecstasy o amfetamine con l'alcol; difatti i frequenti o assidui bevitori di alcol segnalano livelli di consumo di amfetamine o di ecstasy molto più alti rispetto alla media della popolazione (OEDT, 2009b).

Amfetamine

Secondo le stime sulla prevalenza della droga, circa 13 milioni di cittadini europei hanno provato le amfetamine e circa 2 milioni ne hanno fatto uso nell'ultimo anno (cfr. la tabella 5 per una sintesi dei dati). Fra i giovani adulti (15-34 anni), la prevalenza una tantum del consumo di amfetamine varia notevolmente, a seconda del paese, dallo 0,1 al 12,9 %, con una media europea ponderata che si attesta al 5,5 %. Il consumo di amfetamine in questa fascia di età nell'ultimo anno è compreso tra lo 0 e il 2,5 %, e la maggior parte dei paesi riferisce livelli di prevalenza oscillanti tra lo 0,5 % e il 2,0 %. Si stima che nell'ultimo anno abbiano fatto uso di amfetamine circa 1,5 milioni (1,2 %) di giovani europei. Secondo le indagini condotte fra i giovani frequentatori di discoteche o locali notturni, i livelli di consumo di amfetamine nell'ultimo anno sono più elevati e dagli studi condotti nel 2010 in Repubblica ceca, Paesi Bassi e Regno Unito i risultati variano dall'8 % al 27 %.

Tra gli studenti di età compresa tra 15 e 16 anni, la prevalenza del consumo una tantum di amfetamine varia dall'1 % al 7 % nei 24 Stati membri dell'UE, Croazia e Norvegia, in base alle indagini condotte nel 2011 dall'ESPAD, mentre livelli di prevalenza superiori al 4 % sono stati riferiti solo per Belgio, Bulgaria e Ungheria ([60]). L'indagine nazionale nella scuola spagnola riporta l'1 %, mentre gli Stati Uniti il 9 %.

Tra il 2005 e il 2010, il consumo di amfetamine nell'ultimo anno è rimasto relativamente basso e stabile fra la

([60]) Cfr. la tabella EYE-11 nel bollettino statistico 2012.

popolazione della maggior parte dei paesi europei, con livelli di prevalenza inferiori al 3 % per quasi tutti i paesi dichiaranti. Durante questo periodo, un solo paese ha segnalato un aumento, la Bulgaria, che ha rilevato un incremento di un punto percentuale nella prevalenza del consumo di amfetamine fra giovani adulti nell'ultimo anno (grafico 7). Le indagini ESPAD nelle scuole condotte nel 2011 suggeriscono, nel complesso, esigui cambiamenti nei livelli di sperimentazione con amfetamine ed ecstasy fra gli studenti di età compresa tra 15 e 16 anni.

Consumo problematico di amfetamine

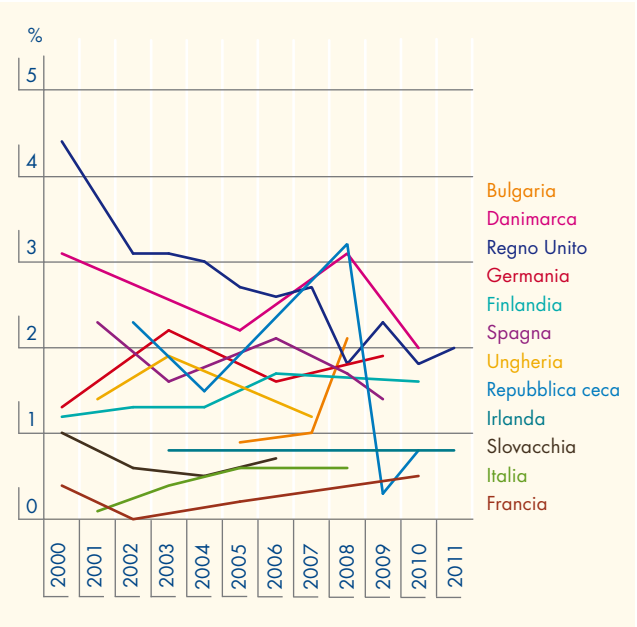
Recenti stime sulla prevalenza del consumo problematico di amfetamine sono disponibili per due paesi ([61]). Nel 2010, è stato calcolato nella Repubblica ceca un numero di consumatori problematici di metamfetamina compreso tra 27 300 e 29 100 (da 3,7 a 3,9 casi ogni 1 000 persone di età compresa tra 15 e 64 anni), un incremento rispetto agli anni precedenti e più del doppio del numero stimato di consumatori problematici di oppioidi. Secondo le stime, in Slovacchia, nel 2007 i consumatori problematici di metamfetamina sarebbero stati 5 800-15 700 (da 1,5 a 4,0 casi ogni 1 000 persone di età compresa tra 15 e 64 anni), circa il 20 % in meno del numero stimato di consumatori problematici di oppioidi.

La metamfetamina ha fatto la sua comparsa sul mercato degli stupefacenti in altri paesi, in particolare dell'Europa settentrionale (Lettonia, Svezia, Norvegia e, in misura minore, Finlandia), dove sembra aver sostituito parzialmente l'amfetamina. Nel 2010 ulteriori segnali di consumo problematico di metamfetamina, anche se probabilmente a livelli molto bassi, sono stati segnalati da Germania, Grecia, Ungheria, Cipro e Turchia, mentre i sequestri di questo tipo di droga sono aumentati in Estonia e Austria.

Una bassa percentuale di pazienti che si sottopone a un trattamento in Europa nomina le amfetamine come droga primaria: circa il 6 % dei pazienti segnalati per questa sostanza nel 2010 (23 000 pazienti) ([62]). Inoltre, gli stimolanti diversi dalla cocaina sono citati come droga secondaria da quasi 20 000 pazienti che si sottopongono al trattamento per problemi correlati ad altre droghe primarie. I consumatori primari di amfetamine costituiscono una percentuale significativa delle richieste di trattamento segnalate in Svezia (28 %), Polonia (24 %), Lettonia (19 %) e Finlandia (17 %), e la metamfetamina è menzionata come droga primaria da un'ampia percentuale di pazienti che si sottopongono a un trattamento nella Repubblica ceca (63 %) e in Slovacchia (35 %). Altri sei paesi (Belgio, Danimarca, Germania, Ungheria, Paesi Bassi, Norvegia) segnalano percentuali comprese tra il 5 % e il 15 % di domande di trattamento ricevute da pazienti che consumano amfetamine; altrove la percentuale è inferiore al 5 %. Tra il 2005 e il 2010, le tendenze dei consumatori primari di amfetamine che si sottopongono a un trattamento sono rimaste stabili nella maggior parte dei paesi, con l'eccezione della Repubblica ceca e della Slovacchia: entrambi i paesi segnalano un aumento del numero e della percentuale complessiva dei nuovi pazienti in terapia per uso di metamfetamina in quel periodo e un notevole aumento tra il 2009 e il 2010 ([63]).

I consumatori di amfetamina che si sottopongono a una cura hanno in media 30 anni, con un rapporto uomo-donna (2:1) inferiore a quello registrato per qualsiasi altra sostanza illecita. Nei paesi in cui i consumatori di amfetamina rappresentano percentuali elevate dei pazienti in terapia, molti di loro segnalano di assumere la sostanza per via parenterale. Nella Repubblica ceca, in Lettonia, Finlandia, Svezia e Norvegia, tra il 63 %

Grafico 7: Andamento della prevalenza nell'ultimo anno del consumo di amfetamine fra i giovani adulti (15-34 anni)



NB: Vengono presentati soltanto i dati per i paesi con almeno tre indagini. Per ulteriori informazioni cfr. il grafico GPS-8 nel bollettino statistico 2012.

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

([61]) Il consumo problematico di amfetamine è definito come l'assunzione per via parenterale o il consumo di lunga durata e/o regolare delle sostanze.

([62]) In Germania, Lituania e Norvegia non è possibile distinguere tra consumatori di amfetamina, MDMA e altre sostanze stimolanti nei dati segnalati all'OEDT, in quanto essi vengono segnalati come consumatori di «sostanze stimolanti diverse dalla cocaina». Nel complesso, nei paesi in cui i dati sono segnalati, i consumatori di amfetamine rappresentano circa il 90 % di tutta la categoria delle «sostanze stimolanti diverse dalla cocaina».

([63]) Cfr. le tabelle TDI-5 (parte ii) e TDI-22 nel bollettino statistico 2012.

Tabella 5: Prevalenza del consumo di amfetamine 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	13 milioni	2 milioni
Media europea	3,8 %	0,6 %
Intervallo	0,1–11,6 %	0,0–1,1 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Grecia, Romania (0,1 %) Cipro (0,7 %) Portogallo (0,9 %) Slovacchia (1,2 %)	Grecia, Romania (0,0 %) Francia, Portogallo (0,2 %) Repubblica ceca, Cipro, Slovacchia (0,3 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Regno Unito (11,6 %) Danimarca (6,2 %) Svezia (5,0 %) Irlanda (4,5 %)	Estonia, Regno Unito (1,1 %) Bulgaria, Lettonia (0,9 %) Finlandia, Svezia (0,8 %)
15-34 anni		
Numero stimato di consumatori in Europa	7 milioni	1,5 milioni
Media europea	5,5 %	1,2 %
Intervallo	0,1–12,9 %	0,0–2,5 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (0,1 %) Grecia (0,2 %) Cipro (1,2 %) Portogallo (1,3 %)	Romania (0,0 %) Grecia (0,1 %) Portogallo (0,4 %) Francia (0,5 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Regno Unito (12,9 %) Danimarca (10,3 %) Irlanda (6,4 %) Lettonia (6,1 %)	Estonia (2,5 %) Bulgaria (2,1 %) Danimarca, Regno Unito (2,0 %) Germania, Lettonia (1,9 %)

NB: 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 6 % della popolazione target di giovani adulti, stime sul consumo dell'ultimo anno, e non oltre il 3 % della popolazione presa in esame per le altre stime). Popolazioni utilizzate come base: 15-64, 338 milioni; 15-34, 130 milioni. Poiché le stime europee sono basate su indagini condotte tra il 2004 e il 2010-2011 (principalmente nel periodo 2008-2010), non sono riferite a un unico anno. I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» nel bollettino statistico 2012.

e l'80 % dei pazienti che consumano amfetamina come droga primaria ha segnalato di assumere la droga per via parenterale ([64]). Un più basso livello di assunzione per via parenterale viene segnalato in Slovacchia (34 %), dove si è registrato un calo a partire dal 2005 ([65]).

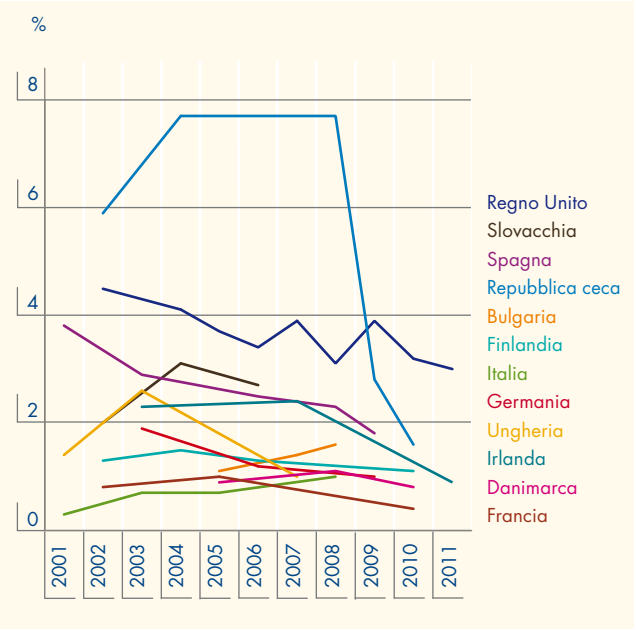
Ecstasy

Le stime sulla prevalenza della droga suggeriscono che circa 11,5 milioni di europei hanno provato l'ecstasy e circa 2 milioni hanno fatto uso della sostanza nell'ultimo anno (cfr. la tabella 6 per un riepilogo dei dati). Il consumo di ecstasy nell'ultimo anno è concentrato fra i giovani adulti, con livelli di consumo segnalati da parte dei maschi in genere superiori a quelli delle femmine in tutti i paesi. La prevalenza una tantum del consumo di ecstasy nella fascia di età compresa tra 15 e 34 anni di età varia da meno dello 0,6 % al 12,4 %; la maggior parte dei paesi segnala stime comprese tra il 2,1 e il 5,8 % ([66]).

Fra gli studenti di età compresa tra 15 e 16 anni, la prevalenza una tantum del consumo di ecstasy è variata tra l'1 e il 4 % nei paesi europei in cui è stata condotta l'indagine nel 2011 ([67]); solo il Regno Unito ha segnalato un livello di prevalenza del 4 %, sia nell'indagine dell'ESPAD sia nell'indagine scolastica nazionale inglese. L'indagine scolastica nazionale spagnola segnala il 2 %. Al confronto, il consumo una tantum della sostanza fra studenti della stessa fascia d'età negli Stati Uniti viene stimato al 7 %.

([64]) Cfr. le tabelle TDI-5 (parte iv) e TDI-37 nel bollettino statistico 2012.
([65]) Cfr. le tabelle TDI-2 (parte i), TDI-3 (parte iii), TDI-5 (parte ii) e TDI-36 (parte iv) nel bollettino statistico 2012. Cfr. inoltre la tabella TDI-17 nei bollettini statistici 2007 e 2012.
([66]) Cfr. la tabella GPS-1 (parte iii) nel bollettino statistico 2012.
([67]) Cfr. la tabella EYE-11 nel bollettino statistico 2012.

Grafico 8: Andamento della prevalenza nell'ultimo anno del consumo di ecstasy fra i giovani adulti (15-34 anni)



NB: Vengono presentati soltanto i dati per i paesi con almeno tre indagini. Per ulteriori informazioni cfr. il grafico GPS-21 nel bollettino statistico 2012.
Fonti: Relazioni nazionali Reitox, sulla base di indagini sulla popolazione, relazioni o articoli scientifici.

Studi mirati forniscono una panoramica sull'uso in ambienti ricreativi di sostanze stupefacenti stimolanti da parte di giovani adulti che frequentano diversi locali notturni in Europa. Le informazioni sulla prevalenza nell'ultimo anno del consumo di ecstasy fra gli avventori di discoteche e locali notturni nel 2010-2011 sono disponibili per due paesi: Repubblica ceca (43 %) e Paesi Bassi (Amsterdam, 33 %). Il consumo di ecstasy è risultato più comune rispetto a quello delle amfetamine nei due campioni esaminati. Uno studio del 2012 condotto su Internet dal Regno Unito ha segnalato che in questo paese il consumo di ecstasy nell'ultimo anno ha superato quello di cannabis nei frequentatori abituali di locali (Mixmag, 2012). In un'indagine condotta in un locale notturno in Danimarca, il 40 % degli intervistati (età media, 21 anni) ha riferito di aver provato, ad un certo punto della loro vita, una sostanza illecita diversa dalla cannabis (generalmente cocaina, amfetamina o ecstasy). I dati ottenuti dai campioni in loco e dalle indagini condotte su Internet devono, tuttavia, essere interpretati con cautela.

In cinque dei sei paesi che riportano livelli di consumo di ecstasy nell'ultimo anno più elevati rispetto alla media, e per i quali possono essere desunte delle tendenze, il consumo della droga nella fascia di età compresa tra 15 e 34 anni ha in genere raggiunto un picco nei primi anni 2000, prima di diminuire (Repubblica ceca, Estonia, Spagna, Slovacchia, Regno Unito) (grafico 8). Nel periodo 2005-2010, questi paesi hanno segnalato tendenze stabili o in calo nel consumo di sostanze fra i giovani adulti (15-34) nell'ultimo anno.

Pochi consumatori di ecstasy entrano in terapia per i problemi legati all'uso della sostanza. Nel 2010, l'ecstasy è stata citata come droga primaria dall'1 % o meno (quasi 1 000 clienti in totale) dei pazienti dichiarati che hanno iniziato il trattamento in tutti i paesi europei ([68]).

Sostanze allucinogene, GHB e chetamina

Fra i giovani adulti (15-34 anni), le stime della prevalenza una tantum del consumo di LSD in Europa spaziano da 0,1 % a 5,4 %. Per il consumo dell'ultimo anno vengono segnalati livelli di prevalenza molto più bassi ([69]). 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 fra la popolazione generale sia fra la popolazione studentesca. Le stime della prevalenza una tantum per i funghi allucinogeni fra i giovani adulti variano dallo 0,3 % all'8,1 % e le stime della prevalenza dell'ultimo anno sono comprese tra lo 0,0 e il 2,2 %. La maggior parte dei paesi segnala stime di prevalenza una tantum per il consumo di funghi allucinogeni fra gli studenti di 15-16 anni comprese tra l'1 % e il 4 % ([70]).

Le stime della prevalenza del consumo di GHB e chetamina presso la popolazione adulta e quella studentesca sono di gran lunga inferiori alle stime riguardanti il consumo di ecstasy. Nei Paesi Bassi, dove per la prima volta il GHB è stato incluso nelle indagini sulla popolazione generale del 2009, lo 0,4 % della popolazione adulta (15-64 anni) ha riferito di aver consumato la sostanza nell'ultimo anno; una percentuale simile alla prevalenza del consumo di amfetamina dell'ultimo anno. L'indagine del British Crime, uno dei pochi studi nazionali che seguono la chetamina, ha registrato nell'ultimo anno un aumento del consumo di chetamina nella fascia di età compresa tra 16 e 24 anni: da 0,8 % nel 2006-2007 a 2,1 % nel 2010-2011.

Indagini mirate ad ambienti di vita notturna forniscono un'indicazione delle sostanze che sono disponibili in questi luoghi, sebbene i tassi di prevalenza siano difficili da interpretare. Recenti studi della Repubblica ceca e dei

([68]) Cfr. le tabelle TDI-5, TDI-8 e TDI-37 nel bollettino statistico 2012.
([69]) Cfr. la tabella GPS-1 nel bollettino statistico 2012.
([70]) Dati ESPAD per tutti i paesi eccetto la Spagna. Cfr. il grafico EYE-3 (parte v) nel bollettino statistico 2011.

Tabella 6: Prevalenza del consumo di ecstasy nella popolazione generale — Sintesi dei dati

Fascia di età	Periodo di consumo	
	Una tantum	Ultimo anno
15-64 anni		
Numero stimato di consumatori in Europa	11,5 milioni	2 milioni
Media europea	3,4 %	0,6 %
Intervallo	0,4–8,3 %	0,1–1,6 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Grecia (0,4 %) Romania (0,7 %) Norvegia (1,0 %) Polonia (1,2 %)	Svezia (0,1 %) Grecia, Francia, Romania (0,2 %) Danimarca, Polonia, Norvegia (0,3 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Regno Unito (8,3 %) Irlanda (6,9 %) Paesi Bassi (6,2 %) Spagna (4,9 %)	Slovacchia (1,6 %) Lettonia (1,5 %) Paesi Bassi, Regno Unito (1,4 %) Estonia (1,2 %)
15-34 anni		
Numero stimato di consumatori in Europa	7,5 milioni	1,5 milioni
Media europea	5,7 %	1,3 %
Intervallo	0,6–12,4 %	0,2–3,1 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Grecia (0,6 %) Romania (0,9 %) Polonia, Norvegia (2,1 %) Portogallo (2,6 %)	Svezia (0,2 %) Grecia, Francia, Romania (0,4 %) Norvegia (0,6 %) Polonia (0,7 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Regno Unito (12,4 %) Paesi Bassi (11,6 %) Irlanda (10,9 %) Lettonia (8,5 %)	Paesi Bassi (3,1 %) Regno Unito (3,0 %) Lettonia, Slovacchia (2,7 %) Estonia (2,3 %)

NB: 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, 338 milioni; 15-34, 130 milioni. Poiché le stime europee sono basate su indagini condotte tra il 2004 e il 2010-2011 (principalmente nel periodo 2008-2010), non sono riferite a un unico anno. I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» nel bollettino statistico 2012.

Paesi Bassi, nonché un'indagine condotta su Internet dal Regno Unito, segnalano stime di prevalenza una tantum per l'uso di GHB che vanno dal 4 % all'11 %, e stime per la chetamina dall'8 % al 48 %, a seconda dell'ambiente o del gruppo partecipante. In Danimarca, un'indagine in un locale notturno ha riferito che circa il 10 % degli intervistati aveva assunto chetamina, GBH, funghi allucinogeni o LSD. I risultati di uno studio del 2011 condotto in discoteche frequentate da omosessuali nel sud di Londra indicano alti livelli di consumo di queste sostanze presso alcuni sottogruppi della popolazione, con il 24 % degli intervistati che indica il GHB come droga preferita e che dichiara l'intenzione di volerla assumere la notte dell'indagine; più del 10 % dà una risposta simile per la chetamina (Wood e al., 2012b). In un'indagine del Regno Unito condotta su Internet, fra gli intervistati identificati come frequentatori abituali di locali, il 40 % ha riferito il consumo di chetamina e il 2 % il consumo di GHB nell'ultimo anno (Mixmag, 2012).

Conseguenze delle amfetamine sulla salute

Sono stati svolti molti studi sulle conseguenze del consumo di amfetamine sulla salute in quei paesi in cui il fumo dei cristalli di metamfetamina, che è pressoché assente in Europa, rappresenta una parte rilevante del fenomeno della droga. Sebbene molti degli effetti sulla salute documentati in questi studi siano stati segnalati anche fra i consumatori di amfetamine in Europa, non è chiaro se tali risultati possano essere direttamente trasposti alla situazione europea.

Il consumo di amfetamine illecite è stato associato a vari effetti avversi acuti, fra cui ansietà, cefalea, tremori, nausea, crampi addominali, sudorazione, vertigini e diminuzione dell'appetito (OEDT, 2010c). I consumatori con problemi di salute mentale sono esposti a un rischio maggiore di effetti avversi psicologici e psichiatrici acuti, i quali possono comprendere effetti che vanno da malumore, ansia, aggressività e depressione, a psicosi

paranoide acuta. Quando gli effetti stimolanti decadono, i consumatori possono provare sonnolenza, difficoltà di giudizio e di apprendimento.

Gli effetti avversi cronici associati al consumo di amfetamine includono complicanze cardiovascolari dovute al rischio cumulativo di cardiopatie e coronaropatie, nonché ipertensione polmonare. Nel contesto di una patologia cardiovascolare preesistente, il consumo di amfetamine può innescare eventi gravi e potenzialmente letali (ischemia del miocardio e infarto). Inoltre, il consumo a lungo termine è stato associato a danni al cervello e al sistema nervoso, psicosi e a una serie di disturbi della personalità e dell'umore.

Esistono prove importanti che dimostrano la sindrome da dipendenza da amfetamine a seguito di un regolare consumo intensivo. I sintomi di astinenza associati possono includere il desiderio compulsivo e la depressione con un maggiore rischio di suicidio (Jones e al., 2011).

L'assunzione per via parenterale di amfetamine aumenta il rischio di malattie infettive (HIV ed epatite), mentre tassi elevati di comportamento sessuale a rischio rendono i consumatori di metamfetamine più vulnerabili alle infezioni trasmesse per via sessuale. Inoltre, la carenza di cibo e di riposo può avere effetti negativi sulla salute. Il consumo di amfetamine in gravidanza è associato a un basso peso del neonato, prematurità e maggiore morbilità fetale.

Prevenzione presso gli ambienti ricreativi

Nonostante i livelli elevati di consumo di droga osservati in alcuni ambienti ricreativi, solo 11 paesi riferiscono l'adozione di interventi di prevenzione e riduzione del danno in tali contesti. Tali strategie tendono a concentrarsi a livello individuale o ambientale. I progetti incentrati a livello individuale comprendono interventi di educazione tra pari e squadre mobili (come in Belgio, Repubblica ceca e Regno Unito) che offrono consulenze e informazioni sulle droghe, forniscono cure mediche e distribuiscono materiali per la riduzione del danno. Altri approcci segnalati con un'impostazione individuale comprendono interventi presso i festival musicali e nei grandi eventi ricreativi che si rivolgono ai giovani, potenzialmente ad alto rischio di essere colpiti dal problema. Esempi di tali interventi comprendono valutazioni rapide per la rilevazione di problemi di droga, il pronto soccorso e gli interventi in caso di «bad trip» (termine che indica esperienze psico-fisiche negative a seguito di assunzione di sostanze).

Una serie di approcci normativi sono indirizzati agli ambienti di vita notturna, e spesso si concentrano sul rilascio delle licenze ai locali per la vendita di alcol e sulla vendita responsabile dell'alcol. Questi interventi mirano a migliorare la sicurezza del personale e dei clienti negli ambienti della vita notturna attraverso l'istituzione di una cooperazione formale tra i principali interlocutori degli ambienti festivi (autorità locali, polizia e proprietari delle strutture).

Gli approcci a livello ambientale possono comprendere le iniziative di gestione della folla, l'accesso libero all'acqua e il trasporto sicuro a tarda notte. Il progetto «After taxi» in Slovenia sovvenziona il trasporto in taxi per i giovani tra 16 e 30 anni di età. Alcune prove suggeriscono che questa iniziativa potrebbe aiutare a ridurre gli incidenti, ma non i danni provocati dall'alcol o dalla droga (Calafat e al., 2009). Altri esempi di approcci di prevenzione ambientale in ambienti ricreativi comprendono i marchi di qualità «safe-party» promossi dal progetto europeo «Party +» in Belgio, Danimarca, Spagna, Paesi Bassi, Slovenia e Svezia. Alcune prove suggeriscono che l'esito positivo delle misure normative per la prevenzione dei comportamenti a rischio in ambienti di vita notturna dipenderà dai fattori di attuazione. Inoltre, è importante che gli interventi sulla prevenzione dell'uso di droghe nei locali ricreativi siano indirizzati ai membri del personale per il loro consumo personale e per il loro atteggiamento nei confronti della droga e dell'alcol.

