



Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze

ISSN 1609-6169

# REPORT ANNUALE 2004

EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA DROGA  
NELL'UNIONE EUROPEA ED IN NORVEGIA





Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze

EVOLUZIONE DEL FENOMENO DELLA DROGA  
NELL'UNIONE EUROPEA ED IN NORVEGIA

REPORT  
ANNUALE  
2014

## Avvertenza

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

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

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

Numero verde unico:

**00 800 6 7 8 9 10 11**

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

Una scheda bibliografica figura alla fine del volume.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, 2004

ISBN 92-9168-201-2

© Osservatorio Europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2004

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

*Printed in Belgium*

STAMPATO SU CARTA SBIANCATA SENZA CLORO



Osservatorio europeo delle  
droghe e delle tossicodipendenze

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

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

[info@emcdda.eu.int](mailto:info@emcdda.eu.int) • <http://www.emcdda.eu.int>

## Indice

Prefazione	5
Ringraziamenti	7
Introduzione	7
Uno sguardo d'insieme — Panoramica della situazione europea in materia di droga	9
Capitolo 1	
<b>Evoluzione in materia di politiche e legislazione</b>	<b>15</b>
Capitolo 2	
<b>La prevenzione — Il lavoro con le comunità, indirizzato ai soggetti maggiormente a rischio</b>	<b>24</b>
Capitolo 3	
<b>Cannabis</b>	<b>28</b>
Capitolo 4	
<b>Stimolanti del tipo anfetamine, LSD ed altre droghe sintetiche</b>	<b>34</b>
Capitolo 5	
<b>Cocaina e cocaina crack</b>	<b>44</b>
Capitolo 6	
<b>Eroina e consumo per via parenterale</b>	<b>50</b>
Capitolo 7	
<b>Trattamento — Come soddisfare le esigenze dei soggetti problematici</b>	<b>63</b>
Capitolo 8	
<b>Criminalità e situazione carceraria</b>	<b>70</b>
Questione specifica 1	
<b>Valutazione delle «strategie nazionali in materia di droga» in Europa</b>	<b>75</b>
Questione specifica 2	
<b>Problematiche legate alla cannabis nel loro contesto — Motivi dell'aumentata richiesta di interventi terapeutici in Europa</b>	<b>82</b>
Questione specifica 3	
<b>Comorbilità</b>	<b>94</b>
Riferimenti bibliografici	105
Punti focali nazionali Reitox	111



## Premessa

La presente relazione annuale dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) rappresenta un compendio dei dati provenienti dai 25 Stati membri dell'Unione europea e dalla Norvegia. Si tratta di un patrimonio di informazioni inteso non soltanto ad aiutare a comprendere come le problematiche di droga incidano sui cittadini europei e sulle comunità di cui fanno parte, ma anche ad aprire una riflessione sulle politiche e le strategie adottate dagli Stati membri nella sfida complessa ed articolata contro l'uso degli stupefacenti.

Le notevoli differenze che emergono dalla nuova prospettiva allargata non sfuggiranno probabilmente a coloro che hanno familiarità con le precedenti relazioni dell'OEDT sulla situazione della droga in Europa. Attualmente molti degli assunti che si erano venuti formando sulla natura e l'evoluzione delle tendenze richiedono infatti di essere rivisti e adattati in modo da riflettere la complessità, il dinamismo e la varietà del contesto attuale.

Si segnala che non tutti i paesi sono in grado di fornire informazioni su ogni area e che non tutti i dati a disposizione sono direttamente confrontabili. In tal senso, nella presente trattazione figurano alcune note metodologiche e si raccomanda una certa cautela al momento di trarre eventuali conclusioni. Ciononostante, disponiamo ormai di un corpo sostanzioso e sempre più consolidato di informazioni sulla situazione della droga in Europa per cui, nei prossimi anni, ci auguriamo di mettere a disposizione dei nostri utenti un patrimonio di dati sempre più completo, quale frutto degli investimenti effettuati dagli Stati membri. I lettori maggiormente sensibili agli aspetti tecnici, come pure coloro che si attendono ragguagli più specifici su una qualsiasi delle problematiche affrontate nella relazione, sono invitati ad esaminare le tabelle di dati completi che corredano le informazioni riassunte qui di seguito, le quali sono peraltro incluse nell'allegato bollettino statistico come pure nella versione integrale della relazione, accessibile on line. Per coloro che desiderano invece un panorama succinto degli sviluppi intercorsi, la sezione «Uno sguardo d'insieme» presenta un sommario delle principali evoluzioni che si

ritrovano in maniera più approfondita nel corso della trattazione.

Le informazioni contenute nel presente documento sono il frutto di una collaborazione e del lavoro dei nostri partner della rete Reitox nonché degli esperti scientifici che hanno contribuito ai gruppi di lavoro a livello nazionale e dell'Unione europea. Ad essi vanno i nostri ringraziamenti. Inoltre l'attuale relazione trae beneficio spunto dalla cooperazione costante fra l'Osservatorio e la Commissione europea, a sostegno della valutazione del piano di azione europeo per la lotta contro la droga (2000-2004).

Taluni osservatori guardano maggiormente alle problematiche emergenti dall'integrazione europea ed in particolare alla capacità della criminalità organizzata di trarre vantaggio dall'apertura delle frontiere e dalla libera circolazione dei beni e delle persone. Pur mettendo tali rischi debitamente in conto, la relazione riflette una prospettiva ulteriore. In quanto europei, condividiamo sempre di più problematiche comuni in materia di droga e, allo stesso tempo, il dibattito si va arricchendo di esperienze storiche e vedute diverse. I dati riscontrati nella presente relazione rispecchiano un impegno collettivo dei nostri Stati membri a riunire informazioni comparabili atte ad agevolare lo sviluppo di politiche ed azioni più efficaci e mirate. L'allargamento dell'Unione europea trae con sé una nuova opportunità di mettere in comune esperienze positive e di cooperare più strettamente verso un migliore coordinamento delle azioni possibili. In questo contesto, il ruolo dell'OEDT sarà di operare al fianco degli Stati membri nella raccolta di dati di eccellente qualità, quale sostegno indispensabile del confronto informato.

### **Marcel Reimen**

Presidente, Consiglio di amministrazione dell'OEDT

### **Georges Estievenart**

Direttore esecutivo, OEDT





## Ringraziamenti

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

- i dirigenti ed il personale dei punti focali nazionali Reitox;
- 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 gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, l'Organizzazione mondiale della sanità, l'Europol, l'Interpol, l'Organizzazione mondiale delle dogane, il Consiglio svedese di informazione su alcool ed altre droghe (CAN) ed il Centro europeo per il monitoraggio epidemiologico dell'AIDS (EuroHIV);
- il Centro di traduzione degli organismi dell'Unione europea e l'Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee;
- Prepress Projects Ltd;
- eLg Language Integration.

## Introduzione

La relazione annuale si basa sulle informazioni fornite all'OEDT dagli Stati membri dell'UE e dalla Norvegia (che partecipa all'attività dell'OEDT dal 2001) sotto forma di relazioni nazionali. I dati statistici qui riportati si riferiscono al 2002 (o all'ultimo anno disponibile). È possibile che i dati riportati nella sezione delle risposte al consumo di stupefacenti e in quella delle questioni specifiche siano più recenti.

Le relazioni nazionali dei punti focali Reitox si trovano sul sito web dell'OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).

Una versione on line della relazione annuale è disponibile in 20 lingue e si può trovare all'indirizzo:

<http://annualreport.emcdda.eu.int>

La documentazione supplementare, cui nelle note a piè di pagina si fa riferimento con l'indicazione OL, si trova soltanto nella versione on line, che è disponibile soltanto in inglese e contiene numerosi elementi addizionali, quali grafici, tabelle e materiale di riferimento.

Il bollettino statistico 2004 dell'OEDT contiene l'insieme completo delle tabelle sulle quali è basata l'analisi statistica (<http://statistics.emcdda.eu.int>) e fornisce ulteriori informazioni sulla metodologia utilizzata.



## Uno sguardo d'insieme — Panoramica della situazione europea in materia di droga

In questa sezione, sono illustrati alcuni dei fatti di rilievo contenuti nella relazione annuale 2004 dell'OEDT sul fenomeno della droga in Europa. Per maggiori informazioni, il lettore è invitato a fare riferimento alla versione integrale della relazione.

### Politiche e quadro giuridico

Tra i principali sviluppi politici riportati nella relazione, figura la valutazione intermedia del piano d'azione conseguente alla sessione speciale dell'assemblea generale delle Nazioni Unite del 1998 (UNGASS) sul fenomeno della droga nel mondo. Inoltre, l'OEDT sta fornendo il proprio contributo per la valutazione del piano d'azione dell'Unione europea sulle droghe (2000-2004), che si concluderà nel 2004.

Nel giugno 2003, il Consiglio dei ministri ha adottato una raccomandazione sulla prevenzione e la riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza. Le aree principali coperte dalla raccomandazione comprendono la protezione della salute e la riduzione dei rischi: riduzione dell'incidenza delle malattie trasmesse per via sanguigna tra i consumatori di stupefacenti (HIV, HCV e tubercolosi), riduzione dei decessi correlati agli stupefacenti ed istituzione di appropriati meccanismi di valutazione. Nel 2003, il Consiglio dei ministri ha inoltre raggiunto un accordo politico su una decisione quadro riguardante il traffico di stupefacenti. Tale accordo riguarda in particolare l'allineamento delle pene e l'ampliamento degli obiettivi a quelle organizzazioni criminali e terroristiche che traggono le proprie risorse dal traffico di stupefacenti.

Nel 2003 è continuata l'attività relativa al controllo delle nuove droghe sintetiche nell'Unione europea: il Consiglio dei ministri ha adottato una decisione volta ad applicare le misure di controllo a 2C-1, 2C-T-2, 2C-T-7 e TMA-2.

Nel 2003, è aumentato anche il numero dei paesi le cui politiche in materia di sostanze stupefacenti si inseriscono nel quadro di una strategia nazionale complessiva, con l'adozione di piani specifici in Danimarca, Germania, Lituania e Slovenia. Quando nel 2004, come previsto, si assoceranno anche l'Estonia e la Francia, oltre i tre quarti di tutti gli Stati membri dell'UE avranno adottato questo approccio. Tra i temi comuni che si ritrovano nelle strategie nazionali figura l'impegno ad un approccio bilanciato alle attività relative sia alla domanda, sia all'offerta nonché l'esplicito riconoscimento dell'importanza del coordinamento.

La valutazione delle politiche adottate in materia di sostanze stupefacenti può apportare insegnamenti importanti per il futuro. Le aree in cui gli Stati membri hanno segnalato nel 2003 attività di monitoraggio e valutazione comprendono l'impatto delle nuove norme sugli stupefacenti, l'impatto delle diverse disposizioni giuridiche riguardanti il possesso di stupefacenti per uso personale, con particolare riferimento alla cannabis; misure che consentono alle autorità locali di intervenire nei confronti di strutture associate al traffico di droga o a forme di disturbo della quiete pubblica; progetti intesi a deferire chi ha avuto problemi con la droga ad organismi esterni al sistema giudiziario penale; infine azioni per contrastare il traffico di stupefacenti e le attività di riciclaggio del denaro. L'approccio scelto dai vari Stati membri per misurare le strategie nazionali adottate in materia di sostanze stupefacenti figura in una «questione specifica» dedicata alla loro valutazione.

Due paesi (Belgio, Regno Unito) hanno segnalato modifiche nella classificazione giuridica della cannabis. In entrambi questi paesi il consumo problematico di cannabis è esplicitamente affrontato da leggi o disposizioni specifiche; le modifiche giuridiche introdotte comportano una serie di importanti risvolti, a volte ignorati dai media al momento della segnalazione delle nuove misure.

Un'area sempre più importante per le attività future e per la cooperazione internazionale è quella di attivare i mezzi necessari per la confisca dei beni patrimoniali appartenenti a trafficanti di stupefacenti ed organizzazioni criminali. La Spagna, la Francia, l'Irlanda ed il Regno Unito segnalano nuovi sviluppi in quest'area.

La guida sotto l'influsso di sostanze stupefacenti ed il relativo problema di come affrontare il fenomeno continuano a destare notevoli preoccupazioni in numerosi Stati membri. Nel 2003, tre paesi (Francia, Austria e Finlandia) hanno apportato considerevoli modifiche, per chiarire o rafforzare la legislazione in quest'area.

### Prevenzione

Nel campo degli stupefacenti, l'attività di prevenzione svolta in Europa può essere catalogata come mirante alla comunità nel suo insieme (prevenzione universale) o ai soggetti maggiormente a rischio, a livello di gruppo (prevenzione selettiva) o individuale (*ad personam*). I modelli più sviluppati di prevenzione universale sono i

programmi che si rivolgono alla popolazione scolastica, per i quali si dispone ormai di una documentazione probatoria relativamente consistente, che permette di impostare i contenuti dei programmi e la relativa attuazione. Alcuni paesi segnalano incoraggianti sviluppi intervenuti nella diffusione e nella realizzazione dei programmi di prevenzione nelle scuole. Ciò non toglie che in molti paesi il potenziale di miglioramento resti significativo, per quanto riguarda sia la diffusione, sia la qualità dell'attività di prevenzione universale. La prevenzione universale in ambienti diversi dalla scuola ha anch'essa un considerevole potenziale, ma attualmente questo tipo di approccio è perseguito soltanto in pochi paesi.

Nonostante si riconosca sempre più spesso l'importanza dell'attività di prevenzione tra i soggetti maggiormente a rischio, l'esigenza di investire in questo tipo di prevenzione mirata resta forte.

### Cannabis

La cannabis resta la sostanza illecita più comunemente usata nell'UE, pur se con un elevato livello di variazione tra i vari paesi. Da studi recenti condotti tra gli studenti di 15 anni emerge che la prevalenza una tantum varia da poco meno del 10 % ad oltre il 30 %, con le percentuali più elevate segnalate dai ragazzi del Regno Unito (42,5 %). Una percentuale, modesta ma consistente (circa il 15 %), degli studenti quindicenni che hanno fatto uso di cannabis nell'ultimo anno ne segnala l'uso in 40 o più occasioni. L'uso intensivo della cannabis desta preoccupazioni, particolarmente per la possibilità che questo gruppo corra il rischio di complicità negative. Questo fenomeno e l'aumento registrato in Europa della domanda di trattamento per cannabis sono affrontati in dettaglio in una «questione specifica». Per quanto riguarda la prevalenza del consumo recente di cannabis (nell'ultimo anno), si registra un picco tra i giovani adulti (15-34 anni), con un campo di variazione, nella maggior parte dei paesi, compreso tra il 5 ed il 20 %. Sembra che nella maggior parte dei paesi il consumo di cannabis sia aumentato sensibilmente nel corso degli anni novanta, salvo poi stabilizzarsi in alcuni paesi.

Oltre 30 paesi sono citati come paesi originari della cannabis sequestrata in Europa, a conferma della natura globale della produzione di cannabis. L'Europa è il mercato più grande del mondo per quanto riguarda la resina di cannabis, in prevalenza proveniente dal Marocco, che è oggi la principale fonte mondiale di questo tipo di droga. La cannabis viene oggi coltivata anche all'interno della maggior parte dei paesi europei, anche se in tutti i paesi, fatta eccezione per i Paesi Bassi, continuano a predominare i prodotti importati a base di cannabis. La potenza della

cannabis importata in Europa sembra da alcuni anni essere rimasta a livelli relativamente stabili. La cannabis coltivata nell'UE con metodi intensivi è tipicamente di potenza più elevata, ma fra i due prodotti vi è una considerevole sovrapposizione.

### Sostanze stimolanti del tipo delle anfetamine (ATS), LSD ed altre droghe sintetiche

In Europa, storicamente, le anfetamine sono la droga di uso più comune dopo la cannabis. Questo dato sembra adesso modificarsi in alcuni paesi, in particolare in Germania, Spagna, Paesi Bassi, Finlandia e Regno Unito, dove da indagini recenti emerge che l'uso dell'ecstasy è pari all'uso di anfetamine, se non superiore. Nonostante l'aumento del consumo di ecstasy, nel 2002 l'Europa ha continuato a rappresentare la maggioranza dei sequestri globali di anfetamine (in termini di volume, l'86 %). Per quanto riguarda il consumo di ecstasy, la prevalenza una tantum varia generalmente dallo 0,5 al 7 % della popolazione adulta, per quanto le percentuali più elevate si riscontrino tra i maschi più giovani. Ad esempio, tra i maschi d'età compresa tra i 15 ed i 24 anni della Repubblica ceca, di Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito, la prevalenza una tantum risulta variare dall'11 al 17 %. Complessivamente, l'aumento dell'uso di ecstasy avvenuto negli anni novanta sembra essersi adesso stabilizzato, salvo pochi paesi che continuano a segnalare una tendenza al rialzo. Gli studi condotti all'interno di popolazioni particolari hanno mostrato ripetutamente che il consumo di ecstasy è più diffuso tra i giovani che frequentano gli eventi musicali e gli ambienti da ballo (dance party), anche se recenti indicazioni sembrano far pensare ad un indebolimento di questo collegamento.

I decessi in cui è coinvolta l'ecstasy sono rari rispetto ai decessi correlati all'uso di oppiacei, ma essi suscitano notevoli preoccupazioni pubbliche. L'analisi è difficile, per l'esistenza di problemi legati alla definizione del fenomeno ed alla relativa misurazione. Nell'ultimo anno per il quale erano disponibili i dati, sono stati segnalati all'OEDT meno di 100 decessi correlati all'ecstasy. Questo dato va tuttavia considerato con cautela, in quanto alcuni paesi non hanno riportato dati al riguardo e, quando sono disponibili informazioni tossicologiche, spesso emerge la presenza anche di altre sostanze. Circa i due terzi di tutti i decessi correlati all'ecstasy e segnalati all'OEDT sono avvenuti nel Regno Unito, dove la tendenza è al rialzo. Non è chiaro fino a che punto questo risultato rifletta un'elevata prevalenza del consumo di ecstasy o differenze nelle prassi di segnalazione.

Gli Stati membri continuano ad avere come bersaglio il consumo ricreativo di sostanze stimolanti, con una serie di programmi di prevenzione e di riduzione del danno, con

attività in quest'area particolarmente evidenti in alcuni dei nuovi Stati membri. È raro il consumo di ATS in quanto motivazione primaria che porta a chiedere di entrare in terapia, tranne in Svezia e Finlandia, che hanno una lunga storia di problemi dovuti al consumo cronico di anfetamine, e nella Repubblica ceca, dove da qualche tempo esistono problemi dovuti al consumo di «pervitin», una metanfetamina di produzione locale.

Per quanto il consumo di metanfetamine, sul piano globale, rappresenti un problema crescente, in Europa il consumo significativo di questa sostanza è stato finora ristretto alla sola Repubblica ceca. Tuttavia, cominciano a pervenire segnalazioni sporadiche di consumo di metanfetamine da alcuni altri paesi europei, facendo balenare lo spettro di una potenziale, ulteriore diffusione di queste sostanze stupefacenti, il cui uso è particolarmente dannoso.

## Cocaina

Da recenti indagini emerge che una percentuale compresa tra lo 0,5 ed il 6 % degli adulti ha fatto uso almeno una volta di cocaina (prevalenza una tantum). Tra i giovani adulti (15-34 anni) la prevalenza una tantum varia generalmente tra l'1 ed il 10 %. Tipicamente, circa la metà di coloro che hanno fatto uso di cocaina almeno una volta segnala di averlo fatto nell'ultimo anno. I dati relativi al consumo sono più elevati in Spagna e Regno Unito — in entrambi i paesi la prevalenza del consumo recente (ultimo anno) tra gli adulti è superiore al 2 %, rispetto a meno dell'1 % nella maggior parte degli altri paesi. Ciò significa che la prevalenza del consumo recente di cocaina in Spagna e nel Regno Unito è adesso simile a quella degli Stati Uniti, anche se il dato relativo alla prevalenza una tantum resta più basso. A livello nazionale, è difficile seguire l'andamento della cocaina, ma i dati esistenti fanno pensare ad un qualche aumento del consumo recente di cocaina tra i giovani in Danimarca, Germania, Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito; sulla base di fonti locali o qualitative, anche la Grecia, l'Irlanda, l'Italia e l'Austria segnalano un aumento del consumo di cocaina.

Tra il 1997 ed il 2002 il numero dei sequestri di cocaina è aumentato in tutti i paesi, fatta eccezione per la Germania e l'Italia. Dai dati disponibili sembra emergere che, quando sarà possibile un'analisi completa, nel corso del 2002 il numero dei sequestri nell'UE si rivelerà di nuovo in aumento. Nell'arco del medesimo periodo, il prezzo della cocaina è risultato in diminuzione nella maggior parte dei paesi.

Il fumo come modalità di somministrazione della cocaina crack (cocaina base) resta ristretto ad alcune delle maggiori città europee, dove il suo consumo sembra più comune tra i gruppi emarginati. Ad esempio, i dati derivanti da studi sui frequentatori degli appositi «locali per

il consumo» mostrano che la percentuale della cocaina fumata è particolarmente elevata tra le prostitute. Pur essendo raro nella popolazione generale, il fumo come modalità di somministrazione della cocaina tende ad associarsi ad un rischio elevato di problemi sanitari e sociali.

Dalle analisi tossicologiche emerge che in alcuni paesi, quando avvengono decessi correlati a droghe, la cocaina è riscontrata comunemente in combinazione con oppiacei. Restano rari i decessi attribuibili alla sola cocaina, in assenza di oppiacei, ma è possibile che siano in aumento. Nel Regno Unito, nei certificati di morte la cocaina è stata citata in un numero di casi che è aumentato di otto volte tra il 1993 ed il 2001; nei Paesi Bassi il numero dei decessi attribuiti alla sola cocaina è salito da 2 nel 1994 a 26 nel 2001. La cocaina può anche contribuire ai decessi dovuti a problemi cardiovascolari, ma è possibile che questi casi siano scarsamente rappresentati nei dati statistici.

Le opzioni terapeutiche per chi ha problemi legati alla cocaina tendono ad essere in gran parte di tipo generico, di solito senza una componente farmacologica. Ci si sta attivando per migliorare l'efficacia degli interventi farmacologici ma, a parte la prescrizione di farmaci per un sollievo sintomatico, non esiste un chiaro consenso su quanto rappresenti, in quest'area, una buona prassi. La gestione dei consumatori di cocaina crack può essere particolarmente impegnativa per i centri terapeutici.

## Consumo problematico di stupefacenti, consumo di eroina ed uso di sostanze stupefacenti per via parenterale

Il consumo di eroina ed l'uso di sostanze stupefacenti per via parenterale formano la principale componente dell'indicatore dell'OEDT relativo al consumo problematico di stupefacenti. Questo indicatore è una misura composita che serve a stimare la dimensione del fenomeno del consumo cronico di stupefacenti, largamente nascosto. Le stime relative al consumo problematico di stupefacenti vanno da 2 a 10 casi ogni 1 000 persone della popolazione adulta. Per quanto riguarda la dimensione della popolazione che fa un uso problematico di sostanze stupefacenti, le stime variano considerevolmente all'interno dei paesi e tra di essi, con dati relativamente elevati segnalati da Danimarca, Italia, Lussemburgo, Portogallo e Regno Unito.

In Europa, sembra che i consumatori problematici di stupefacenti siano diventati un gruppo piuttosto eterogeneo. In molti paesi, la maggior parte dei consumatori problematici di stupefacenti era data storicamente da consumatori di eroina, ma si stanno diffondendo altri fenomeni, quali la poliassunzione ed il consumo di sostanze

stimolanti. Pur nella difficoltà delle stime, sembra che il consumo di eroina sia relativamente stabile in molti paesi; inoltre, il livello dei nuovi adepti (incidenza) è diminuito rispetto agli anni novanta. Può darsi che questa analisi non sia valida per i nuovi paesi dell'UE.

L'Europa rappresenta poco più di un quarto di tutta l'eroina sequestrata nel mondo. Non si osserva nessuna chiara linea di tendenza per quanto riguarda il volume dell'eroina sequestrata nell'UE, che complessivamente sembra essere relativamente stabile. In termini di volume e numero di sequestri, il Regno Unito, seguito dalla Spagna, segnala più sequestri rispetto a tutti gli altri paesi.

Nei paesi europei avviene la produzione di una quantità limitata di oppiacei, largamente confinata alla produzione di prodotti derivati dal papavero per il consumo locale. Dai dati più recenti, non si osservano andamenti chiari per quanto riguarda la purezza dell'eroina o il prezzo dell'eroina al dettaglio.

In Europa, gli oppiacei restano la causa principale di morte associata a sostanze illecite. Ogni anno sono segnalati tra 8 000 e 9 000 casi di overdose fatali, ma questo dato è pressoché certamente sottostimato. Le vittime sono in gran parte giovani uomini tra i 25 ed i 35 anni, anche se l'età delle persone decedute sembra in aumento. Per quanto si riscontrino notevoli variazioni tra un paese e l'altro, complessivamente i decessi correlati agli stupefacenti sono aumentati costantemente nell'UE nell'arco degli anni ottanta e novanta. Tra il 2000 ed il 2001, numerosi paesi hanno registrato una diminuzione del numero dei decessi correlati agli stupefacenti; a livello UE, si è avuta conseguentemente una diminuzione, modesta ma statisticamente significativa, del numero dei decessi segnalati, da 8 838 a 8 306. Tuttavia, in una prospettiva storica, il numero dei decessi resta elevato.

Un fenomeno recente e preoccupante è la segnalazione del traffico di fentanil, un oppiaceo sintetico che è 100 volte più potente dell'eroina. Recentemente sono stati segnalati sequestri in alcuni paesi del mar Baltico e nella Federazione russa. In Estonia, il fentanil è apparso sul mercato della droga come sostituto dell'eroina alla fine del 2001; in Finlandia, un grosso carico di metilfentanil è stato sequestrato nel 2002.

Gli studi sui consumatori di eroina in terapia suggeriscono una marcata differenza tra i paesi per quanto riguarda le modalità di somministrazione, in quanto l'eroina può essere fumata o assunta per via parenterale. Tra le nuove domande di trattamento terapeutico rivolte da chi fa uso di eroina, adesso meno della metà segnala l'uso per via parenterale; in alcuni paesi, l'uso per via parenterale sembra diventare sempre meno comune. Altrove, in particolare nei nuovi Stati membri, ma non soltanto qui, l'uso per via parenterale resta la norma tra i consumatori

di eroina. Le stime complessive della prevalenza del consumo per via parenterale variano da due a sei casi ogni 1 000 persone della popolazione adulta.

L'epidemia dell'HIV si sta diffondendo in alcuni dei nuovi Stati membri dell'UE e nei paesi confinanti, anche se la prevalenza nei paesi dell'UE varia notevolmente. Nell'Europa occidentale, l'apparente stabilizzazione della prevalenza dell'HIV, o la sua diminuzione, è minacciata dalle preoccupazioni derivanti da alcuni nuovi focolai locali, emersi dalla metà degli anni novanta, oltre che dalle elevate percentuali di infezione che si continuano a riscontrare in alcune popolazioni particolari.

In Europa, le percentuali relative all'infezione da virus dell'epatite C (HCV) restano elevate tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale; secondo quanto emerge da alcuni studi, da un quarto fino a praticamente tutti i consumatori di stupefacenti per via parenterale oggetto dell'indagine avevano sviluppato anticorpi rispetto a questo virus. In alcuni casi, si può osservare una correlazione diretta tra le percentuali di infezione da HCV e quelle da HIV. In Europa, anche l'infezione da virus dell'epatite B resta comune tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, nonostante la disponibilità della vaccinazione. Con la possibile eccezione di alcuni dei paesi baltici, la prevalenza della tubercolosi tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nei paesi dell'UE resta bassa; percentuali elevate di infezione si riscontrano però in alcuni paesi confinanti con l'UE.

In generale, in tutta l'UE sembra essere aumentato l'investimento in programmi per lo scambio di aghi e siringhe rivolti ai consumatori di stupefacenti per via parenterale. L'Estonia e la Lettonia hanno rapidamente ampliato i servizi in quest'area; questi programmi sono stati introdotti anche nell'Irlanda del Nord e nelle Fiandre (Belgio). Tuttavia, in alcuni dei paesi in cui programmi di tal genere esistono da tempo, il numero delle siringhe distribuite è diminuito, riflettendo così forse un minor uso di sostanze stupefacenti per via parenterale. Per quanto riguarda i servizi a bassa soglia, le principali linee di tendenza riguardano una maggiore integrazione con altri servizi orientati alla sopravvivenza, come centri di accoglienza e strutture sanitarie primarie, oltre che una maggiore flessibilità degli orari di apertura; tre Stati membri hanno anche messo a disposizione appositi «locali per il consumo». Nel 2004 l'OECD ha pubblicato uno studio dettagliato su queste strutture.

### **Trattamento per tossicodipendenze**

Nella maggioranza degli Stati membri, il trattamento per tossicodipendenze comprende largamente il trattamento per il consumo di oppiacei, oppure il consumo di più di una

sostanza stupefacente, fra cui gli oppiacei. Per questo gruppo, l'opzione terapeutica prevalente resta una qualche forma di terapia sostitutiva, anche se nei nuovi Stati membri la disponibilità delle terapie sostitutive è limitata e restano comuni i regimi terapeutici in situazione di astinenza. Va rilevato inoltre che nella Repubblica ceca, in Finlandia e Svezia i consumatori di anfetamine per via parenterale rappresentano una quota significativa dei pazienti in trattamento per tossicodipendenze.

I dati disponibili su coloro i quali chiedono aiuto per problemi legati alla droga, suggeriscono che le caratteristiche dei soggetti si sono andate diversificando. Oltre al consumo di eroina per via parenterale e non, sono segnalati svariati problemi legati alla poliassunzione, al consumo di sostanze stimolanti e di cannabis. Nel 2002, per la prima volta, l'indicatore dell'OEDT relativo alla domanda di trattamento ha rivelato che, negli 11 paesi per i quali erano disponibili dei dati, la cannabis aveva soppiantato gli oppiacei in quanto droga per la quale un maggior numero di nuovi pazienti era stato rinvio al trattamento in strutture specialistiche ambulatoriali. Fino a che punto ciò rappresenti un cambiamento delle prassi di segnalazione, l'espansione dei servizi forniti ovvero un cambiamento nelle caratteristiche dei soggetti interessati è affrontato in dettaglio nella «questione specifica» dedicata alle problematiche legate alla cannabis nel loro contesto.

Si riconosce sempre di più che i servizi per tossicodipendenze devono essere integrati con altre forme di assistenza sanitaria, con particolare riferimento a servizi

mirati a gruppi emarginati e socialmente svantaggiati. L'efficacia della risposta a chi ha sia problemi di tossicodipendenza, sia problemi psichiatrici, è un aspetto particolarmente impegnativo. Questo argomento è esaminato nella «questione specifica» dedicata alla comorbilità psichiatrica.

### **Droga nelle carceri**

Rispetto alla popolazione generale, i consumatori di stupefacenti sono sovrarappresentati nell'ambiente carcerario. Tra i detenuti, le stime relative alla prevalenza di consumo di stupefacenti variano tra il 22 e l'86 %, a seconda della popolazione carceraria, del penitenziario e del paese. Con una prevalenza relativamente elevata di consumo di stupefacenti per via parenterale, le carceri sono un ambiente ad alto rischio per la diffusione di malattie infettive. Per contrastare il fenomeno, le misure adottate comprendono l'introduzione nelle carceri di terapie sostitutive e di programmi per lo scambio di aghi e siringhe. Le conseguenze sanitarie del consumo di stupefacenti nelle carceri, aggravate dall'accesso ristretto a servizi specifici e dall'isolamento dei servizi sanitari carcerari dal normale sistema sanitario, vengono sempre più affrontate nel contesto dei sistemi nazionali della sanità e del welfare. Le alternative al carcere, introdotte da innovazioni nelle politiche penali, stanno indirizzando i consumatori di stupefacenti a trattamenti quasi obbligatori o a servizi in comunità, sulla base del presupposto che le loro esigenze possano essere affrontate meglio con interventi di questo tipo.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar



## Capitolo 1

### Evoluzione in materia di politiche e legislazione

In questo capitolo sono presentati gli sviluppi più recenti in materia di politiche sugli stupefacenti sia nell'insieme dell'UE che nei singoli Stati membri. Nella maggior parte dei casi, le informazioni si basano su variazioni intervenute nel 2003, anno che ha segnato l'inizio della seconda parte del piano d'azione dell'Unione europea sulle droghe 2000-2004. Inoltre il 2003 è stato caratterizzato, per i governi nazionali, da una revisione intermedia dei progressi compiuti nello sviluppo e nell'attuazione di una strategia nazionale di controllo degli stupefacenti, in conformità con la dichiarazione sui principi guida della riduzione della domanda di stupefacenti formulata dalla sessione speciale dell'assemblea generale delle Nazioni Unite del 1998 (UNGASS) <sup>(1)</sup> sul fenomeno della droga nel mondo. Poiché quest'anno si conclude il piano d'azione 2000-2004 dell'UE, è opportuno esaminare i progressi compiuti nella valutazione di tale azione. L'OEDT si sta adoperando attivamente in questo processo che ci si augura agevererà l'attività politica nel campo degli stupefacenti. È principalmente in questa prospettiva che si procederà all'esame delle strategie e degli sviluppi legislativi a livello nazionale ed europeo.

#### Evoluzione a livello europeo

A livello europeo nel 2003 sono stati adottati due nuovi strumenti giuridici per affrontare il problema della droga. Uno di questi riguarda la tematica della sanità pubblica, mentre l'altro tratta del traffico illecito di stupefacenti. Fra gli altri argomenti che sono stati affrontati a livello UE nel corso del 2003 figurano alcune misure volte a tener conto delle nuove droghe sintetiche, la realizzazione di attività e strumenti di coordinamento, nonché il ruolo dell'OEDT.

#### Sanità pubblica

Il 23 settembre 2002 il Parlamento europeo ed il Consiglio hanno adottato un nuovo programma d'azione comunitaria in materia di salute pubblica (2003-2008), che poggia su tre obiettivi generali: informazione sulla salute, reazione rapida alle minacce per la salute e promozione della salute agendo sui fattori sanitari determinanti. Le azioni nei settori dell'informazione e della promozione della salute sono particolarmente importanti nel campo delle droghe.

Nel giugno 2003, il Consiglio dei ministri ha adottato una raccomandazione intitolata «Prevenzione e riduzione del danno per la salute causato da tossicodipendenza», un documento prodotto su indicazione della Commissione europea nel maggio 2002. Questo testo rappresenta un importante risultato, in quanto si tratta della prima raccomandazione CE nel settore della salute pubblica che riguarda le droghe; essa mira a ridurre i danni alla salute associati con la tossicodipendenza <sup>(2)</sup>. Molti Stati membri hanno già incorporato i risultati di questo documento nelle proprie strategie nazionali.

Questo documento raccomanda quanto segue:

- Gli Stati membri, al fine di assicurare un elevato livello di protezione della salute, dovrebbero fissare la prevenzione della tossicodipendenza e la riduzione dei rischi connessi come obiettivi di sanità pubblica e di conseguenza elaborare ed attuare strategie globali.
- Gli Stati membri, al fine di ridurre considerevolmente i danni causati alla salute dall'uso di stupefacenti (quali HIV, epatite B e C e tubercolosi) ed il numero di decessi per droga, dovrebbero prevedere, come parte integrante delle loro politiche globali in materia di prevenzione e trattamento delle tossicodipendenze, una serie di servizi e strutture differenziati, finalizzati in particolare alla riduzione del rischio.
- Gli Stati membri, per aumentare l'efficacia e l'efficienza della prevenzione del consumo di droga e della riduzione dei rischi per la salute connessi con l'uso di droghe, dovrebbero mettere a punto un'idonea lista d'azioni.

Gli Stati membri devono riferire alla Commissione relativamente all'attuazione di questa raccomandazione entro due anni dall'adozione e successivamente su richiesta della Commissione. Ciò permetterà di seguirne l'attuazione a livello comunitario, consentendo successivamente di intraprendere azioni adeguate per conseguire gli obiettivi previsti dal piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga.

Inoltre la raccomandazione invita l'OEDT a fornire supporto tecnico alla Commissione europea per la

<sup>(1)</sup> <http://www.unodc.org/adhoc/gass/content.htm>

<sup>(2)</sup> Per una panoramica del ruolo della politica di riduzione del danno, cfr. tabella 1 OL: Ruolo della riduzione del danno.

preparazione di una relazione, conformemente al suddetto piano d'azione, in vista della revisione e dell'aggiornamento della raccomandazione stessa.

### Traffico di stupefacenti

Facendo seguito alle conclusioni di una riunione speciale del Consiglio europeo tenutasi nel 1999 a Tampere in Finlandia ed in risposta alla strategia ed al piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga, la Commissione europea ha presentato al Consiglio ed al Parlamento europeo una proposta di decisione quadro riguardante «la fissazione di norme minime relative agli elementi costitutivi dei reati e alle sanzioni applicabili in materia di traffico illecito di stupefacenti». Nel novembre 2003 il Consiglio dei ministri è giunto ad un accordo politico su questa decisione quadro, che è la prima nel settore del traffico di droga ed è considerata uno strumento fondamentale per affrontare il traffico illecito degli stupefacenti: in un'Europa allargata, l'allineamento tra gli Stati membri rispetto alle sanzioni da erogare per i reati derivanti dal traffico illecito di stupefacenti diventa infatti sempre più importante.

Il principio basilare di questa decisione quadro è che gli Stati membri devono considerare penalmente rilevante non soltanto il traffico illecito di stupefacenti, ma anche il tentativo di traffico o l'incitamento, l'aiuto o l'istigazione al traffico di stupefacenti. Le misure contenute in questa decisione quadro sono rivolte sia ai trafficanti di stupefacenti, sia alle organizzazioni criminali e terroristiche che traggono le proprie risorse da questo tipo di traffico per finanziare altre attività illecite.

Questa decisione quadro prevede l'imposizione di sanzioni a tutti i soggetti che partecipino a qualunque titolo al traffico delle sostanze stupefacenti contemplate dalle convenzioni delle Nazioni Unite e dalle decisioni comunitarie: produzione, vendita, trasporto, distribuzione e possesso o acquisto con l'intento di vendita. La decisione chiede ai paesi di provvedere affinché «gli illeciti (...) siano punibili con sanzioni penali (...) fino ad un massimo compreso tra 1 e 3 anni di carcere» ovvero tra 5 e 10 anni di carcere quando il reato riguardi grandi quantitativi di stupefacenti o gli stupefacenti coinvolti presentino il massimo rischio sanitario. L'elemento cruciale della decisione quadro è che essa contiene una definizione comune di che cosa si debba intendere per «traffico illecito di stupefacenti» a livello comunitario; essa stabilisce inoltre le sanzioni raccomandate per questo tipo di reato all'interno dell'UE. Per raggiungere un consenso tra gli Stati membri, si sono dovute superare le differenze nazionali nella definizione di ciò che costituisce il consumo personale. Per questo motivo, i reati relativi al consumo personale di stupefacenti, così come esso è definito dalle legislazioni nazionali degli Stati membri, sono esclusi dalla decisione quadro.

La decisione quadro entrerà in vigore alla data della sua pubblicazione sulla *Gazzetta ufficiale dell'Unione europea*; gli Stati membri avranno 18 mesi di tempo per adottare le misure necessarie per ottemperare a questo strumento.

### Nuove droghe sintetiche

Proseguendo il compito di vigilare sulle nuove droghe sintetiche, nel novembre 2003 il Consiglio dei ministri ha adottato una decisione relativa a misure di controllo e sanzioni penali in relazione alle nuove droghe sintetiche 2C-1, 2C-T-2, 2C-T-7 e TMA-2. Queste sostanze, che non sono contemplate in nessuno degli allegati alla convenzione delle Nazioni Unite del 1971 sulle sostanze psicotrope, sono ora soggette a misure di controllo e sanzioni penali negli Stati membri.

Nell'ottobre 2003 la Commissione ha emanato un progetto di decisione del Consiglio per sostituire l'azione congiunta del 1997 in merito allo scambio di informazioni, alla valutazione del rischio ed al controllo delle nuove droghe sintetiche<sup>(3)</sup>. Questa iniziativa è direttamente legata all'esito della valutazione esterna dell'azione congiunta, intrapresa dalla Commissione conformemente al piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga 2000-2004. Il nuovo strumento legale proposto, che è inteso a chiarire le definizioni e le procedure, estende il campo di applicazione a tutte le nuove droghe sintetiche ed a tutti i nuovi tipi di narcotici.

### Coordinamento

Sempre nel novembre 2003, la Commissione ha adottato una comunicazione sulle attività e sugli strumenti di coordinamento in materia di droga nell'Unione europea. La comunicazione, che si basa sui risultati di uno studio realizzato dall'OEDT in collaborazione con la Commissione, affronta le disposizioni ed i meccanismi per il coordinamento predisposti negli Stati membri<sup>(4)</sup>. La comunicazione conferma che il coordinamento è essenziale se l'Unione europea vuole rispondere con efficacia alla complessità del fenomeno della droga ed alle relative conseguenze.

### Ruolo dell'OEDT

Infine, nel dicembre 2003 la Commissione ha proposto la riformulazione dei regolamenti che disciplinano l'OEDT. La proposta, che sarà discussa dal Consiglio nel 2004, riguarda vari temi, fra cui la modifica del regolamento di base, variazioni intese a rafforzare il ruolo dell'OEDT nel contesto dei nuovi modelli di consumo degli stupefacenti e dell'allargamento dell'Unione europea, oltre a modifiche intese a tener conto del ruolo dell'OEDT nel campo della valutazione del piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga.

<sup>(3)</sup> GU L 167 del 25.06.1997, pagg.1-3.

<sup>(4)</sup> <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356>

## Politiche nazionali

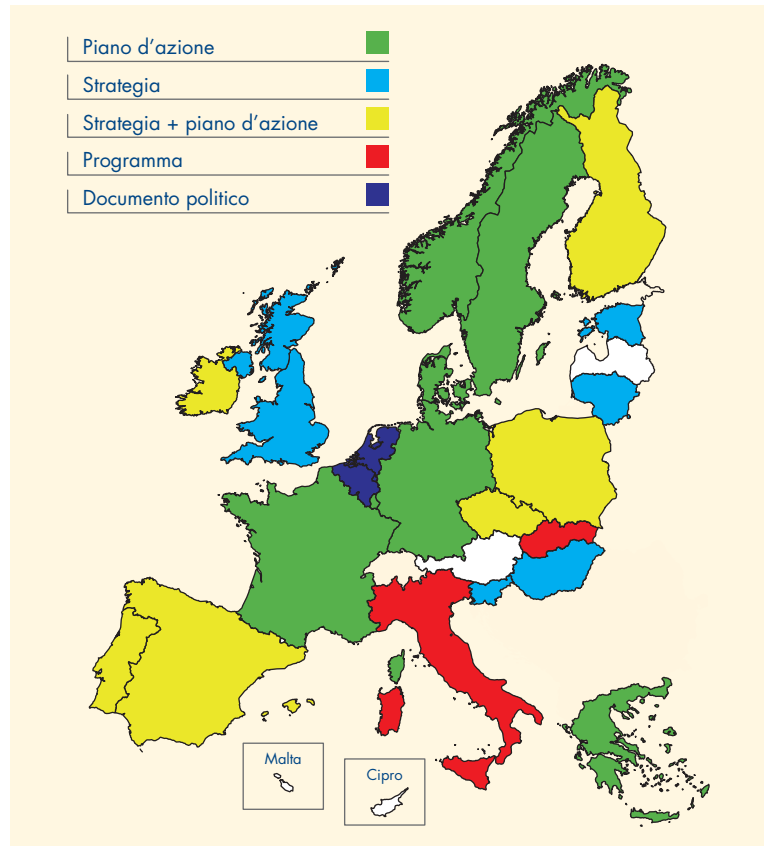
### «Strategie nazionali in materia di droga» <sup>(5)</sup>

L'evoluzione degli Stati membri in merito all'adozione di una «strategia nazionale in materia di stupefacenti», pietra miliare della politica europea sulla droga, è stata riportata nella relazione annuale dell'anno scorso ed è proseguita nel 2003 (grafico 1). Nel 2003, piani e programmi in materia di stupefacenti sono stati adottati in Danimarca, Germania, Lituania e Slovenia, cui dovrebbero far seguito l'Estonia e la Francia nel 2004 <sup>(6)</sup> portando a 21 su un totale di 25 (22 su 26 se si considera la Norvegia) il numero complessivo degli Stati membri che attuano una politica in materia di stupefacenti nel quadro di una strategia nazionale complessiva <sup>(7)</sup> <sup>(8)</sup>.

Il fatto che «strategie nazionali in materia di droga» siano state attuate così ampiamente in un periodo di tempo relativamente breve (1997-2004) <sup>(9)</sup>, ed entro un'area geografica ben definita, dà l'opportunità di fare confronti tra i vari Stati membri e delineare una prospettiva europea.

In primo luogo va rilevato come stia diventando sempre più comune l'adozione di un approccio olistico al fenomeno della droga, incorporando le attività relative sia alla riduzione della domanda che alla riduzione dell'offerta, il cosiddetto «approccio bilanciato» <sup>(10)</sup>. Tutti i documenti analizzati espongono questo tratto distintivo. In secondo luogo, il coordinamento sta assumendo un ruolo sempre più importante. Le strategie nazionali in materia di droga vengono svolte in modo coordinato sempre più centralmente (la maggior parte dei paesi europei dispone di agenzie nazionali di coordinamento e coordinatori nazionali) <sup>(11)</sup>, seppure in stretta cooperazione con agenzie regionali e locali. In terzo luogo, viene prestata maggiore attenzione agli interventi sul terreno, oltre che al monitoraggio ed alla valutazione della fase attuativa, in quanto strumenti volti a garantire la responsabilità nei confronti degli organi decisionali (cfr. questioni specifiche, Valutazione, pag. 75).

Grafico 1: Una varietà di «strategie nazionali in materia di droga»



N.B.: La distinzione teorica tra una politica, una strategia nazionale (che dovrebbe identificare i principi generali, nonché il quadro d'insieme e la direzione da seguire) ed un piano d'azione (che mette in pratica la strategia, precisando azioni specifiche dettagliate) non è sempre rispettata nei vari documenti nazionali. Data la diversità dei paesi, noi descriviamo i documenti strategici nazionali così come essi sono stati ufficialmente presentati, senza tentare di consolidare le definizioni o effettuare confronti.

Fonte: Strategie nazionali degli Stati membri.

Tuttavia, si ravvisano importanti differenze nella struttura e nei contenuti delle «strategie nazionali in materia di droga». Per esempio, il livello dell'articolazione e l'enfasi data ad azioni ed obiettivi variano considerevolmente.

<sup>(5)</sup> Poiché la struttura ed il contenuto delle strategie nazionali in materia di droga variano notevolmente tra i vari paesi, questa relazione non tenta un'armonizzazione di definizioni e concetti. Pertanto, con l'espressione «strategia nazionale in materia di stupefacenti» (tra virgolette) si intende qualsiasi documento ufficiale approvato da un governo, il quale identifichi i principi generali e gli interventi/obiettivi specifici da conseguire (in un determinato arco di tempo) nel campo degli stupefacenti, sia esso stato presentato ufficialmente come una strategia in materia di stupefacenti, ovvero come un piano d'azione, note politiche ecc. Per ulteriori informazioni, cfr. la relazione dell'OEDT *Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354>).

<sup>(6)</sup> Cfr. riquadro 1 OL: Strategie nazionali in materia di droga di recente adozione.

<sup>(7)</sup> La Norvegia, per quanto non sia membro dell'UE, è membro dell'OEDT. Dei 25 Stati membri dell'UE, soltanto quattro paesi non riferiscono (ancora) su una «strategia nazionale sugli stupefacenti»: Cipro, Lettonia, Malta e Austria. A Cipro ed in Lettonia, tale strategia è in preparazione. In Austria, ogni provincia ha il proprio piano, anche se non c'è alcuna strategia federale in materia di stupefacenti.

<sup>(8)</sup> Cfr. tabella 2 OL: Attuali «strategie nazionali in materia di droga» nei paesi dell'UE.

<sup>(9)</sup> In questo periodo sono compresi i Paesi Bassi, che presentano la loro politica in questo campo nel documento *Drug policy in the Netherlands: continuity and change* (1995) (*Politica in materia di droga nei Paesi Bassi, continuità e cambiamento*) ed in vari documenti di follow-up (XTC 2001, Cocaina 2002, Cannabis 2004).

<sup>(10)</sup> Il principio di un approccio bilanciato è stato sostenuto nella dichiarazione politica di UNGASS nel 1998: «si avrà un approccio bilanciato tra riduzione della domanda e riduzione dell'offerta, ciascun elemento rafforzando l'altro, in un approccio integrato che miri a risolvere il problema della droga». In questo capitolo, non si tenta di valutare fino a che punto gli Stati membri abbiano conseguito un «approccio bilanciato»; ci si limita semplicemente ad osservare che tale approccio sta suscitando una crescente attenzione.

<sup>(11)</sup> Per ulteriori dettagli, cfr. <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360>

Alcuni documenti sono strutturati in maniera tale da consentire di seguire nel tempo le azioni dichiarate e l'implementazione complessiva; altri documenti sono meno dettagliati, presentano obiettivi generali, non collegati però ad obiettivi operativi o specifici, o indicatori di rendimento. Questi documenti variano anche per quanto riguarda l'uso della terminologia: alcuni paesi hanno adottato piani d'azione, altri hanno adottato strategie ed altri ancora hanno applicato programmi. Infatti i diversi obiettivi politici e le diverse agende creano spesso un quadro molto vasto in cui con l'espressione «strategia nazionale in materia di droga» sono rappresentati scenari diversi (grafico 1). Tuttavia, i termini piano d'azione, programma e strategia, anche se a volte sono utilizzati in maniera intercambiabile<sup>(12)</sup>, non riflettono necessariamente differenze in termini di obiettivi politici o agende politiche.

Un altro aspetto che varia da uno Stato membro all'altro è la durata della strategia nazionale in materia di stupefacenti. La maggior parte dei paesi ha adottato una durata di 3-5 anni; tuttavia, in alcuni paesi la strategia copre un periodo di 8-10 anni, mentre in altri non è indicata alcuna durata (tabella 1). A questo riguardo, va considerato il legame esistente tra le «strategie nazionali in materia di droga» ed il piano d'azione dell'Unione europea in materia di lotta contro la droga.

Dal punto di vista dei contenuti, le differenze possono riflettere obiettivi politici diversi o differenze nelle caratteristiche nazionali del fenomeno della droga. Segnaliamo due delle aree di divergenza più significative: le sostanze prese in considerazione e la finalità principale delle strategie.

Tabella 1: Durata delle «strategie nazionali in materia di droga»													
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Unione europea				(1)					(2)				
Belgio (2001)													
Repubblica ceca													
Danimarca (2003)													
Germania													
Estonia													
Grecia													
Spagna													
Francia				(1)				(2)					
Irlanda													
Italia													
Lituania				(1)				(2)					
Lussemburgo													
Ungheria (2000)													
Paesi Bassi (1995)													
Polonia				(1)		(2)							
Portogallo				(1)					(2)				
Slovenia													
Repubblica slovacca													
Finlandia													
Svezia													
Regno Unito				(1)		(2)							
Norvegia													

■ L'ombreggiatura indica il periodo coperto da una «strategia nazionale in materia di droga»: (1) e (2) indicano «strategie» successive.

<sup>(12)</sup> Una strategia sulla droga può essere definita come un «tema unificante, un quadro per la determinazione, la coerenza e la direzione»; un piano d'azione può essere definito come «un progetto o un programma per azioni dettagliate specifiche» (*Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review*, novembre 2002: <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354>).

**Tabella 2: Le «droghe lecite» nell'ambito delle strategie nazionali in materia di droga**

Paese	Alcool	Tabacco	Piano d'azione sull'alcool (*)
Belgio	●	●	No
Repubblica ceca	●	●	No
Danimarca	n.d.	n.d.	Sì
Germania	●	●	Sì
Estonia	○	○	Sì
Grecia	●	n.d.	n.d.
Spagna	●	●	No
Francia	●	●	Sì
Irlanda	●	○	Sì
Italia	○	n.d.	Sì
Lituania	n.d.	n.d.	Sì
Lussemburgo	n.d.	n.d.	No
Ungheria	●	○	Sì
Paesi Bassi	●	●	Sì
Polonia	○	○	Sì
Portogallo	●	○	Sì
Slovenia	○	○	No
Repubblica slovacca	●	●	No
Finlandia	n.d.	n.d.	Sì
Svezia	n.d.	n.d.	Sì
Regno Unito	○	○	Sì
Norvegia	●	●	Sì

● Azione prevista; ○ sostanza menzionata; n.d.: dati non disponibili.  
 (\*) Banca dati OMS sull'alcool (<http://www.euro.who.int/alcoholdrugs>).

Malgrado le strategie nazionali in materia di droga siano generalmente incentrate sulle droghe classificate, molti documenti si estendono anche alle cosiddette droghe lecite, principalmente alcool e tabacco, particolarmente laddove si considerino le aree dell'educazione, della prevenzione e del trattamento (tabella 2). In alcuni paesi, questa considerazione assume la forma di azioni specifiche e progetti ad hoc; in altri paesi invece le «droghe lecite» sono soltanto menzionate. In molti paesi che comprendono l'alcool nelle loro strategie sulle «droghe», esiste anche un piano d'azione nazionale sull'alcool.

Malgrado tutti i paesi condividano i medesimi obiettivi generali (riduzione della domanda, riduzione dell'offerta ecc.) ed il piano d'azione dell'Unione europea 2000-2004 definisca sei obiettivi comuni<sup>(13)</sup>, le modalità di conseguimento di tali obiettivi variano a seconda delle finalità generali della politica adottata in materia di stupefacenti. La differenza principale consiste nel fatto che, in alcuni paesi, la finalità è quella di giungere ad una «società libera da droghe», mentre in altri l'obiettivo principale consiste nel ridurre le conseguenze negative delle droghe, sia per gli individui che per la società nel suo insieme. Tuttavia, la situazione non è ben definita: la maggioranza delle «strategie nazionali in materia di droga» contiene un mix di queste due finalità (magari aggiungendone altre), attribuendo un maggior peso ora all'una ora all'altra. La finalità prescelta (e l'enfasi posta sul relativo raggiungimento) dà forma alle azioni derivanti dalle «strategie nazionali in materia di droga».

Pur riconoscendo la necessità delle differenze per affrontare agende politiche specifiche, nonché caratteristiche e culture di rilevanza locale, sono stati compiuti sforzi considerevoli per un coordinamento a livello europeo. Un unico approccio europeo alle droghe (strategia sulle droghe dell'UE e piano d'azione dell'UE 2000-2004), come esso si è consolidato e strutturato in questi ultimi anni, proseguirà anche in futuro.

Quale sarà il futuro indirizzo della politica sulle droghe in un'Unione europea allargata, quando e se 25 diverse strategie nazionali in materia di droga saranno infine riunite sotto il medesimo ombrello della strategia dell'UE, resta una questione aperta. Tuttavia, questioni quali le tipologie degli strumenti che gli Stati membri possono considerare (strategia, programma, piano d'azione), la loro durata, i loro principi costitutivi ed i loro criteri, nonché gli obiettivi principali, potranno essere discusse collegialmente dagli Stati membri.

#### Politiche nazionali: valutazione delle leggi<sup>(14)</sup>

In questi ultimi anni si è registrata un'attenzione crescente nei confronti della valutazione di nuove leggi o delle relazioni sulle nuove leggi (con riferimento alla loro attuazione e/o al loro impatto). Nel campo degli stupefacenti, possono essere utilizzati il monitoraggio o la valutazione di svariati aspetti della normativa sul controllo degli stupefacenti, fra cui la normativa di base che ne proibisce l'uso o il possesso, le risposte ai reati in materia di stupefacenti e la lotta al traffico e al riciclaggio di denaro. In alcuni paesi vengono attuati progetti pilota, che sono valutati prima di essere applicati a tutto il paese.

<sup>(13)</sup> 1) ridurre in maniera rilevante, nell'arco di cinque anni, la prevalenza del consumo di stupefacenti ed il numero di nuovi consumatori, soprattutto tra i giovani d'età inferiore ai 18 anni; 2) abbassare in misura sostanziale, nell'arco di cinque anni, l'incidenza dei danni causati alla salute dall'uso di stupefacenti (quali l'HIV, l'epatite, la tubercolosi ecc.) ed il numero di decessi correlati agli stupefacenti; 3) aumentare in misura rilevante il numero di tossicodipendenti sottoposti con successo a terapia; 4) ridurre considerevolmente, nell'arco di cinque anni, la reperibilità di droghe illecite; 5) ridurre considerevolmente, nell'arco di cinque anni, il numero di reati legati alla droga; 6) ridurre considerevolmente, nell'arco di cinque anni, il riciclaggio di denaro sporco ed il traffico illecito di sostanze chimiche per la produzione di stupefacenti («precursori»).

<sup>(14)</sup> Per una versione più completa di questo paragrafo cfr. riquadro 2 OL: Politiche nazionali: valutazione delle leggi.

Ad esempio, a partire dal 1999 Belgio, Repubblica ceca, Germania, Ungheria, Svezia e Regno Unito hanno segnalato alcuni tipi di monitoraggio o valutazione di vari aspetti delle disposizioni legislative di base indirizzate ai reati di consumo o possesso di droga. Queste azioni hanno dato luogo a modifiche della normativa in materia in Belgio, Ungheria e Regno Unito.

La valutazione dell'effetto della criminalizzazione è stata al centro di dibattiti e di analisi. Due iniziative di analisi, in apparenza simili, hanno avuto esito diverso. Sia l'Ungheria che la Svezia hanno valutato di recente gli effetti della criminalizzazione del consumo di droga. Nel marzo 1999 il codice penale ungherese è stato modificato per inserire il consumo di droga tra i reati e l'obbligo di sottoporre a terapia i trasgressori è stato limitato ai tossicodipendenti. Tuttavia, successivi studi scientifici hanno rivelato che l'obiettivo di ridurre l'abuso, il consumo e la circolazione di narcotici non era stato raggiunto e che il numero di persone che provano la droga ed il numero di reati e di trasgressori continuavano ad aumentare. Inoltre, la modifica della legge ha reso più difficile la classificazione legale degli stupefacenti, ha reso più complicati i procedimenti giuridici ed ha avuto un effetto negativo sul comportamento degli operatori nel mercato della droga. Secondo gli autori dello studio, le punizioni erano troppo severe e non tenevano conto del fatto che i giovani diventano consumatori di droga non perché hanno tendenza alla criminalità, ma a causa delle circostanze. Il 1° marzo 2003 è stata quindi applicata una nuova modifica, che rovescia la precedente e tiene conto delle conclusioni dello studio.

In Svezia nel 2000 il Consiglio nazionale per la prevenzione della criminalità ha svolto un'indagine sugli effetti della disposizione del 1988 (rafforzata nel 1993), che ha reso reato il semplice consumo di droga. È risultato che, a causa di questa legge, è nettamente aumentato il numero di persone arrestate per reati minori connessi con la droga. Molti degli arrestati erano tossicodipendenti già noti, ma c'erano anche giovani consumatori non noti. Un motivo importante che ha spinto ad adottare il provvedimento è stata la volontà di individuare i giovani all'inizio della loro carriera nella droga e nella relazione si conclude che questo obiettivo è stato raggiunto. Nella relazione viene inoltre discusso l'impatto del provvedimento sul mercato della droga (che si è intensificato), con la conclusione che non vi è nessuna prova precisa che la criminalizzazione del consumo di droga abbia avuto un effetto deterrente sui giovani.

Per quanto riguarda le altre risposte, la valutazione di diversi strumenti legali per affrontare i trasgressori in materia di droga è stata svolta o è in corso nel Regno Unito, ad esempio test dopo i primi reati, tribunali per la droga e metodi di rinvio dell'arresto. Altri metodi sono anche stati valutati in Germania (terapia invece di

punizione), Irlanda (rinvio dell'arresto) e Paesi Bassi (terapia obbligatoria).

Nei Paesi Bassi sono usati anche metodi di valutazione per giudicare l'efficacia di recenti leggi destinate a combattere il traffico di droga (detenzione dei portatori) e il riciclaggio di denaro (appalti pubblici). In Svezia tra le direttive delle autorità statali figura l'obbligo del governo di valutare l'organizzazione e l'attuazione della politica di lotta alla droga. Metodi di valutazione sono anche stati usati per migliorare la risposta al traffico locale di droga e ai reati contro l'ordine pubblico, ad esempio coordinamento delle risposte locali in Irlanda, facoltà di chiudere i locali nei Paesi Bassi e possibilità di imporre nuovi test di guida in Germania.

È riconosciuto chiaramente che la valutazione è uno strumento sempre più importante per trattare tutti gli aspetti del problema della droga. Queste valutazioni delle leggi possono esaminare la loro applicazione, la loro efficacia o la loro efficienza. In generale, le valutazioni segnalate tendono a sostenere la validità della risposta politica in esame. Tuttavia, la possibilità di rovesciare completamente una misura in base ai risultati della valutazione, come è successo in Ungheria, dimostra una nuova fiducia nella ricerca basata sulle prove, che finora è spesso mancata. Questa tendenza positiva nei metodi di valutazione fa parte di una tendenza più generale che vede la pubblica amministrazione più responsabile e che porta ad affidarsi sempre più ai principi del settore privato, quali obiettivi di rendimento ed economicità.

## Evoluzione della legislazione nazionale

### Legislazione sulla cannabis

Nell'anno appena trascorso, la cannabis è stata riclassificata in due paesi, in entrambi i casi attirando l'attenzione, non sempre accurata, dei media. In Belgio, un pacchetto composto da due leggi, un decreto ed una direttiva sulla procedibilità, ha determinato numerose modifiche al quadro giuridico, la più importante delle quali è forse quella che ha collocato i prodotti a base di cannabis in una diversa categoria giuridica rispetto ad altri stupefacenti. Sono state individuate nuove fattispecie di reato, per cui se il primo o il secondo reato commesso da un adulto è il possesso di cannabis per uso personale, in assenza di indicazioni di turbativa o consumo problematico, l'autore del reato riceve soltanto un'ammenda e viene registrato dalla polizia. La direttiva sulla procedibilità fornisce l'interpretazione della quantità di cannabis da intendersi per uso personale, cioè un massimo di 3 grammi o una piantina. Tuttavia, le ipotesi di turbativa sono punibili con la reclusione da tre mesi ad un anno e/o con un'ammenda da 5 000 a 500 000 euro; le circostanze aggravanti, come il possesso in presenza di minori, espongono a sentenze più severe.

Nel Regno Unito, la cannabis ed i suoi derivati sono stati riclassificati, nel quadro del sistema britannico di classificazione, dalla classe B e A, rispettivamente, alla classe C. Conseguentemente, la pena massima per il possesso di cannabis per uso personale si è ridotta da cinque a due anni di reclusione: chiaramente, qualsiasi possesso di cannabis resta comunque un reato penalmente rilevante. Altri due fattori, la pena massima per il possesso di cannabis con l'intenzione di fornirla ad altri e lo status del possesso di cannabis in quanto reato che può comportare la reclusione, sono effettivamente rimasti immutati per effetto di un'iniziativa legislativa parallela. Tuttavia, le linee guida redatte dall'Association of Chief Police Officers (Associazione dei capi della polizia) hanno raccomandato che la polizia proceda all'arresto per possesso di cannabis soltanto in determinate circostanze, che comprendono il fumare in pubblico o vicino a minori. Anche i minori di 18 anni sarebbero passibili di arresto, per avviarli al trattamento disintossicante.

