



Osservatorio europeo
delle droghe e delle tossicodipendenze

ISSN 1609-6169

RELAZIONE ANNUALE 2003

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



Osservatorio europeo
delle droghe e delle tossicodipendenze

RELAZIONE ANNUALE 2020-2023

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

Avvertenza

Questa pubblicazione è proprietà dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) ed 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

Nuovo numero verde unico:
00 800 6 7 8 9 10 11

La presente relazione è disponibile in spagnolo, danese, tedesco, greco, inglese, francese, italiano, olandese, portoghese, finlandese, svedese e norvegese. Tutte le traduzioni sono state effettuate dal Centro di traduzione degli organi dell'Unione europea.

Una scheda bibliografica figura alla fine del volume.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, 2003

ISBN 92-9168-161-X

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2003

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

Printed in Belgium

STAMPATO SU CARTA SBIANCATA SENZA CLORO



Osservatorio europeo
delle droghe e delle tossicodipendenze

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze
Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, 1149-045 Lisboa, Portugal
Tel. (351) 218 11 30 00 _ Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int _ <http://www.emcdda.eu.int>

Indice

Prefazione	5
Ringraziamenti e Introduzione	7
Tendenze complessive e sviluppi generali	9
Tendenze riguardo la situazione della droga	9
Evoluzione nel campo delle risposte al consumo di stupefacenti	11
Capitolo 1: Situazione della droga	
Consumo di stupefacenti tra la popolazione generale	15
Consumo problematico di stupefacenti	18
Domanda di trattamento	20
Malattie infettive correlate agli stupefacenti	24
Decessi correlati all'uso di stupefacenti e mortalità fra i tossicodipendenti	28
Criminalità correlata agli stupefacenti	33
Mercati e disponibilità di stupefacenti	36
Capitolo 2: Risposte al consumo di stupefacenti	
Evoluzione delle politiche nazionali in materia di stupefacenti	41
Sviluppi giuridici	42
Sviluppi a livello UE	43
Prevenzione	45
Risposte alla problematica della riduzione dei danni	46
Trattamento	49
Le risposte della giustizia penale alla tossicodipendenza	51
Riduzione dell'offerta	53
Capitolo 3: Questioni specifiche	
Il consumo di droga ed alcool tra i giovani	57
Emarginazione e reinserimento sociale	65
La spesa pubblica nel settore della riduzione della domanda di stupefacenti	69
Referenze	75
Punti focali Reitox	81



Prefazione

Con la presente relazione annuale 2003, l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) presenta all'Unione europea ed ai suoi Stati membri una panoramica sul fenomeno della droga in Europa. La pubblicazione della relazione coincide con il 10° anniversario dell'OEDT (il regolamento istitutivo è del 1993). È anche l'ultima volta che la relazione tratta soltanto dei 16 paesi attualmente aderenti all'Osservatorio (i 15 Stati membri e la Norvegia). Sembra dunque venuto il momento di riflettere brevemente sui cambiamenti che hanno caratterizzato il fenomeno della droga in questo periodo iniziale e sui progressi fatti dall'OEDT rispetto alla sua missione di fornire ai responsabili politici osservazioni corrette, aggiornate e assennate sull'evoluzione del problema della droga in Europa.

Una delle caratteristiche principali del fenomeno della droga è la sua natura dinamica. Pur nei limiti del breve periodo di vita dell'OEDT, è materia di riflessione la constatazione di quanto profondamente variegati siano gli sviluppi intervenuti negli Stati membri, sia nella natura del problema della droga, sia nel modo in cui ognuno di essi vi ha dato risposta. Nei paesi europei i modelli di consumo delle sostanze stupefacenti sono sempre stati diversi, specialmente per quanto riguarda l'ordine di grandezza. Questo resta vero, ma i dati contenuti nella relazione mostrano che, sempre di più, si possono osservare linee di tendenza che illustrano la natura globale ed europea della questione. Se una volta, confrontando il consumo di stupefacenti in Europa, emergevano le differenze piuttosto che le somiglianze, oggi non è più così. Per quanto la situazione globale sia complessa ed esistano significative varianti locali, compaiono anche modelli più generali e comuni di consumo delle sostanze stupefacenti. In maniera crescente, possiamo concludere che per molti aspetti condividiamo, in quanto europei, un problema comune di droga ed altresì, crediamo, la responsabilità comune di imparare dalle nostre esperienze reciproche. A trarre queste conclusioni non siamo i soli. Il piano d'azione dell'UE in materia di droga dimostra l'impegno politico con cui questo argomento viene affrontato. Oggi si riconosce, pressoché universalmente, che le politiche da adottare in quest'area devono basarsi su una chiara comprensione della situazione.

Se i problemi della droga sono andati evolvendo nell'arco di questi ultimi 10 anni, è aumentata anche la nostra capacità di segnalarli. Il merito non è soltanto dell'OEDT, ma anche dei molti

professionisti, in tutta l'UE, che hanno lavorato con dedizione per capire la natura del problema, per elaborare risposte efficaci o per valutare criticamente l'impatto del lavoro compiuto. Siamo convinti, comunque, che l'OEDT abbia svolto un ruolo essenziale, sia fungendo da catalizzatore per lo sviluppo di una solida base conoscitiva, sia fornendo il necessario spazio di collaborazione e progresso a livello europeo. Dieci anni fa nessuno avrebbe potuto parlare con cognizione di causa ed autorevolezza sulla natura della situazione europea nel campo della droga. Oggi questa relazione dimostra che ciò è possibile. Adesso siamo meglio preparati e meglio informati non solo per affrontare i problemi attuali legati alle droghe, ma anche le potenziali minacce che potremmo trovarci a dover affrontare in futuro. Desidero esprimere un ringraziamento per i notevoli investimenti che sono stati fatti sia negli Stati membri, sia a livello europeo, per sviluppare gli strumenti e le infrastrutture occorrenti per fornire questa base documentale: desidero esprimere il mio ringraziamento, in particolare, ai punti focali della rete Reitox.

Ci auguriamo che troverete esauriente questo panorama della situazione della droga in Europa: altri dati, più dettagliati, si possono trovare nella versione completa, on line, della relazione. Per quanto ci riguarda, questa relazione segna inoltre con successo la fine della prima fase di sviluppo dell'attività dell'OEDT: adesso dobbiamo guardare alle sfide che il futuro ci porterà. Tra queste ci sarà la necessità di continuare a migliorare la disponibilità, la qualità e la comparabilità dei dati europei; dovremo migliorare i nostri sistemi e la nostra capacità di gestire con efficienza una base crescente di conoscenze sulla situazione della droga in un'Unione europea allargata. Non abbiamo dubbi che il quadro su cui dovremo scrivere la nostra relazione sarà sempre più vasto, diversificato e complesso. Per l'OEDT una delle sfide principali resterà l'esigenza di sfruttare appieno le informazioni che abbiamo a disposizione, per fornire un'analisi motivata, tempestiva e politicamente puntuale, che rifletta il valore di una prospettiva europea e di un approccio armonizzato.

Marcel Reimen

Presidente del consiglio d'amministrazione dell'OEDT

Georges Estievenart

Direttore esecutivo dell'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 grezzi 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 di lavoro orizzontale «Droga» — e la Commissione europea;
- il gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, United Nations Office on Drugs and Crime, l'Organizzazione mondiale della sanità, l'Europol, l'Interpol, l'Organizzazione mondiale delle dogane ed il Centro per il monitoraggio epidemiologico dell'AIDS;
- il Centro di traduzione degli organi dell'Unione europea e l'Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee;
- Prepress Projects Ltd;
- eLg Language Integration e Kaligram.

Introduzione

La relazione annuale si basa sulle informazioni fornite all'OEDT dagli Stati membri dell'UE e dalla Norvegia (che partecipa alle attività dell'OEDT dal 2001) sotto forma di relazioni nazionali. I dati statistici qui riportati si riferiscono al 2001 (o all'ultimo anno disponibile) per quanto riguarda il capitolo 1: Situazione della droga, ma possono riferirsi al 2002 o anche al 2003 per quanto riguarda gli sviluppi riportati nei capitoli Risposte al consumo di stupefacenti e Questioni specifiche.

Le relazioni nazionali dei punti focali Reitox sono disponibili all'indirizzo http://www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/national_reports.shtml.

Una più ampia versione on line della relazione annuale è disponibile in 12 lingue e si può trovare all'indirizzo <http://annualreport.emcdda.eu.int>. Questa versione on line comprende una grande quantità di materiale aggiuntivo e dati statistici sotto forma di tabelle, grafici e riquadri. Fornisce anche ulteriori dettagli circa la metodologia utilizzata, nonché collegamenti alle fonti di dati, alle relazioni ed ai documenti che sono stati utilizzati per la stesura della relazione.

Tutti gli elementi che compaiono in entrambe le versioni della relazione, quella su carta e quella on line, figurano on line in un indice tematico (<http://annualreport.emcdda.eu.int>).



Tendenze complessive e sviluppi generali

Tendenze riguardo la situazione della droga

Cannabis

La cannabis resta la droga di uso più frequente nell'UE, con molti paesi che segnalano indici di prevalenza un tantum superiori al 20 % rispetto alla popolazione generale. Da una stima prudente emergerebbe che nell'UE almeno un adulto su cinque ha sperimentato una sostanza stupefacente.

Dagli indicatori risulta che il consumo della cannabis è in aumento nell'UE; questo aumento sembra essersi peraltro stabilizzato in alcuni paesi, sia pure a livelli ritenuti storicamente abbastanza elevati. Sembra dimostrata inoltre una certa convergenza dei modelli di consumo, sia pure con notevoli variazioni degli indici: la Francia, la Spagna ed il Regno Unito, in particolare, segnalano livelli di consumo relativamente alti, mentre la Finlandia, la Svezia ed il Portogallo registrano, al paragone, dati relativamente bassi. In tutti i paesi, le stime della prevalenza dell'uso recente (prevalenza nell'ultimo anno) tra la popolazione adulta restano al di sotto del 10 %. Prendendo in considerazione invece i giovani adulti, gli indici salgono considerevolmente. In tutti i paesi, la prevalenza dell'uso recente (ultimo anno) registra un picco nella fascia d'età tra 15 e 25 anni: la Francia, la Germania, l'Irlanda, la Spagna ed il Regno Unito segnalano che oltre il 20 % dei giovani in questa fascia d'età ha fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi. Le stime relative all'esperienza un tantum sono più elevate: la maggior parte dei paesi segnala tra i giovani una prevalenza un tantum compresa tra il 20 % ed il 35 %. Il numero delle persone che fanno uso di cannabis con regolarità non è elevato rispetto alla popolazione complessiva (meno dell'1 %), per quanto tra i giovani, in particolare tra i giovani di sesso maschile, si riscontrino tassi più elevati di consumo regolare.

Preoccupa il fatto che, con frequenza crescente, la cannabis sia menzionata nel contesto dell'indicatore della domanda di trattamento (TDI). In molti paesi, la cannabis è oggi la droga citata con maggior frequenza subito dopo l'eroina: si può osservare infatti un continuo aumento della domanda di trattamento terapeutico per uso di cannabis. Nell'interpretazione di questi dati occorre cautela, in quanto è probabile che svariati fattori intervengano in questo quadro. Questa tematica è attualmente all'esame di un gruppo di lavoro tecnico dell'OEDT e sarà oggetto di una pubblicazione nel 2004.

In gran parte dei paesi dell'UE, i reati per droga segnalati sono in maggioranza riconducibili proprio alla cannabis. I sequestri di cannabis hanno registrato una tendenza all'aumento nel corso di questi ultimi dieci anni, per quanto ci siano segnali di una relativa stabilizzazione. L'Europa resta il maggior mercato mondiale per la resina di cannabis (hashish): i tre quarti dei

sequestri di resina di cannabis di tutto il mondo avvengono entro i confini dell'Unione europea. Molti paesi attualmente segnalano che la pianta di cannabis viene coltivata anche all'interno dell'UE. Il contenuto in termini di THC (tetraidrocannabinolo), il principale principio attivo della cannabis, varia notevolmente nei campioni al dettaglio. In media, il contenuto di THC della resina di cannabis e delle foglie di cannabis (marijuana) è simile (rispettivamente 5 %-14 % e 5 %-11 %), anche se si è riscontrato che alcuni campioni di entrambe le forme di droga avevano un contenuto di THC molto elevato.

Anfetamine ed ecstasy (MDMA)

L'Europa resta un'area importante per la produzione ed il consumo di anfetamine ed ecstasy, ma non di metanfetamine. Dopo la cannabis, le droghe di uso più frequente nei paesi dell'UE sono di solito l'ecstasy o le anfetamine, con tassi di esperienza un tantum tra la popolazione adulta che variano dallo 0,5 % al 5 %. In passato, la prevalenza dell'uso di anfetamine era in genere superiore alla prevalenza dell'uso di ecstasy, ma oggi questa differenza è meno evidente. Tra la popolazione scolastica, invece, l'esperienza un tantum di sostanze inalanti viene subito dopo quella della cannabis ed in genere è notevolmente superiore all'esperienza di ecstasy o anfetamine.

Come accade con la cannabis, i tassi più elevati, in termini di esperienza un tantum ed uso recente, si riscontrano tra i giovani adulti. Alcuni indicatori fanno pensare che il consumo di ecstasy abbia continuato a diffondersi in alcune aree della popolazione giovanile urbana europea. Da alcuni studi emergono tassi di prevalenza estremamente elevati tra questi gruppi, per quanto nella popolazione in generale non si osservi un aumento pronunciato del consumo di ecstasy.

In Europa, il numero delle persone in terapia per problemi legati alle anfetamine varia notevolmente: in Svezia e Finlandia poco meno di un terzo dei tossicodipendenti in trattamento fa uso di anfetamine, rispetto ad un 9 % circa in Germania ed un massimo del 3 % circa in tutti gli altri paesi. In quasi tutti i paesi i tassi relativi alla domanda di trattamento per ecstasy sono molto bassi. In Europa alcuni decessi possono essere direttamente attribuiti al consumo di ecstasy, ma complessivamente le cifre restano basse, se confrontate con i decessi riconducibili ad oppioidi.

Per quanto in questi ultimi anni ci siano state alcune fluttuazioni e forse segnali di stabilizzazione in alcune aree, negli ultimi dieci anni i sequestri di anfetamine e di ecstasy (numero e quantitativi) sono aumentati sensibilmente nell'UE. In Finlandia, Svezia e Norvegia, le anfetamine rappresentano la droga sequestrata con maggiore frequenza, subito dopo la cannabis.

Cocaina e cocaina crack

Dai dati delle rilevazioni emerge un aumento del consumo di cocaina nel Regno Unito e, in misura minore, in Danimarca, Germania, Spagna e Paesi Bassi. L'uso di cocaina sembra più frequente e risulta in aumento tra i giovani che vivono in aree urbane. Ne segue che il dato nazionale può non riflettere adeguatamente le tendenze locali, che caratterizzano alcune delle principali città europee.

Alcuni indicatori farebbero pensare che le preoccupazioni riguardanti il livello del consumo di cocaina e le relative problematiche siano del tutto giustificate. Detti indicatori comprendono la domanda di trattamento, le analisi tossicologiche sulle vittime dei decessi da overdose, i sequestri di sostanze stupefacenti e gli studi sulle popolazioni a rischio. A parte una riduzione nel 2000, è dal 1985 che il numero dei sequestri di cocaina aumenta costantemente. Analogamente, nel corso del medesimo periodo, i quantitativi di cocaina sequestrati hanno registrato in genere una tendenza all'aumento, per quanto i dati siano soggetti a fluttuazioni da un anno all'altro. I Paesi Bassi e la Spagna segnalano tassi relativamente elevati di ricorso ai trattamenti antidroga per consumo di cocaina (rispettivamente 30 % e 19 %); i dati di Germania, Italia, Lussemburgo e Regno Unito sono inferiori (tra il 6 % ed il 7 %). Fatta eccezione per i Paesi Bassi ed il Regno Unito, la maggior parte delle richieste di trattamento terapeutico per cocaina sembra essere riconducibile al consumo di polvere di cocaina (idrocloreide) piuttosto che cocaina crack (cocaina base).