L'iniziativa Healthy Nightlife Toolbox, inaugurata di recente, si compone di tre banche dati (interventi valutati, recensioni della letteratura in materia e contributi di esperti che lavorano in questo campo) e di un manuale che fornisce una guida per una vita notturna sana e sicura. Tale iniziativa mette in luce che le misure preventive in ambienti ricreativi dovrebbero affrontare assieme il consumo di alcol e di sostanze illecite, poiché causano problemi simili e sono spesso consumati in combinazione. Inoltre, viene evidenziato che gli interventi di prevenzione negli ambienti ricreativi possono avere effetti benefici su una serie di comportamenti problematici e danni, dai problemi acuti di salute legati al consumo di droga e alcol, alla violenza, la guida sotto l'effetto di alcol e droga, il sesso non protetto o contatti sessuali indesiderati.

Trattamento

Consumo problematico di amfetamine

Le opzioni terapeutiche disponibili per i consumatori di amfetamine nei paesi europei differiscono notevolmente da un paese all'altro. Nei paesi dell'Europa settentrionale e centrale che hanno una lunga tradizione nel trattamento

del consumo di amfetamine, alcuni programmi sono personalizzati per le esigenze dei consumatori di amfetamine. Nei paesi dell'Europa centrale e orientale in cui il forte consumo problematico di amfetamine è più recente, i sistemi di trattamento sono orientati principalmente verso i consumatori problematici di oppioidi, sebbene affrontino sempre più le esigenze dei consumatori di amfetamine. Nei paesi europei occidentali e meridionali, che presentano bassi livelli di consumo problematico di amfetamine, la mancanza di servizi dedicati può impedire ai consumatori di amfetamine l'accesso al trattamento (OEDT, 2010c).

Nel 2011, 12 paesi hanno segnalato la disponibilità di programmi terapeutici specialistici per i consumatori di amfetamine che chiedono attivamente un trattamento; in aumento rispetto agli otto nel 2008. Alcuni esperti nazionali di Repubblica ceca, Germania, Lituania, Slovacchia e Regno Unito hanno stimato che i programmi erano disponibili per la maggioranza dei consumatori di amfetamina con bisogno di trattamento, mentre per gli altri sette paesi tali programmi erano disponibili solo per una minoranza di essi. La Bulgaria e l'Ungheria hanno segnalato che i programmi terapeutici specialistici per i consumatori di amfetamina saranno attuati nei prossimi tre anni.

Il trattamento psicosociale erogato nei servizi ambulatoriali ai tossicodipendenti è la forma più diffusa di trattamento per i consumatori di amfetamine. Esso comprende colloqui motivazionali, terapia cognitivo-comportamentale, autocontrollo e consulenza comportamentale. Gli approcci psicologici più frequentemente studiati per la dipendenza da metamfetamina e amfetamina sono la terapia cognitivo-comportamentale e la gestione delle emergenze, talvolta in combinazione (Lee e Rawson, 2008). Entrambi questi approcci sembrano essere corrisposti da risultati positivi. I consumatori più problematici (per esempio quelli la cui dipendenza da amfetamine è complicata da disturbi psichiatrici 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 amfetamine. I professionisti europei segnalano che i sintomi psicologici come autolesionismo, violenza, agitazione e depressione, presentati spesso dai consumatori problematici di amfetamina, possono richiedere una valutazione completa della salute mentale, un trattamento e un attento monitoraggio. Tali casi sono spesso trattati in stretto collegamento con i servizi di igiene mentale.

Studi sul trattamento della dipendenza da amfetamine

I livelli di remissione spontanea dalla dipendenza da amfetamina, in assenza del trattamento, sono più elevati nei consumatori di amfetamina rispetto ai consumatori di altre sostanze che producono dipendenza; quasi uno su due è recidivante nel corso di un dato anno (Calabria e al., 2010).

Diverse sostanze sono state studiate per trattare la dipendenza da amfetamina e metamfetamina, ma non sussistono ancora prove solide per nessuna delle terapie farmacologiche (Karila e al., 2010). Sebbene nelle terapie a base di modafinil, bupropione o di naltrexone sia stata segnalata qualche riduzione nel consumo di amfetamina o metamfetamina, sono necessarie ulteriori ricerche per chiarire l'eventuale ruolo di queste sostanze nel trattamento di pazienti dipendenti da amfetamine.

La dexamfetamina e il metilfenidato hanno dimostrato potenzialità come terapie sostitutive per la dipendenza da amfetamina o metamfetamina. Uno studio pilota ha rilevato che la dexamfetamina può aumentare il coinvolgimento terapeutico in pazienti con dipendenza da amfetamina (Shearer e al., 2001), mentre in uno studio recente, il rilascio prolungato di dexamfetamina ha aumentato la ritenzione e ottenuto un più basso livello di dipendenza da metamfetamina fra i pazienti (Longo e al., 2010). Uno studio randomizzato ha dimostrato che il metilfenidato può ridurre efficacemente il consumo per via endovenosa nei pazienti con grave dipendenza da amfetamina (Tiihonen e al., 2007).

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 fra gli ex alcolizzati (Richter e al., 2009).

A oggi, la ricerca si è incentrata 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 tremori, attacchi di ansia, insonnia e agitazione. 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 barbiturici sono i prodotti farmaceutici utilizzati più di frequente per trattare la sindrome da astinenza da GHB. Nei Paesi Bassi è in corso una ricerca sull'uso farmaceutico di GHB in dosi prestabilite per la disintossicazione controllata da GHB.

Capitolo 5

Cocaina e cocaina crack

Introduzione

La cocaina rimane complessivamente la seconda sostanza illecita 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 fra i consumatori di cocaina, che comprendono consumatori occasionali, consumatori regolari più integrati socialmente 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 di piante di coca, da cui si ottiene la cocaina, continua a essere concentrata in tre paesi della regione andina, Colombia, Perù e Bolivia. L'UNODC (2012) 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 159 000 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 788 e 1 060 tonnellate di cocaina pura, rispetto alle 842-1 111 tonnellate stimate nel 2009 (UNODC, 2012; cfr. anche la tabella 7).

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 2010 sono stati smantellati 2 623 laboratori di

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

	Cocaina in polvere (cloridrato)	Crack (cocaina base)(1)
Stima della produzione globale (tonnellate di cocaina pura)	788–1 060	n.d.
Quantità globali sequestrate (tonnellate di cocaina, purezza ignota)	694	n.d.
Quantità sequestrata (tonnellate)		
UE e Norvegia	61	0,07
(comprese Croazia e Turchia)	(61)	(0,07)
Numero di sequestri		
UE e Norvegia	86 000	7 000
(comprese Croazia e Turchia)	(88 000)	(7 000)
Prezzo medio di vendita (EUR al grammo)		
Intervallo	45–144	49–58
(Intervallo interquartile)(2)	(49,9–73,4)	
Purezza media (%)		
Intervallo	22–55	10–62
(Intervallo interquartile)(2)	(27,9–45,9)	

(1) A causa dell'esiguo numero di paesi che riferiscono informazioni, i dati dovrebbero essere interpretati con cautela.
(2) Intervallo della metà intermedia dei dati riferiti.
NB: Tutti i dati si riferiscono al 2010; n. d. = dati non disponibili.
Fonti: UNODC (2012) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

cocaina (UNODC, 2012) e in Colombia sono state sequestrate in totale 26 tonnellate di permanganato di potassio (l'81 % dei sequestri globali) (INCB, 2012a).

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 Messico e il Venezuela. 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) e il Sud Africa (INCB, 2012b).

La Spagna, i Paesi Bassi, il Portogallo e 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). La cocaina viene contrabbandata in modo crescente attraverso l'Europa orientale e sudorientale, in particolare lungo le rotte dei Balcani (INCB, 2012b) e nei porti di Lettonia e Lituania. In particolare, nel 2010 sono stati intercettati quantitativi di cocaina insolitamente elevati in Estonia, Lettonia, Lituania e Turchia.

Sequestri

La cocaina è la droga più trafficata al mondo, dopo le foglie e la resina di cannabis. Nel 2010 i quantitativi globali sequestrati sono rimasti ampiamente stabili intorno alle 694 tonnellate (tabella 7) (UNODC, 2012). L'America meridionale continua a riferire i quantitativi sequestrati più ingenti, che rappresentano il 52 % della cifra globale, seguita dall'America settentrionale, con il 25 %, dall'America centrale con il 12 % e dall'Europa con il 9 % (UNODC, 2012).

In Europa il numero di sequestri di cocaina è aumentato negli ultimi vent'anni, arrivando a circa 100 000 casi nel 2008, prima di una diminuzione stimata intorno a 88 000 sequestri nel 2010. La quantità totale intercettata ha raggiunto il massimo nel 2006 e si è dimezzata da allora per raggiungere circa 59 tonnellate nel 2009 in seguito alle diminuzioni nelle quantità recuperate in Spagna e in Portogallo ([71]). I quantitativi di cocaina intercettati in Europa nel 2010 sono leggermente aumentati a circa 61 tonnellate, soprattutto a seguito di un sostanziale aumento dei sequestri in Belgio e di un freno nella tendenza al ribasso osservata in Portogallo e Spagna. Nel 2010, la Spagna ha continuato a essere il paese che ha realizzato il maggior numero di sequestri di cocaina e totalizzato i quantitativi maggiori di sostanza recuperata in Europa.

Purezza e prezzo

Nel 2010, la purezza media dei campioni di cocaina testati andava dal 27 % al 46 % nella metà dei paesi dichiaranti. I valori più bassi sono stati riscontrati in Ungheria (22 %), in Danimarca e nel Regno Unito (Inghilterra e Galles) (entrambi solo al dettaglio, 24 %), mentre quelli più elevati in Belgio (55 %), in Turchia (53 %) e nei Paesi Bassi (52 %) ([72]). Dei 23 paesi che hanno fornito dati sufficienti per l'analisi delle tendenze della purezza della cocaina nel periodo 2005-2010, 20 hanno segnalato un calo e tre (Germania, Lettonia, Portogallo) hanno rilevato una tendenza stabile o in aumento. Nel complesso, la purezza della cocaina è diminuita di una media stimata del 22 % nell'Unione europea nel periodo 2005-2010 ([73]).

Il prezzo medio al dettaglio della cocaina era compreso tra 49 e 74 EUR al grammo nella maggior parte dei paesi dichiaranti nel 2010. I Paesi Bassi e la Polonia hanno riferito il prezzo medio più basso (45 EUR), mentre il Lussemburgo ha riferito il prezzo più alto (144 EUR). Dei 23 che hanno fornito dati sufficienti per un confronto, 20 hanno riferito una stabilizzazione o un calo dei prezzi al dettaglio della cocaina tra il 2005 e il 2010. Nello stesso periodo, il prezzo al dettaglio della cocaina nell'Unione europea è sceso di una media stimata del 18 % ([74]).

Prevalenza e modelli di consumo

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). Fra i consumatori abituali si possono distinguere due ampi gruppi. Il primo gruppo è costituito dai consumatori 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, per esempio su quantità, frequenza o contesto del consumo. Il secondo gruppo è composto da consumatori assidui di cocaina e di «crack» appartenenti a gruppi più socialmente emarginati o svantaggiati, fra cui anche ex

([71]) Cfr. le tabelle SZR-9 e SZR-10 nel bollettino statistico 2012.
([72]) Per i dati sulla purezza e sul prezzo, cfr. le tabelle PPP-3 e PPP-7 nel bollettino statistico 2012.
([73]) Cfr. il grafico PPP-2 nel bollettino statistico 2012.
([74]) Cfr. il grafico PPP-1 nel bollettino statistico 2012.

Il traffico di droga attraverso l'aviazione generale

Il traffico di droga per via aerea è assurto a importante questione negli ultimi anni; l'UNODC (2011b) segnala che gran parte delle spedizioni di eroina, cocaina e stimolanti di tipo amfetaminico provenienti dall'Africa arrivano in Europa. Il gruppo Aeroporti del gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa è stato istituito per sviluppare e armonizzare strumenti e sistemi in grado di migliorare il rilevamento di droga negli aeroporti europei. Con il sostegno degli uffici di collegamento dei servizi regionali d'informazione (Europa occidentale) e l'Organizzazione mondiale delle dogane, i funzionari provenienti da 35 paesi, situati principalmente in Europa, esaminano annualmente i dati relativi ai sequestri connessi al trasporto aereo o alle operazioni via posta. Nel 2010 le agenzie doganali dei paesi partecipanti hanno intercettato presso aeroporti e uffici postali circa 15 tonnellate di sostanze illecite, di cui oltre la metà era cocaina.

L'aviazione generale, caratterizzata dall'uso non commerciale di veicoli aerei leggeri e di media stazza che di solito decollano da piccoli aerodromi, è considerata un settore cruciale in quanto suscettibile di essere utilizzata dalle organizzazioni criminali per il traffico di droga. Nel 2003 il gruppo Aeroporti ha pubblicato un manuale sull'organizzazione ed effettuazione dei controlli nell'aviazione generale al fine di armonizzare i vari approcci. Inoltre, dando seguito alle conclusioni del Consiglio dell'UE del 2010, il gruppo Aeroporti ha creato un gruppo di lavoro ad hoc, che ha sviluppato 20 indicatori chiave di rischio del traffico di droga in aviazione generale.

Analisi delle acque reflue: uno studio in 19 città

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 sostanze illecite nella popolazione. Attraverso l'analisi di un campione di acque reflue — per esempio le acque di scarico che confluiscono in un impianto di trattamento delle acque reflue — i ricercatori possono stimare la quantità totale di sostanze stupefacenti consumate da una comunità misurando i livelli di metaboliti delle sostanze illecite escreti nelle urine.

Nel marzo 2011, uno studio pilota europeo ha raccolto e analizzato dei campioni di acque reflue provenienti da 19 città di 12 paesi europei ([1]), che rappresentano una popolazione complessiva di circa 15 milioni di europei (Thomas e al., in corso di stampa).

Il consumo di cocaina è stato valutato misurando la concentrazione del metabolide della cocaina, la benzoilecgonina, nelle acque reflue. I risultati differiscono notevolmente per città e paesi; i livelli più alti sono stati riscontrati nelle città del Belgio e dei Paesi Bassi, dove il consumo di cocaina nella comunità si attesta tra i 500 e i 2 000 milligrammi per 1 000 abitanti al giorno. Le stime più basse sono state riscontrate nelle città dei paesi dell'Europa settentrionale e orientale (2-146 milligrammi per 1 000 abitanti al giorno). Nella maggior parte delle città, i livelli di consumo di cocaina aumentavano durante il fine settimana, la qual cosa riflette l'uso ricreativo di questa sostanza.

I risultati degli studi delle acque reflue devono essere interpretati con cautela. I dati di una città campione non possono essere estrapolati per rappresentare i livelli di consumo nazionali. Inoltre, per via delle differenze di campionamento e delle incertezze legate all'affidabilità delle misurazioni interlaboratoriali, i risultati di città diverse non sempre possono essere comparabili. Sebbene tali metodi non forniscano i dati specifici di prevalenza prodotti dalle indagini sulle sostanze stupefacenti (per esempio sul ciclo di vita e sull'uso recente o attuale), la loro capacità di fornire stime oggettive e tempestive del consumo di sostanze illecite presso una popolazione di riferimento li rende un utile complemento degli strumenti di monitoraggio esistenti.

([1]) Per maggiori informazioni cfr. il sito web dell'OEDT.

o attuali consumatori di oppioidi che fanno uso di crack o assumono cocaina per via parenterale.

Consumo di cocaina fra la popolazione generale

Negli ultimi 10 anni, la cocaina si è affermata come la sostanza illecita stimolante più comunemente usata in Europa, sebbene la maggior parte degli utenti si trovino in un piccolo numero di paesi ad alta prevalenza, alcuni dei quali hanno una popolazione di grandi dimensioni. Si stima che circa 15,5 milioni di europei l'abbiano provata almeno una volta nella vita, pari a una media del 4,6 % di adulti della fascia dei 15-64 anni di età (cfr. la tabella 8 per una sintesi dei dati). Le cifre nazionali oscillano tra lo 0,3 e il 10,2 %, con la metà dei 24 paesi dichiaranti, fra 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 lo 0,1 % e il 2,7 %. La stima della prevalenza del consumo di cocaina nell'ultimo mese in Europa rappresenta lo 0,5 % circa della popolazione adulta, ossia circa 1,5 milioni di persone.

Irlanda, Spagna, Italia 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.

Tabella 8: Prevalenza del consumo di cocaina nella popolazione generale — Sintesi dei dati

Fascia di età	Periodo di consumo		
	Una tantum	**Ultimo anno**	**Ultimo mese**
15-64 anni			
Numero stimato di consumatori in Europa	15,5 milioni	4 milioni	1,5 milioni
Media europea	4,6 %	1,2 %	0,5 %
Intervallo	0,3–10,2 %	0,1–2,7 %	0,0–1,3 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Romania (0,3 %) Lituania (0,5 %) Grecia (0,7 %) Polonia (0,8 %)	Grecia, Romania (0,1 %) Ungheria, Lituania, Polonia, Finlandia (0,2 %) Repubblica ceca (0,3 %)	Grecia, Romania, Finlandia (0,0 %) Repubblica ceca, Svezia, Lituania, Polonia, Estonia (0,1 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Spagna (10,2 %) Regno Unito (8,9 %) Italia (7,0 %) Irlanda (6,8 %)	Spagna (2,7 %) Regno Unito (2,2 %) Italia (2,1 %) Irlanda (1,5 %)	Spagna (1,3 %) Regno Unito (0,8 %) Italia, Cipro (0,7 %) Austria (0,6 %)
15-34 anni			
Numero stimato di consumatori in Europa	8 milioni	3 milioni	1 milione
Media europea	6,3 %	2,1 %	0,8 %
Intervallo	0,7–13,6 %	0,2–4,4 %	0,0–2,0 %
Paesi con la prevalenza più bassa	Lituania, Romania (0,7 %) Grecia (1,0 %) Polonia (1,3 %) Repubblica ceca (1,6 %)	Grecia, Romania (0,2 %) Polonia, Lituania (0,3 %) Ungheria (0,4 %) Repubblica ceca (0,5 %)	Romania, Finlandia (0,0 %) Grecia, Lituania, Polonia, Norvegia (0,1 %) Repubblica ceca, Ungheria, Estonia (0,2 %)
Paesi con la prevalenza più alta	Spagna (13,6 %) Regno Unito (12,8 %) Irlanda (9,4 %) Danimarca (8,9 %)	Spagna (4,4 %) Regno Unito (4,2 %) Italia (2,9 %) Irlanda (2,8 %)	Spagna (2,0 %) Regno Unito (1,6 %) Cipro (1,3 %) Italia (1,1 %)

NB: 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 per le stime riferite al corso della vita e all'ultimo anno, ma per il 18 % per la stima nell'ultimo mese). Popolazioni utilizzate come base: 15-64, 338 milioni; 15-34, 130 milioni. Poiché le stime europee sono basate su indagini condotte tra il 2004 e il 2010-2011 (principalmente nel periodo 2008-2010), non sono riferite a un unico anno. I dati qui sintetizzati sono disponibili alla voce «Indagini realizzate nella popolazione in generale» nel bollettino statistico 2012.

Consumo di cocaina fra giovani adulti

Si ritiene che in Europa circa 8 milioni di giovani adulti (15-34 anni), per una media del 6,3 %, abbiano usato la cocaina almeno una volta nella vita. Le cifre nazionali oscillano tra lo 0,7 % 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 fra i giovani di sesso maschile (15-34 anni), con un tasso di prevalenza nell'ultimo anno compreso tra il 4 % e il 6,5 % in Danimarca, Irlanda, Spagna, Italia e Regno Unito ([75]). In 16 dei paesi dichiaranti, il rapporto uomo-donna riguardo alla prevalenza del consumo di cocaina nell'ultimo anno fra giovani adulti è di almeno due a uno ([76]).

Le indagini mirate evidenziano livelli elevati di consumo di cocaina tra i frequentatori abituali di club e altri ambienti ricreativi. Per esempio, uno studio del 2010 a livello di città dei frequentatori dei pub di Amsterdam ha segnalato una prevalenza del consumo di cocaina del 24 % nell'ultimo anno. Nella Repubblica ceca, degli oltre 1 000 intervistati in un questionario online del 2010, promosso dai mezzi di comunicazione di musica dance elettronica, il 29 % ha riferito di aver consumato cocaina negli ultimi 12 mesi. Un'indagine online condotta nel 2011 ha segnalato che il 42 % degli oltre 7 000 intervistati nel Regno Unito aveva consumato cocaina nell'ultimo anno (Mixmag, 2012).

In ambienti ricreativi, il consumo di cocaina è fortemente legato al consumo di alcol e di altre sostanze illecite. 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 fra i forti bevitori occasionali ([77]) rispetto alla popolazione generale (OEDT, 2009b). L'indagine del British Crime (2010-2011) ha segnalato che gli adulti che bevevano regolarmente

([75]) Cfr. il grafico GPS-13 nel bollettino statistico 2012.
([76]) Cfr. la tabella GPS-5 (parte iii) e (parte iv) nel bollettino statistico 2012.
([77]) 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.

alcolici erano più inclini a considerare accettabile l'assunzione di cocaina rispetto agli adulti che bevevano meno spesso o per nulla; inoltre, è stata identificata una correlazione tra aumento della frequenza delle visite in un pub o discoteca e livelli crescenti nel consumo di cocaina.

Confronti internazionali

Rispetto ad alcune altre parti del mondo per cui esistono dati attendibili, la prevalenza stimata del consumo di cocaina nell'ultimo anno fra i giovani adulti in Europa (2,1 %) è al di sotto dei loro coetanei in Australia (4,8 %) e negli Stati Uniti (4,0 % nella fascia di età compresa tra 16 e 34 anni), ma vicino a quello segnalato in Canada (1,8 %). Due paesi europei, la Spagna (4,4 %) e il Regno Unito (4,2 %), segnalano cifre simili a quelle dell'Australia e degli Stati Uniti (grafico 9).

Consumo di cocaina fra gli studenti

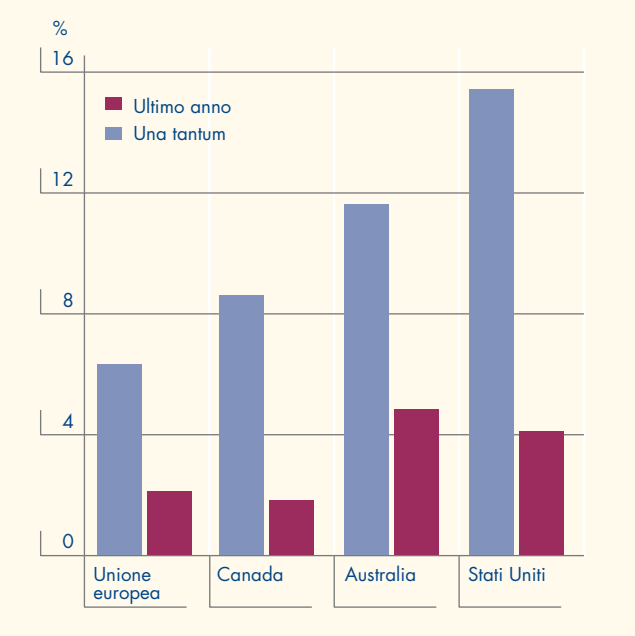
Nella più recente indagine dell'ESPAD la prevalenza del consumo di cocaina una tantum fra gli studenti di età compresa tra 15 e 16 anni oscilla tra l'1 e il 2 % in 13 su 24 Stati membri dell'Unione europea partecipanti, Croazia e Norvegia. Tutti gli altri 12 paesi, eccetto uno, riferiscono livelli di prevalenza compresi tra il 3 % e il 4 %, mentre sia l'ESPAD del Regno Unito sia le indagini scolastiche nazionali inglesi segnalano il 5 % ([78]). L'indagine scolastica nazionale spagnola segnala il 3 %. Al confronto, il consumo una tantum della sostanza fra studenti della stessa fascia d'età negli Stati Uniti viene stimato al 3 %. Laddove sono disponibili i dati sugli studenti di età compresa tra 17 e 18 anni, la prevalenza una tantum del consumo di cocaina è in genere più elevata, e in Spagna raggiunge il 7 % ([79]).

Tendenze relative al consumo di cocaina

Per più di un decennio, le ricerche hanno mostrato tendenze crescenti nel consumo di cocaina per un numero esiguo di paesi europei con i più alti livelli di prevalenza, prima di raggiungere un picco nel 2008-2009. Recenti indagini sul consumo di cocaina rivelano alcuni segnali positivi in questi paesi con un possibile declino della popolarità della sostanza stupefacente. Gli studi qualitativi effettuati in ambienti ricreativi suggeriscono anche che possa esserci un cambiamento dell'immagine della cocaina quale sostanza di prestigio (in Danimarca e nei Paesi Bassi).

Sette paesi hanno segnalato una prevalenza del consumo di cocaina fra i giovani adulti (15-34 anni) nell'ultimo anno superiore alla media UE del 2,1 % ([80]). Nelle loro

Grafico 9: Prevalenza nell'ultimo anno e prevalenza una tantum del consumo di cocaina fra i giovani adulti (15-34 anni) nell'Unione europea, in Australia, in Canada e negli Stati Uniti



NB: Le stime europee sono calcolate a partire dalle stime nazionali della prevalenza ponderate per la popolazione del gruppo di età rilevante in ciascun paese. Poiché le stime europee sono basate su indagini condotte tra il 2004 e il 2010-2011 (principalmente nel periodo 2008-2010), non sono riferite a un unico anno. Le indagini presso i paesi non europei sono state condotte nel 2010. La fascia d'età dell'indagine statunitense è di 16-34 anni (ricalcolata sulla base dei dati iniziali).

Fonti: Punti focali nazionali Reitox, AIHW (2011), Cadums (2010), Samhsa (2010).

indagini più recenti, Danimarca, Irlanda, Spagna, Italia e Regno Unito hanno osservato una diminuzione o una stabilizzazione del consumo di cocaina fra i giovani adulti nell'ultimo anno, riflettendo la tendenza osservata in Canada e negli Stati Uniti, ma non in Australia, dove è segnalato un aumento (grafico 10). Fra gli altri due paesi ad alta prevalenza, Cipro ha segnalato un aumento nella sua indagine più recente, dallo 0,7 % nel 2006 al 2,2 % nel 2009; e anche se l'ultimo anno i Paesi Bassi hanno comunicato prevalenza di cocaina fra i giovani adulti del 2,4 % nel 2009, a causa dei cambiamenti nella metodologia, il confronto con le indagini precedenti non è appropriato.