### Lotta al riciclaggio di denaro

Attualmente non è possibile operare una stima accurata dei proventi complessivi del traffico di stupefacenti, per mancanza di dati affidabili. Tuttavia, ottiene un relativo consenso il dato del 2-5 % del prodotto interno lordo mondiale segnalato dall'Europol (2002). Il traffico di narcotici sembra essere la fonte unitaria maggiore di risorse riciclate. Il riciclaggio internazionale di denaro coinvolge necessariamente i movimenti transfrontalieri, illeciti o insoliti, di capitali o merci, come oro, platino o diamanti (OMD, 2003c).

Le modifiche apportate alla direttiva del Consiglio 91/308/CEE, relativa al riciclaggio dei proventi di attività illecite, estendono la definizione di «riciclaggio» ad una serie più ampia di reati e estendono l'obbligo di segnalazione ai legali che esercitano la libera professione.

Dal gennaio 2002, il mandato attribuito all'Europol è stato esteso a tutte le operazioni di riciclaggio di denaro per le quali il presunto reato figura nell'allegato 2 della convenzione Europol (Europol, 2002).

L'Interpol ha creato una rete formata da punti di contatto in ogni paese aderente, in modo tale che le informazioni sul riciclaggio di denaro possano essere scambiate più in fretta e con maggiore efficienza (Interpol, 2002). La *Customs Enforcement Network* (CEN) è un sistema elettronico di informazione e comunicazione messo a punto dall'Organizzazione mondiale delle dogane e avviato nel giugno 2000. A giugno 2003, gli utenti erano oltre 700, in rappresentanza di 130 paesi: ebbene, oltre 700 hanno segnalato sequestri di valuta. Nel corso del periodo 2002-2003 la FATF (task force «Azione finanziaria») ha fatto considerevoli progressi nella lotta contro il riciclaggio di denaro. La FATF ha completato con successo la revisione di 40 raccomandazioni (FATF, 2003a). Un'attenzione particolare è stata dedicata alla lotta contro l'abuso di sistemi alternativi di pagamento (FATF, 2003b).

Sia il Belgio sia il Regno Unito, affrontano nello specifico il consumo problematico di cannabis nelle loro leggi o linee guida: un aspetto che sarà affrontato più avanti nella presente relazione.

### Confisca di beni

L'anno scorso, alcuni paesi hanno apportato delle modifiche alla loro legislazione in merito alla confisca dei beni dei trafficanti oppure alla gestione dei fondi costituiti da tali beni. In Irlanda un'iniziativa del Criminal Assets Bureau (CAB) comporta la collaborazione con la *Garda National Drugs Unit (GNDU)* per individuare i beni appartenenti a spacciatori locali. Nel Regno Unito, una legge riguardante i proventi della criminalità (*Proceeds of Crime Act 2003*) ha istituito un'agenzia apposita per il recupero dei beni (*Assets Recovery Agency*); la nuova legislazione conferisce inoltre ai funzionari di polizia e doganali il potere di sequestrare il denaro e di effettuare perquisizioni alla sua ricerca. La legge contiene alcune misure che aiuteranno gli investigatori a rintracciare i proventi della criminalità e a condurre indagini sul riciclaggio di denaro. In Scozia, i poteri dei soggetti preposti all'applicazione della legge sono stati rafforzati per consentire loro di aumentare le possibilità di recupero, nel quadro di procedimenti civili e penali.

In Spagna, una nuova legge entrata in vigore nel 2003, riguardante le risorse sequestrate provenienti dal traffico di stupefacenti, ha abrogato la legge in materia del 1995. Essa mira ad accelerare il trasferimento dei documenti che sono necessari per individuare e localizzare i beni sequestrati ed amplia la gamma dei beneficiari di tali risorse, includendovi i soggetti internazionali e sovranazionali, nonché i governi stranieri. Nei Paesi Bassi, uno studio riguardante la legislazione in materia di confisca dei beni, realizzato 10 anni dopo la sua entrata in vigore, ha indagato sulla natura e sull'entità dei beni appartenenti a 52 grandi organizzazioni criminali che erano state portate in giudizio nel corso del periodo. Lo studio è giunto alla conclusione che si sia potuto confiscare soltanto il 10 % del denaro stimato come acquisito illegalmente, la cui entità resta difficile da dimostrare. I ricercatori raccomandano di affinare le conoscenze nel campo delle indagini sulla criminalità finanziaria. In Francia, una circolare del 2002 del dipartimento Affari penali e grazia ha introdotto regole operative precise, stabilendo il follow-up delle risorse sequestrate nei casi di traffico di stupefacenti o riciclaggio di denaro, sulla base della considerazione che il fondo per le politiche sulla droga, costituito nel 1995, non ha ricevuto finora un apporto rilevante.

### La droga alla guida

Tre paesi dell'Unione europea hanno apportato significative modifiche alle rispettive leggi riguardanti la guida dopo

L'assunzione di sostanze stupefacenti. In Austria è entrato in vigore, nel 2003, il XXI emendamento al codice della strada: la polizia può adesso chiedere ai conducenti di sottoporsi ad un prelievo di sangue per testare l'eventuale sospetto di una capacità ridotta alla guida a causa dell'influsso di sostanze stupefacenti. Le sanzioni, qualora il test sia positivo, nonché le conseguenze qualora il conducente rifiuti di sottoporsi al test, sono identiche a quelle previste per la guida sotto l'influsso dell'alcool. Il codice prevede inoltre che un risultato positivo al test non dia luogo ad un rapporto di polizia per violazione della legge sulle sostanze stupefacenti, ma soltanto ad una notifica alle autorità sanitarie distrettuali.

In Francia, una nuova legge varata nel febbraio 2003 introduce un reato specifico, quello di guida dopo il consumo di sostanze o piante classificate come stupefacenti e rende obbligatorio il test su tutti i conducenti coinvolti in incidenti stradali mortali. Sono previste pene molto più severe se gli stupefacenti sono stati assunti in combinazione con alcool. Inoltre, i conducenti coinvolti in un incidente stradale che abbia determinato lesioni personali dovrebbero essere regolarmente testati qualora vi sia motivo di sospettare che essi abbiano assunto sostanze stupefacenti. Inoltre, la gendarmeria e la polizia possono sottoporre a test conducenti scelti in maniera casuale.

In Finlandia, il capitolo 23 modificato del codice penale prevede che chiunque sia trovato alla guida con una sostanza stupefacente attiva oppure con il suo derivato metabolico nel sangue, sarà accusato di guida in stato di ebbrezza, a meno che la sostanza non sia stata prescritta da un medico. Tuttavia, se la capacità di guida è compromessa, il conducente sarà accusato di guida in stato di ebbrezza a prescindere dal fatto che la sostanza sia stata o meno prescritta. Se la capacità di guida è compromessa fino al punto di mettere in pericolo la sicurezza degli altri, l'accusa di guida in stato di ebbrezza con aggravante può portare ad un'ammenda minima di 60 unità giornaliere ovvero alla reclusione per un massimo di due anni.

Nel giugno 2003, la European Legal Database on Drugs (ELDD, database giuridico europeo sulle sostanze stupefacenti) ha pubblicato uno studio comparato<sup>(15)</sup> della situazione giuridica riguardante le sostanze stupefacenti e la guida in 16 paesi ed ha segnalato che, per quanto la guida sotto l'influsso di droghe sia considerata un reato in tutti i paesi, sussistono ampie variazioni per quanto riguarda i poteri della polizia nel testare i conducenti, le sostanze coinvolte e le sanzioni comminabili. L'OEDT ha presentato questo studio al seminario organizzato dal gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, nel giugno 2003, su «Circolazione stradale e sostanze psicoattive».

<sup>(15)</sup> [http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative\\_doc/Drugs\\_and\\_driving.pdf](http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Drugs_and_driving.pdf)





## Capitolo 2

### La prevenzione — Il lavoro con le comunità, indirizzato ai soggetti maggiormente a rischio

Lo scopo delle misure di prevenzione è di ridurre il numero delle persone che iniziano a consumare sostanze stupefacenti o, più spesso, di rimandare il consumo di stupefacenti ad un'età più avanzata, riducendo così almeno la dimensione del problema della droga (Rhodes e al., 2003). La prevenzione comprende, a titolo esemplificativo, l'educazione sulle sostanze stupefacenti e la messa in guardia dai relativi pericoli. Di fatto, questo elemento specifico rappresenta soltanto una piccola parte della prevenzione del consumo di stupefacenti. Le strategie più efficaci combinano informazioni sulle sostanze con determinate tecniche comportamentali e cognitive (credenze normative), che hanno effetti di prevenzione rispetto al comportamento tenuto nei confronti del consumo di stupefacenti (Flay, 2000).

La prevenzione viene classificata in base al gruppo di riferimento. La prevenzione universale si rivolge a gruppi generali di popolazione (di solito giovani), nelle scuole per esempio, senza prendere in considerazione specifici gruppi a rischio, mentre la prevenzione selettiva si rivolge a gruppi vulnerabili e la prevenzione mirata si rivolge a individui vulnerabili. Tuttavia, anche se la prevenzione nelle scuole è spesso una priorità politica, è discutibile se essa rappresenti in realtà uno dei pilastri principali della prevenzione. Poiché i fondi per la prevenzione sono limitati e, in alcuni paesi, sono diminuiti [in Francia, per esempio, la dotazione finanziaria per la prevenzione (sovvenzioni statali) è scesa da 15 milioni di euro nel 2001 a 11 milioni di euro nel 2002], diventa sempre più importante che la prevenzione sia di qualità elevata e sia debitamente comprovata. Teoricamente, le politiche di prevenzione pianificate ed attuate in una prospettiva di sanità pubblica, con lo scopo di fornire ad una vasta popolazione di riferimento un livello di prevenzione universale di base e con un buon rapporto qualità-prezzo (*prêt-à-porter*), dovrebbero essere affiancate da interventi più intensivi e su misura, mirati in particolare a gruppi ed individui vulnerabili<sup>(16)</sup>.

#### Prevenzione universale

I principi ed i contenuti delle moderne strategie di prevenzione, in particolare dei programmi universali di prevenzione nelle scuole, si basano sui risultati conseguiti.

Effetti quantificabili a lungo termine, anche se modesti (Stothard e Ashton, 2000), rappresentano un guadagno considerevole se interessano vaste popolazioni. Adesso si conoscono bene i principi di base, ciò che funziona e ciò che non funziona. Gli elementi efficaci sono l'insegnamento interattivo (anche tra pari) (Tobler e Stratton, 1997), la correzione delle credenze normative (Flay, 2000), un forte accento sulle capacità sociali ed una limitata quantità di informazioni sulle sostanze, che deve essere bilanciata e pertinente rispetto alla realtà sociale dei giovani destinatari (Hansen, 1992; Dusenbury e Falco, 1995; Paglia e Room, 1999; Tobler e al., 2000; Tobler, 2001). In pratica, in numerosi Stati membri, responsabili politici e addetti ai lavori continuano a dare la priorità a metodi di cui si è dimostrata l'inefficacia, come l'educazione affettiva (per esempio aumentare l'autostima), la diffusione di informazioni (sensibilizzazione) e la riflessione.

Analogamente, i fattori che contribuiscono al successo degli interventi di prevenzione<sup>(17)</sup> nelle scuole, sono anch'essi noti: rigida aderenza ad un programma prestabilito, impartito da insegnanti adeguatamente formati; contenuti chiaramente definiti, apporto di manuali e materiali. La prevenzione dovrebbe rientrare inoltre in una politica globale della scuola sulle sostanze stupefacenti e sulla promozione della salute (Paglia e Room, 1999; Chinman e al., 2004). Tuttavia, in realtà, si possono discernere tre strategie separate, che solo raramente sono integrate. La prima strategia prevede che la prevenzione sia impartita nel quadro di grandi programmi nazionali (Repubblica ceca, Irlanda, Lituania, Paesi Bassi) ovvero di un insieme di programmi approvati (Grecia, Spagna, Ungheria, Svezia). Un altro approccio è focalizzato invece sulla formazione degli insegnanti (Belgio francofono, parti della Germania, Austria, Regno Unito), partendo dall'assunto che gli insegnanti integreranno il messaggio della prevenzione nelle loro attività scolastiche quotidiane. In ultimo, alcuni paesi (Portogallo, Finlandia) optano per reti di scuole che promuovono la salute. Soltanto in Spagna tutti e tre questi approcci vengono applicati con coerenza in tutto il paese<sup>(18)</sup>.

La prevenzione universale al di fuori dell'ambiente scolastico<sup>(19)</sup> mira in genere a raggiungere i giovani in tre modi principali: proponendo attività alternative nel tempo

<sup>(16)</sup> Cfr. grafico 1 OL: Piani nazionali che specificano contenuti e strategie di prevenzione.

<sup>(17)</sup> Cfr. grafico 2 OL: Modalità della prevenzione nelle scuole.

<sup>(18)</sup> Cfr. tabella 3 OL: Sintesi dei parametri della prevenzione nelle scuole.

<sup>(19)</sup> Cfr. grafico 3 OL: Prevenzione rivolta ai giovani al di fuori della scuola.

libero, come attività lavorative per giovani o attività creative o di avventura (Grecia, Spagna, Lettonia, Lussemburgo, Regno Unito); facendo leva sullo sport e sui club sportivi, per impegnare i giovani in norme, comportamenti ed atteggiamenti che proteggono l'individuo attraverso il gruppo (Germania, Italia, Finlandia); oppure facendo ricorso a tecniche di prima assistenza (Danimarca, Austria, Polonia, Portogallo, Norvegia). L'attività di prevenzione al di fuori della scuola offre un potenziale immenso per individuare i giovani a rischio e per avvicinare i gruppi vulnerabili; questo potenziale è sfruttato però soltanto in alcuni Stati membri (Irlanda, Ungheria, Paesi Bassi, Austria, Regno Unito).

## Prevenzione selettiva

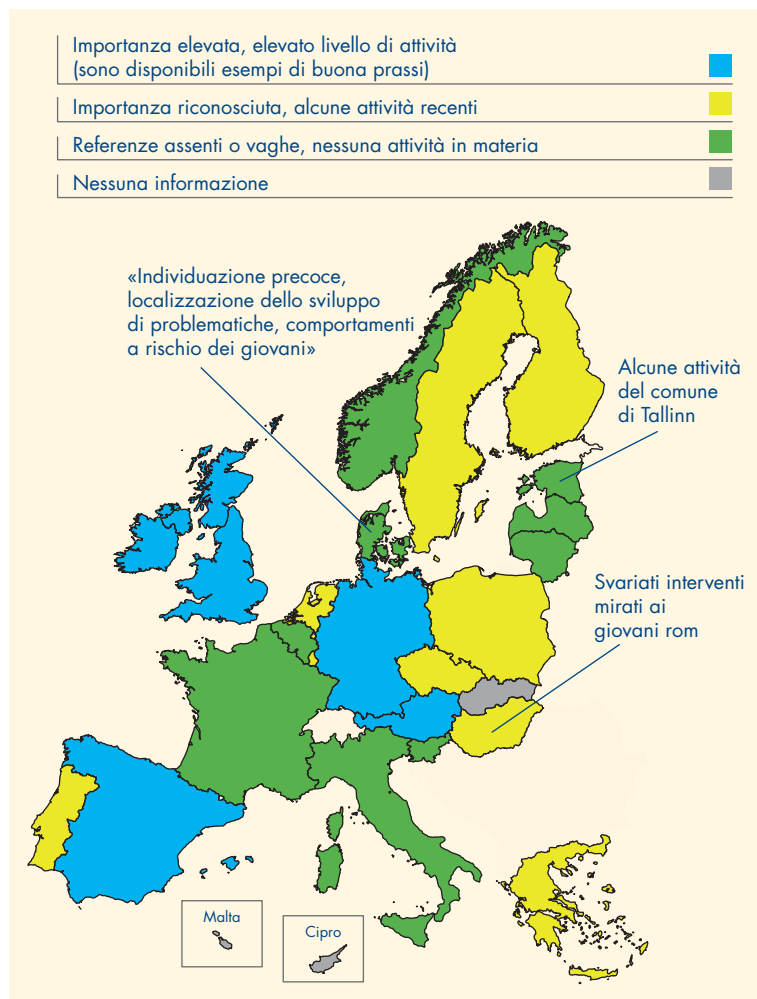
Rispetto alla prevenzione universale, su grande scala e di livello più basso, le politiche di prevenzione selettiva si concentrano sugli individui o sui gruppi vulnerabili. La prevenzione selettiva fa uso di ricerche esistenti (generalmente locali) riguardanti i fattori di rischio, i gruppi vulnerabili ed il vicinato problematico, per indirizzare le risposte là dove è maggiore il rischio di scivolare in problemi di droga. In alcuni paesi la prevenzione selettiva sta suscitando un'attenzione crescente, per esempio, in Finlandia e Svezia, a causa dell'aumentato consumo di cannabis ed alcool ad uso ricreativo (cfr. capitolo 3), ma è tuttora limitata a pochi Stati membri (grafico 2), soprattutto quelli che hanno già adottato politiche strategiche di prevenzione universale. È essenziale disporre di una buona base teorica e di metodi di valutazione, in modo tale che la selezione dei gruppi o delle aree di riferimento sia sostenuta dai dati delle ricerche e gli obiettivi degli interventi possano essere definiti ed interconnessi. Per esempio, in Ungheria, numerosi interventi sono incentrati sui gruppi Rom e fanno ricorso ad approcci basati su gruppi di pari. La prevenzione negli ambienti ricreativi, in quanto sottoinsieme specifico della prevenzione selettiva, è descritta nel capitolo 4.

## Progressi recenti nell'Unione europea allargata

In Grecia, Portogallo e Svezia, le politiche di prevenzione hanno incorporato concetti moderni e strutture più chiare, nel senso che la prevenzione nelle scuole è definita meglio di quanto non fosse nel passato e, particolarmente in Grecia e Austria, sono stati ampliati i programmi rivolti ai bambini delle scuole materne ed elementari.

Tra gli Stati membri, le politiche di prevenzione sottoposte a sistemi di controllo della qualità (grafico 3) rivelano generalmente anche un livello strutturale più elevato (ad esempio, programmi sofisticati) <sup>(20)</sup> ed una maggiore attenzione è dedicata alla prevenzione selettiva (cfr. grafico 2). I fattori principali che consentono di comparare le politiche europee di prevenzione sono la qualità

**Grafico 2:** Gli Stati membri nei quali la prevenzione selettiva (mirata cioè a popolazioni od aree vulnerabili) è menzionata nelle strategie ed attuata



Fonte: Relazioni nazionali Reitox e Report on selective prevention in the EU (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1569>).

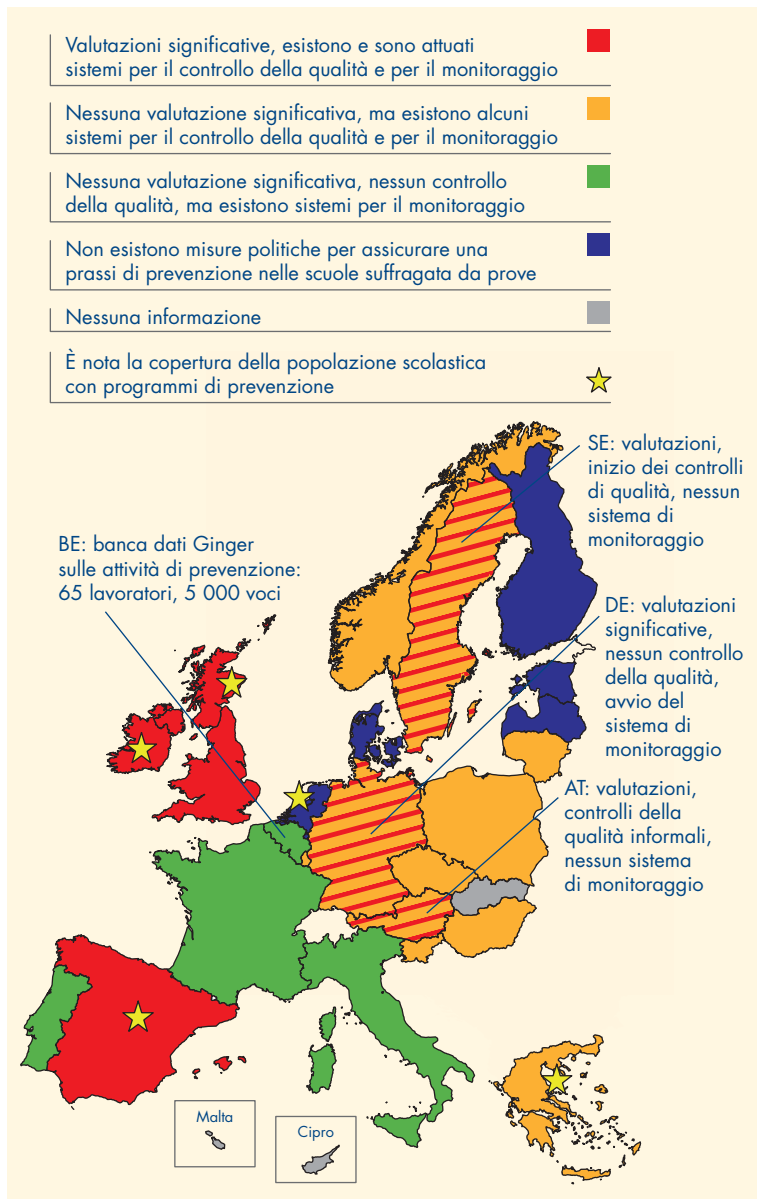
(suffragare i concetti con dimostrazioni pratiche), la struttura (come e da chi i programmi di prevenzione sono organizzati) e la copertura (dimensione della popolazione raggiunta).

Sistemi e principi per il controllo della qualità esistono nella Repubblica ceca, in Lituania, Slovenia e Svezia, mentre in Germania e Portogallo operano o sono in fase di sviluppo nuovi sistemi di monitoraggio per interventi di prevenzione. Sempre di più, gli elementi concreti degli interventi di prevenzione sono definiti e raccomandati nelle strategie nazionali, per esempio, in Lituania e Svezia, promuovendo le capacità sociali e decisionali e accrescendo l'autostima.

La copertura della prevenzione nella scuola, espressa in percentuale degli alunni esposti alla prevenzione universale, può essere misurata soltanto per la prevenzione basata su programmi; la massima estensione della copertura è un obiettivo di alcune strategie (Spagna,

<sup>(20)</sup> Cfr. grafico 1 OL: Piani nazionali che specificano contenuti e strategie di prevenzione.

**Grafico 3:** Gli Stati membri nei quali il controllo della qualità, il monitoraggio e la valutazione della prevenzione nelle scuole sono considerati prioritari e sono realizzati



Fonte: Relazioni nazionali Reitox.

Irlanda, Regno Unito). In tutte le comunità autonome spagnole, la percentuale dei gruppi di popolazione scolastica esposti a programmi di prevenzione approvati e raccomandati è aumentata ulteriormente, mentre in altri Stati membri la copertura è stata valutata soltanto di recente (Repubblica ceca, Grecia, Norvegia). A seguito di

questi sviluppi, l'impegno per la prevenzione profuso da molti Stati membri, precedentemente caratterizzato da «una bassa focalizzazione (prevalentemente interventi aspecifici e materiali di prevenzione poco adeguati), bassa intenzionalità (basso livello di formazione degli operatori), scarso livello di proattività e valutazione (basso livello di ricerca e mancanza di procedure di valutazione), basso livello di continuità (frequenti interventi ad hoc) e scarso livello di coordinamento e partecipazione (mancanza di coordinamento per quanto riguarda le attività realizzate)» (relazione nazionale portoghese), sta lentamente migliorando.

### ... e mancanza di progressi

In alcuni Stati membri, i progressi sono lenti e continuano a prevalere concetti non suffragati dall'esperienza. Le ragioni comprendono l'inerzia, un'enfasi eccessiva su approcci medici ed incentrati sulla dipendenza, l'incapacità di valutare l'importanza dei condizionamenti sociali e una certa focalizzazione sulle variabili personali. In alcuni paesi, inoltre, la mancanza di criteri fa sì che la prevenzione sia unicamente nelle mani di operatori sanitari o insegnanti locali, la cui conoscenza della prevenzione suffragata dall'esperienza è spesso bassa, con il risultato che la prevenzione si situa a livello di opinioni e credenze popolari. In alcuni Stati membri (per esempio, Danimarca, Estonia, Francia, Lettonia e parti di Belgio, Germania ed Italia), la prevenzione nella scuola si basa ancora largamente su informazioni fornite mediante opuscoli, seminari sporadici, giornate a tema, mostre, riunioni, conferenze o visite di esperti.

Vi è la dimostrazione, per quanto limitata (Flay, 2000), che la prevenzione nelle scuole, per avere successo, deve far parte integrante di un piano di promozione della salute e di una politica specifica della scuola; essa deve inoltre affrontare gli aspetti relativi al sociale ed alla comunità locale (Paglia e Room, 1999). Tuttavia, l'uso ormai inflazionato di frasi come «la promozione di stili di vita salutari», «approcci olistici» e «prevenzione integrale» nasconde spesso l'assenza di una base solida per le politiche di prevenzione ed un impegno limitato nei confronti di una prevenzione che sia suffragata dall'esperienza. Non si registrano progressi visibili nel campo della prevenzione nella famiglia: in quanto componente della prevenzione universale, questa forma di prevenzione resta limitata a serate con i genitori oppure a gruppi ad hoc (per esempio, Germania, Grecia, Svezia), mentre rientra nella prevenzione selettiva (vale a dire, incentrata sulle famiglie a rischio) soltanto in Spagna, Irlanda, Polonia, Svezia e Regno Unito <sup>(21)</sup>.

<sup>(21)</sup> Cfr. tabella 4 OL: Tavola sinottica dei principali parametri di prevenzione.



## Capitolo 3 Cannabis

In tutti i paesi dell'Unione europea, la cannabis è la sostanza illecita d'uso più comune, malgrado si registrino considerevoli variazioni tra un paese e l'altro. Il consumo di cannabis tra i giovani si è diffuso prima in alcuni paesi europei negli anni settanta per poi estendersi ad altri paesi dell'UE nel corso degli anni settanta ed ottanta (grafico 4 — Esempio della Spagna). Nei nuovi paesi dell'UE, il consumo diffuso di questa sostanza stupefacente è un fenomeno più recente.

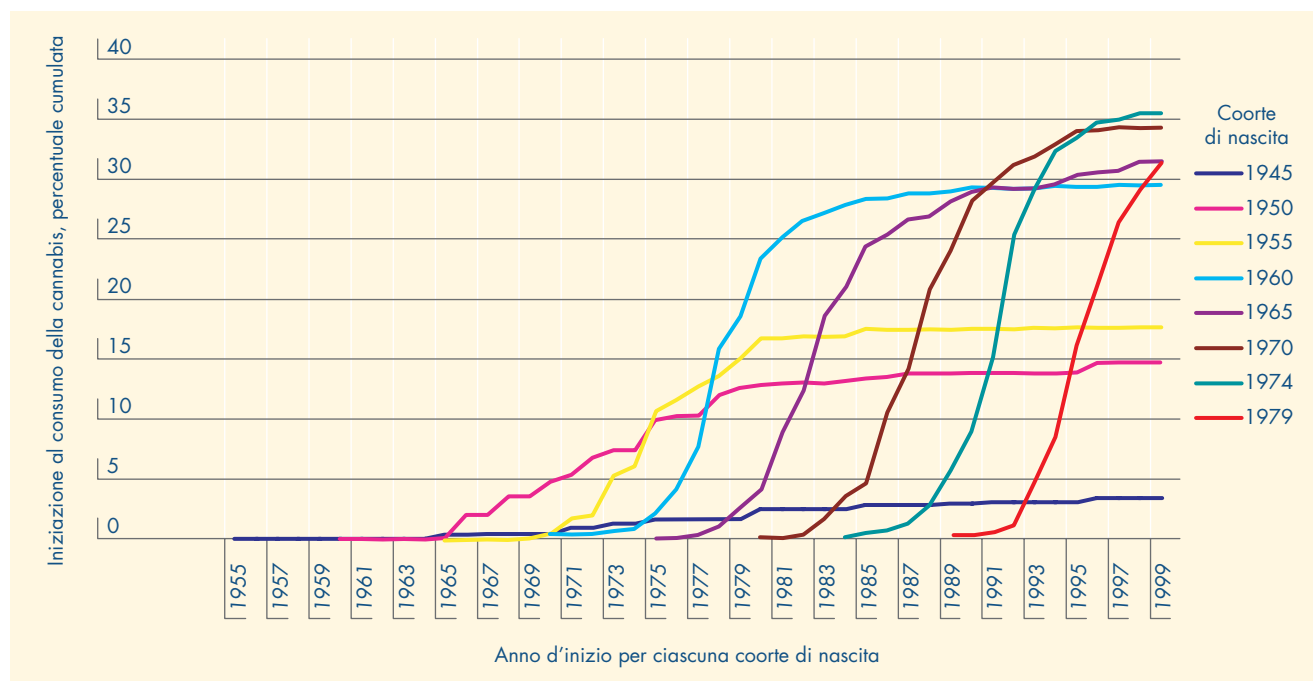
### Prevalenza e modelli

Il consumo di droga presso la popolazione in generale è valutato con indagini che servono a stimare la percentuale della popolazione che ha fatto uso di droga in determinati periodi di tempo <sup>(22)</sup>. Indagini recenti tra la popolazione

indicano che una percentuale significativa della popolazione europea adulta (d'età compresa tra 15 e 64 anni) ha provato questa sostanza almeno una volta, dal 5-10 % in Belgio, Estonia, Ungheria e Portogallo al 24-31 % in Danimarca, Spagna, Francia e Regno Unito. A titolo di confronto, da un'indagine condotta nel 2002 a livello nazionale tra i nuclei familiari americani, il 40 % degli adulti (12 anni d'età o superiore) ha segnalato di aver provato la cannabis o la marijuana almeno una volta, mentre l'11 % ha segnalato di averne fatto uso nel corso dei precedenti 12 mesi (SAMHSA, 2002) <sup>(23)</sup>.

Dalle indagini emerge che il consumo della cannabis si concentra tra i giovani adulti (15-34 anni), e particolarmente tra i giovani della fascia compresa tra i venti ed i trent'anni. Il consumo di cannabis è sensibilmente superiore tra la popolazione maschile. Dalle indagini

**Grafico 4:** Cambiamento dei modelli di diffusione dell'iniziazione alla cannabis per determinate coorti di nascita — Esempio della Spagna



**N.B.:** Indagine nazionale sulle droghe 1997 (n = 12 515; fascia d'età 15-64 anni) e Indagine nazionale sulle droghe 1999 (n = 12 488; fascia d'età 15-65 anni). Le coorti di nascita sono selezionate soltanto se non ci sono differenze significative tra indagini ed i campioni sono raggruppati per coorti del medesimo anno di nascita.  
**Fonte:** Kraus L., Augustin R., «Analysis of age of first cannabis use in Germany, Greece and Spain», nella relazione OEDT CT.00.EP.14: *Technical implementation and update of the EU Databank on national population surveys on drug use and carrying out a joint analysis of data collected.*

<sup>(22)</sup> Cfr. Note metodologiche sulle indagini presso la popolazione nel bollettino statistico 2004.

<sup>(23)</sup> Va notato che la fascia d'età dell'indagine statunitense (12 anni ed oltre) è più ampia della fascia d'età segnalata dall'OEDT per le indagini a livello UE (15-64 anni).

condotte a livello nazionale emerge inoltre come il consumo sia più frequente nelle aree urbane o caratterizzate da un'elevata densità abitativa. Alcune delle differenze nazionali rilevate potrebbero riflettere, in parte, differenze nei livelli di urbanizzazione.

Il numero degli studenti di 15-16 anni che percepiscono la cannabis come facilmente o molto facilmente disponibile, è notevolmente superiore al numero degli studenti della stessa età che segnalano un'esperienza una tantum di consumo di cannabis<sup>(24)</sup>: entrambe le misurazioni mostrano tuttavia le medesime variazioni geografiche. Le differenze esistenti tra i vari paesi sono considerevoli. Indagini recenti condotte tra studenti di 15 anni indicano che la prevalenza una tantum del consumo di cannabis varia da meno del 10 % in Grecia, a Malta, in Svezia e Norvegia ad oltre il 30 % nella Repubblica ceca, in Spagna, Francia e Regno Unito<sup>(25)</sup>. La prevalenza in assoluto più elevata si riscontra in Inghilterra, tra i ragazzi (42,5 %), con percentuali leggermente inferiori (38 %) tra le ragazze. Anche la differenza nel consumo di cannabis tra ragazzi e ragazze varia tra i paesi e tende ad essere meno pronunciata nell'Europa settentrionale. Per esempio, in Svezia, la prevalenza una tantum è del 7,7 % per i ragazzi e del 6,6 % per le ragazze, mentre il dato corrispondente per la Grecia è rispettivamente dell'8 % e del 2,7 %.

In gran parte, il consumo di cannabis tende ad essere occasionale, oppure ad interrompersi dopo qualche tempo. Nella maggioranza dei paesi UE, soltanto una percentuale compresa tra il 20 ed il 40 % di tutti gli adulti che hanno provato la cannabis almeno una volta nella vita segnala di averne fatto uso nel corso degli ultimi 12 mesi, ma una percentuale ancora inferiore, compresa tra l'1 ed il 10 %, ammette di averne fatto uso nel corso degli ultimi 30 giorni.

Il consumo di cannabis nel corso degli ultimi 12 mesi è superiore tra i giovani adulti (15-34 anni) piuttosto che tra la popolazione adulta complessiva, con percentuali variabili dal 5 al 20 % nella maggior parte dei paesi (grafico 5).

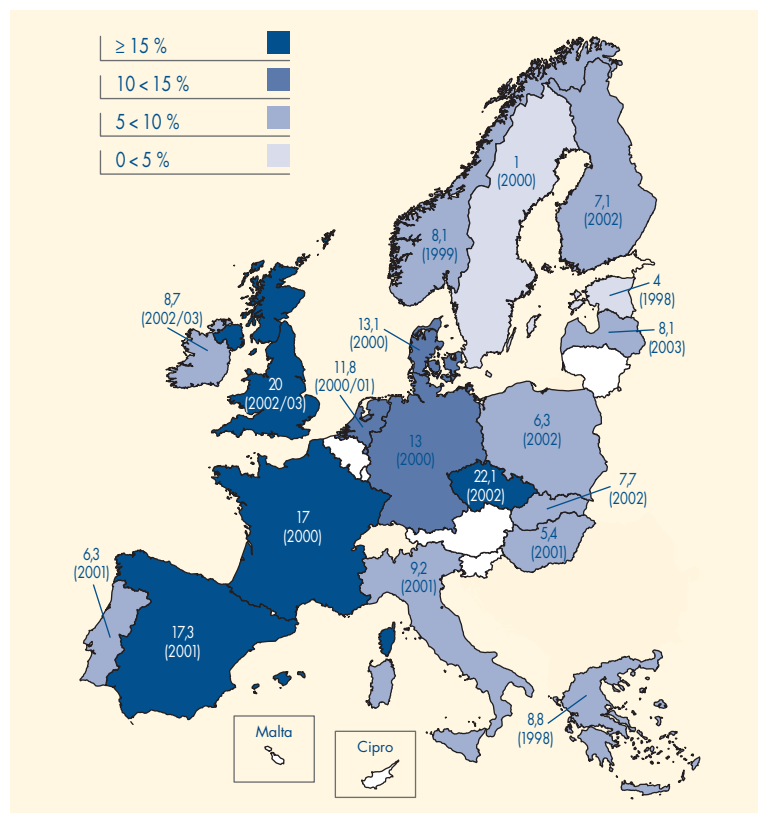
Una percentuale piccola, ma importante e consistente (circa il 15 %), degli studenti di 15 anni dell'UE che abbiano consumato cannabis nel corso dell'anno precedente, segnala di averne fatto uso in 40 o più occasioni (ciò viene considerato un uso «pesante»). Il grafico 6 mostra che gli studenti maschi sono consumatori pesanti in misura doppia rispetto alle studentesse loro coetanee. Tra i maschi, la percentuale dei consumatori «pesanti» varia da meno dell'1 % nella maggior parte degli Stati del Baltico (Estonia, Lettonia, Lituania, Finlandia e Svezia) e a Malta al 5-10 % in Belgio, Germania, Spagna, Francia, Irlanda, Slovenia e Regno Unito, a fronte di un campo di variazione dallo 0 % ad un massimo del 4,6 % per le studentesse. Fino a che punto i modelli «pesanti» di consumo di cannabis contribuiscano ai problemi sanitari ed

alla maggior domanda di trattamento è un argomento che sarà trattato nell'ambito della questione specifica «Problematiche legate alla cannabis nel loro contesto» (pag. 82)<sup>(26)</sup>.

## Tendenze

Nella maggior parte dei paesi dell'UE, la mancanza di serie di lungo periodo di indagini coerenti, limita l'individuazione delle linee di tendenza. Tuttavia, vari tipi di indagine (a livello nazionale, locale, tra i militari di leva e nelle scuole) hanno mostrato che il consumo di cannabis è aumentato nettamente nel corso degli anni novanta in quasi tutti i paesi dell'UE, particolarmente fra i giovani. In alcuni

**Grafico 5:** Consumo recente (anno precedente) di cannabis tra giovani adulti (15-34 anni), misurato con indagini di popolazione nazionali



**N.B.:** I dati derivano dalle indagini nazionali più recenti disponibili in ciascun paese, ad eccezione della Francia dove non si è potuta utilizzare l'indagine 2002 a causa del fatto che i campioni erano troppo piccoli; i dati presentati qui sono quindi presi dal 2000.

Per la ripartizione del numero degli intervistati per gruppo d'età, cfr. Indagine sulla popolazione generale\_tab. 4, bollettino statistico 2004.

Non tutti i dati corrispondono esattamente all'intervallo di età standard dell'OEDT (Danimarca e Regno Unito 16-34, Estonia, Ungheria e Germania 18-34). Le variazioni degli intervalli d'età possono influenzare marginalmente alcune differenze nazionali. In alcuni paesi i dati sono stati ricalcolati a livello nazionale per adeguarli alle definizioni dell'OEDT.

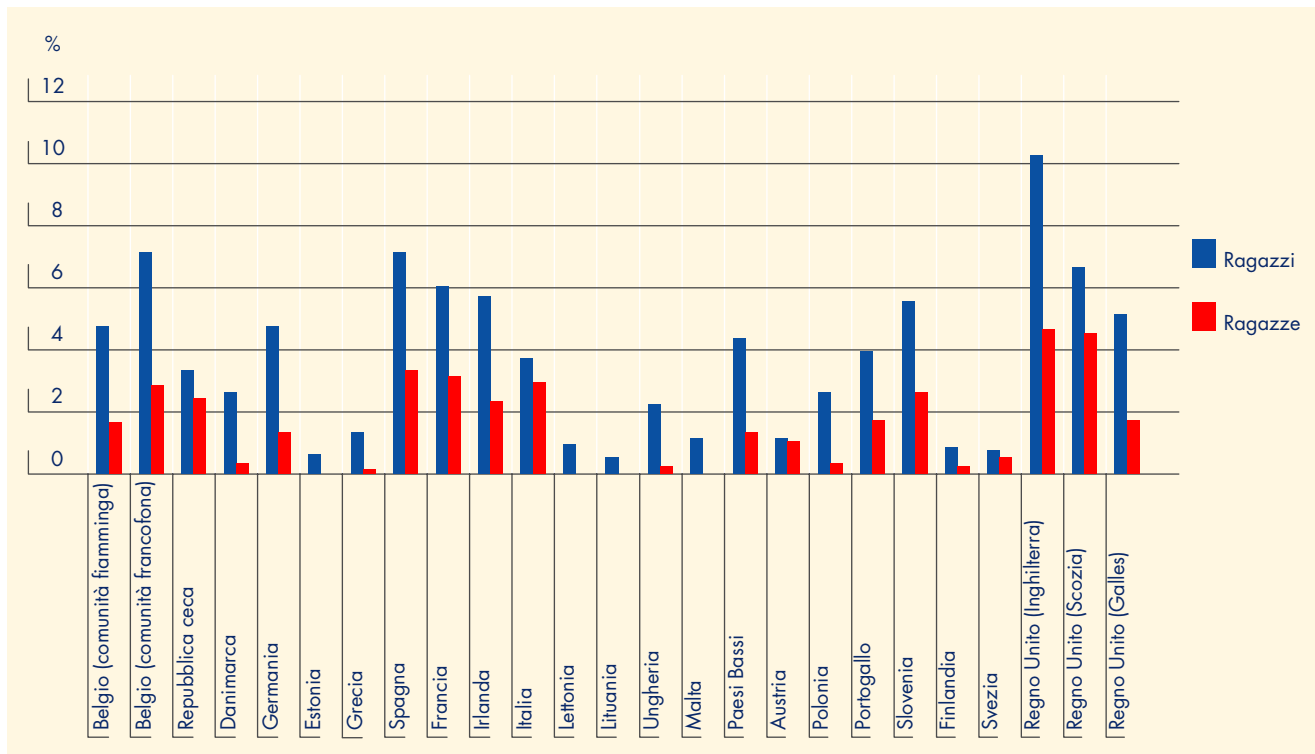
**Fonte:** Relazioni nazionali Reitox 2003, sulla base di rapporti d'indagine o articoli scientifici. Cfr. anche le tabelle relative alle indagini sulla popolazione, bollettino statistico 2004.

<sup>(24)</sup> Cfr. Prevalenza\_tab. 2, bollettino statistico 2004.

<sup>(25)</sup> Ibidem.

<sup>(26)</sup> Cfr. grafico 4 OL: Frequenza relativa del consumo di cannabis tra gli studenti di 15 anni che ne hanno fatto uso l'anno precedente.

**Grafico 6:** Prevalenza del consumo «pesante» di cannabis tra gli studenti di 15 anni, distinti per genere nel 2001/2002



N.B.: Per consumo «pesante» di cannabis si intende il consumo in 40 o più occasioni nell'arco dell'anno precedente.  
 Germania, esclusivamente campione regionale. Portogallo, comparabilità limitata a causa della dimensione del campione e dell'età.  
 Fonte: Currie, C. e al. (2004), *HBSC International Report from the 2001/2002 WHO survey*.

casi, questi aumenti hanno fatto seguito ad un calo registrato nel corso degli anni ottanta<sup>(27)</sup>.

Malgrado molti paesi segnalino che il consumo di cannabis è aumentato costantemente in questi ultimi anni, altri quattro paesi (Paesi Bassi, Finlandia, Svezia e Norvegia) segnalano che il consumo, negli ultimi 2-4 anni, si è stabilizzato tra gli studenti, i militari di leva ed i teenager. I risultati della prossima (2003) relazione di indagine ESPAD nelle scuole, forniranno una descrizione più dettagliata delle linee di tendenza tra gli studenti delle scuole nell'UE<sup>(28)</sup>.

In conclusione, il consumo di cannabis, occasionale o ricreativo, è aumentato considerevolmente nel corso degli anni novanta in molti paesi europei, ma sembra adesso cominciare ad assestarsi, almeno in alcuni paesi. Probabilmente anche l'uso corrente è aumentato, in particolare tra i giovani.

### Sequestri e informazioni sul mercato

Nel 2002, la cannabis ha continuato ad essere la droga illecita più largamente prodotta e smerciata in tutto il mondo. Tuttavia, data la diffusione globale della produzione di cannabis e l'assenza di sistemi di monitoraggio, resta

difficile stimare l'entità della produzione [United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), 2003a; Commission on Narcotic Drugs (CND), 2004].

### Produzione e traffico

In questi ultimi anni, il Marocco è stato la principale fonte mondiale di resina di cannabis, seguito da Afghanistan e Pakistan; seguono altri paesi dell'Asia centrale, la Federazione russa, il Libano e l'Albania (UNODC, 2003a). Nel 2002, il Marocco ha continuato ad essere il più citato fra i paesi d'origine della resina di cannabis, seguito da Albania ed India; anche altri 31 paesi sono segnalati come fonti, confermando la diffusione del traffico di cannabis e l'alto numero di paesi d'origine (CND, 2004). Nel 2003 l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC) ed il governo del Marocco hanno svolto la prima indagine sulla produzione di cannabis in Marocco, da cui risulta che il 27 % del terreno coltivabile della regione del Rif è adibita a coltivazione di cannabis, il che corrisponde ad una produzione potenziale di 3 080 tonnellate di resina di cannabis nel 2003 (UNODC e governo del Marocco, 2003). La maggior parte della resina di cannabis consumata nell'UE proviene dal Marocco ed è contrabbandata soprattutto attraverso la penisola iberica,

<sup>(27)</sup> Cfr. grafico 5 OL: Evoluzione del consumo di cannabis tra i giovani in alcuni paesi dell'UE misurata mediante indagini tra la popolazione.

<sup>(28)</sup> Cfr. riquadro 3 OL: Progetto di indagine europea nelle scuole su alcool ed altre sostanze stupefacenti (ESPAD).



### Interpretazione dei sequestri e delle informazioni sul mercato

Normalmente il numero di sequestri di stupefacenti in un paese è considerato un indicatore indiretto dell'offerta e della disponibilità di queste sostanze, sebbene dipenda anche dalle risorse delle forze dell'ordine, dalle priorità e dalle strategie nonché dalla vulnerabilità degli spacciatori nei confronti delle forze dell'ordine. Dato che i quantitativi sequestrati possono variare maggiormente da un anno all'altro, ad esempio se in un anno alcuni sequestri sono molto grossi, in alcuni paesi il numero di sequestri è considerato un migliore indicatore della tendenza. In tutti i paesi, una grande percentuale del numero di sequestri è rappresentata da sequestri a livello di spaccio al dettaglio. Quando si conoscono, l'origine e la destinazione delle sostanze sequestrate possono dare un'indicazione delle vie del traffico e delle regioni di produzione. Il prezzo e la purezza degli stupefacenti a livello di spaccio al dettaglio sono segnalati dalla maggior parte degli Stati membri. Tuttavia i dati provengono da fonti diverse non sempre comparabili, il che rende difficile operare un confronto tra paesi.

sebbene i Paesi Bassi rappresentino un altro notevole centro di distribuzione a destinazione dei paesi dell'UE (Bovenkerk e Hogewind, 2002; Relazioni nazionali, 2003).

I paesi produttori di cannabis sotto forma di erba sono sparsi in tutto il mondo. In generale, i paesi di provenienza più citati a livello mondiale nel 2001 erano Albania, Colombia, Sud Africa, Federazione russa, Giamaica e Paesi Bassi. Ad eccezione dell'Europa, la maggior parte del traffico di cannabis sotto forma di erba è intraregionale, ossia è prodotto e consumato localmente o nei paesi confinanti (UNODC, 2003a). Nel 2002 le foglie di cannabis sequestrate nell'UE sono segnalate provenire da una varietà di paesi, principalmente Paesi Bassi ed Albania [CND, 2004; International Narcotics Control Board (INCB), 2004a], ma anche Asia (Thailandia), Africa (Malawi, Sud Africa, Nigeria, Angola) ed Americhe (Messico, Giamaica, USA) (relazioni nazionali Reitox, 2003).

Nella maggioranza degli Stati membri dell'Unione europea, la cannabis viene anche coltivata e prodotta localmente. Malgrado, in alcuni casi, le piante sequestrate possano risultare in transito da un paese all'altro, le piante di cannabis sequestrate nell'UE (cfr. tabella 3) possono essere considerate come un indicatore della coltivazione locale di cannabis. In Belgio, in questi ultimi anni, la coltivazione di cannabis si è diffusa in tutto il paese. Nella Repubblica ceca, i primi esempi di coltivazione idroponica di cannabis su larga scala — che sostituiscono le coltivazioni domestiche di «autofornitura» — sono stati scoperti nel 2002. In Estonia, nel 2002, il numero delle piantagioni di cannabis scoperte è aumentato e sono state individuate anche alcune grandi piantagioni. In Ungheria si

**Tabella 3: Sequestri di piante di cannabis nei paesi dell'UE ed in Norvegia nel 2001**

Paese	Numero di sequestri	Quantitativi sequestrati: numero di piante (o kg, quando il numero delle piante non è disponibile)
Belgio	n.d.	n.d.
Repubblica ceca (1)	n.d.	343
Danimarca (1)	n.d.	230
Germania	785	68 696
Estonia	24	6 043
Grecia	n.d.	18 821
Spagna	n.d.	(3 907 kg)
Francia	681	(41 kg)
Irlanda	20	365
Italia	n.d.	3 219 414
Cipro (1)	n.d.	274
Lettonia (1)	n.d.	(72,7 kg)
Lituania	n.d.	n.d.
Lussemburgo	2	11
Ungheria	n.d.	n.d.
Malta	n.d.	n.d.
Paesi Bassi	n.d.	884 609
Austria	120	(36 kg)
Polonia (1)	n.d.	2 550
Portogallo	64	3 807
Slovenia	426	1 925
Repubblica slovacca (1)	n.d.	535
Finlandia	612	(16 kg)
Svezia	51	(3 kg)
Regno Unito (2)	1 875	71 507
Norvegia	n.d.	(17 kg)

n.d.: dati non disponibili.  
 Fonte: Punti focali nazionali Reitox; tranne:  
 (1) Interpol (2003), *National statistics on illicit drug production traffic and use in 2001*, Interpol, Lione.  
 (2) Corkery, J.M., Airs, J. (2003), *Seizures of drugs in the UK 2001, Findings*, n. 202, RDS-Home Office, Londra.

segnala che le piante di cannabis crescono in un'area sempre più vasta. In tutta l'Unione europea il maggior numero di piante di cannabis sequestrate è stato registrato in Italia, seguita dai Paesi Bassi, dove il numero delle piante sequestrate è in aumento dal 1998. Questo è anche dovuto ad un metodo efficace di cooperazione integrale tra enti a livello locale (ossia stretta cooperazione tra autorità

locali, compagnie elettriche, uffici delle imposte ecc.) attuato nei Paesi Bassi. Si stima che, malgrado i tre quarti circa della cannabis consumata nei Paesi Bassi siano prodotti all'interno («nederwiet»), i Paesi Bassi stiano diventando più importanti come paese di transito di cannabis di provenienza estera, proprio perché in altri paesi dell'UE la coltivazione è in aumento, piuttosto che come fonte di cannabis da esportare in altri paesi.

### Sequestri

A livello mondiale, nel 2002 sono state sequestrate complessivamente 1 039 tonnellate di resina di cannabis e 3 800 tonnellate di foglie di cannabis. È in Europa ed in Asia che continua a concentrarsi la maggior parte dei sequestri di resina di cannabis, rispettivamente il 70 % ed il 23 %, mentre i sequestri di foglie di cannabis si sono concentrati nelle Americhe (70 %) ed in Africa (19 %) (CND, 2004). In termini di numero di sequestri e quantitativi totali sequestrati, la cannabis è la droga maggiormente sequestrata in tutti i paesi dell'UE, fatta eccezione per la Lettonia, dove il numero dei sequestri di eroina è superiore. La maggior parte dei sequestri di cannabis nell'UE è avvenuta nel Regno Unito, seguito da Spagna e Francia <sup>(29)</sup>. Tuttavia, negli ultimi cinque anni, in Spagna è avvenuto il sequestro di più della metà del quantitativo totale sequestrato nell'UE. A livello UE, dal 1997, il numero dei sequestri di cannabis <sup>(30)</sup> ha registrato fluttuazioni all'interno di una tendenza al rialzo, mentre i quantitativi <sup>(31)</sup> sequestrati sono in diminuzione dal 1999. Dopo un declino nel 2001, sia il numero dei sequestri che i quantitativi sequestrati nell'UE — nei paesi di cui sono disponibili i dati — sono risaliti nuovamente nel 2002.

Alcuni paesi hanno investito in nuovi sistemi tecnologici per migliorare l'efficienza delle attività volte a combattere il traffico di cannabis. Per esempio, la Spagna ha sviluppato

recentemente il sistema integrato di sorveglianza esterna [External Surveillance Integrated System (SIVE)] — attualmente operativo nella regione di Algeciras ed in alcune delle isole Canarie — inteso a contribuire all'individuazione in tempo reale del contrabbando di cannabis e dell'immigrazione illegale <sup>(32)</sup>.

### Prezzo e potenza

Nel 2002, il prezzo medio al dettaglio della resina di cannabis nell'UE variava da 2,7 euro al grammo in Spagna a 21,5 euro al grammo in Norvegia, mentre il prezzo delle foglie di cannabis andava da poco meno di 2 euro al grammo in Estonia e Spagna a 14 euro al grammo in Lettonia <sup>(33)</sup>. Nel periodo 1997-2002, i prezzi medi della resina di cannabis sono rimasti stabili o sono diminuiti leggermente nella maggior parte dell'UE — tranne che in Lussemburgo, dove nel medesimo periodo è stato segnalato un leggero aumento. Nel 2002, una tendenza simile è stata registrata in tutti i paesi tranne Germania, Francia, Lettonia, Lituania e Paesi Bassi, dove il prezzo al dettaglio della resina di cannabis è aumentato. Nell'arco del medesimo quinquennio, anche il prezzo delle foglie di cannabis è rimasto stabile o è diminuito nella maggior parte dei paesi, per quanto il Belgio, la Repubblica ceca, la Lituania ed il Lussemburgo abbiano registrato qualche aumento. Nel 2002, il prezzo delle foglie di cannabis è aumentato in Germania, Lituania e Lettonia mentre è rimasto stabile o è diminuito negli altri Stati membri.

La potenza dei prodotti di cannabis è determinata dal loro contenuto in  $\Delta^9$ -tetraidrocannabinolo (THC), il principale principio attivo (EMCDDA, 2004c). Nel 2002, nei paesi di cui si dispone di dati, si è registrato che i prodotti di cannabis — resina <sup>(34)</sup> e foglie <sup>(35)</sup> — avevano al dettaglio un contenuto medio di THC variabile da meno dell'1 % al 15 %.

<sup>(29)</sup> Questo dato andrebbe verificato, quando possibile, con i dati mancanti del 2002. I dati riguardanti il numero dei sequestri di cannabis nel 2002 non erano disponibili per l'Ungheria, la Polonia e la Slovenia; i dati riguardanti sia il numero dei sequestri di cannabis, sia i quantitativi sequestrati di cannabis nel 2002 non erano disponibili per Cipro, Malta, Paesi Bassi, Repubblica slovacca e Regno Unito.

<sup>(30)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 1, bollettino statistico 2004.

<sup>(31)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 2, bollettino statistico 2004.

<sup>(32)</sup> Cfr. <http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp>

<sup>(33)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 14, bollettino statistico 2004.

<sup>(34)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 15, bollettino statistico 2004.

<sup>(35)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 16, bollettino statistico 2004.



## Capitolo 4

### Stimolanti del tipo anfetamine, LSD ed altre droghe sintetiche

In questo capitolo, si passa in rassegna l'uso di una serie di sostanze stupefacenti prodotte sinteticamente. Alcune di queste, come le anfetamine, sono usate da lungo tempo in Europa. Altre, come il gruppo ecstasy, hanno cominciato soltanto di recente ad essere utilizzate comunemente per le loro proprietà psicoattive. Questo capitolo tratta anche delle azioni destinate ad individuare l'emergere di eventuali nuove droghe sintetiche sulla scena europea.

Il termine «anfetamine» è un termine generico utilizzato per designare le anfetamine, le metanfetamine ed alcune altre sostanze meno note, tutte stimolanti il sistema nervoso centrale. Di queste, le anfetamine sono le sostanze di gran lunga più comuni in Europa. Complessivamente, il livello del consumo delle metanfetamine è in aumento e provoca notevoli preoccupazioni, in quanto questa sostanza è associata ad una serie di severi problemi sanitari. Attualmente, un consumo significativo di metanfetamine in Europa sembra ristretto alla Repubblica ceca, per quanto relazioni sporadiche sollevino il timore che questa droga possa conquistare terreno altrove.

Il gruppo ecstasy, cui talvolta si fa riferimento come «entactogeni», comprende sostanze sintetiche che dal punto di vista chimico sono correlate alle anfetamine, ma da cui differiscono in qualche misura per gli effetti. All'interno del gruppo ecstasy, la sostanza più nota è la 3,4-metilendioossimetamfetamina (MDMA) ma, a volte, nelle pasticche di ecstasy si ritrovano altri suoi analoghi.

Complessivamente la prevalenza del consumo di ecstasy, anfetamine e LSD nella popolazione generale è bassa, ma da un esame più ravvicinato emerge che la prevalenza tra i gruppi più giovani è molto superiore ed anzi che il consumo di queste sostanze stupefacenti può essere particolarmente elevato in alcuni ambienti sociali e/o in alcune subculture.

#### Prevalenza e modelli di consumo

Tradizionalmente, dopo la cannabis, le anfetamine sono la sostanza illecita d'uso più comune, per quanto la prevalenza complessiva sia chiaramente inferiore (grafico 7). Tuttavia, nei paesi in cui sono state condotte indagini ripetute (per esempio, Germania, Spagna, Paesi Bassi, Finlandia e Regno Unito) si è riscontrato, in questi

ultimi anni, che il consumo di ecstasy ha raggiunto o superato il consumo di anfetamine<sup>(36)</sup>. In alcuni altri paesi (Repubblica ceca, Irlanda, Portogallo), indagini recenti, pur non facenti parte di una serie, suggeriscono inoltre un consumo relativamente elevato di ecstasy.

Secondo indagini recenti, la prevalenza di un tantum del consumo di anfetamine tra la popolazione adulta generale (15-64 anni) varia dallo 0,5 al 6 % negli Stati membri dell'UE, tranne nel Regno Unito, dove è addirittura pari al 12 %. L'ecstasy risulta provata da una percentuale che varia dallo 0,5 al 7 % della popolazione.

Il consumo recente (prevalenza negli ultimi 12 mesi) di anfetamine o ecstasy tra gli adulti è in genere inferiore all'1 %, anche se il dato relativo ad entrambe le sostanze è un po' superiore nella Repubblica ceca, in Spagna, Irlanda e nel Regno Unito; inoltre, il consumo recente di anfetamine è superiore alla media in Danimarca e il consumo recente di ecstasy lo è nei Paesi Bassi.

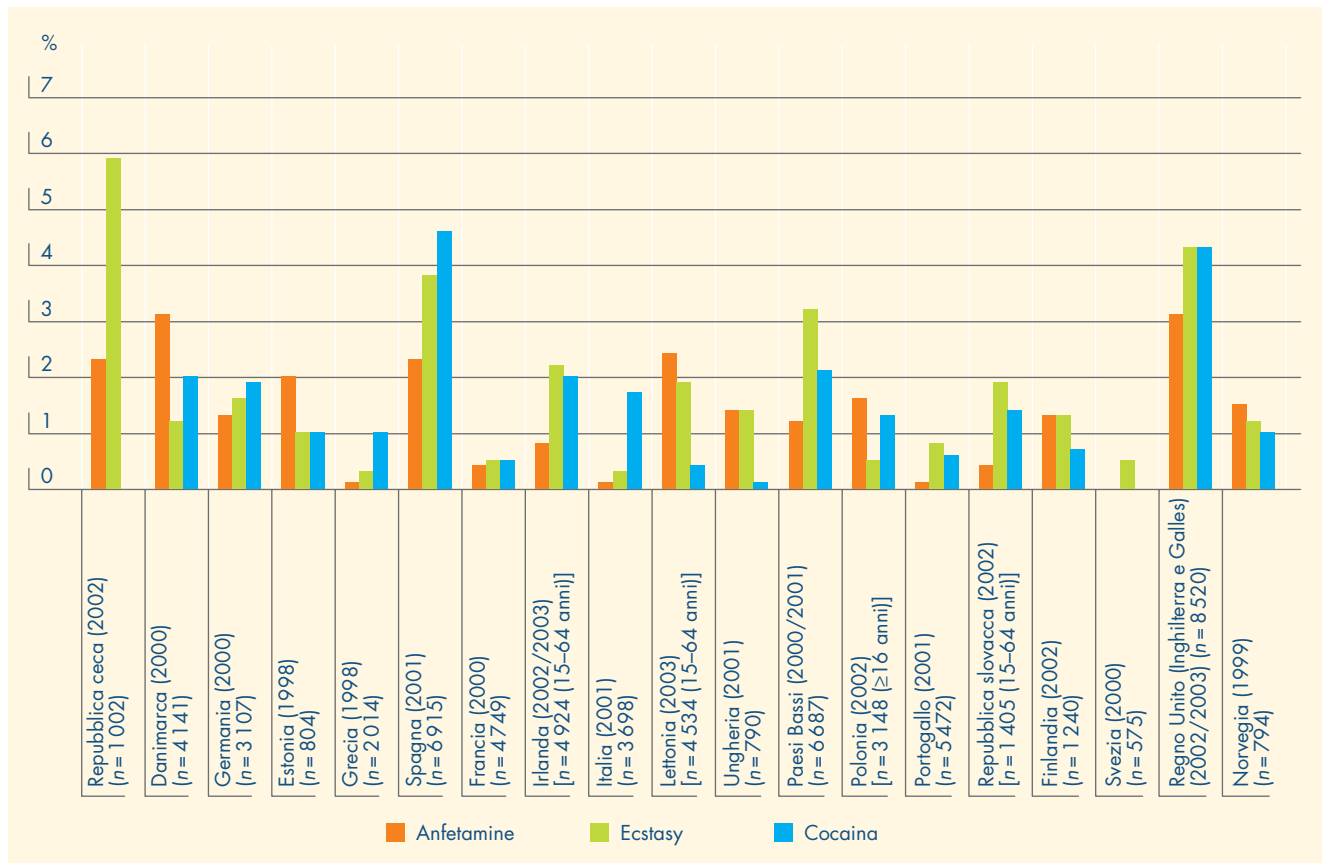
Tra la popolazione nel suo complesso, il consumo di anfetamine ed ecstasy è principalmente un fenomeno giovanile. La prevalenza di un tantum tra i giovani adulti (15-34 anni) varia dal 2 all'11 %, mentre la prevalenza del consumo recente varia dallo 0,5 al 6 %. Le indagini nazionali segnalano una prevalenza di un tantum del consumo di ecstasy tra i maschi di 15-24 anni compresa tra l'11 ed il 17 % nella Repubblica ceca, in Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito, mentre il consumo recente varia tra il 5 ed il 13 % nella Repubblica ceca, in Spagna, Irlanda (1998), Lettonia, Paesi Bassi e Regno Unito. È probabile che il dato sarebbe ancora superiore se venissero considerate soltanto le popolazioni urbane (grafico 8).

In genere, il consumo di ecstasy è aumentato nel corso degli anni novanta. Per quanto esso appaia ancora in aumento fra i giovani, nella popolazione generale questo fenomeno sembra limitato, almeno per il momento.

A titolo di confronto, da un'indagine sulle sostanze stupefacenti condotta nel 2001 a livello nazionale tra i nuclei familiari americani, è emerso che l'esperienza di un tantum di ecstasy tra gli adulti (definiti come i soggetti aventi 12 anni o più) era del 4,3 %, con un 9 % che segnalava di aver utilizzato stimolanti almeno una volta (fra cui il 5,3 % che segnalava di aver utilizzato

<sup>(36)</sup> Cfr. grafico 6 OL: Evoluzione del consumo recente (prevalenza nell'ultimo anno) di anfetamine ed ecstasy tra i giovani adulti (15-34 anni) nel Regno Unito (Indagine britannica sulla criminalità).