In Europa la prevalenza del consumo di cocaina crack risulta relativamente bassa, per quanto sporadiche relazioni locali suggeriscano problemi tra gruppi marginali che vivono in alcune città. Anche se i tassi di prevalenza sono bassi, la cocaina crack comporta però esiti sanitari e sociali particolarmente sfavorevoli. Occorre dunque prestare maggiore attenzione alle tendenze che emergono in quest'area: anche un modesto incremento del consumo di cocaina crack potrebbe avere un impatto notevole sulla sanità pubblica.

Eroina e consumo di stupefacenti per via parenterale

Il consumo problematico di stupefacenti è definito come «il consumo di stupefacenti per via parenterale o l'uso prolungato/regolare di oppiacei, cocaina e/o anfetamine». Per quanto le cifre complessive siano ridotte, ai consumatori problematici di stupefacenti fa capo una quantità innumerevole di problematiche sanitarie e sociali conseguenti proprio al consumo di stupefacenti. In gran parte dei paesi dell'Unione europea, fatta eccezione per la Svezia e la Finlandia, dove prevale il consumo di anfetamine, il consumo problematico di stupefacenti resta caratterizzato dal consumo di eroina, spesso associato ad altre sostanze stupefacenti. In quest'area le stime sono difficili e la precisione ed affidabilità delle stime varia notevolmente: occorre pertanto cautela, sia nell'interpretare le linee di tendenza, sia nel fare confronti tra i vari paesi.

Le stime a livello nazionale del consumo problematico di stupefacenti variano da 2 a 10 casi ogni 1 000 abitanti adulti (vale a dire, tra lo 0,2 % e l'1 %). Tra i paesi dell'UE non si osserva nessun andamento comune rispetto al numero dei consumatori problematici di stupefacenti, anche se dagli studi emerge che, a partire dalla metà degli anni Novanta, almeno la metà dei paesi dell'Unione europea ha registrato un certo incremento.

Nell'Unione europea, è probabile che circa la metà dei «consumatori problematici di stupefacenti» faccia uso di stupefacenti per via parenterale, vale a dire circa 500 000-750 000 individui su un totale stimato di 1-1,5 milioni di consumatori problematici di stupefacenti. La percentuale dei consumatori di stupefacenti per via parenterale varia considerevolmente da un paese all'altro e si è modificata nel tempo, con una diminuzione in quasi tutti i paesi nel corso degli anni Novanta. Sembra però che recentemente ci sia stato un qualche aumento. Le stime a livello nazionale del consumo di stupefacenti per via parenterale variano da 2 a 5 casi ogni 1 000 abitanti adulti, il che corrisponde allo 0,2 %-0,5 %.

Nonostante l'enorme calo della produzione di oppio che si è verificato in Afghanistan nel 2001, non sembrano esserci prove di un suo diretto impatto sulla disponibilità di eroina sul mercato europeo delle sostanze illecite. Ciò può essere probabilmente spiegato dall'esistenza di riserve immagazzinate.

Virus dell'immunodeficienza umana (HIV), dell'epatite C (HCV) e dell'epatite B (HBV)

Nell'Unione europea un fenomeno che desta particolare preoccupazione è la diffusione, correlata all'uso di stupefacenti dei virus dell'HIV, dell'epatite C (HCV) e dell'epatite B (HBV), di solito per comportamenti associati all'uso di stupefacenti per via parenterale. Dai dati disponibili emerge che la prevalenza dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale varia notevolmente da un paese europeo all'altro, oltre che all'interno del medesimo paese: dall'1 % circa nel Regno Unito ad oltre il 30 % in Spagna. A partire dalla metà degli anni Novanta, in alcuni paesi e regioni, la prevalenza dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale è rimasta molto elevata (oltre il 25 %). Anche se questi dati possono riflettere fenomeni epidemici già in fase endemica, per evitare il diffondersi delle infezioni resta importante dedicare sforzi speciali di prevenzione a queste aree.

Non bisogna basarsi unicamente sui dati nazionali, dai quali emerge in genere una situazione relativamente stabile in tutta l'UE, in quanto l'andamento può variare notevolmente da una regione all'altra e da una città all'altra. Recentemente sono stati segnalati aumenti della prevalenza dell'HIV tra alcuni sottogruppi di consumatori di stupefacenti per via parenterale abitanti in determinate regioni o città di Spagna, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Finlandia e Regno Unito. Il quadro resta diversificato, in quanto in alcuni di questi paesi, in altri sottogruppi, sono stati registrati anche dei decrementi; in altri

paesi, invece, la prevalenza è rimasta stabile, oppure è diminuita.

I dati riguardanti l'infezione da HIV tra i giovani ed i neo-consumatori per via parenterale sono forse indicatori migliori delle infezioni intervenute di recente e indicano che, in alcune regioni, continuano a verificarsi nuove infezioni. Da quando sono stati introdotti trattamenti terapeutici più efficaci, l'incidenza dell'AIDS è scesa in tutta l'Unione europea.

L'infezione da epatite C può causare gravi problemi cronici alla salute; è probabile che il trattamento delle condizioni conseguenti all'infezione da epatite C diventi una delle principali voci di costo dei sistemi sanitari europei. Tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, la prevalenza dell'epatite C è estremamente elevata in tutti i paesi, con tassi di infezione che variano dal 40 % al 90 %. Tra i dati notificati di cui si conosce la categoria di rischio, il 90 % dei casi di epatite C ed il 40 %-80 % dei casi di epatite B sono correlati al consumo di stupefacenti per via parenterale. L'andamento nel tempo mostra un quadro diversificato, con aumenti e decrementi che vengono osservati nelle varie regioni. La prevalenza dell'infezione da HCV tra i giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale ed i neo-consumatori di stupefacenti per via parenterale è in genere alta (40 %, se non di più), a conferma dell'elevata incidenza di nuove infezioni, con tossicodipendenti che continuano a contrarre la malattia poco dopo aver cominciato ad iniettarsi. Nell'Unione europea, il 20 %-60 % circa dei consumatori di stupefacenti per via parenterale ha anticorpi contro l'epatite B, rivelando così l'esistenza di un notevole potenziale per programmi specifici di vaccinazione tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale.

Overdose

Ogni anno, si registrano nell'UE 7 000 - 9 000 decessi improvvisi correlati agli stupefacenti. L'andamento complessivo nell'UE ha registrato una continua crescita in questi ultimi anni, anche se in misura meno netta rispetto agli anni Ottanta ed ai primi anni Novanta, con un quadro più complesso e diversificato a livello nazionale. Le vittime sono in gran parte giovani ventenni o trentenni: rappresentano perciò un costo considerevole per la società ed una notevole perdita di vite umane.

Nella maggior parte dei casi (normalmente oltre l'80 %), dalle analisi tossicologiche emergono gli oppioidi, spesso in combinazione con altre sostanze (come alcool, benzodiazepine o cocaina). In un numero più ridotto di casi si ritrovano solo cocaina o ecstasy. Alcuni dei fattori che sembrano associati all'aumentato rischio di decessi correlati agli oppioidi sono: il consumo di stupefacenti per via parenterale, l'uso contemporaneo di più sostanze stupefacenti (poliassunzione) e, in particolare, l'uso concomitante di alcool o antidepressivi, minor tolleranza e mancanza di contatto con i servizi terapeutici. Si sa che, intervenendo tempestivamente ed adeguatamente, si possono prevenire molte overdose fatali: ciò va a suffragare la necessità di avviare in questo settore iniziative che incoraggino chi è testimone di un'overdose da uso di stupefacenti ad agire in modo adeguato.

Evoluzione nel campo delle risposte al consumo di stupefacenti

La politica europea

Dalla valutazione di medio periodo del piano d'azione dell'Unione europea in materia di droga per il 2000-2004, effettuata dalla Commissione europea, emerge che gli Stati membri riconoscono che la politica di riduzione della domanda di stupefacenti riveste un carattere prioritario e seguono le linee esposte nel piano d'azione. Emerge però anche l'esigenza che l'Unione europea faccia uno sforzo ancora maggiore per sviluppare programmi di prevenzione innovativi. Pur riconoscendo i progressi compiuti, la suddetta valutazione sottolinea che c'è ancora molto da fare e che bisogna, ad esempio, elaborare sistemi di valutazione delle attività nazionali ed europee.

Le due presidenze del Consiglio del 2002, quella spagnola e quella danese, hanno presentato alcune risoluzioni volte ad accentuare l'impegno degli Stati membri ad investire di più in programmi di prevenzione in materia di droga da inserire nei piani di studio scolastici, ad intensificare gli sforzi diretti alla prevenzione dell'uso di stupefacenti a fini ricreativi, nonché a migliorare il trattamento terapeutico di chi fa uso di droghe in carcere. Nel maggio 2002, la Commissione ha presentato una proposta, preparata insieme all'OEDT, di raccomandazione del Consiglio sulla prevenzione e la riduzione dei rischi causati dalla tossicodipendenza, la quale si richiama all'obiettivo della strategia dell'Unione europea in materia di droga di ridurre in maniera sostanziale l'incidenza dei danni causati alla salute dall'uso di stupefacenti, facendo ricorso a misure di riduzione del rischio che abbiano dimostrato la loro efficacia.

Le politiche degli Stati membri

Nel 2002 è continuata la tendenza, osservata negli ultimi anni, ad organizzare la politica nazionale sulla droga mediante piani d'azione nazionali e sistemi coordinati. Anche la Svezia, la Norvegia ed alcune province dell'Austria, come già altri partner dell'UE, hanno adottato piani d'azione, programmi o strategie coerenti in materia di droga. Intanto, la popolazione sta diventando sempre più consapevole dei pericoli connessi con l'abuso di droga e delle sue conseguenze e si sta interessando alla politica nazionale. Dalle indagini risulta che la maggior parte della popolazione è sempre contraria alla legalizzazione della cannabis, probabilmente perché ritiene che sia una «gateway drug» (droga di passaggio ad altre droghe). Si è però rivelata una certa tendenza ad appoggiare l'idea di modificare le pene per l'uso di cannabis in determinate circostanze.

Il panorama dell'evoluzione del consumo di stupefacenti e delle risposte al fenomeno da parte dei sistemi educativo, sanitario, sociale e giudiziario mostra come spesso i problemi ed i gruppi problematici non siano ben definiti. Le politiche nazionali e locali dimostrano un'accresciuta consapevolezza del carattere insidioso del fenomeno, rendendo più permeabili e flessibili i confini tra i vari sistemi, aumentando la cooperazione e la diversificazione.

Le politiche sanitarie, educative e sociali stanno diventando sempre più importanti per ridurre i problemi correlati agli stupefacenti nel senso più ampio. Si riconosce sempre più spesso che, da solo, il sistema giudiziario non è sempre in grado di gestire il problema del consumo di stupefacenti. In alcuni paesi, come in Irlanda e Regno Unito, è più accentuato il legame tra le politiche relative all'emarginazione sociale e le tematiche relative alle droghe. In alcuni paesi dell'UE sono state introdotte modifiche legislative per facilitare il trattamento e la riabilitazione dei tossicodipendenti ed altre modifiche di carattere giuridico hanno aperto la possibilità di intervenire precocemente a lato dei giovani che sperimentano sostanze stupefacenti. Danimarca, Germania, Regno Unito e Norvegia hanno aumentato gli interventi di carattere sanitario, nel tentativo di ridurre il numero di decessi correlati all'uso di stupefacenti. In linea con l'impegno previsto dal piano d'azione dell'UE di fornire una vasta serie di opzioni terapeutiche facilmente accessibili, alcuni paesi, come la Finlandia e la Grecia, hanno modificato i loro programmi di finanziamento e la normativa riguardante il trattamento farmacologico sostitutivo.

In questo contesto di aumentata sicurezza, alcuni paesi segnalano modifiche di carattere giuridico per migliorare il controllo del traffico e dei consumatori, tra cui il monitoraggio mediante telecomunicazioni, la perquisizione corporea e i test della droga. Altre modifiche di carattere giuridico riguardano la riduzione al minimo dell'impatto sociale dell'uso di droga instaurando un controllo più severo dell'ordine pubblico e del danno pubblico.

Interventi

La prevenzione nelle scuole resta al centro delle attività rivolte a tutti i giovani, di solito dall'età pre-adolescenziale in poi. Per quanto si conoscano già gli approcci veramente efficaci, come l'insegnamento interattivo incentrato sulle caratteristiche personali e sociali, soltanto pochi paesi, come la Spagna, la Grecia e l'Irlanda, inseriscono sistematicamente questi programmi nei piani di studio scolastici. Tra gli altri paesi, la Svezia e la Francia ammettono che la prassi di prevenzione nelle scuole non è aggiornata, ma spesso è troppo generica e poco professionale.

Tuttavia, la crescente preoccupazione che i giovani più vulnerabili non siano raggiungibili attraverso la scuola ha portato allo sviluppo di specifiche attività di prevenzione rivolte a gruppi che fanno uso di droga in ambienti ricreativi, come discoteche, club ed eventi musicali. Gli approcci più promettenti sembrano essere i consigli dei coetanei e la consulenza sul posto. Le iniziative di prevenzione e gli interventi precoci rivolti ai giovani socialmente emarginati ed ai giovani coinvolti in reati sembrano essere estremamente efficaci quando si segue una metodologia personalizzata. Progetti realizzati in Germania, Austria, Portogallo e Regno Unito sembrano aver prodotto buoni risultati. Per quanto le famiglie vulnerabili, in particolare quelle in cui i genitori fanno uso di stupefacenti, siano considerate ad alto rischio, i servizi di sostegno per queste famiglie sono rari.

I programmi di scambio delle siringhe sono oggi un metodo consolidato per prevenire la diffusione di malattie infettive attraverso il consumo di stupefacenti per via parenterale: però la disponibilità e la copertura territoriale di questi programmi è variabile e l'accesso ad attrezzature sterili spesso è ancora un problema. Soltanto in Spagna vengono realizzati sistematicamente servizi di scambio delle siringhe in carcere. Le iniziative specifiche per prevenire la trasmissione dell'epatite C oppure la vaccinazione contro l'epatite B sono considerate sempre più come misure complementari importanti per la prevenzione dell'HIV. La formazione per gli interventi di primo soccorso e l'istruzione sui rischi sono diventate azioni specifiche sempre più importanti per prevenire i casi di overdose fatale. Un altro importante sviluppo è dato dal fatto che l'assistenza medica è sempre più disponibile ad un livello cosiddetto di «bassa soglia»: è cioè integrata nei servizi locali antidroga.

Il trattamento terapeutico antidroga coincide ancora praticamente con il trattamento per uso di oppiacei, oppure per poliassunzione, oppiacei inclusi, fatta eccezione per la Svezia e la Finlandia, dove continua ad essere rilevante l'uso di anfetamine per via parenterale. Evoluzioni più recenti del consumo problematico di stupefacenti, in parte al di là dell'uso di oppiacei o di stupefacenti per via parenterale, hanno fatto emergere nuove forme di intervento precoce, come si è detto in precedenza, piuttosto che portare alla riforma delle esistenti strutture terapeutiche antidroga. Prevale il trattamento farmacologico sostitutivo, che si è ulteriormente esteso e diversificato in questi ultimi anni. In tutta l'Unione europea, in questi ultimi cinque anni l'espansione è stimata al 34 %: gli incrementi maggiori sono stati segnalati dai paesi che partivano da livelli abbastanza bassi, come Grecia, Irlanda, Portogallo, Finlandia e Norvegia. L'assistenza ai tossicodipendenti da lungo tempo, ai tossicodipendenti anziani e particolarmente svantaggiati, spesso affetti da co-morbilità psichiatrica, rappresenta una seria sfida per le politiche in materia di droga, cui finora non è stata data una risposta adeguata. Il prossimo anno l'OEDT approfondirà questo argomento.