Il consumo di cocaina è relativamente basso e, nella maggior parte dei casi, stabile in altri 12 paesi in cui sono state svolte tre indagini ripetute. Possibili eccezioni comprendono la Bulgaria, la Francia 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

([78]) Cfr. la tabella EYE-11 nel bollettino statistico 2012.
([79]) Cfr. le tabelle da EYE-10 a EYE-30 nel bollettino statistico 2012.
([80]) Cfr. la tabella GPS-2 nel bollettino statistico 2012.

essere interpretate con cautela. In Bulgaria, il consumo di cocaina nell'ultimo anno fra i giovani adulti è salito dallo 0,7 % nel 2005 all'1,5 % nel 2008, in Francia è salito dall'1,2 % nel 2005 all'1,9 % nel 2010, 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.

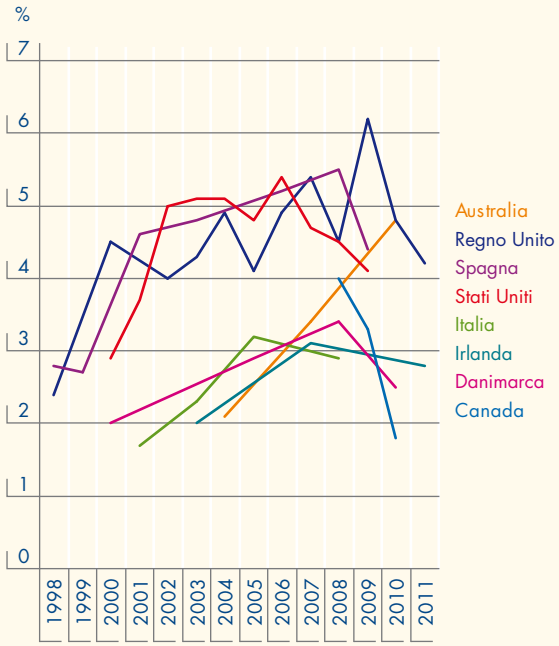
Dei 23 paesi che hanno partecipato sia al ciclo di indagini dell'ESPAD del 2011 che a quello del 1995 o del 1999, 18 hanno osservato un aumento della prevalenza una tantum del consumo di cocaina da uno a tre punti percentuali, mentre nessuno ha osservato una diminuzione. L'aumento generale nei paesi richiede una vigilanza continua anche se, nel complesso, i livelli di prevalenza restano bassi.

Conseguenze del consumo di cocaina sulla salute

Le conseguenze del consumo di cocaina sulla salute tendono a essere 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 (Aaron e al., 2008). 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.

L'assunzione di cocaina per via parenterale e il consumo di crack sono associati ai massimi rischi per la salute fra i consumatori di cocaina, compresi i problemi cardiovascolari e mentali (OEDT, 2007a). Se confrontati con la più ampia popolazione di consumatori di cocaina, i recenti dati delle emergenze ospedaliere provenienti dalla Spagna mostrano una sovrarappresentazione di consumatori che si iniettano o fumano la sostanza.

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



NB: Per ulteriori informazioni cfr. il grafico GPS-14 (parte ii) nel bollettino statistico 2012. Le fasce d'età per le indagini non europee sono le seguenti: Stati Uniti, 16-34 anni; Canada, 15-34 anni; Australia, 15-34 anni per il 2010, 14-39 anni per le indagini precedenti.

Fonti: Punti focali nazionali Reitox, AIHW (2011), Cadums (2010), Samhsa (2010).

Emergenze correlate alla cocaina: potenzialità per il pronto intervento?

Un recente studio europeo ha identificato un triplice aumento nelle emergenze ospedaliere correlate alla cocaina in alcuni paesi a partire dalla fine degli anni novanta, con un picco intorno al 2008 nel Regno Unito e in Spagna (Mena e al., in corso di stampa). Ciò corrisponde alle tendenze sulla prevalenza del consumo nella popolazione generale e alle notifiche dei decessi dovuti alla cocaina. Cinque dei sei paesi che hanno segnalato il maggior numero di emergenze ospedaliere correlate alla cocaina nel 2008-2010 (Danimarca, Irlanda, Spagna, Paesi Bassi, Regno Unito) segnalano anche una prevalenza del consumo di cocaina al di sopra della media europea. Anche il fatto che la maggior parte delle emergenze correlate alla cocaina si siano verificate fra i giovani adulti, e che i due terzi siano di sesso maschile, è in linea con i dati di prevalenza.

Alcuni paesi europei ora monitorano i danni legati al consumo di cocaina utilizzando i dati provenienti dai ricoveri in pronto soccorso e dai ricoveri ospedalieri dei pazienti. I dati possono provenire anche da reparti di tossicologia, servizi di primo soccorso per i consumatori di sostanze stupefacenti, chiamate ai centri antiveleno o registrazioni della polizia antidroga. Spagna e Paesi Bassi, in particolare, forniscono dati relativamente corposi. Altri paesi spesso si basano sui sistemi «sentinella», basati su una selezione di ospedali.

Pur essendo eterogenei, i dati europei sulle emergenze ospedaliere forniscono un utile indicatore delle tendenze, ma evidenziano anche un'area con un potenziale ampiamente inesplorato: quello della valutazione, del pronto intervento e della segnalazione di migliaia di pazienti consumatori di cocaina ogni anno.

([81]) Cfr. il grafico GPS-14 (parte i) nel bollettino statistico 2012.

Consumo problematico di cocaina

Le forme più dannose di consumo di cocaina comprendono il consumo regolare o a lungo termine della sostanza o il suo utilizzo per via parenterale. Poiché per nessun paese europeo non vi sono stime indirette nazionali di recente realizzazione sul consumo problematico di cocaina, le principali fonti di informazioni disponibili sulla portata delle forme più dannose del consumo di cocaina sono le indagini sulla popolazione generale, i dati sui consumatori di sostanze stupefacenti in trattamento e gli studi sul consumo di cocaina e di crack.

Alcuni paesi hanno raccolto dati sul consumo assiduo di cocaina nell'ambito di indagini sulla popolazione generale. Se da un lato tali indagini tendono a escludere gli utenti emarginati, dall'altro hanno il potenziale per raggiungere i consumatori assidui di cocaina socialmente integrati. Un'indagine del 2009 sulla popolazione generale spagnola, che usa misure della frequenza di consumo, ha stimato oltre 140 500 consumatori assidui di cocaina ([82]), o circa 4,5 casi su 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni. Uno studio a livello cittadino a Oslo, in Norvegia, basato anche sulla misura della frequenza di consumo in una serie di indagini (fra la popolazione generale, detenuti e consumatori di sostanze stupefacenti per via parenterale), ha identificato tra i 1 600 e i 2 000 consumatori problematici di cocaina ([83]), ovvero quattro per 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni. In Germania, la prevalenza di problemi relativi alla cocaina è stata stimata a circa 2 casi su 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni, utilizzando la scala Gravità della dipendenza.

Il consumo di crack è poco diffuso fra i consumatori di cocaina socialmente integrati e riguarda principalmente i gruppi emarginati e svantaggiati quali le prostitute e i consumatori problematici di oppioidi. In Europa, si tratta prevalentemente di un fenomeno urbano (Connolly e al., 2008; Prinzleve e al., 2004) con una prevalenza generale molto bassa. 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, dove nel 2009-2010 vi erano circa 184 000 consumatori problematici di cocaina crack, ovvero 5,4 (5,2-5,7) 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 delle forme più problematiche di consumo 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 (Reynaud-Maurupt e Hoareau, 2010).

La cocaina è stata citata come il motivo principale per l'inizio del trattamento dal 15 % di tutti i consumatori di droga segnalati che hanno iniziato il trattamento nel 2010. Fra i soggetti che hanno iniziato il trattamento per la prima volta, la percentuale di consumatori primari di cocaina era più elevata (21 %).

Esistono ampie differenze tra i paesi nella percentuale e nel numero di consumatori di cocaina, con le percentuali più alte riferite dalla Spagna (44 %), dall'Italia (29 %) e dai Paesi Bassi (26 %). In Belgio, Irlanda, Cipro, Lussemburgo, Malta, Portogallo e Regno Unito i consumatori di cocaina oscillano tra il 10 % e il 15 % dei pazienti in terapia. Altrove in Europa, i nuovi pazienti in terapia per cocaina sono meno del 10 % e sette paesi riferiscono una percentuale inferiore all'1 % di tutti i pazienti che iniziano il trattamento e che consumano la cocaina come droga primaria. Nel complesso, cinque paesi (Spagna, Germania, Italia, Paesi Bassi e Regno Unito) rappresentano quasi il 90 % di tutti i pazienti in terapia per tossicodipendenza da cocaina segnalati da 29 paesi europei ([84]).

In base a quanto riferito dai 25 paesi che hanno fornito dati nel periodo 2005-2010, la tendenza nel numero di pazienti in terapia per uso primario di cocaina è salita fino al 2008 (da 55 000 a 71 000 pazienti), si è stabilizzata nel 2009 (70 000) ed è leggermente diminuita nel 2010 (67 000) ([85]). Il numero di pazienti consumatori di cocaina è diminuito in 13 paesi tra il 2007-2008 e il 2010, con alcuni paesi (Spagna, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito) che segnalano una riduzione fino al 40 % nel numero di pazienti che entrano in terapia per la prima volta. Nei Paesi Bassi, il numero di nuovi pazienti consumatori di cocaina è diminuito tra il 2009 e il 2010, mentre il numero di pazienti consumatori di cocaina riammessi alla terapia, in particolare quelli che menzionano gli oppioidi come droga secondaria, è segnalato come stabile (Ouwehand e al., 2011).

([82]) Definiti come coloro che hanno più di 20 anni e hanno consumato cocaina per almeno 30 giorni nell'ultimo anno o almeno 10 giorni nell'ultimo mese, o quelli che hanno meno di 20 anni e hanno consumato cocaina per 10 o più giorni nell'ultimo anno e almeno un giorno nell'ultimo mese.
([83]) Definiti come coloro che hanno consumato la sostanza stupefacente più di una volta alla settimana.
([84]) Cfr. il grafico TDI-5 (parte i) e (parte ii) e TDI-24 nel bollettino statistico 2012; i dati per la Spagna si riferiscono al 2009.
([85]) Cfr. i grafici TDI-1 e TDI-3 nel bollettino statistico 2012.

Profilo dei pazienti sottoposti a trattamento ambulatoriale

I pazienti che si sottopongono al trattamento presso centri terapeutici ambulatoriali per uso primario di cocaina presentano un rapporto uomo-donna elevato (circa cinque uomini per ogni donna) e un'età media tra le più alte (circa 33 anni) fra tutti i pazienti in trattamento per tossicodipendenza da sostanze stupefacenti. I consumatori di cocaina come droga primaria riferiscono di avere iniziato a utilizzare la sostanza a un'età media di 22 anni, e l'87 % di loro ha iniziato prima dei 30 anni ([86]).

La maggior parte dei pazienti cocainomani riferisce di sniffare (65 %) o fumare (27 %) la droga come principale metodo di assunzione, e solo il 6 % riferisce di consumare la sostanza principalmente per via parenterale. 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 un quarto non l'ha consumata o l'ha consumata solo occasionalmente in quel periodo ([87]).

La cocaina viene consumata spesso in associazione con altre droghe, in particolare alcol, cannabis, altri stimolanti ed eroina. Un'analisi olandese condotta nel 2011 ha rivelato che la maggior parte dei pazienti consuma cocaina assieme ad altre sostanze (64 %), il più delle volte alcol (Ouwehand e al., 2011).

Un sottogruppo di cocainomani che iniziano il trattamento in regime ambulatoriale in Europa sono i 7 500 pazienti in terapia per uso primario di cocaina crack ([88]). Essi rappresentano il 13 % di tutti i pazienti cocainomani e meno del 2 % di tutti i pazienti sottoposti a trattamento in regime ambulatoriale. La maggior parte dei pazienti in terapia per crack (circa 5 000) hanno iniziato il trattamento nel Regno Unito, dove rappresentano il 36 % dei pazienti in terapia per uso primario di cocaina e il 4 % di tutti i pazienti in terapia per la tossicodipendenza in regime ambulatoriale. I restanti 2 000 pazienti in terapia per crack sono riferiti dalla Francia e dai Paesi Bassi, dove essi rappresentano, rispettivamente, il 23 % e il 30 % dei pazienti in terapia per cocaina; e dalla Spagna e dall'Italia (3 % e 1 % dei pazienti cocainomani). I pazienti consumatori di cocaina crack spesso usano la droga assieme ad altre sostanze, inclusa l'eroina per via parenterale (OEDT, 2007a; Escot e Suderie, 2009).

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. Le principali opzioni di trattamento primario 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.

Undici Stati membri, inclusi tutti quelli con livelli elevati di consumo di cocaina e inizio di trattamento, riferiscono la disponibilità di programmi terapeutici specifici, a fianco di servizi terapeutici generici, per i consumatori di cocaina o di cocaina crack. Tuttavia, mentre gli esperti nazionali di Germania, Italia, Lituania e Regno Unito ritengono che questi programmi specifici siano disponibili per la maggior parte dei cocainomani che necessitano di trattamento, gli esperti di Belgio, Danimarca, Irlanda, Spagna, Austria, Romania e Slovenia reputano che siano disponibili solo per una minoranza di consumatori.

Alcuni paesi riferiscono di adattare le loro risposte al trattamento per la dipendenza da cocaina alle esigenze di particolari gruppi di pazienti. Nel Regno Unito, per esempio, le agenzie specializzate per il trattamento danno la priorità ai centri terapeutici per i consumatori problematici di stupefacenti, inclusi i consumatori di cocaina crack. Sia la Danimarca sia l'Austria segnalano di erogare il trattamento ai consumatori di cocaina all'interno di un programma di terapia per la poliassunzione. In Danimarca, è stato sperimentato un modello di terapia per problemi di cocaina, cannabis e alcol. Le linee guida cliniche devono ancora essere sviluppate e il modello sarà attuato in alcuni comuni nei prossimi quattro anni, con una dotazione finanziaria di circa un milione di EUR. Inoltre, Bulgaria, Malta e Paesi Bassi hanno riferito che i programmi terapeutici specifici per i consumatori di cocaina sono previsti per i prossimi tre anni.

Studi sul trattamento della dipendenza da cocaina

L'OEDT e il gruppo Cochrane su Droghe e Alcol ha recentemente pubblicato una rassegna di recensioni sulla terapia farmacologica della dipendenza da cocaina (Amato e al., in corso di stampa), in cui si analizzano l'accettabilità, l'efficacia e la sicurezza degli psicostimolanti, degli anticonvulsivanti, degli antipsicotici, degli agonisti dopaminergici e del disulfiram per trattare la dipendenza da cocaina. La maggior parte di queste sostanze sono potenzialmente in grado di bloccare

([86]) Cfr. le tabelle TDI-4 (parte ii), TDI-10 (parte iii), TDI-11 (parte iii) e TDI-18 (parte ii) nel bollettino statistico 2012.
([87]) Cfr. le tabelle TDI-17 e TDI-18 (parte ii) nel bollettino statistico 2012.
([88]) Cfr. la tabella TDI-115 nel bollettino statistico 2012.

o ridurre l'effetto della ricompensa nel cervello indotto dalla cocaina. Inoltre, gli antipsicotici possono alleviare i sintomi psicotici provocati dalla cocaina. Questi studi non sono direttamente confrontabili, in quanto hanno diverse finalità e misure di esito, che spaziano dalla riduzione del consumo, riduzione o trattamento dei sintomi di astinenza, all'identificazione di terapie sostitutive.

La revisione degli studi sugli psicostimolanti ha individuato alcuni risultati positivi per aiutare i consumatori di cocaina a raggiungere l'astinenza. In particolare, i risultati della terapia con bupropione e dexamfetamina cui sono stati sottoposti i pazienti codipendenti da oppioidi e cocaina sono stati promettenti. Tuttavia, gli psicostimolanti non sono risultati efficaci per la terapia sostitutiva. Le valutazioni dei farmaci antipsicotici e anticonvulsivanti per i pazienti dipendenti da cocaina sono state inconcludenti. Le prove attuali non supportano l'uso degli agonisti dopaminergici per il trattamento della dipendenza da cocaina. Anche se il disulfiram ha mostrato risultati positivi per mantenere i pazienti in terapia, i potenziali effetti indesiderati nocivi della sostanza sembrano superare i benefici.

Fra gli interventi non farmacologici per il trattamento della dipendenza da cocaina, la gestione della contingenza continua a essere l'intervento psicosociale con la massima efficacia (Vocci e Montoya, 2009). Un recente studio belga ha riportato che dopo sei mesi di partecipazione in un programma di gestione della contingenza con il rafforzamento della comunità, il tasso di astinenza fra i consumatori di cocaina era tre volte superiore a quello per i pazienti tossicodipendenti in terapia standard (Vanderplasschen e al., 2011).

Riduzione del danno

Gli interventi di riduzione del danno destinati ai consumatori di cocaina più socialmente integrati, principalmente consumatori di polvere di cocaina, possono essere effettuati attraverso specifici programmi di sensibilizzazione negli ambienti di vita notturna. Due esempi sono il recente «Know the Score Cocaine Awareness Campaign» in Scozia e la campagna di sensibilizzazione Partywise «How is your friend on coke?» in Belgio. Queste campagne sono dirette ad accrescere la sensibilizzazione e a fornire informazioni (cfr. il capitolo 4 per ulteriori informazioni sugli interventi in contesti ricreativi).

Gli interventi volti a ridurre i danni causati dal consumo problematico di cocaina e crack rappresentano un nuovo ambito di lavoro in molti Stati membri. In genere vengono erogati ai consumatori di oppioidi gli stessi servizi e le stesse attrezzature offerti ai cocainomani che assumono la sostanza per via parenterale. Tuttavia, l'assunzione di cocaina per via parenterale è associata a rischi specifici. In particolare, comporta una frequenza potenzialmente più alta di assunzione per via parenterale, 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. Alcuni locali per il consumo di droga in tre paesi (Germania, Spagna, Paesi Bassi) forniscono attrezzature per l'inalazione di droghe, compresa la cocaina crack. 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, fra cui pipe da crack pulite o «kit per il crack» (stelo di vetro con bocchino, schermo di metallo, balsamo per labbra e salviette per le mani) ai consumatori

Vaccini contro le sostanze illecite

La ricerca sugli animali per il vaccino antidroga risale al 1972 (Berkowitz e Spector), ma l'interesse a sviluppare una risposta farmacologica alla dipendenza da cocaina ha recentemente riportato il tema in auge.

I vaccini antidroga funzionano inducendo la produzione di anticorpi nel sangue e, quando ciò accade, possono ridurre gli effetti psicoattivi delle sostanze stupefacenti e inibire il desiderio compulsivo (Fox e al., 1996). Attualmente, si stanno studiando vaccini antidroga per la cocaina, la nicotina, la metamfetamina e l'eroina (Shen e al., 2011). I vaccini più avanzati mirano alla dipendenza da cocaina e da nicotina, e hanno dimostrato di essere efficaci nell'aiutare i pazienti a resistere all'astinenza. La principale limitazione che si è osservata è che la risposta degli anticorpi è bassa nella maggior parte dei pazienti (Hatsukami e al., 2005; Martell e al., 2005). Tuttavia, si stanno conducendo studi per migliorare questo aspetto, e la commercializzazione potrebbe essere presto disponibile, almeno per la nicotina (Polosa e Benowitz, 2011). La ricerca sui vaccini antimetamfetamina si trova ancora nella fase preclinica, dove si focalizza sulla caratterizzazione degli anticorpi. I vaccini antioppioidi sviluppati sono efficaci sui topi, e ora gli studi si stanno concentrando sulle strategie di riduzione delle applicazioni necessarie per mantenere la concentrazione di anticorpi nel sangue (Stowe e al., 2012).

di droga che fumano cocaina crack. In 13 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. Nel Regno Unito, il consiglio consultivo del Regno Unito che si occupa dell'abuso di sostanze stupefacenti ha recentemente riesaminato l'uso del foglio di alluminio come un intervento di riduzione del danno, avvalendosi di prove secondo cui la sua fornitura può favorire il fumo e non il consumo per via parenterale (ACMD, 2010).



Capitolo 6

Consumo di oppioidi e assunzione di droga per via parenterale

Introduzione

In Europa il consumo di eroina, in particolare per via parenterale, è stato strettamente associato a problemi sociali e di salute pubblica 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 di questo secolo, in Europa si è osservato un calo nell'uso dell'eroina e nei problemi correlati. Tuttavia, nell'ultima decade, la tendenza è diventata meno definita. I dati suggeriscono ancora un quadro variegato; nonostante ciò si riscontra maggiormente che in alcune parti dell'Europa le nuove iniziazioni al consumo di eroina sono diminuite, la disponibilità della sostanza stupefacente è diminuita e, recentemente, alcuni paesi ne hanno sperimentato l'acuta scarsità. Tale situazione è stata accompagnata da relazioni secondo cui l'eroina è stata sostituita da altre sostanze stupefacenti, inclusi gli oppioidi sintetici, come il fentanil, ma anche l'assunzione per via parenterale di altre sostanze stimolanti, fra cui l'amfetamina, la metamfetamina e i catinoni sintetici. Ogni eventuale aumento di sostanze stimolanti assunte per via parenterale dà luogo a preoccupazioni circa l'aumento dei rischi per la salute.

Offerta e disponibilità

Storicamente in Europa sono disponibili due tipi di eroina importata: la più comune è l'eroina brown (forma chimica base), proveniente prevalentemente dall'Afghanistan. Meno comune è l'eroina bianca (sotto forma di sale), che generalmente proviene dall'Asia sudorientale. Sebbene l'eroina bianca sia diventata rara, alcuni paesi hanno recentemente segnalato alcuni prodotti di eroina in forma di cristalli bianchi, probabilmente provenienti dall'Asia sudoccidentale. Una piccola quantità di oppioidi viene prodotta anche in Europa: si tratta principalmente di derivati domestici del papavero (per esempio, paglia di papavero, concentrato di papavero derivante da steli o infiorescenze di papavero pressati), segnalati in Estonia, Lituania e Polonia.

Produzione e traffico

L'eroina consumata in Europa proviene per lo più dall'Afghanistan, che resta il maggior produttore mondiale di questa sostanza. 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, 2012). Si calcola che la potenziale produzione globale di oppio sia aumentata da 4 700 tonnellate nel 2010 a 7 000 tonnellate nel 2011, raggiungendo livelli paragonabili a quelli degli anni precedenti. Gran parte di questo aumento è dovuto al miglioramento del potenziale della produzione afghana di oppio, cresciuta

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

Produzione e sequestri	Eroina
Stima della produzione globale (tonnellate)	467
Quantità globale sequestrata (tonnellate)	81
Quantità sequestrata (tonnellate)	
UE e Norvegia	6
(comprese Croazia e Turchia)	(19)
Numero di sequestri	
UE e Norvegia	50 000
(comprese Croazia e Turchia)	(55 000)
Prezzo e purezza in Europa (1)	**Eroina brown**
Prezzo medio di vendita (EUR al grammo)	
Intervallo	23–160
(Intervallo interquartile) (2)	(24,6–73,6)
Purezza media (%)	
Intervallo	13–57
(Intervallo interquartile) (2)	(17,7–28,0)

(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 2012.
(2) Intervallo della metà intermedia dei dati riferiti.
NB: I dati si riferiscono al 2010, tranne la stima della produzione globale (2011).
Fonti: UNODC (2012) per i valori globali, punti focali nazionali Reitox per i dati europei.

da 3 600 tonnellate nel 2010 a 5 800 tonnellate nel 2011 (UNODC, 2012). La stima più recente della potenziale produzione globale di eroina è di 467 tonnellate (cfr. la tabella 9), in crescita rispetto ai livelli stimati di circa 384 tonnellate nel 2010 (UNODC, 2012).

L'eroina entra in Europa seguendo due principali rotte di traffico, sebbene vi sia una crescente diversità nei metodi e nelle rotte utilizzati per il contrabbando della droga. La rotta dei Balcani, storicamente importante, porta l'eroina prodotta in Afghanistan attraverso il Pakistan, l'Iran e la Turchia e, successivamente, verso 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. Una parte di questa eroina viene quindi contrabbandata attraverso la Bielorussia, la Polonia e l'Ucraina ad altre destinazioni, come i paesi scandinavi. L'Africa sembra stia diventando più importante ed è ora la principale area di transito per il contrabbando di eroina in Europa per via aerea (INCB, 2012b). All'interno dell'Unione europea, i Paesi Bassi e, in misura minore, il Belgio svolgono un ruolo importante quali centri di distribuzione secondari.

Sequestri

I sequestri di oppio segnalati a livello mondiale sono diminuiti da 653 tonnellate nel 2009 a 492 tonnellate nel 2010. L'80 % circa del totale dei sequestri è stato effettuato in Iran e quasi il 12 % in Afghanistan. I sequestri segnalati a livello mondiale di eroina (81 tonnellate) e di morfina (19 tonnellate) sono aumentati nel 2010, in ciascun caso per un valore di 5 tonnellate (UNODC, 2012).

Nel 2010 in Europa circa 55 000 sequestri hanno portato all'intercettazione di 19 tonnellate di eroina, due terzi delle quali (12,7 tonnellate) sono stati segnalati dalla Turchia. Il Regno Unito (seguito dalla Spagna) ha continuato a riferire il numero più elevato di sequestri ([89]). Le cifre relative agli anni 2005-2010 provenienti da 28 paesi dichiaranti indicano che il numero dei sequestri è aumentato nel complesso, sebbene ci sia stato un lieve calo nel 2010. Tra il 2005 e il 2010, la quantità sequestrata nell'Unione europea ha avuto un andamento fluttuante, con una marcata diminuzione nel 2010, dovuta principalmente a diminuzioni riferite in Bulgaria e nel Regno Unito. Anche la Turchia ha riferito un sostanziale declino della quantità recuperata nel 2010, e questo deve essere rapportato al contesto delle attività di interdizione precedenti che sembrano aver stravolto il mercato dell'eroina in alcune parti dell'Europa.