**Grafico 7:** Consumo recente (anno precedente) di anfetamine, ecstasy e cocaina tra giovani adulti (15-34 anni), misurato con indagini di popolazione nazionali



*N.B.:* I dati derivano dalle indagini nazionali più recenti disponibili per ogni paese, ad eccezione della Francia dove non si è potuta utilizzare l'indagine 2002 a causa del fatto che i campioni erano troppo piccoli; i dati presentati qui sono quindi presi dal 2000 (cfr. Indagine sulla popolazione generale\_tab. 4, bollettino statistico 2004). I campioni (n) si riferiscono al numero di intervistati del gruppo d'età 15-34 anni. Per quanto riguarda i campioni il cui numero di intervistati si riferisce all'intera indagine, cfr. Indagine sulla popolazione generale\_tab. 4, bollettino statistico 2004. Non tutti i dati corrispondono esattamente all'intervallo di età standard dell'OEDT (Danimarca e Regno Unito 16-34, Estonia, Ungheria e Germania 18-34). Le variazioni degli intervalli d'età possono influenzare marginalmente alcune differenze nazionali. In alcuni paesi i dati sono stati ricalcolati a livello nazionale per adeguarli alle definizioni dell'OEDT.

*Fonte:* Relazioni nazionali Reitox 2003, sulla base di rapporti d'indagine o articoli scientifici. Cfr. anche le tabelle relative alle indagini sulla popolazione, bollettino statistico 2004.

metanfetamine). L'1,3 % aveva segnalato il consumo recente (negli ultimi 12 mesi) di ecstasy, mentre l'1,4 % aveva segnalato il consumo recente di stimolanti (compreso uno 0,7 % che aveva indicato il consumo di metanfetamine) <sup>(37)</sup>.

## Indagini e studi sui giovani

Dati comparabili sui giovani si basano in gran parte su indagini condotte nelle scuole tra studenti di 15-16 anni.

I dati derivanti da indagini di questo tipo condotte nel 2001-2002 mostrano che la prevalenza una tantum del consumo di ecstasy tra gli studenti di 15-16 anni è stabile o in calo in sei Stati membri (Belgio, Repubblica ceca,

Spagna, Italia, Ungheria e Svezia), dove il consumo una tantum di ecstasy varia tra l'1 ed il 4,7 % <sup>(38)</sup>.

Un incremento dell'1 % della prevalenza una tantum del consumo di ecstasy tra gli studenti di 15-16 anni è stato segnalato in Inghilterra (5 %). La prossima relazione del progetto di indagine europea nelle scuole (ESPAD) <sup>(39)</sup> fornirà dati importanti sulla linea di tendenza in un maggior numero di Stati membri dal 1995 e dal 1999.

Fatta eccezione per l'Ungheria, la prevalenza una tantum del consumo di anfetamine tra gli studenti di 15-16 anni è rimasta stabile o è diminuita in tutti i paesi che hanno fornito nuovi dati per il 2001-2002 <sup>(40)</sup>.

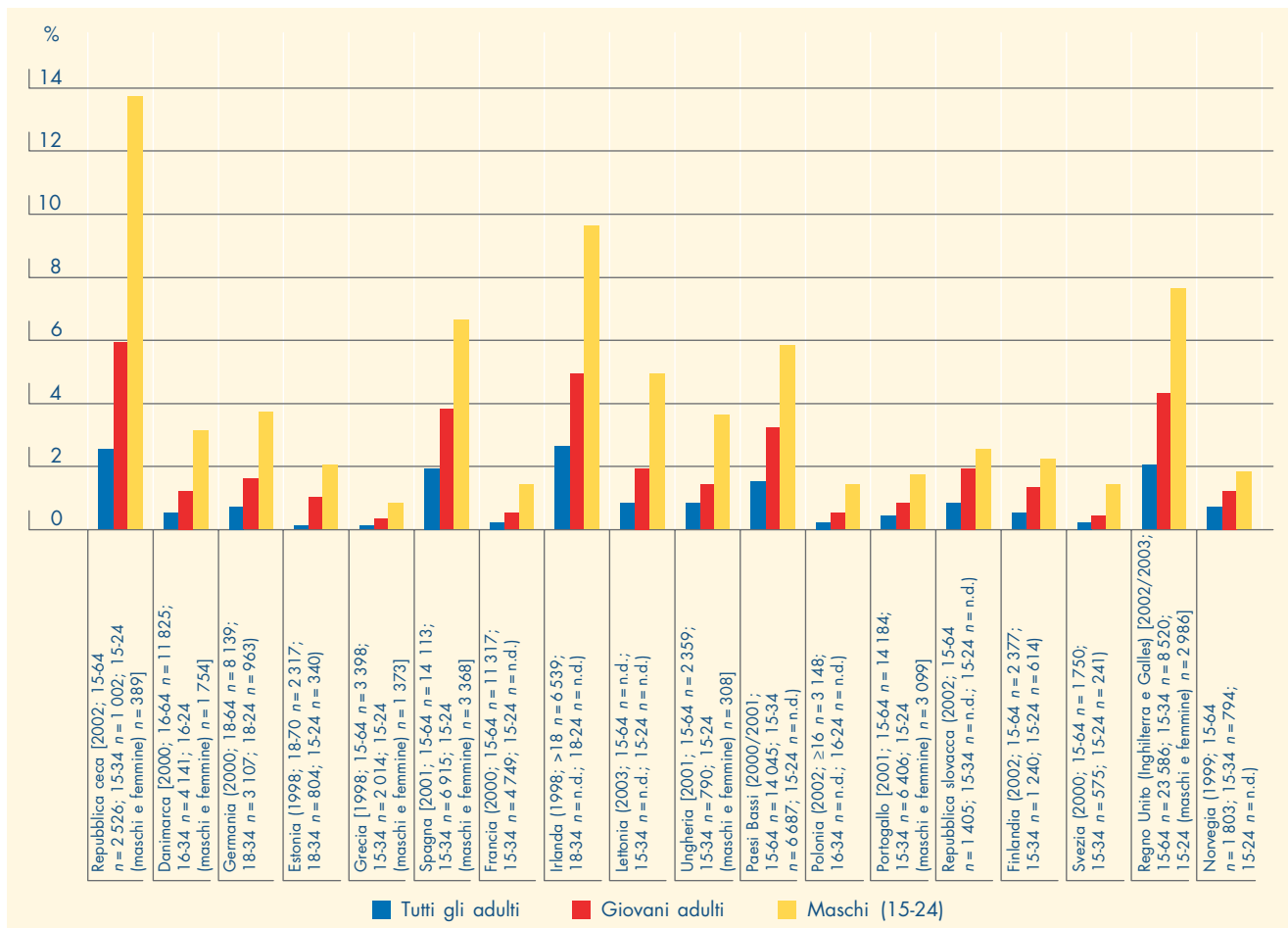
<sup>(37)</sup> Risultati derivanti dall'indagine nazionale USA 2002 sul consumo di stupefacenti e statistiche sanitarie [Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Ufficio studi applicati (OAS)]. Disponibile sul sito web SAMHSA (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm>). Va notato che la fascia d'età dell'indagine statunitense (12 anni ed oltre) è più ampia della fascia d'età segnalata dall'OEDT per le indagini a livello UE (15-64 anni).

<sup>(38)</sup> Cfr. Prevalenza\_tab. 1, bollettino statistico 2004.

<sup>(39)</sup> Riquadro 3 OL: Progetto di indagine europea nelle scuole su alcool ed altre sostanze stupefacenti.

<sup>(40)</sup> Cfr. Prevalenza\_tab. 1, bollettino statistico 2004.

**Grafico 8:** Consumo recente (anno precedente) di ecstasy tra tutti gli adulti (15-64 anni), giovani adulti (15-34 anni) e maschi più giovani (15-24 anni), misurato con indagini di popolazione nazionali



*N.B.:* I dati derivano dalle indagini nazionali più recenti disponibili per ogni paese, ad eccezione della Francia dove non si è potuta utilizzare l'indagine 2002 a causa del fatto che i campioni erano troppo piccoli; i dati presentati qui sono quindi presi dal 2000. Non tutti i dati corrispondono esattamente all'intervallo di età standard dell'OEDT (Danimarca e Regno Unito 16-34; Estonia, Ungheria e Germania 18-34). Le variazioni degli intervalli d'età possono influenzare marginalmente alcune differenze nazionali. In alcuni paesi i dati sono stati ricalcolati a livello nazionale per adeguarli alle definizioni dell'OEDT.

*Fonte:* Relazioni nazionali Reitox, sulla base di rapporti d'indagine o articoli scientifici. Cfr. Indagine sulla popolazione generale\_tab. 3 e tab. 4, bollettino statistico 2004.

Sia la prevalenza una tantum, sia l'uso intensivo di stimolanti del tipo delle anfetamine, sono in genere più elevati tra i ragazzi piuttosto che tra le ragazze, fatta eccezione per la Repubblica ceca, dove indagini ESPAD ed OMS nelle scuole hanno riscontrato una più elevata prevalenza una tantum del consumo di metanfetamine (principalmente «pervitin») tra le ragazze. Ciò concorda con le risultanze dei giovani che frequentano i centri terapeutici della Repubblica ceca: oltre la metà dei pazienti teenager che chiedono il trattamento per problemi relativi al consumo di stimolanti (principalmente «pervitin») sono donne; al contrario, nei gruppi di 20 anni o più, i pazienti sono il doppio delle pazienti. Finora non è stata data alcuna spiegazione a questo fenomeno che riguarda i teenager; esso segnala però l'esigenza di seguire attentamente la situazione per quanto riguarda le donne ed il consumo di stimolanti del tipo delle anfetamine.

Studi recenti effettuati nei Paesi Bassi e nel Regno Unito mostrano che il consumo di ecstasy resta molto più comune tra chi frequenta «dance party» piuttosto che tra la popolazione generale (Deehan e Saville, 2003; Ter Bogt ed Engels, 2004). I dati riguardanti la frequenza del consumo di ecstasy e le quantità consumate sono limitati, ma le informazioni disponibili suggeriscono che i modelli di consumo sono piuttosto variabili. Per esempio, da un'indagine condotta nel 2001 tra i partecipanti a «rave party» nei Paesi Bassi, è emerso che oltre la metà (58 %) aveva fatto uso di ecstasy durante il mese precedente. Di questi, il 17 % — definiti «consumatori correnti di ecstasy» — aveva ammesso di far uso di ecstasy «qualche volta alla settimana», mentre il 22 % una volta alla settimana. Uno su tre (32 %) aveva consumato ecstasy «alcune volte al mese». Per quanto riguarda l'evoluzione futura, la Spagna ha sottolineato che l'associazione tra il

consumo di ecstasy e tipi specifici di musica o di eventi musicali si sta forse indebolendo, e che questa droga sta diventando meno significativa come elemento di identificazione di gruppi specifici.

Nonostante la diffusa preoccupazione riguardante l'uso di sostanze stimolanti alla guida, uno studio spagnolo di tossicologia condotto su decessi per incidenti stradali avvenuti nel 2002 ha individuato l'ecstasy soltanto nello 0,4 % dei 1 441 conducenti oggetto di indagine.

## Decessi correlati all'ecstasy

I decessi per ecstasy sono rari rispetto ai decessi dovuti agli oppiacei, ma essi suscitano gravi preoccupazioni pubbliche, probabilmente a causa della giovane età delle vittime e dell'esito totalmente inatteso. La dizione «decessi correlati all'ecstasy» va definita con maggiore chiarezza. Attualmente può significare che la sostanza è menzionata sul certificato di morte, oppure che le analisi tossicologiche l'hanno evidenziata (spesso in combinazione con oppiacei, alcool, cocaina o altre droghe).

Secondo le relazioni nazionali Reitox 2003, i «decessi correlati all'ecstasy» sono molto rari nella maggior parte dei paesi dell'UE, ed i decessi in cui apparentemente l'ecstasy è stata direttamente coinvolta sono ancora più rari (due in Austria, due in Francia, uno unicamente per ecstasy, 19 in Germania, di cui otto attribuiti soltanto all'ecstasy, uno in Grecia e due ad Amsterdam, di cui uno associato con alcool), per quanto le procedure di segnalazione non siano omogenee. Nel 2001 il Regno Unito ha segnalato 55 decessi in cui è stata coinvolta l'ecstasy, rispetto a 16 decessi nel 1998. Anche da uno studio britannico basato su una serie di 202 casi segnalati tra il 1996 ed il 2002 dal programma nazionale sui decessi per abuso di sostanze stupefacenti (National Programme on Substance Abuse Deaths) è emerso un aumento dei decessi correlati all'ecstasy tra il 1996-97 (12 casi) ed il 2001-2002 (72 casi), laddove l'ecstasy era l'unica droga menzionata nel 17 % dei casi (Schifano e al., 2003). Il numero relativamente elevato di decessi correlati all'ecstasy nel Regno Unito può essere dovuto ad una prevalenza effettivamente superiore del consumo di ecstasy, ma anche a migliori procedure di monitoraggio ed analisi.

Gli interventi di emergenza a livello ospedaliero possono essere anch'essi considerati un indicatore di problemi sanitari acuti correlati al consumo di sostanze stupefacenti. Un moderato aumento degli interventi di emergenza correlati ad ecstasy ed anfetamine è stato segnalato in

Spagna dal 1996 al 2001 <sup>(41)</sup> <sup>(42)</sup>; gli altri paesi non hanno raccolto sistematicamente dati nazionali dai centri di pronto soccorso e finora non sono stati segnalati aumenti di questo tipo.

Da uno studio britannico, che ha stimato il rischio di decessi per ecstasy, tenuto conto del numero dei consumatori, è emersa una forbice molto ampia (da 0,2 a 5,3 ogni 10 000 consumatori); il medesimo studio ha sottolineato l'esigenza di una migliore definizione di decessi correlati all'ecstasy e di popolazioni di riferimento a rischio (Gore, 1999; Schifano e al., 2003).

Mentre in alcuni casi il decesso per ecstasy potrebbe essere evitato adottando misure relativamente semplici, ad esempio migliorando l'aerazione, fornendo accesso all'acqua ed incoraggiando un comportamento più sicuro con attività di educazione sanitaria, in altri casi, più rari, si tratta di reazioni idiosincratice alla droga, che sono imprevedibili e quindi difficili da evitare; in questi casi le possibilità d'intervento diverso dall'assistenza medica sono limitate.

## Interventi negli ambienti ad uso ricreativo

La prevenzione negli ambienti ad uso ricreativo è probabilmente la forma specifica più consolidata di prevenzione selettiva. In alcuni Stati membri <sup>(43)</sup>, contenuti, linee guida e servizi offerti sono già stati definiti da tempo. Un leggero aumento delle attività di prevenzione è stato registrato soprattutto nei nuovi Stati membri <sup>(44)</sup>.

Gli interventi vanno dalle misure orientate all'astinenza, come la campagna svedese dell'estate 2003 «Ci sono molti motivi per non provare la droga» (scopo della quale era rafforzare la risoluzione di chi è già contrario alla droga e di persuadere gli indecisi a scegliere la strada giusta), al test delle pasticche per i consumatori di alcuni paesi (cfr. lo studio menzionato più avanti) <sup>(45)</sup>. Recentemente, tuttavia, gli approcci strutturali hanno acquisito maggiore importanza in un numero crescente di Stati membri, soprattutto nordici (principalmente riguardanti l'alcool) e l'Italia. Essi si basano sullo sviluppo di strategie di collaborazione che coinvolgono ristoranti, club e bar, polizia, servizi di prevenzione, organizzazioni sindacali dei lavoratori della ristorazione ed amministrazioni locali. L'accento è posto generalmente sulle questioni inerenti la sicurezza, il primo soccorso, la sorveglianza, la prevenzione delle emergenze e della violenza. Il personale riceve un'adeguata formazione, per identificare le situazioni a rischio ed intervenire con professionalità.

<sup>(41)</sup> In Spagna, interventi di emergenza negli ospedali, dovuti a reazioni acute a sostanze psicoattive, sono stati monitorati per alcuni anni in un campione di ospedali sparsi nel paese durante una settimana scelta a caso ogni mese. Sono segnalate le «menzioni» delle sostanze. Per i dettagli metodologici, cfr. relazione nazionale Reitox 2003 (pagg. 34-36).

<sup>(42)</sup> Cfr. grafico 7 OL: Percentuale delle «menzioni» negli episodi di interventi ospedalieri di emergenza dovuti a reazioni acute a sostanze stupefacenti, Spagna 1996-2001.

<sup>(43)</sup> Cfr. grafico 8 OL: Importanza attribuita negli Stati membri alle risposte della prevenzione nelle strutture ad uso ricreativo.

<sup>(44)</sup> Cfr. tabella 5 OL: Sommario dei parametri di prevenzione nelle strutture ad uso ricreativo.

<sup>(45)</sup> Cfr. anche grafico 8 OL: Importanza attribuita negli Stati membri alle risposte della prevenzione nelle strutture ad uso ricreativo.

In Danimarca, un progetto di sviluppo riguardante la prevenzione dell'ecstasy in due «contee modello» si è incentrato su interventi di prevenzione a livello municipale (formulando piani d'azione e politiche locali in materia di droghe), nelle scuole, nei college e negli ambienti legati ai party. Tra gli interventi figurano una guida alla «tolleranza zero» distribuita nei locali notturni ed un sito web contenente materiale di riferimento. La direzione ed il personale dei ristoranti ha ricevuto un'apposita formazione su come affrontare il fenomeno della droga. Dalle prime indicazioni emerge che la risposta ad alcuni servizi specifici per l'ecstasy, vale a dire una help-line telefonica e servizi di consulenza, è stata piuttosto bassa. Poche persone sono state accolte al pronto soccorso o nelle istituzioni preposte al trattamento.

Un recente studio olandese-tedesco-austriaco (Benschop e al., 2002) <sup>(46)</sup> ha analizzato l'impatto dei servizi di test delle pasticche sui comportamenti di chi assume droghe e sulla consapevolezza del rischio dei consumatori di ecstasy in tre città europee (Amsterdam, Hannover e Vienna). Nelle tre città le risposte sono state molto simili: le differenze tra chi utilizza il servizio di test delle pasticche e chi non lo utilizza sono minime. La fonte più comune di informazioni sull'ecstasy sono i pari, mentre i mass media e le riviste sugli stili di vita ricoprono un ruolo minore: sono gli stessi consumatori a comunicare agli amici i risultati dei test. Questo percorso informale di divulgazione è considerato un vantaggio implicito del test delle pasticche in quanto allarga la rete della prevenzione e abbassa la soglia di contatto con i servizi di prevenzione. Consumatori e non consumatori sembrano avere reti sociali separate; non si mescolano, neanche quando frequentano i medesimi eventi (un party, per esempio). Dallo studio non è emersa alcuna indicazione che il test delle pasticche stimoli il consumo di ecstasy, né che esso allarghi la cerchia dei consumatori di ecstasy.

## Trattamento

Il consumo di stimolanti del tipo delle anfetamine (ATS) è raramente la ragione principale che spinge a frequentare un centro terapeutico. Ci sono tuttavia alcune notevoli eccezioni: il 52 % dei pazienti della Repubblica ceca, il 35,3 % in Finlandia ed il 29 % in Svezia segnalano la ATS come ragione principale per la loro richiesta di trattamento. Nella Repubblica ceca, la più elevata domanda di trattamento proviene dai consumatori di «pervitin» <sup>(47)</sup>, di cui un terzo circa sono teenager (sotto i 20 anni d'età); di questi, più della metà sono donne. In Svezia e Finlandia, le anfetamine hanno storicamente ricoperto un ruolo importante nella definizione della problematica nazionale

in materia di droghe: in una qualche misura, la situazione resta oggi inalterata.

## Sequestri ed informazioni sul mercato <sup>(48)</sup>

Secondo l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC, 2003a), la produzione di ATS — «droghe sintetiche, fra cui anfetamine, metanfetamine ed ecstasy chimicamente correlate» — è difficile da quantificare, perché «comincia con sostanze chimiche agevolmente disponibili, in laboratori che si possono nascondere facilmente». Tuttavia, la produzione annua globale di ATS è stimata in circa 520 tonnellate (UNODC, 2003b). I sequestri complessivi di ATS hanno avuto un picco nel 2000, con 46,2 tonnellate, e da allora hanno registrato un calo, fino a 25,7 tonnellate nel 2002 (CND, 2004).

### Metanfetamine

A livello globale, le ATS più importanti, in termini di quantitativi prodotti e smerciati, sono le metanfetamine. I quantitativi maggiori risultano sequestrati nell'Asia orientale e sudorientale (Thailandia, Cina), cui fa seguito il Nord America (UNODC, 2003a). In Europa la produzione di metanfetamine avviene su scala molto più ridotta: nel periodo 2000-2001, solo il 2 % dei laboratori clandestini di metanfetamine smantellati in tutto il mondo era in Europa — principalmente nella Repubblica ceca, nella Federazione russa e nella Repubblica slovacca. All'interno dell'Unione europea, una produzione minore di metanfetamine è stata segnalata in Belgio, Germania, Estonia, Francia, Lettonia, Lituania e Regno Unito (UNODC, 2003a,b). Nella Repubblica ceca, la produzione di metanfetamine è stata segnalata dai primi anni ottanta; la maggioranza è destinata al consumo locale, anche se una parte di essa è contrabbandata in Germania ed Austria (UNODC, 2003a). Sebbene i dati sui sequestri di metanfetamine non siano raccolti sistematicamente dall'OEDT, la Repubblica ceca, la Danimarca, l'Estonia, la Lituania, la Norvegia e la Svezia hanno riferito di avere effettuato tali sequestri nel 2002.

Nel 2002, tranne che per un certo periodo, all'inizio dell'anno, quando i prezzi salirono a causa della scarsità del precursore (efedrina), il prezzo medio al dettaglio di «pervitin» nella Repubblica ceca è rimasto relativamente stabile, a 32 euro al grammo. La purezza media al dettaglio è segnalata essere del 40 %.

### Anfetamine

Sulla base del numero dei laboratori smantellati, la produzione mondiale di anfetamine resta concentrata in Europa. Nel 2002, laboratori di anfetamine sono stati

<sup>(46)</sup> In EDDRA ([http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=2828](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828)).

<sup>(47)</sup> «Pervitin» è il nome locale di un tipo di metanfetamina che viene prodotta illegalmente nella Repubblica ceca. Ha una lunga storia alle spalle e viene somministrata principalmente per iniezione. La sua produzione può essere collegata alla legittima industria dell'efedrina (Indagine globale UNODC su ecstasy ed anfetamine, 2003).

<sup>(48)</sup> Cfr. capitolo 3, Interpretazione dei sequestri e delle informazioni sul mercato, pag. 31.



scoperti in Polonia e nei Paesi Bassi, ma anche in Germania, Estonia, Francia e Lituania <sup>(49)</sup> (relazioni nazionali Reitox, 2003; CND, 2004). I principali paesi d'origine delle anfetamine sequestrate nell'UE nel 2002 sono stati Paesi Bassi e Polonia, seguiti da Belgio, Estonia e Lituania.

Analogamente, la maggior parte dei sequestri di anfetamine avviene nell'Europa occidentale. Quest'area assorbe l'86 % del volume totale delle anfetamine sequestrate in tutto il mondo nel 2002, mentre l'Europa orientale assorbe un 10 % circa ed i paesi del Vicino e Medio Oriente il 3 % (CND, 2004). Negli ultimi cinque anni, il paese dell'UE dove è avvenuto il maggior numero di sequestri di anfetamine è stato il Regno Unito <sup>(50)</sup>. A livello UE, la tendenza all'aumento del numero dei sequestri di anfetamine <sup>(51)</sup> ha avuto un picco nel 1998, mentre i quantitativi <sup>(52)</sup> hanno registrato un picco nel 1997. Stando alle tendenze, nei paesi di cui si dispone di dati sembra che sia i quantitativi sequestrati, sia il numero dei sequestri, siano aumentati nuovamente a partire, rispettivamente, dal 2000 e dal 2001 <sup>(53)</sup>.

Nel 2002, i prezzi medi delle anfetamine al dettaglio variavano da 11 euro al grammo in Ungheria ed Estonia a 37,5 euro al grammo in Norvegia <sup>(54)</sup>. Negli ultimi cinque anni, i prezzi sono rimasti stabili o hanno registrato un calo nella maggior parte dei paesi che sono in grado di fornire questi dati.

La purezza media al dettaglio delle anfetamine nel 2002 variava dal 10 % (Germania) al 52 % (Norvegia): i livelli massimi di purezza si riscontrano nei paesi del Baltico — Estonia, Lettonia, Lituania e Finlandia. Un'eccezione degna di nota è il Portogallo, dove la purezza media nel 2002 è stata inferiore all'1 %. Negli ultimi cinque anni, la purezza delle anfetamine è rimasta stabile o è diminuita in tutti i paesi, anche se nel 2002 sono stati segnalati aumenti in Belgio, Estonia e Regno Unito.

## Ecstasy

Complessivamente, l'Europa resta il centro principale di produzione dell'ecstasy, anche se la sua importanza

relativa sembra in calo in quanto la produzione di ecstasy si sta diffondendo in altre parti del mondo, in particolare nel Nord America, in Asia orientale e sudorientale (UNODC, 2003a; CND, 2004). All'interno dell'Europa, la maggior parte della produzione di ecstasy avviene nei Paesi Bassi ed in Belgio. Per esempio, in Europa, nel periodo 1999-2001, oltre il 63 % dei sequestri di precursori di ecstasy è stato effettuato nei Paesi Bassi ed il 21 % in Belgio; per quanto riguarda invece i laboratori per la produzione di ecstasy smantellati nell'UE, il 75 % si trovava nei Paesi Bassi, il 14 % in Belgio, il 6 % nel Regno Unito ed il 4 % in Germania. Lo smantellamento di laboratori di ecstasy (e/o di laboratori per la produzione di ATS) è stato segnalato anche in Estonia, Spagna, Lettonia, Lituania, Ungheria, Polonia e Norvegia nel periodo 1991-2001 (UNODC, 2003a). Nel 2002 sono stati individuati in tutto il mondo 54 laboratori di ecstasy, di cui 18 nei Paesi Bassi <sup>(55)</sup>, tre nel Regno Unito ed uno rispettivamente in Francia ed Estonia (CND, 2004). L'ecstasy sequestrata nell'UE è segnalata provenire principalmente dal Belgio e dai Paesi Bassi, per quanto anche l'Estonia ed il Regno Unito siano menzionati come paesi di produzione in numerose relazioni (relazioni nazionali Reitox, 2003).

Il traffico di ecstasy è tuttora fortemente concentrato nell'Europa occidentale, anche se, al pari della produzione, in questi ultimi anni si è andato diffondendo in tutto il mondo (UNODC, 2003a). In termini di volumi sequestrati, nel 2002 il 73 % è avvenuto nell'Europa occidentale ed il 20 % nel Nord America (CND, 2004). Negli ultimi cinque anni, tra gli Stati membri dell'UE, il Regno Unito è sempre stato il paese in cui sono avvenuti i maggiori sequestri di ecstasy <sup>(56)</sup>.

Dopo un calo nel 1997, il numero dei sequestri di ecstasy <sup>(57)</sup> a livello UE è aumentato rapidamente. Stando alle tendenze dei paesi di cui si dispone di dati, nel 2002 il numero dei sequestri di ecstasy sembra aver registrato una diminuzione. Tuttavia, il dato va confermato a fronte dei dati ancora mancanti per il 2002 — in particolare del Regno Unito — quando essi saranno disponibili. Per quanto riguarda i quantitativi di ecstasy sequestrati <sup>(58)</sup>, essi sono aumentati rapidamente tra il 1997 ed il 2000, prima

<sup>(49)</sup> Anche se non figurano nell'elenco, alcuni laboratori illeciti di anfetamine sono stati individuati in questi ultimi anni nel Regno Unito. Inoltre, un laboratorio clandestino di anfetamine è stato individuato per la prima volta in Lussemburgo all'inizio del 2003.

<sup>(50)</sup> La situazione andrebbe verificata, non appena possibile, rispetto ai dati 2002 del Regno Unito. I dati relativi al numero di sequestri di anfetamine nel 2002 mancavano per Belgio, Italia, Ungheria, Paesi Bassi e Polonia; i dati relativi ai quantitativi di anfetamine sequestrate nel 2002 mancavano per la Grecia; i dati sul numero di sequestri di anfetamine e sui quantitativi di anfetamine sequestrate nel 2002 mancavano per Irlanda, Cipro, Ungheria, Malta, Polonia, Repubblica slovacca e Regno Unito.

<sup>(51)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 7, bollettino statistico 2004.

<sup>(52)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 8, bollettino statistico 2004.

<sup>(53)</sup> La situazione andrebbe verificata, non appena possibile, rispetto ai dati 2002 mancanti.

<sup>(54)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 14, bollettino statistico 2004.

<sup>(55)</sup> Su un totale di 43 siti di produzione di droghe sintetiche scoperti nei Paesi Bassi nel 2002, 18 sono stati collegati in modo specifico alla MDMA.

<sup>(56)</sup> La situazione andrebbe verificata, non appena possibile, rispetto ai dati 2002 del Regno Unito. I dati relativi al numero di sequestri di ecstasy nel 2002 mancavano per Belgio, Ungheria, Paesi Bassi e Polonia; i dati sul numero di sequestri di ecstasy e sui quantitativi di ecstasy sequestrati nel 2002 mancavano per Italia, Cipro, Malta, Repubblica slovacca e Regno Unito.

<sup>(57)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 9, bollettino statistico 2004.

<sup>(58)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 10, bollettino statistico 2004.

di assestarsi nel 2001. Nel 2002, nella maggior parte dei paesi che hanno segnalato questo dato, si è registrato un nuovo incremento.

Nel 2002, le pasticche di ecstasy registravano un costo medio unitario compreso tra 6 euro (Repubblica ceca) e 20-25 euro (Italia, Finlandia) <sup>(59)</sup>. Tuttavia, molto recentemente (DrugScope, 2004), il prezzo segnalato per le pasticche di ecstasy è stato di 1,5 euro in alcune località del Regno Unito. Nel corso degli ultimi cinque anni, il prezzo delle pasticche di ecstasy è diminuito progressivamente nella maggior parte dei paesi dell'UE. Nel 2002, questa tendenza è continuata in tutti i paesi tranne l'Estonia, dove il prezzo di una pasticca è aumentato leggermente.

Rispetto a cinque anni fa, il contenuto in termini di anfetamine delle pasticche vendute come ecstasy sembra essere diminuito, mentre si trovano sempre di più ecstasy e sostanze simili all'ecstasy. Nel 2002 in tutti i paesi dell'UE, le uniche sostanze psicoattive trovate nella maggior parte delle pasticche vendute come ecstasy e successivamente analizzate, sono state l'ecstasy (MDMA) e le sostanze simili all'ecstasy (MDEA, MDA). In Belgio, Danimarca, Germania, Lituania, Regno Unito e Norvegia queste pasticche rappresentano oltre il 95 % del numero totale delle pasticche di ecstasy analizzate. Il contenuto in termini di MDMA delle pasticche di ecstasy varia notevolmente tra un lotto e l'altro (anche tra quelli che hanno lo stesso logotipo), all'interno di ciascun paese e tra un paese e l'altro. Nel 2002, nella maggior parte dei paesi UE, il contenuto medio della sostanza attiva (MDMA) per pasticca è risultato essere compreso tra 60 e 80 mg, anche se in Ungheria e Norvegia il campo di variazione è maggiore.

## LSD

Questa sostanza è prodotta e smerciata in quantitativi molto inferiori rispetto ad altre droghe sintetiche, come le ATS. In tutto il mondo, i sequestri di LSD sono crollati del 73 % tra il 2000 ed il 2001. Nel 2001, i paesi che hanno sequestrato il maggior numero di unità sono stati gli USA, la Spagna ed i Paesi Bassi (UNODC, 2003a). Fino al 2000, il paese UE ad aver fatto il maggior numero di sequestri di LSD è stato il Regno Unito, il quale è stato però adesso superato dalla Germania <sup>(60)</sup>. Negli ultimi cinque anni, a livello UE, sia il numero dei sequestri di LSD <sup>(61)</sup>, sia i quantitativi <sup>(62)</sup> sequestrati — fatta eccezione per un assestamento nel 2000 — sono diminuiti costantemente. Nel 2002 nell'UE, il costo medio al dettaglio di un'unità di LSD andava da 5 euro nel Regno Unito ad oltre 20 euro in Italia <sup>(63)</sup>.

## Azione internazionale contro il traffico di droghe sintetiche

Nel dicembre 2003 la Commissione ha elaborato, in collaborazione con l'Europol, una relazione che illustra lo stato attuale dei principali progetti multilaterali sulla mappatura delle reti di distribuzione e delle esperienze acquisite in questo campo a livello di UE, negli Stati membri e nei paesi candidati. Tra i progetti più importanti presentati nella relazione figura il CASE (Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe), che combina il profilo legale delle anfetamine, svolto dal laboratorio nazionale svedese di scienza forense (SKL), con la raccolta, a livello europeo, di dati forniti dalle forze dell'ordine, al fine di individuare i siti di produzione e le organizzazioni criminali impegnate nella produzione e nel traffico di droghe sintetiche e di avviare le indagini penali. Il progetto è sostenuto dall'archivio di lavoro a fini di analisi CASE. Un altro progetto è l'EILCS (Europol Illicit Laboratory Comparison System) che combina le informazioni fotografiche e tecniche dei siti di produzione di droghe sintetiche in tutta l'Unione europea, dando così la possibilità di ricercare i collegamenti tra diversi siti, di indagare sulle attrezzature sequestrate e sui relativi favoreggiatori.

Inoltre, il sistema LOGO dell'Europol sull'ecstasy, l'Europol Ecstasy Logo System (EELS) produce un catalogo annuale, che viene distribuito a tutti i servizi incaricati di fare rispettare le leggi. L'EELS ha operato in collaborazione con il Central Analysis Programme Ecstasy (CAPE) svolto dalla polizia criminale federale tedesca.

L'Interpol ha avviato un progetto incentrato sulle organizzazioni di criminalità organizzata che producono e distribuiscono droghe sintetiche. Il progetto Sydrug riunisce e collega dati operativi che permettono operazioni multinazionali <sup>(64)</sup>. Le linee di tendenza mostrano che l'ecstasy è contrabbandata dall'Europa occidentale al Nord America, all'Asia sudorientale ed all'Oceania (Interpol, 2002).

Sta diventando sempre più evidente l'esistenza di collegamenti tra le reti che contrabbandano sostanze stupefacenti e quelle che contrabbandano i precursori. Nel gennaio 2003 sono state avviate le attività operative nel quadro del progetto Prisma, un'iniziativa internazionale volta ad affrontare la diversione dei principali precursori necessari per la produzione illecita delle ATS. I trafficanti si stanno interessando sempre di più ai preparati farmaceutici, in quanto fonte dei precursori (INCB, 2004b).

<sup>(59)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 14, bollettino statistico 2004.

<sup>(60)</sup> La situazione andrebbe verificata, non appena possibile, rispetto ai dati 2002 del Regno Unito. I dati relativi al numero di sequestri di LSD nel 2002 mancavano per Spagna, Italia, Lituania, Ungheria e Paesi Bassi; i dati relativi al numero di sequestri di LSD ed ai quantitativi di LSD sequestrati nel 2002 mancavano per Belgio, Irlanda, Cipro, Malta, Repubblica slovacca e Regno Unito.

<sup>(61)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 11, bollettino statistico 2004.

<sup>(62)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 12, bollettino statistico 2004.

<sup>(63)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 14, bollettino statistico 2004.

<sup>(64)</sup> Sydrug, progetto globale dell'Interpol sulle droghe sintetiche, Lyon, aprile 2003.

### Nuove droghe sintetiche soggette a controllo ai sensi dell'azione comune

Tra il 1998 ed il 2002 cinque nuove droghe sintetiche sono state sottoposte a valutazione del rischio nel quadro dell'azione comune (MBDB, 4-MTA, GHB, chetamina e PMMA). Nel 2003, il comitato scientifico dell'OEDT, affiancato da esperti nominati dagli Stati membri, rappresentanti della Commissione europea, dell'Europol e dell'Agenzia europea di valutazione dei medicinali (EMA), hanno effettuato la valutazione dei rischi relativi a quattro nuove droghe sintetiche: 2C-I (2,5-dimetossi-4-iodofenilammina), 2C-T-2 (2,5-dimetossi-4-etilfenilammina), 2C-T-7 (2,5-dimetossi-4-(n)-propilfenilammina) e TMA-2 (2,4,5-trimetossianfetamina) <sup>(1)</sup>, in seguito alla quale, il 27 novembre 2003, il Consiglio ha adottato la decisione <sup>(2)</sup> di sottoporre i quattro composti a misure di controllo e sanzioni penali nei 15 paesi dell'UE.

La valutazione scientifica dei rischi per le nuove droghe sintetiche è estremamente difficile da svolgere, in quanto non si dispone di molti dati scientifici convalidati. È possibile tuttavia svolgere valutazioni basate su informazioni tratte da studi degli effetti tossici negli animali (ad es. per TMA-2), sull'analogia con composti simili e su informazioni provenienti da altre fonti, quali dichiarazioni di utilizzatori, media o pubblicazioni non ufficiali.

<sup>(1)</sup> Le relazioni di valutazione dei rischi sono disponibili sul sito web dell'OEDT (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584>).

<sup>(2)</sup> Decisione 2003/847/GAI del Consiglio, del 27 novembre 2003, relativa a misure di controllo e sanzioni penali in relazione alle nuove droghe sintetiche 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 e TMA-2.

## Sistema di allarme rapido

L'azione comune <sup>(65)</sup>, insieme con il suo sistema di allarme rapido, è stata introdotta per individuare le nuove droghe sintetiche <sup>(66)</sup>, valutarne il rischio ed adottare un processo decisionale mediante il quale esse possano essere tenute sotto controllo. Le nuove droghe sintetiche rappresentano tuttora soltanto una piccolissima parte del mercato complessivo delle droghe sintetiche, che resta dominato da MDMA (ecstasy), anfetamine e LSD. Nonostante il successo dell'azione comune per quanto riguarda l'individuazione di nuove droghe sintetiche, è importante rilevare come la maggior parte dei dati sui nuovi composti provenga da quegli Stati membri che possiedono elevate capacità analitiche e di reporting, in termini di laboratori tossicologici e di medicina legale, nonché reti operative di soggetti in grado di fornire dati utili. Conseguentemente, la descrizione della situazione così risultante può riflettere il funzionamento dei sistemi di allarme rapido sulle nuove

droghe sintetiche esistenti a livello nazionale, piuttosto che l'effettiva situazione del mercato europeo delle sostanze stupefacenti.

### Droghe monitorate dal sistema di allarme rapido

Nel 2003, tutte le nove sostanze oggetto dal 1998 di valutazione del rischio risultavano monitorate di routine nel quadro del sistema di allarme rapido: MBDB, 4-MTA, PMMA, GHB e ketamina, nonché le seguenti fenetilammine: 2C-I, 2C-T-2 e 2C-T-7 e TMA-2. Sono state monitorate, inoltre, alcune sostanze sulle quali l'OEDT aveva ottenuto informazioni, fra cui un gruppo di triptamine (5-MeO-DMT, 5-MeO-DIPT, A-MT, 5-MeO-AMT e 5-MeO-triptamina) e di piperazine (BZP e TFMPP) <sup>(67)</sup>.

Nel 2003, sia la Spagna sia il Regno Unito hanno segnalato il sequestro, da parte della polizia, di piccoli quantitativi di MBDB. La sostanza 4-MTA, che nel 1999 era stata oggetto di controllo nel quadro dell'azione comune, sembra essere scomparsa dal mercato, in quanto in questi ultimi anni non ne sono stati segnalati sequestri. Per quanto riguarda la PMMA, un sequestro è avvenuto in Svezia, mentre un sequestro effettuato in Danimarca ha riguardato pasticche contenenti sia PMMA, sia PMA. In Belgio, un laboratorio ha segnalato che campioni di urina risultavano positivi alla PMMA; inoltre, le analisi tossicologiche effettuate su una persona ricoverata per intossicazione in un pronto soccorso hanno rivelato la presenza di PMA (in combinazione con MDA e MDMA). Sembra che tutte e tre queste sostanze — MBDB, 4-MTA e PMMA — non siano più popolari fra i consumatori di droghe sintetiche.

Per quanto riguarda le sostanze del gruppo delle triptamine, la maggior parte dei sequestri è avvenuta in Svezia e Finlandia. Tuttavia, sia la Francia sia la Danimarca hanno segnalato l'acquisizione di campioni di 5MeO-DIPT. Molti composti contenenti triptamine non sono controllati a livello internazionale o nazionale, e pertanto possono essere prodotti da laboratori commerciali e venduti su Internet come «sostanze chimiche da ricerca» (principalmente da parte di società americane). A ciò va aggiunto il fatto che le formule per la sintesi di quasi tutte le nuove e le «vecchie» droghe sintetiche sono ampiamente disponibili su Internet.

La sostanza BZP, che si ritrova spesso in associazione con la TFMPP, è stata segnalata in misura crescente dalla Svezia ed è stata anche identificata in Belgio, Spagna, Paesi Bassi e Finlandia.

Delle fenetilammine valutate nel 2003, sembra stia acquisendo popolarità la 2C-I, che viene spesso venduta sotto forma di pasticche recanti il logotipo «i» — alcuni

<sup>(65)</sup> <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1346>

<sup>(66)</sup> L'azione comune del 1997 riguardante lo scambio di informazioni, la valutazione dei rischi ed il controllo delle nuove droghe sintetiche (GU L 167 del 25.6.1997) così definisce le nuove droghe sintetiche: droghe sintetiche che attualmente non figurano in nessuno degli elenchi contenuti nella convenzione delle Nazioni Unite del 1971 sulle sostanze psicotrope, rappresentano una minaccia per la sanità pubblica di gravità comparabile a quella posta dalle sostanze riportate negli elenchi I e II e possiedono un valore terapeutico limitato. Essa si riferisce ai prodotti finali, distinti dai precursori.

<sup>(67)</sup> La maggior parte delle nuove sostanze in elenco sono nuovissime sul mercato e pertanto non hanno denominazioni di uso comune (da strada).

piccoli sequestri sono stati segnalati da Finlandia, Svezia e Regno Unito; la sostanza è stata individuata inoltre in Francia, Spagna e Paesi Bassi. A ciò va aggiunto il fatto che la sostanza 2C-H (un composto che non è attivo negli esseri umani, ma è un precursore di 2C-I, 2C-C e 2C-B) è stata sequestrata in quantitativi relativamente elevati in Finlandia e Paesi Bassi; vi è la prova che in quest'ultimo paese la sostanza era intesa come precursore per la produzione di 2C-I.

### Droghe sintetiche suscettibili di ulteriore diffusione

Come previsto dal sistema europeo di allarme rapido e dalla valutazione del rischio effettuata dal comitato scientifico dell'OEDT nel quadro dell'azione comune, la GHB e la ketamina sono due droghe sintetiche<sup>(68)</sup> suscettibili di ulteriore diffusione nel quadro degli ambienti ricreativi.

#### GHB

La decisione delle Nazioni Unite del marzo 2001 di mettere sotto controllo la sostanza GHB (gamma-idrossi-butirrato) è stata attuata dalla maggior parte degli Stati membri dell'UE. Nel 2003, i sequestri da parte delle autorità di polizia o doganali di GHB (solitamente in forma liquida) sono stati segnalati da Belgio, Danimarca, Estonia, Spagna, Francia, Finlandia, Svezia e Norvegia. Per quanto riguarda le linee di tendenza, le segnalazioni non sono univoche. La Svezia ha segnalato nel 2003 una diminuzione dei sequestri di GHB, mentre la Norvegia ha segnalato un incremento sostanziale ed il Regno Unito nessuna variazione. Anche i Paesi Bassi non hanno riportato variazioni per quanto riguarda il numero dei campioni di GHB consegnati al Drug Information Monitoring System (Sistema di informazione e monitoraggio sulle droghe — DIMS), anche se il National Poisons Centre (Centro nazionale veleni) dei Paesi Bassi ha segnalato un leggero aumento del numero di richieste di informazioni su questa sostanza. L'Estonia ha segnalato un significativo aumento della disponibilità di GHB. I Paesi Bassi e il Belgio hanno segnalato di avere ricevuto un piccolo numero di campioni di GHB in polvere.

La Norvegia e la Svezia hanno segnalato un notevole aumento dei sequestri di precursori chimici per GHB [GBL (gamma-butilolattone) e BD (1,4-butanediolo)]<sup>(69)</sup> i quali sono utilizzati in svariati processi industriali e pertanto sono ampiamente disponibili (entrambi, una volta ingeriti, si trasformano rapidamente in GHB). In Norvegia e Svezia, nel 2003 i precursori di GHB sono segnalati essere maggiormente disponibili sul mercato illegale di quanto non avvenisse negli anni precedenti.

Le indagini sulle droghe condotte negli ambienti in cui si svolge la vita notturna e nei locali da ballo contengono sempre più spesso domande relative al consumo di GHB. In Germania, l'Ufficio Federale di Investigazione Criminale (BKA) ha segnalato un crescente consumo di GHB<sup>(70)</sup>, mentre ad Amsterdam, secondo lo studio in panel realizzato nel 2002 da Antenna Amsterdam<sup>(71)</sup>, la GHB continua ad essere consumata in quasi tutte le reti di club; chi fa tendenza sembra comunque meno interessato a questa droga di quanto non fosse un anno prima e la diffusione di GHB sembra essersi arrestata. In Austria, nel contesto di uno studio sui test delle pillole, si è riscontrato che la prevalenza di un tantum del consumo di GHB tra un campione di 225 giovani che frequentano rave party a Vienna era pari al 12,6 % (Benschop e al., 2002).

Nel corso del 2003, la GHB è stata individuata in campioni biologici umani in Belgio, Svezia e Norvegia e in campioni prelevati da soggetti intossicati e pazienti transitati per il pronto soccorso in Spagna (Barcellona) e Paesi Bassi. Ad Amsterdam il numero delle richieste di assistenza di emergenza correlate alla GHB non ha registrato variazioni tra il 2001 ed il 2002, con poco più di 60 casi all'anno.

#### Ketamina

Nel 2003 sequestri e/o scoperte di ketamina in campioni biologici umani sono stati segnalati da Belgio, Grecia, Spagna, Francia, Finlandia, Svezia, Regno Unito e Norvegia. In Austria, Benschop e al. (2002) hanno riscontrato una prevalenza di un tantum del consumo di ketamina pari all'11,7 %, tra un campione di 225 giovani che frequentano rave party a Vienna. Un ostacolo alla prevenzione di un'ulteriore diffusione della ketamina è dato dal fatto che la ketamina è autorizzata come medicinale ad uso veterinario e pertanto sembra essere facilmente disponibile mediante la diversione di produzione legittima.

#### Rischi per la salute derivanti dai nuovi modelli di consumo

Nel 2003, il sistema di allarme rapido ha permesso agli Stati membri dell'UE lo scambio di importanti informazioni su alcune sostanze che sono sotto controllo e che possono provocare seri rischi per la salute in ragione di nuovi modelli di consumo. Per esempio, i paesi dell'UE hanno ricevuto la segnalazione, da Belgio, Francia ed Europol, di pasticche contenenti dosi elevate di MDMA e, dall'Irlanda, di pasticche vendute come ecstasy ma contenenti altre sostanze pericolose, come la DOB (2,5-dimetossi-4-bromoanfetamina).

<sup>(68)</sup> A rigore, nessuna delle due è una nuova droga sintetica ai sensi dell'azione comune del 1997, ma entrambe vengono monitorate a seguito della loro valutazione dei rischi.

<sup>(69)</sup> Relazioni Reitox sullo stato di avanzamento del sistema di allarme rapido, 2003.

<sup>(70)</sup> Ibidem.

<sup>(71)</sup> Antenna Amsterdam è un sistema di monitoraggio che impiega una pluralità di metodi e mira ad individuare ed interpretare nuove tendenze e nuovi sviluppi per quanto concerne il consumo di droghe licite ed illecite ed il gioco d'azzardo fra i giovani ad Amsterdam, nonché ad aggiornare e migliorare la prevenzione in materia di droghe.



## Capitolo 5

### Cocaina e cocaina crack

#### Introduzione

In generale si pensa che i consumatori di cocaina siano ricchi, alla moda e socialmente integrati oppure che siano emarginati, poveri e socialmente esclusi; il fumo di cocaina è associato particolarmente all'uso problematico. Va notato che, a causa del fatto che l'uso di questa droga è concentrato in specifici sottogruppi e in determinate aree geografiche, le serie di dati nazionali potrebbero non riflettere in modo esauriente le tendenze eventualmente accentuate nelle comunità e popolazioni in cui si presentano. Tuttavia, attualmente ci si sta interessando maggiormente al rischio che il consumo di cocaina possa espandersi in Europa e che i consumatori di questa droga diventino più diversificati socialmente.

#### Prevalenza nell'uso di cocaina

##### Indagini sulla popolazione generale

Secondo recenti indagini nazionali, una percentuale della popolazione adulta compresa tra lo 0,5 ed il 6 % ammette di aver provato la cocaina almeno una volta (prevalenza una tantum), con la Spagna ed il Regno Unito nella parte alta del campo di variazione. Il consumo recente di cocaina (ultimi 12 mesi) è segnalato, in genere, da meno dell'1 % degli adulti, anche se in Spagna e nel Regno Unito, le percentuali di prevalenza recente sono superiori al 2 %. Questi dati sono chiaramente inferiori ai dati comparabili riguardanti la cannabis, anche se i livelli del consumo tra i giovani adulti possono risultare considerevolmente superiori alla media della popolazione.

Tra i giovani adulti (15-34 anni), la prevalenza una tantum varia dall'1 al 10 %. In generale, le percentuali di prevalenza recente sono circa la metà rispetto a quelle relative al consumo una tantum, con la Spagna ed il Regno Unito che segnalano cifre superiori al 4 %.

Tra la popolazione generale, il consumo di cocaina di solito si interrompe dopo un periodo di sperimentazione nella fase di vita adulta giovane, ovvero riveste un carattere

occasionale, in quanto avviene principalmente durante i fine settimana e negli ambienti ricreativi (bar e discoteche).

Dalle indagini sono emersi gruppi, all'interno dei quali il consumo di cocaina è superiore rispetto alla popolazione complessiva. Per esempio, indagini recenti in cinque paesi (Danimarca, Germania, Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito) hanno dimostrato che, tra i maschi d'età compresa tra 15 e 24 anni, l'esperienza una tantum segnalata varia dal 5 al 13 %, mentre il consumo recente in Spagna e Regno Unito può essere anche pari al 5-7 %. È probabile che nelle aree urbane i livelli di consumo siano considerevolmente superiori. Inoltre, indagini mirate (non rappresentative) tra i frequentatori delle discoteche hanno registrato percentuali di prevalenza una tantum del consumo di cocaina comprese tra il 40 ed il 60 % (OEDT, 2001).

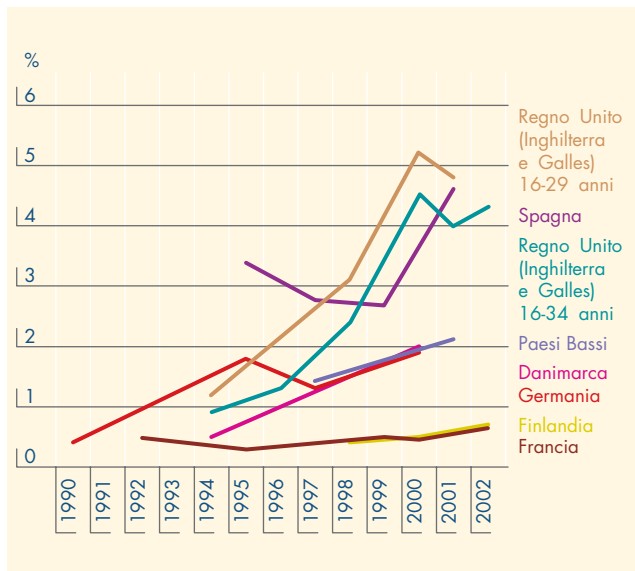
A titolo di riferimento extraeuropeo, da un'indagine sulle droghe condotta nel 2002 a livello nazionale tra i nuclei familiari americani, è emerso che il 14,4 % degli adulti (da 12 anni in poi) aveva segnalato l'esperienza una tantum di consumo di cocaina, superiore a quella di qualsiasi paese europeo. Il consumo recente (ultimi 12 mesi) di cocaina è stato segnalato dal 2,5 %, una percentuale che è anch'essa superiore a quella di tutti i paesi europei, fatta eccezione per la Spagna (2,6 %) <sup>(72)</sup>. Fra i maschi d'età compresa tra i 18 ed i 25 anni, la prevalenza una tantum del consumo di cocaina negli USA era del 18,1 % nel 2002, mentre la prevalenza del consumo recente era dell'8,4 %.

#### Tendenze relative al consumo di cocaina

A livello nazionale, le tendenze relative al consumo di cocaina sono difficili da rintracciare, in quanto le serie coerenti di indagini nazionali sono rare e, in alcuni casi, le dimensioni del campione sono modeste. Serie coerenti potrebbero facilitare una migliore identificazione delle linee di tendenza, in particolare incentrando l'analisi ed il campionamento su gruppi specifici, come i giovani maschi residenti in aree urbane.

<sup>(72)</sup> Risultati derivanti dall'indagine nazionale USA 2002 sul consumo di stupefacenti e statistiche sanitarie [Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Ufficio studi applicati]. Disponibile sul sito web SAMHSA (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm>). Va notato che la fascia d'età dell'indagine statunitense (12 anni ed oltre) è più ampia della fascia d'età segnalata dall'OEDT per le indagini a livello UE (15-64 anni). È probabile che se i dati USA fossero riferiti alla fascia d'età 15-64 anni, come nell'UE, i dati sarebbero superiori.

**Grafico 9:** Prevalenza del consumo di cocaina (anno precedente) tra giovani adulti in alcuni paesi europei, misurata con indagini di popolazione



**N.B.:** I dati sono desunti dalle indagini nazionali disponibili nei vari paesi. I dati e la metodologia di ogni indagine si possono consultare nella Indagine sulla popolazione generale\_tab. 4, bollettino statistico 2004. Per i giovani adulti, l'OECD utilizza la fascia d'età 15-34 anni (la Danimarca ed il Regno Unito partono da 16; la Germania da 18; la Francia nel 1992: 25-34 e nel 1995: 18-39). Le dimensioni dei campioni (intervistati) nel gruppo 15-34 anni, per paese e per anno, figurano nella Indagine sulla popolazione generale\_tab. 4, bollettino statistico 2004. In Danimarca il dato del 1994 corrisponde alle «droghe pesanti».

**Fonte:** Relazioni nazionali Reitox 2003, sulla base di rapporti d'indagine o articoli scientifici. Per le fonti individuali, cfr. tabelle epidemiologiche sulle indagini tra la popolazione, bollettino statistico 2004.

### Popolazione generale

Tra i giovani, il consumo recente di cocaina sembra essere cresciuto sensibilmente nel Regno Unito fino al 2002<sup>(73)</sup> e forse, in minor misura, in Danimarca, Germania, Paesi Bassi e Spagna (grafico 9). Altri paesi, nelle rispettive relazioni nazionali Reitox (2001-2003), hanno segnalato incrementi basati su informazioni locali o qualitative (Grecia, Irlanda, Italia ed Austria).

### Popolazione scolastica

La Spagna è l'unico Stato membro a segnalare nuovi dati, dai quali emerge un recente aumento della prevalenza un tantum del consumo di cocaina tra gli studenti di 15-16 anni, salita dal 4,1 % nel 2000 al 5,9 % nel 2002<sup>(74)</sup>. In Italia, sebbene non si sia verificato un aumento fra gli studenti di 15-16 anni, è stato segnalato un aumento tra gli studenti italiani più vecchi.

### Altri indicatori

In alcuni paesi ha suscitato preoccupazione l'aumento di alcuni indicatori riguardanti il consumo di cocaina [domande di trattamento<sup>(75)</sup>, utilizzo di servizi a bassa soglia, numero di episodi che hanno richiesto l'intervento del pronto soccorso, sequestri da parte della polizia, risultati tossicologici nel caso di decessi].

In tutta l'UE, i trattamenti correlati alla cocaina sembrano in aumento e, in alcuni paesi, l'incremento risulta essere particolarmente pronunciato. Nei Paesi Bassi ed in Spagna la cocaina è la seconda sostanza stupefacente ad essere più frequentemente segnalata nelle relazioni di trattamento (rispettivamente il 35 % ed il 26 % di tutte le domande). In Europa, la maggior parte delle domande di trattamento sembra essere associata all'uso di cocaina in polvere (in genere cocaina idrocloride).

Complessivamente, i preparati di cocaina da fumare sono associati in particolare a modelli di consumo problematico. Il consumo di cocaina crack, in quanto problema emergente o in crescita in determinate città o regioni, è stato segnalato da Germania, Spagna, Francia, Irlanda, Paesi Bassi, Austria e Regno Unito.

### Modelli di consumo

In generale, tra i giovani consumatori ad uso ricreativo, il consumo di cocaina è modesto ed il consumo continuativo è piuttosto raro. Le relazioni di alcuni paesi (Germania, Spagna, Paesi Bassi, Austria e Regno Unito) suggeriscono che, anche tra i consumatori problematici di stupefacenti che frequentano servizi terapeutici e servizi a bassa soglia, i modelli di consumo della cocaina e della cocaina crack variano considerevolmente a seconda degli individui e nell'arco del tempo. Tuttavia, i dati relativi alla frequenza del consumo di cocaina e di cocaina crack, nonché relativi ai quantitativi consumati, sono piuttosto limitati. Gli studi condotti nei «locali per il consumo» indicano che il consumo di cocaina da fumare è particolarmente elevato tra le prostitute che frequentano questi servizi (Stöver, 2001; Zurhold e al., 2001).

### Modalità di somministrazione

Per comprendere meglio i rischi per la salute, oltre che per fornire indicatori del consumo, sono necessarie maggiori e migliori informazioni circa le modalità di somministrazione della cocaina. La cocaina idrocloride (cocaina in polvere) viene di solito inalata attraverso i seni nasali, mentre è meno frequente che essa sia iniettata; la cocaina crack si fuma riscaldandola sulla brace, mentre la cocaina base libera viene «annusata» inspirando i vapori prodotti dalla

<sup>(73)</sup> Malgrado i risultati dell'indagine 2001-2002 suggeriscano una stabilizzazione di questa tendenza al rialzo tra tutti gli adulti e tra i giovani adulti (cfr. grafico 7). Secondo il ministero degli Interni, gli incrementi del consumo di cocaina tra il 1996 ed il 1998 e successivamente tra il 1998 ed il 2000 sono stati addirittura pari al 5%. Tuttavia, non è stato registrato nessun incremento significativo tra il 2000 ed il 2001-2002.

<sup>(74)</sup> Cfr. Prevalenza\_tab. 1, bollettino statistico 2004.

<sup>(75)</sup> Cfr. grafico 20 e TDI\_tab. 10, bollettino statistico 2004.

sostanza quando, di solito su carta stagnola, viene riscaldata con fiamma viva. Si segnala inoltre che la cocaina può essere fumata sotto forma di sigaretta o spinello (joint).

Tuttavia, gli operatori dei centri terapeutici del Regno Unito segnalano che, quando è associata al consumo di eroina, la cocaina crack viene a volte iniettata. Il «crack», come l'eroina brown, non è solubile e deve essere miscelata con un acido prima di trasformarsi nella sua forma attiva, di sale solubile (76).

La frequenza del fumo come modalità usuale di somministrazione della cocaina, sotto forma di cocaina crack o di cocaina base libera (preparati diversi che possono essere considerati farmacologicamente equivalenti), è diminuita nel 2002 rispetto al 2000.

## I decessi dovuti a cocaina

I decessi dovuti ad intossicazione da cocaina, anfetamine o ecstasy, in assenza di dimostrazioni del consumo di oppiacei, sembrano essere infrequenti in Europa.

Tuttavia, sembra che le attuali statistiche registrino i decessi correlati a cocaina in modo inadeguato e che anche le informazioni siano segnalate in forma diversa. In alcuni paesi, la cocaina viene riscontrata in combinazione con gli oppiacei in un'elevata percentuale di decessi correlati a droghe (Portogallo 22 %, Spagna 46 %). Questo dato può essere altrettanto elevato in altri paesi, ma in genere i sistemi di rilevazione attribuiscono i decessi unicamente agli oppiacei, quando la loro presenza viene riscontrata. Nel Regno Unito, il numero delle «citazioni» di cocaina sui certificati di morte è aumentato di otto volte nell'arco del periodo 1993-2001. Nei Paesi Bassi il numero dei decessi attribuiti alla cocaina è passato da due nel 1994 a 26 nel 2001. La percentuale di decessi per droga che siano attribuibili alla sola cocaina, escludendo la presenza di oppiacei, varia dall'1 al 10 %, anche se in valore assoluto le cifre sono modeste.

La cocaina può contribuire in maniera significativa alla morte, in considerazione dei problemi cardiovascolari che comporta (aritmie, infarto miocardico, emorragie cerebrali), particolarmente laddove vi siano le condizioni predisponenti (aneurisma cerebrale o insufficienza cardiaca subclinica). Molti di questi casi potrebbero passare inosservati, per mancanza di consapevolezza e/o per le diverse circostanze sociali in cui versano le vittime rispetto a chi fa uso di oppiacei.

Un'indicazione dei pericoli potenziali associati al consumo di cocaina viene dalla Spagna (77), dove, nel periodo 1999-2001, la cocaina è risultata citata nel 44-49 % dei ricoveri ospedalieri d'emergenza dovuti a reazioni acute a

sostanze stupefacenti; in un'elevata percentuale dei casi, la cocaina era stata fumata o iniettata. A Barcellona, la raccolta di dati presso le strutture di pronto soccorso di tutti i principali ospedali della città, nell'arco dell'anno e per un periodo più lungo, fornisce un quadro esaustivo dei ricoveri ospedalieri dovuti a reazioni a sostanze stupefacenti (grafico 10).

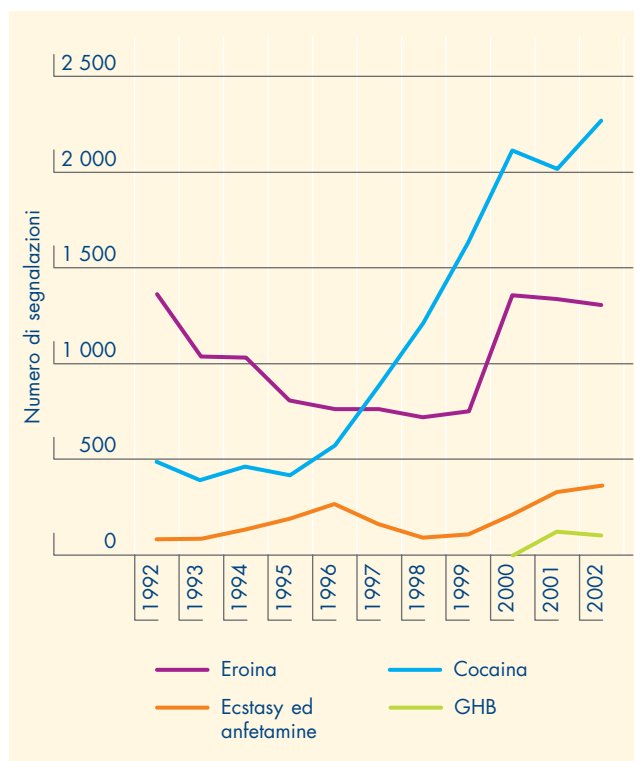
Oltre ai pericoli per la salute legati direttamente alla cocaina, sono sempre più preoccupanti quelli dovuti ad alcune sostanze di taglio. Ad esempio, viene segnalato che la fenacetina è un adulterante spesso trovato nei campioni sequestrati di cocaina in polvere. Questa sostanza è stata collegata a disturbi di fegato, reni e sangue, compreso il cancro.