Sul piano penale, le innovazioni hanno riguardato l'introduzione di alternative al carcere, dirottando i tossicodipendenti al trattamento terapeutico quasi-obbligatorio o a servizi di comunità, partendo dal presupposto che la risposta migliore alle loro esigenze è legata ad interventi di questo tipo. Nello specifico, le alternative al carcere impediscono ai giovani tossicodipendenti di venire a contatto con la subcultura criminale dell'ambiente carcerario. L'esigenza di trovare alternative al carcere deriva anche dal fenomeno del sovraffollamento delle istituzioni carcerarie. Il consumo di stupefacenti in carcere ed i tossicodipendenti in detenzione rappresentano un problema di crescente importanza, che richiede risposte flessibili. Le autorità che si occupano di sanità e di assistenza sociale sono sempre più impegnate ed attive nel fornire servizi ai tossicodipendenti in carcere, anche se c'è ancora spazio per miglioramenti. Spesso i trattamenti che sono normali nella comunità non sono disponibili o accessibili in carcere. Nella maggior parte dei paesi, le misure di riduzione dei danni in carcere sono relativamente limitate.

Assicurazione della qualità

Alcuni studi recenti vertono su interventi innovativi e controversi, come le sale di iniezione, la prescrizione di eroina o i test delle pastiglie. Sebbene tali tipi di intervento rimangano controversi, i responsabili decisionali hanno bisogno di informazioni sugli effetti di tali strategie per poter dare vita ad una discussione maggiormente consapevole.

A livello europeo, le ricerche sugli interventi psicosociali nell'area della prevenzione e del trattamento terapeutico sono scarse. Nell'area della prevenzione, si utilizzano ampiamente le prove desunte da ricerche nordamericane, dove tuttavia sia gli obiettivi sia l'ambiente stesso in cui si realizza la prevenzione sono diversi rispetto alla situazione europea. Ciononostante, è stato possibile replicare alcuni approcci di successo: di queste prove si tiene sempre più conto sul piano delle scelte politiche. Esiste un corpus consistente di conoscenze basate su ricerche e suffragate da prove in merito al trattamento con assistenza medica, in parte finanziato dall'industria farmaceutica: studi nazionali di

valutazione a largo raggio forniscono però scarsi orientamenti per la prassi migliore da seguire in altre modalità terapeutiche.

Il trasferimento dalla dimostrazione scientifica alla politica ed alla prassi dovrebbe essere migliorato. Occorre assolutamente che tra i ricercatori ed i responsabili decisionali si instaurino rapporti di più stretta cooperazione e maggiore comprensione reciproca. Soltanto pochi paesi procedono all'esame della loro prassi di prevenzione nelle scuole alla luce delle dimostrazioni scientifiche. Per quanto si riconosca sempre di più il ruolo della dimostrazione scientifica nel campo della prevenzione delle malattie infettive, sembra che in molti casi, nelle aree del trattamento terapeutico antidroga e dei servizi per tossicodipendenti in carcere, non si tenga abbastanza conto della qualità dell'assistenza. Nell'area delle alternative al carcere, la dimostrazione scientifica è largamente carente. Tuttavia, con l'introduzione di linee guida, norme di qualità e sistemi di accreditamento, il principio di un'assicurazione della qualità più formalizzata sta guadagnando terreno negli Stati membri.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Capitolo 1

Situazione della droga

Questo capitolo fornisce una panoramica della situazione del consumo e dell'offerta di stupefacenti nell'UE ed in Norvegia e ne illustra i recenti sviluppi nonché le tendenze emergenti.

Consumo di stupefacenti tra la popolazione generale ⁽¹⁾ ⁽²⁾

Per formulare e valutare le linee politiche e le iniziative di prevenzione in materia di stupefacenti, è importante disporre di informazioni affidabili sull'estensione e sui modelli del consumo di stupefacenti, ma anche sull'età in cui se ne fa uso per la prima volta, tra la popolazione generale e tra i giovani, senza trascurare le caratteristiche dei consumatori di stupefacenti e la loro percezione del rischio. Il consumo di stupefacenti tra la popolazione generale viene misurato con indagini, dalle quali emerge una stima della percentuale della popolazione che ha fatto uso di stupefacenti in un determinato arco di tempo. Le misurazioni più frequenti sono:

- un uso qualsiasi nell'arco della vita di una persona (prevalenza una tantum), spesso denominato «esperienza una tantum» di sostanze stupefacenti;
- un uso qualsiasi nel corso dell'anno precedente (prevalenza negli ultimi 12 mesi), spesso denominato «uso recente» di sostanze stupefacenti;
- un uso qualsiasi nel corso del mese precedente (prevalenza negli ultimi 30 giorni), spesso denominato «uso corrente» di sostanze stupefacenti.

I dati riguardanti «l'esperienza una tantum» sono sempre più elevati rispetto agli altri due gruppi, in quanto questo gruppo comprende chiunque abbia provato sostanze stupefacenti, a prescindere dal momento in cui ne ha fatto uso. I dati relativi «all'uso recente» sono in genere inferiori, ma riflettono meglio la situazione. «L'uso corrente» può essere un indicatore del numero delle persone che utilizzano sostanze stupefacenti con regolarità, ma i dati sono in genere abbastanza bassi. Mettendo insieme l'esperienza una tantum e l'uso recente o corrente si possono ricavare informazioni sui modelli di consumo degli stupefacenti (i tassi di uso continuato, ad esempio).

Molte indagini prevedono anche domande riguardanti l'età in cui si è fatto uso per la prima volta di sostanze stupefacenti e la frequenza dell'uso, informazioni che consentono una stima dell'incidenza e rivelano le differenze esistenti nei modelli di consumo degli stupefacenti, quali dosi più elevate o uso più frequente (il che implica un rischio maggiore). Inoltre, possono essere individuate le eventuali correlazioni tra il consumo di

stupefacenti e i fattori sociodemografici, le opinioni e le percezioni del rischio, gli stili di vita, i problemi sanitari ecc.

Quando si considerano le differenze nei dati nazionali complessivi, bisogna tenere conto di vari fattori. L'entità della popolazione urbana e di quella rurale in ogni paese può spiegare in parte le differenze. Altre variazioni possono dipendere da fattori di carattere generazionale (l'anno di nascita, vale a dire la coorte di nascita in cui si è diffuso il consumo di stupefacenti) e dal fenomeno di progressiva convergenza degli stili di vita degli uomini e delle donne. Anche il contesto sociale e culturale può influenzare l'autosegnalazione del consumo di stupefacenti. Infine, questioni di tipo metodologico, quali errori di campionatura e mancata risposta, possono influire sui risultati. L'analisi comparata tra i paesi va fatta con cautela, in particolare quando le differenze sono modeste; la formulazione e la valutazione delle politiche in materia di droga dovrebbero prendere in considerazione, tra l'altro, le specifiche fasce d'età, le coorti di nascita (gli individui nati in un determinato anno), il genere (maschile/femminile) ed il luogo di residenza della popolazione oggetto di indagine (ad esempio, prevalentemente urbana o rurale).

Prevalenza e modelli di consumo degli stupefacenti tra la popolazione generale

Nonostante i limiti metodologici del confronto tra i risultati di sondaggi condotti in vari paesi, si possono identificare a livello di Unione europea alcuni modelli comuni di consumo degli stupefacenti. Questi modelli di fondo sono rimasti relativamente immutati rispetto alla precedente relazione annuale.

La cannabis continua ad essere la sostanza illecita di uso più frequente in tutti i paesi dell'UE. L'esperienza una tantum è molto più elevata rispetto all'uso recente o corrente: ciò fa supporre che l'uso della cannabis tende ad essere occasionale, oppure che viene interrotto dopo qualche tempo ⁽³⁾. L'uso corrente è infrequente nelle persone che hanno più di 40 anni d'età. Tuttavia, alcuni paesi segnalano una piccola percentuale di adulti (0,5-1 %) che fa un uso pressoché quotidiano di questa sostanza: una particolare attenzione dovrebbe essere dedicata a questo gruppo.

Le sostanze illecite diverse dalla cannabis sono consumate da percentuali molto inferiori di popolazione, per quanto vi siano considerevoli differenze da un paese all'altro ⁽⁴⁾. Anche in questo

⁽¹⁾ Per ulteriori spiegazioni cfr. riquadro 1 OL: Metodi usati per stimare il consumo di stupefacenti nella popolazione generale (versione on line).

⁽²⁾ Cfr. le linee guida dell'OEDT per l'indicatore chiave «prevalenza e modelli di consumo degli stupefacenti tra la popolazione generale: indagini tra la popolazione» (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/population_survey_handbook.pdf).

⁽³⁾ Grafico 1 OL: Modelli di consumo della cannabis tra la popolazione generale: esperienza una tantum rispetto all'uso corrente (ultimi 30 giorni), indagine nazionale sulla prevalenza (del consumo di stupefacenti) 2001 (Paesi Bassi) (versione on line).

⁽⁴⁾ Grafico 2 OL: Uso recente (ultimi 12 mesi) di cannabis, anfetamine, ecstasy e cocaina tra i giovani adulti (15-34 anni) nei paesi europei, misurato con indagini sulla popolazione nazionale (versione on line).

caso, il consumo regolare o pesante è raro; per la maggior parte delle persone si tratta di consumo di breve durata (il dato relativo all'esperienza una tantum è nettamente superiore al dato relativo all'uso recente) ⁽⁵⁾.

L'uso di sostanze illecite si concentra tra i giovani adulti (15-34 anni), fra i quali gli indici di prevalenza sono all'incirca doppi rispetto all'insieme degli adulti. Tra le persone che hanno fatto uso di sostanze stupefacenti, in tutti i paesi ed in tutte le fasce d'età, il numero dei maschi è superiore a quello delle donne. L'uso di sostanze stupefacenti è prevalente nelle aree urbane, per quanto si stia diffondendo alle città più piccole ed alle aree rurali.

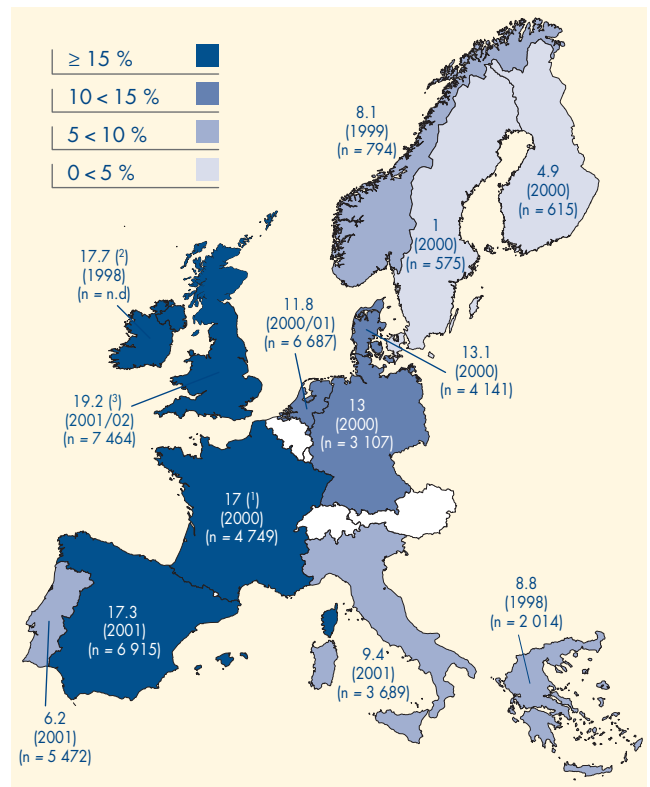
L'esperienza una tantum della cannabis varia dal 7-10 % (Portogallo e Finlandia) al 30 % circa (Danimarca e Regno Unito) rispetto all'intera popolazione adulta, con la maggior parte degli altri paesi che registrano dati attorno al 20-25 %. Per quanto riguarda l'uso di sostanze stupefacenti diverse dalla cannabis, si segnalano lo 0,5-6 % per le anfetamine (eccetto il Regno Unito, dove il dato è dell'11 %) e lo 0,5-5 % per la cocaina e l'ecstasy ⁽⁶⁾. L'eroina è stata provata in genere da meno dell'1 % della popolazione, anche se tra i giovani maschi di alcuni paesi si arriva al 2-3 %.

L'uso recente di cannabis varia dall'1 % al 10 % di tutti gli adulti, anche se nella maggior parte dei paesi (10) la prevalenza varia dal 5 % al 10 %. In genere, l'uso recente di anfetamine, cocaina o ecstasy risulta inferiore all'1 % degli adulti. In Spagna, Irlanda e Regno Unito il consumo di tutte e tre le sostanze risulta essere un po' superiore, mentre in Danimarca e Norvegia è superiore il consumo di anfetamine; nei Paesi Bassi, si fa maggior uso di ecstasy ⁽⁷⁾.

Il consumo di stupefacenti (esperienza una tantum e uso recente) è superiore tra i giovani adulti che non tra la popolazione nel suo complesso. L'uso recente di cannabis è segnalato da 5 %-20 % dei giovani adulti (in Svezia dall'1 % al 2 %), con un buon numero di paesi (7) che segnalano indici compresi tra 10 % e 20 % (cfr. grafico 1). L'uso recente di anfetamine è segnalato da 0,6 %, l'uso di cocaina da 0,5 %-4,5 % e l'uso di ecstasy da 0,5 %-5 % (cfr. grafico 2).

A titolo di confronto, da un'indagine condotta a livello nazionale nel 2001 sull'abuso di stupefacenti tra le famiglie americane, il 36,9 % degli adulti (intendendo per tali le persone con più di 12 anni) aveva segnalato un'esperienza una tantum di cannabis, il 12,3 % un'esperienza una tantum di cocaina ed il 3,6 % un'esperienza una tantum di ecstasy. Il 9,3 % aveva fatto uso recente di cannabis (negli ultimi 12 mesi), l'1,9 % aveva fatto uso di cocaina e l'1,4 % di ecstasy ⁽⁸⁾. Sia l'esperienza una tantum,

Grafico 1: Consumo recente (ultimi 12 mesi) di cannabis tra i giovani adulti (15-34 anni) nei paesi europei, misurato con indagini sulla popolazione nazionale



Note: I dati provengono dalle indagini nazionali più recenti disponibili nei vari paesi. La dimensione del campione (n) si riferisce al numero delle risposte per la fascia di età 15-34 anni. Per i dettagli riguardanti il numero di risposte per l'intera indagine cfr. tabella statistica 2: Prevalenza negli ultimi 12 mesi del consumo di stupefacenti in indagini recenti a livello nazionale tra la popolazione generale, nei paesi dell'UE ed in Norvegia (versione on line). Per i giovani adulti, l'OEDT utilizza la fascia d'età da 15 a 34 anni. La Danimarca ed il Regno Unito partono da 16 anni, la Germania e l'Irlanda da 18. Tali variazioni nella fascia d'età possono influenzare leggermente alcune differenze nazionali. In alcuni paesi i dati sono stati ricalcolati a livello nazionale per adattarli nella misura del possibile alla fascia d'età standard adottata dall'OEDT.

⁽¹⁾ La Francia ha realizzato nel 2002 una nuova indagine, ma con un campione sensibilmente più ridotto (2 009 risposte). Cfr. tabella statistica 1: Prevalenza una tantum del consumo di stupefacenti in indagini recenti a livello nazionale tra la popolazione generale, nei paesi dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

⁽²⁾ In Irlanda, il campione è di 6 539 intervistati per l'intera indagine (18-64 anni).