I sequestri a livello mondiale di anidride acetica utilizzata per produrre l'eroina sono aumentati da 21 000 litri circa nel 2009 a 59 700 litri nel 2010. Le cifre per l'Unione europea sono variate molto negli ultimi anni: da un picco di circa 151 000 litri sequestrati nel 2008 a 912 litri nel 2009; un singolo sequestro in Bulgaria di circa 21 100 litri ha rappresentato gran parte dei 21 200 litri sequestrati nel 2010 (INCB, 2012a).

Nell'ultimo decennio, l'Estonia ha riferito che l'eroina è stata ampiamente sostituita dal fentanil sul mercato illegale. Più recentemente, la Slovacchia ha registrato un fenomeno analogo, sebbene il numero di sequestri e quantitativi recuperati restino esigui. Nel 2010, la Slovacchia ha segnalato 17 sequestri di fentanil; in Estonia, è stato sequestrato mezzo chilo di questo oppioide sintetico.

Purezza e prezzo

Nel 2010, per la maggior parte dei paesi dichiaranti, la purezza media dell'eroina brown esaminata andava dal 17 % al 28 %; sono stati riferiti valori medi inferiori in Francia (13 %) e Austria (solo al dettaglio, 13 %) e superiori a Malta (30 %), in Spagna (32 %) e in Turchia (57 %). Tra il 2005 e il 2010, la purezza dell'eroina brown è aumentata in quattro paesi, è rimasta stabile in altri quattro ed è diminuita in due paesi. Generalmente, la purezza media dell'eroina bianca era maggiore (25-45 %) nei cinque paesi europei che hanno fornito dati ([90]).

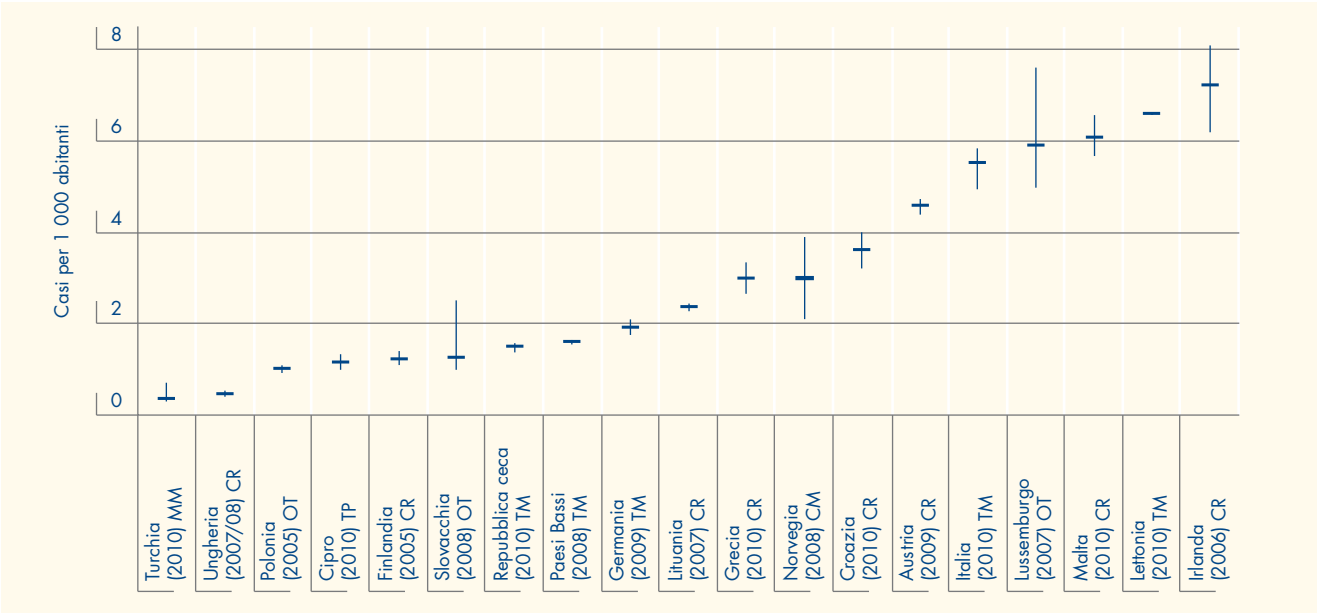
Il prezzo al dettaglio dell'eroina brown ha continuato a essere notevolmente più alto nei paesi nordici che nel resto d'Europa, con la Svezia che ha segnalato un prezzo medio di 160 EUR al grammo (successivamente a un drastico aumento nel 2010) e la Danimarca di 83 EUR nel 2010. Nel complesso, nella metà dei paesi dichiaranti era compreso tra 24 EUR e 74 EUR al grammo. Nel periodo 2005-2010, il prezzo al dettaglio dell'eroina brown è sceso in 10 dei 14 paesi europei che hanno trasmesso dati relativi alle tendenze nel tempo. Generalmente, il prezzo medio dell'eroina bianca era maggiore (61-251 euro) nei tre paesi europei che hanno fornito dati.

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 o amfetamine. 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 amfetamine o di cocaina

([89]) Cfr. le tabelle SZR-7 e SZR-8 nel bollettino statistico 2012.
([90]) Per i dati sulla purezza e sul prezzo, cfr. le tabelle PPP-2 e PPP-6 nel bollettino statistico 2012.

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



NB: Un segno orizzontale indica una stima puntuale; un segno verticale indica un intervallo di incertezza, che può essere un intervallo di confidenza del 95 % o un intervallo basato sull'analisi della sensibilità. I gruppi bersaglio possono variare leggermente a causa di metodi di calcolo diversi e di differenti fonti di dati; pertanto il confronto va fatto con cautela. Fasce di età non standard vengono utilizzate negli studi provenienti da Finlandia (15-54 anni) e Polonia (tutte le età). Entrambe le stime sono adattate a una popolazione di 15-64 anni. I metodi utilizzati per le stime sono abbreviati come segue: CR = capture-recapture (cattura-ricattura); TM = treatment multiplier (moltiplicatore trattamento); MM = mortality multiplier (moltiplicatore mortalità); CM = combined methods (metodi combinati); TP = truncated Poisson (troncata di Poisson); OT = other methods (altri metodi). Per ulteriori informazioni cfr. il grafico PDU-1 (parte ii) e la tabella PDU-102 nel bollettino statistico 2012.

Fonti: Punti focali nazionali Reitox.

rappresentino dei componenti importanti. I consumatori problematici di stupefacenti sono per lo più poliassuntori e le cifre sulla prevalenza sono molto più elevate nelle aree urbane e fra i gruppi emarginati. 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).

Consumo problematico di oppioidi

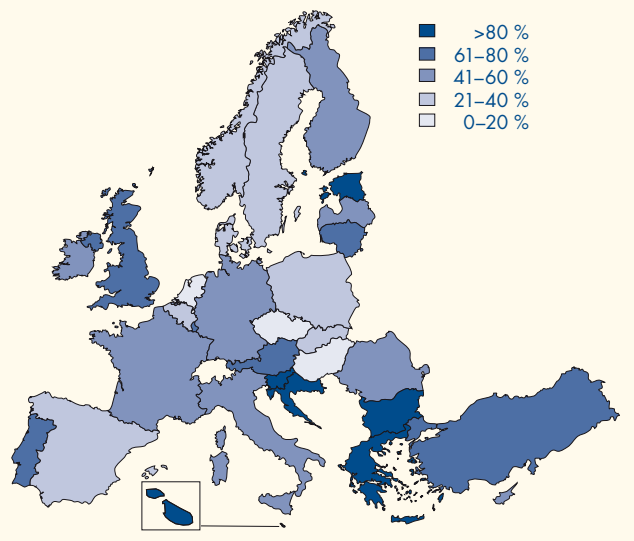
Attualmente, la maggior parte dei paesi europei è in grado di fornire stime sulla prevalenza del consumo problematico di oppioidi. Le recenti stime nazionali vanno da meno di uno a sette casi su 1 000 abitanti nella fascia di età compresa tra 15 e 64 anni (grafico 11). I paesi che riferiscono le stime più alte sul consumo problematico di oppioidi sono l'Irlanda, la Lettonia, il Lussemburgo e Malta, mentre le stime più basse vengono riferite da Cipro, dall'Ungheria, dalla Polonia, e dalla Finlandia. Soltanto la Turchia segnala cifre inferiori a un caso su 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni.

La prevalenza media del consumo problematico di oppioidi nell'Unione europea e in Norvegia, calcolata in base agli studi nazionali, è stimata a 4,2 (tra i 3,9 e i 4,4) casi ogni 1 000 abitanti su una popolazione di 15-64 anni. Ciò equivale a circa 1,4 milioni di consumatori problematici di oppioidi nell'Unione europea e in Norvegia nel 2010 ([91]).

In confronto, le stime per i paesi limitrofi dell'Europa sono alte: la Russia con 16,4 casi su 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni (UNODC, 2011b), e l'Ucraina con 10-13 casi ogni 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni (UNODC, 2010). Sia in Australia che negli Stati Uniti vengono segnalate stime della prevalenza del consumo problematico di oppioidi superiori alla media, 6,3 e 5,8 casi ogni 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni, mentre la cifra equivalente è pari a 3,0 in Canada. I confronti tra paesi dovrebbero essere fatti con cautela, perché le definizioni della popolazione di destinazione possono variare. Per esempio, se viene aggiunto il consumo non medico di prescrizione di oppioidi, la cifra di prevalenza salirebbe a 39-44 ogni 1 000 nordamericani di età compresa tra 15 e 64 anni (UNODC, 2011b).

([91]) Le stime riportate da 18 paesi hanno come risultato un tasso medio di 3,1 (3,0-3,2) casi su 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni. Integrando le stime ponderate del consumo problematico di droga fornite da altri otto paesi, il tasso medio aumenta a 4,2 (3,9-4,4), che è stato applicato alla popolazione dell'Unione europea e della Norvegia nel 2010.

Grafico 12: Consumatori primari di oppioidi quale percentuale di tutti i nuovi pazienti segnalati nel 2010



NB: Dati espressi come percentuale di coloro per cui è nota la droga primaria (92 % dei pazienti segnalati). Dati per il 2010 o l'anno più recente disponibile. I dati relativi alla Lituania 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, fra cui Belgio, Repubblica ceca, Germania e Francia, perché molti vengono curati da medici generici o servizi psichiatrici e possono non essere segnalati all'indicatore della domanda di trattamento.
Fonti: Punti focali nazionali Reitox.

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 200 000 soggetti, ovvero il 48 % di tutte le persone che hanno riferito di aver iniziato un trattamento specializzato per la tossicodipendenza in 29 paesi europei nel 2010. Tuttavia, esistono notevoli differenze in Europa; i consumatori di oppioidi sono oltre il 70 % di quelli che entrano in terapia in sette paesi, tra il 40 % e il 70 % in 12 paesi e meno del 40 % in 10 paesi (grafico 12). Quasi l'80 % di tutti i consumatori di oppioidi che entrano in terapia in Europa sono riportati da soli cinque paesi: Germania, Spagna, Francia, Italia e Regno Unito ([92]).

Gli oppioidi diversi dall'eroina sono citati come droga primaria da un'elevata percentuale di coloro che entrano in terapia in alcuni paesi: fentanil in Estonia, buprenorfina in Finlandia, e altri oppioidi in Danimarca, Lettonia e Austria ([93]).

I consumatori di oppioidi che iniziano un trattamento specializzato hanno in media 33 anni; nella maggior parte dei paesi le donne che iniziano il trattamento per la prima volta sono più giovani ([94]). In Europa, il numero dei pazienti uomini consumatori di oppioidi è superiore alle donne, per un rapporto di circa tre a uno. La gran parte dei pazienti consumatori di oppioidi ha dichiarato di aver iniziato a consumare questa droga prima dei 30 anni, con quasi la metà (46 %) di tutti i pazienti consumatori di oppioidi che ha iniziato prima dei 20 anni ([95]). In genere, fra i consumatori di oppioidi che iniziano una terapia si riscontrano tassi più elevati di mancanza di una dimora, disoccupazione, livelli di istruzione più bassi rispetto ai consumatori che riferiscono di utilizzare altre sostanze primarie, e sono generalmente concentrati nelle aree urbane.

Andamento del consumo problematico di oppioidi

I dati provenienti da nove paesi con stime ripetute della prevalenza del consumo problematico di oppioidi nel periodo 2005-2010 suggeriscono una situazione relativamente stabile. Tuttavia, le misure di prevalenza possono non essere sensibili alle tendenze di iniziazione al consumo di droga, e devono essere inserite nel contesto fornito da altre fonti di dati. Nel periodo 2005-2010, il numero di pazienti che sono entrati per la prima volta in terapia specialistica per uso primario di eroina è aumentato da 51 000 nel 2005 a un picco di 61 000 nel 2007, prima di scendere a 46 000 nel 2010 in 24 paesi europei ([96]). Questo calo è particolarmente evidente nei paesi dell'Europa occidentale.

Il tempo tra il primo consumo di eroina e l'entrata in terapia può essere considerevole. Per questo motivo, il numero di consumatori di eroina che iniziano il trattamento per la prima volta riflette sia la tendenza storica di iniziazione all'eroina (incidenza) che il quadro contemporaneo. Purtroppo tale interpretazione può essere influenzata dai cambiamenti nel riportare le abitudini, e le cifre europee riflettono sproporzionatamente le tendenze nei paesi più grandi. Tuttavia, nonostante le notevoli differenze tra paesi, prove suggeriscono che, nel complesso, il nuovo consumo di eroina in Europa è in declino.

Questa analisi può anche essere considerata assieme ad altri indicatori di tendenze, compreso il consumo di stupefacenti per via parenterale (cfr. sotto), i decessi per droga e i reati legati alla droga, sebbene queste fonti siano migliori indicatori di prevalenza piuttosto che di incidenza. Negli ultimi anni, in Europa è osservabile una diminuzione del numero di reati di droga relativi

([92]) Cfr. le tabelle TDI-5 e TDI-22 nel bollettino statistico 2012.
([93]) Cfr. la tabella TDI-113 nel bollettino statistico 2012.
([94]) Cfr. le tabelle TDI-10, TDI-21, TDI-32 e TDI-103 nel bollettino statistico 2012.
([95]) Cfr. le tabelle TDI-33, TDI-106 (parte i) e TDI-107 (parte i) nel bollettino statistico 2012.
([96]) Cfr. i grafici TDI-1 e TDI-3 nel bollettino statistico 2012.

all'eroina. I dati sui decessi per droga sono più equivoci. Fino al 2008 sono stati notati aumenti o una situazione stabile; nel 2009, era evidente una situazione globale stabile e i dati provvisori per il 2010 indicano un più recente calo ([97]).

Gli indicatori del mercato di oppioidi forniscono anche informazioni complementari. Gravi carenze di eroina sono state segnalate da un certo numero di paesi alla fine del 2010 e all'inizio del 2011 (OEDT, 2011a) e una recente diminuzione dei sequestri di eroina indica cambiamenti nella disponibilità di eroina in Europa, che potrebbe anche essere associata a un cambiamento dei modelli di consumo di droga. Fra gli indicatori vi sono le testimonianze di un aumento di assunzione di catinoni per via parenterale (Ungheria), miscele contenenti caffeina e creatina (Romania), un aumento del consumo di benzodiazepine e di altri farmaci (Irlanda, Slovenia, Regno Unito), un aumento di assunzione di amfetamine per via parenterale (Ungheria, Lettonia) e preoccupanti segnalazioni di consumo dell'oppioide sintetico fentanil (per esempio Estonia, Slovacchia).

Considerate nel loro insieme, le informazioni indicano che l'Europa sta osservando un graduale declino del nuovo consumo di eroina, che si è verificato sullo sfondo di una crescente disponibilità e copertura della terapia. Sembra che l'intera popolazione eroinomane invecchi e che, nel complesso, sia caratterizzata da un livello relativamente elevato dei contatti per la fornitura di servizi. Sebbene questo fenomeno sia più evidente negli Stati membri che hanno aderito all'UE prima del 2004, i dati recenti suggeriscono che potrebbe anche verificarsi in molti dei nuovi Stati membri.

Consumo di stupefacenti per via parenterale

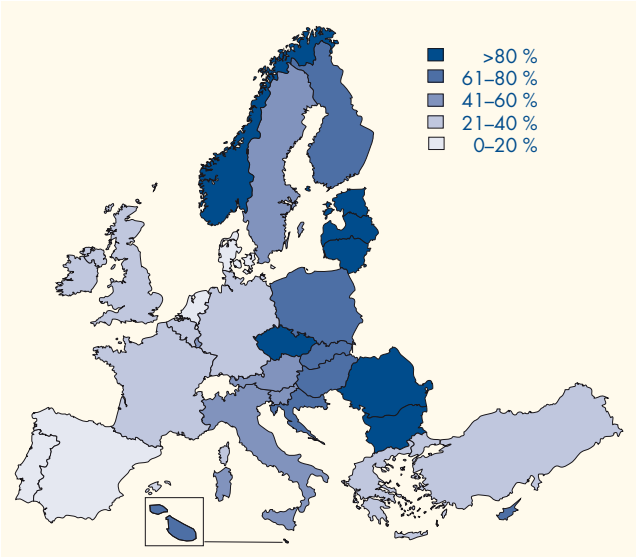
I consumatori di stupefacenti per via parenterale figurano fra i soggetti che corrono un rischio molto elevato di andare incontro a problemi di salute, come infezioni trasmissibili per via ematica (per esempio HIV/AIDS, epatite) oppure overdose da stupefacenti, a causa del loro uso di stupefacenti. Nella 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 amfetamine.

Solo 14 paesi sono stati in grado di fornire stime recenti sulla prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale ([98]). 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 compresa tra 15 e 64 anni. In 13 paesi è possibile calcolare che vi sono circa 2,4 consumatori di droga per via parenterale su 1 000 abitanti di età 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.

Il 37 % circa dei consumatori primari di oppioidi che hanno iniziato una terapia specializzata nel 2010, principalmente consumatori di eroina, riferiscono l'assunzione per via parenterale quale modalità abituale di assunzione. I livelli di assunzione per via parenterale fra i consumatori di oppioidi variano da un paese all'altro, dal 7 % nei Paesi Bassi al 94 % in Lettonia. Percentuali elevate di consumatori per via parenterale si trovano in Europa centrale e orientale così come in alcuni paesi settentrionali (grafico 13).

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, dell'incertezza statistica delle stime. Degli otto paesi con sufficienti dati per analizzare gli andamenti, i livelli di consumo per via parenterale sembrano diminuiti nel Regno Unito e rimasti relativamente stabili in Grecia, in Ungheria, a Cipro, in Slovacchia, in Croazia e in Norvegia. La Repubblica ceca ha riferito un aumento dei

Grafico 13: Assunzione per via parenterale quale modalità abituale di somministrazione fra i consumatori primari di oppioidi che hanno iniziato la terapia nel 2010



NB: Dati espressi come percentuale dei pazienti segnalati per i quali è nota la via di somministrazione. Dati per il 2010 o l'anno più recente disponibile. Cfr. la tabella TDI-5 (parte iii) e (parte iv) nel bollettino statistico 2012.
Fonti: Punti focali nazionali Reitox.

([97]) Cfr. la tabella DRD-2 (parte i) nel bollettino statistico 2012.
([98]) Cfr. il grafico PDU-2 nel bollettino statistico 2012.

consumatori per via parenterale, per lo più consumatori di metamfetamine, tra il 2005 e il 2010 ([99]).

Considerando i dati disponibili da una serie di altri indicatori, sembra esserci una riduzione complessiva di consumo di oppioidi per via parenterale e, in particolare, di consumo di eroina per via parenterale in Europa. La maggior parte dei paesi europei ha riferito un calo nella percentuale di consumatori di droga per via parenterale fra i consumatori primari di eroina che hanno iniziato la terapia per la prima volta tra il 2005 e il 2010; in Europa è una tendenza confermata da un'analisi a lungo termine (2000-2009) dei consumatori di eroina che entrano in terapia specializzata per la prima volta (OEDT, 2012c). Il calo di consumatori di eroina per via parenterale è stato osservato in tutti i paesi, sebbene il declino sia più marcato nei paesi dell'Europa occidentale. Nel 2009, mentre i paesi occidentali hanno riferito che fumare l'eroina era diventata la principale via di assunzione della sostanza stupefacente per più della metà dei pazienti eroinomani (53 %), nei paesi orientali il 70 % dei pazienti eroinomani ha riferito che l'assunzione per via parenterale è la principale via di assunzione (OEDT, 2012c). Inoltre, studi recenti effettuati dall'Irlanda e dalla Norvegia identificano un intervallo di tempo crescente tra il primo consumo di eroina e la prima assunzione per via parenterale (Bellerose e al., 2011; Bretteville-Jensen e Skretting, 2010).

Consumo per via parenterale e altre vie di assunzione

In Europa, i dati raccolti sui consumatori di sostanze stupefacenti che iniziano il trattamento, costituiscono la più grande e completa fonte di informazioni sul comportamento indotto da droga nei soggetti con problemi legati al consumo di droga ([1]).

Nel complesso, nel 2010 l'assunzione per via parenterale è stata segnalata come la seconda via di assunzione più comune fra i tossicodipendenti che entrano in terapia principalmente per problemi con gli oppioidi. Dei 140 000 pazienti consumatori primari di oppioidi che entrano in terapia nei centri ambulatoriali, per i quali la via di assunzione è conosciuta, il 36 % ha riferito di consumare la sostanza stupefacente per via parenterale, mentre il 45 % ha riferito di fumarla o sniffarla e il 19 % ha dichiarato di sniffare o di ingerire la sostanza per via orale. Al contrario, il 3 % dei 53 000 consumatori di cocaina che entrano in terapia nelle stesse strutture hanno segnalato di assumere la sostanza per via parenterale, il 68 % ha riferito di sniffarla, e il resto ha dichiarato di fumarla o inalarla. Fra i 9 000 consumatori di amfetamine o di altre sostanze stimolanti diverse dalla cocaina, il 24 % ha riferito l'assunzione per via parenterale quale principale via di assunzione, mentre il 40 % ha ingerito la sostanza stupefacente per via orale, il 32 % l'ha sniffata e il 4 % ha riferito altre modalità di assunzione.

I modelli di consumo di stupefacenti sono cambiati nel tempo. Un'analisi dei dati di ingresso alla terapia tra il 2000 e il 2009 ha mostrato una diminuzione del consumo di droga per via parenterale fra i pazienti consumatori primari di eroina in tutti i paesi europei (dal 58 % al 36 %), in particolare nella parte occidentale dell'Europa (OEDT, 2012c). Inoltre, fra i consumatori di oppioidi che iniziano la terapia in regime ambulatoriale dal 2009, quelli che fumano la droga sono più numerosi di coloro che l'assumono per via parenterale ([2]).

([1]) Va notato che i dati di ingresso alla terapia non possono essere estrapolati per l'intera popolazione dei tossicodipendenti in terapia, e non possono essere rappresentativi della popolazione più ampia di consumatori di stupefacenti, che comprende quelli non in terapia. Ulteriori informazioni sulla dimensione del totale della popolazione in trattamento sono disponibili sul sito web dell'OEDT.
([2]) Cfr. la tabella TDI-17 nei bollettini statistici 2010, 2011, 2012.

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 sia 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, il trattamento residenziale svolge un ruolo importante nel trattamento della dipendenza da oppioidi ([100]). 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, compreso il farmaco sostitutivo. I pazienti partecipano ad attività quotidiane e ricevono un'assistenza psicologica intensiva. Mentre la terapia in regime di astinenza può avvenire sia in regime ambulatoriale sia di ricovero, il tipo riferito più di frequente corrisponde al trattamento residenziale e il trattamento in regime di astinenza in un contesto ospedaliero.

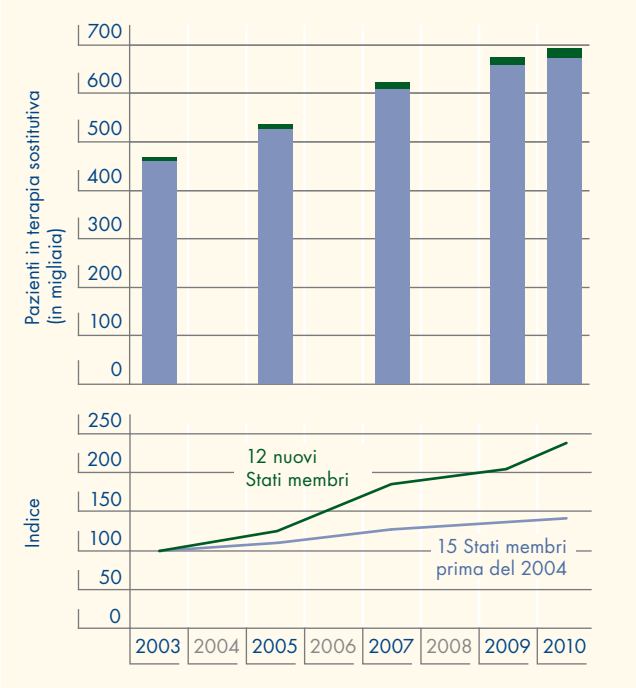
Il tipo più comune di terapia per la dipendenza da oppioidi in Europa è la terapia sostitutiva, generalmente

([99]) Cfr. la tabella PDU-6 (parte iii) nel bollettino statistico 2012.
([100]) Cfr. la tabella TDI-24 nel bollettino statistico 2012.

affiancata dall'assistenza psicosociale, e viene erogata in genere presso strutture ambulatoriali specializzate. Sedici 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, in Turchia e in Norvegia è stimato in 709 000 pazienti (698 000 per gli Stati membri dell'UE) nel 2010, in aumento rispetto ai 650 000 del 2008 e al quasi mezzo milione del 2003 ([101]). La stragrande maggioranza delle terapie sostitutive continua a essere fornita nei 15 Stati membri che hanno aderito all'UE prima del 2004 (il 95 % circa del totale) e le tendenze a medio termine (2003-2010) mostrano costanti aumenti (grafico 14). Fra questi paesi, i maggiori aumenti sono stati osservati in Grecia, in Austria e in Finlandia, dove i numeri relativi al trattamento sono quasi triplicati.