## Risposte

### Tattamento del consumo problematico di cocaina

Il consumo problematico di cocaina è normalmente oggetto di trattamento in ambienti aspecifici, vale a dire a fianco di pazienti in trattamento per consumo di altre droghe illecite

**Grafico 10:** Numero di segnalazioni di droga negli episodi di ricovero al pronto soccorso, per tipo di droga, Barcellona, 1992-2002



*N.B.:* Un episodio di ricovero al pronto soccorso può comprendere la segnalazione di più di una sostanza stupefacente.

*Fonte:* Sistema d'Informació de Drogues de Barcelona (2003), *La Salut a Barcelona*, 2002, Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona, Barcellona.

(76) UK Forensic Science Service Drug Intelligence Unit (2003), *Drug abuse trends: Crack issue*, 24, pag. 13.

(77) In Spagna, gli interventi di emergenza dovuti a reazioni acute a sostanze psicoattive sono stati monitorati per parecchi anni in un campione di ospedali sparsi per il paese, per una settimana all'anno. Sono rilevate le sostanze «citate». Per i dettagli metodologici, cfr. la relazione nazionale Reitox 2003 (pagg. 34-36).



(o lecite). Le opzioni di trattamento si limitano grosso modo ad interventi non farmacologici che mirano a modificare il comportamento, la dipendenza, a prescindere dalla specifica droga consumata. Tali interventi comprendono interventi a bassa intensità, come i consigli ed i ricoveri ospedalieri, e gli interventi ad alta intensità, come i ricoveri a lungo termine. Si possono offrire anche trattamenti alternativi, come l'agopuntura (Seivewright e al., 2000).

Per quanto riguarda i trattamenti medicalmente assistiti, non esiste nessuna terapia farmacologica consolidata per il consumo problematico di cocaina. Per i consumatori di cocaina è disponibile soltanto una limitata selezione di trattamenti farmacologici, il cui effetto dimostrato è scarso, per non dire nullo. Da due studi sistematici sulla letteratura in materia emerge che non ci sono prove tali da suffragare l'uso clinico della carbamazepina per la sua attività anticonvulsivante, o degli antidepressivi per il trattamento della dipendenza da cocaina (Lima e al., 2004a,b).

La gamma limitata di interventi specificamente studiati per i consumatori problematici di cocaina sarà ampliata da alcune iniziative mirate a questo gruppo di pazienti. Nei Paesi Bassi, è stato avviato di recente un sito web dedicato a chi fa abuso di cocaina, mentre i servizi del Regno Unito sono stati estesi nella primavera 2003, con lo sviluppo di nuove agenzie, insieme con nuove direttive e migliore formazione. In Austria, i servizi preposti al trattamento stanno facendo in modo di adattare i servizi alle esigenze dei consumatori problematici di cocaina.

### Altre implicazioni dei servizi di assistenza per cocainomani

Dall'osservazione delle strutture controllate per il consumo di droghe si rileva che le emergenze dovute alla cocaina sono caratterizzate da estrema irrequietezza e da frequente paranoia, per cui il personale trova difficoltà ad individuare la risposta giusta (OEDT, 2004a). L'aumento dello spaccio di cocaina crack è associato ad un livello più elevato di aggressività tra pazienti e spacciatori (Stöver, 2001).

Non è chiaro fino a che punto i problemi siano la diretta conseguenza del consumo di cocaina da fumare, di per sé, oppure se siano correlati alla frequenza ed all'entità del consumo, ovvero a problemi sociali, psicologici e di droga preesistenti. Le risposte comprendono materiali informativi sviluppati ad hoc, riguardanti i rischi ed un consumo più sicuro, i locali per il consumo sotto controllo (*consumption rooms*), gli spazi di decantazione (*chill-out rooms*) ed i ripari diurni (*day-shelters*), dove i consumatori possano ritirarsi e calmarsi, ma anche la terapia ambulatoriale (Stöver, 2001).

È stata espressa preoccupazione in merito al rischio potenziale di esporre ai comportamenti ed alle problematiche dei cocainomani giovani consumatori di stupefacenti che frequentano centri terapeutici essenzialmente per problemi legati alla cannabis (Neale e Robertson, 2004).

## Sequestri ed informazioni sul mercato <sup>(78)</sup>

### Produzione e traffico

La Colombia è di gran lunga la massima fonte di produzione di coca illecita nel mondo, seguita dal Perù e dalla Bolivia (UNODC, 2003a). Nel 2002 la produzione globale di cocaina è stata stimata in 800 tonnellate metriche, cui la Colombia ha contribuito con il 72 %, il Perù con il 20 % e la Bolivia con l'8 %. La maggior parte della cocaina sequestrata in Europa proviene direttamente dal Sud America (specialmente dalla Colombia), oppure transita in America centrale e nei Caraibi. Tuttavia, nel 2002, una parte della cocaina trasportata in Europa è passata attraverso il Brasile (e da qui al Portogallo) oppure attraverso gli USA (e da qui in Italia). I principali punti di ingresso nell'UE sono Spagna, Portogallo e Paesi Bassi e, in misura minore, Francia e Regno Unito (relazioni nazionali Reitox, 2003; UNODC, 2003a; INCB, 2004a).

### Sequestri

Secondo la commissione stupefacenti delle Nazioni Unite (CND, 2004), il traffico di cocaina è il terzo maggior traffico di droga del mondo, dopo l'erba di cannabis e la resina di cannabis. In termini di volumi sequestrati, nel 2002 la maggior parte del traffico di cocaina ha continuato a riguardare le Americhe e l'Europa. In Europa si è concentrato il 13,5 % dei quantitativi di cocaina sequestrati in tutto il mondo (CND, 2004). Nell'ambito dell'Europa, la maggior parte dei sequestri di cocaina è avvenuta negli Stati occidentali. Tra il 1997 ed il 2002 la Spagna è stata sempre il paese europeo con il massimo livello di sequestri di cocaina: nel 2001 e nel 2002 <sup>(79)</sup>, si è concentrata in Spagna oltre la metà di tutti i sequestri compiuti nell'UE, nonché di tutti i quantitativi sequestrati.

Nell'arco del periodo 1997-2002, il numero dei sequestri di cocaina <sup>(80)</sup> è aumentato in tutti i paesi, fatta eccezione per la Germania e l'Italia. Laddove i dati sono disponibili, sembra che l'incremento dei sequestri di cocaina a livello UE possa essere confermato per il 2002.

Nell'ambito del medesimo quinquennio, i quantitativi di cocaina sequestrati <sup>(81)</sup> hanno registrato fluttuazioni, nell'ambito comunque di una tendenza al rialzo. Dopo un

<sup>(78)</sup> Cfr. capitolo 3, Interpretazione dei sequestri e delle informazioni sul mercato, pag. 31.

<sup>(79)</sup> Il dato andrebbe comunque verificato con i dati mancanti del 2002, quando saranno disponibili. I dati relativi al numero dei sequestri di cocaina del 2002 non erano disponibili per Belgio, Italia, Paesi Bassi e Slovenia; i dati riguardanti sia il numero dei sequestri di cocaina sia i quantitativi di cocaina sequestrata nel 2002 non erano disponibili per Irlanda, Cipro, Ungheria, Malta, Polonia, Repubblica slovacca e Regno Unito.

<sup>(80)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 5, bollettino statistico 2004.

<sup>(81)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 6, bollettino statistico 2004.

volume record di sequestri di cocaina nel 2001, i quantitativi di cocaina sequestrati a livello UE sono scesi considerevolmente nel 2002 <sup>(82)</sup> — principalmente a causa della riduzione dei quantitativi sequestrati da Spagna (e Portogallo) rispetto al 2001, anche se alcuni paesi (Germania, Francia, Italia, Norvegia) hanno segnalato notevoli aumenti dei quantitativi di cocaina sequestrati. Il calo dei quantitativi di cocaina sequestrati nel 2002 in Spagna, Paesi Bassi e Portogallo, unitamente all'incremento registrato da Francia, Germania ed Italia, potrebbe indicare un cambiamento nell'importanza relativa dei punti di ingresso tradizionalmente utilizzati dai trafficanti per la cocaina destinata all'Europa (CND, 2004). Va inoltre notato che dall'inizio del 2002 i Paesi Bassi applicano misure radicali per ridurre il crescente flusso di corrieri di cocaina che viaggiano dai Caraibi all'aeroporto di Schiphol, con il risultato che il numero di corrieri arrestati è diminuito sostanzialmente.

Per quanto alcuni paesi dell'UE abbiano segnalato sequestri di cocaina crack, a volte essi non sono distinguibili dai sequestri di cocaina. Ne segue che l'andamento dei sequestri di cocaina precedentemente riportato potrebbe comprendere anche la cocaina crack.

#### Azioni internazionali contro il traffico di cocaina

Il traffico di cocaina continua ad essere largamente controllato dalla criminalità colombiana, anche se gruppi albanesi ed africani figurano coinvolti nella distribuzione della sostanza. L'operazione Trampolino dell'Interpol ha rivelato il contrabbando di cocaina dal Venezuela e dalla Colombia in direzione di Curaçao. Questa operazione ha portato all'identificazione di numerose importanti organizzazioni che gestiscono il traffico di cocaina dai Caraibi a quasi tutte le aree del mondo (Interpol, 2002). Nel corso del 2003, alcune importantissime operazioni marittime per contrastare il contrabbando di cocaina sono avvenute lungo la costa atlantica dell'Europa, con il sequestro di 29 tonnellate della sostanza. La maggior parte

di queste operazioni è stata compiuta dalle autorità spagnole.

L'operazione Porpora, un programma internazionale avviato nel 1999 per rintracciare il permanganato di potassio (utilizzato per la produzione illecita di cocaina), ha continuato a mietere successi. Nel corso del 2003, si è riusciti ad impedire la diversione di quasi 900 tonnellate di questa sostanza chimica alla produzione illecita di droga.

Nel 2002, OMD ed Interpol hanno varato un'operazione congiunta, l'operazione Ande, onde permettere alle autorità doganali e di polizia nazionali lo scambio e l'analisi di informazioni tali da contribuire ad individuare le consegne illegali di precursori chimici in Cile, Bolivia, Colombia, Argentina e Perù (OMD, 2003).

#### Prezzo e purezza

Il prezzo medio <sup>(83)</sup> della cocaina al dettaglio ha registrato nel 2002 notevoli variazioni all'interno dell'UE, da 38 euro al grammo in Portogallo a 175 euro al grammo in Norvegia. Fra il 1997 ed il 2002, il prezzo medio al dettaglio della cocaina è rimasto stabile o è sceso in tutti i paesi dell'UE. Risultati analoghi sono stati segnalati nel 2002, fatta eccezione per la Repubblica ceca e la Lituania, dove i prezzi sono aumentati rispetto all'anno precedente.

Rispetto all'eroina, la purezza media della cocaina al dettaglio è elevata, con un campo di variazione che nel 2002 andava dal 28 % in Estonia al 68 % nella Repubblica ceca ed in Norvegia. Tra il 1997 ed il 2002, la purezza media della cocaina è diminuita nella maggior parte dei paesi dell'UE che hanno segnalato dati al riguardo. Nel 2002, la purezza della cocaina è scesa ancora nella maggior parte dei paesi, fatta eccezione per quelli che segnalano i livelli più elevati di purezza media, quali Belgio, Repubblica ceca, Lussemburgo e Norvegia, dove è stato segnalato invece un aumento della purezza media della cocaina.

<sup>(82)</sup> Il dato andrebbe comunque verificato con i dati mancanti del 2002, quando saranno disponibili.

<sup>(83)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 14, bollettino statistico 2004.



## Capitolo 6

### Eroina e consumo per via parenterale

#### Consumo problematico di stupefacenti

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

Il consumo problematico di stupefacenti è definito operativamente come «il consumo di stupefacenti per via parenterale, oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o anfetamine»<sup>(84)</sup>. Le variazioni esistenti nelle definizioni e le incertezze metodologiche fanno sì che stime affidabili in quest'area siano difficili da calcolare; quando si vanno ad interpretare le differenze esistenti tra i vari paesi o nel tempo, occorre procedere con cautela.

#### Prevalenza

Le stime relative alla prevalenza del consumo problematico di stupefacenti variano da 2 a 10 casi ogni 1 000 soggetti all'interno della fascia di popolazione d'età compresa tra 15 e 64 anni (sulla base dei punti mediani delle stime), ovvero l'1 % della popolazione adulta<sup>(85)</sup>. Il consumo problematico di stupefacenti interessa con particolare accentuazione alcune aree geografiche, quali le città più povere dell'interno, ed alcuni gruppi specifici, in particolare i giovani maschi, facendo sì che il consumo problematico sembri essere particolarmente intenso in alcune comunità. Le stime più elevate sono segnalate da Danimarca, Italia, Lussemburgo, Portogallo e Regno Unito (6-10 casi ogni 1 000 abitanti d'età 15-64 anni). I valori più bassi sono segnalati da Germania, Grecia, Paesi Bassi, Polonia e Finlandia (< 4 casi ogni 1 000 abitanti d'età 15-64 anni; cfr. grafico 11). Tra i nuovi paesi dell'UE, stime ben documentate sono disponibili soltanto per Repubblica ceca, Polonia e Slovenia, dove i dati si trovano nella fascia medio-inferiore, rispettivamente a 4,9, 1,9 e 5,3 casi ogni 1 000 abitanti d'età 15-64 anni.

Malgrado vi siano stati considerevoli miglioramenti nelle tecniche di stima, la mancanza di dati storici affidabili e coerenti complica la valutazione dell'andamento del consumo problematico di stupefacenti. Le variazioni delle stime segnalate da alcuni paesi, suffragate da altri indicatori, suggeriscono un aumento del consumo problematico di stupefacenti alla metà degli anni novanta. Le stime riguardano 19 paesi, di cui 9 segnalano un aumento del consumo problematico di stupefacenti dalla metà o dalla fine degli anni novanta: Belgio, Danimarca, Germania, Italia, Lussemburgo, Finlandia, Svezia (tra il 1992 ed il 1998), Regno Unito e Norvegia. Gli aumenti registrati da Belgio e Norvegia si basano su stime relative al consumo per via parenterale. Malgrado non esistano serie temporali di stime nazionali nei nuovi Stati membri, altri elementi fanno pensare che l'andamento possa variare. Nella Repubblica ceca, numerosi indicatori suggeriscono che il consumo problematico di stupefacenti si sia stabilizzato dalla fine degli anni novanta, mentre in Estonia sono stati osservati sensibili incrementi di alcuni indicatori del consumo problematico di stupefacenti. In considerazione della potenziale vulnerabilità alla droga dei paesi che stanno affrontando una fase di transizione sociale ed economica, si avverte l'urgente esigenza di sviluppare la capacità di vigilanza dei nuovi Stati membri.

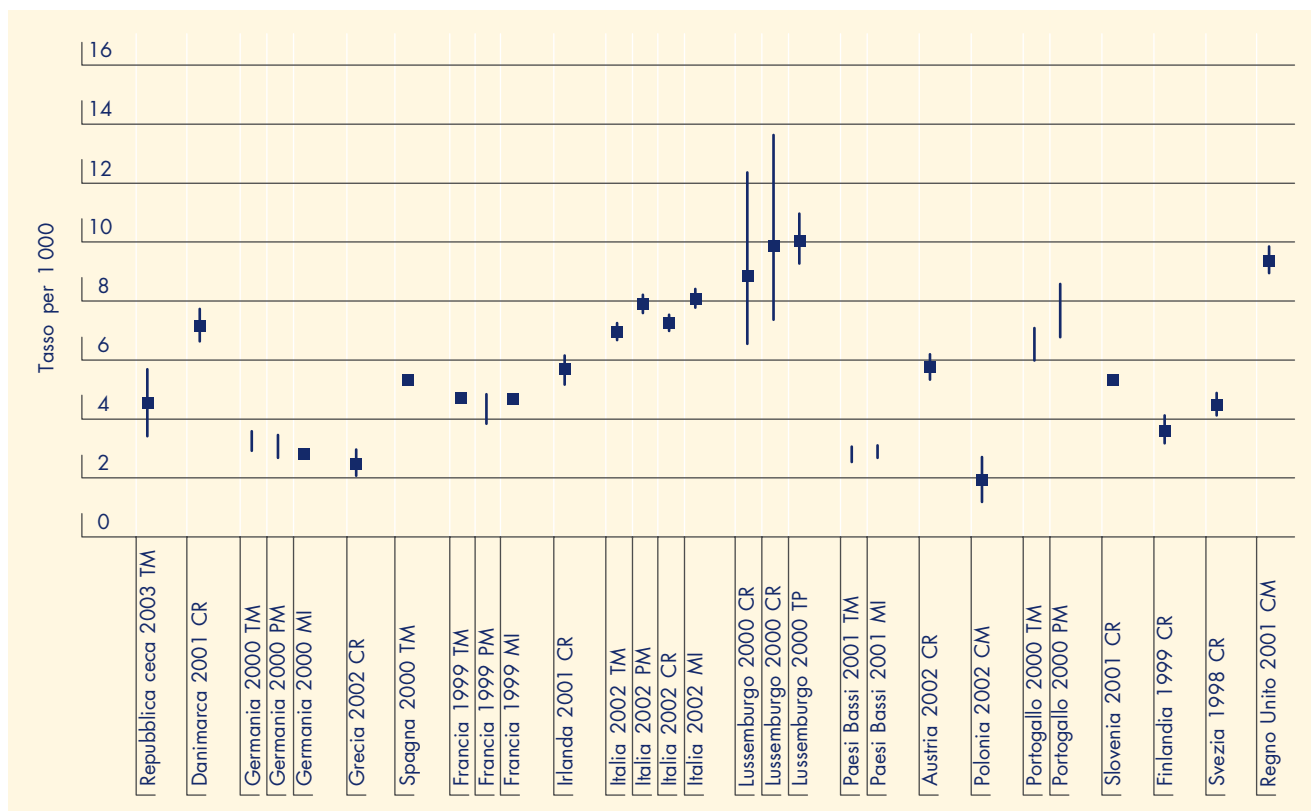
#### Modelli e dimensioni del fenomeno

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

Il consumo problematico di stupefacenti sembra diversificarsi in maniera crescente e l'OEDT sta attualmente considerando se la definizione operativa europea debba essere affinata alla luce di un fenomeno in via di mutamento. Per esempio, i problemi dovuti alla poliassunzione di sostanze stupefacenti hanno

<sup>(84)</sup> Per maggiori dettagli, cfr. Note metodologiche sul consumo problematico di stupefacenti, bollettino statistico 2004.

<sup>(85)</sup> Cfr. Prevalenza\_tab. 3 e Prevalenza\_tab. 4, bollettino statistico 2004.

**Grafico 11:** Stima del tasso di consumo problematico di sostanze stupefacenti (tasso per mille di età 15-64)


N.B.: CR = Capture-recapture (cattura-ricattura); TM = Treatment multiplier (moltiplicatore trattamento); PM = Police multiplier (moltiplicatore polizia); MI = Multivariate indicator (indicatore multivariato); TP = Truncated Poisson (Poisson troncato); CM = Combined methods (metodi combinati).

I gruppi bersaglio possono variare leggermente a causa di metodi diversi e di fonti diverse di dati; pertanto il confronto va fatto con cautela. Per maggiori dettagli, cfr. Prevalenza\_tab. 3 e Prevalenza\_tab. 4, bollettino statistico 2004. La stima svedese è stata rettificata per rientrare nella definizione dell'OEDT del consumo problematico di droga. La stima spagnola non comprende il consumo problematico di cocaina; una stima più alta, che tiene conto di questo gruppo, figura nelle tabelle Prevalenza\_tab. 3 e Prevalenza\_tab. 4, ma potrebbe essere meno affidabile.

Fonte: Punti focali nazionali. Cfr. anche il progetto dell'OEDT *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000*, CT.00.RTX.23, OEDT, Lisbona, 2003, coordinato dall'Institut für Therapieforchung, Monaco di Baviera (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).

progressivamente acquisito una maggiore importanza in gran parte dei paesi, mentre alcuni paesi, in cui in passato predominavano i problemi legati agli oppiacei, segnalano ora spostamenti verso altre sostanze stupefacenti. In Spagna le stime dei consumatori problematici di oppiacei registrano un calo e si osserva un aumento dei problemi e delle stime relative al consumo di cocaina. La Germania ed i Paesi Bassi segnalano una percentuale crescente di consumatori di cocaina crack tra i gruppi che fanno un uso problematico di sostanze stupefacenti, anche se la stima complessiva dei consumatori problematici di stupefacenti resta invariata nei Paesi Bassi.

La media ponderata del consumo problematico di stupefacenti nell'UE è probabilmente compresa tra 4 e 7 casi ogni 1 000 abitanti d'età 15-64 anni, il che corrisponde a 1,2-2,1 milioni di consumatori problematici di stupefacenti nell'UE post-allargamento, di cui un numero compreso fra 850 000 e 1,3 milioni fa un uso attivo di sostanze stupefacenti per via parenterale. Tuttavia, queste stime sono tutt'altro che attendibili e dovranno essere affinate quando saranno disponibili altri dati dai nuovi Stati membri.

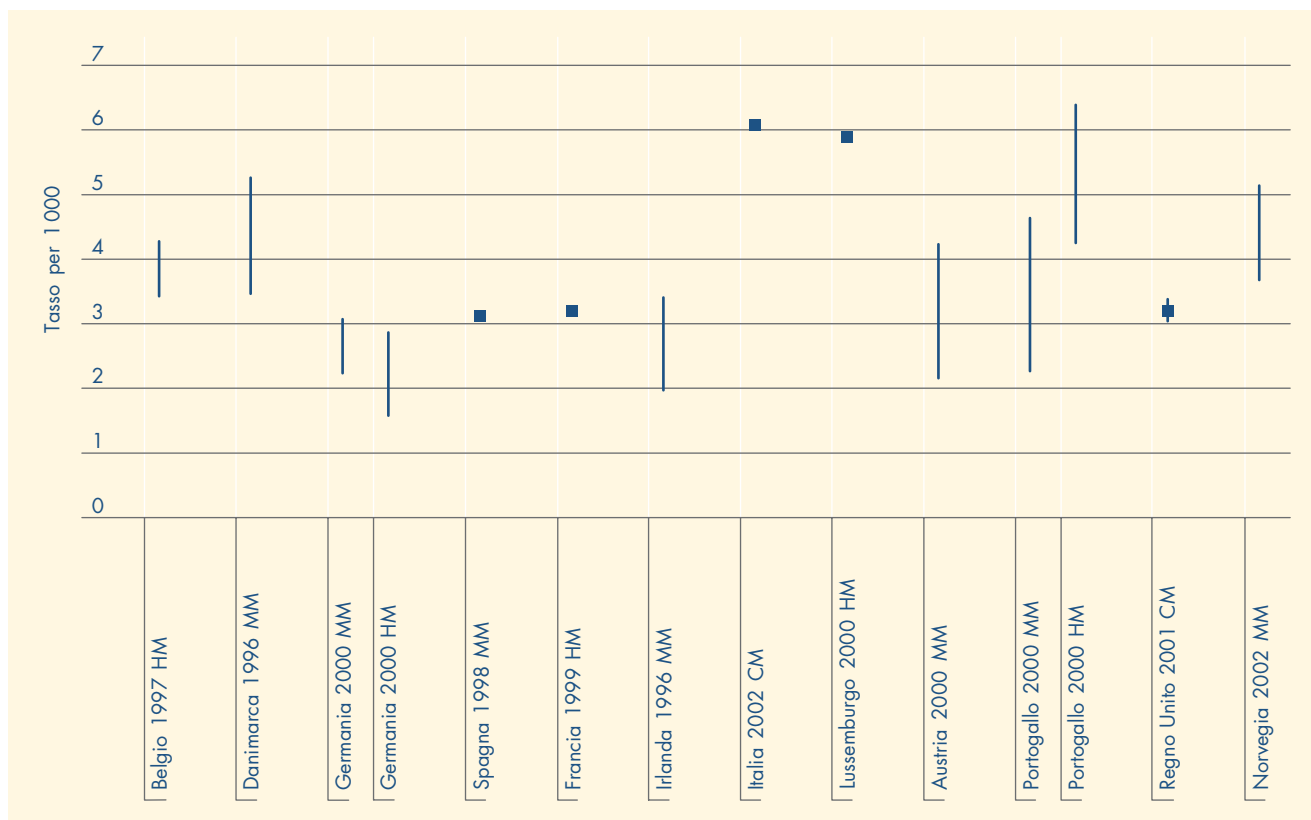
### Consumo di stupefacenti per via parenterale

Le persone che assumono stupefacenti per via parenterale sono ad altissimo rischio di conseguenze avverse; è pertanto importante affrontare separatamente il consumo di stupefacenti per via parenterale, in quanto categoria centrale del consumo problematico di stupefacenti.

Le stime del consumo di stupefacenti per via parenterale derivano da metodi indiretti (tecnicamente «moltiplicatori»), partendo da dati relativi alla mortalità o alle infezioni da virus di immunodeficienza (HIV) o dell'epatite C (HCV). Anche in questo caso, la qualità dei dati e gli aspetti metodologici fanno insorgere questioni interpretative; per esempio, da queste stime è difficile distinguere tra l'uso corrente per via parenterale o una tantum; i confronti tra i paesi vanno fatti inoltre con cautela. Le stime disponibili a livello nazionale del consumo di stupefacenti per via parenterale variano da 2 a 6 casi ogni 1 000 abitanti d'età 15-64 anni (grafico 12).

L'analisi della frequenza di iniezione tra gli eroinomani in trattamento suggerisce marcate differenze tra i paesi per

**Grafico 12:** Stima del tasso di consumo di sostanze stupefacenti per via parenterale (tasso per mille di età 15-64)



N.B.: MM = Mortality multiplier (moltiplicatore mortalità); HM = HIV multiplier (moltiplicatore HIV); CM = Combined methods (metodi combinati per stima IDU; IDU= consumatori di stupefacenti per via parenterale).

I gruppi bersaglio possono variare leggermente a causa di metodi diversi e di fonti diverse di dati; pertanto il confronto va fatto con cautela. Si suppone che i moltiplicatori di mortalità e HIV diano stime del consumo di droga per via parenterale (soprattutto attuale), che è soltanto una parte del consumo problematico di droga. Si suppone che gli altri metodi diano stime del consumo problematico di droga. Per maggiori dettagli, cfr. Prevalenza\_tab.3 e Prevalenza\_tab.4, bollettino statistico 2004.

Fonte: Punti focali nazionali. Cfr. anche il progetto dell'OEDT *National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000*, CT.00.RTX.23, OEDT, Lisbona, 2003, coordinato dall'Institut für Therapieforchung, Monaco di Baviera (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).

quanto riguarda la prevalenza del consumo corrente di stupefacenti per via parenterale, nonché andamenti diversificati nel tempo<sup>(86)</sup>. I dati disponibili mostrano che meno della metà (43 %) dei soggetti in trattamento per la prima volta per consumo di eroina segnala un uso corrente per via parenterale, rispetto a due su tre (62 %) di tutti i soggetti in trattamento (media ponderata). In alcuni paesi (Spagna, Paesi Bassi, Portogallo), una percentuale relativamente modesta di eroinomani sembra ricorrere alla via parenterale, mentre in altri paesi (Repubblica ceca, Slovenia, Finlandia) l'assunzione di eroina per iniezione è tuttora la norma. In numerosi paesi da lungo tempo nell'UE e di cui sono disponibili i dati, il consumo di stupefacenti per via parenterale sembra avere registrato un calo nel corso degli anni novanta. Preoccupa tuttavia il fatto che in alcuni altri paesi (Germania, Irlanda, Finlandia) il consumo per via parenterale sembri non diminuire e mostri, a volte, una tendenza al rialzo, mentre nei nuovi Stati membri, almeno laddove i dati esistono, sembra che quasi tutti gli eroinomani scelgano la via parenterale.

## Sequestri ed informazioni sul mercato<sup>(87)</sup>

### Produzione, traffico e sequestri di oppiacei

La maggior parte dell'oppio e dell'eroina prodotti illecitamente nel mondo proviene da una manciata di paesi (UNODC, 2003a). Nel 2002 la produzione globale di oppio illecito era stimata a circa 4 500 tonnellate metriche, di cui il 76 % prodotto in Afghanistan; per il resto la maggioranza proviene dall'Asia sudorientale, con il 18 % circa da Myanmar ed il 3 % dal Laos. La produzione globale di oppio è rimasta stabile negli ultimi cinque anni, fatta eccezione per il 2001, quando il regime dei Talebani in Afghanistan aveva proibito la coltivazione del papavero da oppio, determinando così un calo, netto ma di breve durata, della produzione.

L'eroina consumata nell'UE risulta prodotta prevalentemente in Afghanistan o lungo le rotte del traffico di oppio, particolarmente in Turchia (UNODC, 2003a). L'eroina entra

<sup>(86)</sup> Cfr. grafico 9 OL: Andamento del consumo di stupefacenti per via parenterale.

<sup>(87)</sup> Cfr. capitolo 3. Interpretazione dei sequestri e delle informazioni sul mercato, pag. 31.

in Europa seguendo due principali rotte di traffico. Di queste, la rotta dei Balcani, storicamente importante, continua a svolgere un ruolo cruciale nel contrabbando di eroina: l'eroina transita attraverso il Pakistan, l'Iran e la Turchia, dove la rotta si scinde in un percorso meridionale, attraverso l'ex Repubblica iugoslava di Macedonia (FYROM), l'Albania, una parte dell'Italia, la Serbia, il Montenegro e la Bosnia-Erzegovina ed in un percorso settentrionale attraverso Bulgaria, Romania, Ungheria ed Austria. Dalla metà degli anni novanta, l'eroina viene contrabbandata in Europa sempre di più attraverso un'altra rotta, la «via della seta»: Asia centrale, mar Caspio e Federazione russa (relazioni nazionali Reitox, 2003; UNODC, 2003a; CND, 2004; INCB, 2004a). Per quanto queste rotte siano le più importanti, occasionalmente sono stati effettuati dei sequestri altrove, fra cui in alcuni paesi africani ed in Colombia.

Oltre all'eroina importata, una parte degli oppiacei viene prodotta all'interno dell'UE. Questa produzione è principalmente confinata alla limitata produzione di derivati domestici del papavero (concentrato di papavero derivante da steli ed infiorescenze di papavero pressati) in alcuni paesi dell'Europa orientale, come Repubblica ceca, Estonia, Lituania e Polonia. Sembra che questi prodotti domestici vengano progressivamente spodestati, nel mercato illecito, dall'eroina importata.

In termini di volumi, nel 2002, la maggioranza dei sequestri di eroina in tutto il mondo è avvenuta in Asia (52,5 %) ed in Europa (28,1 %), dove i sequestri di eroina si concentrano nei paesi occidentali (CND, 2004). Dal 1998, il paese dell'UE che ha registrato il maggior numero di sequestri ed i maggiori quantitativi di eroina sequestrata è stato il Regno Unito, seguito dalla Spagna<sup>(88)</sup>. Nel 2001, il Regno Unito risultava responsabile di un terzo del numero complessivo dei sequestri di eroina e del 40 % del quantitativo totale di eroina sequestrata nell'UE.

Fino al 1998, i quantitativi di eroina sequestrati nell'UE<sup>(89)</sup> erano rimasti stabili, per poi aumentare nel 1999 e nel 2000. Sulla base dell'andamento che caratterizza i paesi di cui si dispone di dati, il quantitativo totale di eroina sequestrata nell'UE sembra essersi stabilizzato a partire dal 2000<sup>(90)</sup>, anche se nel 2002 il numero dei sequestri di eroina è diminuito in tutti i paesi di cui si dispone di dati<sup>(91)</sup>.

Un'evoluzione preoccupante è data dalla recente segnalazione del traffico di fentanil, un oppiaceo sintetico che è 100 volte più potente dell'eroina<sup>(92)</sup>, di cui sono stati segnalati recentemente sequestri in alcuni paesi del Baltico e nella Federazione russa. La Svezia ha effettuato due sequestri di fentanil nel 2002 e 23 nel 2003. In Estonia, alla fine del 2001 sono apparsi sui mercati della droga, in

sostituzione dell'eroina, il fentanil ed il metilfentanil, portando nel 2002 a 68 sequestri di fentanil ed a 11 sequestri di metilfentanil. In Finlandia, un'importante consegna all'ingrosso di 3-metilfentanil è stata sequestrata nel 2002. In Lituania, il fentanil è stato ritrovato in sei sequestri nel 2002. L'INCB (2004a) ha segnalato il recente sequestro di 41 kg di fentanil in Ucraina e lo smantellamento di tre laboratori dove avveniva la sintesi di questa sostanza. Un aumento rilevante di fentanil sul mercato europeo delle sostanze stupefacenti sarebbe molto preoccupante, in quanto questa sostanza è potenzialmente in grado di provocare danni elevati. Questo aspetto è sottolineato dalle relazioni presentate dai paesi del Baltico, che segnalano decessi per overdose avvenuti nei due anni precedenti, nei quali le analisi tossicologiche avevano rilevato la presenza di fentanil, spesso in associazione con eroina. Occorre restare vigili, in quanto questa sostanza può non essere segnalata, specialmente se viene mescolata con eroina illecita per accrescerne la potenza complessiva. Inoltre, risultano alcune segnalazioni aneddotiche del consumo di prodotti derivati dalla diversione di fentanil: in Grecia, per esempio, è stata segnalata l'estrazione di fentanil da cerotti analgesici transdermici Durogesic<sup>®</sup>.

La buprenorfina — un oppioide farmaceutico — sembra emergere sul mercato nero in alcuni paesi dell'UE, come la Repubblica ceca, dove è comparso nel 2002 il Subutex<sup>®</sup>. La Finlandia ha registrato sequestri significativi di Subutex<sup>®</sup> nel 2001 e nel 2002, mentre la Norvegia ha segnalato un grosso sequestro di Temgesic<sup>®</sup> nel 2002. In un certo senso, ciò non deve sorprendere, in quanto la prescrizione di buprenorfina è aumentata considerevolmente in molti paesi. Tuttavia, questa sostanza è formulata in maniera tale da presentare un basso potenziale di abuso, per cui le segnalazioni precedenti meritano ulteriori indagini.

### Azioni internazionali contro il traffico di eroina

È aumentata la cooperazione globale per contrastare la sfida dell'accresciuta produzione di eroina dell'Afghanistan (Europol, 2003). Dal 2002, il progetto Interpol NEHRO<sup>(93)</sup> si è incentrato su una nuova rotta per il traffico di eroina tra l'Asia centrale e l'Europa occidentale (Interpol, 2002; Europol, 2003). L'Organizzazione mondiale doganale (OMD) ha avviato anche l'operazione Tamerlano, che mira ad integrare le forze preposte, coinvolgendo autorità doganali, polizia e guardia di frontiera di tutte le nazioni attraverso le quali passa la rotta della seta oppure che essa costeggia (OMD, 2003a).

Nel corso del 2003, l'operazione Topazio, il programma internazionale per prevenire la diversione di anidride acetica, un'importante sostanza chimica utilizzata per la

<sup>(88)</sup> Il dato andrebbe comunque verificato con i dati mancanti del 2002, quando saranno disponibili. I dati relativi al numero dei sequestri di eroina del 2002 non erano disponibili per Belgio, Italia, Ungheria, Paesi Bassi e Polonia; i dati riguardanti sia il numero dei sequestri di eroina sia i quantitativi di eroina sequestrata nel 2002 non erano disponibili per Irlanda, Cipro, Malta, Repubblica slovacca e Regno Unito.

<sup>(89)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 4, bollettino statistico 2004.

<sup>(90)</sup> Da confrontare con i dati mancanti del 2002, quando saranno disponibili.

<sup>(91)</sup> Ibidem.

<sup>(92)</sup> Se il fentanil venisse accidentalmente consumato, perché scambiato per eroina, il rischio di tossicità sarebbe molto elevato.

<sup>(93)</sup> Rotta nordeuropea dell'eroina.

produzione di eroina, ha permesso l'individuazione delle reti attraverso le quali avviene il traffico e le società mediante le quali avviene la diversione del prodotto in Europa. All'operazione hanno partecipato anche l'Afghanistan ed altri paesi asiatici. L'operazione Topazio fa parte di una serie di attività coordinate sul piano internazionale, miranti ad individuare i precursori chimici necessari per la produzione illecita di sostanze stupefacenti, nonché le sostanze stesse.

### Prezzo e purezza dell'eroina

In Europa, l'eroina è disponibile in due forme: l'eroina brown più comune (forma chimica base) e l'eroina bianca, meno comune e più costosa (sotto forma di sale), che tradizionalmente proviene dall'Asia sudorientale. Nel 2002, nell'UE il prezzo medio al dettaglio dell'eroina brown è stato segnalato variare da 29 euro al grammo in Ungheria a 161 euro al grammo in Svezia, mentre il prezzo dell'eroina bianca andava da 32 euro al grammo (Ungheria) a 213 euro al grammo (Svezia) <sup>(24)</sup>. Il differenziale di prezzo riflette probabilmente la purezza della droga in vendita. Negli ultimi cinque anni, il prezzo medio al dettaglio dell'eroina brown e dell'eroina bianca è rimasto stabile o è diminuito nei paesi di cui si dispone dei dati, fatta eccezione per la Repubblica ceca, dove è stato registrato un aumento dei prezzi. Nel 2002, il prezzo medio al dettaglio dell'eroina brown è diminuito in sei dei nove paesi UE che hanno fornito i dati, mentre per quanto riguarda l'eroina bianca, la maggioranza dei paesi (quattro su sei) ha segnalato un aumento del prezzo medio.

Nel 2002, la purezza media dell'eroina brown al dettaglio variava nell'UE dal 10 % nel Lussemburgo al 43 % in Spagna, mentre la purezza media dell'eroina bianca andava dal 7 % in Estonia e Finlandia al 75 % in Norvegia. Negli ultimi cinque anni, la purezza dell'eroina è diminuita o è rimasta agli stessi livelli nella maggior parte dei paesi UE. Nel 2001, la purezza dell'eroina brown è aumentata nella maggioranza dei paesi che hanno riportato questo dato (7 su 10), ma l'andamento si è invertito nel 2002, quando un calo sostanziale della purezza media è stato riportato da cinque paesi su sette: Danimarca, Lussemburgo, Portogallo, Regno Unito e Norvegia. La purezza media dell'eroina bianca al dettaglio è diminuita sia nel 2001 che nel 2002, ma i dati relativi all'andamento nel tempo riguardano soltanto tre paesi (Danimarca, Estonia, Finlandia).

## Malattie infettive correlate alla droga

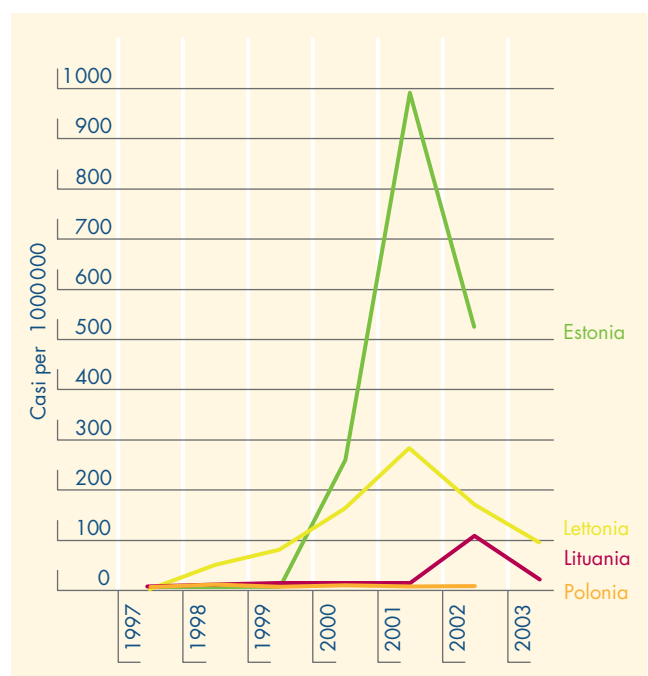
### HIV

L'epidemia di HIV si sta espandendo rapidamente in alcuni dei nuovi paesi dell'UE e nei relativi paesi confinanti: Estonia, Lettonia, Russia ed Ucraina sono tra i paesi che registrano la più rapida diffusione dell'epidemia di HIV nel mondo. Le percentuali relative alla prevalenza variano

notevolmente negli altri nuovi paesi dell'UE e parecchi di questi sono tuttora a rischio epidemico. Tra i «vecchi» paesi dell'UE, alcuni paesi che finora erano riusciti ad evitare grandi epidemie di HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale mostrano ora i segnali di un aumento del rischio.

Dall'analisi dei dati provenienti da segnalazioni di casi di consumo per via parenterale risulta che l'incidenza dell'HIV ha registrato un picco in Estonia e Lettonia nel 2001, rispettivamente con 991 e 281 casi per milione di abitanti, cui ha fatto seguito una diminuzione nel 2002 a valori annui, pur sempre elevati, di 525 e 170 casi per milione di abitanti (grafico 13) (EuroHIV, 2004). I possibili motivi del calo registrato sembrano ascrivibili a segnalazioni imprecise, saturazione dei consumatori di stupefacenti per via parenterale a più alto rischio e cambiamenti nei comportamenti. Tra i nuovi paesi dell'UE, Estonia (6,2-13 %), Lettonia (6,6-14,6 %) e Polonia (6,8-9,1 %) hanno segnalato la prevalenza più elevata in diversi campioni nazionali di consumatori per via parenterale sottoposti a test nel 2001-2003, mentre in questo periodo sono stati trovati in questi tre paesi picchi locali rispettivamente di 41 % (su 964), 22 % (su 205) e 29,7 % (su 165). In Estonia i dati sulla prevalenza dell'HIV forniti da più fonti sembrano confermare un recente calo della prevalenza tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (6,2 % nel 2002 su un campione di 1 186 consumatori di stupefacenti per via parenterale scelti

**Grafico 13:** Casi segnalati di nuove diagnosi di infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale per milione di abitanti in alcuni dei nuovi Stati membri dell'UE



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

<sup>(24)</sup> Cfr. Mercati\_tab. 14, bollettino statistico 2004.



a livello nazionale, rispetto al 13 % su un campione di 2 078 nel 2001). In Lettonia i dati nazionali forniti dai centri di trattamento antidroga mostrano un calo della prevalenza nei consumatori per via parenterale sottoposti a test (13,7 % nel 2001 contro 6,6 % nel 2003), mentre dati provenienti da altre fonti nazionali (ospedali e arresti: 7,8 % nel 2000 contro 14,6 % nel 2002) e da fonti locali (ambienti multipli nella regione di Riga ed a Tukums: 18,3 % nel 2000 contro 22,0 % nel 2003) suggeriscono un continuo aumento della prevalenza in altri campioni di consumatori per via parenterale sottoposti a test. In Lituania, nel 2002 è avvenuto un forte aumento di nuovi casi di HIV segnalati, a causa di un importante fenomeno epidemico in carcere; tuttavia, la prevalenza tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale resta bassa (nel 2002 1,0 % su 2 831 consumatori di stupefacenti per via parenterale in ambienti multipli a livello nazionale e nel 2003 0,6 % su 641 consumatori di stupefacenti per via parenterale partecipanti ad un programma per lo scambio di aghi a Vilnius). L'epidemia scoppiata in carcere fa comprendere quanto sia urgente attuare misure di prevenzione in questo paese ed in altre regioni, dove peraltro la prevalenza tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale resta bassa, ma anche il notevole ruolo delle carceri nella diffusione dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (Dolan, 1997-98; Dolan e al., 2003).

In Polonia, i dati relativi alla prevalenza nazionale forniti da laboratori della sanità pubblica suggeriscono una diminuzione della prevalenza tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale sottoposti a test, dal 10,7 % (su 3 106) nel 2000 al 6,8 % (su 2 626) nel 2002. Questo calo è coerente con l'andamento dei nuovi casi segnalati tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, che ha segnato una diminuzione dall'8,6 per milione di abitanti nel 2000 al 5,1 ed al 6,9 rispettivamente nel 2001 e nel 2002. I dati locali relativi alla prevalenza tuttavia suggeriscono un'elevata prevalenza nella regione di Pomorskie nel 2002 (il 30 % su 165 consumatori di stupefacenti per via parenterale avvicinati nei centri terapeutici e su strada; il 15 % su 69 soggetti, limitatamente a quelli avvicinati su strada), anche se va notato che la prevalenza tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in trattamento può portare a sovrastimare la prevalenza tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nel loro complesso. Negli altri nuovi paesi dell'UE, nel 2000-2001 la prevalenza dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale era ancora molto bassa, anche se in gran parte mancano dati più recenti. La prevalenza dell'HIV è in media inferiore all'1 % nella Repubblica ceca, in Slovenia e nella Repubblica slovacca, analogamente alle risultanze dei paesi candidati confinanti, Romania e Bulgaria (OEDT, 2003a). Anche se finora questi paesi sono riusciti ad evitare le epidemie di HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, l'aumento del consumo di stupefacenti per via parenterale può portare ad un

incremento della prevalenza delle infezioni da HIV e delle epatiti in un prossimo futuro, se le misure di prevenzione adottate non sono sufficienti (cfr. più avanti in questo capitolo la sezione dedicata alla riduzione delle infezioni connesse con la droga).

Nei paesi dell'ex EU-15, l'epidemia di HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale sembra che si sia in gran parte stabilizzata, oppure che sia in calo, sulla base dei casi riportati di HIV, che nel 2002 andavano da 1,3 nuovi casi per milione di abitanti in Grecia a 115,7 in Portogallo (quest'ultimo dato diminuito a 88,4 nel 2003) (EuroHIV, 2004). Tuttavia, poiché la segnalazione dei casi nazionali non è una prassi consolidata nei paesi caratterizzati dalle più vaste epidemie legate ai consumatori di stupefacenti per via parenterale, l'andamento nel tempo dei casi segnalati può risultare fuorviante a livello UE e i dati relativi alla sieroprevalenza tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale rappresentano un importante complemento. I dati disponibili relativi alla prevalenza a livello nazionale suggeriscono un ampio campo di variazione, sia tra i vari paesi che al loro interno: da 0-1 % in Finlandia (dati derivanti dallo scambio di aghi) a 9,7-35 % in Spagna (consumatori di stupefacenti in diversi campioni nazionali) (grafico 14). La prevalenza è in genere stabile o in calo<sup>(95)</sup>, anche se una prevalenza stabile non significa che la trasmissione non si verifichi più: anzi, in alcuni paesi, sono stati segnalati aumenti della prevalenza a partire dalla metà degli anni novanta. Inoltre, in alcune regioni in cui precedentemente erano stati registrati degli aumenti, mancano dati più recenti. Gli aumenti della prevalenza suggeriscono che le misure di prevenzione possono essere insufficienti, anche nelle aree che hanno registrato epidemie da lungo tempo. Il fatto che, in svariate aree, la trasmissione dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale continui è dimostrato anche dall'elevata prevalenza di giovani (sotto i 25 anni) e di nuovi consumatori di stupefacenti per via parenterale (coloro che si iniettano droga da meno di due anni) (OEDT, 2003b)<sup>(96)</sup>. Laddove la prevalenza dell'HIV sia rimasta elevata tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, la continuazione dell'impegno per la prevenzione è importante per prevenire la trasmissione del virus ai nuovi consumatori di stupefacenti per via parenterale, ai partner sessuali dei consumatori di stupefacenti per via parenterale e dalla madre al bambino.

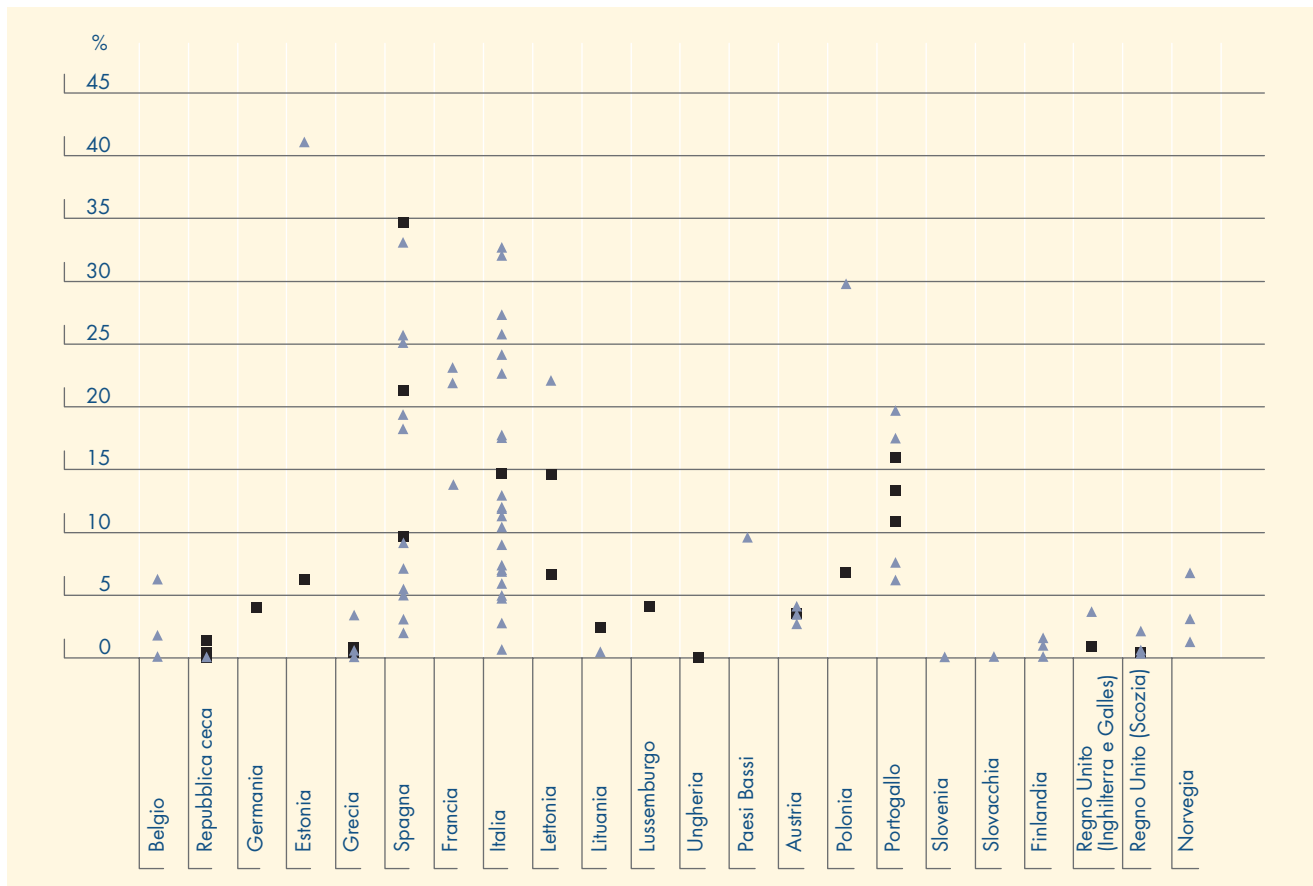
### Epatite B e C ed altre infezioni

La prevalenza degli anticorpi del virus dell'epatite B (HBV) (6-85 %) e degli anticorpi del virus dell'epatite C (HCV) (17-95 %) tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE è in genere estremamente elevata: ciò sta ad indicare una consistente esigenza di trattamento e prevenzione (grafico 15). La prevalenza dell'HCV è inferiore (25-33 %) in alcuni dei paesi in cui anche la prevalenza dell'HIV è a livelli bassi (in particolare in alcuni dei nuovi Stati membri dell'UE: Ungheria, Slovenia,

<sup>(95)</sup> Per maggiori dettagli su questi dati e per le fonti originali, cfr. *Malattie infettive\_tab. 1 e Malattie infettive\_tab. 8, bollettino statistico 2004.*

<sup>(96)</sup> *Ibidem.*

**Grafico 14:** Prevalenza dell'HIV tra consumatori di stupefacenti per via parenterale — Studi a copertura nazionale e locale 2001-2003



**N.B.:** ■ = campioni a copertura nazionale; ▲ = campioni a copertura locale/regionale.  
 Le differenze tra paesi devono essere interpretate con cautela a causa dei diversi tipi di strutture e/o di metodi di studio; variano anche le strategie di campionamento nazionali.  
 Per Portogallo e Italia i dati comprendono non-IDU e pertanto la prevalenza tra IDU potrebbe risultare sottostimata (percentuale di non-IDU nei campioni: Italia 5-10 %, Portogallo non nota). Per la Francia questo succede in alcuni dei campioni.  
 I dati per Germania, Italia, Ungheria, Portogallo e Slovacchia riguardano soltanto la prevalenza dell'HIV tra IDU in trattamento e potrebbero non rappresentare la prevalenza dell'HIV tra gli IDU che non sono in trattamento.  
 I dati per Germania e Lussemburgo e parte dei dati per Belgio e Francia sono basati su risultati di test autosegnalati e pertanto meno attendibili dei test documentati clinicamente.  
**Fonte:** Punti focali nazionali Reitox. Per fonti primarie, dettagli dello studio e dati prima del 2001, cfr. Malattie infettive\_tab. 8, bollettino statistico 2004.

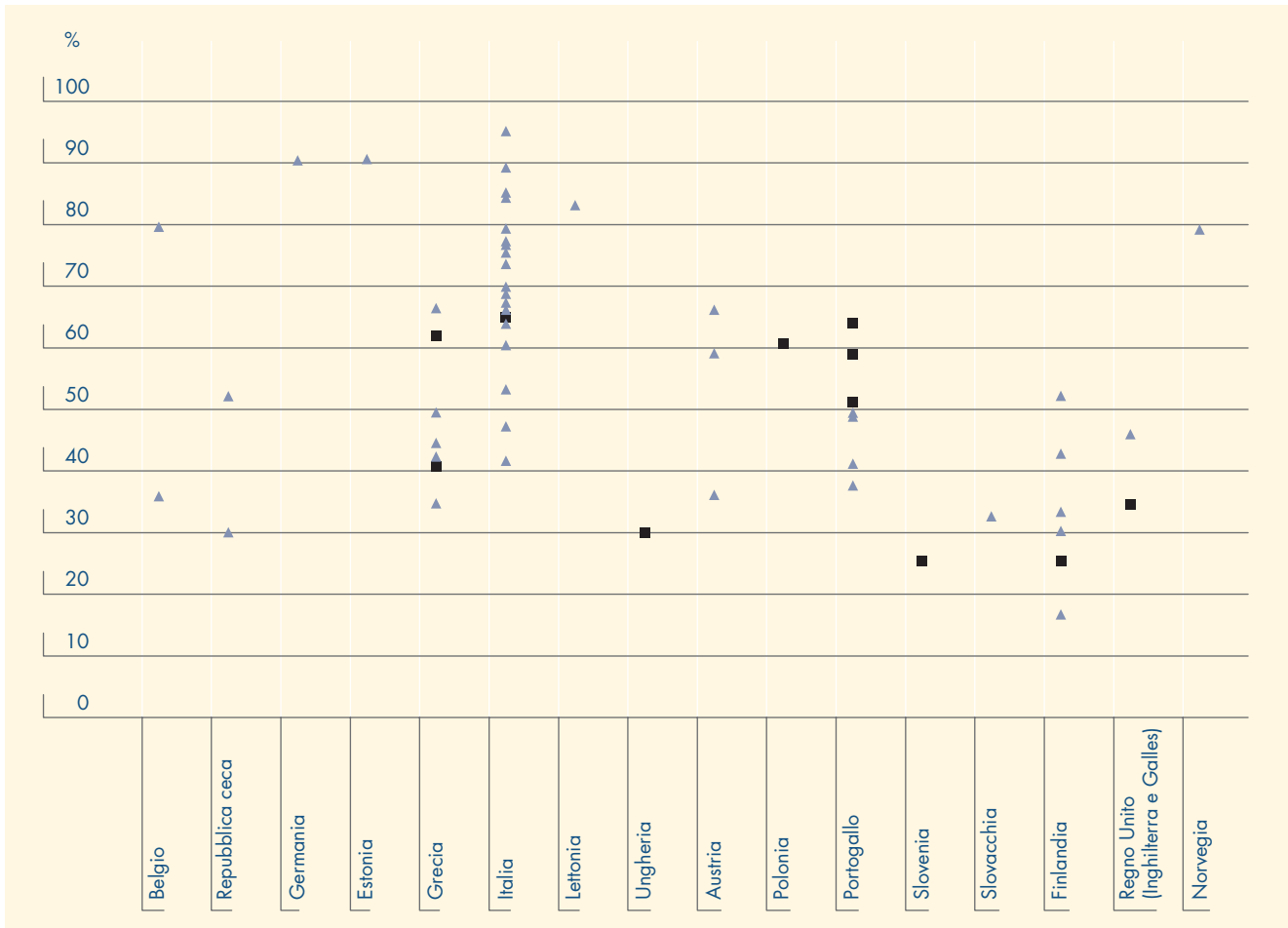
Slovacchia), il che suggerisce che i comportamenti ad alto rischio non sono ancora diffusi in questi paesi. Ciò implica che la prevenzione del diffondersi di queste malattie mediante interventi volti alla riduzione dei danni è ancora possibile (cfr. più avanti).

Il consumo di sostanze stupefacenti per via parenterale può veicolare una serie di altre malattie infettive; ad esempio, in questi ultimi anni si sono registrati nel Regno Unito epidemie di tetano e di botulismo sulle ferite in correlazione ai consumatori di stupefacenti per via parenterale, forse per la contaminazione dell'eroina e/o per specifiche pratiche iniettive (Hope e al., 2004). La prevalenza della tubercolosi (TBC) tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale dell'UE sembra essere in genere piuttosto bassa e non è in aumento, fatta eccezione forse per i paesi del Baltico (Migliori e Centis, 2002). Tuttavia, nei paesi confinanti dell'Europa orientale sta diventando un problema crescente,

a causa dell'aumentata resistenza al trattamento e della sua elevatissima prevalenza tra i detenuti, molti dei quali sono tossicodipendenti.

Le infezioni sessualmente trasmesse possono essere sia un indicatore di comportamento sessuale ad alto rischio, sia un fattore di rischio per l'infezione da HIV (Estebanez e al., 2001). Attualmente, la prevalenza delle infezioni sessualmente trasmesse è in rapido aumento in numerosi paesi dell'UE, principalmente tra gli omosessuali. Tra i tossicodipendenti, le infezioni sessualmente trasmesse sono molto comuni, ad esempio, in Irlanda e Italia (Giuliano e Suligoi, 2004), ma in altri paesi (quali Svezia e Norvegia) esse sono riportate soltanto raramente; tuttavia, nella maggior parte dei paesi sembrano mancare dati di vigilanza specifici per i tossicodipendenti. Se i dati relativi alla vigilanza devono servire come indicatori di comportamenti sessuali ad alto rischio tra i consumatori

**Grafico 15:** Prevalenza dell’HCV tra consumatori di stupefacenti per via parenterale — Studi a copertura nazionale e locale 2001-2002



**N.B.:** ■ = campioni a copertura nazionale; ▲ = campioni a copertura locale/regionale.  
 Le differenze tra paesi devono essere interpretate con cautela a causa dei diversi tipi di strutture e/o di metodi di studio; variano anche le strategie di campionamento nazionali.  
 Per Portogallo e Italia i dati comprendono non-IDU e pertanto la prevalenza tra IDU potrebbe risultare sottostimata (percentuale di non-IDU nei campioni: Italia 5-10 %, Portogallo non nota). Per la Repubblica ceca questo succede in uno dei campioni.  
 I dati per Inghilterra e Galles e parte dei dati per la Finlandia si basano sui test della saliva, i quali tendono a sottostimare la prevalenza di HCV.  
 I dati per Belgio, Italia, Ungheria, Portogallo, Slovenia e Slovacchia riguardano soltanto la prevalenza dell’HIV tra IDU in trattamento e potrebbero non rappresentare la prevalenza dell’HIV tra gli IDU che non sono in trattamento.  
**Fonte:** Punti focali nazionali Reitox. Per fonti primarie, dettagli dello studio e dati prima del 2001 cfr. Malattie infettive\_tab. 11, bollettino statistico 2004.

di stupefacenti per via parenterale, per derivarne il potenziale di trasmissione per via sessuale dell’HIV (Wiessing e Kretzschmar, 2003), è importante che essi permettano di seguire l’andamento di queste infezioni, specialmente tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale. Complessivamente, la situazione epidemiologica delle malattie infettive tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale è seria. Ciò richiede lo screening sistematico dei tossicodipendenti ogni qual volta essi vengano a contatto con i servizi sanitari, nonché l’assegnazione di risorse sufficienti per la prevenzione ed il trattamento.

**Riduzione delle infezioni correlate alla droga**

A partire dal 2001 si è registrato, in numerosi Stati membri, un ulteriore aumento del numero e della copertura

geografica dei programmi di scambio di aghi e siringhe (NSP) <sup>(97)</sup>. In Estonia e Lettonia, in particolare, è in atto una rapida espansione di nuovi servizi, sostenuta da sovvenzioni locali, nazionali ed internazionali in risposta a notevoli epidemie di HIV. In Scozia, il numero delle siringhe scambiate è quasi triplicato tra il 1997 ed il 2002, ed ulteriori incrementi sono previsti con l’aumento del numero massimo di siringhe a 60 per paziente/visita, facilitando così lo scambio tra pari. A completamento dei restanti vuoti geografici nei paesi dell’Europa occidentale, programmi di scambio di aghi e siringhe sono stati introdotti anche in Irlanda del Nord (nelle farmacie) e nelle Fiandre (Belgio). Tuttavia, in Svezia, ferve ancora il dibattito circa l’estensione dei programmi di scambio di aghi e siringhe.

Laddove siano stati condotti studi sulle modalità di accesso alle siringhe, dai risultati emerge che l’acquisto in farmacia

<sup>(97)</sup> Cfr. tabella 6 OL: Prestazione e tipologia dei programmi di scambio di aghi e siringhe (NSP), coinvolgimento delle farmacie, numero di siringhe distribuite/vendute.

rappresenta la fonte più comune di accesso al materiale per le iniezioni (per esempio, il 30-45 % dei pazienti NSP in Belgio, il 32 % in Lussemburgo ed il 30-40 % in Ungheria). In quattro paesi le farmacie svolgono un ruolo significativo nello scambio o nella fornitura di siringhe: in Spagna, Portogallo e Regno Unito, le farmacie sostituiscono gratuitamente le siringhe, mentre in Francia sono venduti, principalmente nelle farmacie, «stérikit» con il contributo dello stato. Per effetto del coinvolgimento delle farmacie, questi quattro paesi hanno raggiunto una buona copertura geografica dei punti di scambio degli aghi. Negli altri paesi, i tossicodipendenti devono acquistare le siringhe (e gli altri materiali d'uso), il cui prezzo elevato, in alcuni paesi, è fonte di preoccupazione <sup>(98)</sup>.