⁽³⁾ Inghilterra e Galles.
Fonti: Relazioni nazionali Reitox 2002, desunte da relazioni d'indagine o articoli scientifici. Cfr. anche tabella statistica 1: Prevalenza una tantum del consumo di stupefacenti in indagini recenti a livello nazionale tra la popolazione generale, nei paesi dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

⁽⁵⁾ Questo dato viene espresso in termini di «indice di uso continuato», vale a dire di percentuale delle persone che, avendo fatto uso di una sostanza stupefacente nell'arco della vita, ne ha fatto uso anche negli ultimi 12 mesi o negli ultimi 30 giorni.

⁽⁶⁾ Cfr. tabella statistica 1: Prevalenza una tantum del consumo di stupefacenti in indagini recenti a livello nazionale tra la popolazione generale, nei paesi dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

⁽⁷⁾ Cfr. tabella statistica 2: Prevalenza negli ultimi 12 mesi del consumo di stupefacenti in indagini recenti a livello nazionale tra la popolazione generale, nei paesi dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

⁽⁸⁾ Fonte: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Household Survey on Drug Abuse, 2001 (<http://www.samhsa.gov/oas/nhsda.htm>). Si ricorda che la fascia d'età utilizzata per questa indagine negli USA (a partire dai 12 anni) è più ampia della fascia d'età segnalata dall'OEDT per indagini di questo tipo in Europa (15-64 anni). Ciò significa che i dati riportati dall'indagine americana tendono ad essere in qualche modo inferiori rispetto a quelli che si avrebbero utilizzando la fascia d'età dell'UE, in considerazione del basso livello d'uso degli stupefacenti tra i giovani di 12-15 anni e, soprattutto, tra chi ha più di 65 anni.

sia l'uso recente di cannabis, sono superiori negli Stati Uniti rispetto ai paesi europei. Anche l'esperienza una tantum di cocaina è superiore negli Stati Uniti rispetto a qualsiasi paese europeo; l'uso recente inoltre, è superiore a quello registrato nella maggior parte dei paesi europei, fatta eccezione per la Spagna (2,6 %) e per il Regno Unito (2,0 %). L'uso di ecstasy è superiore a quello di tutti i paesi europei, fatta eccezione per Spagna, Irlanda, Paesi Bassi e Regno Unito.

Tendenze nel consumo di stupefacenti tra la popolazione generale

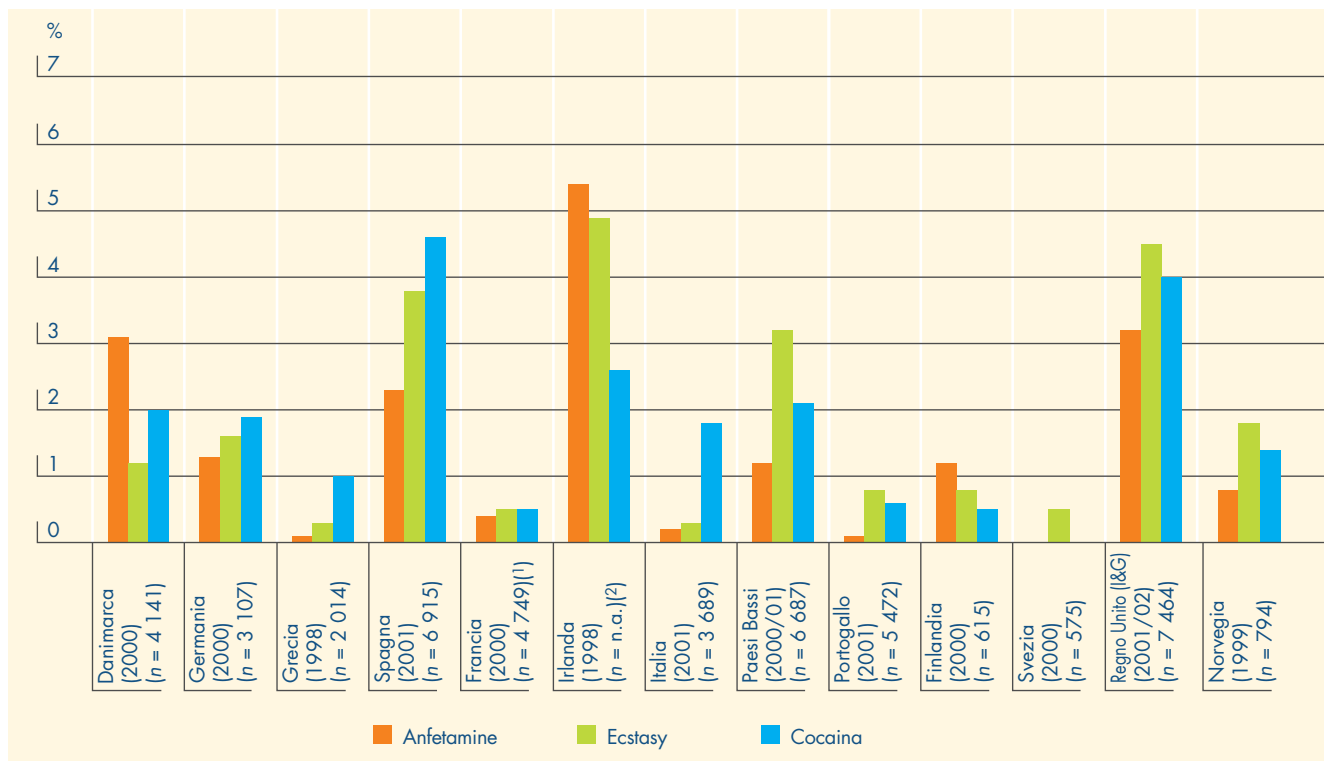
È difficile individuare linee di tendenza chiare che siano valide per l'Unione europea nel suo insieme. Soltanto in pochissimi paesi sono state realizzate serie coerenti di indagini e, anche in questi casi, generalmente solo per alcuni anni. Il contesto socioculturale varia inoltre considerevolmente tra i paesi dell'UE. L'esperienza una tantum è di valore limitato per analizzare le tendenze, in quanto si tratta di una misura

cumulativa che può aumentare a causa dell'effetto generazionale, anche se l'uso corrente di stupefacenti è stabile o in calo. D'altro canto, tra i giovanissimi di 13-15 anni, l'esperienza una tantum tende a coincidere con l'uso recente.

I diversi tipi di sondaggio (a livello nazionale o locale, tra i soldati di leva o la popolazione scolastica) mostrano che l'uso di cannabis, particolarmente tra i giovani, è aumentato notevolmente nel corso degli anni Novanta in quasi tutti i paesi dell'UE. Nel medesimo tempo, si possono percepire alcune convergenze nell'uso di cannabis tra i vari paesi, con un significativo numero di paesi che segnala percentuali di esperienza una tantum del 20-25 % circa e di uso recente del 5-10 %.

Per quanto molti paesi segnalino una continua tendenza all'aumento dell'uso di cannabis, vale la pena rilevare che alcuni paesi (Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Finlandia, Svezia e Norvegia) segnalano che, in base a studi, il consumo sembra stabilizzarsi tra la popolazione scolastica, i soldati di leva ed i teen-ager.

Grafico 2: Consumo recente (ultimi 12 mesi) di anfetamine, ecstasy e cocaina tra i giovani adulti (15-34 anni) nei paesi europei, misurato con indagini sulla popolazione nazionale



Note: Inghilterra e Galles.

I dati provengono dall'indagine nazionale più recente disponibile nei vari paesi. La dimensione del campione (n) si riferisce al numero delle risposte per la fascia di età 15-34 anni. Per i dettagli riguardanti il numero di risposte per l'intera indagine cfr. tabella statistica 2: Prevalenza negli ultimi 12 mesi del consumo di stupefacenti in indagini recenti a livello nazionale tra la popolazione generale, nei paesi dell'UE ed in Norvegia (versione on line). Per i giovani adulti, l'OEDT utilizza la fascia d'età da 15 a 34 anni. La Danimarca ed il Regno Unito partono da 16 anni, la Germania e l'Irlanda da 18. Tali variazioni nella fascia d'età possono influenzare leggermente alcune differenze nazionali. In alcuni paesi i dati sono stati ricalcolati a livello nazionale per adattarli nella misura del possibile alla fascia d'età standard adottata dall'OEDT.

⁽¹⁾ La Francia ha realizzato nel 2002 una nuova indagine, ma con un campione sensibilmente più ridotto (2 009 risposte). Cfr. anche tabella statistica 2: Prevalenza negli ultimi 12 mesi del consumo di stupefacenti in indagini recenti a livello nazionale tra la popolazione generale, nei paesi dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

⁽²⁾ In Irlanda, il campione è di 6 539 intervistati per l'intera indagine (18-64 anni).

Fonti: Relazioni nazionali Reitox 2002, desunte da relazioni d'indagine o articoli scientifici. Cfr. anche tabella statistica 2: Prevalenza negli ultimi 12 mesi del consumo di stupefacenti in indagini recenti a livello nazionale tra la popolazione generale, nei paesi dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

L'andamento a livello europeo di altre sostanze (per esempio, cocaina, ecstasy ed anfetamine) è più difficile da delineare, in parte perché, in molti casi, i campioni su cui è stata condotta l'indagine sono piccoli ed in parte perché, complessivamente, la prevalenza del consumo di queste sostanze è assai inferiore. L'uso di queste sostanze tende inoltre a concentrarsi in determinati gruppi ed occorrerebbe un'analisi più raffinata (per esempio, uso di stupefacenti tra i giovani maschi residenti in aree urbane) per determinare tali tendenze e valutare l'effettiva dimensione del fenomeno. Sul piano ideale, le indagini dovrebbero essere affiancate da studi antropologici mirati.

L'uso di ecstasy è nettamente aumentato nel corso degli anni Novanta (e sembra diffondersi ancora) tra alcuni gruppi di giovani, ma soltanto quattro paesi (Spagna, Irlanda, Paesi Bassi e Regno Unito) segnalano un uso recente (negli ultimi 12 mesi) superiore al 3 % tra i giovani adulti.

Gli indicatori del consumo di stupefacenti (domanda di trattamento, sequestri, risultanze tossicologiche post mortem) suggeriscono in maniera preoccupante che in alcuni paesi l'uso di cocaina è in aumento. Per quanto l'uso di cocaina tra la popolazione nel suo complesso resti a livelli relativamente bassi, un aumento dell'uso recente di cocaina (ultimi 12 mesi) tra i giovani sembra essere un dato costante (1994-2000) nel Regno Unito (*) e forse, sia pure in misura minore, in Danimarca, Germania, Spagna e Paesi Bassi. Altri paesi hanno segnalato (relazioni nazionali Reitox 2001 e 2002) aumenti, sulla base di informazioni qualitative o di carattere locale (Grecia, Irlanda, Italia ed Austria). Questo fenomeno andrebbe attentamente monitorato, in particolare tra i giovani che risiedono nelle aree urbane (cfr. grafico 3).

Cfr. <http://annualreport.emcdda.eu.int> per le tabelle statistiche relative a questa sezione:

Tabella statistica 1: Prevalenza un tantum del consumo di stupefacenti in indagini recenti a livello nazionale tra la popolazione generale, nei paesi dell'UE ed in Norvegia

Tabella statistica 2: Prevalenza negli ultimi 12 mesi del consumo di stupefacenti in indagini recenti a livello nazionale tra la popolazione generale, nei paesi dell'UE ed in Norvegia

Tabella statistica 3: Indagine nelle scuole: prevalenza un tantum tra gli studenti di 15-16 anni d'età

Consumo problematico di stupefacenti

Il consumo problematico di stupefacenti è definito come «l'uso di sostanze stupefacenti per via parenterale oppure l'uso prolungato/regolare di oppiacei, cocaina e/o anfetamine» ⁽¹⁰⁾.

Data l'affidabilità degli attuali metodi di stima, la qualità dei dati e la disponibilità dei dati, non è sempre possibile interpretare in maniera attendibile le linee di tendenza. Inoltre, non c'è nessun metodo di stima che possa essere utilizzato in tutti i paesi in

Grafico 3: Evoluzione del consumo recente (ultimi 12 mesi) di cannabis (A) e cocaina (B) tra i giovani adulti (15-34 anni) in alcuni paesi dell'UE

Grafico 3 (A): Evoluzione del consumo di cannabis

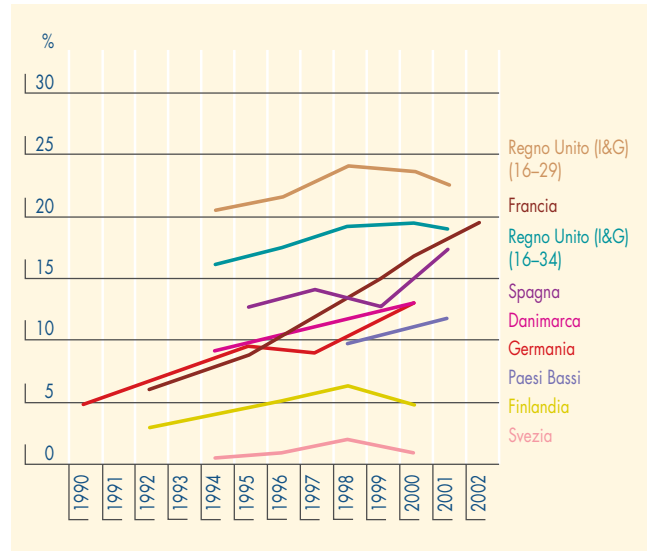
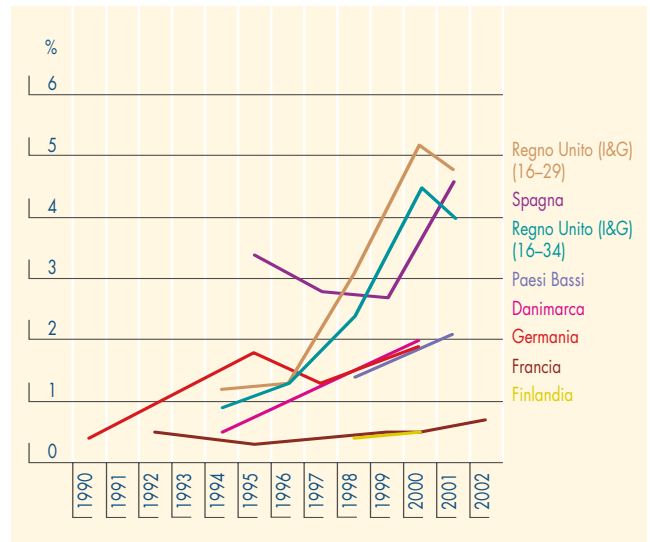


Grafico 3 (B): Evoluzione del consumo di cocaina



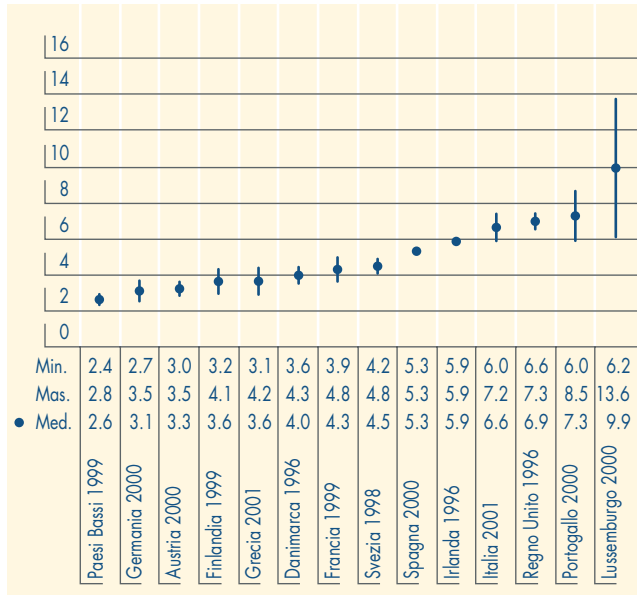
Note: I&G, Inghilterra e Galles. I dati provengono dall'indagine nazionale più recente disponibile nei vari paesi. I dati riguardanti ogni indagine e la relativa metodologia sono riportati nella tabella statistica 2 (versione on line). Per i giovani adulti, l'OEDT utilizza la fascia d'età da 15 a 34 anni. La Danimarca ed il Regno Unito partono da 16 anni, la Germania e l'Irlanda da 18. In Francia la fascia d'età è 25-34 (1992) o 18-39 (1995). La dimensione del campione (risposte) di ogni indagine è riportata nella tabella statistica 2 (versione on line). In Danimarca, il dato del 1994 si riferisce al consumo di «droghe pesanti».