Un tasso di aumento ancora più elevato è stato osservato nei 12 paesi che hanno aderito all'UE dal 2004. In questi paesi il numero dei pazienti in terapia sostitutiva è cresciuto dai 7 800 nel 2003 ai 20 400 nel 2010; gran parte dell'aumento è avvenuto dopo il 2005. In proporzione, l'espansione della terapia sostitutiva in questi paesi nell'arco dei sette 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). Gli aumenti più limitati sono stati riferiti dalla Lituania, dall'Ungheria e dalla Slovacchia.

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



NB: Gli anni per i quali non sono stati raccolti i dati sono presentati in grigio. Per ulteriori informazioni cfr. il grafico HSR-2 nel bollettino statistico 2012.
Fonti: Punti focali nazionali Reitox.

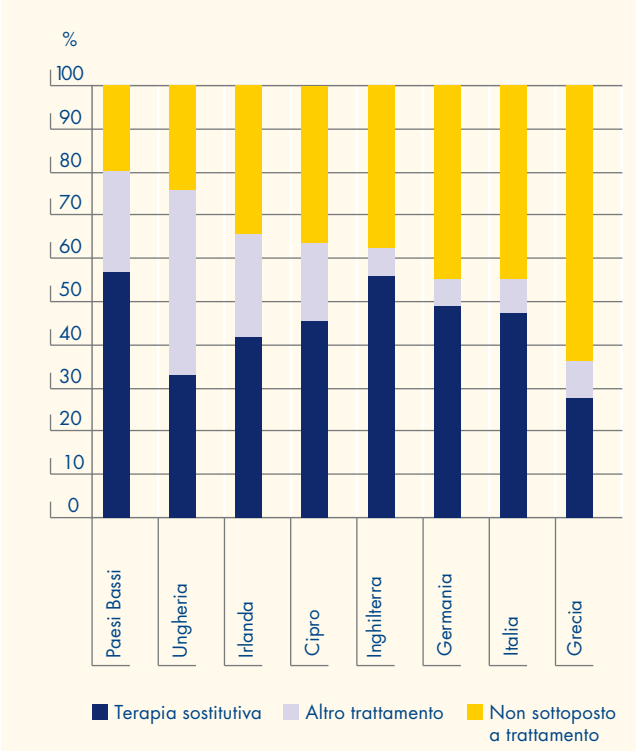
Un confronto tra il numero stimato di consumatori problematici di oppioidi e il numero di pazienti in terapia sostitutiva indica vari livelli di copertura in Europa. Dei 18 paesi per i quali sono disponibili stime affidabili del numero di consumatori problematici di oppioidi, nove segnalano un numero di persone in terapia sostitutiva corrispondenti a circa il 50 % o più del gruppo di destinazione ([102]). Sei di questi paesi erano diventati Stati membri prima del 2004 e i rimanenti paesi sono Malta, la Repubblica ceca e la Norvegia.

Mentre, in media, circa la metà di tutti i consumatori problematici di oppioidi nell'Unione europea e in Norvegia hanno accesso alla terapia sostitutiva, esistono differenze sostanziali tra paesi, con livelli di copertura notevolmente più bassi in Grecia (28 %), Lituania (17 %), Slovacchia (12 %), Polonia (8 %) e Lettonia (2 %).

Le stime della percentuale di consumatori problematici di oppioidi in qualsiasi tipo di terapia sono possibili per otto paesi (grafico 15). In Irlanda, Cipro, Ungheria, Paesi Bassi e Regno Unito (Inghilterra), si stima che oltre il 60 % dei consumatori problematici di oppioidi sia in terapia, mentre questa percentuale è presumibilmente inferiore al 40 % in Grecia. I dati suggeriscono anche differenze nella scelta di terapia per dipendenza da oppioidi. Le terapie diverse da quelle sostitutive da oppioidi, per lo più modalità in regime d'astinenza, rappresentano meno del 10 % di tutti i trattamenti forniti ai consumatori problematici di oppioidi in Germania, Grecia, Italia e Regno Unito (Inghilterra). In Irlanda, Cipro e Paesi Bassi, i trattamenti diversi dalla terapia sostitutiva da oppioidi rappresentano tra il 15 % e il 25 % di tutti i trattamenti per i consumatori problematici di oppioidi, mentre in Ungheria la percentuale è pari al 43 %. Di conseguenza, mentre sia la Grecia sia l'Ungheria riportano basse stime di copertura per la terapia sostitutiva da oppioidi (circa il 30 %), le percentuali stimate di consumatori problematici di oppioidi che non sono in contatto con nessun servizio di terapia differiscono notevolmente; da oltre il 60 % in Grecia a circa il 25 % in Ungheria. Ciò dimostra la necessità di considerare sia il livello di terapia sostitutiva a disposizione sia la disponibilità di altri approcci terapeutici.

([101]) Cfr. la tabella HSR-3 nel bollettino statistico 2012.
([102]) Cfr. il grafico HSR-1 nel bollettino statistico 2012.

Grafico 15: Diffusione del trattamento rivolto ai consumatori problematici di oppioidi nei paesi europei selezionati: percentuale (%) della stima di consumatori problematici di oppioidi fra la popolazione sottoposti o non sottoposti a trattamento



NB: I paesi inclusi sono quelli per i quali esistono stime attendibili della popolazione dei consumatori problematici di oppioidi, il numero di pazienti che ricevono una terapia sostitutiva e il numero totale di consumatori problematici di oppioidi sottoposti a trattamento. Per ulteriori informazioni cfr. il grafico HSR-1 nel bollettino statistico 2012.

Fonti: Punti focali nazionali Reitox.

I lunghi tempi di attesa per la terapia sostitutiva possono essere un ostacolo significativo per l'accesso alla terapia. Secondo un'indagine effettuata nel 2011, la limitata disponibilità di trattamento e la mancanza di risorse, così come ritardi dovuti a ragioni procedurali, sono le cause principali per i lunghi tempi di attesa. Esperti provenienti da 12 dei 29 paesi dichiaranti hanno stimato che il tempo medio di attesa era inferiore alle due settimane, e in altri sei paesi è stato stimato tra due settimane e un mese. In altri cinque paesi (Lituania, Ungheria, Romania, Finlandia, Norvegia), il tempo di attesa è tra uno e sei mesi, mentre i tempi di attesa in Grecia sono superiori a sei mesi. I tempi medi di attesa nazionale possono, tuttavia, nascondere una notevole variazione regionale. Per esempio, ad Atene e a Salonicco, si stima che i tempi di attesa abbiano raggiunto circa tre anni, a causa della capacità limitata, anche se in altre città greche i tempi di attesa sono stati più brevi nel 2010. Gli esperti provenienti da quattro paesi non hanno potuto fornire una stima dei tempi di attesa.

In Europa, fino a tre quarti dei pazienti in trattamento per uso di oppioidi assumono metadone, il farmaco sostitutivo prescritto più comunemente. La buprenorfina è prescritta fino a un quarto dei pazienti in terapia sostitutiva ed è il principale farmaco sostitutivo nella Repubblica ceca, in Grecia, Francia, Cipro, Finlandia, e Svezia ([103]). La combinazione di buprenorfina e nalossone è disponibile in 15 paesi. I trattamenti con morfina a lento rilascio (Bulgaria, Austria, Slovenia), codeina (Germania, Cipro) e diacetilmorfina (Belgio, Danimarca, Germania, Spagna, Paesi Bassi, Regno Unito) rappresentano una piccola percentuale di tutte le terapie.

Terapia di disintossicazione dalla dipendenza da oppioidi: efficacia e risultati

Prove crescenti indicano che la terapia di disintossicazione dalla dipendenza da oppioidi, quando viene associata alla psicoterapia ed è seguita dalla prevenzione farmacologica della ricaduta, sortisce risultati migliori. Una recente rassegna di studi ha scoperto che questa combinazione di trattamento può aiutare i pazienti a completare la terapia, a ridurre il consumo di oppioidi, e a rimanere astinenti in seguito (Amato e al., 2011). Inoltre, il numero di assenze cliniche durante la terapia è inferiore nei pazienti a cui viene offerta assistenza psicosociale. Day e Strang (2011) hanno rilevato che i regimi di ricovero ospedaliero sono risultati più efficaci rispetto ai regimi ambulatoriali nell'aiutare i pazienti nella disintossicazione completa (il 51 % contro il 36 % nel gruppo ambulatoriale).

La prevenzione delle ricadute dopo la terapia di disintossicazione dalla dipendenza da eroina può essere supportata dal naltrexone, un antagonista dei recettori oppioidi. Tuttavia, i tassi di ritenzione e di osservanza della terapia con il trattamento al naltrexone nella popolazione studiata restano, nel complesso, esigui. Il naltrexone è risultato efficace per coloro che sono obbligati a rispettare il trattamento al fine di evitare conseguenze rilevanti, per esempio gli operatori sanitari e gli individui sotto supervisione legale (Minozzi e al., 2011). Mentre, nel complesso, la terapia di disintossicazione per la dipendenza da oppioidi sembra essere meno efficace della terapia sostitutiva, l'Organizzazione mondiale della sanità (2009) raccomanda, tuttavia, che la terapia di disintossicazione venga offerta come opzione ai pazienti tossicodipendenti interessati che chiedono di entrare in terapia.

([103]) Cfr. la tabella HSR-3 nel bollettino statistico 2012.

Qualità della vita dei consumatori di stupefacenti in terapia sostitutiva

I consumatori di droga dipendenti da oppioidi, come gruppo, sperimentano una qualità di vita inferiore rispetto a quella della popolazione generale e a quella delle persone con altre patologie mediche. Tale aspetto è stato al centro di studi recenti condotti in Germania, Lettonia e Regno Unito, da cui sono scaturiti risultati che sostengono il valore della terapia sostitutiva. I fattori della scarsa qualità della vita sono anche i predittori di recidiva, soprattutto fra i tossicodipendenti più anziani (OEDT, 2010d). Una recente analisi sistematica (De Maeyer e al., 2010) ha mostrato che la partecipazione alla terapia ha migliorato la qualità di vita degli individui a partire dai primi mesi del trattamento. Tutte le opzioni di terapia sostitutiva si sono rivelate ugualmente efficaci nel migliorare la qualità della vita, sebbene di solito i pazienti a cui è stato prescritto il metadone abbiano manifestato miglioramenti prima (dopo circa un mese) di quelli trattati con buprenorfina. Nelle relazioni soggettive, tuttavia, la buprenorfina ha ricevuto una valutazione migliore del metadone, probabilmente perché non necessita di una somministrazione quotidiana. Raggiungere risultati di una buona qualità di vita è un obiettivo chiave nel trattamento della tossicodipendenza, e questo può trarre beneficio da ulteriori ricerche sull'efficacia relativa delle opzioni disponibili della terapia sostitutiva.



Capitolo 7
Malattie infettive e decessi correlati alla droga

Introduzione

Il consumo di stupefacenti è associato, direttamente e indirettamente, a una serie di conseguenze negative sulla società e sulla salute. Si riscontrano problemi in misura estremamente maggiore fra i consumatori a lungo termine di oppioidi o di alcune forme di stimolanti, e fra quelli che assumono sostanze stupefacenti per via parenterale. Il consumo di oppioidi, in particolare, è associato ai decessi da overdose, e la portata di questo problema si evince dal fatto che, negli ultimi dieci anni, l'Europa ha registrato circa un decesso da overdose ogni ora. Tuttavia, è altresì importante ricordare che i consumatori cronici di stupefacenti sono anche più esposti al rischio di decesso per altre cause, incluse le malattie organiche, il suicidio, gli incidenti e i traumi. Indipendentemente dalla sostanza consumata, l'assunzione di sostanze stupefacenti per via parenterale continua a essere un vettore importante per la trasmissione di malattie infettive, inclusi l'HIV e l'epatite C; le nuove epidemie di HIV registrate di recente da alcuni paesi europei sottolineano l'importanza di mantenere efficaci le risposte della sanità pubblica in questa area.

Malattie infettive correlate alla droga

L'OEDT sta monitorando sistematicamente l'infezione da HIV e dai virus dell'epatite B e C fra i consumatori di stupefacenti per via parenterale ([104]). La morbilità e la mortalità prodotte da queste infezioni sono fra le conseguenze più gravi per la salute del consumo di sostanze stupefacenti. Anche altre malattie infettive, fra cui l'epatite A e D, le malattie sessualmente trasmissibili, la tubercolosi, il tetano, il botulismo, l'antrace e il virus T-linfotropo umano possono colpire i tossicodipendenti in misura estremamente maggiore.

HIV e AIDS

Alla fine del 2010, il tasso di nuove diagnosi da HIV riportate fra i consumatori di droga per via parenterale 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 (grafico 16).

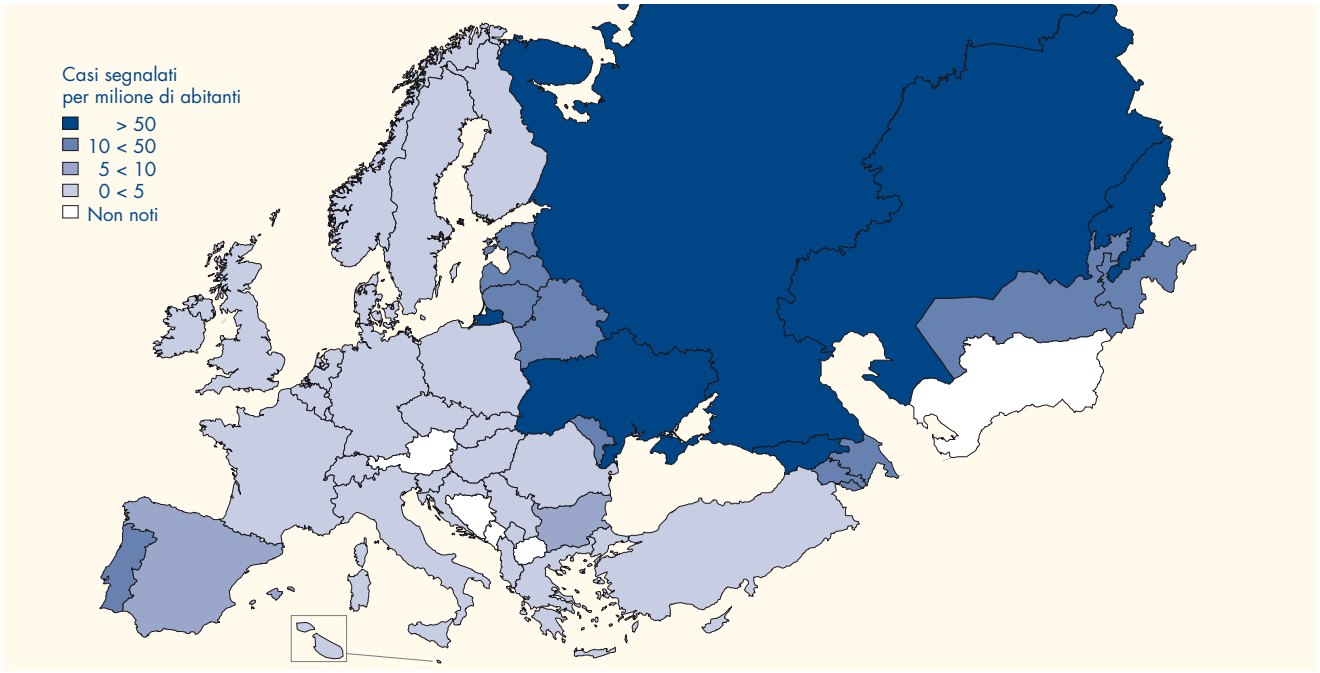
Il tasso medio di nuovi casi diagnosticati nei 26 Stati membri dell'UE in grado di fornire dati per il 2010 ha raggiunto un nuovo valore minimo di 2,54 per milione di abitanti, ovvero 1 192 nuovi casi riportati ([105]), comparabile con i tassi di 19,7 per milione di abitanti negli USA (CDC, 2009), 104,3 per milione in Russia, entrambi per il 2009, e 151,5 per milione in Ucraina nel 2010 (ECDC e OMS, 2011). Anche i dati disponibili sulla prevalenza dell'HIV in campioni di consumatori di droga per via parenterale nell'Unione europea risultano positivi rispetto alla prevalenza nei paesi vicini dell'est ([106]), anche se i confronti tra i paesi devono essere considerati con cautela a causa delle differenze nei metodi di studio e nella copertura.

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 vari paesi, possono essere stati determinanti (OEDT, 2010e).

Nonostante questo quadro complessivamente positivo, i nuovi dati indicano che la trasmissione di HIV correlata al consumo di stupefacenti per via parenterale è continuata nel 2010; due paesi in particolare (Grecia e Romania) hanno segnalato nuove epidemie di infezione da HIV fra i consumatori di droga per via parenterale nel 2011 ([107]). In entrambi i paesi, queste epidemie sono state precedute da aumenti della prevalenza di epatite C fra consumatori di droga per via parenterale, indicando che una crescente prevalenza dell'HCV può fungere da indicatore predittivo di aumenti dei rischi della assunzione per via endovenosa fra le popolazioni dei consumatori di

([104]) Per i dettagli sui metodi e sulle definizioni, cfr. il bollettino statistico 2012.
([105]) Non sono disponibili i dati di Austria e Turchia. Per quanto riguarda gli Stati membri dell'UE più Croazia, Turchia e Norvegia, il tasso era di 2,52 casi per milione di abitanti, ovvero 1 204 nuovi casi segnalati nel 2010.
([106]) Cfr. le tabelle INF-1 e INF-108 e il grafico INF-3 (parte i) nel bollettino statistico 2012.
([107]) Cfr. il riquadro «Epidemie di HIV in Grecia e Romania».

Grafico 16: Infezioni da HIV di recente diagnosi nei consumatori di droga per via parenterale nel 2010 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 2010. I dati per la Federazione russa, la Turchia e l'Albania si riferiscono al 2009.
Fonte: ECDC e OMS, 2011.

droga per via parenterale, possibilmente prima che l'HIV inizi a diffondersi (Vickerman e al., 2010).

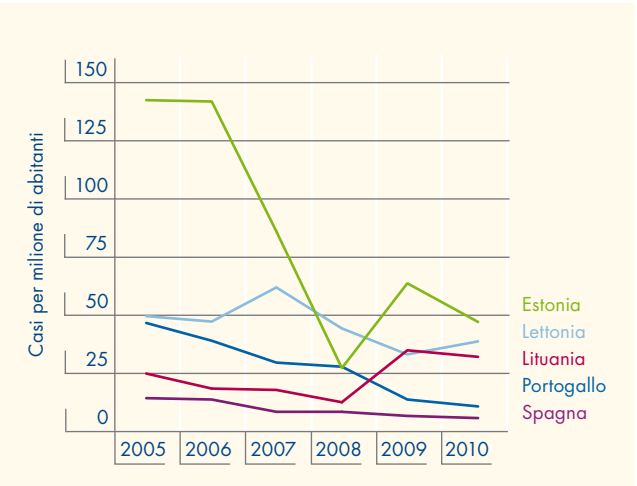
Tendenze osservate nell'infezione da HIV

I dati sui casi di nuova diagnosi connessi al consumo di stupefacenti per via parenterale nel 2010 indicano che, in generale, il tasso di infezione sta ancora diminuendo nell'Unione europea, dopo il picco raggiunto nel 2001-2002. Dei cinque paesi che riferiscono i tassi più elevati di infezioni di nuova diagnosi fra i consumatori di stupefacenti per via parenterale tra il 2005 e il 2010, Spagna e Portogallo hanno continuato a segnalare una tendenza al ribasso, mentre fra gli altri paesi solamente la Lettonia ha riferito un lieve aumento (grafico 17) ([108]).

Questi dati sono positivi, ma devono essere letti con la consapevolezza che in alcuni paesi continua a esistere il potenziale di nuove epidemie di HIV fra i tossicodipendenti per via parenterale. In una prospettiva biennale, tra il 2008 e il 2010, sono stati osservati aumenti in Estonia (da 26,8 casi per milione di abitanti a 46,3 per milione di abitanti) e in Lituania (da 12,5 casi per milione di abitanti a 31,8 per milione di abitanti). Anche la Bulgaria, un paese che ha avuto storicamente un tasso di infezione molto basso, ha raggiunto un picco di 9,7 per milione di abitanti nel 2009, per poi tornare a scendere a 7,4 per milione di abitanti nel 2010.

I dati di prevalenza provenienti dai campioni dei tossicodipendenti per via parenterale sono disponibili per 25 paesi europei nel periodo 2005-2010 ([109]) e costituiscono una fonte informativa complementare, anche se le differenze di campionatura impongono di interpretare con cautela queste informazioni.

Grafico 17: 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 2011, cfr. il grafico INF-2 nel bollettino statistico 2012.
Fonte: ECDC e OMS, 2011.

([108]) I dati per la Spagna non hanno una copertura nazionale. Il recente aumento in Estonia può essere dovuto a cambiamenti del sistema di sorveglianza a partire dal 2009; tuttavia, non è chiaro in che misura.
([109]) I dati sull'andamento non sono disponibili per Estonia, Irlanda, Francia, Paesi Bassi e Turchia. Cfr. la tabella INF-108 nel bollettino statistico 2012.

In 17 di questi paesi le stime di prevalenza dell'HIV non hanno subito variazioni. In sette (Germania, Spagna, Italia, Lettonia, Polonia, Portogallo e Norvegia), i dati sulla prevalenza dell'HIV hanno mostrato un calo. Solo un paese (la Bulgaria) ha segnalato una prevalenza crescente dell'HIV: nella capitale, Sofia, in linea con l'aumento dei casi di nuove infezioni diagnosticate. Gli aumenti della trasmissione di HIV in Grecia e Romania segnalati nel 2011 non sono stati osservati nella prevalenza dell'HIV o nei dati segnalati prima del 2011. In sei paesi sono stati osservati ulteriori possibili segnali della trasmissione di HIV in corso fra piccoli campioni di giovani consumatori di droga per via parenterale (di età inferiore a 25 anni); con livelli di prevalenza superiori al 5 % in Estonia, Francia, Lettonia, Lituania e Polonia, e con prevalenza crescente in Bulgaria nel periodo 2005-2010.

Incidenza dell'AIDS e accesso alla 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 consumatori di droga per via parenterale affetti da HIV non ricevano la terapia antiretrovirale altamente attiva (HAART, Highly Active AntiRetroviral Therapy) in una fase sufficientemente precoce dell'infezione, che consentirebbe loro di trarre il massimo beneficio dal trattamento. Secondo una revisione globale potrebbe essere ancora così in alcuni paesi europei (Mathers e al., 2010).

La Lettonia continua a essere il paese con la più elevata incidenza di casi di AIDS correlati al consumo di stupefacenti per via parenterale, con 27,1 nuovi casi stimati per milione di abitanti nel 2010, in crescita rispetto ai 20,8 casi per milione di abitanti dell'anno precedente. Tassi relativamente elevati di incidenza dell'AIDS fra i consumatori di droga per via parenterale sono segnalati anche da Estonia (9,7 nuovi casi per milione di abitanti), Portogallo (8,3), Lituania (6,0) e Spagna (5,7), anche se dal 2005 al 2010 la tendenza era al ribasso in tutti questi paesi ([110]).

Epatite B e C

L'epatite virale, in particolare, l'infezione causata dal virus dell'epatite C (HCV) mostra una prevalenza elevata nei consumatori di droga per via parenterale in tutta Europa (grafico 18). I livelli di anticorpi anti-HCV fra i campioni nazionali di consumatori di droga per via parenterale esaminati nel 2009-2010 variano dal 14 % al 70 %; sette degli 11 paesi (Grecia, Italia, Cipro, Austria, Portogallo, Finlandia e Norvegia) segnalano dati nazionali di prevalenza superiore al 40 % ([111]), un livello che denota rischi dell'assunzione per via parenterale sufficienti per la trasmissione dell'HIV (Vickerman e al., 2010). Anche i più recenti dati nazionali disponibili per Danimarca, Lussemburgo, Croazia e altri nove paesi che hanno fornito dati subnazionali (2005-2010) indicano livelli di prevalenza degli anticorpi anti-HCV superiori al 40 %. Repubblica ceca, Ungheria, Slovenia (dati nazionali, 2009-2010) e Turchia (dati subnazionali, 2008) segnalano una prevalenza dell'HCV inferiore al 25 % (5-24 %); tuttavia, anche tassi di infezione di questo livello costituiscono un problema importante per la sanità pubblica.

Nel periodo 2005-2010 sei paesi hanno segnalato un calo della prevalenza dell'HCV nei consumatori di droga per via parenterale a livello nazionale o subnazionale, mentre altri cinque hanno osservato un aumento (Austria, Bulgaria, Cipro, Grecia e Romania). L'Italia ha segnalato un calo a livello nazionale tra il 2005 e il 2009 — non sono disponibili dati più recenti — con aumenti in tre delle 21 regioni (Abruzzo, Umbria, Valle d'Aosta).

Studi sui giovani tossicodipendenti per via parenterale (di età inferiore a 25 anni) indicano un calo della prevalenza

Epidemie di HIV in Grecia e Romania

Nel 2011, i sistemi di allarme rapido hanno rilevato epidemie di HIV in Grecia e Romania sollecitando risposte urgenti in entrambi i paesi. In risposta a una richiesta della Commissione europea, l'ECDC e l'OEDT hanno prodotto una rapida valutazione dei rischi di ulteriori epidemie di HIV in Europa (OEDT e ECDC, 2012).

Il numero di tossicodipendenti per via parenterale affetti da HIV di nuova diagnosi è aumentato da 9-19 ogni anno fino al 2010 a 241 casi nel 2011 in Grecia, e da 1-6 casi ogni anno fino al 2010 a 114 casi nel 2011 in Romania. Mentre tali aumenti si sono verificati in un contesto di bassi livelli o di riduzioni dell'offerta di servizi di prevenzione in Grecia e in Romania, altri fattori, quali un aumento del consumo di stimolanti, possono essere stati determinanti.