La Francia ed il Portogallo segnalano che il numero delle siringhe prese in farmacia è in diminuzione. In Francia, la vendita di siringhe è diminuita del 45 % tra il 1999 ed il 2002, passando da 16,5 milioni a 9 milioni di pezzi. Queste riduzioni non sono state controbilanciate da un'accresciuta attività dei programmi di scambio di aghi e siringhe. Le possibili spiegazioni comprendono un aumento delle modalità di assunzione diverse dall'iniezione, l'aumentato accesso al trattamento sostitutivo o perfino livelli più elevati di condivisione degli aghi (Emmanuelli, 2003).

I programmi di scambio di aghi e siringhe possono trovare attuazione mediante una serie di metodi diversificati: agenzie per tossicodipendenti a bassa soglia, farmacie, strutture sanitarie generali e servizi sociali, nonché punti mobili in cui avviene lo scambio (un pullman attrezzato o operatori addetti alla prima assistenza) e macchine distributrici speciali. Particolarmente in alcuni nuovi Stati membri (Repubblica ceca, Polonia, Slovenia e Bulgaria), ma anche in Belgio, Irlanda e Regno Unito, operatori alla pari addetti alla prima assistenza rivestono un ruolo sempre più importante nella fornitura di attrezzature sterili ai tossicodipendenti (McVeigh e al., 2003).

### Sviluppi nel trattamento delle infezioni connesse con la droga

L'elevata incidenza dell'infezione da virus dell'epatite C (HCV) tra i consumatori di droga preoccupa sempre più i professionisti della sanità. Tra il 60 e l'80 % delle persone che hanno contratto il virus diventano cronicamente infette, il che provoca epatite in fase terminale fino al 20 % dei casi, ma l'accesso dei tossicodipendenti al trattamento per epatite C è basso. Sono disponibili on line un briefing strategico ed una monografia scientifica sull'epatite C prodotti dall'OEDT (OEDT, 2003c; OEDT, 2004d) <sup>(99)</sup>.

Nella maggior parte dei paesi la situazione dell'accesso al trattamento per affezioni epatiche continua a richiedere un miglioramento. Siccome le linee guida per il trattamento sono considerate uno strumento importante per dirigere l'offerta di trattamento medico, l'OEDT ha svolto un'analisi

delle linee guida per il trattamento dell'infezione da HCV nei tossicodipendenti nei 15 paesi dell'ex UE ed in Norvegia nel 2003-2004 <sup>(100)</sup>. Da questo studio è risultato che in molti paesi era in corso un riesame delle direttive nazionali tenendo conto di migliori metodi di trattamento e di risultati molto migliori. Alcuni nuovi documenti guida facevano esplicitamente riferimento a ricerche che avevano dimostrato i benefici per i tossicodipendenti di un trattamento fornito da équipe interdisciplinari di epatologi e specialisti dell'uso di droga.

Finanziamenti speciali saranno messi a disposizione dal *Global Fund against AIDS, Tuberculosis and Malaria* (GFATM), per fornire un trattamento antiretrovirale ai pazienti dell'Estonia e del paese candidato, Bulgaria: il numero previsto di persone che riceveranno il trattamento antiretrovirale è di 500 in Estonia e 200 in Bulgaria (Segretariato GFATM, 2004).

### Prestazione di servizi: nuove tendenze

Per quanto riguarda la prestazione di servizi a bassa soglia per i tossicodipendenti, originariamente incentrati sullo scambio di aghi e siringhe, le principali tendenze comprendono una maggiore integrazione con altri servizi orientati alla sopravvivenza, per esempio rifugi, servizi medici e di assistenza sanitaria, estensione degli orari di apertura alla sera, di notte e nei week-end.

Di fronte ad un numero crescente di consumatori caotici di droga poco inclini a rivolgersi ai servizi di assistenza, i centri antidroga dei Paesi Bassi ritornano alla persuasione «amichevole» per convincere i tossicodipendenti normalmente irraggiungibili a farsi curare. Questo metodo, chiamato cura «interferenziale», fornisce un servizio sanitario esteso ed autorevole ad un gruppo di persone vulnerabili con vari problemi che, pur trovandosi in una situazione allarmante che minaccia la loro qualità di vita, non fanno uso dei normali servizi sanitari (Roeg e al., 2004).

Il contatto con i tossicodipendenti e con i soggetti a rischio è essenziale per la trasmissione di messaggi riguardanti l'educazione sanitaria e la prevenzione dei danni alla salute correlati all'uso di droghe. Questo risultato è stato raggiunto in buona misura nella Repubblica ceca, dove una fitta rete di 93 servizi sparsi per il paese ha raggiunto individualmente, nel 2002, più di 22 000 consumatori problematici di stupefacenti — oltre la metà della popolazione stimata di consumatori problematici di stupefacenti (relazione nazionale della Repubblica ceca, 2003, pag. 35).

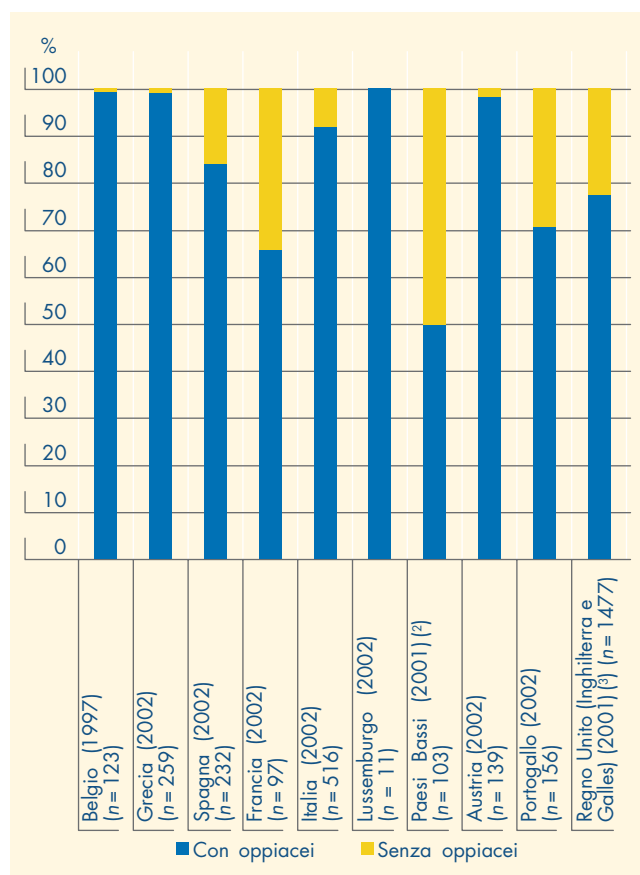
Numerosi altri paesi riconoscono il ruolo dei servizi per tossicodipendenti a bassa soglia, in quanto piattaforma per offrire assistenza medica di base, come il trattamento di ferite ed ascessi, per esempio gli «ambulatori da campo» in Norvegia. In Finlandia, servizi medici a bassa soglia, denominati «centri di consulenza sanitaria», conducono con successo campagne di test e vaccinazione. L'opportunità di ricevere un'assistenza medica attrae anche i

<sup>(98)</sup> Cfr. tabella 7 OL: Prezzi dei tipi di siringhe d'uso comune (ago incluso) in euro.

<sup>(99)</sup> Il riquadro 4 OL, Problemi principali dell'epatite C, presenta i risultati di tre recenti pubblicazioni dell'OEDT sull'epatite C.

<sup>(100)</sup> Analisi delle linee guida per il trattamento dell'infezione da virus dell'epatite C per quanto riguarda la possibilità di accesso al trattamento per i consumatori di droga.

**Grafico 16:** Percentuale dei decessi legati alla droga con o senza presenza di oppiacei in alcuni paesi dell'UE nel 2001-2002 <sup>(1)</sup>



<sup>(1)</sup> O nell'ultimo anno per il quale sono disponibili informazioni.

<sup>(2)</sup> Nei Paesi Bassi, alcuni casi «senza oppiacei» si riferiscono ad «altre sostanze narcotiche non specificate» oppure ad «altre sostanze psicotrope non specificate», che potrebbero comprendere casi con oppiacei e casi dovuti a cocaina.

<sup>(3)</sup> Nel Regno Unito, le informazioni tossicologiche provengono dal programma nazionale sui decessi per abuso di sostanze (np-SAD, St George's Hospital Medical School), sulla base dei rapporti dei coroner. Sono compresi i casi in cui è menzionato almeno un oppioide; possono esserci alcune sovrapposizioni e la percentuale complessiva può essere inferiore.

N.B.: In alcuni paesi le «definizioni nazionali» di decesso legato alla droga comprendono un numero limitato di casi di decessi indirettamente legati all'uso di droga.

Fonte: Relazioni nazionali Reitox 2003, dati desunti dai registri nazionali di mortalità o da registri speciali (di medicina legale o della polizia), sulla base delle definizioni nazionali presentate nelle note metodologiche «Definizione dei decessi improvvisi correlati a sostanze stupefacenti negli Stati membri». Cfr. anche Decessi correlati a sostanze stupefacenti\_tab. 1, bollettino statistico 2004.

tossicodipendenti che sarebbero altrimenti difficili da contattare; il contatto con l'équipe medica fornisce l'opportunità, ben al di là delle occasioni rappresentate dallo scambio di aghi e siringhe, di reperire risorse e di essere indirizzati a servizi come la consulenza ed i test dell'HIV, l'assistenza medica ed il trattamento (OEDT, 2004a).

L'esigenza di servizi a bassa soglia è maggiore nei paesi in cui le epidemie sono «di vecchia data», dove chi assume droga da lungo tempo per via parenterale accusa considerevoli problemi sanitari ed è più emarginato e socialmente escluso: la crescente gamma di servizi offerti potrebbe riflettere anche una maggiore dipendenza di questo gruppo dai servizi stessi.

## Decessi correlati agli stupefacenti <sup>(101)</sup>

Gli oppiacei sono presenti nella maggior parte dei «decessi correlati agli stupefacenti» <sup>(102)</sup> a causa delle sostanze illecite segnalate nell'UE, anche se, in molti casi, l'esame tossicologico evidenzia anche altre sostanze (grafico 16) <sup>(103)</sup>.

Tra il 1995 ed il 2001, 8 000-9 000 decessi per overdose sono stati segnalati ogni anno dai paesi dell'UE <sup>(104)</sup>. Questi dati possono essere considerati alla stregua di stime minime, in quanto è probabile che, nella maggior parte dei paesi, vi sia un qualche livello di sottosegnalazione. La maggioranza delle vittime da overdose è data da giovani uomini (70-93 %) nella fascia compresa tra i trent'anni scarsi ed i quarant'anni scarsi, con un'età media tra i 31 ed i 40 anni. Nella maggior parte dei paesi dell'UE, le vittime evidenziano una tendenza all'invecchiamento, il che suggerisce un «effetto coorte di invecchiamento» <sup>(105)</sup>. In Finlandia e, in minor misura, Grecia e Regno Unito, tale tendenza non appare: un risultato che merita attenzione, in quanto potrebbe indicare un'accresciuta incidenza del consumo di oppiacei o del consumo per via parenterale in questi ultimi anni (grafico 17).

Da vari paesi dell'UE giungono regolarmente segnalazioni di decessi correlati alla droga in cui è riscontrabile il metadone. Al pari di tutti gli oppiacei, il metadone è una sostanza potenzialmente tossica, ma le ricerche condotte mostrano chiaramente che le terapie sostitutive riducono il rischio di mortalità per overdose tra i partecipanti al programma. Da numerosi studi è emerso che i decessi in cui è presente il metadone sono dovuti più probabilmente all'uso illecito, piuttosto che autorizzato della sostanza; altri hanno riscontrato un rischio più elevato durante le fasi iniziali delle terapie di mantenimento con metadone. Questi risultati suggeriscono l'esigenza di garantire standard di qualità per i programmi di sostituzione.

## Andamento dei decessi improvvisi correlati al consumo di stupefacenti

L'andamento dei decessi correlati al consumo di stupefacenti varia da un paese all'altro, anche se si possono indicare alcune tendenze generali per tutti i paesi dell'UE. Nel corso degli anni ottanta e nei primi anni novanta era stato osservato un marcato incremento

<sup>(101)</sup> Per una panoramica dei decessi correlati al consumo di stupefacenti, cfr. «Decessi correlati al consumo di stupefacenti e mortalità tra i tossicodipendenti» nella relazione annuale dell'anno scorso (OEDT, 2003b).

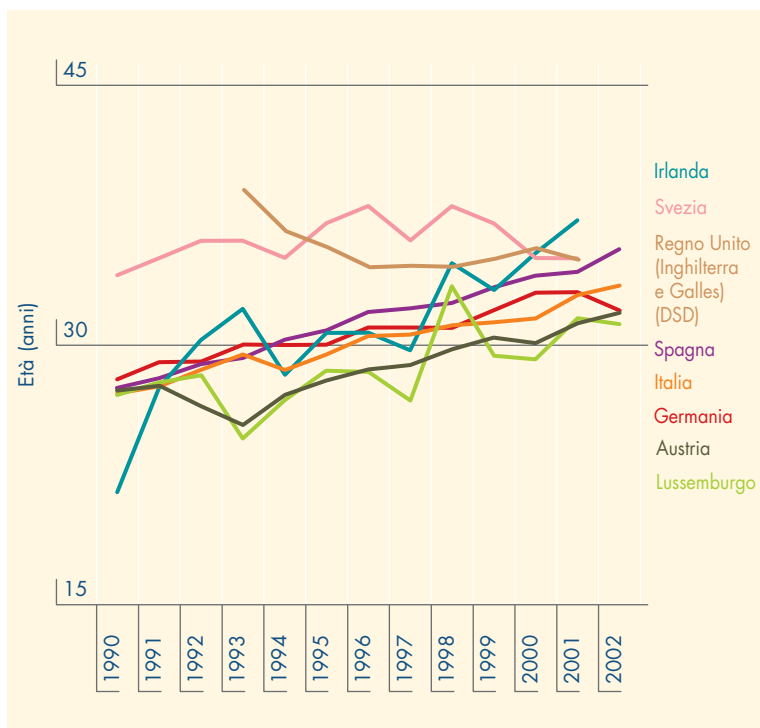
<sup>(102)</sup> Cfr. note metodologiche «Definizione dell'OEDT — Decessi correlati al consumo di stupefacenti», bollettino statistico 2004. Cfr. anche il protocollo OEDT per i decessi correlati al consumo di stupefacenti (<http://www.emcdda.eu.int/?nodeid=1419>).

<sup>(103)</sup> Cfr. Decessi correlati a sostanze stupefacenti\_tab. 1, bollettino statistico 2004.

<sup>(104)</sup> Cfr. Decessi correlati a sostanze stupefacenti\_tab. 2 e Decessi correlati a sostanze stupefacenti\_tab. 3, bollettino statistico 2004.

<sup>(105)</sup> Cfr. grafico 10 OL: Evoluzione della percentuale degli ultratrentacinquenni tra le vittime di decessi improvvisi correlati al consumo di stupefacenti nei paesi dell'UE dal 1990 al 2001-2002.

**Grafico 17:** Età media delle vittime di decesso legato alla droga in alcuni paesi dell'UE, 1990-2002



**N.B.:** Il grafico presenta i paesi che hanno segnalato l'età media delle vittime per la maggior parte degli anni del periodo indicato. Cfr. anche grafico 10 OL: Evoluzione della percentuale degli ultratrentacinquenni tra le vittime di decessi correlati al consumo di stupefacenti nei paesi dell'UE dal 1990 al 2001-2002.

Informazioni sulla base delle definizioni nazionali presentate nelle note metodologiche relative alle definizioni nazionali dei decessi improvvisi correlati a sostanze stupefacenti. In Inghilterra e Galles, è utilizzata la «Drug Strategy Definition» (DSD) (Definizione derivante dalla strategia sulle sostanze stupefacenti), bollettino statistico 2004.

**Fonte:** Relazioni nazionali Reitox 2003, dati desunti dai registri nazionali di mortalità o da registri speciali (di medicina legale o della polizia).

complessivo dei decessi correlati al consumo di stupefacenti <sup>(106)</sup>. Nel periodo 1990-2000, nonostante il decremento registrato in alcuni paesi, è proseguita la tendenza complessiva al rialzo, anche se ad un ritmo meno accentuato. Nel 2000, sono stati registrati 8 838 decessi rispetto a 6 284 nel 1990 (un incremento del 40 %).

Tra il 2000 ed il 2001-2002, molti paesi dell'UE hanno registrato una diminuzione del numero di decessi correlati al consumo di stupefacenti, che in alcuni casi (Germania, Grecia, Irlanda, Italia e Portogallo) ha raggiunto una rilevanza statistica. Anche in Norvegia la polizia ha segnalato un notevole calo dei decessi legati agli stupefacenti nel 2002. A livello UE si è registrato un calo complessivo tra il 2000 (8 838 casi) ed il 2001 (8 306 casi), il che rappresenta una contrazione modesta, anche se statisticamente significativa (6 %) (grafico 18) <sup>(107)</sup>.

Nei nuovi Stati membri o nei paesi candidati si può prevedere una tendenza all'aumento dei decessi correlati al consumo di stupefacenti. Per il momento, in questi paesi la qualità delle informazioni relative ai decessi correlati al consumo di stupefacenti è limitata e le tendenze osservate vanno interpretate con cautela. L'Estonia e la Slovenia mostrano una tendenza all'aumento, mentre in Bulgaria e nella Repubblica ceca non è individuabile alcuna tendenza particolare.

Nonostante alcuni fattori favorevoli, come una diminuzione del consumo di oppiacei per via parenterale in alcuni paesi e un aumento delle prestazioni dei servizi terapeutici, la diminuzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti osservata negli ultimi due anni resta piuttosto bassa (o inesistente in alcuni paesi) e i dati correnti restano elevati in una prospettiva a lungo termine.

### Mortalità complessiva tra i consumatori di oppiacei

Gli studi sulle coorti di mortalità hanno dimostrato che la mortalità tra i consumatori di oppiacei è fino a 20 volte superiore ai valori che si registrano nella popolazione generale della medesima età. L'OEDT sta coordinando un progetto cooperativo di coorti di mortalità in otto paesi, e i risultati preliminari sono stati presentati in precedenti relazioni dell'OEDT. Sono in corso ulteriori analisi con l'aggiunta di coorti di Francia e Scozia e si prevede che i risultati saranno presentati nelle future relazioni annuali.

### Riduzione dei decessi correlati al consumo di stupefacenti

A partire dalla metà degli anni novanta, è cresciuta la consapevolezza dei fattori di rischio sociali e personali, del rischio di morire per effetto del consumo di stupefacenti e delle circostanze in cui è probabile che i decessi possano avvenire, con particolare riferimento alle overdose fatali di eroina (Best e al., 2000; 2001; Origer e Delucci, 2002). I risultati indicano che gli approcci medici ed educativi presentano un considerevole potenziale per ridurre il numero dei decessi. La riduzione dei decessi per overdose recentemente osservata in numerosi paesi (Francia, Spagna) è stata attribuita ad una maggiore disponibilità di terapie sostitutive (in Francia, per esempio: relazione nazionale, 2002, 2003), nonché a modifiche nella modalità di somministrazione, con una riduzione del consumo per via parenterale (OEDT, 2004b).

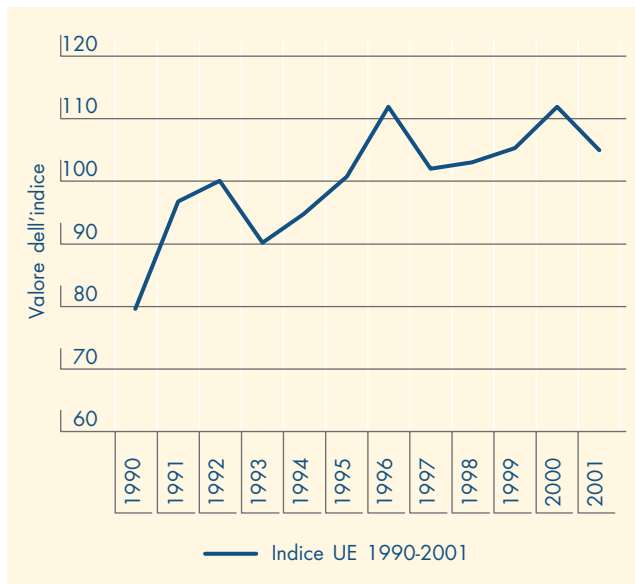
La riduzione del numero di decessi correlati al consumo di stupefacenti è un obiettivo di livello europeo (strategia UE sulle droghe 2000-2004 — Obiettivo n. 2), ed è stato ribadito in un numero crescente di strategie nazionali sulla droga <sup>(108)</sup>.

<sup>(106)</sup> Cfr. grafico 11 OL: Andamento a lungo termine dei decessi improvvisi direttamente correlati al consumo di stupefacenti (1985-2001).

<sup>(107)</sup> Cfr. anche grafico 12 OL: Andamento dei decessi improvvisi correlati al consumo di stupefacenti in ciascun paese dell'UE e nell'insieme dell'UE, 1985-2001. Per il Regno Unito cfr. anche «Methodological notes on national definitions of drug-related deaths» (Statistical bulletin): «Drug Strategy Definition» e «ONS traditional definition». La Drug Strategy Definition produce stime strettamente legate alla definizione europea standard OEDT («Selezione B»).

<sup>(108)</sup> Cfr. tabella 8 OL: Strategie e misure adottate per ridurre i decessi correlati al consumo di stupefacenti nei 25 Stati membri dell'UE ed in Norvegia.

**Grafico 18:** Cambiamento nel numero di decessi improvvisi correlati a sostanze stupefacenti — Totale UE e Norvegia 1990-2001 (indicizzato a 100 per la media nel periodo 1990-2001)



**N.B.:** Per carenza di dati, l'indice 2002 non è stato calcolato. Le tendenze per paese si trovano nel grafico 11 OL. I dati sul numero dei casi per paese si trovano nelle tabelle Decessi correlati a sostanze stupefacenti\_tab. 2 e Decessi correlati a sostanze stupefacenti\_tab. 3 (bollettino statistico 2004). Per il Regno Unito, sono stati scelti i dati forniti dall'Office of National Statistics (ONS) (Ufficio statistico nazionale) perché sono disponibili per un periodo più lungo.

**Fonte:** Relazioni nazionali Reitox 2003, dati desunti dai registri nazionali di mortalità o da registri speciali (di medicina legale o della polizia), sulla base delle definizioni nazionali presentate nelle note metodologiche relative alle definizioni dei decessi improvvisi correlati a sostanze stupefacenti (bollettino statistico 2004).

La divulgazione ai tossicodipendenti ed alle loro reti sociali di materiali informativi ed educativi sui rischi e sulla gestione delle overdose (pieghevoli, manifesti, opuscoli o video) è prassi comune nella maggior parte dei vecchi Stati membri, ma non è usuale nei nuovi Stati membri. Altre risposte suffragate dall'esperienza, come l'intervento di pari in caso di emergenza e l'incoraggiamento ai tossicodipendenti che possono essere testimoni di un'overdose a chiamare l'ambulanza, sono segnalate da

numerosi paesi, ma la conoscenza del livello di erogazione di questi corsi non è ancora sistematica. In alcuni paesi, per ridurre i decessi per overdose è usata, o è presa in considerazione, la distribuzione ai tossicodipendenti di un antagonista degli oppiacei, il naloxone <sup>(109)</sup> (OEDT, 2003a).

In alcuni paesi, i tossicodipendenti che consumano la droga all'aperto e sono ad alto rischio di overdose possono fruire di locali di consumo controllati: questi servizi esistono in Germania, Spagna e Paesi Bassi e sono in via di allestimento in Lussemburgo, Slovenia e Norvegia. Se la copertura è adeguata, questi locali possono contribuire a ridurre il numero dei decessi correlati al consumo di stupefacenti nelle città.

In Austria, un progetto basato nei dipartimenti di emergenza si rivolge ai tossicodipendenti che sono soggetti frequentemente ad overdose <sup>(110)</sup>.

### Locali per il consumo

In trentanove città europee sono stati aperti «locali per il consumo» dove i tossicodipendenti conclamati possono assumere sostanze stupefacenti in condizioni igieniche, sotto la sorveglianza di personale qualificato e senza timore di essere arrestati. La relazione dell'OEDT sull'argomento, *European report on drug consumption rooms* (OEDT, 2004a), descrive questi «locali per il consumo», spiega perché e come sono stati creati, descrive gli specifici gruppi destinatari di questi servizi, i loro obiettivi ed il loro funzionamento e riassume i risultati disponibili.

Essendo servizi altamente specializzati, integrati in una rete più ampia di servizi a favore dei tossicodipendenti, i locali per il consumo sono basati sul consenso e sulla cooperazione attiva tra personale sanitario, polizia, autorità locali e comunità locali. La relazione mostra che questi servizi riescono a stabilire contatti con un gruppo di tossicodipendenti altamente problematico ed a promuoverne l'accesso alle cure sanitarie primarie di cui hanno estremo bisogno come pure ai servizi sociali e terapeutici. Fornendo l'accesso a strumenti di iniezione puliti in un ambiente sorvegliato durante il consumo di stupefacenti, si riducono i rischi di morbidità e di mortalità come pure il disturbo dovuto al consumo di droga in pubblico.

<sup>(109)</sup> Cfr. tabella 8 OL: Strategie e misure adottate per ridurre i decessi correlati al consumo di stupefacenti nei 25 Stati membri dell'UE ed in Norvegia.

<sup>(110)</sup> Cfr. il progetto austriaco EDDRA nel database EDDRA: [http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog\\_ID=2066](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066)

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar



## Capitolo 7

### Trattamento — Come soddisfare le esigenze dei soggetti problematici

Molti soggetti che abbiano sviluppato problematiche legate al consumo di stupefacenti possono trarre vantaggio dal contatto con una struttura terapeutica. Nella Comunità europea è disponibile una gamma di opzioni terapeutiche differenziate, le quali riflettono sia i contesti nazionali e storici, sia le caratteristiche differenziate dei gruppi che necessitano di aiuto. Tali opzioni sono riassunte qui di seguito. La loro disponibilità varia da un paese all'altro ed è, in generale, meno sviluppata nei nuovi Stati membri. Tuttavia, nel complesso, pare vi siano investimenti in corso per aumentare la capacità del settore con un visibile miglioramento delle opportunità disponibili per chi ha problemi legati agli stupefacenti.

Un nuovo sviluppo di quest'area è dato dall'uso delle possibilità di comunicazione offerte dalle nuove tecnologie per potenziare i servizi destinati ai tossicodipendenti. Un'attenzione considerevole è stata dedicata al ruolo di Internet: è pertanto un risultato positivo che alcuni paesi, come i Paesi Bassi e la Finlandia, abbiano avviato alcune iniziative per esplorare il potenziale di questo strumento, al fine di migliorare le informazioni e le opzioni disponibili in materia di assistenza. Tra le attività figura lo sfruttamento della comunicazione diretta, mediante e-mail e telefoni cellulari, nonché la ricerca di come i servizi di consulenza per via elettronica e SMS (testo) possano essere d'aiuto ai tossicodipendenti.

In tutta l'UE la tendenza generale è di spostare la terapia legata alla droga dagli ospedali ai centri terapeutici in strutture comunitarie. Questa evoluzione è meno evidente nei nuovi Stati membri, dove gli ospedali psichiatrici restano i principali presidi terapeutici (Estonia, Lettonia, Lituania, Slovenia), anche se la situazione può cambiare in alcuni paesi; per esempio, nella Repubblica ceca l'assistenza è prestata in entrambe le strutture.

#### Caratteristiche dei servizi terapeutici

##### Trattamento in situazione di astinenza

Il trattamento in situazione di astinenza comporta l'applicazione di tecniche psicosociali ed educative per conseguire l'astinenza a lungo termine da sostanze

stupefacenti. In passato questo tipo di terapia veniva attuato con ricovero per lunghi periodi, ad esempio in comunità terapeutiche. Oggi è spesso anche basato sulla comunità. Per alleviare i sintomi dell'astinenza possono essere utilizzati dei farmaci, solitamente limitati ad antidepressivi e/o benzodiazepine, anche se in alcune comunità terapeutiche non sono fornite neppure sostanze di questo tipo <sup>(111)</sup>.

Poiché il trattamento medicalmente assistito è previsto solitamente per i consumatori di oppioidi, una qualche forma di trattamento in situazione di astinenza è in genere l'unica opzione terapeutica cui possano ricorrere i soggetti alle prese con problematiche legate a sostanze non oppioidi.

##### Trattamento medicalmente assistito

Il trattamento medicalmente assistito prevede sia la terapia sostitutiva con sostanze agoniste, sia la terapia con sostanze antagoniste. Normalmente questo tipo di intervento farmacologico fa uso di naltrexone (un antagonista) ovvero di uno dei seguenti agonisti degli oppioidi: metadone, buprenorfina, diidrocodeina, eroina, morfina a rilascio lento.

Nell'Europa allargata il metadone continua ad essere la sostanza sostitutiva prescritta più comunemente. Tuttavia, in questi ultimi anni le opzioni terapeutiche si sono ampliate. Entro il 2002 tutti gli Stati membri, ad eccezione dei Paesi Bassi e dell'Irlanda (dove è usata soltanto a scopo di disintossicazione) <sup>(112)</sup>, segnalavano l'uso di buprenorfina. Altre sostanze sostitutive, quali la diidrocodeina (Belgio, Germania, Lussemburgo, Austria), la morfina a rilascio lento (Austria) e l'eroina (Germania, Paesi Bassi, Regno Unito) sono utilizzate con minor frequenza o nell'ambito di trial medici (Springer, 2003a) <sup>(113)</sup>.

In termini di valori assoluti, la terapia sostitutiva è diventata la forma più comune di trattamento specializzato nell'UE, con oltre 400 000 persone che ricevono un trattamento di questo tipo. Tuttavia, fatta eccezione per la Slovenia, questa forma di intervento è molto meno disponibile nei nuovi Stati membri dell'UE, dove predominano le opzioni terapeutiche in regime di astinenza <sup>(114)</sup>.

<sup>(111)</sup> Cfr. grafico 13 OL: Modalità terapeutiche in situazione ospedaliera di astinenza.

<sup>(112)</sup> In Irlanda la buprenorfina è usata soltanto per trattare le crisi di astinenza.

<sup>(113)</sup> Cfr. tabella 9 OL: Sostanze sostitutive usate negli Stati membri dell'UE.

<sup>(114)</sup> Cfr. grafico 14 OL: Predominanza della terapia sostitutiva o del trattamento in regime di astinenza per consumo di oppiacei.

## Accessibilità e criteri di ammissione alla terapia sostitutiva

Prosegue la tendenza a rendere meno restrittivi i criteri di ammissione alla terapia sostitutiva. In passato i criteri di ammissione sono stati spesso altamente selettivi, limitando questo tipo di trattamento ai soggetti considerati affetti da problemi cronici particolari. Oggi, l'accesso alle terapie sostitutive è in genere ammesso dopo i 18 anni d'età, con una storia di 1-2 anni di consumo problematico di stupefacenti (Belgio, Irlanda, Paesi Bassi). La maggior parte dei nuovi Stati membri segnala soglie più elevate, per esempio un'età minima di 20 anni ed una storia di consumo problematico di almeno cinque anni (Estonia e Lettonia), anche se la Slovenia ammette alla terapia sostitutiva i tossicodipendenti che abbiano almeno 16 anni. Criteri di inclusione relativamente rigidi si riscontrano anche in Grecia, Finlandia, Svezia e Norvegia, con un'età minima per accedere al trattamento variabile da 20 a 25 anni, con il requisito di 4-5 anni di consumo problematico.

Nonostante l'aumentata disponibilità di terapie sostitutive, alcuni paesi segnalano che la domanda continua ad essere superiore all'offerta; liste di attesa sono segnalate da Belgio, Repubblica ceca, Grecia, Estonia, Ungheria, Irlanda, Svezia e Norvegia. L'accesso può essere limitato anche dalle modalità di erogazione dei servizi; per esempio, in Lituania i pazienti devono pagare i farmaci, e questo riduce il ricorso al servizio.

## Introduzione della terapia sostitutiva

Vi sono considerevoli variazioni tra gli Stati membri per quanto riguarda l'introduzione della terapia sostitutiva. Alcuni Stati membri hanno introdotto programmi sostitutivi con metadone alla fine degli anni sessanta e nei primi anni settanta, mentre altri hanno introdotto questa forma di terapia in maniera estensiva soltanto negli anni novanta (Belgio, Grecia, Francia, Norvegia). La terapia sostitutiva rappresenta un'evoluzione relativamente recente nella maggior parte dei nuovi Stati membri, dove essa è stata introdotta in genere all'inizio degli anni novanta, ma l'Estonia ha introdotto il suo primo programma soltanto nel 2001. L'unica eccezione è la Slovenia, che ha istituito dei programmi di questo tipo sin dal 1990<sup>(115)</sup>.

## Sostegno psicosociale nel trattamento in regime di astinenza

Malgrado si riconosca ampiamente che la terapia sostitutiva dovrebbe accompagnarsi ad un sostegno psicosociale, quest'ultimo è ben lungi dall'essere una componente terapeutica di routine. Nella Repubblica ceca, in Germania e nei Paesi Bassi, la carenza delle risorse disponibili limita l'apporto di un adeguato sostegno psicosociale. In Norvegia, anche se teoricamente a tutti i pazienti in terapia sostitutiva dovrebbe essere assegnato un

consulente sociale, in pratica non sempre si dispone della capacità sufficiente. Uno studio danese ha riscontrato che i pazienti che fanno uso di metadone e non ricevono sostegno psicologico, tendono a consumare una droga secondaria in misura considerevolmente superiore rispetto a chi invece riceve tale sostegno. Altre ricerche stanno studiando se un sostegno psicosociale esteso possa migliorare i risultati terapeutici (Pedersen, 2001). L'Irish College of General Practitioners (Collegio irlandese dei medici generici) ha approvato le indicazioni per una terapia sostitutiva suffragata dall'esperienza (2003), sottolineando l'esigenza della componente psicosociale.

L'utilità del sostegno psicosociale dipende anche, comunque, dal valore percepito dai pazienti di questa tipologia di opzione terapeutica. In Grecia, si segnala che i pazienti che seguono programmi terapeutici basati sul metadone fanno spesso ricorso alla consulenza psicosociale, mentre in Lettonia soltanto pochi pazienti sono disposti a ricevere questo tipo di intervento.

## Assicurazione della qualità

L'assicurazione della qualità terapeutica può essere definita come «il tentativo sistematico di monitorare, documentare e migliorare la qualità dei servizi erogati». Nell'UE i meccanismi di assicurazione della qualità generalmente accettati sono cinque: accreditamento dei servizi terapeutici, standard terapeutici, formazione del personale, monitoraggio dei pazienti e dei risultati, valutazione dei livelli di ritenzione, dei risultati e del grado di soddisfazione e, infine, scarico ecc. (grafico 19).

Per quanto riguarda l'assicurazione della qualità dei servizi terapeutici per tossicodipendenti, i nuovi orientamenti comprendono il suo inserimento nell'ambito delle strategie nazionali sulla droga (Grecia, Spagna, Francia, Irlanda, Svezia), ovvero la definizione di alcuni requisiti minimi che tali servizi devono presentare (Belgio, Repubblica ceca, Germania, Paesi Bassi, Polonia, Slovenia e Regno Unito). L'accreditamento dei servizi terapeutici è un meccanismo di assicurazione della qualità che caratterizza alcuni paesi (Germania, Spagna, Francia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo e Regno Unito), anche se alcuni paesi ammettono la necessità di un'ulteriore applicazione (Repubblica ceca, Paesi Bassi). Molti paesi segnalano il crescente ricorso alla formazione del personale, anche se l'effettiva estensione e copertura non è sempre sistematicamente monitorata. La valutazione sistematica, su larga scala, dei servizi terapeutici per tossicodipendenti è relativamente rara: si registra soltanto in Danimarca, Italia, Lettonia, Lussemburgo, Polonia, Regno Unito e Norvegia.

## Reinserimento sociale

Il reinserimento sociale poggia su tre pilastri: 1) la casa; 2) l'istruzione; 3) l'occupazione e la formazione

<sup>(115)</sup> Cfr. grafico 15 OL: Introduzione della terapia sostitutiva con metadone nell'UE.

professionale. La casa è un prerequisito per una vita stabile, per cui gli interventi mirano a fornire ai tossicodipendenti (anche agli ex) un posto in cui vivere e/o a dare un contributo per pagare l'affitto. I tossicodipendenti in genere non hanno un livello d'istruzione ufficiale molto elevato e potrebbero migliorare la propria condizione se coltivassero le loro conoscenze di scrittura, di calcolo o di altro tipo. Infine, le iniziative d'occupazione e di formazione professionale mirano a conseguire l'indipendenza sociale, mediante l'integrazione del paziente nel mercato del lavoro, trovandogli un lavoro o fornendo un sussidio oppure mediante specifici corsi di formazione.

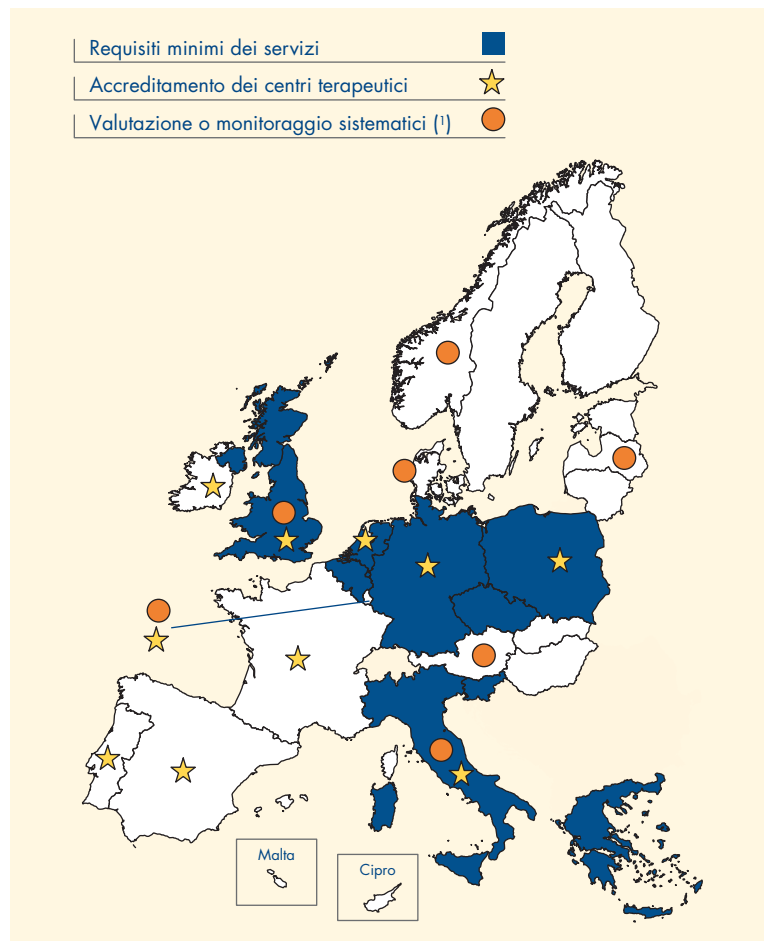
Il reinserimento sociale è una risposta meno consolidata al consumo problematico di stupefacenti di quanto non sia la terapia: conseguentemente il monitoraggio e le indicazioni provenienti da quest'area sono anch'essi più irregolari. Alcuni Stati membri segnalano che quest'area richiederebbe maggiore attenzione e più elevate risorse finanziarie (Germania, Estonia, Finlandia), ma in altri il reinserimento sociale sta riscuotendo una maggiore attenzione politica sia mediante l'inserimento in strategie nazionali sulla droga, sia sotto forma di sostegno finanziario (Grecia, Irlanda, Inghilterra e Galles) <sup>(116)</sup>.

## Dati relativi alla domanda di trattamento

Le informazioni relative al numero delle persone che chiedono di entrare in terapia per problemi di droga forniscono un'utile indicazione circa l'andamento generale che caratterizza il consumo problematico di stupefacenti; offrono inoltre un quadro dell'organizzazione delle strutture terapeutiche e del ricorso ad esse. L'indicatore della domanda di trattamento (TDI) utilizzato dall'OEDT fornisce una struttura uniforme per relazionare sul numero e sulle caratteristiche dei pazienti demandati alle strutture terapeutiche. Per quanto i dati TDI possano essere considerati come una rappresentazione ragionevolmente affidabile ed utile delle caratteristiche dei pazienti demandati a servizi specializzati, per una serie di ragioni tecniche occorre essere cauti nell'estrapolare i risultati rispetto alla clientela oggetto di tutti i servizi complessivamente erogati.

Il quadro generale che emerge dai dati TDI più recenti e dalle relazioni nazionali continua a riflettere l'andamento già segnalato in questi ultimi anni, vale a dire un aumento del numero complessivo degli individui che iniziano la terapia. Nonostante questo, il numero delle nuove domande, vale a dire degli individui che entrano in terapia per la prima volta, sembra essere abbastanza stabile <sup>(117)</sup>. L'aumento della domanda complessiva è riconducibile ad una combinazione di fattori, fra cui miglioramenti apportati

**Grafico 19:** Assicurazione della qualità per i trattamenti correlati a sostanze stupefacenti



(!) Registro o banca dati centralizzati in cui sono iscritti i clienti o i trattamenti seguiti.  
Fonte: Relazioni nazionali Reitox.

alla copertura del sistema di reporting ed una maggiore disponibilità delle terapie offerte <sup>(118)</sup>.

## Caratteristiche dei pazienti che chiedono di entrare in terapia

Sia i servizi per tossicodipendenti che i loro clienti tendono a concentrarsi in città dell'interno ed in aree urbane, dove le problematiche relative alla droga si presentano congiuntamente ad una serie di altri problemi di carattere sociale e sanitario, i quali sono più frequenti nell'ambito di comunità emarginate e svantaggiate.

La maggior parte dei pazienti entra in terapia nella fascia d'età compresa tra i 20 anni e l'inizio dei 30 anni; l'età media dei pazienti che entrano in terapia per la prima

<sup>(116)</sup> Cfr. grafico 16 OL: Panorama dei servizi di reinserimento sociale.

<sup>(117)</sup> Cfr. grafico 17 OL: Nuovi clienti in trattamento all'anno in alcuni Stati membri dell'UE.

<sup>(118)</sup> Cfr. TDI\_tab. 1 e TDI\_tab. 2, bollettino statistico 2004.

volta è di 26 anni. Tuttavia, la distribuzione dell'età che si può osservare in Europa non è uniforme e mostra picchi oltre i 39 anni e sotto i 20 anni. Questo fenomeno è dovuto principalmente al fatto che la distribuzione dell'età è in funzione della sostanza stupefacente, nel senso che i consumatori problematici di oppiacei o cocaina tendono ad essere più vecchi della media, mentre chi chiede di entrare in terapia perché fa uso di cannabis o sostanze stimolanti diverse dalla cocaina è generalmente più giovane <sup>(119)</sup>. Pertanto, nei paesi che hanno registrato un marcato incremento del numero dei pazienti affetti da problematiche legate alla cannabis, come la Danimarca, la Germania e la Finlandia, i pazienti sono generalmente più giovani che non in paesi, quali Grecia, Spagna e Paesi Bassi, dove predominano le problematiche legate all'eroina ed alla cocaina. Lo sviluppo storico della droga riveste anch'esso un ruolo nel determinare l'età della popolazione in terapia; ad esempio, in Finlandia i pazienti sono piuttosto giovani e ciò riflette il fatto che il problema della droga è relativamente recente. Risultati analoghi riguardano molti dei nuovi Stati membri, dove le problematiche legate alla droga sono spesso un fenomeno storico relativamente nuovo, anche se, fra chi chiede di entrare in terapia, predominano i problemi legati all'eroina <sup>(120)</sup>.

Per quanto in tutti i paesi europei prevalgono i tossicodipendenti maschi, il rapporto uomo-donna varia considerevolmente da un paese all'altro, da 3:1 a 6:1. Le differenze tra i paesi riflettono, anche qui, la tipologia delle problematiche, l'area geografica (la percentuale più elevata di donne tossicodipendenti si trova nei paesi dell'Europa settentrionale e nei nuovi Stati membri) e l'età dei pazienti.

È interessante rilevare che la maggior parte dei pazienti che chiede di entrare in terapia per eroina, cocaina, ipnotici o sedativi fa un uso quotidiano di queste sostanze, mentre per altre droghe la frequenza del consumo è più diversificata. L'argomento è affrontato in dettaglio nella questione specifica sulle problematiche legate alla cannabis nel loro contesto (pag. 82).

La maggior parte dei pazienti in terapia segnala di aver cominciato a far uso di stupefacenti durante l'adolescenza, solitamente tra i 15 ed i 19 anni. Tuttavia, una notevole differenza è segnalata per quanto riguarda il primo consumo di eroina e cocaina: dal 20 al 30 % dei pazienti ha cominciato a farne uso ad un'età di 25 anni e oltre <sup>(121)</sup>.

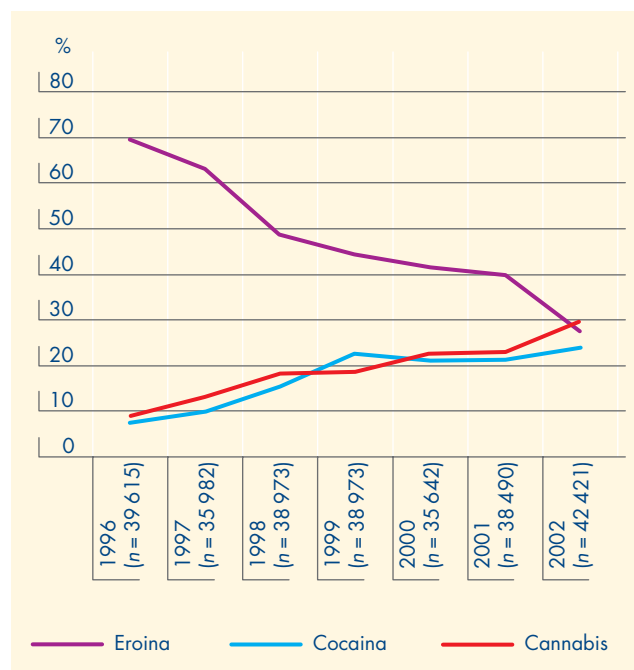
### Aspetti sociodemografici

Dalle informazioni demografiche risulta che vi è un'altissima probabilità che i pazienti in terapia siano anche socialmente ed economicamente svantaggiati. Oltre

la metà dei pazienti non è riuscita a completare l'istruzione secondaria <sup>(122)</sup>. La percentuale dei soggetti privi di un'occupazione regolare è elevata rispetto al tasso generale di disoccupazione: in alcuni paesi, oltre la metà dei tossicodipendenti in terapia è senza lavoro <sup>(123)</sup>. Anche le condizioni abitative sono spesso precarie: il 15 % circa dei soggetti in terapia vive in istituti o in alloggi instabili <sup>(124)</sup>. Va ricordato inoltre che la mancanza stessa di fissa dimora può limitare la capacità degli individui di trarre vantaggio dalle opzioni terapeutiche — e che la mancanza di fissa dimora può aggravare sia le problematiche relative alla droga che le loro conseguenze (OEDT, 2003b, pag. 65).

Dei pazienti che vivono in un alloggio stabile, un terzo vive da solo, un altro terzo vive con i genitori ed il rimanente terzo vive con un partner o con altre persone. Più del 10 % vive con bambini; è dimostrato che i figli di tossicodipendenti possono incontrare una serie di difficoltà. Le problematiche legate alla droga, inoltre, possono rendere particolarmente impegnativo il rapporto di parentela (Murphy-Lawless, 2002).

**Grafico 20:** Percentuale di nuovi pazienti che frequentano servizi terapeutici per tossicodipendenze e che segnalano come droga primaria eroina, cocaina e cannabis, 1996-2002



N.B.: I paesi che forniscono dati ogni anno sono: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI e SE (eccetto FI dati mancanti per 1996-1997 e SE dati mancanti per 2000). I dati sono la somma di quelli forniti dai paesi per ciascun anno.

Fonte: Relazioni nazionali Reitox 2003.

<sup>(119)</sup> Cfr. TDI\_tab. 5, bollettino statistico 2004.

<sup>(120)</sup> Cfr. TDI\_tab. 4, bollettino statistico 2004.

<sup>(121)</sup> Cfr. grafico 18 OL: Età in cui la droga è stata consumata la prima volta (suddivisione per droga primaria) e TDI\_tab. 5, bollettino statistico 2004.

<sup>(122)</sup> Cfr. grafico 19 OL: Tutti i pazienti in rapporto al livello di istruzione e TDI\_tab. 6, bollettino statistico 2004.

<sup>(123)</sup> Cfr. grafico 20 OL: Tutti i pazienti per condizione lavorativa e TDI\_tab. 7, bollettino statistico 2004.

<sup>(124)</sup> Cfr. grafico 21 OL: Condizioni di vita (dove) tra tutti i pazienti e condizioni di vita (con chi) tra tutti i pazienti.

### Tipologia delle sostanze stupefacenti consumate

L'indicatore TDI tiene conto sia della droga primaria, per la quale si chiede la terapia, sia dell'eventuale sostanza secondaria consumata. Le tre sostanze che vengono più frequentemente citate, come ragione primaria della terapia o come droga secondaria, sono oppiacei, cannabis e cocaina (grafico 20).

L'illustrazione di un quadro chiaro delle sostanze stupefacenti per le quali gli individui chiedono di entrare in terapia è complicata dal fatto che i tossicodipendenti consumano solitamente una serie di sostanze psicoattive. Spesso è difficile individuare fino a che punto le problematiche di un individuo siano correlate ad una particolare sostanza. In tutti i paesi, la poliassunzione è frequente fra i pazienti in terapia: una percentuale variabile dal 40 all'80 % di tutti i pazienti segnala il consumo di almeno una droga secondaria supplementare. Per molti individui il consumo di più di una droga è un fatto comune: le problematiche concomitanti legate all'alcool complicano spesso ulteriormente la terapia. È preoccupante, in molti paesi, la tendenza all'aumento del numero di chi ha segnalato problemi con più di una sostanza.

#### Oppiacei

Nella maggior parte dei paesi, gli oppiacei (soprattutto eroina) restano la droga principale per la quale i pazienti chiedono di entrare in terapia: generalmente, dal 40 al 90 % di tutte le richieste di terapia. Tuttavia, i paesi dell'UE si possono suddividere grosso modo in tre gruppi, a seconda dell'entità delle problematiche legate all'eroina della popolazione in terapia:

- sotto il 40 % — Repubblica ceca, Ungheria, Finlandia, Svezia;
- 40-70 % — Danimarca, Germania, Spagna, Paesi Bassi, Repubblica slovacca;
- oltre il 70 % — Grecia, Italia, Lituania, Lussemburgo, Slovenia, Regno Unito.

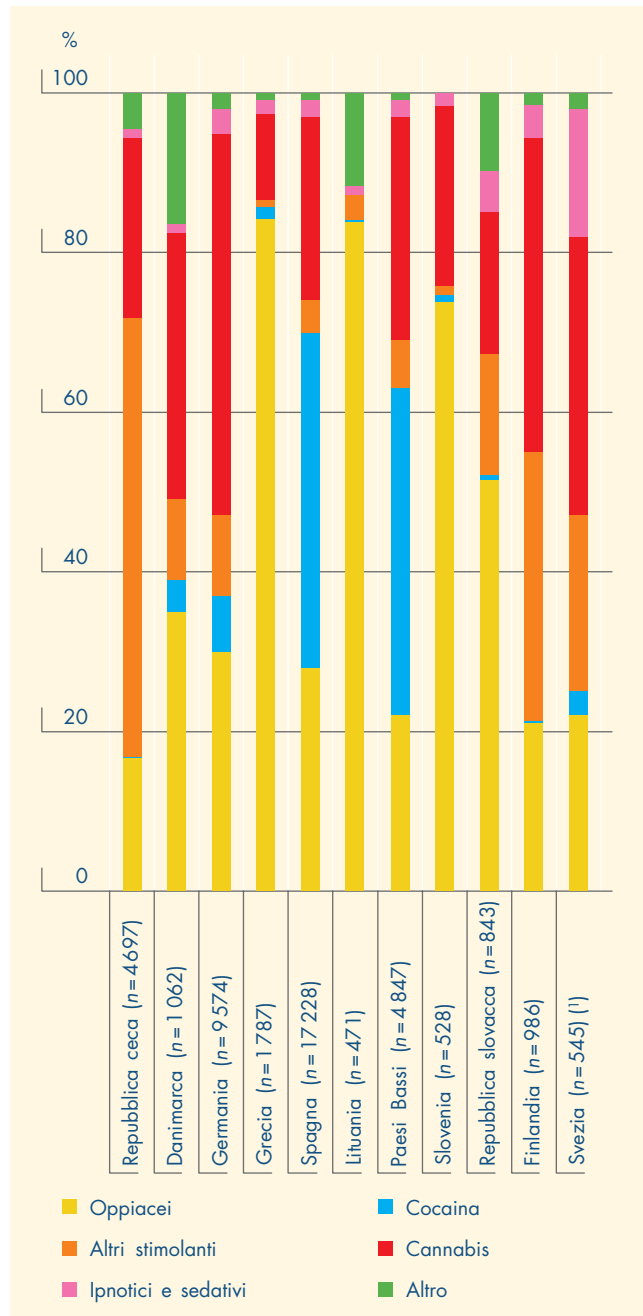
#### Cannabis

La cannabis è nel complesso la seconda delle droghe più frequentemente segnalate in relazione alle persone che entrano in terapia. Ciò vale specialmente per i nuovi pazienti (cfr. grafico 21), quasi un terzo dei quali (29,5 %) segnala un problema primario legato alla cannabis. La percentuale degli individui che chiedono di entrare in terapia per la cannabis varia notevolmente da un paese all'altro<sup>(125)</sup>. La domanda di terapia per cannabis è affrontata in maniera più approfondita in un'altra parte della presente relazione (pag. 82).

#### Cocaina

La cocaina è al terzo posto tra le droghe più comunemente segnalate da chi entra in terapia, ma con notevoli differenze da un paese all'altro. Per esempio, le richieste

**Grafico 21:** Nuovi pazienti entrati in terapia per consumo di sostanze stupefacenti nel 2002: distribuzione per droga primaria

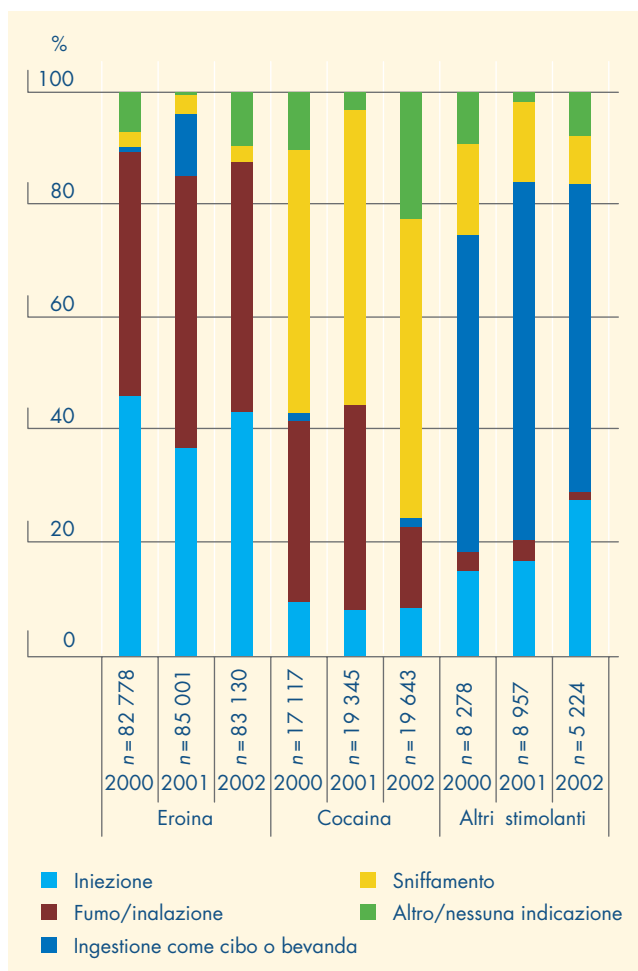


(<sup>1</sup>) Solo trattamento ambulatoriale.  
 N.B.: Numero totale di casi: 42 568.  
 Fonte: Relazioni nazionali Reitox 2003.

correlate al consumo di cocaina sono ad un livello estremamente basso, o addirittura assenti, nei nuovi Stati membri. Nella maggior parte degli altri paesi, la cocaina, in quanto droga primaria, rappresenta meno del 10 % di tutte le richieste di terapia, per quanto la percentuale sia più elevata, attorno al 25 %, tra i nuovi pazienti.

(<sup>125</sup>) Cfr. TDI\_tab. 10 e TDI\_tab. 11, bollettino statistico 2004.

**Grafico 22:** Distribuzione della via di somministrazione per eroina, cocaina e altri stimolanti tra i beneficiari dei servizi di trattamento ambulatoriale: 2000-2002



Meno dell'8 % dei pazienti che chiedono di entrare in terapia per consumo di cocaina ha segnalato di usare l'iniezione di questa sostanza come modalità usuale di somministrazione.

**Altre sostanze stimolanti**

Le sostanze stimolanti diverse dalla cocaina sono raramente segnalate come ragione primaria per accedere alla terapia, fatta eccezione per la Repubblica ceca, la Finlandia e la Svezia, dove le sostanze stimolanti rappresentano una percentuale compresa tra un quarto e più della metà di tutte le richieste di terapia primaria. Nella Repubblica ceca, oltre il 50 % delle richieste segnalate di terapia riguarda problemi legati all'uso primario di metanfetamine. Altrove, il consumo di sostanze stimolanti in quanto motivo per accedere alla terapia è meno comune, ma si avvicina al 10 % dei soggetti che entrano in terapia nella Repubblica slovacca, al 7 % in Germania, al 6 % in Danimarca e al 5 % in Ungheria. In tutti gli altri paesi, la percentuale è ancora più bassa. I dati del 2002 rivelano inoltre un aumento del numero dei consumatori di sostanze stimolanti che hanno segnalato il consumo per via parenterale, dal 14 % nel 2000 al 27 % nel 2002, anche se questo gruppo resta relativamente piccolo in termini di numeri assoluti (grafico 22).

N.B.: Dati disponibili per DK, DE, EL, ES, IE, NL, FI, SE e UK (i dati 2002 dell'Irlanda non erano disponibili). Sono riportati i numeri di base dei numeri totali che segnalano la via di somministrazione.

Fonte: Relazioni nazionali Reitox 2003 (2001, 2002, 2003); dati TDI (2000, 2001, 2002) provenienti dai centri terapeutici ambulatoriali.



## Capitolo 8

### Criminalità e situazione carceraria

#### Reati correlati agli stupefacenti

Tra i reati correlati agli stupefacenti figurano le quattro categorie seguenti:

- Reati psicofarmacologici: reati commessi sotto l'effetto di una sostanza psicoattiva.
- Reati economici compulsivi: reati commessi per ottenere denaro (o droga) a fronte di una dipendenza da droghe.
- Reati sistemici: reati commessi nel quadro del funzionamento dei mercati illeciti di sostanze stupefacenti, cioè dell'attività di distribuzione ed offerta di droghe illecite.
- Reati contro la legge in materia di stupefacenti: reati commessi contro la normativa riguardante le sostanze stupefacenti (e leggi collegate).

Per quanto riguarda le prime tre categorie di reati, nell'UE i dati sono rari e quelli che sono disponibili provengono da studi locali ad hoc condotti in genere in maniera differenziata e dai quali è pertanto difficile estrapolare dati.

Le «segnalazioni»<sup>(126)</sup> di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti (uso, possesso, spaccio, traffico ecc.) riflettono non soltanto le differenze esistenti nelle legislazioni nazionali, ma anche le diverse modalità di applicazione delle leggi, nonché le differenze esistenti tra le priorità e le risorse assegnate dalla giustizia penale a reati specifici. Inoltre i sistemi informativi sui reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti variano considerevolmente da un paese all'altro, con particolare riferimento alle prassi di segnalazione e registrazione (che cosa viene registrato, quando e come). Queste differenze rendono il confronto tra i paesi dell'UE piuttosto difficile.

Nel periodo 1997-2002, il numero delle «segnalazioni» di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti è

aumentato nella maggior parte dei paesi dell'UE. Gli aumenti sono stati particolarmente rilevanti (anche più del doppio) nella Repubblica ceca, in Estonia, Lituania, Ungheria, Polonia, Slovenia e Norvegia. Tuttavia, le «segnalazioni» di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti sono diminuite nel 2001 e 2002 in Italia e Portogallo<sup>(127)</sup> e nel 2002 in Estonia<sup>(128)</sup>, Irlanda, Lettonia, Slovenia e Finlandia.

Nella maggior parte degli Stati membri dell'UE la maggioranza delle segnalazioni per reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti riguarda l'uso di droghe o il possesso per uso personale<sup>(129)</sup>: dal 52 % di tutti i reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti in Finlandia al 90 % in Austria. Nella Repubblica ceca il 90 % di tutte le segnalazioni per reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti riguarda lo spaccio ed il traffico, mentre in Italia e Spagna — dove l'uso di sostanze stupefacenti ed il possesso per uso personale non sono considerati reati penalmente rilevanti — tutti i reati per droga si riferiscono allo spaccio o al traffico di stupefacenti. Infine, in Lussemburgo, Portogallo e Norvegia<sup>(130)</sup>, la maggioranza dei reati riguarda sia l'uso/spaccio, sia il traffico di sostanze stupefacenti.

In tutti i paesi di cui si dispone di dati, fatta eccezione per il Portogallo, la percentuale dei reati per uso/possesso per uso personale di droghe rispetto ai reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti è aumentata nell'arco del quinquennio 1997-2002<sup>(131)</sup>. Il tasso di incremento è stato generalmente basso, ma tendenze al rialzo più marcate sono apparse in Belgio, Lussemburgo e Slovenia, e in Irlanda fino al 2001. In Portogallo, la percentuale dei reati relativi all'uso di droghe è cominciata a diminuire nel 2000, un anno prima della depenalizzazione dell'uso e del possesso per uso personale di sostanze stupefacenti (avvenuta nel luglio 2001)<sup>(132)</sup>.

<sup>(126)</sup> Il termine «segnalazioni» per reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti è riportato tra virgolette, perché descrive concetti diversi nei diversi paesi (relazioni di polizia di persone sospettate di aver commesso reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti, accuse di reato contro la suddetta legge ecc.). Per una esatta definizione, per ogni paese, si fa riferimento alle note metodologiche sulle definizioni di «segnalazioni» per i reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti contenute nel bollettino statistico 2004 (nelle relazioni nazionali, fino al 2001, è stato usato il termine «arresti»).

<sup>(127)</sup> La diminuzione delle «segnalazioni» di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti in Portogallo è dovuta alla depenalizzazione, avvenuta nel luglio 2001, di uso/possesso per uso personale di sostanze stupefacenti.

<sup>(128)</sup> La diminuzione delle «segnalazioni» di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti in Estonia è dovuta alla depenalizzazione, avvenuta nel settembre 2002, di consumo ripetuto e di possesso per uso personale di piccole quantità di sostanze stupefacenti.