Fonti: Relazioni nazionali Reitox 2002, desunte da relazioni d'indagine o articoli scientifici. Cfr. le fonti individuali nella tabella statistica 2 (versione on line).

(*) Anche se, secondo il ministero degli Interni, questo dato sembra stabilizzarsi (cfr. grafico 3). Studi svolti in Inghilterra e Galles tra i giovani d'età compresa tra 16 e 29 anni hanno registrato significative variazioni (del 5 % circa) tra il 1996 ed il 1998 e tra il 1998 ed il 2000. Però tra il 2000 ed il 2001/02 le differenze non sono significative.

(10) Per maggiori dettagli, cfr. riquadro 2 OL: Definizione e metodi utilizzati per stimare il consumo problematico di stupefacenti (versione on line).

Grafico 4: Stima del consumo problematico di stupefacenti in vari Stati membri dell'UE (prevalenza annuale più recente ogni 1 000 abitanti d'età compresa fra i 15 ed i 64 anni)



Note: I dati mostrano per ogni paese l'intervallo composto da diverse stime. I dati possono essere basati su metodi diversi e fonti diverse e vanno interpretati con cautela (per stime specifiche e maggiori dettagli cfr. tabelle statistiche on line). I punti indicano il centro dell'intervallo, mentre la linea rappresenta la fascia d'incertezza o intervallo di confidenza del 95 %. Quanto più lunga è questa linea, tanto più ampio è l'intervallo delle stime di prevalenza (non disponibile per Spagna e Irlanda). Tutte le stime sono compatibili con la definizione dell'OEDT di consumo problematico di stupefacenti. La stima della Svezia è stata adeguata alla luce di tale definizione.

Fonti: Punti focali nazionali attraverso il progetto dell'OEDT: «National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000», CT.00.RTX.23, Lisbona, OEDT, 2003. Coordinato dall'Institut für Therapieforschung, Monaco.

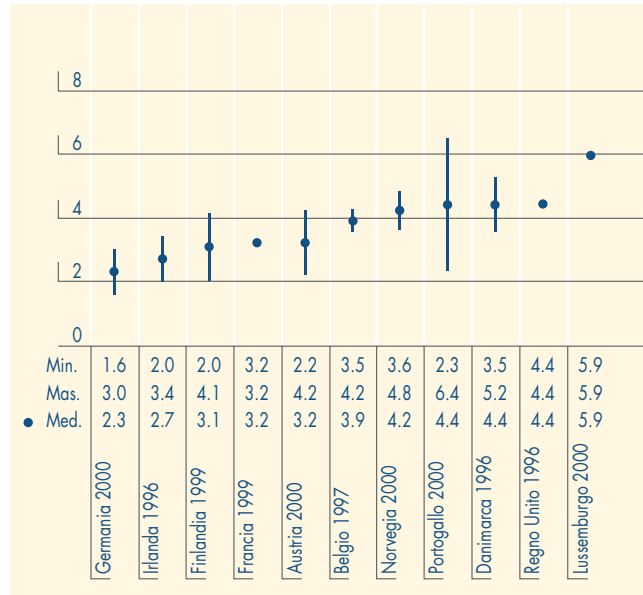
maniera comparabile; ne segue che i confronti tra un paese e l'altro devono essere fatti con cautela.

Svariati paesi segnalano variazioni delle stime, suggerendo un aumento del consumo problematico di stupefacenti a partire dalla metà degli anni Novanta. Su 16 paesi, otto riferiscono stime maggiori del consumo problematico di stupefacenti (Germania, Spagna, Italia, Lussemburgo, Finlandia, Svezia) o del consumo per via parenterale (Belgio e Norvegia) nel corso degli anni Novanta, anche se l'aumento registrato in Svezia a livello nazionale non sembra confermato da due studi locali ⁽¹¹⁾.

Il consumo problematico di stupefacenti viene stimato a 2-10 casi ogni 1 000 abitanti d'età compresa tra i 15 ed i 64 anni (punti intermedi delle stime). Il dato più elevato viene segnalato da Italia, Lussemburgo, Portogallo e Regno Unito (6-10 casi ogni 1 000 abitanti d'età compresa tra i 15 ed i 64 anni). Il dato più basso si ha in Germania, Paesi Bassi ed Austria, con circa tre consumatori problematici di stupefacenti ogni 1 000 abitanti d'età compresa tra i 15 ed i 64 anni. Non sono disponibili dati per Belgio e Norvegia (cfr. grafico 4).

In Finlandia e Svezia, la maggioranza dei consumatori problematici di stupefacenti è costituita da soggetti che fanno un uso primario di anfetamine (stima dal 70 % all'80 % in Finlandia nel 1999). Questo

Grafico 5: Stima del consumo di stupefacenti per via parenterale negli Stati membri dell'UE (prevalenza annuale più recente ogni 1 000 abitanti d'età compresa fra i 15 ed i 64 anni)



Note: I dati mostrano per ogni paese l'intervallo composto da diverse stime. I dati possono essere basati su metodi diversi e fonti diverse e vanno interpretati con cautela (per stime specifiche e maggiori dettagli cfr. tabelle statistiche on line). I punti indicano il centro dell'intervallo, mentre la linea rappresenta la fascia d'incertezza o intervallo di confidenza del 95 %. Quanto più lunga è questa linea, tanto più ampio è l'intervallo delle stime di prevalenza (non disponibile per Francia, Lussemburgo e Regno Unito).

Fonti: Punti focali nazionali attraverso il progetto dell'OEDT: «National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995-2000», CT.00.RTX.23, Lisbona, OEDT, 2003. Coordinato dall'Institut für Therapieforschung, Monaco.

dato è in controtendenza rispetto ad altri paesi, dove i consumatori problematici di stupefacenti sono in gran parte soggetti che fanno un uso primario di oppiacei (e spesso sono poliassuntori). In Spagna, la cocaina è diventata un fattore importante tra le problematiche segnalate (dati relativi ai trattamenti ed alle situazioni d'emergenza): questo è confermato da stime recenti della prevalenza. Alcuni paesi (Germania, Paesi Bassi) segnalano un'elevata prevalenza di cocaina crack tra i consumatori problematici di stupefacenti, anche se prevalentemente nelle grandi città e soprattutto tra i soggetti che fanno uso primario di oppiacei.

Per il consumo di stupefacenti per via parenterale, una sottocategoria del consumo problematico di stupefacenti, esistono stime separate. Queste stime si basano su metodi a coefficiente semplice, facendo uso dei dati relativi alla mortalità e degli indici delle infezioni da virus dell'immunodeficienza (HIV) o dell'epatite C (HCV). Dato che è difficile distinguere tra chi fa un uso corrente per via parenterale (un indice che probabilmente è rappresentato al meglio dalle stime basate sulla mortalità) e chi ha fatto un uso una tantum per via parenterale (dalle stime sul virus HIV/HCV), le stime sono difficilmente comparabili. Il consumo di stupefacenti per via parenterale viene stimato in genere a 2-5 casi ogni 1 000 abitanti d'età compresa tra i 15 ed

⁽¹¹⁾ Cfr. riquadro 3 OL: Tendenze e modelli del consumo problematico di stupefacenti, per paese (versione on line).

i 64 anni (per cinque Stati membri non si hanno dati). Per il Lussemburgo la stima è superiore, quasi 6 casi ogni 1 000 abitanti. Le stime del consumo di stupefacenti per via parenterale indicano qual è la popolazione a rischio, in termini di conseguenze gravi per la salute o decesso correlato agli stupefacenti (cfr. grafico 5).

L'analisi della percentuale dei soggetti che fanno un uso per via parenterale di eroina, rispetto ai consumatori di eroina in trattamento, suggerisce l'esistenza di notevoli differenze nella prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale tra un paese e l'altro, nonché variazioni dell'andamento nel tempo (cfr. grafico 6). In alcuni paesi, il livello del consumo di stupefacenti per via parenterale sembra relativamente basso (Portogallo, Paesi Bassi), mentre in altri paesi, tra i consumatori di eroina in trattamento, i livelli del consumo di stupefacenti per via parenterale sono elevati (Grecia, Lussemburgo). In quasi tutti i paesi l'uso di stupefacenti per via parenterale tra consumatori di eroina sottoposti a trattamento sembra essere diminuito nell'arco degli anni Novanta, anche se i dati di alcuni paesi suggeriscono aumenti dal 1996 e più di recente (Irlanda, Finlandia), dati che, se confermati, sono preoccupanti e sui quali occorre intervenire. Nel Regno Unito la percentuale dei consumatori per via parenterale è diminuita fino al 1996, ma è aumentata l'anno seguente e da allora si è mantenuta stabile.

I medesimi dati rapportati percentualmente a chi, tra i consumatori di oppiacei in trattamento, fa attualmente uso di oppiacei per via parenterale, con un fattore di ponderazione dato dal numero assoluto stimato di consumatori problematici di stupefacenti (cfr. tabella statistica 4), suggeriscono che nell'UE circa il 60 % dei consumatori problematici di stupefacenti ne fa uso per via parenterale, ma con notevoli differenze tra un paese e l'altro (variazione non indicata). Se la percentuale dei consumatori problematici di stupefacenti nell'UE nel suo insieme è compresa tra 4 e 6 casi ogni 1 000 abitanti d'età compresa tra i 15 ed i 64 anni, ciò vuol dire che i consumatori problematici di stupefacenti sono 1-1,5 milioni, di cui 600 000-900 000 ne fanno uso per via parenterale.

Cfr. <http://annualreport.emcdda.eu.int> per le tabelle statistiche relative a questa sezione:

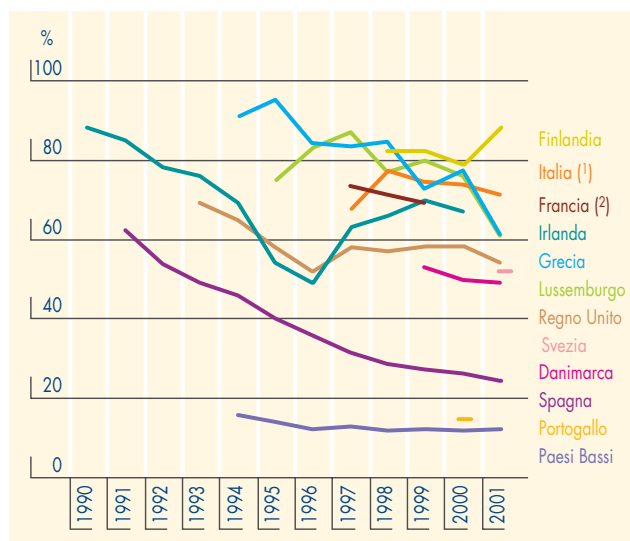
Tabella statistica 4: Numero stimato di consumatori problematici di stupefacenti negli Stati membri dell'UE, 1995-2001

Tabella statistica 5: Tasso stimato dei consumatori problematici di stupefacenti negli Stati membri dell'UE, 1995-2001 (tasso per ogni 1 000 abitanti, fascia d'età 15-64)

Domanda di trattamento

Le caratteristiche dei pazienti che entrano in terapia (come le caratteristiche sociali) ed i comportamenti legati al consumo (come la percentuale di chi fa uso di oppiacei o di stupefacenti per via parenterale) sono potenziali indicatori di più ampie linee di tendenza nel consumo problematico di stupefacenti. Anche i dati relativi alla domanda di trattamento danno un'idea dell'organizzazione dei centri terapeutici in Europa. Elementi di

Grafico 6: Andamento del consumo di stupefacenti per via parenterale negli Stati membri dell'UE, 1990-2001 (percentuale dei consumatori di eroina che sono in trattamento)



(1) Italia: dati ricavati dalla tabella standard 04 (2002).

(2) I dati non sono disponibili per il 1998 della Francia; la cifra è stata ottenuta per interpolazione.

I dati rappresentano alcune migliaia di casi per paese all'anno e, nella maggior parte dei paesi, comprendono quasi tutti i casi trattati a livello nazionale.

Fonti: Punti focali nazionali attraverso il progetto dell'OEDT: «Treatment demand indicator» (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/demand_treatment.shtml).

distorsione possono comunque derivare dai diversi metodi di raccolta delle informazioni e dai diversi tipi di servizi terapeutici erogati nei vari paesi. Per la seconda volta la raccolta dei dati si è basata su un protocollo europeo comune (indicatore della domanda di trattamento, TDI), con informazioni su circa 150 000 pazienti (12).

Sostanze stupefacenti

Despite differences in treatment policies and recording practices, it is possible to identify both common and divergent trends across Europe. In ambito europeo, nonostante ci siano differenze nelle politiche terapeutiche e nella registrazione della prassi, è possibile identificare sia tendenze comuni che tendenze divergenti.

Fonti informative

Nel 2002, come nel 2001, sono state utilizzate due fonti informative: il protocollo TDI (in forma estesa) nei centri terapeutici in cui sono disponibili i dati ed il protocollo TDI (in forma concisa), utilizzato per completare le tabelle sin dal 1993. Per omogeneità rispetto agli anni precedenti e per poter osservare l'andamento nel tempo, in alcuni casi è stata utilizzata la seconda fonte informativa. Il numero dei casi coperti, suddivisi per paese e per fonte di dati, figura nella versione on line (1).

(1) Tabella 1 OL: Numero dei casi coperti suddivisi per fonti di dati (versione on line).

(12) Una relazione completa sull'indicatore della domanda di trattamento TDI è disponibile on line (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf).