In risposta alle epidemie, la Grecia ha aumentato sensibilmente la copertura dei programmi di scambio di aghi e siringhe e la capacità di trattamento per la tossicodipendenza, lanciando 22 nuove unità di terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi fino al dicembre 2011.

La relazione sulla rapida valutazione dei rischi ha indicato che, a causa degli aumenti delle infezioni dichiarate da epatite C (un indicatore del rischio dell'assunzione per via parenterale) e della bassa copertura di servizi di prevenzione per l'HIV, esiste la possibilità di simili epidemie in alcuni altri paesi dell'UE.

([110]) Cfr. la tabella INF-104 (parte iii) e il grafico INF-1 (parte i) nel bollettino statistico 2012.
([111]) Cfr. le tabelle INF-2 e INF-111 e il grafico INF-6 (parte i) nel bollettino statistico 2012.

dell'HCV a livello subnazionale in Slovacchia, che può denotare tassi di trasmissione in discesa. Bulgaria, Grecia, Cipro e Austria hanno segnalato aumenti fra i giovani consumatori di droga per via parenterale, anche se il numero dei campioni di riferimento era esiguo in Grecia, Cipro e Austria. La Grecia ha segnalato un aumento della prevalenza dell'HCV fra nuovi consumatori di droga per via parenterale (assunzione per via endovenosa da meno di due anni) a livello nazionale e in una regione ([112]). Questi studi, sebbene difficili da interpretare per ragioni metodologiche, suggeriscono che molti tossicodipendenti per via parenterale continuano a contrarre il virus poco dopo aver adottato questa modalità di consumo, e ciò implica che l'intervallo di tempo in cui si possono avviare le misure preventive anti-HCV spesso può essere breve.

L'andamento rilevato nei casi notificati di epatite B e C è di difficile interpretazione perché i dati sono di scarsa qualità. Tuttavia, la percentuale di consumatori di droga per via parenterale fra 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 nei 16 paesi per i quali sono disponibili dati per il periodo 2009-2010, il consumo di droga per via parenterale è pari al 48 % di tutti i casi di HCV e al 32 % dei casi gravi notificati di HCV, laddove è nota la categoria di rischio. Per quanto riguarda l'epatite B, i consumatori di droga per via parenterale rappresentano il 6 % di tutti i casi notificati e il 12 % dei casi gravi. Questi dati confermano che i consumatori di droga per via parenterale continuano a costituire un gruppo a rischio rilevante per l'infezione da epatite virale in Europa ([113]).

Altre infezioni

Oltre alle infezioni virali, i consumatori di droga per via parenterale sono esposti a malattie batteriche. La diffusione dell'antrace fra i consumatori di droga per via parenterale in Europa (cfr. OEDT, 2010a) ha evidenziato un problema attuale di malattie gravi dovute a batteri sporigeni fra i detti consumatori. Uno studio europeo su quattro infezioni batteriche (botulismo, tetano, *Clostridium novyi* e antrace) ha rilevato una grande variazione tra paesi nei tassi dei consumatori di droga per via parenterale nel periodo 2000-2009, con una concentrazione inesplicata di casi segnalati nell'Europa nord-occidentale: Irlanda, Regno Unito e Norvegia (Hope e al., 2012).

In Europa, la tubercolosi, una malattia batterica che colpisce generalmente i polmoni, è concentrata per lo più nei gruppi a rischio elevato, come i migranti, i senza tetto, i tossicodipendenti e i carcerati. La positività

Grafico 18: Prevalenza degli anticorpi anti-HCV fra i consumatori di stupefacenti per via parenterale



NB: Dati per gli anni 2009 e 2010. 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 in ordine di prevalenza crescente, in base alla media dei dati nazionali o, se non disponibile, dei dati sub-nazionali. Per ulteriori informazioni cfr. il grafico INF-6 nel bollettino statistico 2012.

Fonti: Punti focali nazionali Reitox.

([112]) Cfr. le tabelle INF-112 e INF-113 e il grafico INF-6 (parte ii) e (parte iii) nel bollettino statistico 2012.

([113]) Cfr. le tabelle INF-105 e INF-106 nel bollettino statistico 2012.

all'HIV aumenta il rischio di sviluppare la malattia da 20 a 30 volte (OMS, 2010). I dati sulla prevalenza della tubercolosi attiva fra tossicodipendenti in terapia sono disponibili per 5 paesi, dove varia da zero (Austria, Slovacchia) al 3,1 % (Lituania), con livelli intermedi in Grecia (0-0,5 %) e Portogallo (0,1-1 %). La Norvegia ha poi segnalato che i casi sono «molto rari». Inoltre, nel 2010 quattro paesi segnalano la percentuale di «tossicodipendenti» fra nuovi casi di tubercolosi con informazioni sul fattore di rischio noto: 0,9 % in Ungheria, 1,2 % in Belgio (consumatori di droga per via parenterale), 3,3 % nel Regno Unito (Inghilterra e Galles, consumatori problematici di stupefacenti) e 5,9 % in Lettonia.

Prevenzione delle malattie infettive e risposte apportate

La prevenzione delle malattie infettive fra 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 controllare la diffusione delle malattie infettive fra i tossicodipendenti attraverso una combinazione di approcci, fra cui la distribuzione di strumenti sterili per le iniezioni, la vaccinazione, il controllo e il trattamento delle malattie infettive, la terapia per la tossicodipendenza e, in particolare, la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi. Inoltre, le agenzie di prima assistenza o le agenzie a bassa soglia forniscono informazioni, istruzione e interventi comportamentali. Queste misure sono state promosse dalle agenzie dell'UE quali interventi fondamentali per la prevenzione, il trattamento e l'assistenza per l'HIV destinati ai consumatori di droga per via parenterale (ECDC e OEDT, 2011).

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).

In Europa, la disponibilità e la copertura dei programmi di scambio di aghi e siringhe stanno aumentando: dei 30 paesi che hanno risposto a un'indagine condotta nel 2011, 26 indicano programmi di scambio di aghi e siringhe quale priorità, rispetto a 23 paesi nel 2008. In Svezia, dove i programmi di scambio di siringhe sono operativi dal 1986, pur limitatamente alla contea della Scania, un nuovo programma a Stoccolma era previsto per il 2011. Nel complesso, mentre gli esperti considerano i livelli attuali di distribuzione di siringhe in linea con le esigenze della maggioranza dei consumatori di droga per via parenterale in due terzi dei paesi europei, gli esperti nazionali di cinque paesi hanno indicato che le siringhe sterili e gratuite, nonché altri strumenti puliti per le iniezioni, sarebbero disponibili solo per una minoranza dei consumatori di droga per via parenterale. Nonostante ciò, nel periodo 2008-2011, il numero di paesi che ha segnalato una piena e completa copertura dei programmi di scambio di aghi e siringhe è aumentato di un terzo, passando da 15 a 20.

Le informazioni sul numero di siringhe distribuite da programmi specializzati nel 2005 e 2010 sono disponibili per 22 paesi dell'UE e la Norvegia ([114]). In questo sottogruppo di paesi, un forte aumento è stato osservato nel numero di siringhe distribuite: da 34,5 milioni nel 2005 a più di 51 milioni nel 2010 (37 %). Questo aumento complessivo può nascondere andamenti subregionali diversi. Nei 10 paesi per i quali sono disponibili stime affidabili del consumo di stupefacenti per via parenterale, il numero di siringhe distribuite da programmi specializzati nel 2010 è pari a 110 siringhe per consumatore di droga per via parenterale ([115]).

In Europa, pochi consumatori attivi di droga per via parenterale ricevono un trattamento antivirale per l'epatite C. Tuttavia, i progressi nel trattamento della malattia ([116]) e una base crescente delle prove a sostegno della sua efficacia fra i consumatori di droga per via parenterale, fra cui gli studi di modellizzazione che indicano la possibilità di ridurre la trasmissione del virus (Martin e al., 2011), denotano un potenziale per estendere le strategie per il trattamento dell'epatite C ai consumatori di droga per via parenterale.

La consulenza volontaria, combinata con test riservati, è identificata dagli esperti nazionali quale priorità nel rispondere all'epatite C fra i consumatori di droga per via parenterale in 19 paesi. Dal 2008 vi è stato un aumento di oltre il 50 % nel numero di paesi in cui gli esperti indicano una sufficiente copertura dei test

([114]) Cfr. le tabelle HSR-5 (parte i) e (parte ii) nel bollettino statistico 2012.
([115]) Cfr. il grafico HSR-3 nel bollettino statistico 2012.
([116]) Cfr. il riquadro «I trattamenti per l'epatite C nei consumatori di droga per via parenterale: nuovi farmaci».

dell'HCV, e un piccolo aumento nel numero di paesi che segnalano che almeno la metà della popolazione di riferimento avrebbe ricevuto una consulenza sul rischio di malattie infettive. Fra i consumatori di droga per via parenterale che nel 2010 hanno partecipato all'indagine «Unlinked Anonymous Monitoring» in Inghilterra, l'83 % ha segnalato di aver intrapreso volontariamente un test riservato dell'HCV, rispetto al 49 % nel 2000. Inoltre, il 55 % delle persone affette da HCV era a conoscenza della propria condizione nel 2010, rispetto al 40 % nel 2000 (HPA, 2011). Nel 2010, a Budapest è stato avviato un programma di riduzione del danno unico nel suo genere; alcune operatrici di strada hanno fornito i test dell'HIV e dell'epatite B e C a donne che assumono droghe per via parenterale o che hanno una relazione con consumatori di droga per via parenterale.

A differenza dell'HCV, esiste un vaccino efficace e sicuro per prevenire la diffusione del virus dell'epatite B (HBV). Attualmente, 25 paesi europei inseriscono l'epatite B nei programmi di vaccinazione nazionali, e 16 segnalano che esistono specifici programmi di vaccinazione per l'HBV rivolti ai consumatori di droga per via parenterale ([117]).

I trattamenti per l'epatite C nei consumatori di droga per via parenterale: nuovi farmaci

I pazienti con infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV), fra cui i consumatori di droga per via parenterale, possono essere trattati con terapia farmacologica.

Introdotti per la prima volta nel 2001, gli interferoni pegilati (peg-IFN) alfa-2a e alfa-2b sono diventati il trattamento standard per l'epatite C cronica. In Europa, queste due forme di peg-IFN sono concesse in licenza per l'utilizzo con diverse dosi della ribavirina per via orale (a seconda del genotipo HCV) e con raccomandazioni di dosaggio leggermente diverse. Peg-IFN alfa più ribavirina è considerato il migliore trattamento disponibile. Si è dimostrato efficace in almeno il 50 % dei pazienti trattati (Rosen, 2011), raggiungendo tassi di risposta comparabili nei consumatori di droga per via parenterale affetti da HCV (Hellard e al., 2009). I pazienti trattati con successo mantengono basse cariche virali per diversi mesi dopo il trattamento e possono avere una qualità di vita ragionevole, a condizione che mantengano uno stile di vita sano. La terapia combinata, tuttavia, può essere tossica; i ricercatori stanno esplorando altre strategie terapeutiche, in parte per superare gli effetti indesiderati, ma anche per migliorare il trattamento per l'HCV esistente. Gli interventi in fase di studio includono gli inibitori della proteasi telaprevir e boceprevir, approvati negli Stati Uniti nel 2011 a seguito di risultati positivi negli studi clinici (Rosen, 2011).

Mortalità e decessi correlati agli stupefacenti

Il consumo di sostanze stupefacenti è una delle principali cause di problemi di salute e di decesso fra i giovani europei. La mortalità indotta dagli stupefacenti comprende i decessi provocati direttamente o indirettamente dal consumo di stupefacenti. Questo include i decessi per overdose (decessi indotti dagli stupefacenti), HIV/AIDS, incidenti, violenza, suicidio e problemi cronici di salute causati dal consumo ripetuto di droghe ([118]). Tali decessi sono concentrati per lo più fra i tossicodipendenti, sebbene alcuni (incidenti stradali) si verifichino fra i consumatori occasionali.

Le stime della mortalità generale correlata agli stupefacenti possono essere ricavate in vari modi, per esempio associando informazioni provenienti da studi di coorte sulla mortalità 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. Gli studi di coorte sulla mortalità seguono 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 ([119]).

A seconda delle modalità di reclutamento (ad esempio strutture per la terapia delle tossicodipendenze) e dei criteri di inclusione (per esempio consumatori di droga per via parenterale, consumatori di eroina), la maggior parte degli studi di coorte indica tassi di mortalità nell'intervallo compreso tra 1 e 2 % all'anno fra i tossicodipendenti problematici. Sulla base di un'analisi dei dati provenienti da oltre 30 studi di coorte, che hanno seguito i pazienti fino al 2010, è stato stimato che ogni anno in Europa muoiono tra i 10 000 e i 20 000 consumatori di oppioidi (OEDT, 2011c). In genere, i tassi di mortalità annuali sono compresi tra 10 e 20 per 1 000 persone all'anno, con un eccesso di mortalità da 10 a 20 volte superiore a quello previsto. La maggior parte dei decessi si verifica fra maschi attorno ai 35 anni. Possono essere identificate quattro ampie categorie di cause del decesso: overdose, malattie, suicidio e traumi. L'importanza relativa delle diverse cause del decesso varia tra popolazioni e paesi, e nel tempo. In generale, tuttavia, l'overdose è la

([117]) Cfr. la tabella HSR-6 nel bollettino statistico 2012.
([118]) Cfr. «Questione specifica» 2011 sulla mortalità legata al consumo di droga.
([119]) Per informazioni sugli studi di coorte sulla mortalità, cfr. i principali indicatori sul sito web dell'OEDT.

principale e la meglio documentata causa del decesso fra i consumatori problematici di stupefacenti in Europa.

Decessi indotti dagli stupefacenti

Le stime più recenti indicano che nel 2010 vi sono stati circa 7 000 decessi indotti da overdose o da stupefacenti negli Stati membri dell'UE e in Norvegia, il che indica un calo rispetto agli oltre 7 600 casi riferiti nel 2009 ([120]). È probabile che queste cifre siano prudenti, perché i dati nazionali relativi ai decessi indotti dagli stupefacenti potrebbero essere riferiti o valutati per difetto. Nel periodo 1996-2009 sono stati riferiti ogni anno dagli Stati membri dell'UE e dalla Norvegia tra 6 300 e 8 400 decessi indotti dagli stupefacenti. Nel 2009, l'anno più recente per il quale sono disponibili dati per quasi tutti i paesi, più della metà di tutti i decessi indotti dagli stupefacenti era segnalata da Germania e Regno Unito.

Per il 2010, il tasso medio di mortalità dovuto a overdose nell'UE è stimato a 20 decessi per milione di abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni, con notevoli differenze tra i vari paesi. Percentuali superiori a 20 decessi per milione di abitanti si riscontrano in 14 paesi europei su 30, mentre in sette paesi il dato supera i 40 decessi per milione di abitanti.

Decessi correlati agli oppioidi

Eroina

Gli oppioidi, soprattutto l'eroina o i suoi metaboliti, sono presenti nella maggior parte dei decessi indotti dagli stupefacenti riferiti in Europa. Nei 23 paesi che hanno fornito dati per il 2009 o il 2010, gli oppioidi erano responsabili in gran parte dei casi: 15 paesi hanno segnalato percentuali pari o superiori all'80 %, di cui sei superiori al 90 %. 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 potrebbe essere dovuta alla poliassunzione.

In Europa, la maggior parte dei consumatori di droga che muore per overdose è di sesso maschile (80 % del totale) ([121]). I modelli differiscono tra paesi, con percentuali più elevate di uomini segnalate nei paesi meridionali (Grecia, Italia, Portogallo, Romania, Croazia) e in Estonia, Lettonia e Lituania, nonché in Turchia. Anche negli Stati membri che hanno aderito all'UE nel 2004, i decessi segnalati indotti dagli stupefacenti sono più probabili fra gli uomini e fra i più giovani.

La Danimarca, la Spagna, i Paesi Bassi e la Norvegia segnalano percentuali più elevate di casi con età superiore. L'età media dei tossicodipendenti deceduti per overdose di eroina nella maggioranza dei paesi è attorno ai 35 anni e in molti paesi si sta alzando, a suggerire una stabilizzazione o diminuzione del numero di giovani consumatori di eroina e un invecchiamento del gruppo di consumatori problematici di oppioidi. Nel complesso, l'11 % dei decessi da overdose registrati in Europa si verifica fra persone di età inferiore a 25 anni e il 57 % fra persone di 35 anni o più ([122]).

Diversi fattori sono associati alle overdose letali e non letali di eroina, fra cui l'assunzione per via parenterale, l'utilizzo simultaneo di altre sostanze (in particolare alcol e benzodiazepine), la co-morbilità, precedenti esperienze di overdose, il fatto di non essere in terapia per la tossicodipendenza, e l'assenza di fissa dimora. Nel periodo immediatamente successivo al rilascio dal carcere o all'abbandono di una terapia c'è un rischio di overdose particolarmente alto, come illustrato da alcuni studi longitudinali (OEDT, 2011c). Vi è, inoltre, un rischio di decesso più alto associato al fatto di essere soli nel momento dell'overdose.

Altri oppioidi

Oltre all'eroina, nelle relazioni tossicologiche è presente una serie di altri oppioidi, fra cui il metadone (OEDT, 2011a) e, più sporadicamente, la buprenorfina ([123]). C'è sempre più preoccupazione a livello internazionale (in particolare in Australia, Canada e negli Stati Uniti) sui decessi associati all'abuso di antidolorifici venduti con prescrizione medica, come l'ossicodone. In Europa, sebbene le prove dei decessi causati dall'uso di analgesici oppiacei prescritti restino limitate, negli ultimi anni ci sono state delle «epidemie» di overdose riconducibili agli oppioidi sintetici, come il 3-metilfentanil prodotto illegalmente in Estonia, le quali indicano la necessità di monitorare da vicino i cambiamenti nei modelli di consumo di stupefacenti che possono essere associati a rischi elevati di mortalità.

Decessi correlati ad altre sostanze

I decessi prodotti da intossicazione acuta da cocaina sembrano essere relativamente poco comuni e la cocaina

([120]) La stima europea si basa sui dati del 2010 per 20 dei 27 Stati membri dell'UE, e sui dati del 2009 per altri sette paesi e la Norvegia. È escluso il Belgio perché non sono disponibili dati. Per ulteriori informazioni, cfr. la tabella DRD-2 (parte i) nel bollettino statistico 2012.

([121]) Poiché nella maggior parte dei decessi associati agli stupefacenti riferiti all'OEDT si tratta di overdose da oppioidi (per lo più eroina), le caratteristiche generali dei decessi segnalati vengono presentate per descrivere e analizzare i decessi legati all'uso di eroina. Cfr. il grafico DRD-1 nel bollettino statistico 2012.

([122]) Cfr. i grafici DRD-2 e DRD-3 e la tabella DRD-1 (parte i) nel bollettino statistico 2012.

([123]) Cfr. la tabella DRD-108 nel bollettino statistico 2012.

viene identificata molto raramente come l'unica sostanza che contribuisce a un decesso indotto da stupefacenti. Tuttavia, poiché è più difficile definire e individuare le overdose da cocaina rispetto a quelle correlate agli oppioidi, esse potrebbero essere segnalate meno (cfr. il capitolo 5).

Nel 2010 sono stati segnalati almeno 640 decessi correlati al consumo di cocaina in 16 paesi. A causa della limitata 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, confermano un calo nei decessi correlati a questa sostanza osservati dal 2008.

I decessi in cui sono presenti stimolanti diversi dalla cocaina, come le amfetamine e l'ecstasy (MDMA), sono segnalati raramente e, in molti di questi casi, la sostanza stupefacente non è stata identificata come causa diretta del decesso ([124]). Nei mezzi di comunicazione e nelle relazioni tossicologiche dei decessi correlati agli stupefacenti è stata anche associata la disponibilità di sostanze psicoattive attualmente incontrollate, anche se in questo settore i controlli sono difficili. Sono stati segnalati decessi associati ai catinoni, fra cui il mefedrone e l'MDPV, ma non in gran numero. Alcuni decessi sono stati collegati anche ad altre nuove sostanze, un esempio recente delle quali è la 4-metilamfetamina, e i dati di mortalità hanno spinto l'OEDT e l'Europol ad avviare una valutazione a livello europeo ([125]).

Andamento dei decessi correlati al consumo di stupefacenti

In Europa i decessi indotti dagli stupefacenti hanno subito un'impennata negli anni ottanta e nei primi anni novanta, parallelamente all'aumento del consumo di eroina e dell'assunzione di sostanze per via parenterale, per poi stabilizzarsi a livelli elevati ([126]). Tra il 2000 e il 2003 la maggior parte degli Stati membri dell'UE ha segnalato un calo, seguito da un successivo aumento tra il 2003 e il 2008-2009, quando i livelli si sono stabilizzati. I dati preliminari disponibili per il 2010 indicano una cifra complessiva inferiore a quella del 2009, con un continuo calo del numero di decessi segnalati in Germania, Spagna, Italia, Paesi Bassi, Austria, Regno Unito e Turchia.

Nel 2010 la maggior parte dei paesi con tassi di mortalità superiori alla media si trovano nell'Europa settentrionale, mentre molti dei paesi con tassi inferiori alla media europea si trovano nell'Europa meridionale. I dati relativi ai paesi che hanno aderito all'Unione europea prima del 2004 e alla Norvegia sono presentati nel grafico 19. A causa delle differenze metodologiche, è necessario confrontare i paesi con cautela.

È più difficile spiegare gli andamenti nei nuovi Stati membri dell'UE e nei paesi candidati, in quanto il numero dei decessi segnalati è esiguo e il miglioramento della capacità di segnalazione può ridurre la comparabilità dei dati nel tempo. Malgrado queste difficoltà, è stato osservato un aumento del tasso di mortalità riconducibile ai decessi indotti dagli stupefacenti in Estonia e, in misura minore, nella Repubblica ceca, in Ungheria, Lituania, Croazia e Turchia.

È difficile spiegare le cause del numero elevato di decessi indotti dagli stupefacenti segnalati in alcuni paesi, soprattutto considerando le indicazioni di riduzioni nel consumo di droga per via parenterale e gli aumenti del numero di consumatori di oppioidi in contatto con i servizi di terapia e di riduzione del danno. 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 l'invecchiamento della coorte di tossicodipendenti più vulnerabili.

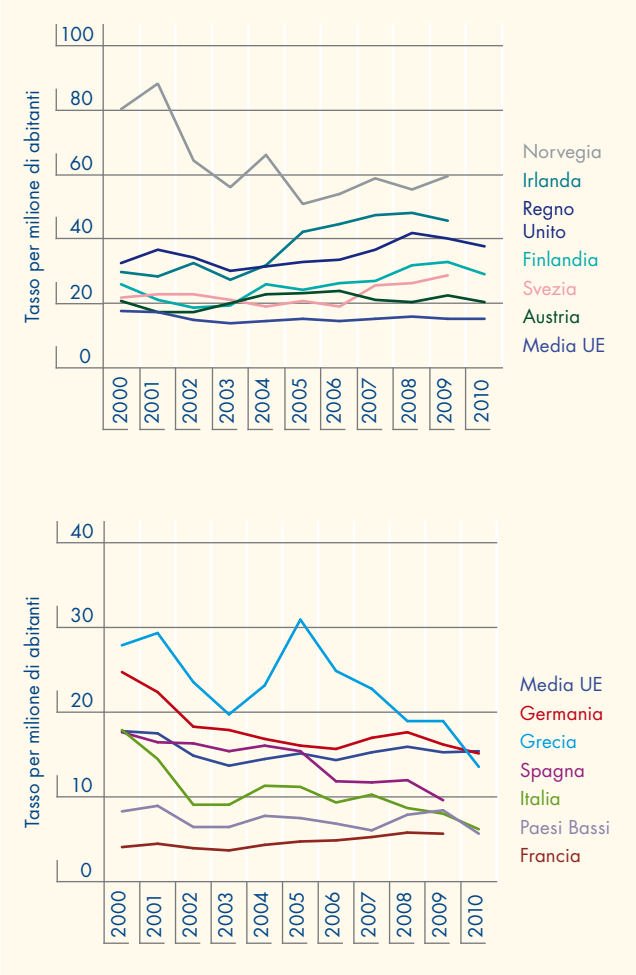
Decessi indirettamente correlati al consumo di stupefacenti

Associando i dati esistenti provenienti da Eurostat e dal controllo su HIV/AIDS, l'OEDT ha calcolato che circa 1 830 persone sono decedute nell'Unione europea nel 2009 a causa dell'infezione da HIV/AIDS contratta in seguito al consumo di stupefacenti ([127]), con quasi il 90 % di questi decessi verificatisi in Spagna, Francia, Italia e Portogallo. Fra i paesi con tassi stimati molto al di sopra degli altri paesi, i tassi di mortalità a causa dell'infezione da HIV/AIDS contratta in seguito al consumo di stupefacenti per via parenterale sono diminuiti in Spagna, Italia e Portogallo, ma sono aumentati in Lettonia e Lituania, rispetto al 2008. Le recenti epidemie dei casi di HIV fra i consumatori di droga per via parenterale in Grecia e in Romania (OEDT e ECDC, 2012) richiederanno un attento monitoraggio della cura dei pazienti e dei livelli dei decessi correlati all'HIV/AIDS.

Altre malattie responsabili di una percentuale di decessi fra 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. Le conseguenze della infezione da HCV possono essere particolarmente gravi per i tossicodipendenti,

([124]) Per i dati sui decessi correlati a sostanze stupefacenti diverse dall'eroina vedere la tabella DRD-108 nel bollettino statistico 2012.
([125]) Per ulteriori informazioni sulle nuove sostanze e sul sistema europeo di allarme rapido, cfr. il capitolo 8.
([126]) Cfr. i grafici DRD-8 e DRD-11 nel bollettino statistico 2012.
([127]) Cfr. la tabella DRD-5 (parte iii) nel bollettino statistico 2012.