<sup>(129)</sup> Cfr. Reati connessi con la droga\_tab. 2, bollettino statistico 2004.

<sup>(130)</sup> In Norvegia, non si fa distinzione tra «spaccio/traffico di sostanze stupefacenti» e «uso/spaccio e traffico di sostanze stupefacenti». I restanti reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti riguardano unicamente «l'uso di sostanze stupefacenti».

<sup>(131)</sup> Cfr. Reati connessi con la droga\_tab. 4, bollettino statistico 2004.

<sup>(132)</sup> La legge che depenalizza l'uso ed il possesso per uso personale di sostanze stupefacenti è stata approvata nel novembre 2000 ed è entrata in vigore nel luglio 2001.



**Tabella 4: Droga maggiormente presente nelle «segnalazioni» per reati contro le leggi sulle sostanze stupefacenti nei paesi dell'UE ed in Norvegia**

Paese	Note	Anno	Percentuale (%)		
			Cannabis	Eroina	Cocaina
Belgio		2002	67	8	7
Repubblica ceca	(2)	2002	37	8	1
Danimarca			n.d.	n.d.	n.d.
Germania	(2) (3)	2002	56	17	9
Estonia			n.d.	n.d.	n.d.
Grecia			n.d.	n.d.	n.d.
Spagna	(1) (4)	2002	52	7	33
Francia	(2)	2002	87	5	3
Irlanda	(2)	2002	65	9	6
Italia	(1) (4)	2002	42	27	28
Cipro			n.d.	n.d.	n.d.
Lettonia			n.d.	n.d.	n.d.
Lituania	(1)	2002	10	15	1
Lussemburgo	(1)	2002	28	51	21
Ungheria	(2)	2002	66	16	2
Malta			n.d.	n.d.	n.d.
Paesi Bassi	(2) (5)	2002	37	58	
Austria	(1)	2002	58	11	11
Polonia			n.d.	n.d.	n.d.
Portogallo	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Slovenia	(1)	2002	82	10	2
Repubblica slovacca			n.d.	n.d.	n.d.
Finlandia			n.d.	n.d.	n.d.
Svezia	(1) (7)	2001	34	7	2
Regno Unito	(1)	2000	69	12	5
Norvegia			n.d.	n.d.	n.d.

N.B.: Per l'esatta definizione per ogni paese, si rinvia alle note metodologiche sulle definizioni di «segnalazioni» di reati per droga nel bollettino statistico 2004.

n.d.: dati non disponibili.

(1) Tra tutte le droghe menzionate (da sola o meno).

(2) Tra le droghe principali.

(3) Tra tutti i reati, suddivisi per droga (per alcuni reati, la suddivisione non è disponibile).

(4) Tra i reati per spaccio e/o traffico di stupefacenti (poiché i reati per uso o possesso per uso personale di droghe non hanno rilevanza penale).

(5) I dati raccolti sotto la voce «eroina» si riferiscono alle «droghe pesanti» (per definizione, le sostanze che presentano rischi inaccettabili per la salute pubblica, quali eroina, cocaina, ecstasy, LSD). Sono esclusi alcuni reati in cui sono coinvolte cannabis insieme con «droghe pesanti»: ciò spiega perché il totale sia inferiore al 100 %.

(6) Questa percentuale è sottostimata, in quanto rappresenta reati dovuti a ciascuna droga da sola, ad esempio reati dovuti soltanto alla cannabis (non sono compresi i reati riferenti a «cannabis + altre droghe»).

(7) Tra le persone cui è stata comminata una pena sommaria dal pubblico ministero o contro le quali un tribunale ha pronunciato una sentenza.

Fonte: Punti focali nazionali.

Nella maggior parte degli Stati membri, la cannabis è la sostanza illecita più spesso presente nei reati segnalati per droga (tabella 4). Nei paesi dove ciò avviene, i reati correlati alla cannabis rappresentano una percentuale variabile dal 34 % (Svezia) all'87 % (Francia) di tutti i reati per droga. L'eroina è la droga più spesso coinvolta in Lituania e Lussemburgo, dove essa rappresenta rispettivamente il 15 % ed il 51 %, di tutti i reati per droga; nei Paesi Bassi, invece, predominano i reati che coinvolgono le «droghe pesanti»<sup>(133)</sup>. La percentuale relativa dei reati contro le leggi sulla droga rispetto a ciascuna droga specifica è influenzata da vari fattori, tra cui le priorità operative degli agenti di polizia e le decisioni strategiche esplicite o implicite per affrontare in modo differenziato i diversi tipi di reato contro le leggi sulla droga.

A partire dal 1997, la percentuale dei reati per droga in cui è coinvolta la cannabis è aumentata in Germania, Spagna, Francia, Lussemburgo, Ungheria e Portogallo, mentre è rimasta stabile in Belgio, Italia, Lituania, Paesi Bassi, Slovenia e Svezia. In Austria, l'incidenza dei reati correlati alla cannabis, rispetto a tutti i reati per droga, è aumentata fino al 1999, per poi diminuire successivamente<sup>(134)</sup>.

Nell'arco del medesimo periodo, la percentuale dei reati correlati all'eroina è diminuita in tutti i paesi dell'UE di cui si dispone di dati<sup>(135)</sup>, tranne Ungheria e Regno Unito, dove è aumentata<sup>(136)</sup>, e Lituania, dove ha registrato fluttuazioni dal 2000<sup>(137)</sup>. Si può osservare la tendenza opposta per quanto riguarda i reati correlati alla cocaina, i quali, in percentuale rispetto a tutti i reati per droga, sono aumentati a partire dal 1997 in tutti i paesi che hanno fornito dati al riguardo, fatta eccezione per Germania, Lituania, Lussemburgo ed Ungheria, che hanno segnalato una tendenza al ribasso<sup>(138)</sup>.

## Tossicodipendenti e situazione carceraria

### Tossicodipendenti in carcere

Le informazioni nazionali di routine sulla tipologia e sui modelli di consumo di stupefacenti tra i detenuti sono rare. Gran parte dei dati disponibili nell'UE proviene da studi ad hoc realizzati a livello locale su campioni di detenuti che variano considerevolmente, in termini dimensionali e di processi di selezione. A volte, inoltre, i penitenziari selezionati non sono rappresentativi del sistema carcerario nel suo complesso, e la mancanza di indagini ripetute impedisce, nella maggior parte dei paesi, l'analisi delle linee di tendenza. Questi fattori rendono molto difficile l'estrapolazione dei risultati.

Rispetto alla popolazione generale, all'interno della popolazione carceraria i tossicodipendenti sono

<sup>(133)</sup> Nei Paesi Bassi sono chiamate «droghe pesanti» le droghe che creano rischi inaccettabili per la salute pubblica, quali eroina, cocaina, anfetamine, ecstasy e LSD.

<sup>(134)</sup> Cfr. Reati connessi con la droga\_tab. 5, bollettino statistico 2004.

<sup>(135)</sup> I paesi seguenti hanno fornito una serie storica dei reati per droga suddivisi per sostanza stupefacente: Belgio, Germania, Spagna, Francia, Irlanda, Italia, Lituania, Lussemburgo, Ungheria, Paesi Bassi (soltanto cannabis e «droghe pesanti»), Austria, Portogallo, Slovenia, Svezia e Regno Unito (soltanto fino al 2000).

<sup>(136)</sup> I dati per il Regno Unito sono disponibili soltanto fino al 2000.

<sup>(137)</sup> Cfr. Reati connessi con la droga\_tab. 6, bollettino statistico 2004.

<sup>(138)</sup> Cfr. Reati connessi con la droga\_tab. 7, bollettino statistico 2004.

sovrarappresentati. La prevalenza una tantum del consumo di stupefacenti tra i detenuti varia notevolmente, dal 22 all'86 %, a seconda della popolazione carceraria, del penitenziario e del paese <sup>(139)</sup>. Come accade nella popolazione generale, la cannabis è la droga illecita segnalata con maggior frequenza, con una prevalenza una tantum tra i detenuti che varia dall'11 all'86 %. Sempre tra i detenuti, la prevalenza una tantum del consumo di cocaina (e cocaina crack) varia dal 5 al 57 % e quella dell'eroina dal 5 al 66 %.

Nell'UE, la prevalenza del consumo regolare di stupefacenti o della tossicodipendenza prima della detenzione varia dall'8 al 73 % <sup>(140)</sup>.

### **Carceri: una sfida per la sanità pubblica**

Anche se alcuni detenuti considerano la detenzione come un'opportunità per affrontare i loro problemi di droga, ciò è spesso difficile da realizzare (Long e al., 2004). La maggioranza dei tossicodipendenti riduce o interrompe il consumo di stupefacenti nel momento in cui entra in carcere, ma alcuni detenuti portano avanti il loro modello di consumo di stupefacenti, mentre altri cominciano a farne uso proprio in carcere. Gli studi disponibili indicano che una percentuale compresa tra l'8 ed il 60 % dei detenuti segnala un consumo di sostanze stupefacenti in carcere ed un 10-36 % segnala un uso regolare di droghe <sup>(141)</sup>.

Molti detenuti hanno accesso limitato ai servizi sanitari. Gli operatori sanitari che lavorano in carcere hanno scarsi contatti con il sistema sanitario normale; inoltre, spesso non sono in grado di accedere a corsi di formazione, aggravando così l'isolamento dei servizi sanitari carcerari. È difficile superare questi problemi: lo si è visto in Irlanda, dove, nonostante l'impegno delle autorità carcerarie e del personale sanitario per migliorare l'accesso ai servizi terapeutici e di assistenza sanitaria per tossicodipendenti, i segnali di miglioramento sono scarsi.

Sta emergendo la tendenza al trasferimento della responsabilità per i servizi sanitari carcerari dal sistema penitenziario al sistema sanitario nazionale. In Spagna, una legge da poco entrata in vigore, *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud* (Legge sulla coesione del sistema sanitario nazionale), mira ad affrontare le richieste di integrazione del sistema della sanità pubblica e di quello carcerario. In Estonia, il ministero della Giustizia intende integrare, in collaborazione con il ministero degli Affari sociali, l'assistenza sanitaria prestata nelle carceri nel sistema sanitario generale entro il 2006. In Francia, già dal 1994 questa responsabilità è stata trasferita al ministero della Salute. In Italia, dal 2000 i servizi sanitari locali sono responsabili dell'assistenza e del trattamento dei detenuti. In Inghilterra e Galles, l'assistenza sanitaria nelle carceri rientra tra le competenze, rispettivamente, del Department

of Health e della National Assembly for Wales (nelle carceri del settore privato è di competenza dell'Home Office per entrambe le regioni). Entro il 2006 l'assistenza sanitaria in tutte le carceri non private dell'Inghilterra entrerà a far parte del servizio sanitario nazionale <sup>(142)</sup>.

### **Malattie infettive nelle carceri e loro prevenzione**

In generale, la prevalenza una tantum del consumo di stupefacenti per via parenterale tra i detenuti risulta compresa tra il 15 ed il 50 %; tuttavia, alcuni studi hanno segnalato un campo di variazione più ampio, dall'1 al 69 %.

Laddove sono disponibili dati comparabili sui soggetti che hanno commesso reati, risulta che i giovani sono meno inclini ad assumere droghe per via parenterale degli adulti e che tra la popolazione carceraria le donne sono più inclini a questo tipo di assunzione degli uomini <sup>(143)</sup>. Sulla base di svariati studi nell'UE, Bird e Rotily (2002) hanno mostrato come circa un terzo dei detenuti adulti maschi faccia uso di droghe per via parenterale. Secondo i dati disponibili forniti dai punti focali Reitox, una percentuale compresa tra lo 0,2 ed il 34 % dei detenuti <sup>(144)</sup> ha fatto uso di droghe per via parenterale durante la detenzione. Questo fenomeno solleva il problema della reperibilità di attrezzature sterili per le iniezioni e quello dell'abitudine a condividerle tipica della popolazione carceraria, senza considerare la diffusione potenziale di malattie infettive se queste problematiche non vengono affrontate.

Per quanto riguarda la diffusione delle malattie infettive, le carceri sono un ambiente ad alto rischio. Tra le prassi che si sono rivelate in grado di ridurre le malattie infettive, vanno annoverati il trattamento delle malattie sessualmente trasmesse, la fornitura di profilattici, il trattamento sostitutivo, i programmi di vaccinazione ed i programmi di scambio di aghi e siringhe.

Nelle carceri è in aumento la disponibilità di interventi terapeutici sostitutivi. In Belgio, Danimarca, Spagna, Austria e Slovenia la terapia sostitutiva è ormai disponibile in tutte le carceri. Il Belgio, la Danimarca, il Lussemburgo e la Norvegia permettono ai detenuti di cominciare la terapia sostitutiva durante la detenzione. In Italia l'inizio della terapia sostitutiva è indirizzato ai prigionieri rinvii in carcere. Nella maggior parte dei Länder tedeschi, nei Paesi Bassi, in Slovenia e nelle carceri delle maggiori città italiane sono disponibili soluzioni volte alla progressiva riduzione della terapia sostitutiva, fino al conseguimento dell'astinenza. Nel Regno Unito, i programmi di mantenimento sono considerati appropriati soprattutto per i detenuti rinvii in carcere o che stanno scontando sentenze brevi.

Uno schema per la vaccinazione contro l'epatite B, specifico per i detenuti, è stato raccomandato dal *National Immunisation Committee* irlandese nel 2002. Esso

<sup>(139)</sup> Cfr. Carceri\_tab. 1, bollettino statistico 2004.

<sup>(140)</sup> Cfr. Carceri\_allegato, bollettino statistico 2004.

<sup>(141)</sup> Cfr. Carceri\_tab. 3, bollettino statistico 2004.

<sup>(142)</sup> Cfr. tabella 10 OL: Le più recenti strategie in materia di droga nelle carceri, direttive ministeriali e standard dei servizi nell'UE ed in Norvegia.

<sup>(143)</sup> Cfr. Carceri\_tab. 2, bollettino statistico 2004.

<sup>(144)</sup> Cfr. Carceri\_tab. 4, bollettino statistico 2004.

comprende tre iniezioni consecutive a cadenza settimanale con un'iniezione di richiamo dopo 12 mesi, e dà in 13 mesi una copertura del 99 % (Zuckerman, 2003).

Dall'esame di 14 studi internazionali che hanno analizzato l'efficacia dei programmi di scambio di aghi e siringhe in ambienti carcerari si è giunti alla conclusione che questi programmi sono fattibili e portano ad una riduzione, sia dei comportamenti ad alto rischio, sia della trasmissione di virus trasmessi dal sangue, senza conseguenze negative, quali punture accidentali con aghi o uso deliberato degli aghi come arma contro il personale carcerario o altri detenuti (Dolan e al., 2003). Nel corso del 2002, programmi di scambio di aghi e siringhe sono stati attuati in 27 penitenziari spagnoli, con la distribuzione di 12 970 siringhe; non sono stati segnalati incidenti.

Per quanto in Spagna il numero delle carceri attrezzate per lo scambio di aghi e siringhe sia in aumento, questi programmi sono stati sospesi nei Länder tedeschi di Amburgo e della Bassa Sassonia (Stöver e Nelles, 2003). In Germania, resta comunque un programma di scambio di aghi e siringhe in un carcere femminile (Berlino) (Weilandt, comunicazione personale, 2004). Nel carcere di Josefstadt, Vienna, è in preparazione un progetto pilota; in Lussemburgo, infine, nel quadro del programma di assistenza sanitaria, si prevede di fornire ai tossicodipendenti detenuti l'occorrenza per le iniezioni <sup>(145)</sup>.

## Alternative al carcere indirizzate ai trasgressori della legge che fanno uso di droghe

Le alternative al carcere saranno l'argomento di una «questione specifica» nella relazione annuale del prossimo anno, quando sarà fornita una panoramica ampia e dettagliata di queste misure nell'UE. La relazione annuale di quest'anno affronterà dunque un aspetto specifico delle pene alternative per i tossicodipendenti.

### Iniziative emergenti: tribunali della droga e mediazione tra vittima e trasgressore

I tribunali della droga fanno parte delle nuove strutture sviluppate in alcuni paesi per affrontare i casi di tossicodipendenti che abbiano commesso un reato non violento. Essi intervengono ritardando la sentenza e coinvolgendo nel processo persone che tradizionalmente non partecipano alla fase terapeutica (giudice, pubblico ministero, altre figure delle forze dell'ordine). L'idea è quella di impedire che chi ha commesso un reato ritorni al sistema giudiziario penale ed al consumo di sostanze stupefacenti, in forza della soluzione terapeutica e della pressione esercitata dal sistema giudiziario penale. Tribunali della droga sono stati istituiti in Irlanda e Scozia,

dove i sistemi penali si basano sulla *common law*. In altri paesi dell'UE, il cui sistema giuridico si basa sul codice civile, non esistono veri e propri tribunali della droga, ma sono state sviluppate iniziative analoghe.

Nel Land tedesco del Baden-Württemberg, nel 2003, è stato istituito un progetto dedicato ai giovani che hanno commesso reati («Via d'uscita»), analogo a quello dei tribunali della droga, per effetto di un'alleanza tra polizia, pubblico ministero, magistrati, servizi di libertà controllata e di consulenza in materia di tossicodipendenze, con il coinvolgimento delle figure principali di tre distretti giudiziari (Baudis, 2004). Analogamente, a Milano, il programma «La cura vale la pena» coinvolge i magistrati, in stretta collaborazione con gli operatori sociosanitari locali (compresi i SERT). Anche in questo caso, i tossicodipendenti che abbiano commesso reati sono indirizzati alla terapia nel giorno stesso in cui la sentenza viene emessa.

La valutazione del tribunale della droga di Dublino (Farrell, 2002) è giunta alla conclusione che vi sono validi motivi per indicare che il tribunale della droga col tempo consentirà un notevole risparmio finanziario per il sistema di giustizia penale. Il ministro della Giustizia ha esteso l'area di Dublino su cui il tribunale della droga esercita la propria giurisdizione.

Dall'esame dell'evoluzione dei tribunali della droga internazionali e della loro efficacia, svolto dal gruppo Pompidou nel 2003, emerge la conclusione che l'introduzione dei tribunali della droga terapeutici dovrebbe basarsi su esigenze ben dimostrate; essa richiede il sostegno politico, meccanismi di cooperazione tra i vari enti ed un adeguato supporto strutturale/finanziario per un periodo minimo garantito di cinque anni (Moyle, 2003).

Si fa ricorso sempre di più ad una giustizia riparatoria, con valenza restitutiva, per accelerare i procedimenti penali intentati contro soggetti che abbiano commesso reati non violenti (fra i quali i tossicodipendenti sono altamente rappresentati). Si tratta di cogliere l'interesse pubblico, riducendo i costi associati alla trattazione dei piccoli reati in sistemi penali già sovraccarichi. Uno degli sviluppi più significativi è dato dalla mediazione stragiudiziale: il sistema mira a risolvere le controversie tra le vittime e gli autori dei reati, nonché a risolvere i conflitti collegati ai procedimenti penali.

Nei Paesi Bassi la polizia offre a chi ha commesso un reato per la prima volta ed ha un'età compresa tra 12 e 18 anni l'opzione di riparare il reato ricorrendo alla mediazione. Nella Repubblica ceca un servizio di libertà controllata e mediazione è stato istituito nel 2000: esso si rivolge principalmente ai giovani ed ai tossicodipendenti. I casi registrati nel 2002 ammontano a 29 291, 765 dei quali riguardano reati correlati al consumo di stupefacenti.

<sup>(145)</sup> Cfr. tabella 11 OL: Servizi sociosanitari mirati ai consumatori di stupefacenti nelle carceri dell'UE nel 2002.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

## Questione specifica 1

# Valutazione delle «strategie nazionali in materia di droga» in Europa

### Approcci alla misurazione delle strategie nazionali in materia di droga

Numerosi paesi hanno adottato recentemente una «strategia nazionale in materia di droga»<sup>(146)</sup>. Questa sezione è incentrata sui piani per la valutazione di queste strategie; ciò è stato possibile per la prima volta su scala europea, grazie all'attività svolta quest'anno dai punti focali nazionali. Questo lavoro ha consentito di chiarire i riferimenti alla valutazione nell'ambito delle «strategie nazionali in materia di droga», che non sempre sono evidenti o ben definiti.

Le misure volte a valutare le «strategie nazionali in materia di droga» in Europa si possono suddividere in tre attività principali: 1) il monitoraggio, cioè la raccolta routinaria di dati riguardanti il fenomeno della droga, nonché le relative risposte ed i relativi interventi; 2) la valutazione dell'attuazione, cioè la valutazione del valore aggiunto apportato dall'attuazione delle iniziative e dall'assegnazione delle risorse previste nella strategia in materia di droga; 3) la valutazione dell'impatto (denominata in genere «valutazione dell'efficacia»), un giudizio sui risultati (effetti a breve termine) e sull'impatto<sup>(147)</sup> (effetti a lungo termine) sul fenomeno della droga a seguito (almeno in parte) di una strategia nazionale in materia di droga (grafico 23)<sup>(148)</sup>.

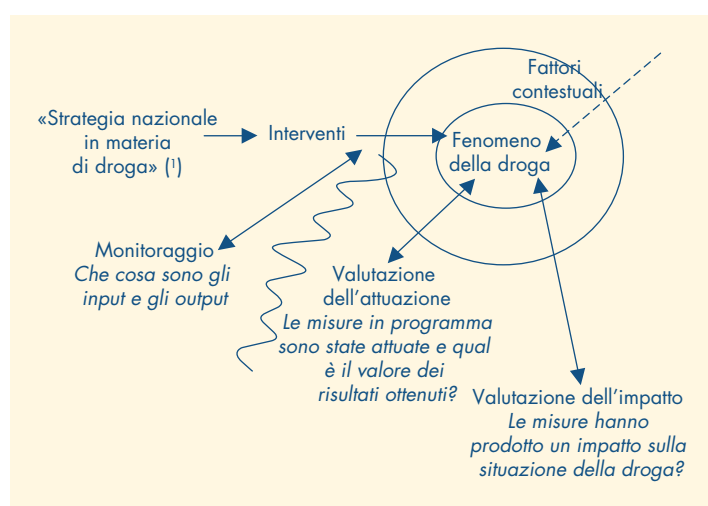
Per quanto riguarda l'approccio alla valutazione delle strategie nazionali in materia di droga, i paesi si distinguono essenzialmente tra quelli che valutano la strategia e quelli che ne valutano l'attuazione e/o l'impatto.

Non sempre le strategie nazionali in materia di droga operano una chiara distinzione tra il concetto del monitoraggio e quello della valutazione: è importante dunque essere consapevoli della differenza. Il monitoraggio è un processo continuo e sistematico, che genera dati di routine di carattere quantitativo e qualitativo sul fenomeno della droga e sugli interventi attuati per affrontarlo. Il monitoraggio può fornire un feedback periodico sul livello di attuazione delle attività (dal lato dell'input: quali risorse sono state spese; dal lato dell'output: quali misure sono state attuate, entro quanto tempo e da chi). Tuttavia, di

solito il monitoraggio non fornisce informazioni sull'impatto di una strategia, né fornisce risposte in merito al perché una determinata attività riesca o meno a conseguire gli obiettivi prefissati. Anche se il sistema di monitoraggio è spesso in grado di fornire informazioni sull'evoluzione dei vari aspetti del fenomeno della droga e sulle misure attuate per contrastarlo, esso è in genere incapace di determinare se tali variazioni siano o meno la conseguenza diretta delle misure attuate (imputazione di causalità).

La questione della causalità ed altre questioni scientifiche complesse sono affrontate mediante la valutazione (tabella 5), vale a dire un «giudizio sul valore di un intervento pubblico» (in questo caso, una strategia nazionale in materia di droga) «con riferimenti a criteri» (rilevanza, efficienza, impatto) e «standard espliciti» (qualità, quantità) (definizione estratta da Commissione europea, 1999). La valutazione, in genere, richiede l'esecuzione di studi approfonditi. La valutazione comprende pertanto due elementi costitutivi: 1) la prova,

**Grafico 23:** Livelli di valutazione delle «strategie nazionali in materia di droga»



(1) Con il termine «strategia in materia di droga» si intendono anche gli eventuali piani d'azione equivalenti derivanti dalla strategia.

<sup>(146)</sup> Definita nel capitolo 1, pag. 17.

<sup>(147)</sup> Per semplicità, useremo qui l'espressione «valutazione dell'impatto» per intendere la valutazione dei risultati e dell'impatto propriamente detto, due esercizi scientifici piuttosto diversi che si trovano in genere distinti nella letteratura in materia.

<sup>(148)</sup> Un'ampia valutazione comprenderebbe anche la valutazione dell'efficienza, la quale misura grosso modo il costo al quale sono stati conseguiti risultati ed impatto. Tuttavia, i dati relativi a questo aspetto erano disponibili soltanto per la Spagna (cfr. più avanti).

**Tabella 5: Termini comunemente utilizzati per la valutazione (metodi di valutazione per un'azione di natura strutturale)**

Valutazione complessiva	Valutazione di un intervento nella sua totalità
Coerenza	La misura in cui la logica dell'intervento non è contraddittoria, ovvero l'intervento non contraddice altri interventi aventi obiettivi analoghi
Rilevanza	La misura in cui gli obiettivi dell'intervento sono pertinenti rispetto alle esigenze, ai problemi ed alle questioni da affrontare
Congruenza	La misura in cui le ricadute positive/negative su altre politiche economiche, sociali o ambientali sono massimizzate/minimizzate
Utilità	La misura in cui gli effetti corrispondono alle esigenze, ai problemi ed alle questioni da affrontare
Efficacia	La misura in cui gli obiettivi prefissati risultano conseguiti
Efficienza	La misura in cui gli effetti desiderati sono conseguiti ad un costo ragionevole
Analisi costi/efficacia	Strumento di valutazione per formulare un giudizio in termini di efficienza
Analisi costi/benefici	Strumento di valutazione per giudicare i vantaggi dell'intervento dal punto di vista del gruppo interessato e sulla base del valore monetario attribuito a tutte le conseguenze dell'intervento
Risultato	Ciò che è finanziato e compiuto (o concretizzato) con il denaro assegnato all'intervento
Impatto	Conseguenza che riguarda i destinatari diretti al termine della loro partecipazione all'intervento, ovvero al completamento di una struttura pubblica, oppure una conseguenza indiretta che riguarda altri destinatari, che possono risultare perdenti o vincenti

Fonte: Commissione europea, 1999.

basata su dati di buona qualità, cioè raccolti seguendo metodologie scientifiche (monitoraggio e studi approfonditi), dell'esistenza di un legame di causalità tra l'attuazione di una politica e le modifiche intervenute nel fenomeno oggetto di studio; 2) un giudizio di valore rispetto all'impatto conseguito, il quale in ultima analisi deve essere collegato al momento decisionale.

In pratica, il concetto di «valutazione» è collegato inscindibilmente a quello di «monitoraggio»: tuttavia, anche se alcuni documenti utilizzano i due termini alla stregua di sinonimi, va ricordato che il monitoraggio non coincide con la valutazione (anche se il monitoraggio fa senz'altro parte della valutazione).

Nel Regno Unito nel 2002 è stata pubblicata la nuova strategia nazionale in materia di droga, a seguito di un ampio riesame che tiene conto di prove concrete e delle valutazioni delle componenti dell'offerta e della domanda. La strategia nazionale in materia di droga è «monitorata», «seguita» e «gestita sul piano della performance» ma non «valutata» (relazione nazionale del Regno Unito, pag. 106). In Norvegia, uno degli scopi del nuovo piano d'azione su droghe ed alcool è quello di sviluppare un sistema per misurare fino a che punto gli obiettivi ed i sotto-obiettivi del piano siano stati conseguiti (relazione nazionale norvegese, pag. 65). Nella Repubblica ceca, la strategia nazionale in materia di droga 2001-2004 definisce obiettivi, qualitativi e quantitativi, finalità, indicatori di successo e strumenti per la valutazione, in termini di efficienza, di ogni pilastro della strategia. L'assolvimento dei compiti è monitorato periodicamente; tuttavia, la strategia non è stata ancora valutata

sistematicamente in rapporto a indicatori di successo e strumenti di valutazione predefiniti. Uno dei motivi è ascrivibile al costo considerevole delle valutazioni esterne (relazione nazionale della Repubblica ceca, pag. 114). Il nuovo piano d'azione danese prevede che alcune attività specifiche siano «valutate» in permanenza (relazione nazionale danese, pag. 67). In Ungheria e Polonia, le strategie nazionali in materia di droga prevedono un sistema per seguire l'assolvimento dei compiti (relazioni nazionali Reitox), mentre in Slovenia, anche se la nuova strategia nazionale «prevede la valutazione periodica dell'attuazione», finora non è stata effettuata nessuna valutazione (relazione nazionale slovena, pag. 61). In Lituania, l'attuazione della strategia nazionale in materia di droga (2004-2008) sarà realizzata «in rapporto alle possibilità finanziarie del paese» (relazione nazionale lituana, pag. 35). In Estonia, la nuova strategia nazionale in materia di droga «comprende il monitoraggio e la valutazione e definisce gli indicatori di performance» (relazione nazionale estone, pag. 86).

In Finlandia e Svezia (relazione nazionale finlandese, pag. 113; relazione nazionale svedese, pagg. 75-76), le strategie nazionali in materia di droga pongono maggior attenzione al monitoraggio dell'attuazione della strategia piuttosto che alla valutazione dell'impatto. In Svezia, il coordinatore in materia di droga, nominato nel 2002, è responsabile del *follow-up* del piano nazionale d'azione (cfr. relazioni annuali). Anche in Finlandia, è in programma una ricerca per stabilire i parametri di riferimento mediante i quali l'amministrazione competente provvederà a monitorare e valutare le proprie attività. Il punto focale

nazionale del Lussemburgo segnala che il risultato del piano 2000-2004 sarà valutato nel 2005, al fine di elaborare altre strategie future (relazione nazionale del Lussemburgo, pag. 94). In Germania, il piano d'azione sulle droghe e le dipendenze del 2002 ha incluso per la prima volta il tentativo di definire obiettivi e criteri operativi da utilizzare per determinare il successo o il fallimento degli interventi (relazione nazionale tedesca, pag. 101), mentre in Italia il programma triennale 2002-2004 promuove la valutazione nel settore della prevenzione e del reinserimento sociale.

Tra i paesi che prevedono la valutazione dell'attuazione della strategia nazionale in materia di droga, o della sua efficacia, figurano la Grecia, la Spagna, la Francia, l'Irlanda ed il Portogallo (tabella 6). Le strategie di Spagna e Grecia fanno riferimento alla «valutazione dell'efficacia». In Spagna, la strategia nazionale per nove anni prevede la valutazione dell'attuazione complessiva e settoriale nel medio periodo, cioè nel 2003, e poi nel 2008. Lo scopo è quello di «migliorare l'efficacia e l'efficienza delle politiche pubbliche» (relazione nazionale spagnola, pag. 85), misurando la quantità e la qualità del servizio fornito. Analogamente, in Grecia, il nuovo piano d'azione sulle droghe 2002 fa riferimento alla valutazione esterna dell'efficacia complessiva delle politiche attuate, che potrebbe essere effettuata in futuro sulla base di indicatori dell'UE ed internazionali (relazione nazionale greca, pag. 110).

In Francia, Irlanda e Portogallo le strategie nazionali in materia di droga prevedono una valutazione complessiva<sup>(149)</sup> e settoriale, in qualche caso di efficacia (relazione nazionale irlandese). Tuttavia, i dati ricevuti mostrano che, di fatto, le valutazioni eseguite finora hanno comportato un giudizio più sul livello di attuazione che non sull'efficacia della strategia. In Francia, la valutazione del piano d'azione triennale 1999-2002 [realizzata dall'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) dal 2000 al 2003] ha riguardato sia una «valutazione d'insieme», sia la valutazione di cinque

programmi prioritari<sup>(150)</sup>. La valutazione non si è spinta a giudicare l'impatto delle misure adottate sulla situazione complessiva in materia di droga. Si è trattato pertanto essenzialmente di una valutazione dello stato di avanzamento, in base a cui è stato valutato il raggiungimento di obiettivi operativi. In Irlanda, la strategia nazionale in materia di droga prevede «una valutazione indipendente dell'efficacia del quadro complessivo entro il 2004» (Strategia nazionale in materia di droga 2001-2008: costruire sull'esperienza, pag. 111). Tuttavia, sembra che la valutazione comprenderà un esame della misura in cui è stata attuata la strategia e del fatto che abbia raggiunto o meno i suoi obiettivi strategici e non sarà una valutazione completa dell'impatto della strategia sul consumo di sostanze stupefacenti. In Portogallo la strategia in materia di droga prevede «la valutazione esterna indipendente della sua attuazione complessiva e settoriale» (relazione nazionale portoghese, pag. 65). È segnalato anche un processo interno di valutazione.

In quegli Stati membri che non hanno una vera e propria «strategia nazionale in materia di droga» la valutazione complessiva ha suscitato in questi ultimi anni scarso interesse, anche nei paesi che hanno una cultura della valutazione di specifici progetti in materia di droga. Per esempio, nei Paesi Bassi, dove la ricerca, il monitoraggio e la valutazione fanno tradizionalmente parte delle politiche in materia di droga, una nuova «strategia governativa» (2002) mira a fornire indicazioni sulla performance richiesta dagli organi amministrativi pubblici (fra cui quelli che si occupano di assistenza sanitaria e tossicodipendenze) (relazione nazionale olandese, pagg. 83-84). In Austria, anche se il monitoraggio relativo alle droghe è migliorato considerevolmente in questi ultimi anni, né i piani provinciali (tranne le valutazioni preliminari effettuate nel Vorarlberg), né le politiche complessive in materia di droga sono state oggetto di valutazione (relazione nazionale austriaca, pag. 63). Nei restanti paesi (Cipro, Lettonia, Malta e Repubblica slovacca, nonché Bulgaria, Romania e Turchia), le informazioni sulla

**Tabella 6: Caratteristiche delle valutazioni di alcune strategie nazionali**

	«Strategie nazionali in materia di droga»	Oggetto della valutazione	Scopo della valutazione	Periodo della valutazione
Grecia	Piano d'azione 2002-2006	Complessiva e specifica	Efficacia	Nessuno
Spagna	Strategia nazionale in materia di droga, 2000-2008	Complessiva e specifica	Efficacia ed efficienza	2003-2008
Francia	Piano triennale contro le droghe e per la prevenzione delle dipendenze, 1999-2001	Complessiva e specifica	Livello di attuazione	2002
Irlanda	Strategia nazionale in materia di droga, 2001-2008: costruire sull'esperienza	Complessiva e specifica	Livello di attuazione	2004-2008
Portogallo	Strategia nazionale per la lotta contro la droga 1999; Piano d'azione 2000-2004	Complessiva e specifica	Livello di attuazione	2004

<sup>(149)</sup> Valutazione complessiva: valutazione di un intervento nella sua totalità (tabella 5).

<sup>(150)</sup> 1) Accordi regionali sugli obiettivi in termini di salute e giustizia; 2) una politica interministeriale sulla formazione professionale; 3) programmi regionali per la prevenzione delle dipendenze; 4) esperimenti di prima assistenza mediante strutture specializzate, per fornire un'assistenza di carattere generale alle persone che hanno comportamenti di dipendenza; 5) programmi di riduzione del rischio nel XVIII arrondissement di Parigi.

valutazione delle strategie nazionali in materia di droga (laddove esse esistano) sono insufficienti.

### Valutazioni: «ex ante», «intermedia» ed «ex post»

La guida alla valutazione delle attività dell'UE (Commissione europea, 2003) identifica quattro ragioni principali per effettuare le valutazioni: 1) contribuire alla concezione degli interventi; 2) migliorare la qualità degli interventi; 3) aiutare l'assegnazione efficiente delle risorse (efficienza); 4) riferire sui risultati conseguiti con gli interventi (responsabilità). La medesima guida descrive i tre stadi della valutazione: ex ante, intermedia ed ex post.

La valutazione ex ante viene realizzata prima dell'attuazione, presumibilmente per valutare la necessità dell'azione o per stabilire una base. La valutazione ex ante nelle strategie nazionali in materia di droga è segnalata sotto forma di processi di revisione svolti da commissioni parlamentari, commissioni statali o dipartimenti governativi, che sono la base di diverse strategie nazionali in materia (Belgio, Germania, Spagna, Irlanda, Portogallo, Svezia).

La valutazione intermedia è segnalata nelle strategie nazionali di Spagna, Irlanda e Portogallo, in quanto strumento per rettificare interventi ed obiettivi lungo il percorso. L'approccio che consiste nell'apportare rettifiche lungo il percorso non riguarda soltanto i paesi che sono impegnati in un vero e proprio processo di valutazione. Il ricorso alla valutazione intermedia è segnalato anche dai paesi che hanno istituito sistemi di monitoraggio; serve a reperire informazioni affidabili per rettificare e riformulare le azioni successive. Ciò comporterebbe quel giudizio di valore che è proprio delle attività valutative. Ancora una volta, i termini monitoraggio e valutazione sono utilizzati in maniera intercambiabile.

La valutazione ex post abbraccia l'intero periodo di intervento, solitamente con un accento particolare sui risultati finali, allo scopo di fornire un input per gli interventi successivi. Tale attività è segnalata in Francia, dove la valutazione finale del piano d'azione francese aveva lo scopo di rivedere interventi ed obiettivi alla luce di un nuovo piano sulle droghe; è proposta per il 2008 in Spagna, Irlanda e Portogallo.

Nel campo delle droghe, lo scopo del processo di valutazione è sempre quello di migliorare la qualità degli interventi in corso e la concezione di quelli nuovi. Tuttavia, è presumibile che quando una strategia si succede ad un'altra le valutazioni ex ante ed ex post tendano a sovrapporsi, dando vita ad un processo ciclico nel quale i risultati finali della strategia precedente forniscono l'input per la strategia successiva (grafico 24).

**Grafico 24:** La valutazione in quanto processo ciclico



(1) Con il termine «strategia in materia di droga» si intendono anche gli eventuali piani d'azione equivalenti derivanti dalla strategia.

### I protagonisti della valutazione

Un altro elemento chiave che compare nelle strategie nazionali in materia di droga è la determinazione di chi debba farsi carico della valutazione, se essa debba essere «interna» all'organizzazione oppure «esterna». Si possono ravvisare esempi di entrambi i tipi; ogni tipo presenta vantaggi e svantaggi.

La valutazione interna è in grado di offrire una conoscenza più ampia delle strutture e dei meccanismi di comunicazione; chi opera all'interno ha familiarità con l'organizzazione e con l'argomento in esame ed ha accesso immediato alle fonti di dati. Può tendere però a giustificare il mancato raggiungimento degli obiettivi ed è meno disposto a fare osservazioni o suggerire cambiamenti che potrebbero essere considerati come una minaccia all'organizzazione. Per contro, chi effettua la valutazione dall'esterno dovrebbe fornire un'opinione più obiettiva ed affidabile, in quanto non è coinvolto con l'organizzazione; però può incontrare maggiori difficoltà nell'accedere alle fonti informative e può correre il rischio di cercare di soddisfare il cliente fornendo i buoni risultati che si attendono da lui. Inoltre, la valutazione esterna è solitamente piuttosto costosa. Occorre dunque operare una scelta tra, da un lato, una migliore comprensione della situazione e la capacità di ottenere le informazioni e, dall'altro, una maggiore obiettività ed una competenza specifica nel campo della valutazione.

La maggior parte degli Stati membri sembra propendere per un approccio misto: in Irlanda, la valutazione intermedia della propria strategia nazionale sarà effettuata nel 2005 da consulenti esterni sotto la guida di un gruppo di pilotaggio transettoriale; in Portogallo, la valutazione del piano d'azione 2000-2004 sarà realizzata congiuntamente da personale interno e da consulenti esterni; in Francia, i vari aspetti relativi alla valutazione del piano d'azione triennale sono stati seguiti da interlocutori esterni e da



personale interno dell'OFDT. In Spagna, la valutazione intermedia (2004) è in corso, a cura del personale del piano nazionale sulle droghe (PNSD), mentre il piano greco prevede la valutazione esterna. In Svezia, l'Istituto nazionale della sanità pubblica provvederà a valutare le politiche relative alla sanità pubblica mediante la misurazione di svariate variabili legate allo stile di vita. Un obiettivo di questa politica (l'obiettivo n. 11) mira a ridurre il consumo di tabacco ed alcool, a costruire una società libera da droghe illecite e doping, nonché a ridurre gli effetti dannosi del gioco d'azzardo.

In tutti i paesi in cui si svolge il processo di valutazione, l'agenzia di coordinamento nazionale sembra essere l'autorità responsabile dell'organizzazione e dell'esecuzione del processo di valutazione: la missione interministeriale (MILDT) in Francia, il PNSD in Spagna, l'Istituto per le droghe e le tossicodipendenze (IDT) in Portogallo, la direzione droghe in Irlanda, l'ufficio del coordinatore droghe in Svezia e, secondo l'annuncio della «strategia» belga del 2001, la cellula generale droghe in Belgio quando entrerà in funzione. Nell'ambito di queste agenzie, gli osservatori sulle droghe, che di solito coincidono con i punti focali nazionali Reitox, sono responsabili delle informazioni e dei dati da fornire per la valutazione; a volte, essi sono anche tecnicamente responsabili della valutazione.

## Obiettivi ed indicatori

Spesso ci si chiede fino a che punto gli effetti delle azioni attuate a seguito di una strategia nazionale in materia di droga possano essere misurati. In effetti, sia le strategie internazionali che nazionali in materia di droga fanno riferimento sia ad «obiettivi generali», del tipo di «ridurre i rischi per i tossicodipendenti», oppure «costruire una società priva di droghe», sia ad «obiettivi operativi», come aumentare il numero degli slot terapeutici, oppure istituire un'agenzia per il coordinamento in materia di droga. Sia gli obiettivi «generali» che «operativi» potrebbero trarre beneficio dalla definizione di scopi specifici. Gli obiettivi generali sono importanti in quanto fondamento di una politica nazionale in materia di droga, poiché identificano la direzione, ma sono difficili da misurare. Gli obiettivi operativi indicano l'attuazione di iniziative qualitative e quantitative e quindi dovrebbero essere più facili da misurare.

Gli esperti e gli addetti ai lavori rammentano che, per valutare scientificamente qualsiasi strategia, gli obiettivi devono essere esposti in maniera chiara, privi di ambiguità e misurabili, distinguendo, ma nel contempo collegando, gli «obiettivi generali» e gli «obiettivi operativi». In effetti, gli obiettivi operativi devono essere considerati come un mezzo per consolidare gli «obiettivi generali». Vanno poi definiti gli indicatori di performance per misurare il

raggiungimento degli obiettivi. Attualmente, soltanto poche strategie nazionali possono essere incluse in questa categoria.

## Efficienza

Poche strategie nazionali citano l'analisi di costi-benefici o costi-efficacia, fatta eccezione per la strategia spagnola, la quale afferma che nella valutazione della strategia nazionale occorre cercare anche di misurare l'efficienza delle politiche pubbliche. Malgrado i bilanci ed i costi siano materia di preoccupazione per le amministrazioni pubbliche, nel campo delle droghe (come illustrato nell'ultima relazione annuale, OEDT, 2003b) vi è una generale misconoscenza del costo globale degli interventi pubblici in quest'area. Questo tipo di analisi è considerato in genere marginale ed è incluso soltanto in poche attività di ricerca.

## Vincoli rispetto alla valutazione

Nell'ambito della comunità scientifica si riconosce la difficoltà di determinare l'efficacia delle politiche in materia di droga. Gli esperti e gli addetti ai lavori rammentano le difficoltà che la valutazione dell'impatto di una politica pubblica pone: vanno considerati vari «livelli di complessità» ed una «moltitudine di collegamenti tra causa ed effetti». Può essere difficile, infatti, individuare un legame causale tra una politica in materia di droga ed i suoi risultati o il suo impatto, a causa della varietà di interventi ed effetti da misurare, nonché dei possibili fattori esterni (fattori di disturbo) che possono influenzare la realtà (ad esempio, condizioni socioeconomiche, subculture). Alcune ricerche suggeriscono che i fenomeni legati alla droga potrebbero dipendere maggiormente da fattori comportamentali e sociali piuttosto che da interventi politici.

Inoltre, l'illiceità del consumo di sostanze stupefacenti può costituire un serio ostacolo rispetto alla raccolta dei dati, la quale è uno strumento essenziale per qualsiasi processo di valutazione lasciando così non identificati molti importanti aspetti del fenomeno della droga. La valutazione nel campo degli interventi in materia di droga va pertanto pensata attentamente ed i suoi risultati vanno interpretati con cautela.

## Conclusione

Dai dati esaminati, sembra che le «strategie nazionali in materia di droga» interpretino generalmente la valutazione come la misurazione della fase attuativa — progressi, risultati conseguiti, risultati mancati — con l'eventuale formulazione di un qualche giudizio, piuttosto che la valutazione del loro impatto sulla situazione complessiva della droga. Questa conclusione è molto importante. Tra i

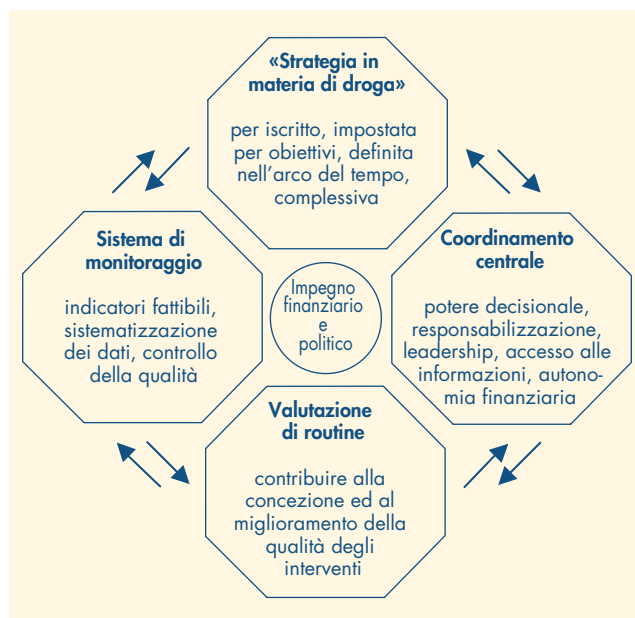
paesi che hanno dovuto affrontare per decenni il problema della droga, la maggior parte è adesso in grado di utilizzare dei sistemi di monitoraggio (o è disposta a farlo) per misurare il fenomeno della droga e gli effetti dell'impegno profuso. Si può dire che oggi le politiche in materia di droga sono responsabilizzate come mai sono state prima: un risultato che è già di per sé importante.

Alcuni paesi sono andati oltre, annunciando che, oltre allo sviluppo di sistemi di monitoraggio, essi effettueranno una valutazione dell'attuazione della loro «strategia nazionale in materia di droga» intendendo per tale uno studio scientifico volto a valutare la validità o meno, in tutto o in parte, della strategia. Tuttavia, non appaiono finora segnali di una valutazione scientifica dell'impatto legato a strategie nazionali complessive in materia di droga.

In generale, i paesi che adottano un approccio più strutturato alla politica in materia di droga, cioè che hanno una «strategia nazionale» complessiva, formulata per iscritto ed orientata ad obiettivi ben definiti, un meccanismo di coordinamento centrale con, ultimamente, un coordinatore nazionale ed un solido sistema di monitoraggio, segnalano l'esistenza di un processo di valutazione più sofisticato (grafico 25). Sembra che l'esistenza di un approccio più strutturato, che è già di per sé un segnale di impegno finanziario e politico, sia una precondizione per un approccio più avanzato alla valutazione di una strategia nazionale in materia di droga. Questa ipotesi va naturalmente confermata con ulteriori ricerche.

La diffusione di una cultura del monitoraggio e della valutazione ha contribuito alla conoscenza della problematica delle droghe nell'UE: conseguentemente, è

**Grafico 25:** Caratteristiche principali di un approccio strutturato alle politiche in materia di droga



ora possibile assumere decisioni con maggiore cognizione di causa. La valutazione è oggi fermamente riconosciuta nelle attuali strategie in materia di droga in quanto elemento critico per quanto riguarda la responsabilità, la performance e la cautela finanziaria. Molti progetti ed interventi specifici nel campo delle droghe contengono già un elemento di valutazione, che, se verrà esteso ai principali interventi politici in questo campo, contribuirà progressivamente alla misurazione dell'efficacia delle strategie nazionali europee in materia di droga.



## Questione specifica 2

# Problematiche legate alla cannabis nel loro contesto — Motivi dell'aumentata richiesta di interventi terapeutici in Europa

### Introduzione

Il termine «cannabis» è utilizzato per indicare svariati prodotti ottenuti dalla pianta di cannabis o canapa (*Cannabis sativa* L.), una specie a ciclo annuale originaria dell'Asia centrale, che oggi cresce in molte zone temperate e tropicali del mondo. Le numerose varietà di *Cannabis sativa* sono contraddistinte da un'ampia gamma di caratteristiche biologiche e chimiche. Sul mercato europeo delle droghe si trovano tre forme illecite di cannabis: le «foglie di cannabis», che consistono in infiorescenze, steli e foglie essiccati; la «resina di cannabis», derivante dall'essiccazione delle secrezioni resinose delle infiorescenze, di colore marrone o nerastro, venduta solitamente in blocchi compressi, ma talvolta anche sotto forma di polvere; infine la forma assolutamente meno comune, «l'olio di cannabis», che è un liquido vischioso ed appiccicoso.

La cannabis è stata a lungo utilizzata dall'uomo: è stata usata da diverse società come fonte importante di fibre per tessuti e cordami, come sostegno in riti religiosi, in fitoterapia e come sostanza inebriante. Oggi la cannabis è la sostanza illecita più largamente prodotta, smerciata e consumata del mondo (UNODC, 2003a). Nonostante la lunga storia del suo utilizzo e la sua attuale popolarità, la nostra comprensione dell'impatto sulla sanità pubblica del consumo di cannabis resta limitata. Di recente, sono andate aumentando le prove di una potenziale associazione tra il consumo di cannabis, in particolare il consumo intensivo di cannabis, ed una serie di problemi sanitari e sociali. Si nutrono preoccupazioni crescenti anche in merito ad un apparente aumento del numero di consumatori di cannabis che cercano l'aiuto di servizi specializzati. Resta non chiara, tuttavia, l'estensione e la natura dei problemi riscontrati tra i consumatori europei di cannabis. Non è chiaro neppure il fatto se l'aumento delle richieste di intervento terapeutico, così come esso risulta dalle informazioni statistiche, rifletta variazioni nella prassi di segnalazione e di rinvio al trattamento, piuttosto che un aumento effettivo del numero degli individui che chiedono aiuto. Per dare una risposta a queste domande, dobbiamo collocare la domanda di intervento terapeutico finalizzato alla cannabis nella più ampia prospettiva di modelli di consumo in mutamento in Europa, tenendo conto dell'evoluzione e dello sviluppo dei sistemi di segnalazione

ed anche della natura variabile della sostanza in quanto tale. Tutti questi argomenti sono affrontati in questa sezione dedicata alle problematiche legate alla cannabis nel loro contesto, per favorire un dibattito più informato sul potenziale impatto sulla sanità pubblica della più comune fra tutte le forme di consumo di droghe illecite.

### Il contesto legislativo: lo status legale della cannabis in Europa

Le sanzioni legali da applicare a chi fa uso di cannabis restano una questione controversa nell'UE<sup>(151)</sup> e gli Stati membri divergono considerevolmente nel loro approccio alla questione.

Gli estratti di cannabis sono classificati come sostanze narcotiche negli allegati I e IV della United Nations Single Convention on Narcotic Drugs del 1961<sup>(152)</sup>. La convenzione richiede l'adozione di misure volte ad assicurare la punibilità di un'ampia gamma di attività, fra cui il possesso di sostanze narcotiche. Tuttavia, gli Stati membri devono interpretare ed applicare la convenzione alla luce delle proprie specifiche circostanze; l'articolo 36, paragrafo 1, lettera b) prevede la possibilità di opzioni comprendenti «trattamento, educazione, post-assistenza, riabilitazione e reinserimento sociale».

Ciò significa in pratica che nell'UE la gestione dei reati legati alla cannabis è eterogenea. Alcuni paesi hanno emesso linee guida specifiche o codici giuridici che stabiliscono come determinati tipi di reati legati alla cannabis debbano essere trattati; altri raccomandano percorsi giuridici diversi per quelli che sono considerati reati minori o più gravi. In alcuni paesi, inoltre, sta emergendo la tendenza al ricorso a misure terapeutiche da attuare in alternativa al procedimento penale, nei casi in cui l'uso o il possesso di piccole quantità di sostanze stupefacenti sia privo di circostanze aggravanti. Il codice penale può altresì prevedere che il consumo problematico sia affrontato permettendo (in via discrezionale o obbligatoriamente) la sospensione dell'iter giudiziario, purché l'autore del reato si sottoponga ad interventi consultivi o terapeutici. Anche se queste alternative si applicano di solito ai consumatori di tutti i tipi di sostanze stupefacenti, in Belgio e nel Regno Unito, a seguito dei

<sup>(151)</sup> Cfr. il sito web della banca dati giuridica europea sulle sostanze stupefacenti (ELDD): [http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends\\_cannabis.shtml](http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml)

<sup>(152)</sup> Cfr.: <http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm>

cambiamenti intervenuti l'anno scorso, le leggi o le linee guida fanno adesso specifico riferimento ai consumatori problematici di cannabis, allo scopo di indirizzarli verso l'assistenza.

## I problemi fisici, psicologici ed evolutivi associati al consumo di cannabis <sup>(153)</sup>

Le relazioni nazionali degli Stati membri sottolineano che l'aumento del numero delle richieste di trattamento per uso di cannabis riflette probabilmente un livello più elevato di problemi associati in particolare ad un consumo intensivo di cannabis. Va rilevata comunque la sostanziale mancanza di dati sistematici e comparabili sui problemi avvertiti dai consumatori di cannabis. Le conoscenze scientifiche di base in questo settore, benché ancora in via di sviluppo, forniscono la prova sempre più convincente di un'associazione tra il consumo di cannabis e tutta una serie di problematiche, anche se il tipo del rapporto causa-effetto non è sempre chiaro. Una panoramica della letteratura riguardante i problemi associati al consumo di cannabis è disponibile on line (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811>).

È importante fare distinzione tra gli effetti acuti (a breve termine) della cannabis ed il suo impatto a lungo termine o cronico. Sono stati segnalati numerosi effetti acuti, positivi e negativi. Gli effetti negativi comprendono deficit di attenzione e difficoltà di concentrazione, effetti avversi sulle funzioni motorie (riflessi, coordinamento), problemi legati alla memoria recente, ansia, attacchi di panico e depressione. Gli effetti positivi comprendono uno stato di euforia, l'allentamento delle tensioni ed una maggiore socievolezza. Gli effetti acuti di questa sostanza che suscitano le maggiori preoccupazioni sono dati da psicosi di breve periodo, indotte dalla droga, oppure attacchi gravi di panico, l'accresciuto rischio di incorrere in incidenti, particolarmente alla guida o in ambienti di lavoro pericolosi e, fra i giovani, un impatto negativo sul rendimento scolastico (Hall e al., 2001).

Per una serie di ragioni, la comprensione degli effetti cronici della cannabis è più complessa, non ultimo perché è difficile separare gli effetti della cannabis dagli effetti del consumo cronico di altre sostanze illecite, tabacco ed alcool. Tuttavia, le preoccupazioni principali in quest'area consistono in un maggior rischio di cancro ai polmoni, altre malattie respiratorie, l'associazione con lo sviluppo di problemi psichiatrici a lungo termine, fra cui forme depressive, psicosi e schizofrenia. Un'ulteriore preoccupazione, rispetto al consumo cronico, è data dal possibile sviluppo di forme di dipendenza. Nel documento disponibile on line si esamina fino a che punto sia

giustificato affermare che il consumo di cannabis è un fattore di rischio, un fattore causale o è semplicemente associato a questi problemi, per effetto di un rapporto più complesso.

Nella maggioranza degli Stati membri, la cannabis è la sostanza illecita coinvolta con maggiore frequenza nei reati segnalati connessi con la legislazione sugli stupefacenti: ciò non deve sorprendere, in quanto si tratta anche della droga consumata più comunemente <sup>(154)</sup>. Tuttavia, rispetto ad altre sostanze stupefacenti, come l'eroina, non sembra esserci un forte legame tra il consumo di cannabis ed altri tipi di reato.

## Il consumo di cannabis e la misurazione dei problemi

Anche se i criteri diagnostici internazionali convenzionali forniscono un'utile guida rispetto alle definizioni di consumo dannoso, abuso e dipendenza, i problemi insorgono quando la cannabis viene considerata alla luce delle prove disponibili in Europa <sup>(155)</sup>. In particolare, si registrano considerevoli variazioni per quanto riguarda i principali aspetti della misurazione. Per esempio, è scarso il consenso in merito alla definizione di termini quali «consumo intensivo», «consumo regolare» e «consumo problematico» e ciò rende difficile la comparazione dei risultati dei vari studi. Inoltre, è soprattutto a livello di indagine che si è tentato di misurare la «dipendenza» o «l'abuso» secondo le definizioni ICD o DSM a livello di popolazione specifica; anche in questo caso, mancano attualmente strumenti standardizzati che consentano un confronto convincente di dati provenienti da studi diversi o trasversali rispetto alle varie popolazioni.

Tuttavia, si sta lavorando in quest'area. Ad esempio, uno studio francese attualmente in corso mira ad individuare una migliore definizione di consumo problematico e a sviluppare strumenti specifici per misurare la frequenza del consumo, il rischio percepito e gli effetti psicologici e fisici (Beck, 2003).

Al momento, l'unità di misura più comunemente utilizzata per determinare l'intensità del consumo è il numero dei giorni, in un determinato periodo di tempo, nei quali la sostanza è stata consumata. Il consumo quotidiano o pressoché quotidiano di cannabis viene solitamente considerato un indicatore di «consumo intensivo». Per quanto il consumo quotidiano di cannabis non comporti necessariamente una situazione di dipendenza, è probabile che buona parte di chi ne fa uso quotidiano sarebbe considerata positiva, in termini di dipendenza o abuso,

<sup>(153)</sup> Una monografia sul consumo di cannabis e sui relativi problemi sarà pubblicata nella prima metà del 2005. Informazioni specifiche sugli effetti del consumo di cannabis sulla salute e sul piano fisico si possono trovare sul sito web dell'OEDT.

<sup>(154)</sup> Cfr. Reati connessi con la droga\_tab. 5, bollettino statistico 2004.

<sup>(155)</sup> Per la definizione di «dipendenza» e «consumo dannoso», cfr. International Classification of Diseases, X edizione (ICD-10, Organizzazione mondiale della sanità), codici da F10 a F19: disturbi mentali e comportamentali dovuti al consumo di sostanze psicoattive. Frequentemente utilizzato è anche il manuale *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (IV edizione) (DSM-IV, American Psychiatric Association — Associazione americana di psichiatria), il quale utilizza i concetti di «dipendenza» e «abuso».

secondo i criteri diagnostici standard (ICD-10, DSM-IV). Poiché la frequenza del consumo è un dato la cui misurazione è relativamente semplice, nonché armonizzabile nei questionari, questa misurazione figura nelle linee guida elaborate dall'OEDT per il questionario europeo. Nove paesi segnalano attualmente i dati relativi alla frequenza del consumo di cannabis in questa forma <sup>(156)</sup>.

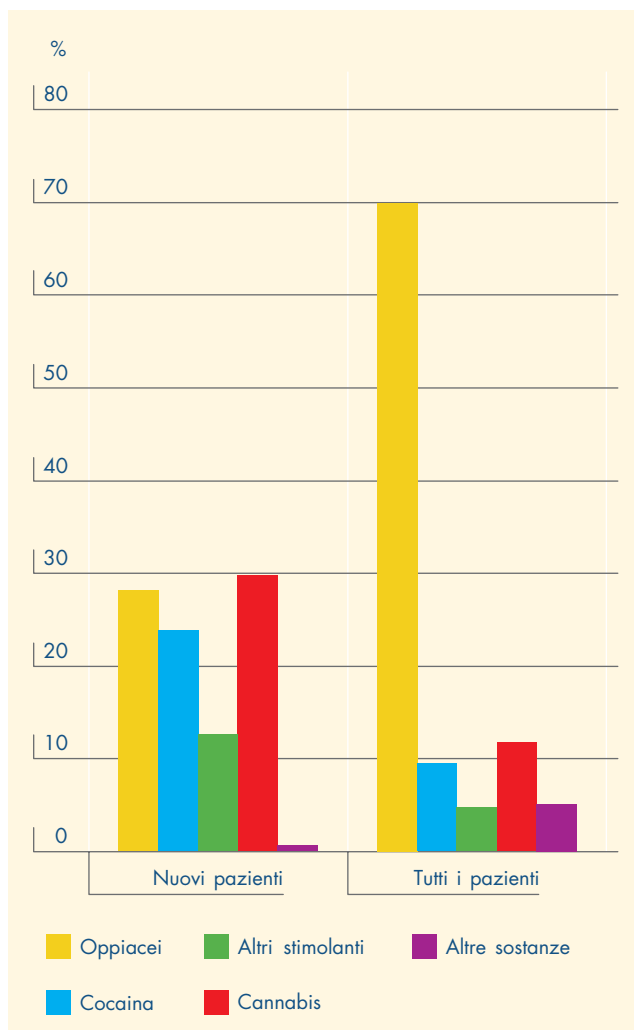
## Evoluzione delle richieste di trattamento per problemi legati alla cannabis

Si è detto che la cannabis è la sostanza illecita maggiormente consumata in Europa: però soltanto una piccola parte delle persone che ne hanno fatto uso chiede di entrare in terapia. Nonostante questo, in molti paesi la cannabis è oggi la seconda droga primaria segnalata con maggior frequenza dai soggetti che ricevono trattamenti specialistici. Secondo i dati TDI (indicatore della domanda di trattamento) (cfr. pag. 65), raccolti in tutti i tipi di servizi terapeutici specializzati, circa il 12 % di tutti i pazienti ed il 30 % dei neo-pazienti sembrano avere problemi dovuti alla cannabis in quanto droga primaria (grafico 26).

La percentuale dei nuovi pazienti (vale a dire, quelli che non hanno una precedente storia di intervento terapeutico) che chiedono di entrare in terapia perché fanno uso di cannabis varia considerevolmente da un paese all'altro, da quasi zero in Lituania a circa la metà in Germania (48 %), ma in generale è superiore ad un quinto (20 %) (grafico 27). Tuttavia, non tutti i paesi sono in grado di fornire dati sulle nuove domande di trattamento e nel gruppo maggiore di dati su tutte le domande di trattamento i problemi di cannabis sono meno evidenti.