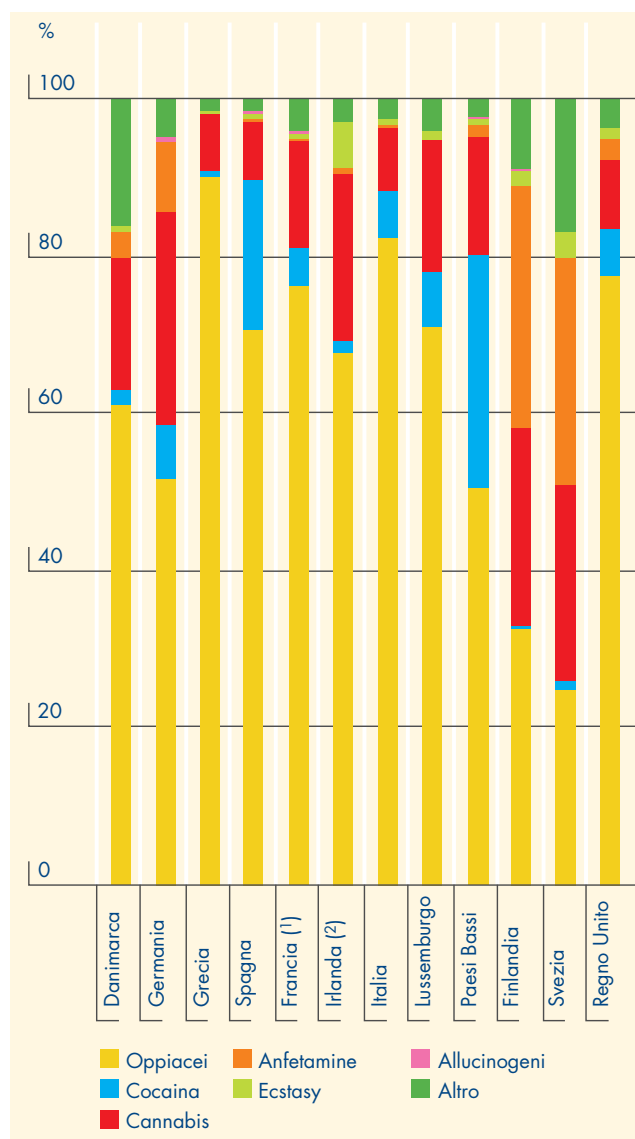
Come negli anni precedenti, nel 2001 tutti i paesi segnalano un aumento del numero complessivo dei soggetti in trattamento per problemi di droga. Secondo le relazioni nazionali, le spiegazioni sono svariate: sono migliorati i metodi di registrazione (è segnalato un maggior numero di persone in trattamento), è aumentata la disponibilità di strutture terapeutiche (specialmente quelle che praticano la terapia sostitutiva e quelle che erogano servizi a bassa soglia), i programmi sono maggiormente differenziati (ci sono adesso servizi specializzati per gruppi bersaglio specifici; nei programmi di terapia sostitutiva vengono utilizzate altre sostanze, oltre il metadone, come la buprenorfina), è aumentata la durata del trattamento per gli attuali pazienti ed è cresciuto il numero dei soggetti in trattamento nelle aree rurali/non urbane (relazioni nazionali, 2002).

Prevalentemente, i tossicodipendenti fanno domanda di trattamento in via spontanea o perché i familiari esercitano pressioni in questo senso; alcune fonti riportano soltanto una piccola percentuale di soggetti rinviati ai centri terapeutici dal sistema giudiziario e/o dai servizi sociali (13). Il rinvio ai centri terapeutici varia da un paese all'altro per parecchie ragioni: è diversa la distribuzione territoriale dell'abuso di sostanze stupefacenti; è diversa l'organizzazione nazionale dei servizi sanitari, sociali e giudiziari; il contesto sociale o culturale è diverso. Per esempio, la percentuale dei pazienti rinviati dai tribunali, dalla polizia o da altri uffici giudiziari è massima in Germania, probabilmente in considerazione dell'elevata percentuale di consumatori di cannabis (14). Per contro, in Svezia, dove il sistema di welfare è altamente strutturato, sono i servizi sociali a svolgere un ruolo importante nel rinvio dei tossicodipendenti ai servizi specializzati. In Grecia, la famiglia rappresenta un'istituzione centrale della società e svolge un ruolo importante in quanto fonte di rinvio ai centri terapeutici (Relazione nazionale, 2002) (15).

Gli oppiacei (specialmente l'eroina) restano, nella maggior parte dei paesi, le sostanze principali consumate da tutti i pazienti che chiedono il trattamento (cfr. grafico 7). Nella maggior parte dei paesi dell'UE, il 50-70 % dei pazienti che chiedono di entrare in terapia è rappresentato da consumatori di eroina, ma questo dato varia notevolmente da un paese all'altro. È possibile suddividere gli Stati membri dell'UE in quattro gruppi, in base alla misura in cui l'abuso di oppiacei incide sul numero dei rinvii ai centri terapeutici:

- meno del 50 % (Finlandia, Svezia);
- 50-70 % (Danimarca, Francia, Germania, Irlanda, Paesi Bassi);
- 70-80 % (Lussemburgo, Regno Unito, Spagna);
- oltre l'80 % (Grecia, Italia, Portogallo) (16).

Grafico 7: Tutti i pazienti ammessi a terapia, suddivisi per droga principale



Note: n = 300 414.

(1) Dati del 1999.

(2) Dati del 2000.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox (2002). Cfr. anche tabella statistica 6: Alcune caratteristiche delle persone trattate per problemi di stupefacenti nell'UE (versione on line).

Sembra che i pazienti dei servizi ambulatoriali siano più diversificati rispetto agli utenti di altri servizi terapeutici (17), sia perché i servizi ambulatoriali sono specializzati in problemi specifici correlati alla droga, sia perché sono nati e si sono sviluppati per rispondere alla domanda di trattamento di varie tipologie di abuso di stupefacenti (come abuso di cannabis o cocaina) (Molinae e a., 2002).

(13) Grafico 3 OL: Nuovi pazienti ammessi a trattamento, suddivisi per fonte di rinvio (versione on line).

(14) Per vari motivi (tra cui, ad esempio, l'applicazione di sanzioni amministrative quali la sospensione della patente di guida) la percentuale di consumatori riferita dal sistema di giustizia penale non corrisponde necessariamente alla percentuale di trasgressori.

(15) Grafico 4 OL: Fonte di rinvio a trattamento di nuovi pazienti in alcuni paesi (versione on line).

(16) Cfr. tabella statistica 6: Alcune caratteristiche delle persone trattate per problemi di stupefacenti nell'UE (versione on line); e tabella statistica 7: Alcune caratteristiche delle persone trattate per la prima volta per problemi di stupefacenti nell'UE (versione on line).

(17) Grafico 5 OL: Droga primaria tra tutti i pazienti, per tipologia di centro (versione on line).

In molti paesi, l'eroina è seguita dalla cannabis in termini di numero di soggetti che chiedono il trattamento; il dato è massimo tra i nuovi pazienti (il 24,7 % del numero complessivo dei nuovi pazienti ammessi è rappresentato da consumatori di cannabis) ⁽¹⁸⁾; i pazienti che chiedono il trattamento per il consumo di cannabis ricorrono prevalentemente a servizi ospedalieri ambulatoriali o con ricovero ⁽¹⁹⁾. Spesso la cannabis viene assunta insieme ad altre sostanze o come droga secondaria ⁽²⁰⁾. La percentuale dei soggetti che chiedono il trattamento per consumo di cannabis varia notevolmente da un paese all'altro: dal 7,3 % in Grecia al 27,2 % in Germania (cfr. grafico 7).

La Spagna (19 %) ed i Paesi Bassi (29,9 %) restano i paesi con la percentuale più elevata di pazienti che chiedono di entrare in terapia per la cocaina in quanto droga principale. Negli altri paesi le percentuali sono inferiori: dallo 0,8 % in Grecia al 7 % in Lussemburgo. Uno studio specifico condotto nei Paesi Bassi sui dati dei pazienti in trattamento ha rivelato che in questi ultimi anni i due gruppi più numerosi di persone che chiedono il trattamento per uso di cocaina sono rappresentati da consumatori di cocaina base/crack e da soggetti che consumano cocaina insieme con eroina o metadone. Il trattamento dei consumatori di cocaina base/crack può essere particolarmente complesso per i servizi terapeutici in quanto la cocaina crack è associata ad un livello elevato di dipendenza e problemi e chi la usa, da sola o insieme all'eroina, di solito non è socialmente integrato (Mol e van Vlaanderen, 2002).

Il gruppo di sostanze per il quale la percentuale della domanda di trattamento registra la più ampia disparità tra un paese e l'altro è il gruppo delle anfetamine: 3 % in Danimarca, 8,7 % in Germania, 1,5 % nei Paesi Bassi, 31,1 % in Finlandia, 29 % in Svezia, 2,7 % nel Regno Unito e meno dell'1 % negli altri paesi.

Analizzando i pazienti in trattamento terapeutico, la poliassunzione sembra sempre più frequente. In tutti i paesi, oltre il 50 % di tutti i pazienti fa uso almeno di un'altra sostanza in aggiunta alla droga primaria, principalmente cannabis (18,4 %) e cocaina (19 %). Le combinazioni segnalate più di frequente sono eroina con cocaina o cannabis e cocaina con alcool o cannabis (Relazioni nazionali, 2002).

Tendenze

Tra i paesi europei sono segnalate tendenze comuni per la domanda di trattamento riguardante l'uso di eroina e cannabis; l'uso di eroina sembra stabile o in calo in tutti i paesi, mentre l'uso di cannabis è in aumento quasi ovunque, specialmente tra i nuovi pazienti (cfr. grafico 8).

Tra i possibili motivi dell'apparente diminuzione del numero di consumatori di eroina potrebbe esserci la fine dell'epidemia di eroina avvenuta alla fine degli anni Ottanta ed agli inizi degli anni Novanta, con la conseguente diminuzione delle richieste di trattamento; la saturazione dei servizi terapeutici per i consumatori di eroina; l'accresciuta differenziazione dei programmi terapeutici, con la disponibilità di un maggior numero di strutture per i consumatori di altre droghe (fra cui la cannabis).

Grafico 8: Nuovi pazienti ammessi al trattamento per (A) consumo di eroina/oppiacei oppure (B) consumo di cannabis

Figure 8 (A): Consumo di eroina/oppiacei

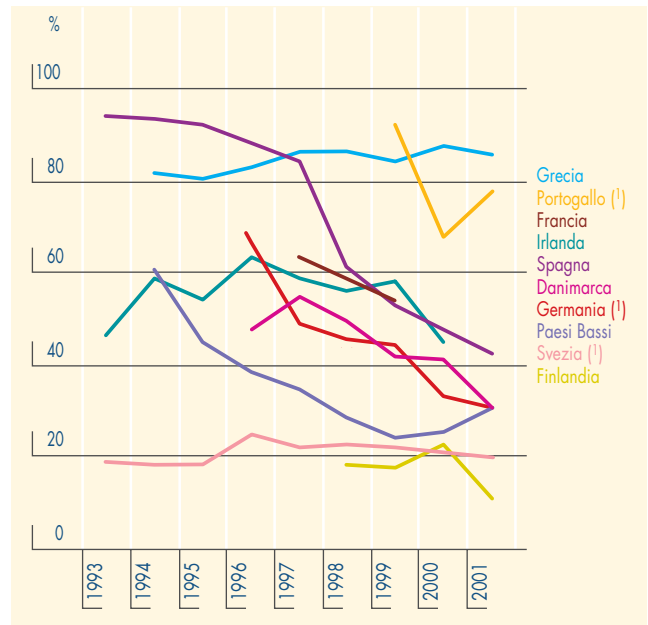
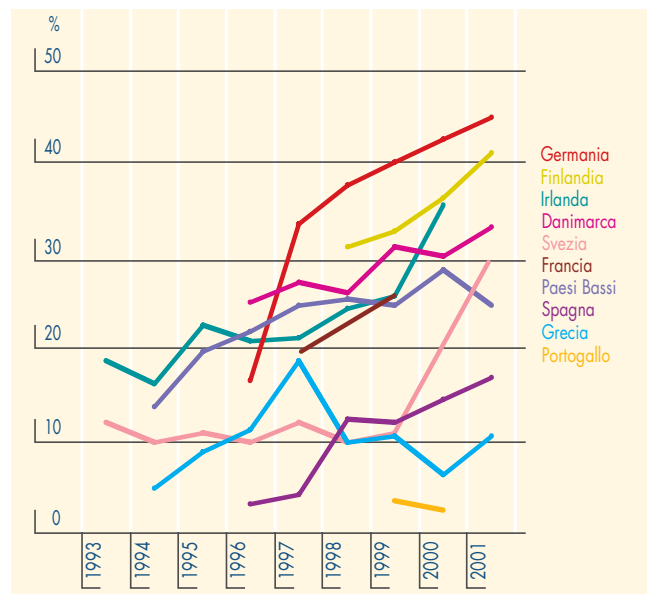


Grafico 8 (B): Consumo di cannabis



Note: Dati non disponibili per Belgio, Italia, Lussemburgo, Austria e Regno Unito. Cfr. tabella statistica 7 per il numero dei casi (versione on line). (!) L'eroina comprende tutti gli oppiacei.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox (2002). Cfr. anche tabella statistica 7: Alcune caratteristiche delle persone trattate per la prima volta per problemi di stupefacenti nell'UE.

L'aumento della domanda di trattamento per il consumo di cannabis (cfr. grafico 9) può essere dovuto a vari motivi: l'aumento della prevalenza del consumo regolare di cannabis, il

⁽¹⁸⁾ Grafico 6 OL: Distribuzione dei nuovi pazienti e di tutti i pazienti, per droga primaria (versione on line).

⁽¹⁹⁾ Grafico 5 OL: Droga primaria tra tutti i pazienti, per tipologia di centro (versione on line).

⁽²⁰⁾ Grafico 7 OL: Droghe secondarie maggiormente utilizzate tra tutti i pazienti (versione on line).

maggior numero di casi segnalati dal sistema della giustizia penale, fattori di mercato (come una maggiore disponibilità, o prezzi più bassi), un aumento del numero di adolescenti affetti da problemi sociali o psicologici che non riescono a trovare servizi adeguati. L'aumento del numero di nuovi pazienti che chiedono il trattamento per la cannabis sembra particolarmente marcato in alcuni paesi dove i dati sulla prevalenza, i sequestri di cannabis, i reati correlati alla cannabis e la domanda di trattamento per uso di cannabis seguono traiettorie parallele (Relazioni nazionali, 2002). Una ricerca attualmente in corso in Germania è dedicata ai gruppi rinviati ai servizi terapeutici dal sistema giudiziario e/o dai servizi sociali per uso di cannabis; i primi risultati sembrano indicare che alcuni giovani consumatori di cannabis rispondono ai criteri della dipendenza secondo i codici ICD-10 (R. Simon, personal communication, 2002).

Per quanto riguarda l'uso di cocaina ⁽²¹⁾ o di altre sostanze, le linee di tendenza tra i vari paesi sono meno omogenee; in Spagna e nei Paesi Bassi, il forte aumento riscontrato negli anni precedenti sembra essersi rallentato, con una domanda di trattamento che adesso è stabile o in lieve aumento, prevalentemente tra chi entra in trattamento per la prima volta.

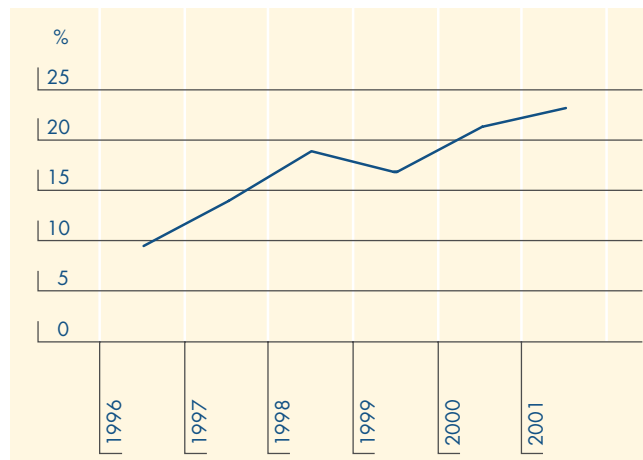
Modelli di consumo e modalità di somministrazione

In generale, si comincia a far uso di sostanze stupefacenti durante l'adolescenza (tra i 15 ed i 29 anni, ma in particolare tra i 15 ed i 19 anni). Rispetto alle specifiche sostanze, cambia l'età in cui si fa uso di droghe per la prima volta: il 33,6 % dei clienti ha cominciato a far uso di cannabis prima dei 15 anni e il 56,3 % tra i 15 ed i 19 anni; il 63,3 % ha cominciato a far uso di sostanze eccitanti alla medesima età (tra i 15 ed i 19 anni). Per contro, l'età in cui si fa uso per la prima volta di eroina e cocaina sembra essere più elevata (oltre il 40 % dei clienti ha fatto uso per la prima volta di eroina e cocaina fra i 20 ed i 29 anni; un gruppo ha cominciato anche più tardi) ⁽²²⁾.