Grafico 19: Andamento dei tassi di mortalità nella popolazione generale dovuta a decessi indotti da stupefacenti in alcuni Stati membri che hanno aderito all'UE prima del 2004 e in Norvegia — Paesi con tassi superiori alla media UE nel 2010 (in alto) e inferiori alle media UE (in basso)



Nota: La media UE è calcolata per i 27 Stati membri dell'UE e la Norvegia. Il dato 2010 è provvisorio, poiché i dati erano disponibili solo per 20 paesi. I dati si riferiscono alla Norvegia e agli Stati membri che hanno aderito all'UE prima del 2004 con oltre 100 decessi indotti da stupefacenti nell'ultimo anno.

e alcune prove indicano che essa può raddoppiare il rischio di un decesso correlato agli stupefacenti e rappresentare un rischio elevato di decesso correlato agli stupefacenti fra i tossicodipendenti più anziani (Merrall e al., 2012). I decessi provocati da altre malattie infettive sono più rari. Le cause di decesso fra i tossicodipendenti come i suicidi, i traumi e gli omicidi, hanno ricevuto molta meno attenzione, nonostante le indicazioni del loro notevole impatto sulla mortalità.

Mentre l'andamento a lungo termine della mortalità correlata all'HIV fra tossicodipendenti è in calo, altre cause di mortalità hanno mostrato scarsi segni di diminuzione negli ultimi anni, nonostante il progressivo aumento dei trattamenti, in particolare della terapia sostitutiva per la dipendenza da oppioidi, e di altri servizi. Alcuni fattori interdipendenti possono contribuire a spiegare questo problema complesso. In aggiunta a quelli menzionati in precedenza, in particolare i fattori di rischio per decessi indotti da stupefacenti, è possibile includere: il consumo di alcol e di altre sostanze stupefacenti; alti livelli di salute deficitaria; co-morbilità; emarginazione ed esclusione sociale. Se si vogliono ridurre questi importanti costi per la salute associati al consumo di sostanze stupefacenti in Europa, sono necessari maggiori sforzi per individuare e comprendere meglio i fattori diretti e indiretti associati alla mortalità fra i consumatori problematici di stupefacenti.

Riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti

Nella maggioranza dei paesi europei, la riduzione della perdita di vite umane causata dal consumo di stupefacenti è una priorità strategica fondamentale: 16 paesi segnalano di rivolgervi particolare attenzione nelle loro strategie nazionali o regionali in materia di droga, o di avere un piano d'azione specifico al riguardo. In alcuni altri paesi europei, quali l'Austria e la Norvegia, gli aumenti dei decessi correlati alla droga osservati negli anni precedenti hanno aumentato la consapevolezza della necessità di risposte migliori.

La terapia per la tossicodipendenza può ridurre significativamente il rischio di mortalità dei tossicodipendenti e, a causa del suo migliore profilo di sicurezza farmacologico, in alcuni paesi la buprenorfina è il farmaco consigliato per la terapia di mantenimento per la dipendenza da oppioidi ([128]). Una combinazione di buprenorfina-nalossone ([129]) ha ottenuto l'autorizzazione alla commercializzazione nella metà dei paesi europei ([130]). Sono stati identificati rischi notevoli, correlati alla tolleranza del farmaco, per i tossicodipendenti che entrano o escono dalla terapia. Gli studi indicano che il rischio di decesso indotto dalla sostanza stupefacente nella fase di ricaduta dopo il trattamento o nelle settimane successive alla scarcerazione è sostanzialmente elevato.

Oltre a migliorare l'accesso alla terapia per la tossicodipendenza, altri interventi destinati a ridurre i rischi di overdose fra i tossicodipendenti includono l'offerta formativa e i materiali informativi sul rischio di overdose. La formazione sull'overdose, associata

([128]) Cfr. gli orientamenti sul trattamento sul portale dedicato alle buone prassi.
([129]) Il naloxone inverte gli effetti degli oppioidi ed è ampiamente usato negli ospedali e nei pronto soccorsi.
([130]) Cfr. la tabella HSR-1 nel bollettino statistico 2012.

a una dose per assunzione domestica di naloxone, è un intervento che può evitare i decessi da overdose di oppioidi. Nel 2011, due terzi dei paesi europei hanno segnalato che il personale di primo soccorso ha una formazione sull'uso del naloxone e solo in poco più della metà dei paesi il naloxone è segnalato come uno dei farmaci standard utilizzati nelle ambulanze. Solo l'Italia, la Romania e il Regno Unito segnalano l'esistenza di programmi a livello di comunità per la riduzione del danno, i quali forniscono una dose per assunzione domestica di naloxone ai consumatori di oppioidi, alle loro famiglie e ai loro tutori. In altri paesi europei, fra cui l'Estonia, che ha il più alto tasso di mortalità correlato agli stupefacenti fra gli adulti (15-64 anni) nell'Unione europea, restano in vigore alcuni ostacoli giuridici. Tuttavia, nel Regno Unito è stato dimostrato che, con una formazione minima, gli operatori sanitari, compresi gli operatori che si occupano di tossicodipendenti, possono migliorare le loro conoscenze, competenze e fiducia per la gestione di un'overdose da oppioidi e per la somministrazione di naloxone (Mayet e al., 2011).

La maggior parte dei paesi segnala la distribuzione di materiali informativi sul rischio di overdose — spesso prodotti in più lingue per raggiungere i consumatori di stupefacenti immigrati — attraverso centri e siti web specializzati nelle droghe e, più recentemente, anche attraverso messaggi telefonici e posta elettronica. Tra il 2008 e il 2011 altri tre paesi hanno segnalato una copertura piena o completa dei materiali informativi sul rischio di overdose.

Per soddisfare le esigenze dei gruppi vulnerabili di tossicodipendenti, quali i tossicodipendenti affetti da HCV e quelli più anziani, possono essere necessari un ulteriore sostegno e maggiore assistenza. La valutazione del rischio di overdose da parte degli operatori sanitari addestrati o che si occupano dei tossicodipendenti può coadiuvare l'identificazione precoce dei soggetti ad alto rischio e fungere da potenziale catalizzatore per la riduzione del danno. Mentre gli esperti nazionali indicano che una valutazione del rischio di overdose è sufficiente a soddisfare le esigenze della maggioranza dei consumatori di oppioidi in meno della metà dei paesi europei, questo segna un aumento significativo (44 %) tra il 2008 e il 2011.

Interventi altamente mirati, quali i locali di iniezione con supervisione, raggiungono sottogruppi specifici di tossicodipendenti altamente emarginati e contribuiscono alla riduzione della morbilità e della mortalità. Nel 2011 un'organizzazione privata ha istituito a Copenaghen, in Danimarca, una sala mobile per la dipendenza da stupefacenti per via parenterale, la quale fornisce un controllo medico e un ambiente più sicuro per le iniezioni ([131]). Analogamente alle strutture controllate sul consumo di sostanze stupefacenti esistenti in Germania, Spagna, Lussemburgo, Paesi Bassi e Norvegia, la nuova struttura presente in Danimarca è attrezzata per ridurre l'impatto di overdose non mortali.

([131]) Per ulteriori informazioni, cfr. il sito web Mobil Fixerum.

Capitolo 8

Nuove droghe e tendenze emergenti

Introduzione

In Europa, come nel mondo, nuove droghe e nuovi modelli di consumo di stupefacenti stanno attirando sempre più l'attenzione politica, pubblica e dei mezzi di comunicazione. In parte, questo è stato alimentato dagli sviluppi della tecnologia della comunicazione che ha influenzato tutti gli aspetti della vita moderna, attualmente anche la natura del mercato delle sostanze stupefacenti e della domanda dei consumatori. A fronte di questo contesto in rapido cambiamento, l'apporto di un'informazione tempestiva e oggettiva su nuove sostanze e tendenze emergenti è diventato ancor più importante. La risposta europea a tutto questo si basa su una rete di allarme rapido che utilizza informazioni provenienti da una serie di fonti, per esempio dalle scienze forensi, dalle indagini, dal monitoraggio di Internet e dai dati sulle emergenze ospedaliere.

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. In seguito a una revisione di tale sistema avvenuta nel 2011, la Commissione europea sta esaminando un nuovo strumento per sostituire la decisione 2005/387/GAI del Consiglio ([132]).

Nuove sostanze psicoattive

Tra il 2005 e il 2011, sono state ufficialmente notificate 164 nuove sostanze psicoattive attraverso il sistema di allarme rapido. Nel 2011, per il terzo anno consecutivo, è stato rilevato per la prima volta in Europa il numero più alto di sostanze (49), da 41 sostanze nel 2010 a 24 nel 2009.

Questo marcato aumento di sostanze notificate si presenta nel contesto di quel fenomeno in continuo sviluppo dei «legal highs» o «droghe legali», che si riflette sia nel numero delle sostanze lanciate sul mercato europeo degli stupefacenti, sia in una migliore capacità di segnalazione da parte dei sistemi di allarme rapido nazionali. La presenza sul mercato di alcune di queste nuove sostanze è stata rilevata grazie ad acquisti di prova di

Discorso sulle nuove droghe: nuove sostanze psicoattive o «droghe legali»?

Esistono diversi termini per descrivere le nuove droghe e alcune definizioni di concetti utilizzati comunemente dall'OEDT sono riportate qui di seguito.

In linea con i termini del sistema di allarme rapido dell'Unione europea, una nuova sostanza psicoattiva viene definita come un nuovo stupefacente o una nuova droga psicotropa che non è inclusa nelle convenzioni di controllo sulla droga delle Nazioni Unite del 1961 e del 1971 e che può costituire una minaccia alla sanità pubblica comparabile a quella delle sostanze ivi figuranti ([1]).

Il termine «*designer drug*» è apparso negli anni ottanta con l'emergere dei composti di «ecstasy» (MDMA e altri) sul mercato delle sostanze illecite. Esso si riferisce a sostanze psicoattive non regolamentate, progettate per imitare gli effetti delle droghe controllate alterando leggermente la loro struttura chimica, in modo da eludere i controlli vigenti. Tale termine presuppone che tali sostanze vengano generalmente prodotte da precursori chimici nei laboratori clandestini.

L'OEDT utilizza il termine «droghe legali» per definire quella gamma di sostanze psicoattive non regolamentate o quei prodotti che le contengono, le quali sono volutamente intese a imitare gli effetti delle droghe controllate. Il termine comprende un vasto numero di sostanze sintetiche o di origine vegetale, solitamente vendute via Internet o nei cosiddetti «*smart shops*» o «*head shops*». Descrivere queste sostanze come «lecite» può essere incorretto o fuorviante: alcuni prodotti possono contenere sostanze controllate dalla legge sulla droga, oppure possono essere contemplati da leggi sui medicinali e sulla sicurezza alimentare (OEDT, 2011a).

Altri termini utilizzati enfatizzano con «*herbal highs*» la presupposta origine naturale del prodotto.

Per raggirare i consumatori e le regolamentazioni di mercato, le nuove sostanze psicoattive vengono anche vendute sotto diverse etichette di prodotto, come «prodotti chimici di ricerca», «sali da bagno» e «fertilizzante».

([1]) La decisione del Consiglio 2005/387/GAI fornisce una definizione giuridicamente vincolante delle sostanze trattate.

([132]) Decisione 2005/387/GAI del Consiglio relativa allo scambio di informazioni, alla valutazione dei rischi e al controllo delle nuove sostanze psicoattive. *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea* L 127 del 20.5.2005.

«droghe legali» su Internet e nei negozi specializzati, sebbene, nella maggior parte dei casi, sia risultata dall'analisi forense proveniente dai sequestri. Nel 2010 e nel 2011 non sono stati segnalati casi di identificazione in campioni biologici (sangue o urine), mentre nel 2009 un quarto delle sostanze notificate proveniva dai suddetti campioni.

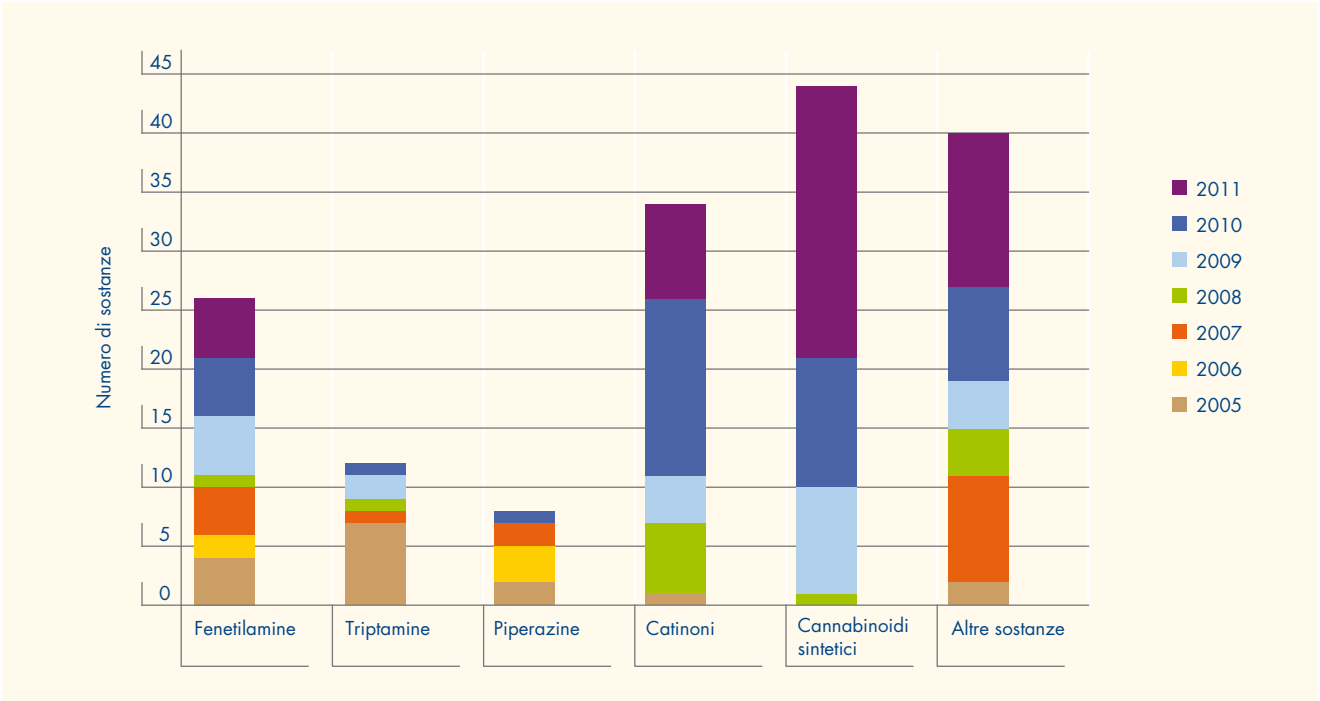
Come nel 2010, nel 2011 circa i due terzi delle nuove sostanze segnalate erano cannabinoidi sintetici o catinoni sintetici; questi due gruppi rappresentano anche i due terzi di tutte le nuove sostanze rinvenute dal sistema di allarme rapido a partire dal 2005 (OEDT ed Europol, 2011). I cannabinoidi sintetici rappresentano il maggiore dei sei diversi gruppi monitorati (cfr. grafico 20), ma vengono monitorati anche vari medicinali (per esempio il fenazepam e l'etizolam), metaboliti o precursori di medicinali (5-idrossitriptofano) e sostanze che hanno alla base i medicinali stessi (per esempio la camfetamina — un derivato della fencamfamina). Un esempio ne è la metossietamina, un derivato della chetamina rilevato nel 2010 e attivamente monitorato dal sistema di allarme rapido, una sostanza con un potenziale di tossicità acuta (Wood e al., 2012a) e cronica, simile a quello individuato nella chetamina.

Produzione e offerta di nuove droghe

È stato registrato che la maggior parte delle nuove sostanze psicoattive presenti sul mercato europeo delle sostanze illecite sia stata sintetizzata al di fuori dell'Europa; la Cina e, in misura minore, l'India sono identificate come i paesi di risorsa primaria. Le autorità europee preposte all'applicazione della legge hanno scoperto strutture associate all'importazione, alla miscelazione e all'imballaggio di tali sostanze. Le relazioni indicano il coinvolgimento della criminalità organizzata sia nella pastigliatura sia nella commercializzazione di tali sostanze, vendute principalmente come «droghe legali» su Internet, negli «*smart shop*» e «*head shop*». In alcuni casi, invece, sono vendute come sostanze illecite quali l'«ecstasy», utilizzando immagini solitamente associate a questo tipo di droga.

Negli ultimi anni, è stato registrato un aumento del coinvolgimento delle autorità europee preposte all'applicazione della legge nei casi transazionali legati al traffico, alla miscelazione e all'imballaggio delle nuove sostanze psicoattive. Le indagini sul mefedrone hanno rivelato che la droga veniva prodotta principalmente in Cina, accedendo spesso ai paesi europei, in cui era

Grafico 20: Principali gruppi di nuove sostanze psicoattive identificate dal sistema di allarme rapido dal 2005



NB: Numero di nuove sostanze psicoattive notificate al sistema di allarme rapido europeo ai sensi della decisione 2005/387/GAI del Consiglio. Cfr. i profili online dell'OEDT sulle sostanze stupefacenti per informazioni su fenetilamine, triptamine, piperazine, catinoni e cannabinoidi sintetici. La categoria «Altre sostanze» comprende varie sostanze di origine vegetale e sintetiche psicoattive che non appartengono strettamente ad alcuna delle altre famiglie chimiche, e un ristretto numero di medicinali e derivati.

Fonte: Sistema di allarme rapido.

controllata, attraverso un paese terzo in cui non lo era (Europol). Sequestri di minore entità, principalmente di catinoni e cannabinoidi sintetici, hanno avuto luogo in Germania, Estonia e Ungheria, e di *m*CPP ([133]) in Danimarca. Sequestri più ingenti di nuove sostanze psicoattive imprecisate hanno avuto luogo in Lettonia (circa 5 chilogrammi), in Spagna (un sequestro in un «*head shop*» di 96 chilogrammi), e nella Repubblica ceca, in quest'ultima per più di 20 chilogrammi di mefedrone proveniente dall'India. Altre strutture di produzione sono state smantellate o sequestrate in Irlanda, Belgio, Polonia (5 chilogrammi di mefedrone) e nei Paesi Bassi, dove in una sola struttura sono stati sequestrati 150 chilogrammi di polvere bianca e all'incirca 20 000 pacchi contenenti diversi cannabinoidi sintetici.

Occasionalmente, nelle sostanze sequestrate, vendute come «fertilizzante» o «prodotti chimici di ricerca», sono state individuate droghe controllate, in particolare catinoni e piperazine. Un esempio è la scoperta di PMMA in prodotti a base di «droghe legali», evidenziando una chiara minaccia per i consumatori (OEDT ed Europol, 2011; Sedefov e al., 2011). Una recente segnalazione da parte del Regno Unito ha dimostrato che il 19 % delle prove di acquisti dei campioni su Internet e pubblicizzati come «droghe legali» conteneva una sostanza illecita, mentre il 22 % conteneva piperazine, il 20 % catinoni e il 18 % cannabinoidi sintetici (Serious Organised Crime Agency, 2011). Tuttavia, il grado di coinvolgimento della criminalità organizzata nel commercio di nuove sostanze non è chiaro. Attualmente il mercato sembra essere ampiamente guidato da imprenditori opportunisti che sfruttano Internet per commercializzare e vendere i propri prodotti.

Disponibilità su Internet

L'OEDT controlla regolarmente la disponibilità online delle «droghe legali» tramite studi istantanei periodici mirati su Internet (cfr. OEDT 2011a), il più recente dei quali è stato condotto nel gennaio del 2012, utilizzando 20 delle 23 lingue ufficiali dell'UE, insieme al norvegese, al russo e all'ucraino ([134]).

Il numero di negozi online che offrono ai consumatori in almeno uno Stato membro dell'UE sostanze psicoattive o prodotti che possano contenerli è in continuo aumento. Nello studio istantaneo del gennaio del 2012, sono stati individuati 693 negozi online, in aumento rispetto ai 314 del gennaio del 2011 e ai 170 del gennaio del 2010.

Tre prodotti naturali — kratom, salvia e funghi allucinogeni — continuano a essere le «droghe legali» più frequentemente offerte online, seguite da otto sostanze sintetiche, la cui disponibilità è aumentata nel corso del 2011 (tabella 10). Lo studio istantaneo del 2012 ha portato all'identificazione di un notevole aumento della disponibilità di diversi catinoni sintetici, il che suggerisce una continua ricerca da parte degli operatori online di un sostituto del mefedrone. Quest'ultimo continua a essere disponibile online e sembra abbia registrato una ripresa dopo un importante calo di disponibilità online avvenuto dal marzo 2010 al luglio 2011, quando la sostanza è stata posta sotto il controllo di un numero sempre più alto di Stati membri dell'UE (OEDT, 2011a). I prodotti simili allo «Spice» sono stati rinvenuti in 21 negozi online nel 2012, il che rappresenta una considerevole riduzione rispetto ai 55 negozi online che offrivano questi prodotti nel 2009.

Internet è un mercato mondiale e sembra che i negozi online che vendono le nuove sostanze siano presenti in molti paesi. Tuttavia, il comportamento e le preferenze di mercato non sono necessariamente mondiali, dato che diverse linee di prodotti sembrano rivolgersi a specifici mercati geografici. Per esempio, il prodotto «Kronic» è quasi esclusivamente venduto da operatori situati in Australia e Nuova Zelanda.

Tabella 10: Dieci nuove sostanze psicoattive o «droghe legali» più comunemente messe in vendita nei negozi online partecipanti all'indagine nel 2011 e 2012

	Numero di negozi online che offrono il prodotto		
	Gennaio 2012	Luglio 2011	Gennaio 2011
Kratom (naturale)	179	128	92
Salvia (naturale)	134	110	72
Funghi allucinogeni (naturale)	95	72	44
Metossietamina (arilcicloesilamina)	68	58	14
MDAI (aminoindano)	65	61	45
6-APB (benzofurano)	54	49	35
MDPV (catinone)	44	32	25
4-MEC (catinone)	43	32	11
Metiopropamina (tiofene)	39	28	5
5-IAI (aminoindano)	38	27	25

Fonte: OEDT.

([133]) 1-(3-clorofenil)piperazina.

([134]) I termini di ricerca utilizzati sono stati «droghe legali», «herbal highs» («Spice», kratom e salvia), GBL (gamma-butirrolattone), funghi allucinogeni, mefedrone e sostanze a base di pipradrolo: 2-DPMP (desossipipradrolo), desossi-D2PM (2-(difenilmetil)pirrolidina) e D2PM (difenilprolinolo).

Anche se questi dati possono fornire un'indicazione dell'offerta online di «droghe legali», la stessa informazione non è disponibile per le vendite a livello reale. Per fare una stima del livello di uso in Europa di una nuova sostanza psicoattiva, acquistata via Internet o attraverso altri mezzi, è necessario analizzare i dati disponibili sulla prevalenza d'uso.

Prevalenza

I dati sulla prevalenza riguardanti le nuove sostanze psicoattive sono scarsi e spesso sono caratterizzati da limiti metodologici, come la mancanza di definizioni comuni e l'uso di campioni selezionati in maniera soggettiva o non rappresentativa. Nel 2011 studi nazionali rappresentativi sono stati condotti per la prima volta sulla prevalenza di «droghe legali» e nuove sostanze psicoattive, fra la popolazione generale (Irlanda, Regno Unito) e gli studenti (Spagna). I risultati indicano che i livelli di prevalenza sono generalmente bassi, ma in alcune sottopopolazioni vi è la possibilità di un rapido aumento di consumo.

Sempre nel 2011, da un'indagine europea sulle abitudini dei giovani, in cui ne sono stati intervistati più di 12 000 (con un'età compresa tra 15 e 24 anni), è emerso che il 5 % dei giovani europei non ha mai fatto uso di «droghe legali», e circa la metà dei paesi rientrava nell'intervallo del 3-5 %. Le stime più alte sono state riportate dall'Irlanda (16 %), seguita da Lettonia, Polonia e Regno Unito (tutti vicini al 10 %) (Gallup, 2011).

In Spagna, l'indagine nazionale effettuata nel 2010 sul consumo di sostanze fra gli studenti con un'età compresa tra 14 e 18 anni ha introdotto un modulo speciale sulle droghe emergenti. Le nove sostanze prese in esame sono state le seguenti: chetamina, «Spice», piperazina, mefedrone, nexus (2C-B), metamfetamina, funghi magici, «prodotti chimici di ricerca» e «droghe legali». Complessivamente, il 3,5 % degli studenti ha sostenuto di non aver mai fatto uso nel corso della propria vita di una o più di queste droghe (il 2,5 % nell'anno precedente). Sono stati riportati bassi livelli di consumo dei prodotti «Spice»: l'1,1 % di prevalenza una tantum e lo 0,8 % di prevalenza nell'ultimo anno. Anche l'uso del mefedrone è stato molto basso in questo gruppo (lo 0,4 % relativo all'uso una tantum).

Il mefedrone e le «droghe legali» sono stati inseriti per la prima volta in un'indagine comune sulle famiglie condotta nel 2010-2011 nell'Irlanda e nell'Irlanda del Nord (Regno Unito), in seguito al controllo posto sul mefedrone (NACD e PHIRB, 2011). Il campione contava oltre 7 500 partecipanti, con un'età compresa tra 15 e 64 anni. Nell'Irlanda del Nord, la prevalenza d'uso una tantum è stata stimata al 2 %, mentre quella nell'ultimo anno all'1 %, sia per il mefedrone sia per le «droghe legali» ([135]). La prevalenza una tantum è risultata essere più alta fra coloro che avevano un'età compresa tra 15 e 24 anni, raggiungendo il 6 % sia per il mefedrone sia per le «droghe legali». In Irlanda, le nuove sostanze psicoattive (con un consumo nell'ultimo anno pari al 4 %), dopo la cannabis, sono state al secondo posto delle sostanze illecite riferite con più frequenza (6 %). Il consumo nell'ultimo anno più elevato di tali nuove sostanze è stato registrato in soggetti di età compresa tra 15 e 24 anni di età (10 %).