Tra il 1996 ed il 2002, secondo i dati TDI forniti dai paesi per i quali si dispone di dati sull'evoluzione, il numero dei nuovi pazienti che chiedono di entrare in terapia citando la cannabis come droga primaria è salito da 3 713 a 12 493. Nel 2002, rispetto agli 11 paesi per i quali si dispone di dati, tali pazienti rappresentavano in media il 29 % di tutti i nuovi pazienti, contro il 9 % nel 1996 (cfr. grafico 20 per le fonti dei dati). Malgrado tutti questi paesi, fatta eccezione per la Grecia ed il Regno Unito <sup>(157)</sup>, segnalino un aumento dei nuovi pazienti consumatori di cannabis rispetto a tutti i nuovi pazienti, l'ordine di grandezza dell'incremento varia dal 6 % nei Paesi Bassi al 31 % in Germania. Le informazioni fornite dalle relazioni nazionali Reitox suggeriscono che il numero dei soggetti che ricevono il trattamento per consumo primario di cannabis è in aumento anche in alcuni dei nuovi Stati membri (grafico 28). Uno studio recente delle richieste di trattamento per cannabis, svolto dal sistema informativo nazionale olandese su alcool e droghe (LADIS) ha rivelato

**Grafico 26:** Droga primaria segnalata tra nuovi pazienti e tutti i pazienti beneficiari di servizi di trattamento per droga nel 2002



N.B.: n = 42 568 (nuovi pazienti), 351 372 (tutti i pazienti).  
Paesi che hanno fornito dati (nuovi pazienti): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.  
Paesi che hanno fornito dati (tutti i pazienti): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SK, SI, FI, SE, UK.  
Dati ponderati in rapporto al numero dei pazienti di ciascun paese.  
Fonte: Relazioni nazionali Reitox 2003.

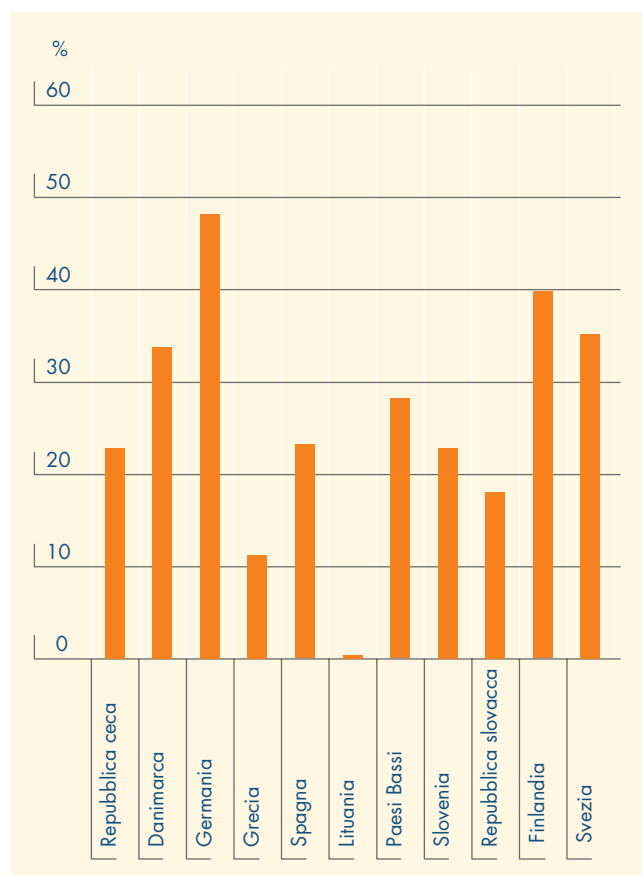
che il 29 % dei nuovi pazienti entrati in terapia nel 2002 aveva segnalato problemi dovuti alla cannabis e che i pazienti consumatori di cannabis rappresentavano un numero di soggetti piccolo, ma in crescita di anno in anno. La relazione ha rivelato inoltre che, date le dimensioni del consumo di cannabis nei Paesi Bassi, la percentuale di chi chiede il trattamento, per quanto in aumento, resta relativamente modesta.

Per quanto riguarda le possibili generalizzazioni da un insieme consolidato di dati europei, occorre procedere con cautela. Dati longitudinali sulle nuove richieste di

<sup>(156)</sup> Grecia, Spagna, Francia, Irlanda, Italia, Lettonia, Paesi Bassi e Portogallo. I dati relativi alla Finlandia non sono presentati, visto che dall'indagine è emerso un numero veramente ridotto di soggetti che avevano consumato cannabis nel mese precedente (35). Il numero dei casi e delle percentuali, per ogni paese, è presentato in Indagine GP\_tab. 7, bollettino statistico.

<sup>(157)</sup> I dati relativi ai nuovi pazienti non sono disponibili per il Regno Unito; le informazioni sono riportate nelle relazioni nazionali.

**Grafico 27:** Cannabis come droga primaria segnalata tra nuovi pazienti sottoposti a trattamento nel 2002



N.B.: Numero totale di casi: 42 421.  
Fonte: Relazioni nazionali Reitox 2003.

trattamento sono disponibili soltanto per 11 paesi. È importante rilevare anche il fatto che l'aumento delle richieste di trattamento per cannabis, così come esso si riflette nei dati TDI, è fortemente influenzato dai dati di Spagna e Germania, due paesi che hanno registrato incrementi particolarmente elevati nella segnalazione di problemi legati al consumo primario di cannabis; in termini di numeri complessivi, soltanto la Spagna rappresenta circa il 50 % di tutte le richieste di trattamento segnalate.

L'aumento delle richieste di trattamento per cannabis non è limitato all'Europa. Negli Stati Uniti, dove si fa uso di un sistema diverso di registrazione dei trattamenti<sup>(158)</sup>, il numero di accettazioni per marijuana è salito da circa 20 000 nel 1992 a circa 90 000 nel 2000 (SAMHSA, 2001; OEDT, 2003d).

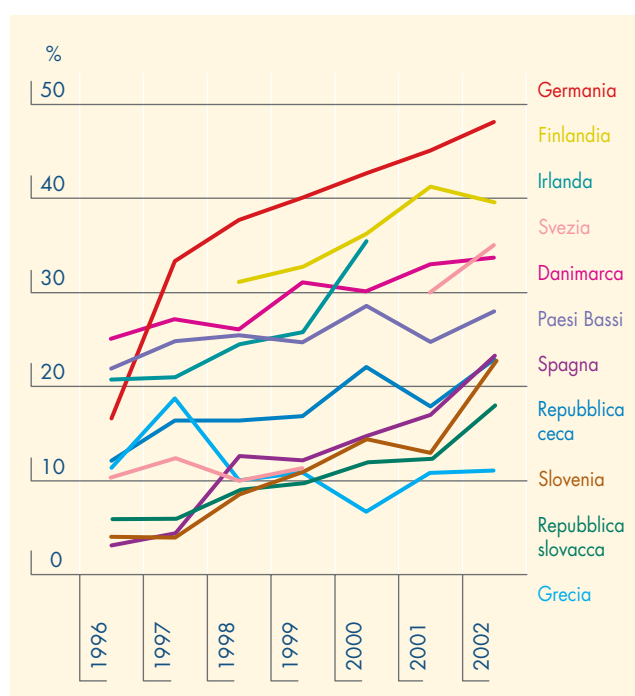
Considerando le implicazioni dell'aumentata domanda di trattamento per cannabis, si pongono i seguenti interrogativi:

- Questo risultato rappresenta effettivamente un aumento del numero delle persone che hanno problemi fisici e

psicologici a causa del consumo di cannabis? In caso affermativo:

- Deriva questo da un aumento del consumo regolare intensivo di cannabis?
- Riflette questo altri fattori, come un possibile aumento della potenza della cannabis?
- L'aumento può essere spiegato da fattori indipendenti da un maggior bisogno di aiuto, per esempio da:
  - miglioramenti nella copertura del sistema di segnalazione dei trattamenti;
  - allargamento dei tipi di strutture terapeutiche disponibili, con particolare riferimento a servizi terapeutici specifici, mirati ad adolescenti e giovani (relazioni nazionali Reitox, 2003);
  - cambiamenti nel modo in cui il consumo di cannabis è trattato dal sistema giudiziario penale, all'interno delle scuole o dagli enti che operano con i giovani, con un aumento del rinvio al trattamento di soggetti che non si sarebbero presentati spontaneamente.

**Grafico 28:** Tendenze relative alla cannabis come droga primaria segnalata tra nuovi pazienti sottoposti a trattamento: 1996-2002



N.B.: Trattamento, dati complessivi (% di tutti i pazienti).  
Media delle tendenze (%) nei singoli paesi.  
In Svezia i dati dal 1996 al 1999 riguardano il trattamento ospedaliero; il numero di casi di cannabis è pertanto basso in confronto ad altri anni.  
Fonte: Relazioni nazionali Reitox 2003.

<sup>(158)</sup> Negli USA, si provvede a registrare l'ingresso al trattamento, piuttosto che l'individuo. Inoltre, diversamente dall'Europa, l'alcool figura fra le sostanze d'abuso. Cfr. il sito web SAMHSA (<http://oas.samhsa.gov>); va rilevato che negli USA, in Canada ed Australia si usa il termine «marijuana» perché il termine «hashish» (resina di cannabis) è inusuale.

È importante comprendere fino a che punto ciascuno di questi fattori incida sulla partecipazione agli interventi terapeutici. Il primo passo consiste nel prendere in considerazione le caratteristiche di chi entra in terapia e viene registrato come affetto da problemi legati al consumo primario di cannabis. Quest'analisi si basa su chi frequenta le strutture terapeutiche ambulatoriali.

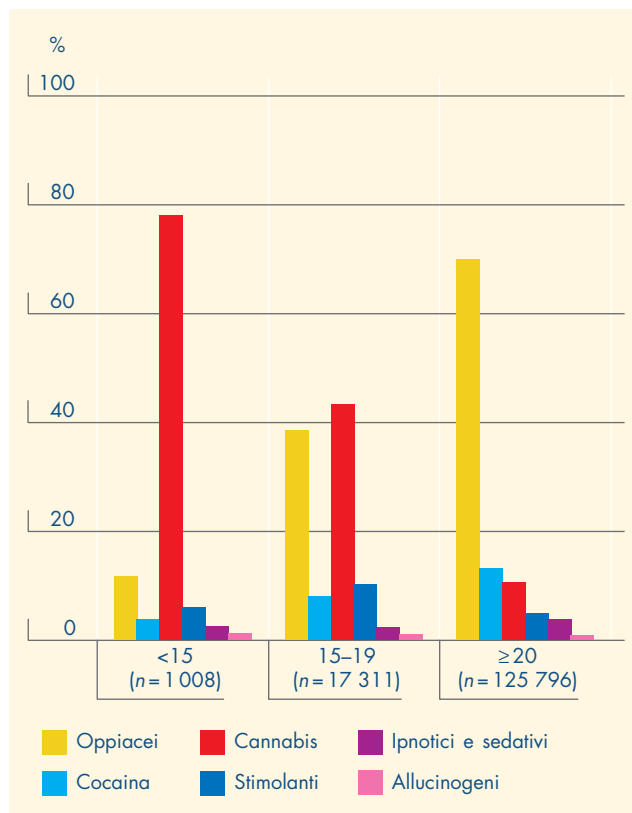
### I pazienti in terapia per cannabis: caratteristiche e modelli di consumo

Per registrare la fonte della domanda di trattamento per i consumatori di stupefacenti che entrano in terapia, sono disponibili alcune opzioni standard. Queste ultime operano una distinzione tra i consumatori di stupefacenti che si sono rivolti spontaneamente a queste strutture, e quelli che sono stati invece indirizzati da altri enti, come enti sociali e relativi alla giustizia penale. La maggior parte dei pazienti in terapia per cannabis è indirizzata al trattamento dalla famiglia o dagli amici, dai servizi sociali o dal sistema giudiziario penale. Rispetto a chi fa uso di altre droghe, la percentuale dei pazienti in terapia per cannabis che abbiano scelto spontaneamente di entrare in terapia è più bassa <sup>(159)</sup>. Anche negli Stati Uniti ed in Canada il quadro è analogo, nel senso che la domanda di trattamento per la marijuana come sostanza primaria è largamente ascrivibile a soggetti che non si sono presentati spontaneamente (OEDT, 2003d).

Un'importante differenza tra i diversi percorsi è data dal fatto che chi si avvicina ai servizi terapeutici spinto dai familiari o dai servizi sociali (spesso le scuole) è generalmente più giovane, è meno probabile che faccia uso di altre droghe oltre alla cannabis, è socialmente più integrato, mentre i pazienti rinviati dai magistrati o classificati come «presentatisi spontaneamente» tendono ad avere un'età più elevata e spesso a far uso di altre droghe in aggiunta alla cannabis (relazioni nazionali Reitox, 2003). In Germania ed in Finlandia, che registrano le percentuali più elevate di pazienti per uso primario di cannabis, sono i magistrati e le scuole a ricoprire un ruolo importante nel rinviare al trattamento i pazienti che fanno uso di cannabis.

I neo-pazienti in terapia per cannabis sono prevalentemente giovani, maschi (83%), con un'età media di 22-23 anni, mentre per quanto riguarda le altre sostanze stupefacenti, la percentuale dei pazienti di sesso maschile è marginalmente inferiore, ma l'età media è superiore. Per quasi l'80% dei nuovi pazienti classificati come «molto giovani» (sotto i 15 anni) e per il 40% degli adolescenti d'età compresa tra i 15 e i 19 anni, la droga primaria per la quale si chiede il trattamento è la cannabis (grafico 29) <sup>(160)</sup>. Questi gruppi sono tuttora prevalentemente di sesso maschile, ma comprendono una più elevata percentuale di ragazze rispetto al gruppo

**Grafico 29:** Distribuzione della droga primaria segnalata tra beneficiari di servizi di trattamento ambulatoriale, per fascia di età (2002)



N.B.: Tutti i pazienti. Paesi che hanno fornito dati: DK, DE, EL, ES, LU, HU, FI, SE, UK. I maschi di Danimarca e Regno Unito rappresentano il 56% di tutti i pazienti sotto i 20 anni in trattamento per cannabis, con un ulteriore 17% per la Spagna.  
Fonte: Relazioni nazionali Reitox 2003; TDI dei centri terapeutici ambulatoriali.

complessivo dei pazienti. Per quanto riguarda l'età e la distribuzione tra maschi e femmine, le differenze segnalate dai vari paesi riflettono grosso modo i medesimi modelli riferibili all'insieme dei pazienti.

L'età relativamente giovane dei pazienti in terapia per cannabis è rivelata dal fatto che un'elevata percentuale di questi, il 45%, è rappresentata da studenti, rispetto all'8% soltanto dei pazienti in terapia per problemi legati ad altre sostanze stupefacenti. Un ulteriore 24% dei soggetti in terapia per problemi di cannabis ha un'occupazione regolare, altrettanti risultano disoccupati <sup>(161)</sup>: un dato in netto contrasto con i pazienti che fanno uso di altre sostanze stupefacenti, come l'eroina. Inoltre, i pazienti in terapia per cannabis segnalano più spesso di vivere in situazioni abitative stabili rispetto a chi è in terapia per problemi legati ad altre sostanze stupefacenti <sup>(162)</sup>: ciò è dovuto al fatto che molti di essi sono giovani, sono studenti e vivono con i genitori.

I modelli di consumo tra i pazienti in terapia ambulatoriale per consumo primario di cannabis variano

<sup>(159)</sup> Cfr. grafico 22 OL: Fonte della domanda di trattamento fra tutti i pazienti: per tutte le sostanze stupefacenti e per la cannabis.

<sup>(160)</sup> Cfr. anche TDI\_tab. 4, bollettino statistico 2004.

<sup>(161)</sup> Cfr. grafico 23 OL: Condizione lavorativa tra i pazienti per cannabis e tutti i pazienti.

<sup>(162)</sup> Cfr. grafico 24 OL: Condizioni di vita tra i pazienti per cannabis e tutti i pazienti.

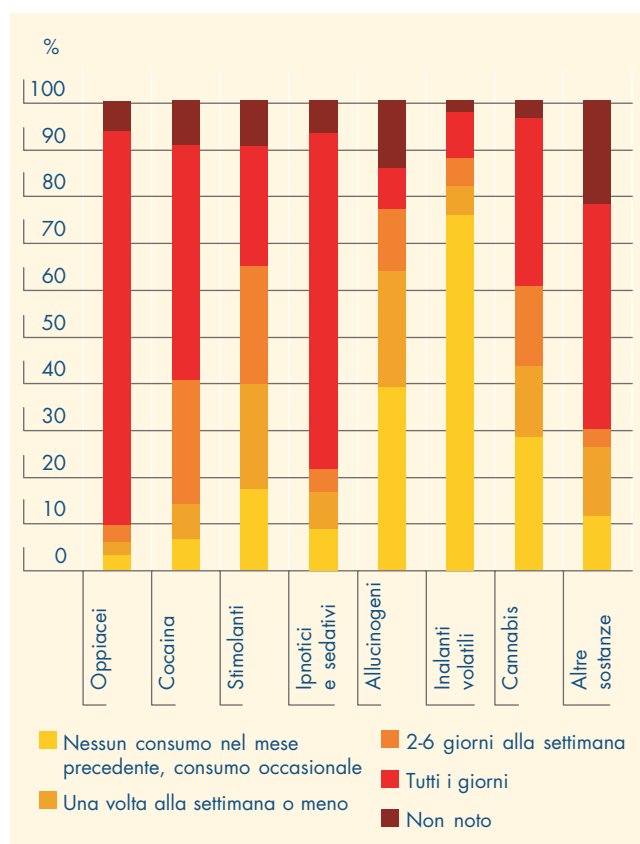


considerevolmente e sono abbastanza diversi rispetto a quelli che caratterizzano altri tipi di sostanze stupefacenti, particolarmente gli oppiacei (grafico 30). Tra i pazienti che nel 2002 risultavano in terapia per problemi legati al consumo primario di cannabis, soltanto il 36 % ne faceva un consumo quotidiano, e soltanto il 17 % ne faceva uso più di una volta alla settimana (da 2 a 6 volte alla settimana); il 15 % faceva uso di cannabis una volta alla settimana, o ancor meno, mentre il 28 % la consumava occasionalmente o non ne aveva fatto uso nel mese precedente. Per contro, ben l'84 % dei consumatori di oppiacei in terapia ne è un consumatore quotidiano.

La percentuale dei pazienti in terapia ambulatoriale che consumano quotidianamente cannabis varia da un paese all'altro. Le percentuali più elevate di consumatori quotidiani di cannabis si registrano nei Paesi Bassi (80 %) e in Danimarca (76 %), mentre la percentuale più elevata di consumatori occasionali è segnalata in Germania (41 %) <sup>(163)</sup>.

Tanto più bassa è l'età in cui la cannabis viene consumata per la prima volta, quanto più elevato è il rischio di

**Grafico 30:** Distribuzione della frequenza di consumo di droga primaria segnalata tra tutti i beneficiari di servizi di trattamento ambulatoriale nel 2002



N.B.: n = 109 699 (tutti i pazienti). Paesi che hanno fornito dati: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ — tutti i tipi di centri terapeutici).

Fonti: Relazioni nazionali Reitox 2003; TDI dei centri terapeutici ambulatoriali.

sviluppare in futuro problemi legati a questa sostanza (Kraus e al., 2003). In Europa, il 28 % di tutti i pazienti in terapia per cannabis nel 2002 aveva cominciato a far uso di questa droga prima dei 15 anni e la maggior parte di essi (80 %) prima dei 20 anni. Per quanto riguarda gli oppiacei, i dati corrispondenti sono rispettivamente il 9 % ed il 42,8 % e, per quanto riguarda la cocaina, il 6 % ed il 26,5 %.

La maggior parte dei paesi segnala che i pazienti in terapia affetti da problemi legati al consumo primario di cannabis mostrano spesso un modello di poliassunzione. Ciò può indicare un mero elemento di segnalazione, nel senso che per esempio i pazienti affetti da problemi legati alla poliassunzione di sostanze stupefacenti possono essere stati registrati, per comodità, come consumatori primari di cannabis. Tuttavia, dati quantitativi sulla percentuale di poliassuntori tra i pazienti in generale non sono disponibili. Ci sono differenze tra i pazienti che consumano soltanto la cannabis e quelli che la consumano unitamente ad altre sostanze stupefacenti (relazioni nazionali Reitox, 2003): i primi sono di solito più giovani e meglio integrati socialmente (è più probabile che abbiano un'occupazione ed abbiano conseguito un livello di istruzione superiore, mentre è meno probabile che lascino o abbiano lasciato la scuola). Le sostanze più comunemente segnalate come sostanze secondarie dai pazienti che fanno un uso primario di cannabis sono l'alcool (32,9 %) e le sostanze stimolanti (25 %) <sup>(164)</sup>, anche se la distribuzione varia da un paese all'altro.

Alcuni pazienti in trattamento per cannabis ammettono di iniettarsi anche altre sostanze stupefacenti; altri segnalano un'esperienza una tantum di uso di sostanze stupefacenti per via parenterale, nonostante attualmente non consumino droghe diverse dalla cannabis. Nel 2002 in Grecia, ad esempio, soltanto il 14,7 % dei pazienti in terapia per cannabis che avevano segnalato il consumo di una droga secondaria, ne aveva fatto uso per via parenterale nei 30 giorni precedenti, ma il 25,4 % dei pazienti in terapia per cannabis segnalava l'esperienza una tantum dell'uso per via parenterale di un'altra sostanza (relazione nazionale greca, 2003). Analogamente, informazioni provenienti dalla Repubblica ceca (relazione nazionale) fanno pensare che, in alcuni ambienti terapeutici, fino alla metà dei pazienti in terapia per cannabis faccia uso anche di altre sostanze stupefacenti per via parenterale.

### Evoluzione della domanda di trattamento: fattori del cambiamento

L'aumento della domanda di trattamento per problemi legati al consumo primario di cannabis va visto nel contesto dei cambiamenti occorsi nelle caratteristiche e nei modelli di consumo. Tra il 2000 ed il 2002, nei paesi che hanno segnalato dati al riguardo, il numero complessivo dei soggetti indirizzati al trattamento da parte della magistratura, da famiglia/amici o da servizi sociali, è aumentato

<sup>(163)</sup> Cfr. grafico 25 OL: Frequenza del consumo di cannabis per paese.

<sup>(164)</sup> Cfr. grafico 26 OL: Droga secondaria più usata tra i consumatori di cannabis per paese e TDI\_tab. 9, bollettino statistico 2004.

considerevolmente: rispettivamente, del 103 %, 81 % e 136 %<sup>(165)</sup>. Non sono state riscontrate differenze significative tra i paesi, tranne in Germania, dove è aumentata anche la percentuale dei soggetti indirizzati al trattamento dal sistema giudiziario penale (dal 21,7 al 26,7 %).

Non sono disponibili dati materiali sull'evoluzione delle caratteristiche sociodemografiche dei pazienti per cannabis, anche se alcune relazioni nazionali (Repubblica ceca, Francia e Lussemburgo) descrivono un aumento del numero dei pazienti affetti da problemi educativi, sociali e psicologici. Tra il 2001 ed il 2002 la percentuale dei consumatori quotidiani tra i pazienti per cannabis è salita dal 31,7 al 39,2 %<sup>(166)</sup>; alcuni paesi segnalano che la percentuale dei consumatori quotidiani è più elevata tra i pazienti meno giovani (> 20 anni).

### La cannabis nella popolazione generale: dal consumo sperimentale al consumo quotidiano

Come descritto precedentemente, malgrado il consumo di cannabis sia aumentato considerevolmente in quasi tutti i paesi nel corso degli anni novanta e sia la sostanza stupefacente di uso più comune, il suo consumo resta in gran parte occasionale, oppure è di breve durata. È probabile che i soggetti più a rischio di sviluppare problemi o diventare dipendenti siano quelli che fanno un consumo intensivo della sostanza; è però proprio in quest'area che le fonti informative sono più deboli, anche se si sa che i consumatori recenti (consumo negli ultimi 30 giorni) sono generalmente giovani maschi che vivono in aree urbane.

Il «consumo negli ultimi 30 giorni» è un indicatore del consumo corrente e comprende tutti coloro che fanno un consumo intensivo di cannabis. In indagini recenti, escludendo la Svezia (0,1 %), una percentuale compresa tra l'1 ed il 7 % di tutti gli adulti, nonché tra il 3 ed il 12 % dei giovani adulti, segnala di aver fatto uso di cannabis negli ultimi 30 giorni. Ci sono comunque differenze tra i vari paesi; il consumo corrente è più comune nella Repubblica ceca, in Spagna, Francia, Irlanda e Regno Unito. Nei paesi nei quali è possibile analizzare l'evoluzione temporale del consumo recente, si è riscontrato un aumento, sebbene non enorme.

Soltanto per nove paesi sono disponibili dati che consentano l'analisi della frequenza del consumo di cannabis negli ultimi 30 giorni: Grecia, Spagna, Francia, Irlanda, Italia, Lettonia, Paesi Bassi, Portogallo e Finlandia

(non presentati). Con un'eccezione (Lettonia), circa un quarto (19-33 %) di chi ha fatto uso di cannabis nell'ultimo mese, lo avrebbe fatto su base quotidiana o quasi quotidiana<sup>(167)</sup> <sup>(168)</sup>. In questi paesi, i consumatori quotidiani rappresentano una percentuale della popolazione complessiva variabile dallo 0,5 al 2,3 %<sup>(169)</sup> ed una percentuale tra i giovani adulti (15-34 anni) variabile dallo 0,9 al 3,7 % (grafico 31). La maggior parte (76-92 %) di chi ha ammesso di aver fatto uso di cannabis nel mese precedente è d'età compresa tra 15 e 34 anni; conseguentemente, anche i consumatori quotidiani si concentrano in questa fascia d'età. Va aggiunto che i consumatori quotidiani sono prevalentemente di sesso maschile, anche se la percentuale varia dal 62 % nei Paesi Bassi al 92 % in Grecia.

Si può partire da questi dati per calcolare una stima approssimativa del numero delle persone che fanno un uso intensivo di cannabis in Europa. Ipotizzando che l'1 % circa della popolazione faccia uso di cannabis quotidianamente, in un paese con 25 milioni di abitanti (d'età compresa tra 15 e 64 anni), ci sarebbero 250 000 consumatori quotidiani di cannabis. Nell'insieme dell'UE, con una popolazione complessiva di 302 milioni di persone d'età compresa tra 15 e 64 anni, la prevalenza sarebbe di circa 3 milioni.

Anche tra i giovani adulti il consumo intensivo di cannabis varia in rapporto alle coorti d'età, risultando in genere più elevato tra i gruppi più giovani. Da un'indagine condotta nel 2002 nelle scuole spagnole, il 3,6 % degli studenti d'età compresa tra 14 e 18 anni segnalava un uso quotidiano o pressoché quotidiano (al margine superiore del campo di variazione riscontrato tra i giovani adulti d'età compresa tra 15 e 34 anni). Da un'indagine annuale francese su studenti d'età compresa tra 17 e 19 anni (ESCAPAD) è emerso che la percentuale di chi aveva fatto un uso quotidiano di cannabis negli ultimi 30 giorni continuava ad essere più elevata, pari al 9,2 % per i ragazzi ed al 3,3 % per le ragazze (Beck, 2003).

Gli effetti della dipendenza da cannabis o del suo abuso sembrano essere meno gravi rispetto a quelli di altre sostanze stupefacenti. La maggioranza dei consumatori intensivi di cannabis sembra essere rappresentata da giovani relativamente integrati, che sono maggiormente esposti ad altri problemi sociali (incidenti alla guida, mancato completamento del percorso educativo, difficoltà familiari) piuttosto che ad altre attività penalmente rilevanti; gli interventi dovrebbero essere conseguentemente ben calibrati senza creare ulteriori problemi o esclusioni.

<sup>(165)</sup> Cfr. grafico 27 OL: Fonte della domanda di trattamento fra tutti i pazienti, 2000-2002.

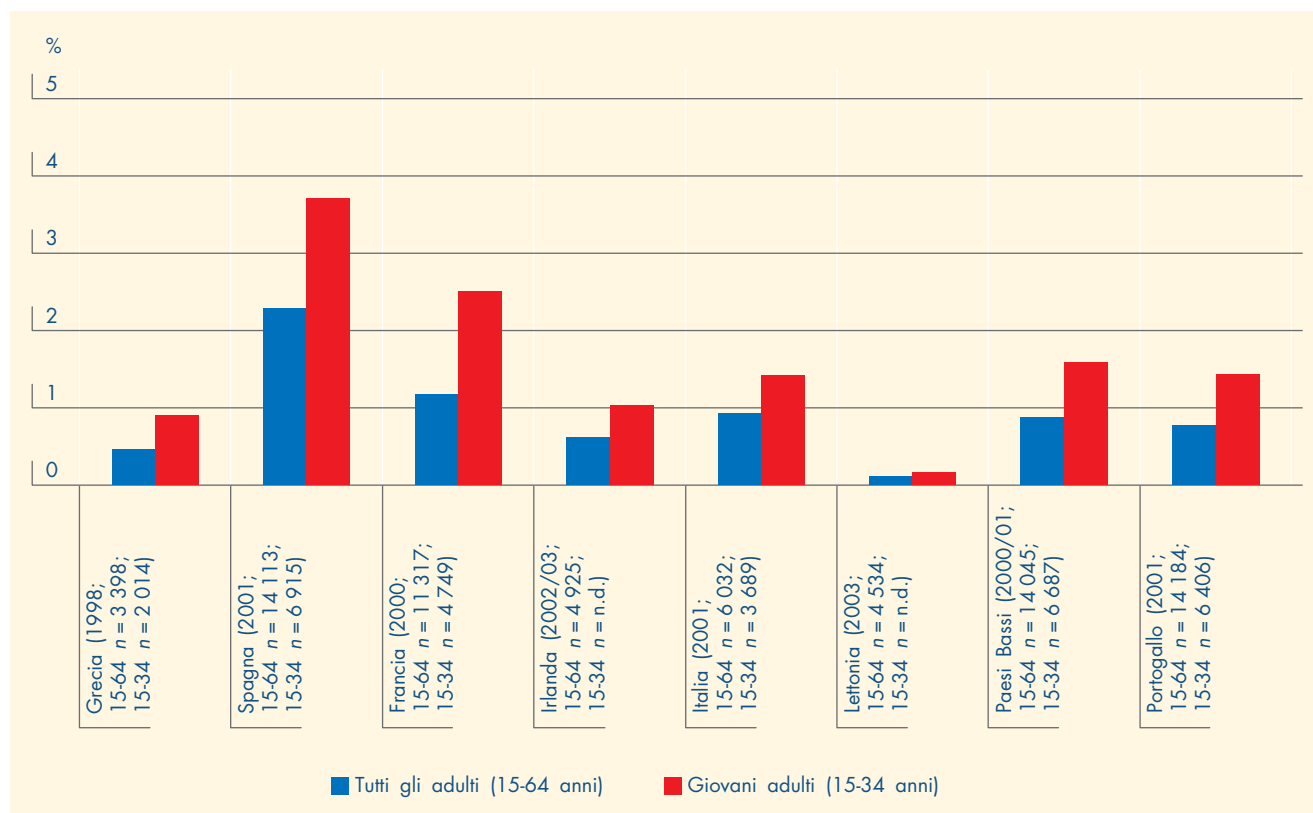
<sup>(166)</sup> Cfr. grafico 28 OL: Frequenza del consumo tra tutti i pazienti in terapia per cannabis e TDI\_tab. 8, bollettino statistico 2004.

<sup>(167)</sup> In questa sezione, le informazioni si riferiscono al «consumo per 20 o più giorni nell'arco dei 30 giorni precedenti», o anche al «consumo quotidiano o quasi quotidiano». Il questionario europeo prevede di raccogliere il numero esatto di giorni di consumo, ma ai fini della segnalazione del dato nazionale, la frequenza del consumo è stata raggruppata in quattro categorie separate, la più elevata delle quali corrisponde a «20 o più giorni».

<sup>(168)</sup> Cfr. grafico 29 OL: Percentuale di consumatori quotidiani (o quasi quotidiani) tra gli adulti (15-64 anni) che hanno fatto uso di cannabis nell'ultimo mese.

<sup>(169)</sup> La percentuale dei «consumatori nell'ultimo mese» moltiplicata per la percentuale dei «consumatori quotidiani o quasi quotidiani», vale a dire 6 % (prevalenza nell'ultimo mese) × 25 % (percentuale che ha consumato «20 volte o più») = 1,5 %.

**Grafico 31:** Percentuale di «consumatori quotidiani o quasi quotidiani» tra tutti gli adulti ed i giovani adulti in alcuni paesi dell'UE, misurata con indagini di popolazione nazionali



**N.B.:** Consumatori quotidiani o quasi quotidiani = consumo in 20 giorni o più nel mese precedente il colloquio. I dati provengono dalle indagini nazionali più recenti disponibili in ogni paese. La fascia d'età per tutti gli adulti è 15-64 anni (Italia 44 anni), mentre per i giovani adulti è di 15-34 anni. Le variazioni delle fasce d'età possono dar luogo a piccole disparità tra i vari paesi.  
**Fonte:** Relazioni nazionali Reitox 2003, rapporti di indagini di popolazione o articoli scientifici. Cfr. anche tabelle epidemiologiche standard nel bollettino statistico 2004.

## Questioni relative alla potenza ed alla dose della cannabis

Si è ipotizzato che l'aumentata potenza della cannabis sia parzialmente responsabile dell'aumento delle problematiche e, conseguentemente, del maggior numero di individui ammessi al trattamento. La comprensione delle questioni relative alla potenza della cannabis, della dose che i singoli consumatori ricevono e del suo possibile impatto sui problemi acuti e cronici, solleva una serie di questioni complesse. Per esplorare le prove scientifiche disponibili in merito alla potenza della cannabis, l'OEDT ha condotto uno studio speciale, i cui principali risultati sono riportati a pagina 90.

La potenza della cannabis è soltanto uno dei fattori per calcolare la dose che un individuo assorbe nell'arco di un determinato periodo (Hall e al., 2001). La modalità di somministrazione, la tecnica per fumare, la quantità di cannabis usata per ogni sessione, nonché il numero delle sessioni cui l'individuo si sottopone sono tutti aspetti altrettanto importanti, se non di più, in termini di calcolo

dei livelli individuali di esposizione. In un certo senso, la cannabis ad elevata potenza è sempre stata disponibile: le preoccupazioni al riguardo non sono nuove. Va inoltre notato che non si sa se i consumatori modificano il loro comportamento per ottenere un effetto di dose desiderato. Pertanto, la misura in cui la cannabis ad alta potenza risulta necessariamente in dosi elevate richiede maggiori ricerche.

## La risposta alle esigenze di chi ha problemi legati alla cannabis

Per l'elaborazione di risposte efficaci è fondamentale riuscire a comprendere le necessità di chi chiede aiuto per problemi legati alla cannabis. L'analisi della domanda di trattamento e di altri indicatori suggerisce che sia i consumatori di cannabis indirizzati al trattamento che i consumatori nel loro insieme rappresentano una popolazione eterogenea con esigenze altrettanto eterogenee. Ciò suggerisce la necessità di tutta una serie di risposte, che vanno dalla prevenzione e riduzione del rischio alle attività terapeutiche ufficiali. Uno dei problemi è

### La potenza della cannabis (fonte: OEDT, 2004c)

1. I paesi dell'UE sono suddivisi in due gruppi distinti, a seconda se il prodotto più comunemente consumato è la cannabis in foglie o la resina di cannabis. Tra i paesi di cui si dispone di informazioni, la resina di cannabis risulta più comune in Germania, Irlanda, Portogallo e Regno Unito, mentre le foglie di cannabis risultano più comuni in Belgio, Repubblica ceca, Estonia, Paesi Bassi e Austria.
2. Non è stata riscontrata una marcata tendenza al rialzo a lungo termine nella potenza delle foglie di cannabis o della resina di cannabis importate in Europa. In tutti i paesi dell'UE, con la possibile eccezione dei Paesi Bassi, la maggior parte della cannabis consumata è importata, anche se attualmente mancano dati sistematici sulla disponibilità di foglie di cannabis di produzione interna.
3. La coltivazione *indoor* della cannabis avviene in una certa misura in tutti i paesi europei. Nei Paesi Bassi, si prevede che questo prodotto rappresenti oltre la metà della cannabis consumata.
4. Le foglie di cannabis coltivata *indoor* utilizzando metodi intensivi (ad esempio, sistemi idroponici con illuminazione artificiale, propagazione con talee e controllo della durata della luce diurna) ha di solito un contenuto in THC superiore rispetto alla droga importata. Anche se l'intervallo di potenza delle foglie di cannabis coltivata a livello domestico può sovrapporsi a quello della cannabis importata, la potenza media della cannabis coltivata a livello domestico può essere due-tre volte superiore.
5. Il generale aumento della potenza della cannabis segnalato in alcuni paesi va attribuito quasi interamente all'aumento della percentuale di cannabis di coltivazione domestica consumata.
6. Se si tiene conto della quota di mercato dei vari prodotti a base di cannabis, in realtà la potenza è rimasta relativamente stabile in quasi tutti i paesi per molti anni, a circa il 6-8 %. L'unica eccezione è data dai Paesi Bassi dove, nel 2001, era salita al 16 %.
7. Nei Paesi Bassi, la resina di cannabis di produzione locale ha un contenuto in THC particolarmente elevato, ma questa sostanza resta poco comune in quel paese ed è pressoché sconosciuta altrove.
8. Le affermazioni comparse sui mass media, secondo le quali la potenza della cannabis sarebbe aumentata di 10 volte o più negli ultimi decenni, non sono supportate da alcun dato, né negli USA, né in Europa. Sembra che i cambiamenti maggiori della potenza siano intervenuti negli USA, ma va ricordato che prima del 1980 la potenza della cannabis negli USA era bassa rispetto agli standard europei.
9. La conclusione generale dello studio è che le modiche variazioni nei livelli di THC sono dovute in gran parte alla recente comparsa di cannabis coltivata intensivamente a livello domestico nell'UE. Va rilevato inoltre che il contenuto in THC dei prodotti a base di cannabis è estremamente variabile. Vi è una forte esigenza d'informazione per sviluppare sistemi di monitoraggio che siano in grado di valutare la quota di mercato dei vari prodotti a base di cannabis, seguendone le variazioni nel tempo. Al momento attuale questo tipo d'informazione è piuttosto carente.
10. Lo studio indica una serie di importanti aree che, per ben comprendere le questioni legate alla potenza della cannabis, richiedono un'attenta valutazione. Fra queste, il consenso sulla nomenclatura dei prodotti a base di cannabis, il miglioramento del monitoraggio delle informazioni sul mercato, il miglioramento del livello delle analisi di laboratorio e della raccolta e presentazione dei dati a livello europeo, gli studi per capire il rapporto tra potenza, abitudini di fumo e livelli di THC/metaboliti nel sangue in Europa e l'esigenza di comprendere la misura in cui la cannabis ad alta potenza provochi un'esposizione a dosi maggiori e tutte le possibili relazioni con i problemi di salute. Vale la pena riflettere, infine, sul rapporto costi/benefici di una diversificazione della risposta rispetto alla diversificazione dei prodotti.

quello di vedere se sia opportuno o meno indirizzare giovani che fanno un uso occasionale di cannabis a centri specializzati sulle droghe. La risposta a questa domanda dipende in gran parte dalla struttura dei servizi e dalla misura in cui i pazienti sono mescolati con consumatori cronici di altre sostanze. L'individuazione di percorsi adeguati alle diverse modalità di consumo della cannabis resta ciononostante un argomento importante su cui riflettere ulteriormente.

Dal lato della prevenzione, poche iniziative sono state concepite specificamente in risposta all'aumento del consumo di cannabis tra i giovani, in quanto raramente la prevenzione è differenziata in rapporto alle singole sostanze: tuttavia, alcuni Stati membri segnalano nuovi

sviluppi in quest'area, con l'adozione di due strategie principali: 1) sottolineando il pericolo che i giovani consumatori di cannabis si facciano coinvolgere nel sistema giudiziario penale; 2) tentando di invertire la percezione sociale del consumo della cannabis, come comportamento normativo, mediante campagne di massa o mirate attraverso i media.

In Germania, Grecia, Irlanda, Finlandia e Regno Unito, sono state introdotte misure volte a ridurre le conseguenze psicosociali dei primi reati per il consumo di cannabis tra gli adolescenti. Un esempio recente (dal 2000 in poi) è il programma FRED in Germania, ora operativo in otto Länder; il programma offre ai giovani consumatori di stupefacenti interventi precoci di breve durata su base

volontaria<sup>(170)</sup>. Nel Regno Unito, le équipes dedicate ai giovani autori di reati lavorano in maniera analoga. Sulla scia del diverso approccio del sistema giudiziario penale ad alcuni aspetti del consumo di cannabis ed a seguito della riclassificazione di questa sostanza (dalla classe B alla classe C), è considerato reato il possesso, non il consumo; chi è trovato in possesso riceve un avvertimento. È prevista una procedura specifica per l'avvertimento dei giovani (sotto i 18 anni). Il Regno Unito ha introdotto anche una campagna sui mass media per riaffermare la natura negativa ed illegale della cannabis.

Un'altra recente iniziativa consiste nel portare la campagna di prevenzione nei «coffee shop», dove si possono comprare piccole quantità di cannabis. Questo intervento assume la forma di un corso e di un manuale per i titolari di coffee-shop per prevenire l'insorgenza di problemi legati alla droga in questi luoghi. Il manuale fornisce informazioni sulla cannabis, sulla legislazione in materia di sostanze stupefacenti, sui disturbi psichiatrici, sul primo soccorso, sull'imprenditorialità e sulle capacità educative. Nei Paesi Bassi, vi è una tradizione di approcci personalizzati e diretti nei confronti del consumo di cannabis, come illustrato dalla settimana dedicata all'hashish ed all'erba (Hash and Weed Week)<sup>(171)</sup>, quando i consumatori pesanti di cannabis organizzano riunioni di gruppo, durante le quali vengono discusse le conseguenze del consumo intensivo e le possibilità di cambiamenti comportamentali.

In un certo senso, questi approcci sono orientati sia alla riduzione dei danni, sia alla prevenzione. Tuttavia, nonostante sia noto il collegamento tra il fumo ed i problemi respiratori e cresca la preoccupazione per l'impatto negativo sulla salute del consumo intensivo di cannabis, gli interventi volti a ridurre i danni associati al consumo di cannabis restano poco sviluppati rispetto a quelli rivolti ai consumatori di altre sostanze stupefacenti.

Le opzioni terapeutiche per chi ha problemi legati alla cannabis si ritrovano in gran parte nei centri terapeutici che offrono assistenza ai pazienti dipendenti da droghe lecite ed illecite o affetti da altre forme di dipendenza. Alcuni paesi segnalano l'esistenza di servizi concepiti per i consumatori di cannabis (Danimarca, Germania, Grecia, Francia, Paesi Bassi, Austria, Svezia e Norvegia): in generale, però, un'assistenza specializzata di questo tipo sembra essere estremamente limitata in molti paesi, dove i servizi terapeutici per i consumatori problematici di cannabis sono integrati nelle strutture che si occupano del trattamento di problematiche generiche relative alle droghe (Belgio, Repubblica ceca, Danimarca, Germania, Spagna, Francia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Slovenia e Norvegia).

In gran parte, chi ha un problema legato alla cannabis viene affiancato a pazienti in terapia per il consumo problematico di altre sostanze illecite, generalmente oppioidi. Poiché molti di questi centri terapeutici specializzati sono configurati in maniera tale da venire incontro alle esigenze di una popolazione caotica e spesso emarginata, la loro adeguatezza per chi ha esigenze meno acute, come la maggior parte dei consumatori di cannabis, è discutibile. I servizi terapeutici degli Stati membri sono consapevoli di questi problemi e alcuni paesi, nelle loro relazioni nazionali Reitox, hanno osservato che potrebbe essere controproducente e svantaggioso mescolare i consumatori problematici di cannabis con i consumatori problematici di eroina o con i poliassuntori: rilevano pertanto come questa sia una delle ragioni per le quali i consumatori di cannabis non dovrebbero ricevere un'assistenza ospedaliera. È più semplice concepire programmi rivolti specificamente ai consumatori di cannabis su base ambulatoriale. La relazione nazionale austriaca suggerisce che l'assistenza ospedaliera, se richiesta, dovrebbe aver luogo preferibilmente nell'ambito di un reparto psichiatrico generico per adolescenti, piuttosto che in una struttura specializzata sulle tossicodipendenze. Fra le innovazioni più recenti segnalate dagli Stati membri in risposta alle esigenze dei consumatori di cannabis, figurano un «manuale per il trattamento cognitivo» per i consumatori cronici di cannabis, prodotto in Svezia, un sito web di auto-aiuto per i consumatori problematici di cannabis nei Paesi Bassi, l'introduzione dell'agopuntura come trattamento in Finlandia.

## Conclusioni

L'obiettivo di questa disamina è di collocare l'aumento osservato nella domanda di trattamento per cannabis in un contesto analitico più ampio. Facendo questo si scopre che molti importanti interrogativi, che sono fondamentali per un dibattito politico informato su questo argomento così controverso, restano senza risposta. Risulta anche che i casi riscontrati non giustificano allarmismi, sebbene non siano motivo di compiacimento.

Le persone affette da problemi legati alla cannabis rappresentano, in alcuni paesi, una percentuale non irrisoria della domanda di trattamento in strutture specializzate; esse costituiscono un importante sottogruppo all'interno della più ampia popolazione in trattamento. Si tratta in gran parte di giovani maschi, generalmente intorno ai 20 anni; la maggioranza ha cominciato a far uso di questa droga all'età di 16 o 17 anni.

I pazienti in terapia per cannabis seguono modelli di consumo diversi rispetto ai pazienti che consumano altre sostanze; inoltre, ci sono importanti differenze tra di loro. È possibile che i profili dei diversi sottogruppi di consumatori

<sup>(170)</sup> Altre informazioni su questo e su altri programmi di prevenzione si possono trovare nella banca dati EDDRA dell'OEDT ([http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=2091](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091)).

<sup>(171)</sup> [http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog\\_ID=385](http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385)

di cannabis in trattamento servano a capirne direttamente le esigenze e pertanto a fornire risposte adeguate. In questo caso i parametri importanti sono la frequenza del consumo, il consumo passato e corrente di altre sostanze stupefacenti e la fonte della domanda di trattamento. Riassumendo le relazioni nazionali ed i dati TDI, si possono discernere grosso modo due profili di pazienti:

- i consumatori più giovani, spesso studenti, indirizzati ai servizi terapeutici dalla famiglia o dalla scuola, che consumano soltanto la cannabis o talvolta in combinazione con alcool o sostanze stimolanti;
- i poliassuntori, generalmente meno giovani e meno integrati socialmente, indirizzati ai servizi terapeutici prevalentemente dalla magistratura o dai servizi sanitari e sociali, che possono sovrapporsi alla popolazione dei consumatori cronici di sostanze stupefacenti.

Oltre a questi due gruppi sembra esserci un terzo gruppo, indirizzato al trattamento dalla magistratura, che non fa uso di altre sostanze stupefacenti e sembra essere formato da consumatori di cannabis puramente occasionali.

Riflettendo sui cambiamenti intervenuti nelle caratteristiche della domanda di trattamento per cannabis in quanto droga primaria, le informazioni disponibili suggeriscono quanto segue:

- in alcuni paesi, è aumentato il numero dei soggetti indirizzati ai servizi terapeutici dal sistema giudiziario penale;
- è aumentato il numero dei soggetti indirizzati ai servizi terapeutici dalla famiglia e da altre reti di supporto sociale (famiglia, amici, servizi sociali, scuola);
- è aumentata la percentuale del consumo intensivo (quotidiano) di cannabis, anche se i consumatori quotidiani restano una minoranza;
- sono aumentati, in alcuni paesi, i livelli dei problemi sociali ed educativi, anche se in questo settore i dati sono carenti.

Esaminando l'aumento della domanda di trattamento, sembra che effettivamente i cambiamenti intervenuti nella prassi seguita per indirizzare ai servizi terapeutici abbiano avuto un certo impatto; una percentuale rilevante dei soggetti indirizzati ai servizi terapeutici sembra essere data da consumatori non intensivi di cannabis. Ciò non toglie che, almeno in alcuni paesi, un buon numero di richieste di trattamento provenga da individui che fanno un uso intensivo di cannabis. I problemi incontrati da questo gruppo sono ancora scarsamente compresi: è necessario

condurre con urgenza ricerche in quest'area.

L'osservazione secondo la quale la maggioranza dei giovanissimi chiede di entrare in terapia per la cannabis suggerisce la necessità di riflettere con particolare attenzione sulle esigenze, sui percorsi che conducono questo particolare gruppo ai servizi terapeutici e sulle risposte specifiche da dare.

È importante riconoscere anche che la domanda di trattamento non è un indicatore diretto della dimensione e della natura dei problemi legati alla cannabis. I dati derivanti da indagini sulla popolazione generale suggeriscono che, rispetto al consumo occasionale, il consumo intensivo di cannabis è relativamente inabituale. Tuttavia, il fatto che il consumo di cannabis sia così diffuso significa che un numero considerevole di persone fa probabilmente uso intensivo di questa sostanza — almeno per un certo periodo della vita.

Le stime sembrano suggerire che il consumo intensivo può interessare una percentuale compresa tra lo 0,5 ed il 2 % della popolazione adulta e tra l'1 ed il 3 % dei giovani adulti. È probabile che la prevalenza tra i giovani maschi sia considerevolmente più elevata. È difficile desumere dall'indagine un quadro certo circa il numero dei consumatori che sono affetti da problemi legati alla cannabis o che sono diventati dipendenti da essa. Malgrado gli effetti della dipendenza da cannabis, o del suo abuso, siano meno gravi rispetto a quelli di altre sostanze stupefacenti, l'impatto sulla sanità pubblica può essere comunque considerevole, in ragione dell'entità del fenomeno e del fatto che molti dei consumatori maggiormente interessati sono giovani, che potrebbero passare ad un consumo intensivo durante determinati periodi del loro sviluppo o quando sono particolarmente vulnerabili. Nelle famiglie o comunità socialmente svantaggiate la dipendenza da cannabis o il suo abuso possono accentuare problematiche individuali incidendo negativamente sulle opportunità di istruzione o di occupazione.

In breve, è ancora fondamentale necessario effettuare ricerche per riuscire a comprendere il rapporto tra i vari modelli di consumo della cannabis e l'insorgenza dei problemi. Resta tuttora scarsamente compresa l'entità delle problematiche avvertite dai consumatori di cannabis e la natura di queste ultime: sono necessari dunque strumenti metodologici adeguati per valutarle a livello della popolazione. Tali informazioni sono un presupposto indispensabile per sviluppare, calibrare ed attuare risposte efficaci, in termini di sanità pubblica, al consumo della cannabis in Europa.



## Questione specifica 3

### Comorbidità

#### Introduzione

La coesistenza di malattie psichiatriche e disturbi dovuti al consumo di sostanze stupefacenti, definita comunemente comorbidità o doppia diagnosi, non è un fenomeno nuovo. Tuttavia, in questi ultimi anni il problema ha acquisito una maggiore rilevanza nell'ambito del dibattito politico e professionale, in quanto è ormai chiaro che le persone interessate al fenomeno sono numerose ed il loro numero è probabilmente in crescita. Questo capitolo è dedicato alla coesistenza di disturbi psichiatrici e della personalità, da un lato, e di prassi di consumo di droghe illecite, dall'altro. In effetti, è spesso più appropriato parlare di plurimultimorbilità, in quanto gli individui interessati soffrono spesso di malattie somatiche, ad esempio, infezioni da virus dell'immunodeficienza (HIV) o dell'epatite C, nonché di disturbi sociali, quali problemi familiari, disoccupazione, detenzione, mancanza di una fissa dimora. I servizi assistenziali e terapeutici sono di solito inadeguati ad affrontare le necessità diagnostiche e terapeutiche di questo gruppo di pazienti, trascurando e/o non riuscendo a fronteggiare le problematiche dei pazienti nella loro totalità. Questo porta spesso al fenomeno chiamato «revolving door» (porta girevole): pazienti che hanno un gran bisogno di trattamento che vengono rispediti da un servizio all'altro, mentre la loro situazione peggiora continuamente.

Si fa notare che il rapporto specifico tra consumo di cannabis e disturbi psichiatrici è affrontato più approfonditamente nella questione specifica sulla cannabis (pag. 82).

#### Definizione

La comorbidità, o doppia diagnosi, è definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) come la «coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico» (OMS, 1995). Secondo l'ufficio delle Nazioni Unite contro la droga ed il crimine (UNODC), una persona con doppia diagnosi è una «persona cui è stato diagnosticato un problema per abuso di alcool o di altre sostanze stupefacenti in aggiunta ad un altro problema solitamente di natura psichiatrica, ad esempio, disturbi depressivi o schizofrenia» [United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention (UNODCCP), 2000]. In altre parole, per comorbidità in questo contesto s'intende la

coesistenza temporale di due o più disturbi psichiatrici o della personalità, uno dei quali è il consumo problematico di sostanze stupefacenti.

#### Eziologia

Determinare l'eziologia della comorbidità può portare al tipico dibattito se sia nato prima l'uovo o la gallina. Le ricerche esistenti sul rapporto causale tra disturbi psichiatrici e disturbi derivanti da sostanze stupefacenti non portano ad alcuna conclusione. I sintomi dei disturbi mentali e dei problemi legati alla tossicodipendenza interagiscono l'uno con l'altro e si influenzano vicendevolmente.

Dalle ricerche emerge che i disturbi psichiatrici e della personalità di solito si manifestano prima dei disturbi derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti, vale a dire accentuano la suscettibilità individuale a tali problemi; (Kessler e al., 2001; Bakken e al., 2003); tuttavia, i disturbi psichiatrici possono essere anche aggravati dal consumo di sostanze stupefacenti (ad esempio, per la depressione: McIntosh e Ritson, 2001) oppure possono manifestarsi in parallelo.

Il consumo di sostanze stupefacenti può essere considerato anche come una componente o il sintomo di un disturbo psichiatrico o della personalità, oltre che come un tentativo di automedicazione (ad esempio, Williams e al., 1990; Murray e al., 2003). Il fatto che il consumo di sostanze stupefacenti vada ad alleviare le manifestazioni dello stress incoraggia lo sviluppo della dipendenza. Una volta che il consumo di sostanze stupefacenti sia interrotto, ad esempio con un trattamento di disassuefazione o con una terapia sostitutiva, i sintomi possono ricomparire. Le psicosi acute indotte da sostanze stupefacenti caratterizzano in particolare i consumatori di cocaina, anfetamine ed allucinogeni, le quali, di solito, si attenuano relativamente in fretta. Può essere però molto difficile operare una distinzione tra i sintomi che sono dovuti all'intossicazione da sostanze stupefacenti ed episodi psicotici privi di correlazione.

Krausz (1996) suggerisce quattro categorie di doppia diagnosi:

- una diagnosi primaria di malattia mentale, con una diagnosi successiva (doppia) di abuso di sostanze stupefacenti, che incide negativamente sulla salute mentale;



- una diagnosi primaria di tossicodipendenza con complicanze psichiatriche che conducono alla malattia mentale;
- diagnosi concomitanti di abuso di sostanze stupefacenti e disturbi psichiatrici;
- una doppia diagnosi di abuso di sostanze stupefacenti e disturbi depressivi, ascrivibili entrambi ad una preesistente esperienza traumatica (ad es. disturbo da stress post-traumatico).

Analogamente, la relazione nazionale svedese opera una distinzione tra i pazienti psichiatrici affetti da comorbidità ed i pazienti tossicodipendenti affetti da disturbi della personalità, i quali risultano aggravati dal consumo di sostanze stupefacenti e non sempre sono adeguatamente diagnosticati.

Morel (1999) distingue tra disturbi psichiatrici aspecifici riscontrati nei tossicodipendenti e complicanze specificamente connesse al consumo di sostanze stupefacenti. Tra i tossicodipendenti si riscontrano spesso, fra l'altro, i seguenti disturbi:

- ansia, disturbi depressivi;
- disturbi del sonno derivanti dalla depressione, forme di ansia o psicosi;
- comportamenti aggressivi e violenti, che indicano disturbi della personalità, di carattere antisociale, psicopatico, schizofrenico o paranoide.

I problemi collegati specificamente al consumo di sostanze stupefacenti comprendono:

- le farmaco-psicosi indotte da allucinogeni o anfetamine;
- le sindromi confusionali.

Studi recenti di neuropsicologia e neurobiologia, nonché l'avvento di tecniche che consentono la visualizzazione dei processi cerebrali, hanno reso possibile ipotizzare interazioni tra i traumi mentali e fisici, l'evoluzione cerebrale, gli effetti di sostanze stupefacenti, lo stress e lo sviluppo mentale. Il sistema della ricompensa è essenziale nello sviluppo della dipendenza; la dipendenza a sua volta è collegata a variazioni strutturali e all'adeguamento del cervello, ai livelli micro e macro (Nestler, 2001).

Altre teorie collegano determinate sostanze stupefacenti a determinati disturbi mentali: è stato cioè possibile postulare che l'eroina è in grado di ridurre lo stress, alleviare il dolore e far sparire le voci minacciose che affliggono i pazienti schizofrenici e schizofrenici borderline; tuttavia, i pazienti affetti da gravi malattie mentali non fanno uso di eroina. Si suggerisce che la cocaina possa alleviare gli stati depressivi, permettere comportamenti più disinibiti e far sì che le personalità narcisistiche possano manifestarsi appieno. La cannabis potrebbe alleviare la tensione, mentre l'ecstasy potrebbe allentare le inibizioni sociali (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

Basandosi sui risultati di vari studi, la relazione nazionale irlandese 2002 ha esaminato nello specifico il fenomeno della depressione tra i consumatori di stupefacenti ed è giunta alla conclusione che esiste una forte associazione tra il consumo problematico di sostanze stupefacenti, in particolare oppiacei e benzodiazepine, e livelli elevati di depressione. Da una ricerca tedesca sulla relazione tra disturbi legati all'uso di sostanze, depressione e suicidio risulta che il rischio di suicidio aumenta notevolmente nei soggetti affetti da disturbi depressivi (Bronisch e Wittchen, 1998). È possibile che alcuni soggetti affetti da depressione possano automedicarsi con oppiacei e benzodiazepine: i pazienti che seguono programmi terapeutici registrano livelli di depressione inferiori rispetto ai pazienti che frequentano servizi a bassa soglia (Rooney e al., 1999) oppure sono all'inizio del trattamento (McIntosh e Ritson, 2001).

Da un'indagine svolta in Norvegia ( $n = 2\ 359$ ) è emerso che un'elevata percentuale di consumatori di sostanze stupefacenti aveva avuto esperienze familiari gravi durante l'infanzia e la giovinezza. Il 70 % aveva manifestato problemi comportamentali e di apprendimento a scuola, il 38 % era stato vittima di prevaricazioni o intimidazioni e il 21 % aveva ricevuto cure psichiatriche durante l'infanzia e l'adolescenza (Lauritzen e al., 1997). I consumatori di sostanze stupefacenti di sesso femminile, con comorbidità psichiatrica, sono state spesso vittime di abusi sessuali traumatici (ad es. Beutel, 1999).

## Diagnosi

La valutazione regolare dei disturbi psichiatrici e della personalità non sempre rientra nelle procedure diagnostiche standard applicate all'inizio del trattamento nei servizi per le tossicodipendenze. Fatta eccezione per alcuni servizi particolarmente attenti e/o specializzati, i sintomi ed i disturbi mentali sono raramente esplorati nei servizi terapeutici per tossicodipendenze.

In ogni caso, la comorbidità è notoriamente difficile da diagnosticare. La tossicodipendenza, con gli effetti imponenti che essa provoca, domina spesso il quadro clinico e nasconde i sintomi psichiatrici. L'abuso di sostanze può provocare altresì sintomi di natura psichiatrica difficilmente distinguibili da quelli dei veri e propri disturbi psichiatrici (Berthel, 2003); la disassuefazione o l'intossicazione acuta, dal canto loro, possono anche provocare quasi tutti questi disturbi (Liappas, 2001). Inoltre, mentre la depressione e l'ansia possono rientrare nella sintomatologia del ciclo intossicazione-disassuefazione, i sintomi che tendono ad essere attenuati dalle sostanze stupefacenti possono manifestarsi in situazione di astinenza o nel corso delle terapie sostitutive.

I progressi metodologici hanno migliorato la diagnosi di entrambi i disturbi, di natura psichiatrica e derivanti dal consumo di sostanze stupefacenti. Sono oggi disponibili numerosi strumenti standardizzati e convalidati, che

misurano sintomi psichiatrici e disturbi della personalità, nonché alcuni strumenti che valutano il livello dei modelli di consumo degli stupefacenti e della dipendenza. L'*Addiction Severity Index* (ASI, un'intervista costruita allo scopo di raccogliere informazioni sulla gravità della dipendenza) è uno strumento plurifunzionale che può essere utilizzato per la diagnosi, la programmazione della terapia, il follow-up e la ricerca. L'ASI ha il vantaggio di essere pluridimensionale, di misurare i problemi passati e presenti in sette aree: stato di salute, occupazione ed autosufficienza, consumo di alcool, consumo di sostanze stupefacenti, stato civile, relazioni familiari e sociali, sintomi psichiatrici (Krausz, 1999a; Öjehagen e Schaar, 2003). Si tratta di uno strumento standardizzato, che è stato tradotto dall'inglese nella maggior parte delle altre lingue europee (EuroASI) <sup>(172)</sup>. L'Istituto Trimbos ha sviluppato e testato alcuni protocolli per la diagnosi ed il trattamento della dipendenza, in pazienti con deficit di attenzione/iperattività (Eland e Van de Glint, 2001).

## Prevalenza

Sono stati realizzati numerosi studi per misurare la prevalenza dei disturbi psichiatrici e della personalità, nonché i modelli di consumo di sostanze stupefacenti, nella popolazione generale, tra i pazienti psichiatrici e tra i consumatori di sostanze stupefacenti dentro e fuori i servizi terapeutici. I risultati, in termini di numeri e diagnosi, variano notevolmente in rapporto alla disponibilità ed alla selezione della popolazione, ai metodi di campionamento, alle capacità e competenze diagnostiche, alla validità ed affidabilità degli strumenti diagnostici utilizzati, nonché al periodo dello studio.

Una rassegna di studi di svariata natura, Uchtenhagen e Zeiglgänsberger (2000), è giunta alla conclusione che le diagnosi psichiatriche più comuni tra i consumatori di sostanze stupefacenti sono: disturbi della personalità (50-90 %), seguiti da disturbi affettivi (20-60 %) e psicotici (20 %). Una percentuale compresa tra il 10 ed il 50 % dei pazienti manifesta più di un disturbo di comorbidità, psichiatrico o della personalità.

In una rassegna di studi internazionali sulla psicopatologia di soggetti tossicodipendenti, Fridell (1991, 1996) delinea un quadro clinico della comorbidità nella tossicodipendenza, che è stato confermato dagli studi dello stesso Fridell condotti a Lund, Svezia. Si possono identificare tre gruppi principali di disturbi: disordini della personalità (65-85 %), stati di depressione ed ansia (30-50 %) e psicosi (15 %). Verheul (2001), nella sua panoramica di sei studi su tossicodipendenti in trattamento, ha riscontrato una particolare prevalenza di sociopatie (23 %), tratti borderline (18 %) e paranoidei (10 %).