I consumatori di eroina, cocaina e cannabis che chiedono il trattamento, se hanno fatto uso di droghe negli ultimi 30 giorni, di solito ne hanno fatto un uso quotidiano, mentre le sostanze eccitanti vengono normalmente utilizzate da 2 a 6 volte la settimana ⁽²³⁾.

Quanto alle modalità di somministrazione delle droghe primarie che vengono più frequentemente segnalate, emerge quanto segue: l'eroina si inietta o si fuma, la cocaina si sniffa o si fuma/inala e le sostanze eccitanti si ingeriscono/si bevono, (cfr. grafico 10). Tenendo conto dei limiti metodologici [il campione non era esattamente lo stesso dell'anno precedente (2001) e nel 2001 era noto un maggior numero di dati], nel 2001 è stata segnalata una variazione nei modelli di consumo: sono di meno i pazienti che si iniettano eroina e sono di più quelli che sniffano o fumano cocaina. Ragioni possibili possono essere correlate a fattori di mercato, specialmente il prezzo, la

Grafico 9: Andamento della domanda di trattamento per consumo di cannabis, 1996-2001



Note: Percentuale valida ponderata sul numero di pazienti per paese. Solo nuovi pazienti. Il numero dei valori varia da 31 143 a 56 394. Ulteriori dettagli sono disponibili nella tabella 1 OL.

Fonte: Relazioni nazionali Reitox (1996-2001).

disponibilità di eroina da fumare e di crack/cocaina e l'impatto dei programmi di prevenzione e riduzione dei danni (OEDT, 2002a; Relazioni nazionali, 2002).

Caratteristiche sociali

I pazienti che entrano in terapia tendono ad essere maschi ventitrentenni. L'età media è complessivamente di 29,8 anni, mentre è di 26,9 anni per i pazienti che entrano in trattamento per la prima volta. La Germania, l'Irlanda e la Finlandia hanno la popolazione più giovane in terapia, mentre la Spagna, l'Italia ed i Paesi Bassi registrano i pazienti più anziani fra coloro che chiedono di entrare in terapia ⁽²⁴⁾. La distribuzione per età dei pazienti che chiedono di entrare in terapia sembra essere correlata al tipo di sostanze consumate: in generale, i consumatori di cannabis sono più giovani, mentre quelli di eroina e cocaina sono più anziani. La percentuale più elevata di consumatori di cannabis si trova in Germania, mentre la percentuale maggiore di consumatori di cocaina ed eroina si trova rispettivamente in Spagna ed Italia. L'elevata percentuale di tossicodipendenti giovani in Finlandia potrebbe essere dovuta al fatto che la cultura della droga in questo paese si è sviluppata relativamente tardi. La distribuzione tra i sessi varia da un rapporto maschi/femmine di 2/1 a 6/1 ⁽²⁵⁾. La maggiore percentuale di maschi può essere dovuta ai livelli di consumo di stupefacenti che sono generalmente più elevati fra i maschi, ma potrebbe anche essere influenzata dalla diversità di accesso ai servizi (OEDT, 2002a). I modelli di distribuzione tra i sessi tendono ad essere simili tra i paesi del Sud Europa e tra quelli del Nord Europa (la percentuale dei consumatori maschi è

⁽²¹⁾ Grafico 8 OL: Nuovi pazienti ammessi a trattamento per consumo di cocaina (versione on line).

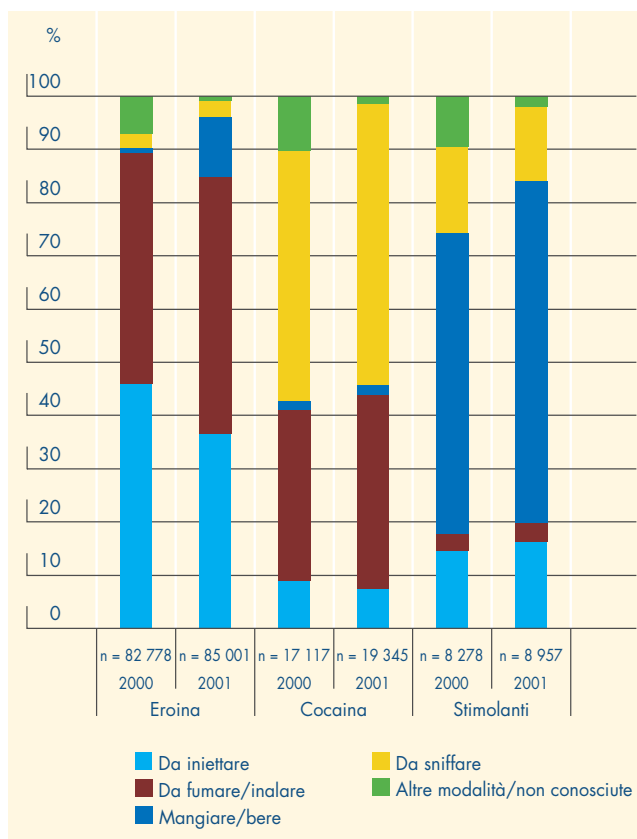
⁽²²⁾ Grafico 10 OL: Età in cui si è fatto uso per la prima volta della droga principale, tra tutti i pazienti (versione on line).

⁽²³⁾ Grafico 9 OL: Frequenza del consumo della droga principale tra tutti i pazienti (ultimi 30 giorni prima di iniziare il trattamento) (versione on line).

⁽²⁴⁾ Tabella 2 OL: Età media dei pazienti in terapia (versione on line).

⁽²⁵⁾ Cfr. tabella statistica 8: Alcune caratteristiche delle donne trattate per problemi di stupefacenti nell'UE e tabella statistica 9: Alcune caratteristiche degli uomini trattati per problemi di stupefacenti nell'UE (versione on line).

Grafico 10: Modalità di somministrazione tra tutti i pazienti a livello UE



Note: Percentuale valida. Dati 2000 non disponibili per Francia, Irlanda, Austria e Portogallo. Dati 2001 non disponibili per Belgio, Francia, Italia e Portogallo.
 Fonte: Relazioni nazionali Reitox (2001, 2002). Dati TDI (2000, 2001) da centri di trattamento ambulatoriale.

superiore nei paesi del Sud Europa). Questo fenomeno è attribuibile alla diversità dei modelli di consumo di sostanze stupefacenti tra paesi del Nord e paesi del Sud (nei paesi del Sud Europa prevalgono i consumatori di eroina, che sono prevalentemente uomini) oltre che a differenze culturali e sociali.

Cfr. <http://annualreport.emcdda.eu.int> per le tabelle statistiche relative a questa sezione:

Tabella statistica 6: Alcune caratteristiche delle persone trattate per problemi di stupefacenti nell'UE

Tabella statistica 7: Alcune caratteristiche delle persone trattate per la prima volta per problemi di stupefacenti nell'UE

Tabella statistica 8: Alcune caratteristiche delle donne trattate per problemi di stupefacenti nell'UE

Tabella statistica 9: Alcune caratteristiche degli uomini trattati per problemi di stupefacenti nell'UE

In linea di massima, nelle varie aree le condizioni sociali dei pazienti che chiedono di entrare in terapia, per esempio, livello di istruzione, condizioni di vita e status lavorativo, stanno peggiorando rispetto alla popolazione generale ⁽²⁶⁾.

Malattie infettive correlate agli stupefacenti ⁽²⁷⁾

Prevalenza e tendenze dell'HIV e dell'AIDS

Le malattie infettive correlate al consumo di stupefacenti per via parenterale hanno un notevole impatto sui costi economici e sociali del consumo di stupefacenti, anche nei paesi in cui la prevalenza dell'HIV non è elevata (Postma e a., 2001; Godfrey e a., 2002). Le malattie infettive possono essere prevenute fornendo ai consumatori di stupefacenti per via parenterale informazioni adeguate sulla trasmissione delle malattie, aghi puliti (Hurley e a., 1997; Commonwealth of Australia, 2002) e la vaccinazione contro i virus dell'epatite A e B. Sono ora disponibili terapie efficaci di contrasto alle infezioni da HIV e HCV e, poiché la prevalenza di infezioni tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale è spesso molto elevata, le politiche miranti alla prevenzione ed al trattamento delle infezioni sono spesso le più efficaci in termini di costi/benefici nell'area delle droghe.

L'OEDT si occupa sistematicamente del monitoraggio della prevalenza dell'infezione da HIV e dell'epatite B e C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'Unione europea. La prevalenza aggregata (complessiva e distinta per sottogruppi) è raccolta in ambienti di routine diversi (soggetti in trattamento, programmi di scambio di aghi, carceri) nonché da studi specifici ⁽²⁸⁾. Per quanto i dati siano di difficile comparazione in quanto provengono appunto da fonti diverse, essi forniscono un'idea complessiva delle differenze esistenti tra un paese e l'altro, tra una regione e l'altra e tra un ambiente e l'altro. L'aspetto più importante è che, seguendo le linee di tendenza nel tempo, specialmente la prevalenza tra i giovani ed i neoconsumatori di stupefacenti per via parenterale, si ottengono informazioni fondamentali circa la diffusione delle malattie infettive tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale ed il successo di misure politiche preventive. L'obiettivo a lungo termine è quello di migliorare la qualità e la comparabilità dei dati derivanti dalle fonti di routine esistenti e di avviare studi locali ed europei sulla siero-prevalenza tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale che siano veramente comparabili.

I dati disponibili suggeriscono che la prevalenza dell'infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale varia notevolmente da un paese all'altro, nonché all'interno del medesimo paese. I livelli di infezione segnalati dalle varie fonti variano dall'1 % circa del Regno Unito (indagini e screening anonimi non collegati) ad oltre il 30 % in Spagna (test diagnostici di routine durante il trattamento), ma sono in genere stabili ⁽²⁹⁾. Negli ultimi anni il panorama complessivo non è cambiato (cfr. grafico 11).

A partire dal 1995, in alcuni paesi o regioni, la prevalenza dell'HIV è rimasta estremamente elevata tra i consumatori di

⁽²⁶⁾ Cfr. «Emarginazione e reinserimento sociale», pag. 65

⁽²⁷⁾ Un'analisi più dettagliata dell'argomento si trova nella relazione annuale 2001, capitolo 3, Questioni specifiche: malattie correlate agli stupefacenti. Disponibile on line (<http://ar2001.emcdda.eu.int>).

⁽²⁸⁾ Cfr. il sito web dell'OEDT (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/infectious_diseases.shtml) per maggiori dettagli sui metodi e sulle linee guida.

⁽²⁹⁾ Per maggiori dettagli su questi dati e per le fonti originali, cfr. tabella statistica 10: Tabella riassuntiva della prevalenza dell'infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE e tabella statistica 12: Prevalenza dell'infezione da HIV (in percentuale sulle persone che hanno contratto infezione) tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE ed in Norvegia (versione on line).

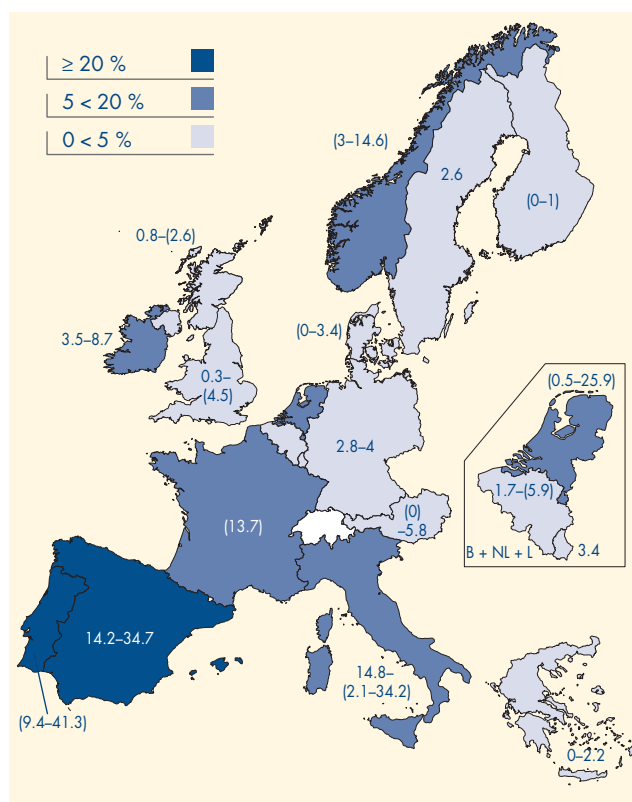
stupefacenti per via parenterale. Per quanto, nella maggior parte dei casi, il dato rifletta epidemie già esistenti, sforzi specifici di prevenzione sono molto importanti (per esempio, sforzi per prevenire la trasmissione ai neoconsumatori di stupefacenti per via parenterale, ai loro partner e dalla madre al figlio). La prevalenza è risultata superiore al 25 % in alcune regioni e città ⁽³⁰⁾.

L'andamento della prevalenza dell'HIV fornisce informazioni importanti rispetto all'elaborazione ed alla valutazione delle politiche in materia. È necessario moltiplicare le iniziative se l'andamento suggerisce che i livelli di infezione sono in aumento, ma può non essere necessario se i livelli delle infezioni sembrano diminuire. Tuttavia, anche nelle aree in cui la prevalenza è stabile o in diminuzione, possono presentarsi nuove infezioni. Negli ultimi anni è stato segnalato un aumento della trasmissione del virus dell'HIV tra (sottogruppi di) consumatori di stupefacenti per via parenterale in alcune regioni o città di Spagna, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Finlandia e Regno Unito, anche se in alcuni di questi paesi sono state segnalate anche forti diminuzioni ⁽³¹⁾. I dati italiani mostrano che nei paesi in cui il numero dei casi di infezione è significativo la media nazionale è di valore limitato, per cui, per valutare il successo della prevenzione, è importante disporre di dati suddivisi per regioni più piccole o città ⁽³²⁾. Tuttavia, pochi paesi finora possono fornire dati nazionali suddivisi per regione. Per seguire l'andamento nel tempo, occorrerebbe idealmente affiancare ai dati relativi alla prevalenza le segnalazioni dei casi neo-diagnosticati. Per quanto non si disponga ancora di dati per i paesi in cui è segnalata la prevalenza più elevata, e per quanto molto dipenda ancora dai modelli di effettuazione dei test, in Finlandia i dati derivanti dalle segnalazioni hanno contribuito ad identificare un nuovo aumento dell'indice di trasmissione. Recentemente, il Portogallo ha cominciato a fornire dati relativi alle segnalazioni di HIV, i quali rivelano indici molto più elevati per milione di abitanti rispetto agli altri paesi che forniscono dati ⁽³³⁾.

La prevalenza dell'HIV tra i giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale può fornire un ulteriore riscontro circa l'efficacia delle misure di prevenzione, in quanto in media i giovani hanno contratto l'infezione più di recente rispetto al gruppo complessivo. Per quanto i campioni siano di ridotta dimensione, questi dati suggeriscono che negli ultimi anni, in diverse regioni, l'infezione da HIV ha effettivamente colpito la fascia più giovane dei consumatori di stupefacenti per via parenterale ⁽³⁴⁾.