Raccolta di campioni di urine anonimi — Una fonte obiettiva di informazioni sul consumo di droghe

Sulla base di un'analisi delle acque reflue allo scopo di individuare e quantificare il consumo di droga nella popolazione, i nuovi approcci hanno il potenziale di ovviare ad alcune limitazioni proprie dei sondaggi fra la popolazione. L'affidabilità dei dati raccolti su un'autodichiarazione del consumo di droga può essere falsata dalle variazioni in termini di contenuto delle droghe consumate. Questo può succedere in particolare per le droghe sintetiche e le nuove sostanze psicoattive, dove il consumatore può non conoscere la sostanza consumata. L'analisi delle acque reflue comuni derivanti dagli impianti fognari viene effettuata per determinare il livello di consumo delle sostanze illecite (come l'MDMA e la cocaina) nella popolazione. Tale tecnica risulta però essere problematica per le nuove sostanze psicoattive, dal momento che si conosce ben poco del loro metabolismo e della loro stabilità.

Nel 2011 è stato effettuato uno studio pilota per valutare la fattibilità della raccolta delle urine per identificare le sostanze consumate negli ambienti della vita notturna londinese (Archer e al., 2012). Tale studio ha individuato sia sostanze illecite già note sia nuove sostanze psicoattive, incluso il mefedrone, il TFMPP (3-trifluorometilfenilpiperazina) e 2-AI (2-aminoindane). Le sostanze presenti con le più alte concentrazioni sono state il mefedrone, la chetamina e l'MDMA. Oltre alle droghe «madri», sono stati rinvenuti anche i relativi metaboliti.

Questo studio dimostra la fattibilità della raccolta di campioni di urine per individuare il consumo di sostanze negli ambienti della vita notturna. Tale metodologia ha il potenziale di fornire dati oggettivi sul consumo di sostanze che avviene in suddetti ambienti, e in particolare di individuare nuove sostanze psicoattive.

([135]) Nell'Irlanda del Nord, la categoria «droghe legali» include «party pills», «herbal highs», «party powders», «kratom» e *Salvia divinorum*, mentre in Irlanda vengono incluse anche le miscele di erbe da fumare o gli incensi, i sali da bagno, i mangimi vegetali o altre polveri, menta magica, menta divina o Sally D, e altre nuove sostanze psicoattive menzionate dai partecipanti al sondaggio.

I risultati dell'indagine britannica sui reati del 2010-2011 (*British Crime Survey*, Smith e Flatley, 2011) mostrano che fra la popolazione generale (tra i 16 e i 59 anni di età) in Inghilterra e Galles, il consumo di mefedrone dell'anno precedente era pari a quello dell'ecstasy, mentre nel gruppo dai 16 ai 24 anni, la prevalenza del mefedrone era la stessa della polvere di cocaina (4,4 %). La maggior parte di coloro che hanno dichiarato di aver utilizzato il mefedrone durante l'anno passato ha dichiarato di aver usato anche un'altra sostanza illecita (principalmente cannabis, cocaina o ecstasy). Per poter comprendere il significato di questi risultati è importante considerare che i dati raccolti per l'indagine riguardavano i periodi precedenti e successivi al divieto di mefedrone.

Per monitorare l'uso e la disponibilità delle nuove sostanze psicoattive, sono stati condotti alcuni studi e indagini via Internet che utilizzavano campioni autoselezionati di convenienza. Un'indagine online sulle «droghe legali» condotta fra 860 partecipanti con esperienza di «droghe legali» in Germania ha dimostrato che le miscele di erbe erano fra i prodotti «legali» prevalenti, seguiti dai «prodotti chimici per la ricerca», dai «sali da bagno» e da altri prodotti equivalenti. Allo stesso modo, uno studio condotto negli ambienti della vita notturna nella Repubblica ceca ha constatato che le erbe sono più comunemente denominate «droghe legali», con il 23 % dei 1 099 partecipanti che sostiene di aver utilizzato la *Salvia divinorum*. Sempre nella Repubblica ceca, il 4,5 % di un campione di 1 091 utenti Internet con un'età compresa tra 15 e 34 anni, ha sostenuto di aver utilizzato una nuova sostanza psicoattiva.

Altri studi hanno spesso posto l'attenzione sull'uso di un solo tipo di sostanza, come la «Spice», la BZP o il mefedrone. Nel 2011, per la prima volta, l'indagine annuale nelle scuole statunitensi *Monitoring the Future* ha evidenziato la prevalenza d'uso di cannabinoidi sintetici fra i giovani. Si è scoperto che fra i ragazzi di 17-18 anni l'uso di prodotti contenenti cannabinoidi sintetici («Spice» e K2) nell'ultimo anno era solamente di poco al di sopra dell'11 %.

Il ciclo 2011 di un'indagine online sul consumo di sostanze stupefacenti condotta dalla rivista del Regno Unito di locali notturni *Mixmag* e dal quotidiano *Guardian* (Mixmag, 2012), che attinge dalle precedenti indagini di *Mixmag* (OEDT, 2009a, 2010a), ha raccolto le testimonianze di 15 500 partecipanti provenienti da tutto il mondo, in maggioranza dal Regno Unito. Nel 2010-2011 i livelli d'uso del mefedrone rilevati nell'anno e nel mese precedenti erano tre volte più alti fra i frequentatori di locali notturni (30 % e 13 %) che fra i non frequentatori (10 % e 3 %) (Mixmag, 2012). Chiaramente, i dati forniti da campioni autoselezionati come questi non possono essere in nessun modo considerati rappresentativi; tali indagini forniscono, tuttavia, un quadro interessante sull'uso di droghe da parte dei partecipanti.

Risposte alle nuove droghe

In tutta Europa iniziano a svilupparsi misure volte a ridurre sia la domanda sia l'offerta di nuove sostanze psicoattive. I singoli Stati membri hanno intrapreso iniziative allo scopo di migliorare e accelerare le risposte giuridiche a tali nuove sostanze, ai prodotti e alle strutture che li smerciano (cfr. il capitolo 1).

Nel 2011 il First international multidisciplinary forum on new drugs (primo forum internazionale multidisciplinare sulle nuove sostanze) ha evidenziato il bisogno di potenziare gli interventi volti alla riduzione della domanda di nuove sostanze psicoattive, anche attraverso misure di prevenzione, riduzione del danno e terapia. Di contro, la disponibilità di una vasta gamma di composti con componenti e qualità varie complica la diffusione di messaggi chiari sulla prevenzione e riduzione del danno.

Valutazione sulla psicoattività

Con l'aumento di nuove sostanze riportate al sistema di allarme rapido dell'UE, diventa importante stabilire inizialmente se tali sostanze hanno proprietà psicoattive o meno. Attualmente si sta valutando la potenzialità di metodi a basso costo sulla predizione delle proprietà delle nuove droghe (tossicità, farmacologia, psicoattività), senza il bisogno di condurre studi sperimentali sugli animali o sugli esseri umani.

Una delle tecniche prese in esame è l'invenzione di modelli matematici per predire il comportamento delle nuove sostanze. Questi sono basati sul «principio della somiglianza», il che presuppone simili proprietà e attività psicochimiche in quelle molecole che hanno strutture chimiche fortemente imparentate. In questo modo, le caratteristiche di una sostanza ben nota vengono utilizzate per predire gli effetti di una sostanza sconosciuta.

La possibilità di predire le modalità di azione di nuovi composti, di cui si sa poco, sembra promettente. In uno studio recente, il potenziale psicoattivo del medicinale ostarine è stato valutato attraverso metodi computazionali (Mohd-Fauzi e Bender, 2012). L'analisi si componeva di due fasi: nella prima veniva predetto se il medicinale avrebbe colpito le proteine coinvolte negli effetti psicoattivi; la seconda ha vagliato la probabilità, da parte della sostanza, di penetrare nel sistema nervoso centrale. I risultati dello studio hanno indicato che l'ostarine non avrebbe causato effetti psicoattivi sugli esseri umani.

Nel Regno Unito, le informazioni sui fatti legati alle «droghe legali», all'assistenza per le emergenze e alle terapie per la tossicodipendenza sono fornite dal servizio online «Talk to Frank» (Parla con Frank); in Irlanda, l'informativa sulla prevenzione e sulla riduzione del danno riguardanti le nuove droghe sono in circolazione dal 2010.

In Polonia, dal 2008, l'ufficio nazionale per la prevenzione della droga ha preparato e lanciato tre campagne di prevenzione: una campagna online che informa sulle possibili conseguenze e minacce derivanti dall'uso delle «droghe legali», incontri tra genitori e rappresentanti delle scuole, mediati da consulenti o insegnanti, dove vengono fornite informazioni sulle nuove sostanze psicoattive, e un programma di prevenzione universale, organizzato da consulenti e insegnanti, mirato ai ragazzi nelle scuole con un'età compresa tra 15 e 18 anni.

Il progetto denominato «Recreational Drugs European Network» (ReDNet) è uno studio multisito di ricerca ideato per migliorare il livello di informazione disponibile ai giovani (dai 16 ai 24 anni) e ai professionisti in merito agli effetti di queste nuove droghe ricreative e ai potenziali rischi per la salute associati al loro consumo. Il progetto ricorre a molte tecnologie innovative di comunicazione e informazione per la divulgazione di un'informazione obiettiva ai gruppi destinatari.

È necessario conoscere meglio le eventuali conseguenze per la salute, acute e croniche, derivanti dall'uso di nuove sostanze. L'assistenza medica per la tossicità acuta è necessaria, ma è altresì necessario organizzare formazioni specifiche sulla gestione medica per quegli individui che si sentono a disagio in ambienti ricreativi ed elaborare orientamenti per le situazioni in cui è necessario chiamare il servizio di emergenza preospedaliero. Nonostante ciò, date le somiglianze con le amfetamine e l'MDMA, è probabile che le strategie di gestione analoghe a quelle delle risposte al trattamento per le sostanze più conosciute possano essere utili per alcuni tipi di nuove sostanze psicoattive.

Il trattamento per quegli individui esposti alle nuove droghe psicoattive che cercano aiuto formale rappresenta un'assistenza primaria, sebbene ci sia poca informazione su quanto costituisce un trattamento psicosociale appropriato per i consumatori di «droghe legali». Nel Regno Unito è in fase pilota una clinica specialistica multidisciplinare per i consumatori di droghe nei locali notturni, comprese le «droghe legali». Essa offre una serie di servizi come brevi interventi, terapie farmacologiche e assistenza programmata, dimostrando un buon tasso di ritenzione dei pazienti ed esiti positivi.



Riferimenti bibliografici ([136])

Aaron, S., McMahon, J. M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M. e al. (2008), «Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence», *Clinical Infectious Diseases* 47, pagg. 931-4.

ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (2010), *Consideration of the use of foil, as an intervention, to reduce the harms of injecting heroin*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Londra (disponibile online).

AIHW (Australian Institute of Health and Welfare) (2011), 2010 *National Drug Strategy Household Survey report*, Drug statistics series n. 25, AIHW, Canberra.

Allen, G. (2011), *Early intervention: the next steps*, relazione indipendente del governo di Sua Maestà, Londra (disponibile online).

Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M. e Vecchi, S. (2011), «Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10), pag. CD004147.

Amato, L., Ferri, M., Minozzi, S., Schifano, P. e Davoli, M. (in corso di stampa), «Acceptability, efficacy and safety of pharmacological treatment of cocaine dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Archer, J., Dargan, P., Rintoul-Hoad, S., Hudson, S. e Wood, D. (2012), «Nightclub urinals: a novel and reliable way of knowing what drugs are being used in nightclubs», *British Journal of Clinical Pharmacology* 73, pag. 985.

Asbridge, M., Hayden, J. A. e Cartwright, J. L. (2012), «Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis», *BMJ* 344, pag. e536.

Bellerose, D., Carew, A. M. e Lyons, S. (2011), *Trends in treated problem drug use in Ireland 2005 to 2010*, HRB Trends Series 12 (disponibile online).

Berkowitz, B. e Spector, S. (1972), «Evidence for active immunity to morphine in mice», *Science* 178, pagg. 1290-2.

Bretteville-Jensen, A. L. e Skretting, A. (2010), «Heroin smoking and heroin using trends in Norway: a study among recreational and heavy drug users», *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 27, pagg. 5-16.

Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J. e al. (2009), «Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain», *European Addiction Research* 15, pagg. 171-8.

CADUMS (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada, Controlled Substances and Tobacco Directorate (disponibile online).

Calabria, B., Degenhardt, L., Briegleb, C., Vos, T., Hall, W. e al. (2010), «Systematic review of prospective studies investigating "remission" from amphetamine, cannabis, cocaine or opioid dependence», *Addictive Behaviors* 35, pagg. 741-9.

Calafat, A., Blay, N., Juan, M., Adrover, D., Bellis, M. A. e al. (2009), «Traffic risk behaviours at nightlife: drinking, taking drugs, driving and use of public transport by young people», *Traffic Injury Prevention* 10, 162-9.

CDC (2009), «Diagnoses of HIV infection and AIDS in the United States and dependent areas, 2009», *HIV Surveillance Report* 21, Table 1a, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (disponibile online).

Commissione europea, direzione generale della Fiscalità e dell'unione doganale, direzione generale per le Imprese e l'industria (2011), *EU summary report on drug precursors 2011: statistics from 2010* (disponibile online).

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), decisione del Consiglio relativa all'istituzione del comitato permanente per la cooperazione operativa in materia di sicurezza interna, 16515/09.

Consiglio europeo (2010), *Internal security strategy for the European Union: towards a European security model*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

Day, E. e Strang, J. (2011), «Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial», *Journal of Substance Abuse Treatment* 40, pagg. 56-66.

De Maeyer J., Vanderplasschen, W. e Broekaert, E. (2010), «Quality of life among opiate-dependent individuals: a review of the literature», *International Journal of Drug Policy* 21, pagg. 364-80.

([136]) 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/2012).

Derzon, J. H. (2007), «Using correlational evidence to select youth for prevention programming», *Journal of Primary Prevention* 28, pagg. 421-47.

Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. e Purchase, D. (2009), «Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States», *Addiction* 104, pagg. 1 441-6.

Dvorsek, A. (2006), «Relations between criminal investigation strategy and police management», *Revija Varstvoslovje-Journal of Criminal Justice and Security* 8 (3/4), pagg. 235-42.

ECDC e OEDT (2011), *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*, documento orientativo congiunto ECDC e OEDT, Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, Stoccolma (disponibile online).

ECDC e Ufficio regionale per l'Europa dell'OMS (2011), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*, Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie, Stoccolma (disponibile online).

Escot, S. e Suderie, G. (2009), «Usages problematiques de cocaine, quelles interventions pour quelles demandes?» *Tendances* 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Parigi.

Eurojust (2012), *Strategic project on enhancing the work of Eurojust in drug trafficking cases — Final results*, Eurojust, L'Aia (disponibile online).

Foley, K., Pallas, D., Forcehimes, A. A., Houck, J. M., Bogenschutz, M. P. e al. (2010), «Effect of job skills training on employment and job seeking behaviors in an American Indian substance abuse treatment sample», *Journal of Vocational Rehabilitation* 33, pagg. 181-92.

Fox, B. S., Kantak, K. M., Edwards, M. A., Black, K. M., Bollinger, B. K. e al. (1996), «Efficacy of a therapeutic cocaine vaccine in rodent models», *Nature Medicine* 2, pagg. 1129-32.

Gabrhelik, R., Duncan, A., Miovsky, M., Furr-Holden, C. D., Stastna, L. e Jurystova, L. (2012), «Unplugged: a school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic», *Drug and Alcohol Dependence* (disponibile online).

Gallup Organisation (2011), *Youth attitudes on drugs*, Flash Eurobarometer 330 (disponibile online).

Hall, W. e Degenhardt, L. (2009), «Adverse health effects of non-medical cannabis use», *Lancet* 374, pagg. 1383-91.

Hatsukami, D. K., Rennard, S., Jorenby, D., Fiore, M., Koopmeiners, J. e al. (2005), «Safety and immunogenicity of a nicotine conjugate vaccine in current smokers», *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 78, pagg. 456-7.

Hellard, M., Sacks-Davis, R. e Gold, J. (2009), «Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence», *Clinical Infectious Diseases* 49, pagg. 561-73.

Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E. e Liddle, H. A. (2010), «Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials», *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(6), pagg. 885-97.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. e Kraus, L. (2012), *The 2011 ESPAD report: Substance use among students in 36 European countries*, Consiglio svedese per le informazioni su alcol e altre droghe, Stoccolma, Svezia.

Hoare, J. e Moon, D. (eds) (2010), «Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey», *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (disponibile online).

Hope, V. D., Palmateer, N., Wiessing, L, Marongiu, A. e White, J. (2012), «A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation», *American Journal of Public Health* 102, pagg. 122-5.

HPA (Health Protection Agency) (2011), *Hepatitis C in the UK 2011*, Agenzia per la protezione della salute, Londra (disponibile online).

Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M. L., de Lacerda, R. B. e al. (2011), «A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries», *Addiction* 107, pagg. 957-66.

INCB (International Narcotics Control Board) (2012a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Nazioni Unite, New York (disponibile online).

INCB (2012b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2011*, Nazioni Unite, New York (disponibile online).

Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. e Schulenberg, J. E. (2012), *Monitoring the future: national survey results on drug use, 1975-2011, Volume I, Secondary school students*, Istituto per la ricerca sociale, Università del Michigan, Ann Arbor (disponibile online).

Jones, L., Bates, G., Bellis, M., Beynon, C., Duffy, P. e al. (2011), *A summary of the health harms of drugs*, dipartimento della Salute (disponibile online).

Karila, L., Weinstein, A., Aubin, H. J., Benyamina, A., Reynaud, M. e Batki, S. L. (2010), «Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review», *British Journal of Clinical Pharmacology* 69, pagg. 578-92.

Kirby, S., Quinn, A. e Keay, S. (2010), «Intelligence-led and traditional policing approaches to open drug markets: a comparison of offenders», *Drugs and Alcohol Today* 10, pagg. 13-9.

Lee, N. K. e Rawson, R. A. (2008), «A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence», *Drug and Alcohol Review* 27, pagg. 309-17.

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*, pagg. 12-25.

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, pagg. 146-54.

Martell, B. A., Mitchell, E., Poling, J., Gonsai, K. e Kosten, T. R. (2005), «Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence», *Biological Psychiatry* 58, pagg. 158-64.

Martin, N. K., Vickerman, P., Foster, G. R., Hutchinson, S. J., Goldberg, D. J. e Hickman, M. (2011), «Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility», *Journal of Hepatology* 54, pagg. 1 137-44.

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. 1 014-28.

Mayet, S., Manning, V., Williams, A., Loaring, J. e Strang, J. (2011), «Impact of training for healthcare professionals on how to manage an opioid overdose with naloxone: effective, but dissemination is challenging», *International Journal of Drug Policy* 22, pagg. 9-15.

McIntosh, J., Bloor, M. e Robertson, M. (2008), «Drug treatment and the achievement of paid employment», *Addiction Research and Theory* 16, pagg. 37-45.

Mena, G., Giraudon, I., Álvares, E., Corkery, J., Matias, J. e al. (in corso di stampa), «Cocaine-related health emergencies in Europe: A review of sources of information, prevalence and implications for service development», *European Addiction Research*.

Merrall, E. L., Bird, S. M. e Hutchinson, S. J. (2012), «Mortality of those who attended drug services in Scotland 1996-2006: record-linkage study», *International Journal of Drug Policy* 23, pagg. 24-32.

Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., Davoli, M., Kirchmayer, U. e Verster, A. (2011), «Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence», *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), pag. CD001333.

Mixmag (2012), *Mixmag-Guardian drugs survey* (disponibile online).

Mohd-Fauzi, F. e Bender, A. (2012), *Computational analysis of the possibility of ostarine eliciting psychoactive effects*, Università di Cambridge (disponibile online).

NACD e PHIRB (National Advisory Committee on Drugs and Public Health Information and Research Branch) (2011), *Drug use in Ireland and Northern Ireland: first results from the 2010/11 drug prevalence survey* (disponibile online).

OEDT (Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze) (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 (2008), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, monografia 8, volume 2, 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 (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), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, Questione specifica, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2010d), *Treatment and care for older drug users*, Questione specifica, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo (disponibile online).

OEDT (2010e), *Trends in injecting drug use in Europe*, Questione specifica, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo (disponibile online).

OEDT (2011a), *Relazione annuale 2011: evoluzione del fenomeno della droga in Europa*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2011b), *European drug prevention quality standards*, Manuale, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2011c), *Mortality related to drug use in Europe: public health implications*, Questione specifica, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo (disponibile online).

OEDT (2011d), «Rispondere alle nuove sostanze psicoattive», *Focus sulle droghe* 22, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2012a), *Cannabis production and markets in Europe*, Insight, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2012b), *Social reintegration and reduction of social exclusion of drug users: improving labour market participation of drug users in treatment*, Insight, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT (2012c), *Technical report on assistance to EMCDDA to analyse recent European trends on heroin use by using existing indirect indicator data, notably treatment demand data and other indicators* (CT.10.EPI.070.1.0), OEDT, Lisbona (disponibile online).

OEDT e ECDC (2012), *Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment: HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo (disponibile online).

OEDT ed Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, pubblicazioni congiunte OEDT-Europol, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.

OEDT ed Europol (2011), *EMCDDA-Europol 2011 annual report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA* (disponibile online).

OMS (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.

OMS (2010), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 report*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.

OMS (2011), *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.

Ouwehand, A., Wisselink, D. J., Kuijpers, W., van Delden, E. B. e Mol, A. (2011), *Key figures: addiction care 2010*, Sistema informativo nazionale su alcol e droghe, Houten, Paesi Bassi.

Polosa, R. e Benowitz, N. L. (2011), «Treatment of nicotine addiction: present therapeutic options and pipeline developments», *Trends in Pharmacological Sciences* 32, pagg. 281-9.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., Matali, J. L., Bruguera, E. e al. (2004), «Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups», *European Addiction Research* 10, pagg. 147-55.

Rand Europe (2012), *Assessment of the implementation of the EU drugs strategy 2005-2012 and its action plans*, relazione tecnica, Rand Corporation, Cambridge, Regno Unito.

Reynaud-Maurupt, C. e Hoareau, E. (2010), Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers «cachés», *Trends*, Observatoire Français des Drogues et 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, pagg. 345-7.

Rosen, H. R. (2011), «Clinical practice: chronic hepatitis C infection», *New England Journal of Medicine* 364, pagg. 2429-38.

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).

Sedefov, R., Brandt, S. D., Evans-Brown, M., Sumnall, H. R., Cunningham, A. e Gallegos, A. (2011), «PMMA in "ecstasy" and "legal highs"», *BMJ* (disponibile online).

Serious Organised Crime Agency (2011), *Drugs: risks associated with new psychoactive substances*, Intelligence report.

Shearer, J., Wodak, A., Mattick, R. P., van Beek, I., Lewis, J. e al. (2001), «Pilot randomized controlled study of dexamphetamine substitution for amphetamine dependence», *Addiction* 96(9), pagg. 1289-96.

Shen, X., Orson, F. M. e Kosten, T. R. (2011), «Anti-addiction vaccines», *F1000 Medicine Reports* 3, pag. 20.

Smith, K. e Flatley, J. (2011), «Drug misuse declared: findings from the 2010/11 British Crime Survey England and Wales», *Statistical Bulletin*, ministero dell'Interno del Regno Unito.

Steinberg, L. (2008), «A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking», *Developmental Review* 28, pagg. 78-106.

Stock, J. e Kreuzer, A. (1998), «Die polizeiliche Arbeit aus kriminologischer Sicht», *Handbuch des Betaubungsmitelstrafrechts*, pagg. 1 028-100.

Stowe, G. N., Schlosburg, J. E., Vendruscolo, L. F., Edwards, S., Misra, K. K. e al. (2012), «Developing a vaccine against multiple psychoactive targets: a case study of heroin», *CNS and Neurological Disorder Drug Targets* 10, pagg. 865-75.

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. 381-95.

Thomas, K. V., Bijlsma, B., Castiglioni, S. Covaci, A. Emke, E. e al. (in corso di stampa), «Comparing illicit drug use in 19 European cities through sewage analysis», *Science of the Total Environment*.

Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J., Tuomola, P., Kuikanmaki, O. e al. (2007), «A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence», *American Journal of Psychiatry* 164, pagg. 160-2.

UNODC (2009), *World drug report 2009*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.

UNODC (2010), *World drug report 2010*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.

UNODC (2011a), *Afghanistan cannabis survey 2010*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.

UNODC (2011b), *World drug report 2011*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.

UNODC (2012), *World drug report 2012*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.

Vanderplasschen, W., Goossens, K., Vandevelde, D., Thienpont, J., Hauglustaine, V. e Littera, L. (2011), «De CRA+vouchers methodiek: is het belonen van abstinentie bij cocaïnegebruikers effectief?», *Orthopedagogische Reeks Gent* 36, pagg. 1-69.

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. 143-51.

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, pagg. 394-6.

Vickerman, P., Hickman, M., May, M., Kretzschmar, M. e Wiessing, L. (2010), «Can hepatitis C virus prevalence be used as a measure of injection-related human immunodeficiency virus risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis», *Addiction* 105, pagg. 311-8.

Vocci, F. J. e Montoya, I. D. (2009), «Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence», *Current Opinion in Psychiatry* 22, pagg. 263-8.

Weinstein, A. M. e Gorelick, D. A. (2011), «Pharmacological treatment of cannabis dependence», *Current Pharmaceutical Design* 17, pagg. 1351-8.

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) (disponibile online).

Wilkinson, R. e Picket, K. (2010), *The spirit level: why equality is better for everyone*, Penguin, Londra.

Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M. e al. (2011), «The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010», *European Neuropsychopharmacology* 21, pagg. 655-79.

Wood, D. M., Davies, S., Puchnarewicz, M., Johnston, A. e Dargan, P. I. (2012a), «Acute toxicity associated with the recreational use of the ketamine derivative methoxetamine», *European Journal of Clinical Pharmacology* 68, pagg. 853-6.

Wood, D. M., Measham, F. e Dargan, P. I. (2012b), «Our favourite drug»: prevalence of use and preference for mephedrone in the London night-time economy 1 year after control», *Journal of Substance Use* 17, pagg. 91-7.

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

Relazione annuale 2012: evoluzione del fenomeno della droga in Europa

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea

2011 — 109 pagg. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-544-8

doi:10.2810/67213

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 2929-42758.

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-12-001-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 978-92-9168-544-8