Molti operatori del settore delle tossicodipendenze ritengono che la prevalenza della dipendenza unita a disturbi mentali sia in aumento, anche se secondo alcuni ciò è dovuto ad una maggiore consapevolezza della

questione e/o a variazioni nella diagnosi e nella classificazione delle malattie psichiatriche e/o alla riorganizzazione dei sistemi dell'assistenza sanitaria. In Finlandia, sulla base dei registri dei pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere, il numero dei periodi di trattamento per problemi di salute mentale e contemporaneamente per problemi correlati alla droga, è salito da 441 nel 1987 a 2 130 nel 2001. Dal 1996 sono triplicati i periodi di trattamento per consumo di oppiacei unito a disturbi psichiatrici: ciò è in linea con l'aumentato consumo di sostanze stupefacenti, anche se non si vuol dire con questo che vi sia una causalità diretta. In Irlanda, il tasso relativo ai primi ingressi di consumatori di sostanze stupefacenti nei servizi psichiatrici ospedalieri è quasi quadruplicato tra il 1990 ed il 2001.

La relazione nazionale spagnola rileva che l'aumento registrato nella comorbidità potrebbe essere dovuto in parte ad un aumento della dipendenza da psicostimolanti.

## Prevalenza della comorbidità negli ambienti terapeutici

La tabella 7 riporta i dati di alcuni studi sulla comorbidità in vari ambienti psichiatrici e per tossicodipendenti negli Stati membri, così come essi figurano nelle relazioni nazionali. Negli ambienti psichiatrici i dati riguardanti disturbi ascrivibili a sostanze stupefacenti non sono facilmente disponibili, come lo sono invece i dati sui disturbi psichiatrici reperibili negli ambienti terapeutici per tossicodipendenti. Anche se gli studi presentati in questa rassegna non sono comparabili, essi danno un'indicazione della situazione nei paesi dell'UE. Ci sono considerevoli divergenze per quanto riguarda le popolazioni studiate, i criteri diagnostici selezionati, gli strumenti utilizzati ed il periodo della diagnosi. Per le ragioni precedentemente esposte in molti casi è probabile che le diagnosi siano sottostimate.

Da uno studio comparato Grecia-Francia è emerso che, per quanto i tassi complessivi di psicopatologia tra i consumatori di oppiacei in trattamento fossero abbastanza simili nei due paesi, variavano invece i modelli psicopatologici: la prevalenza dei disturbi affettivi era superiore tra i consumatori di sostanze stupefacenti francesi, piuttosto che fra quelli greci (19 % contro il 7 %), mentre i modelli sociopatici della personalità erano prevalenti nel campione greco (20 % contro il 7 %). Gli autori attribuiscono queste differenze al fatto che in Grecia la prevalenza del consumo di sostanze stupefacenti è più bassa: «tanto più è ristretto il campo dei comportamenti socialmente non accettabili, quanto più è probabile che i soggetti socialmente devianti vi siano coinvolti» (Kokkevi e Facy, 1995).

Uno studio norvegese ha esaminato le differenze esistenti tra i poliassuntori di sesso maschile e femminile (dei quali l'85 % era consumatore di eroina) e gli alcolisti puri. Il campione comprendeva un'altissima percentuale di soggetti

<sup>(172)</sup> Cfr. OEDT Evaluation Instrument Bank (<http://eib.emcdda.eu.int>).

**Tabella 7: Prevalenza della comorbidità negli ambienti terapeutici in vari paesi dell'UE**

Paese	Ambiente	Popolazione	n	Prevalenza della comorbidità (%)	Diagnosi	Fonte
Belgio	Ospedali psichiatrici e reparti psichiatrici in ospedali generali	Accettazioni per problemi di droga (1996-99)	18 920	86	Comportamenti schizoidi, paranoidei, schizofrenici: 86 % Depressione: 50 % Disturbi della personalità: 43 %	Banca dati contenente dati psichiatrici minimi (1)
Repubblica ceca	Comunità terapeutiche	Pazienti interni (2001-2002)	200	35	Disturbi della personalità: 14 % Depressione: 7 % Disturbi neurotici: 6 % Disturbi alimentari: 5 %	Relazione nazionale ceca (1)
Germania	Centri terapeutici	Dipendenti da oppiacei	272	55	Stress e somatizzazione dei disturbi: 43 % Disturbi affettivi: 32 % Fobie: 32 % Episodi depressivi: 16 %	Krausz (1999b) (1)
Grecia	Servizi carcerari e terapeutici	Uomini dipendenti da oppioidi	176	86	Ansia: 32 % Disturbi affettivi: 25 % Schizofrenia: 6 %	Kokkevi e Stefanis (1995) (1)
Spagna	Servizi che praticano la terapia sostitutiva con metadone	Soggetti dipendenti da oppiacei	150	n.d.	Borderline: 7 % Sociopatie: 6 % Fobie sociali: 6 % Depressione: 5 %	Relazione nazionale spagnola (1)
Francia	Servizi che praticano la terapia sostitutiva con metadone	Soggetti dipendenti da oppiacei	3 936	n.d.	Ansia: 4 % Depressione: 3 % Disturbi comportamentali: 3 % Disturbi alimentari: 2 %	Facy (1999) (1)
Irlanda	Servizi psichiatrici ospedalieri	Prime accettazioni con diagnosi di tossicodipendenza (1996-2001)	1 874	26	Depressione: 21 % Schizofrenia e altre psicosi: 11 % Disturbi della personalità: 19 %	Sistema nazionale di reporting dei servizi psichiatrici ospedalieri (1)
Italia	Centri di salute mentale	Consumatori di droghe per tutta la vita	58	> 22	Disturbi dell'umore: 22 % Ansia: 21 % Schizofrenia: 16 %	Siliquini e al. (2002) (1)
Lussemburgo	Servizi terapeutici specializzati	Pazienti precedentemente in contatto con servizi psichiatrici, detossificazione esclusa (1996-2002)	380	32	n.d.	AST/RELIS (2002) (1)
Paesi Bassi	Popolazione olandese	Soggetti tossicodipendenti d'età compresa tra 18 e 64 anni (1996)	n.d.	n.d.	Depressione: 29 % Fobie sociali: 29 % Disturbi bipolari: 24 % Distimia: 22 %	Ravelli e al. (1998) (1)
Austria	Vari servizi terapeutici (rassegna)	Tossicodipendenti	n.d.	41-96	Disturbi della personalità, sociopatie, borderline, narcisismo	Relazione nazionale austriaca (1)
Portogallo	Centro terapeutico Xabregas CAT	Tossicodipendenti	596	> 73	Disturbi ossessivo-compulsivi: 73 % Depressione: 72 % Somatizzazione: 60 % Idee paranoidei: 58 %	Relazione nazionale portoghese (1)
Finlandia	Ospedali	Periodi di trattamento in ospedali connessi con la droga (2002)	2 180	29	Idee paranoidei: 58 % Disturbi psicotici: 32 % Disturbi dell'umore: 28 % Disturbi neurotici: 10 % Disturbi della personalità: 29 %	Registro del congedo dei pazienti dagli ospedali
Svezia	Ospedale universitario, Lund	Pazienti del reparto di detossificazione (1977-95)	1 052	83	Sociopatie: 30 % Psicosi: 14 % Disturbi depressivi: 11 %	Fridell (1996) (1)
Regno Unito	Servizi terapeutici per le dipendenze, in comunità e residenti	Pazienti dipendenti da droghe, per il 90 % da oppiacei	1 075	> 33	Forme psicotiche Ansia Depressione Paranoia	Marsden e al. (2000) (1)

N.B.: I dati di questa tabella si riferiscono a periodi diversi (ad es. a diagnosi sull'arco della vita oppure nell'ultimo anno).

n.d.: dati non disponibili.

(1) Maggiori informazioni su questo studio si trovano nella versione online della relazione annuale nella tabella 12 OL: Comorbidità — Tabelle per paese.

con disturbi psichiatrici e della personalità (93 %). Complessivamente, le donne presentavano, rispetto agli uomini, livelli sensibilmente più elevati di grande depressione, fobie semplici e personalità borderline. La concomitanza di tratti sociopatici della personalità era massima tra i poliassuntori di sesso maschile (Landheim e al., 2003).

### Prevalenza — Carceri e trattamento obbligatorio

La popolazione carceraria merita particolare attenzione. La prevalenza di disturbi psichiatrici, al pari della prevalenza del consumo di sostanze stupefacenti, è molto più elevata tra la popolazione carceraria che non tra la popolazione complessiva. I dati irlandesi suggeriscono che il 48 % dei detenuti ed il 75 % delle detenute sono mentalmente disturbati, mentre il 72 % dei detenuti e l'83 % delle detenute segnala un'esperienza una tantum di consumo di sostanze stupefacenti (Hannon e al., 2000). Nel 1999, il 23 % dei consumatori problematici di stupefacenti ospitati nel centro di detenzione della polizia di Vienna presentava problemi psichiatrici (Dialog, 2000). Il tasso di ricaduta tra i consumatori di sostanze stupefacenti cui sia stata comminata una pena detentiva è elevato; aumenta la consapevolezza che la detenzione può contribuire al peggioramento dei problemi di salute mentale. La situazione è ancor più drammatica nei penitenziari a lunga detenzione e di massima sicurezza.

In Svezia, si è riscontrato che una percentuale compresa tra il 72 e l'84 % degli adulti in trattamento obbligatorio, oltre a far abuso di sostanze stupefacenti, soffre di problemi psichiatrici (Gerdner, 2004). Di 46 tossicodipendenti di sesso femminile in assistenza obbligatoria specializzata per ragazzi e giovani, due terzi soffrivano di diagnosi psichiatriche o disturbi della personalità (Jansson e Fridell, 2003).

### Ostacoli al trattamento della comorbidità

Uno dei principali ostacoli alla diagnosi ed al trattamento della comorbidità è il fatto che in genere il personale psichiatrico ha scarsa conoscenza delle terapie per tossicodipendenti e il personale dei servizi terapeutici per tossicodipendenti conosce poco la psichiatria. I paradigmi delle due specialità sono abbastanza diversi: uno si basa sulle discipline della medicina e della scienza, l'altra sui metodi e sulle teorie psicosociali. Inoltre, l'approccio filosofico dei servizi di salute mentale è solitamente quello di tutelare la sicurezza degli individui e della collettività; per gli operatori delle tossicodipendenze, invece, è importante che i pazienti riescano a trovare la motivazione e frequentino il centro terapeutico. Questi diversi punti di partenza impediscono spesso una percezione globale, integrata.

Come indicato precedentemente, sia le équipes psichiatriche, sia i servizi terapeutici per tossicodipendenti, non riescono ad identificare adeguatamente i pazienti affetti da comorbidità. Quando pazienti con doppia diagnosi chiedono di entrare in terapia, le loro sindromi

psichiatriche acute sono spesso scambiate per sintomi indotti dalle sostanze stupefacenti oppure, all'inverso, fenomeni legati alla disassuefazione o all'intossicazione sono scambiati per malattie psichiatriche. Troppo spesso, gli operatori dei centri di salute mentale tendono a dirottare le persone affette da comorbidità ai centri di assistenza per tossicodipendenze, dove i relativi operatori rapidamente li rispediscono indietro — o viceversa. Date le circostanze, la continuità dell'assistenza diventa impossibile. Anche quando la comorbidità è diagnosticata, spesso non viene ulteriormente presa in considerazione negli interventi terapeutici successivi (Krausz e al., 1999). Ciò vale anche per i pazienti in cura psichiatrica cui siano stati diagnosticati problemi relativi al consumo di sostanze stupefacenti (Weaver e al., 2003). Queste generalizzazioni, naturalmente, non escludono il fatto che alcuni servizi psichiatrici e per tossicodipendenti conseguano ottimi risultati su pazienti con comorbidità.

Inoltre, quando vengono individuati, i consumatori di sostanze stupefacenti vengono spesso guardati con sospetto nei servizi psichiatrici, dove può essere loro anche rifiutata l'ammissione; ciò può accadere anche ai consumatori di sostanze stupefacenti che stiano seguendo terapie sostitutive e siano abbastanza stabili. Analogamente, i pazienti possono essere esclusi dalla terapia per tossicodipendenza a causa dei loro problemi mentali. In Spagna, per esempio, la maggior parte dei servizi psichiatrici esclude i pazienti affetti da disturbi legati a sostanze stupefacenti; lo stesso personale non è adeguatamente formato. Un'indagine condotta tra psicoterapeuti austriaci ha rivelato che soltanto alcuni sono disposti ad ammettere come propri pazienti dei tossicodipendenti (Springer, 2003). Dall'Italia, si segnala che non ci sono norme precise per il rinvio dei pazienti dai servizi per tossicodipendenze ai centri di salute mentale e che vi è una certa resistenza nei centri di salute mentale, per la mancanza di competenza specifica. In Norvegia, si segnala che il rinvio dai servizi per tossicodipendenti a bassa soglia al trattamento psichiatrico è difficile.

In Grecia, nel 54 % dei casi, i programmi terapeutici per tossicodipendenti non ammettono i consumatori di sostanze stupefacenti affetti da disturbi psichiatrici. In Slovenia, nei centri terapeutici residenziali che praticano l'astinenza, i programmi terapeutici prevedono che i pazienti, per poter essere ammessi, siano in situazione di astinenza: ciò accade anche in altri paesi. Nel caso dei pazienti con doppia diagnosi, ciò presenta un serio ostacolo, in quanto l'astinenza completa esigerebbe la cessazione di altri trattamenti, cosa che non sempre è possibile.

### Strutture terapeutiche

La letteratura internazionale descrive tre modalità di prestazione per il trattamento della comorbidità:

- 1) il trattamento sequenziale o seriale. I disturbi psichiatrici e quelli derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti sono trattati consecutivamente e vi è scarsa comunicazione

tra i servizi interessati. Di solito i pazienti vengono curati inizialmente per i problemi che presentano la maggiore gravità; una volta completato il trattamento, essi sono curati per gli altri problemi. Questo modello può portare però al passaggio dei pazienti da un servizio all'altro senza che nessuno di essi sia in grado di dare una risposta alle loro esigenze;

- 2) il trattamento parallelo. Il trattamento dei due diversi disturbi avviene nel medesimo tempo; i servizi per tossicodipendenti e di salute mentale sono in collegamento tra di loro, per fornire i servizi in maniera concomitante. Le due esigenze terapeutiche vengono però spesso affrontate con approcci terapeutici diversi ed il modello medico della psichiatria può entrare in conflitto con l'orientamento psicosociale dei servizi per tossicodipendenze;
- 3) il trattamento integrato. Il trattamento è fornito all'interno di un servizio psichiatrico o per tossicodipendenze, oppure all'interno di un programma o di un servizio speciale per la comorbidità. Viene evitato il rinvio incrociato ad altri enti. Le terapie comprendono interventi di carattere motivazionale e comportamentale, la prevenzione delle ricadute, la farmacoterapia e gli approcci sociali (Abdulrahim, 2001).

Nei fatti, i trattamenti della comorbidità nell'UE, così come sono descritti nelle relazioni nazionali, non rientrano facilmente in questi tre gruppi. Il trattamento integrato è considerato come il modello di eccellenza, ma si tratta di uno standard di difficile conseguimento. Le ricerche in materia provengono di solito da fuori Europa. Il progetto nazionale australiano sulla comorbidità (Australian National Co-morbidity Project, Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003) è giunto alla conclusione, dopo aver passato in rassegna la letteratura sull'argomento, che gli approcci alla gestione ed all'assistenza dei pazienti con comorbidità non siano stati studiati sistematicamente, né siano stati valutati rigorosamente, in parte per la difficoltà di studiare persone in cui coesistono malattie mentali e disturbi dovuti all'abuso di sostanze stupefacenti, fra l'altro a causa di uno stile di vita irregolare. Un altro studio è giunto alla conclusione che i vantaggi del trattamento integrato sui soggetti con doppia diagnosi sono dimostrabili, sia per la salute mentale sia per quanto riguarda il consumo di sostanze stupefacenti (Drake e al., 1998). Soltanto uno studio ha confrontato l'approccio integrato con l'approccio parallelo, non ravvisando nessuna significativa differenza; nessuno studio ha comparato l'approccio integrato e quello sequenziale.

### Il trattamento sequenziale

Alcuni esperti, per esempio in Danimarca (Andreason, 2002), Regno Unito (Department of Health, 2002a) e Norvegia (Sosial- og helsedepartementet 1999), ritengono che i servizi terapeutici, almeno per chi è affetto da gravi malattie mentali ed accusa problemi dovuti al consumo di

sostanze stupefacenti, dovrebbero far perno sulla psichiatria, magari coinvolgendo terapeuti esterni competenti in tossicodipendenze. In Danimarca sono stati istituiti collegamenti formali tra gli ospedali psichiatrici ed i servizi locali per tossicodipendenze. In Lussemburgo e in Norvegia, i servizi psichiatrici hanno da poco adottato misure specifiche per raggiungere gli individui che si trovano ai primi stadi della schizofrenia, molti dei quali presentano seri problemi derivanti dall'abuso di sostanze stupefacenti, in quanto le ricerche indicano che il trattamento precoce migliora la prognosi.

La relazione nazionale ceca suggerisce che i problemi della dipendenza dovrebbero essere normalmente considerati più urgenti dei problemi mentali, in quanto è più difficile affrontare i disturbi psichiatrici quando la dipendenza distorce il quadro clinico. Tuttavia, attualmente, una percentuale di pazienti cechi in trattamento per droga compresa tra il 10-20 % assume medicinali prescritti da uno psichiatra: un fatto che, alcuni anni fa, sarebbe stato inimmaginabile. Anche in Grecia, i medicinali per i sintomi psichiatrici sono estremamente rari tra i pazienti in trattamento per tossicodipendenze. Tuttavia, nel sistema penale greco i disturbi mentali sono considerati prevalere sulla dipendenza e gli autori di reati con comorbidità sono ammessi negli ospedali psichiatrici, o in carcere o in comunità (K. Matsa, comunicazione personale, 2004). In Spagna, i consumatori di sostanze stupefacenti sono normalmente assistiti all'interno del sistema terapeutico per le tossicodipendenze; il rinvio ai servizi psichiatrici avviene soltanto quando i disturbi sono così gravi da rendere necessaria l'ospedalizzazione.

Per molto tempo alcuni addetti ai lavori hanno sostenuto che tutta la farmacoterapia dovrebbe essere evitata sui soggetti tossicodipendenti, a causa del rischio di doppia dipendenza (ad esempio, eroina e benzodiazepine), ma si sta cominciando a rivedere questa posizione (Popov, 2003). In alcuni casi, vi è la tendenza a prescrivere indiscriminatamente medicinali psicofarmacologici ai consumatori di sostanze stupefacenti, in parte per la mancanza del tempo occorrente per condurre le necessarie indagini. La relazione nazionale austriaca sottolinea che la scarsa osservanza delle prescrizioni terapeutiche tra i consumatori di sostanze stupefacenti rende difficile il trattamento farmacologico delle condizioni psichiatriche; inoltre, l'uso congiunto di narcotici e medicinali può, se la sorveglianza non è adeguata, portare ad interazioni tra le medicine illecite e quelle prescritte, oppure alla neutralizzazione dei farmaci prescritti.

### Il trattamento parallelo

Nel quadro del modello di trattamento parallelo, la responsabilità condivisa, rispetto al singolo paziente, tra il centro di salute mentale ed il servizio per tossicodipendenze sembra in pratica piuttosto rara. Tuttavia, i gruppi di lavoro locali in cui sono coinvolti rappresentanti dei servizi per tossicodipendenze e di quelli

**Tabella 8: Servizi terapeutici integrati in vari paesi europei**

Paese	Servizi terapeutici integrati
Belgio	Sviluppo di servizi integrati nella fase di fattibilità.
Germania	Prime iniziative 20 anni fa. La disponibilità di servizi terapeutici integrati è tuttora inadeguata.
Grecia	Un programma integrato è stato avviato nel 1995 e prevede due diverse opzioni terapeutiche, a seconda della gravità del disturbo psichiatrico. I risultati sono stati positivi.
Spagna	Nel 2002 185 centri hanno trattato 4 803 pazienti per comorbidità. Un'unità specializzata integrata in Catalogna ed una comunità terapeutica in Cantabria per pazienti con comorbidità che necessitano di interventi terapeutici residenziali.
Paesi Bassi	Due reparti specializzati per interventi terapeutici ospedalieri. È in corso la valutazione del processo per sviluppare la prassi migliore.
Austria	Cooperazione tra un servizio per tossicodipendenze ed un vicino ospedale psichiatrico, nel senso che alcuni degli psicologi ospedalieri lavorano nella struttura terapeutica. I pazienti seguono la terapia di contrasto alla droga e vengono rinviiati all'ospedale soltanto se i sintomi psichiatrici si aggravano.
Regno Unito	Numerosi servizi integrati in varie comunità. Sono stati nominati medici in grado di stabilire una doppia diagnosi, articolata su servizi per tossicodipendenze e su gruppi di salute mentale.
Norvegia	Un progetto integrato collegato ad un centro psichiatrico di Oslo, con follow-up e valutazione per due anni, incentrato su esigenze primarie quali l'abitazione, il lavoro, le prestazioni sociali e le relazioni interpersonali.

per la salute mentale, sono spesso un importante strumento di scambio, cooperazione e collegamento in rete. In Francia, in Italia e nei Paesi Bassi, norme ufficiali o protocolli obbligano i servizi per tossicodipendenze a mantenere stretti legami e preferibilmente ad istituire convenzioni regionali con i servizi psichiatrici per quanto riguarda le procedure di rinvio e lo scambio di informazioni cliniche (Olin e Plaisait, 2003). Tuttavia, più della metà dei pazienti olandesi con doppia diagnosi ritiene che tali convenzioni non abbiano migliorato l'assistenza (Van Rooijen, 2001).

In Lussemburgo e Austria, il personale dei servizi terapeutici per tossicodipendenze può seguire l'andamento dei propri pazienti che sono stati indirizzati ad ospedali psichiatrici. Nel Regno Unito, le linee guida in materia sottolineano che gli addetti ai lavori di entrambi i servizi (tossicodipendenze e salute mentale) dovrebbero partecipare alla pianificazione dell'assistenza dei pazienti con doppia diagnosi, per attribuire il giusto ordine di priorità al percorso assistenziale (Department of Health, 2002a).

### Il trattamento integrato

Secondo questo modello, una sola équipe gestisce il trattamento di entrambi i disturbi. Ciò presenta il vantaggio per il paziente di non trovarsi di fronte a due messaggi contraddittori. In alcuni paesi, la separazione dei sistemi amministrativi (in Spagna, ad esempio) o la diversità dei sistemi di finanziamento (in Germania, ad esempio) complicano tale integrazione.

Nella maggioranza dei paesi ci sono soltanto alcuni programmi integrati specializzati, o unità, per i pazienti con comorbidità; la disponibilità è ben lungi dall'essere adeguata alla domanda, come dimostrato dalla tabella 8, che mostra le informazioni disponibili.

L'attuazione più comune del modello di trattamento integrato consiste nella presenza di psichiatri nei servizi terapeutici per tossicodipendenze e/o di operatori dedicati alle tossicodipendenze nei servizi di salute mentale. Questa potrebbe essere la soluzione più pratica nelle regioni più piccole, dove cliniche specializzate ed integrate non sono una soluzione percorribile. In Spagna, dal 2002, i medici generici che operano nei centri terapeutici per tossicodipendenze possono conseguire la qualifica di «specialista in psichiatria» se superano un esame e possono documentare un'esperienza di lavoro con pazienti affetti da disturbi mentali. In Portogallo, i centri terapeutici che vogliono essere accreditati e certificati devono tassativamente avere tra il personale almeno uno psichiatra. Tuttavia, non tutti gli psichiatri che operano nei servizi terapeutici per tossicodipendenze hanno la conoscenza specialistica e la formazione necessarie per il trattamento dei consumatori di sostanze stupefacenti: possono essere necessari corsi di formazione specifici.

### La gestione dei casi

La gestione dei casi, in quanto metodo per coordinare il trattamento dei pazienti, assicurando un'assistenza individualizzata — in sequenza o in contemporanea — nonché aiutando i pazienti a trovare la propria strada all'interno del sistema terapeutico, sembra essere poco frequente nell'UE. Dalla Francia si segnala che la cooperazione tra servizi psichiatrici e servizi per tossicodipendenze è in preparazione, nell'ottica di organizzare ammissioni congiunte e la gestione dei casi, per quei pazienti che presentano sia disturbi psichiatrici, sia dipendenze; tuttavia, tale collaborazione si limita spesso a casi particolari. In Lussemburgo, nonché nei Paesi Bassi, gli addetti ai lavori hanno riconosciuto che la gestione dei casi è il metodo più efficace per affrontare i

pazienti con doppia diagnosi: si tratta però di un metodo costoso e dispersivo, che richiede competenze professionali specifiche. Tuttavia, in alcuni paesi, è in via di attuazione un tipo di gestione dei casi noto come «trattamento assertivo in comunità» (cfr. oltre).

## Metodi terapeutici e prassi migliori

Il trattamento dei pazienti con comorbidità è caratterizzato da numerosi problemi: è altresì estremamente impegnativo e spesso poco gratificante per il personale. Spesso è difficile gestire questi pazienti, a causa del loro comportamento sociale dirompente ed aggressivo, specialmente quelli che presentano i disturbi della personalità più accentuati, oltre che a causa della loro instabilità emotiva. La resistenza alle regole ed alle disposizioni del trattamento, o la mancata osservanza di queste ultime (ad esempio, rispettare gli appuntamenti o assumere i medicinali), è un fatto comune: la delusione che ciò provoca è acuita da relazioni interpersonali poco gratificanti. In generale, il successo è scarso e i tassi di abbandono sono elevati, il che rende il trattamento stesso dispersivo, costoso e frustrante per il personale che, e ciò non sorprenda, spesso accusa impazienza, aggressività latente e sintomi di esaurimento (*burn-out*). La mancanza di procedure di follow-up e di assistenza a posteriori conduce ad elevati tassi di ricaduta; i disturbi mentali e quelli dovuti all'uso di sostanze stupefacenti diventano frequentemente cronici. D'altro canto, i pazienti hanno spesso avuto molte esperienze negative con i servizi di sostegno e possono essere dunque riluttanti o poco disposti a sottoporsi al trattamento.

Nonostante questa difficile situazione, gli addetti ai lavori sono costantemente alla ricerca ed allo studio di approcci più efficaci. Per quanto riguarda la reciproca mancanza di comprensione tra il personale, dibattiti periodici e interdisciplinari sui singoli casi e forme intensive di cooperazione potrebbero rappresentare un rimedio. Questi momenti di incontro fornirebbero a tutte le persone coinvolte informazioni più dettagliate sui pazienti, agevolando lo sviluppo di prassi migliori o strategie di assistenza. Il fattore più importante, se si vogliono conseguire risultati positivi, è la qualità del trattamento.

Come avviene in molte aree attinenti alle sostanze stupefacenti, la documentazione, la valutazione e la ricerca nell'area dei trattamenti per comorbidità sono deplorabili. Per quanto riguarda la tipologia del trattamento più soddisfacente, la base documentale è tutt'altro che chiara. La Cochrane Collaboration ha passato in rassegna alcuni programmi terapeutici di carattere psicosociale (Ley e al., 2003), su un materiale piuttosto limitato: sei studi, quattro dei quali piccoli, tutti generalmente di bassa qualità in termini di concezione e resoconto. Il risultato principale è che «non vi è alcuna chiara dimostrazione a sostegno del valore aggiunto di un determinato tipo di programma per chi fa abuso di sostanze stupefacenti e soffre di gravi malattie mentali, rispetto al valore di un'assistenza

standard». La conclusione è che «l'attuazione di nuovi servizi specializzati per i tossicodipendenti che hanno gravi malattie mentali dovrebbe avvenire nel quadro di sperimentazioni cliniche semplici, ben concepite e controllate».

Da un'ampia panoramica sulle ricerche internazionali dedicate al trattamento di alcool e droghe, sono emersi soltanto otto studi randomizzati sul trattamento dei tossicodipendenti affetti da gravi disturbi psichiatrici (Jansson e Fridell, 2003). I tassi di abbandono risultano essere estremamente elevati, ancor prima dell'inizio del trattamento. Da un follow-up a breve termine è emerso che il trattamento residenziale, specificatamente in comunità terapeutiche, ha prodotto risultati migliori in termini di condizioni di vita ed uso di sostanze stupefacenti, ma non in termini di sintomi psichiatrici.

Alcuni aspetti riguardano tutte le situazioni terapeutiche. Le raccomandazioni riportate qui di seguito sono desunte da rassegne e meta-analisi di studi randomizzati controllati, pubblicati a livello internazionale, sul trattamento delle tossicodipendenze (Berglund e al., 2003):

- 1) il cambiamento delle abitudini di consumo delle sostanze stupefacenti dovrebbe rimanere costantemente al centro degli interventi;
- 2) gli interventi dovrebbero essere altamente strutturati;
- 3) gli interventi dovrebbero continuare un tempo sufficientemente lungo per poter avere un impatto;
- 4) gli interventi dovrebbero continuare per almeno tre mesi, ma preferibilmente più a lungo.

Nel Regno Unito, le linee guida del dipartimento della Salute (Department of Health, 2002b), nonché i progetti di ricerca e le rassegne della letteratura sull'argomento (Crawford, 2001) hanno alzato la priorità della doppia diagnosi nell'agenda dei lavori. Tuttavia, la base documentale proviene principalmente dal Nord America, mentre meno del 10 % degli estratti ripresi da Crawford proviene da studi svolti nel Regno Unito.

Secondo una rassegna olandese di studi internazionali, un modello potenzialmente efficace per la gestione dei casi consiste nel trattamento assertivo in comunità, che comprende aspetti strutturali (numero di casi, lavoro d'équipe, cooperazione con altri operatori sanitari), aspetti organizzativi (criteri espliciti di inclusione, accettazione limitata di nuovi pazienti, interventi 24 ore su 24 per gestire le crisi) e aspetti contenutistici (supporto ed assistenza nelle situazioni quotidiane, approccio attivo, contatti frequenti) (Wolf e al., 2002). A Birmingham, Regno Unito, le équipe che operano nel campo del trattamento assertivo in comunità seguono corsi di formazione utilizzando un trattamento integrato cognitivo comportamentale il cui approccio è basato su un manuale. Alle équipe viene offerto un supporto costante nell'esecuzione degli interventi; esse sono valutate sia in

rapporto ai processi, sia in rapporto ai risultati (Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, 2003). In Norvegia, alcune équipe integrate che si occupano di trattamenti assertivi in comunità sono oggetto di verifica.

La panoramica seguente documenta gli esempi di prassi migliori segnalati dai punti focali nazionali Reitox:

- Uno studio di follow-up su 219 soggetti dipendenti da oppiacei in trattamento presso i servizi per tossicodipendenti di Amburgo ha registrato una diminuzione, nell'arco di due anni, del consumo di eroina e cocaina. Il 47 % ha rivelato positivi cambiamenti per quanto riguarda i disturbi psichiatrici (Krausz e al., 1999).
- Da uno studio italiano è emerso che i risultati delle terapie di mantenimento con metadone, in termini di tasso di ritenzione o consumo di eroina, non variano sostanzialmente rispetto alla gravità dei sintomi psichiatrici dei pazienti. Tuttavia, sembra che i pazienti affetti da disturbi psichiatrici più gravi avessero bisogno di dosaggi medi di metadone più elevati (Pani e al., 2003).
- La terapia comportamentale dialettica <sup>(173)</sup> è un'opzione terapeutica che sembra adattarsi particolarmente alle consumatrici di sostanze stupefacenti affette da gravi disturbi di personalità borderline e/o con tendenze suicide. La documentazione si limita comunque a pochi studi. Nei Paesi Bassi, una sperimentazione controllata della terapia comportamentale dialettica ha riscontrato che, in termini di riduzione dei comportamenti autodistruttivi, sia il gruppo sperimentale sia il gruppo a «trattamento standard» avevano tratto benefici. Il gruppo sperimentale ha mostrato riduzioni considerevolmente maggiori per quanto riguarda il consumo di alcool; non sono state rilevate invece differenze particolari per quanto riguarda il consumo di sostanze stupefacenti (Van den Bosch e al., 2001).
- Uno studio svedese, che prevede la compilazione ripetuta del questionario ASI durante il periodo del trattamento, nell'ambito di un modello di gestione della qualità sostenibile, ha rilevato che a due anni dalle dimissioni il 46 % dei pazienti risultava in astinenza. Sui questionari ASI i pazienti con doppia diagnosi esprimevano un profilo problematico più grave rispetto ai pazienti senza psicosi. In generale, le variazioni dei profili della personalità e dei sintomi erano minime, ma nel follow-up la qualità della vita era, per molti pazienti, più elevata e la situazione più stabile (Jonsson, 2001).
- Nel Regno Unito, Barrowclough e al. (2001) hanno riscontrato che la combinazione di colloqui

motivazionali, terapia comportamentale cognitiva ed interventi familiari produce miglioramenti nei pazienti affetti da schizofrenia e disturbi derivanti dall'abuso di sostanze stupefacenti.

- Una panoramica di studi norvegesi riguardanti il trattamento di pazienti con comorbidità è giunta alla conclusione che il comportamento aggressivo ed impulsivo si affronta meglio nell'ambito di terapie strutturate di gruppo di tipo confrontazionale, combinate con terapie familiari. Per contro, i pazienti depressi o ansiosi hanno tratto maggiore beneficio dalla psicoterapia individuale e dalla terapia di sostegno di gruppo (Vaglum, 1996).

## Ricerca

È iniziato da poco tempo un progetto di ricerca sulla doppia diagnosi nell'ambito del quinto programma quadro in materia di ricerca e sviluppo tecnologico della Commissione europea. Questo studio pluricentrico prospettico, esteso a Danimarca, Francia, Polonia, Scozia, Inghilterra e Finlandia, intende descrivere la prestazione di servizi per pazienti con doppia diagnosi in sette ambienti psichiatrici europei e comparare, nell'arco di 12 mesi, morbilità e utilizzo dei servizi tra i pazienti con doppia diagnosi e quelli con diagnosi unica. I risultati studiati comprenderanno il grado di gravità della dipendenza, i sintomi psichiatrici, l'osservanza della terapia, il funzionamento psicosociale, la rete sociale, le ricadute e la mortalità. I risultati sono attesi per il 2005 <sup>(174)</sup>.

## Formazione

Nella maggior parte dei paesi i medici ed il personale infermieristico durante la formazione ricevono pochissime istruzioni sulla tossicodipendenza ed ancor meno sulla questione della comorbidità. In Italia, sono in aumento i corsi di formazione congiunti tra il personale dei centri di salute mentale e quello dei servizi per le tossicodipendenze. Nei Paesi Bassi, l'Istituto Trimbo organizza corsi di formazione cui partecipano gli operatori sanitari coinvolti nel trattamento di pazienti con doppia diagnosi, sia dal lato delle tossicodipendenze, sia dal lato delle malattie mentali. Altri paesi segnalano esperienze di affiancamento e corsi di formazione, ma la loro attuazione è casuale e non uniforme.

Nel Regno Unito, il Royal College of Psychiatry ha svolto un'analisi delle esigenze formative (Mears e al., 2001) con una serie di gruppi professionali, provenienti sia dai centri di salute mentale, sia dai servizi per le tossicodipendenze. Il 55 % del campione ha segnalato di sentirsi inadeguatamente preparato ad operare con pazienti con comorbidità ed ha espresso l'esigenza di maggiore formazione.

<sup>(173)</sup> La terapia comportamentale dialettica consiste nell'applicazione di un'ampia gamma di strategie terapeutiche di tipo cognitivo e comportamentale ai problemi legati a disturbi di personalità borderline, fra cui le tendenze suicide.

<sup>(174)</sup> Cfr. <http://www.entertainmentmentalhealth.net/papers/kbm02.pdf>







## Riferimenti bibliografici

- Abdulrahim, D. (2001), *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis). Standards for mental health services*, The Health Advisory Service, Londra.
- Andreasen, J. (2002), «Ansvarer for de psykotiske stofmisbrugere skal vara psykiatriens», *Ugeskrift for læger*, n. 51.
- AST/RELIS (2002), Punto focale OEDT Lussemburgo, Direction de la santé, Réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies, RELIS, Rapport national, PFN, Lussemburgo.
- Bakken, K., Landheim, S., Vaglum, P. (2003), «Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders?», *Alcohol and Alcoholism*, n. 38, pagg. 54-59.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., e al. (2001), «Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia», *American Journal of Psychiatry*, n. 158, pagg. 1706-1713.
- Baudis, R. (2004), «A drug court type project for juvenile drug-related offenders in Germany», *Substance Abuse, Drug Courts and Mental Health Treatment Services*, Atti di conferenza, Servizi Area Penale Carceri, Milano, 5-7 febbraio 2004.
- Beck, F. (2003), *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: échelle et référence* (progetto di relazione), ESCAPAD, OFDT, Parigi.
- Benschop, A., Rabes, M., Korf, D. (2002), *Pill testing — ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Berglund, M., e al. (ed.) (2003), *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review*, Wiley, Londra.
- Berthel, T. (2003), «Psychiatrische Komorbidität», in: Beubler, E., Haltmayer, H., Springer, A., *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer, Vienna.
- Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., e al. (2000), «Overdosing on opiates. Thematic review. Part I — causes», *Drug and Alcohol Findings*, n. 4, pagg. 4-20.
- Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., e al. (2001), «Overdosing on opiates. Thematic review. Part II — prevention», *Drug and Alcohol Findings*, n. 5, pagg. 4-18.
- Beutel, M. (1999), «Sucht und sexueller Missbrauch», *Psychotherapeut*, n. 44, pagg. 313-319.
- Bird, S., Rotily, M. (2002), «Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks — results from European prisons», *Howard Journal*, n. 41 (2).
- Bovenkerk, F., Hogewind, W.I.M. (2002), *Hennepeelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*. Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Bronisch, T., Wittchen, H.-U. (1998), «Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen», *Suizidprophylaxe*, n. 1, pagg. 22-26.
- Chinman, M., Imm, P., Wandersmann, A. (2004), *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation*, RAND Corporation, Santa Monica.
- CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat*, Consiglio economico e sociale, Nazioni Unite, Vienna.
- Commissione europea (1999), *Evaluating socio-economic programmes: glossary of 300 concepts and technical terms*, Lussemburgo, Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee.
- Commissione europea (2003), *Evaluating EU activities — a practical guide for Commission Services*, Lussemburgo, Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee.
- Commonwealth Department for Health and Ageing (2003), National Co-morbidity Project. Current practice in the management of clients with co-morbidity mental disorders and substance use disorders in tertiary care settings, Commonwealth of Australia, Canberra.
- Crawford, V. (2001), *Co-existing problems of mental health and substance misuse ('dual diagnosis'): a review of relevant literature*, Royal College of Psychiatrists, Londra.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., e al. (2004), Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, *Health Policy for Children and Adolescents*, n. 4, Ginevra, WHO/OMS Europa.
- Deehan, A., Saville, E. (2003), *Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South East of England*, Home Office, Relazione on line, n. 43/2003.
- Department of Health (2002a), *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide*, Department of Health, Londra.
- Department of Health (2002b), *Models of care for substance misuse treatment: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services. Full report for consultation*, Department of Health, Londra.
- Dialog (2000), *Jahresbericht 1999*, Verein Dialog — Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgefährdete und deren Angehörige, Vienna.
- Dolan, K. (1997-98), «Evidence about HIV transmission in prisons», *Canadian HIV-AIDS Policy and Law Newsletter*, n. 3-4, pagg. 32-38.
- Dolan, K., Rutter, S., Wodak, A.D. (2003), «Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development», *Addiction*, n. 98, pagg. 153-158.
- Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., e al. (1998), «Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders», *Schizophrenia Bulletin*, n. 24, pagg. 589-608.
- DrugScope (2004), *Druglink*, n. 19 (1), gennaio/febbraio 2004.
- Dusenbury, L., Falco, M. (1995), «Eleven components of effective drug abuse prevention curricula», *Journal of School Health*, n. 65, pagg. 420-425.
- Eland, A., Van de Grint, G. (2001), *Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg*, Trimbos Instituut, Utrecht.

- Emmanuelli, J. (2003), «Siamois: Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie iv», in: Bello, J.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M., e al., *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND*, pagg. 263-267, OFDT, Parigi.
- Estebanez, P., Russell, N.K., Aguilar, M.D., e al. (2001), «Determinants of HIV prevalence amongst female IDU in Madrid», *European Journal of Epidemiology*, n. 17, pagg. 573-580.
- European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV) (2004), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003*, n. 70. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire.
- Europol (2002), *Serious crime overviews: counter money laundering, a European Union perspective*, Europol, L'Aia.
- Europol (2003), *Relazione UE sulla criminalità organizzata*, Europol, L'Aia.
- Facy, F. (1999), *Toxicomanes et prescription de méthadone*, EDK, Parigi.
- Farrell, M. (2002), *Final Evaluation of the Pilot Drug Court*, Courts Service, Dublino.
- FATF (2003a), *Annual report 2002-2003* (<http://www.fatf-gafi.org>).
- FATF (2003b), *Combating the abuse of alternative remittance systems: international best practices*, FATF, Parigi.
- Floy, B. (2000), «Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change», *Addictive Behaviours*, n. 25, pagg. 861-866.
- Fridell, M. (1991), *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt*, PM-serie, n. 10, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Stoccolma.
- Fridell, M. (1996), *Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare*, SoS-rapport 1996, n. 14, Socialstyrelsen, Stoccolma.
- Gerdner, A. (2004), *Utfall av LVM-vård: översikt och syntes av hittillsvarande studier*, Bilaga 4 till LVM-utredningen, SOU 2004: 3 Tvång och förändring — Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård, Socialdepartementet, Stoccolma.
- GFATM, segretariato (2004), *The Global Fund Grant status report* (<http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls>).
- Giuliani, M., Suligo, B. (2004), «Italian STI Surveillance Working Group. Differences between non-national and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections», *Sexually Transmitted Diseases*, n. 31 (2), pagg. 79-84.
- Gore, S.M. (1999), «Fatal uncertainty: death-rate from use of ecstasy or heroin», *Lancet*, n. 354, pagg. 1265-1266.
- Hall, W., Degenhardt, L., Lynskey, M. (2001), *The health and psychological effects of cannabis use*, serie monografica, n. 44, 2a ed., Commonwealth of Australia, Canberra.
- Hannon F., Keleher C., Friel, S. (2000), *General healthcare study of the Irish prison population*, Stationery Office, Dublino.
- Hansen, W. (1992), «School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990», *Health Education Research*, n. 7, pagg. 403-430.
- Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., e al., (2000), *Relazione 1999 ESPAD: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Consiglio svedese per l'informazione su alcool e altre droghe (CAN) e Consiglio d'Europa, gruppo Pompidou.
- Hope, V., Ncube, F., de Souza, L., e al. (2004), «Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom, 2002», *Eurosurveillance Weekly*, n. 8 (4), 22 gennaio 2004 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp>).
- INCB (2004a), *Report of the International Narcotics Control Board 2003*, Nazioni Unite, INCB, New York.
- INCB (2004b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Nazioni Unite, INCB, New York (<http://www.incb.org>).
- Interpol (2002), *Activities report*, Interpol, Lione.
- Jansson, I., Fridell, M. (2003), *Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden*, SiS-rapport n. 1/03, Statens Institutionsstyrelse, Stoccolma.
- Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association (2003), *Innovations in the treatment of addiction*, Barcellona, 1-2 maggio 2003.
- Jonsson, S. (2001) «Långstorps vård- och behandlingshem — En utfallsstudie», *Psykologexamensuppsats*, vol. III:20, Institutionen för psykologi, Lund.
- Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola S., Andrade L., e al. (2001), «Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys», *Psyhiatrica Fennica*, n. 32, pagg. 62-79.
- Kokkevi, A., Facy, F. (1995), «Personality traits and psychopathology in drug addiction», *European Addiction Research*, n. 1, pagg. 194-198.
- Kokkevi, A., Stefanis, C. (1995), «Drug abuse and psychiatric comorbidity», *Comprehensive Psychiatry*, n. 36, pagg. 329-337.
- Kraus, L., Augustin, R., Korf, D., e al. (2003), *Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age?* (relazione).
- Krausz, M. (1996), «Old problems — new perspectives», *European Addiction Research*, n. 2, pagg. 1-2.
- Krausz, M. (1999), «Editorial. Addiction and mental health», *European Addiction Research*, n. 5, pagg. 53-54.
- Krausz, M. (1999), «Komorbidität — Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen», in: Bellebaum, C. Jellinek, Westermann, B., *Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*, pagg. 100-114, Deutscher Studienverlag, Weinheim.
- Krausz, M., Verthein, U., Degkwitz, P. (1999), «Psychiatric co-morbidity in opiate addicts», *European Addiction Research*, n. 5, pagg. 55-62.
- Landheim, A.S., Bakken, K., Vaglum, P. (2003), «Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics», *European Addiction Research*, n. 9, pagg. 8-17.
- Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A., Arner, O. (1997), «A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings», *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift*, n. 14, pagg. 43-63.

- Ley, A., Jeffery, D.P., McLaren, S., Siegfried, N. (2003), «Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse», *Cochrane Review, The Cochrane Library*, vol. 4, Wiley, Chichester, Regno Unito.
- Liappas, J. (2001), «Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem», *Itaca*, n. 6, pagg. 9-22.
- Lima, A.R., Lima, M.S., Soares, B.G.O., Farrell, M. (2004a), «Carbamazepine for cocaine dependence», *Cochrane Review, The Cochrane Library*, vol. 2, 2004 (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm>).
- Lima, M.S., Reisser, A.A.P., Soares, B.G.O., Farrell, M. (2004b), «Antidepressants for cocaine dependence», *Cochrane Review, The Cochrane Library*, vol. 2, 2004 (<http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm>).
- Long, J., Allwright, S., Begley, C. (2004), «Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons», *International Journal of Drug Policy*, in stampa.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., e al. (2000), «Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment outcome study», *British Journal of Psychiatry*, n. 176, pagg. 285-289.
- McIntosh, C., Ritson, B (2001), «Treating depression complicated by substance misuse», *Advances in Psychiatric Treatment*, n. 7, pagg. 357-364.
- McVeigh, J., Beynon, C., Bellis, M. A. (2003), «New challenges for agency based exchange schemes: analysis of 11 years of data (1991-2001) in Merseyside and Cheshire, United Kingdom», *International Journal of Drug Policy*, n. 14, pagg. 399-405.
- Mears, A., Clancy, C., Banerjee, S., e al. (2001), *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis*, Royal College of Psychiatrists, Londra.
- Migliori, G.B., Centis, R. (2002), «Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries», *Monaldi Archive of Chest Diseases*, n. 57, pagg. 285-290.
- Morel, A. (1999), «Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie», *Interventions*, n. 72, pagg. 35-40.
- Moyle, P. (2003), *International drug court developments, models and effectiveness*, Progetto di tribunali dedicati alla droga, gruppo Pompidou, Strasburgo.
- Murphy-Lawless, J. (2002), *Fighting back: women and the impact of drug abuse on families and communities*, Liffey Press, Dublino.
- Murray, R., Grech, A., Phillips, P., Johnson, S. (2003), «What is the relationship between substance abuse and schizophrenia?», in: Murray, R., Jones, P., Susser, E., e al., *The epidemiology of schizophrenia*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Neale, J. e Robertson, M. (2004), «Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland», *Drugs: Education, Prevention and Policy*, n. 11(1), pagg. 79-90.
- Nestler, E. J. (2001), «Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction», *Nature Reviews Neuroscience* 2(2), pagg.119-128.
- OEDT (2001), *Cocaina e cocaina crack (questione specifica)*, in *Annual report 2001: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union (Relazione annuale 2001: stato del problema della droga nei paesi in via di adesione all'Unione europea)*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2003a), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2003b), *Relazione annuale 2003: evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea e in Norvegia*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2003c), *Focus sulle droghe n. 11, Epatite C: un'epidemia latente*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2003d), *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand — Meeting with International organisations*, Lisbona, 24 giugno 2003 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1881>).
- OEDT (2004a) *European report on drug consumption rooms*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2004b), *Focus sulle droghe n. 13, Deaths*, Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2004c), *An overview of cannabis potency in Europe, EMCDDA Insights 6*. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- OEDT (2004d), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Monographs 7*. Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, Lisbona.
- Öjehagen, A., Schaar, I. (2003) «Mentally ill substance abusers in Svezia: a 5-year follow-up of a multisite study of co-operation between psychiatric services and social authorities», in: Carrà, G., Clerici, M., *Dual diagnosis: filling the gap*, John Libbey Eurotext, Parigi.
- Olin, N., Plasait, B. (2003), *Drogue: l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites*, Sénat, Parigi.
- OMD (2003a), *Drug routes from Central Asia to Europe* (disponibile sul sito web dell'Organizzazione mondiale delle droghe, WCO: <http://www.wcoomd.org>).
- OMD (2003b), *An integrated international response to drug smuggling*, OMD, Bruxelles.
- OMD (2003c), *World money laundering report*, vol. 4, n. 10.
- OMS (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms*, Organizzazione mondiale della sanità, Ginevra.
- Origer, A., Delucci, H. (2002), *Étude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite des substances psycho-actives. Analyse comparative (1999-2000)*, Serie di ricerche n. 3, Punto focale OEDT Lussemburgo-CPR Santé, Lussemburgo.
- Paglia, A., Room, R. (1999), «Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations», *Journal of Primary Prevention*, vol. 20 (1), pagg. 3-50.
- Pani, P. P., Trogu, E., Carboni, G., e al. (2003), «Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes: new evidence», *Heroin Addiction & Related Clinical Problems*, n. 5, pagg. 23-36.

- Pedersen, M.U. (2001), «Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder», Del 1, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet, Århus.
- Popov, P. (2003), «Alkohol», in: Kalina, K. a spol. (ed.) *Drogy a drogové závislosti — mezioborový přístup*, Kapitola 3/1, Úřad vlády ČR — NMC, Praga
- Ravelli, A., Bijl, R.V., Van Zessen, G. (1998), «Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)», *Tijdschrift voor Psychiatrie*, n. 40, pagg. 531-544.
- Relazioni nazionali Reitox (2003) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., e al. (2003), «Risk factors associated with drug use: the importance of "risk environment"», *Drugs: Education, Prevention and Policy*, n. 10, pagg. 303-329.
- Roeg, D.P.K., van de Goor, L. A. M. and Garretsen, H.F.L. (2004), «When a push is not a shove: assertive care, Dutch-style», *Drugs and Alcohol Today*, vol. 4 (in stampa).
- Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L., e al. (1999), «Co-abuse of opiates and benzodiazepines», *Irish Journal of Medical Science*, n. 168, pagg. 36-41.
- SAMHSA, Ufficio studi applicati (2001), *Trends in initiation of substance use*, Indagine nazionale sull'abuso di droghe tra i nuclei familiari 2001.
- SAMHSA, Ufficio studi applicati (2002), *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health. National findings* (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm>).
- Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J., e al. (2003), «Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996-2002», *Human Psychopharmacology and Clinical Exposure*, n. 18, pagg. 519-524.
- Seivewright, N., Donmall, D., Douglas, J., e al. (2000), «Cocaine misuse treatment in England», *International Journal of Drug Policy*, n. 11, pagg. 203-215.
- Siliquini, R., Zeppego, P., Faggiano, F. (2002), «Patologia psichiatrica e consumo di sostanze: descrizione preliminare dei casi di uno studio caso-controllo», in: Faggiano, F., *OED Piemonte — Rapporto 2002*, Osservatorio Epidemiologico Dipendenze, Torino.
- Sosial- og helsedepartementet (1999), *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmisbrukarar*.
- Springer, A. (2003a), *Different types of medically assisted treatment*, conferenza dedicata al monitoraggio dei trattamenti, OEDT, Lisbona.
- Springer, A. (2003b), «Psychotherapeutische Aspekte», in: Beubler, E., Haltmayer, H., Springer, A., *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer, Vienna.
- Stothard, B., Ashton, M. (2000), «Education's uncertain saviour», *Drug and Alcohol Findings*, n. 3, pagg. 4-7, 16-20.
- Stöver, H. (2001), *Bestandsaufnahme «Crack Konsum» in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote*, Relazione finale, Istituto per la ricerca sulle droghe (BISDRO), Università di Brema, Brema.
- Stöver, H., Nelles, J. (2003), «Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons», *International Journal of Drug Policy*, n. 14, pagg. 437-444.
- Ter Bogt, T., Engels, R.C.M.E. (2004), «Party style: notice for and effects of MDMA at Rave parties», *Substance Use and Misuse*, in stampa.
- Tobler, N. (2001), «Prevention is a two-way process», *Drug and Alcohol Findings*, n. 5, pagg. 25-27.
- Tobler, N., Stratton H.H. (1997), «Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research», *Journal of Primary Prevention*, n. 18 (1), pagg. 71-128.
- Tobler, N.S., Roona, M. R., Ochshorn, P. (2000), «School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis», *Journal of Primary Prevention*, n. 20, pagg. 275-336.
- Uchtenhagen, U., Zeiglgänsberger, W. (2000), *Suchtmedizin — Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*, Urban & Fischer Verlag, Monaco di Baviera.
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- UNODC e governo del Marocco (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, Vienna.
- UNODCCP (2000), *Demand reduction: a glossary of terms*, Ufficio delle Nazioni Unite per il controllo della droga e la prevenzione della criminalità, New York.
- Vaglum, P. (1996), «Psychopathology and substance abuse: clinical Lessons from six Norwegian Studies», *Psychiatric Fennica*, n. 27, pagg. 55-67.
- Van den Bosch, L. M., Verheul, R., Van den Brink, W. (2001), «Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates», *Journal of Personality Disorders*, n. 15, pagg. 416-424.
- Van Rooijen, M. (2001), «Zendingswerk: dubbele diagnose klinik», *Psy*, n. 5, pagg. 24-28.
- Verheul, R. (2001), «Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders», *European Psychiatry*, n. 16, pagg. 274-282.
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., e al. (2003), «Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services», *British Journal of Psychiatry*, n. 183, pagg. 304-312.
- Wiessing, L., Kretzschmar, M. (2003), «Can HIV epidemics among IDUs "trigger" a generalised epidemic?», *International Journal of Drug Policy*, n. 14, pagg. 99-102.
- Williams, H., O'Connor, J.J., Kinsella, A. (1990), «Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance», *Irish Journal of Psychological Medicine*, n. 7, pagg. 45-46.
- Wolf, J., Mensink, C., Van der Lubbe, P. (2002), *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect*, Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, Utrecht.
- Zuckerman, J. (2003), «The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations», *Drugs*, n. 63, pagg. 1779-1784.
- Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P., Verthein, U. (2001), *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten*, Lambertus, Friburgo.







## Punti focali nazionali Reitox

### Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk  
Instituut Volksgezondheid  
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14  
B-1050 Bruxelles/Brussel  
Denise WALCKIERS  
Tél. (32-2) 642 50 35 — Fax (32-2) 642 57 49  
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

### Česká republika

Secretariat of the National Drug Commission Office of the  
Government of the Czech Republic  
Nabř. Edvarda Beneše 4  
118 01 Praha 1 — Malá Strana  
CZ-Prague  
Viktor MRAVČÍK  
Tél. (420-29) 61 53 222/391 — Fax (420-29) 61 53 264  
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

### Danmark

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67 Postboks 1881  
DK-2300 København S  
Else SMITH/Kari GRASAASEN  
Tlf. (45) 72 22 77 60 — Fax (45) 72 22 74 11  
E-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

### Deutschland

DBDD — Deutsche Referenzstelle für die Europäische  
Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht  
Parzivalstraße 25  
D-80804 München  
Roland SIMON  
Tél. (49) 89 36 08 04 40 — Fax (49) 89 36 08 04 49  
E-Mail: Simon@ift.de

### Eesti

National Institute for Health Development (NIHD)  
Department of Epidemiology and Biostatistics  
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)  
Hiiu 42, Room 471  
EE-11619 Tallinn  
Ave TALU  
Tél. (372) 6593 997 — Fax (372) 6593 998  
E-mail: Ave.Talu@tai.ee

### Ελλάδα/Greece

Greek Reitox Focal Point — UMHRI  
University of Mental Health Research Institute  
Soranou Tou Efesiou, 2  
(PO Box 66517)  
GR-15 601 Papagou — Athens  
Manina TERZIDOU  
Tél. (302-10) 6536 902 — Fax (302-10) 6537 273  
E-mail: ektepn@ektepn.gr

### España

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional  
sobre Drogas (DGPND)  
C/Recoletos, 22  
E-28001 Madrid  
Carmen MOYA GARCÍA/Ana ANDRÉS BALLESTEROS  
Tél. (34) 915 37 27 25/26 86 — Fax (34) 915 37 26 95  
E-mail: anaab@pnd.mir.es

### France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies  
3, avenue du stade de France  
F-93200 Saint-Denis  
Jean-Michel COSTES  
Tél. (33) 141 62 77 16 — Fax (33) 141 62 77 00  
E-mail: jecos@ofdt.fr

### Ireland

Drug Misuse Research Division  
Health Research Board  
73 Lower Baggot Street  
Dublin 2  
Ireland  
Hamish SINCLAIR  
Tél. (353-1) 676 11 76 ext 160 — Fax (353-1) 661 18 56  
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

### Italia

Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, direzione generale  
per la Prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e  
alcodipendenze e per l'osservatorio nazionale  
Via Fornovo 8 — Pal. C  
I-00192 Roma  
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE  
Tél. (39) 06 36 75 48 01/06 — Fax (39) 06 36 75 48 11  
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

### Κύπρος (Cyprus)

Cyprus National Monitoring Centre for Drugs and Drug  
Addiction  
Magnolia Centre, Offices 11-12,  
32, Strovolos Avenue  
CY-Nicosia 2018  
Neoklis GEORGIADES  
Tél. (357-22) 44 29 73 — Fax (357-22) 30 50 22  
E-mail: neoklis@ektepn.org.cy, info@ektepn.org.cy (general  
matters)

### Latvija

The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment  
(Narcology Centre)  
Hospitalu iela 55  
LV-1013 Riga  
Ieva MATISONE  
Tél. (371-7) 37 77 83 — Fax (371-7) 37 23 37  
E-mail: ieva.matisone@latnet.lv

## Lietuva

Ministry of Health of the Republic of Lithuania  
Drug Control Department under the Government of the  
Republic of Lithuania  
Vilniaus st. 33  
LT-2001 Vilnius  
Ernestas JASAITIS  
Tel. (3705-2) 66 14 00 — Fax (3705-2) 66 14 02  
E-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

## Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg  
Allée Marconi — Villa Louvigny  
L-2120 Luxembourg  
Alain ORIGER  
Tél. (352) 47 85 625 — Fax (352) 46 79 65  
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

## Magyarország

National Centre for Epidemiology  
Gyáli út 2-6.  
H-1097 Budapest  
PO Box 64  
Adrienn NYIRADY  
Tel. (36-1) 476 11 00 — Fax (36-1) 476 12 23  
E-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

## Malta

Maltese National Focal Point  
Ministry of Family & Social Solidarity  
Palazzo Ferreria  
Valletta CMR 02  
Malta  
Anna GIRARD  
Tel. (356) 25 90 32 17/32 20  
E-mail: anna.girard@gov.mt

## Nederland

Trimbos-instituut  
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction  
Da Costakade 45 — Postbus 725  
3500 AS Utrecht  
Franz TRAUTMANN  
Tel. (31-30) 297 11 86 — Fax (31-30) 297 11 87  
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

## Österreich

ÖBIG — Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen  
Stubenring, 6  
A-1010 Vienna  
Sabine HAAS  
Tel. (43-1) 515 61 60 — Fax (43-1) 513 84 72  
E-mail: HAAS@oebig.at

## Polska

National Bureau for Drugs Prevention  
ul. Dereniowa 52/54  
PL-02-776 Warszawa  
Janusz SIEROŚLAWSKI  
Tel. (48-22) 641 15 01 — Fax (48-22) 641 15 65  
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

## Portugal

Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT)  
Av. João Crisóstomo, 14  
P-1000 — 179 Lisboa  
Nuno FREITAS/Maria MOREIRA  
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26 — Fax (351) 213 10 41 90  
E-mail: Maria.Moreira@idt.min-saude.pt

## Slovenija

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije  
Trubarjeva 2  
SI-1000 Ljubljana  
Mercedes LOVREČIČ  
Tel. (386-1) 244 14 79 — Fax (386-1) 244 15 36  
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

## Slovensko

Central Node of the Drug Information System  
General Secretariat of the Board of Ministers for Drug  
Dependencies and Drug Control  
Námestie slobody 1  
SK-81370 Bratislava  
Alojz NOCIAR  
Tel. (421-2) 5729 5554 — Fax (421-2) 5729 5571  
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk,  
alojz.nociar@vlada.gov.sk

## Suomi/Finland

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus  
PO Box 220  
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)  
FIN-00531 Helsinki  
Ari VIRTANEN  
Tel. (358-9) 39 67 23 78 — Fax (358-9) 39 67 24 97  
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

## Sverige

Statens folkhälsoinstitut  
(Kontor: Olof Palmes gata 17)  
S-103 52 Stockholm  
Bertil PETERSSON  
Tfn (46-8) 56 61 35 13 — Fax (46-8) 56 61 35 05  
E-post: Bertil.Petersson@fhi.se

## United Kingdom

Sexual Health and Substance Misuse Policy  
Department of Health, Skipton House  
80 London Road  
London SE1 6LH  
United Kingdom  
Alan LODWICK  
Tel. (44-20) 79 72 51 21 — fax (44-20) 79 72 16 15  
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

## European Commission/Commission européenne

Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs  
Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires  
intérieures — Unité «Coordination de la lutte antidrogue»  
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx — 46 3/186)  
B-1049 Brussels/Bruxelles  
Timo JETSU/Elsa MAIA  
Tél. (32-2) 299 57 84 — Fax (32-2) 295 32 05  
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

### **Norge**

Statens institutt for rusmiddelforskning

PB 565 Sentrum

(Office: Øvre Slottsgate 2B)

N-0157 Oslo

Knut BROFOSS/Odd HORDVIN

Tel. (47) 22 34 04 00 — Fax (47) 22 34 04 01

E-mail: kb@sirus.no, odd@sirus.no

### **Bългария**

National Centre for Addictions

117, Pirotska Str.

BG-1303 Sofia

Momtchil VASSILEV

Tel. (359-2) 83 13 079 — Fax (359-2) 83 21 047

E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

### **România**

National Anti-drug Agency

37, Unirii Bulevard, BL. A4 — Sector 3

RO-Bucharest

Angela PANTEA

Tel. (40-21) 326 47 87/323 30 30 ext. 21706

Fax (40-21) 326 47 87

E-mail: angelapantea@yahoo.com

### **Türkiye**

TADOC Müdürlüğü

Necatibey Cd. No:108

TR-Anıttepe/Ankara

Ylhami HÜNER

Tel. (90-312) 412 75 00 — Fax (90-312) 412 75 05

E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr



Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2004

**Relazione annuale 2004 — Evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia**

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee  
2004 — 113 pagg. — 21 x 29,7 cm  
ISBN 92-9168-201-2



## **VENDITE E ABBONAMENTI**

Le pubblicazioni a pagamento dell'Ufficio delle pubblicazioni sono disponibili nei nostri uffici di vendita in tutto il mondo.

### ***Come fare per acquistare una delle pubblicazioni?***

Dopo aver ottenuto l'elenco degli uffici di vendita è necessario scegliere l'ufficio che vi interessa, contattarlo e trasmettere un ordine.

### ***Come ottenere l'elenco degli uffici di vendita?***

- consultando il sito internet dell'Ufficio delle pubblicazioni all'indirizzo <http://publications.eu.int/>
- oppure inviando un fax al numero (352) 2929-42758.

## Informazioni sull'OEDT

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

L'OEDT raccoglie, analizza e divulga informazioni 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, negli Stati membri dell'Unione europea ed in Norvegia, 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.