Per alcuni paesi, si hanno anche informazioni sulla prevalenza dell'HIV tra i neoconsumatori di stupefacenti per via parenterale. Questo è un indicatore ancora migliore delle infezioni recenti da HIV e può riflettere l'incidenza dell'infezione da HIV, fornendo così maggior prova dell'efficacia delle misure di prevenzione. Presumendo che i consumatori di stupefacenti per via parenterale lo siano da meno di 2 anni, ma lo siano in media da 1 anno, la prevalenza in quel gruppo può fornire una stima dell'incidenza. I dati disponibili suggeriscono che l'incidenza dell'esposizione alle

Grafico 11: Prevalenza dell'infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale negli Stati membri dell'UE ed in Norvegia



Note: Le cifre tra parentesi sono dati a livello locale. Le differenze fra i vari paesi devono essere interpretate con cautela a causa della diversa tipologia delle fonti e, in alcuni casi, della presenza di dati di carattere locale o segnalati spontaneamente. Quando un paese è contrassegnato da un colore, il valore indicato esprime il punto mediano del campo di variazione della prevalenza ottenuta da diverse fonti di dati.

La mappa riassuntiva serve a dare una rassegna generale della prevalenza dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE. Sono riportati i dati per l'anno più recente a disposizione. Sono esclusi i dati da campioni senza informazioni sullo stato di questi consumatori. Se ciò comportava l'esclusione di fonti che aumentano la possibilità di generalizzazione (ad esempio dati nazionali, dati di ambienti extraterapeutici) sono stati combinati dati di più di un anno. I dati per Italia, Portogallo e Norvegia sono limitati alla prevalenza dell'HIV tra consumatori di stupefacenti per via parenterale in terapia e non sono significativi per quanto riguarda la prevalenza dell'HIV tra consumatori di stupefacenti per via parenterale che non sono in terapia. In alcuni paesi e in alcune città (Grecia, Portogallo, Roma), il fatto di avere problemi di salute è un criterio di selezione per essere ammessi alla terapia antidroga; a causa delle lunghe liste di attesa o dei programmi speciali per consumatori di stupefacenti per via parenterale con infezione, ciò può dar luogo ad una maggiorazione della prevalenza. La prevalenza di questa mappa non deve essere confrontata con precedenti versioni per cercare di scoprire l'evoluzione nel tempo, poiché il numero e il tipo di fonti può essere diverso, a seconda della disponibilità di dati. Per le tendenze nel tempo, le informazioni metodologiche e le fonti, cfr. tabella statistica 12: Prevalenza dell'infezione da HIV (in percentuale sulle persone che hanno contratto infezione) tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE ed in Norvegia; riquadro 6 OL. Fonti di dati: prevalenza (versione on line).

Fonte: Punti focali nazionali Reitox. Per tutti i dettagli e le fonti primarie cfr. tabella statistica 10: Tabella riassuntiva della prevalenza dell'infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE; tabella statistica 12 (versione on line).

⁽³⁰⁾ Cfr. riquadro 4 OL: Aree con un'elevata prevalenza di HIV, aumento e diminuzione della trasmissione dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in alcuni paesi dell'UE, prevalenza dell'HIV tra i giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale (versione on line).

⁽³¹⁾ Cfr. riquadro 4 OL (versione on line).

⁽³²⁾ Cfr. grafico 11 OL: Prevalenza dell'infezione da HIV tra i consumatori italiani di stupefacenti per via parenterale in trattamento, suddivisi per regione (versione on line).

⁽³³⁾ Cfr. tabella statistica 15: Nuovi casi diagnosticati di infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE ed in Norvegia (versione on line).

⁽³⁴⁾ Cfr. riquadro 4 OL: Aree con un'elevata prevalenza di HIV, aumento e diminuzione della trasmissione dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in alcuni paesi dell'UE, prevalenza dell'HIV tra i giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale (versione on line).

malattie infettive ogni 100 persone/anno tra i neoconsumatori di stupefacenti per via parenterale (intervallo di confidenza del 95 %) può variare dallo 0-3,7 % in Inghilterra e Galles (0/122, 1998) allo 0,8-11,4 % nella comunità fiamminga del Belgio (3/77, 1998-99), al 4,4-14,5 % di Coimbra, Portogallo (12/127, 1999-2000), al 4,4-15,5 % in Francia (11/111, status di sieropositività dichiarato da chi partecipa ai programmi di scambio di aghi, 1998) ⁽³⁵⁾. I dati relativi a Belgio, Francia e Portogallo derivano però da test di routine e possono essere influenzati dalla selezione effettuata. (I dati relativi al Portogallo potrebbero essere sovrastimati a causa dei criteri di selezione dei centri di disintossicazione, che danno priorità ai consumatori problematici e/o sieropositivi.)

I dati relativi all'AIDS forniscono scarse informazioni sull'andamento delle nuove infezioni da HIV, in considerazione sia del lungo periodo di incubazione dell'HIV prima che compaiano i sintomi dell'AIDS, sia dei miglioramenti intervenuti nel trattamento dell'HIV, che ritardano la manifestazione dell'AIDS. L'incidenza dell'AIDS, comunque, continua a riflettere l'andamento dei casi di infezione da HIV registrati nei vari paesi. L'incidenza dell'AIDS è diminuita nella maggior parte dei paesi a partire dal 1996 circa, a seguito dei migliorati trattamenti per l'HIV e forse della probabile diminuzione dei tassi d'infezione negli anni Novanta. In Portogallo gli ultimi dati mostrano che l'incidenza dell'AIDS tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale è in calo a partire dal 1999 ⁽³⁶⁾, il che potrebbe indicare un ricorso al trattamento per l'HIV coerente con le segnalazioni del sistema di trattamento antidroga.

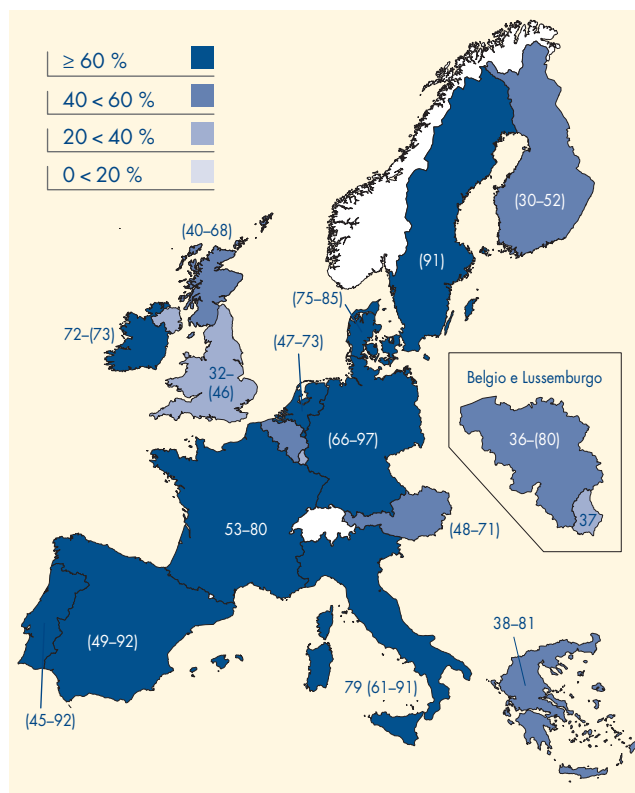
Prevalenza ed andamento dell'infezione da virus dell'epatite C

I dati sulla prevalenza dell'infezione da virus dell'epatite C sono meno disponibili e, là dove esistono, sono soggetti ai medesimi limiti dei dati relativi all'HIV. Tuttavia, il quadro complessivo è chiaro: la prevalenza del virus dell'epatite C è estremamente elevata in tutti i paesi ed in tutti gli ambienti, con tassi di infezione che vanno dal 40 % al 90 % a seconda dei vari paesi e dei vari sottogruppi di consumatori di stupefacenti per via parenterale (cfr. grafico 12).

Per quanto tutti i dati relativi alla prevalenza mostrino altissimi livelli di infezione, il campo di variazione rimane ampio. Come per l'HIV, questo può riflettere in parte i diversi meccanismi di selezione delle diverse fonti di dati, per cui i confronti vanno fatti con cautela. Nel 2000 e nel 2001, livelli superiori al 75 % sono stati segnalati ad Anversa, in Belgio (80 % tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in trattamento o fruitori di servizi a bassa soglia, 2001), a Francoforte e Berlino, in Germania (82-90 % dei fruitori di un servizio a bassa soglia e in due carceri), nella Grecia settentrionale e nella Grecia a livello nazionale (83 % tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in terapia con il metadone), in alcune regioni italiane, quali Piemonte, Trentino, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Basilicata e Sardegna e nelle città di Trento e Bolzano (soggetti in trattamento), nonché a Lisbona ed in alcune piccole città portoghesi (soggetti in trattamento) ⁽³⁷⁾.

In quanto indicatore di comportamenti a rischio (per esempio, condivisione degli aghi o di altre attrezzature) e dell'efficacia dei programmi di prevenzione, l'andamento della prevalenza

Grafico 12: Prevalenza del virus dell'epatite C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale negli Stati membri dell'UE ed in Norvegia



Note: Le cifre tra parentesi sono dati a livello locale. Le differenze tra i vari paesi devono essere interpretate con cautela a causa della diversa tipologia delle fonti e, in alcuni casi, dell'uso dei dati locali o dei test della saliva, che sottostimano la prevalenza. Quando un paese è contrassegnato da un colore, il valore indicato esprime il punto mediano del campo di variazione della prevalenza tra le varie fonti di dati.

La mappa riassuntiva serve a dare una rassegna generale della prevalenza dell'HCV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE. Sono riportati i dati per l'anno più recente a disposizione. Sono esclusi i dati da campioni senza informazioni sullo stato di questi consumatori come pure i risultati di test segnalati spontaneamente. Se ciò comportava l'esclusione di fonti che aumentano la possibilità di generalizzazione (ad esempio dati nazionali, dati di ambienti extraterapeutici) sono stati combinati dati di più di un anno. I dati per l'Irlanda e Lussemburgo sono limitati ai consumatori di stupefacenti per via parenterale che si trovano in carcere, mentre per l'Italia i dati sono limitati alla prevalenza dell'HCV tra questo tipo di consumatori che sono in terapia e non sono significativi per quanto riguarda la prevalenza dell'HCV tra quelli che non sono in terapia. In alcuni paesi e in alcune città (Grecia, Portogallo, Roma), il fatto di avere problemi di salute è un criterio di selezione per essere ammessi alla terapia antidroga; a causa delle lunghe liste di attesa o dei programmi speciali per consumatori di stupefacenti per via parenterale con infezione, ciò può dar luogo ad una maggiorazione della prevalenza. La prevalenza di questa mappa non deve essere confrontata con precedenti versioni per cercare di scoprire l'evoluzione nel tempo, poiché il numero e il tipo di fonti può essere diverso, a seconda della disponibilità di dati. Per le tendenze nel tempo, le informazioni metodologiche e le fonti, cfr. tabella statistica 16 e riquadro 6 OL.

Fonte: Punti focali nazionali Reitox. Per le fonti primarie cfr. tabella statistica 16: Prevalenza dell'infezione da epatite C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE (versione on line).

dell'epatite C può rappresentare un indicatore molto più sensibile rispetto all'andamento dell'HIV. Il virus dell'epatite C si trasmette più facilmente dell'HIV ed il contagio può essere veicolato più facilmente anche dall'occorrente per l'iniezione diverso dalle siringhe, come cotone, cucchiaini ed acqua (ma molto meno per via sessuale). Nelle varie regioni si riscontrano sia aumenti, sia diminuzioni ⁽³⁸⁾.

⁽³⁵⁾ Cfr. tabella statistica 15: Nuovi casi diagnosticati di infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE ed in Norvegia (versione on line).

⁽³⁶⁾ Grafico 12 OL: Incidenza dell'AIDS correlata al consumo di stupefacenti per via parenterale negli Stati membri dell'UE (versione on line).

⁽³⁷⁾ Riquadro 5 OL: Andamento della prevalenza di epatite C (versione on line).

⁽³⁸⁾ Cfr. riquadro 5 OL: Andamento della prevalenza di epatite C (versione on line).

Nella misura in cui sono disponibili, i dati derivanti dai programmi terapeutici rivelano che la prevalenza del virus dell'epatite C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale d'età inferiore ai 25 anni varia dal 12 % a Tampere, in Finlandia (2001), al 60 % a Dublino, in Irlanda (1997) ed in Italia (1999). La prevalenza tra i giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale sembra in diminuzione in Belgio e Grecia, ma in aumento in Inghilterra e Galles (1998-2001).

Informazioni riguardanti la prevalenza dell'epatite C tra i neoconsumatori di stupefacenti per via parenterale (coloro che ne fanno uso da meno di 2 anni) continuano a non essere disponibili dalla maggior parte delle fonti. Laddove i dati sono disponibili, essi suggeriscono in genere che la prevalenza è molto elevata, con tassi del 40 % o superiori, sebbene da Belgio e Regno Unito siano state riportate cifre più basse (cfr. grafico 13).

Prevalenza ed andamento dell'infezione da virus dell'epatite B

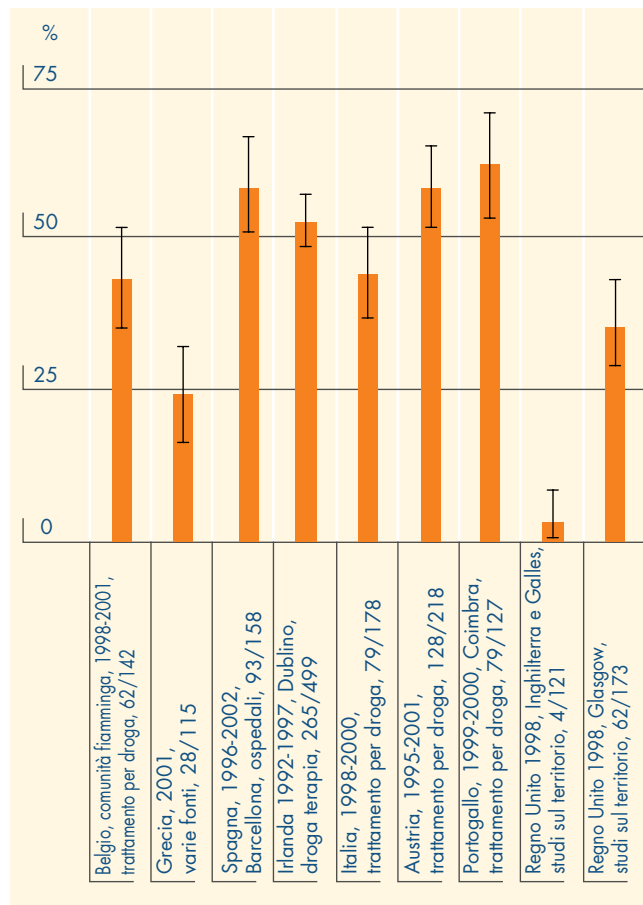
La presenza nel sangue di anticorpi di un virus sta ad indicare che il soggetto ha contratto l'infezione oppure è stato vaccinato. Diversamente dall'HIV e dal virus dell'epatite C, esiste un vaccino efficace contro il virus dell'epatite B (HBV). Così, nel caso dell'HBV, la percentuale dei consumatori di stupefacenti per via parenterale che non hanno anticorpi (aHBs o aHBc) contro il virus rappresenta la popolazione potenziale da vaccinare e costituisce un importante indicatore dell'esigenza di un programma di vaccinazione. A livello di UE, la percentuale dei tossicodipendenti che hanno (un qualsiasi tipo di) anticorpi dell'epatite B è molto più differenziata rispetto ai soggetti che hanno gli anticorpi dell'epatite C. In tutta l'UE, dal 20 % al 60 % circa dei consumatori di stupefacenti per via parenterale presenta anticorpi dell'epatite B, suggerendo un ampio potenziale per i programmi di vaccinazione diretti ai consumatori di stupefacenti per via parenterale (dal 40 % all'80 %).

L'infezione corrente da epatite B, indicata nel sangue da un marker sierologico denominato HbsAg, può essere di origine recente o cronica. Livelli elevati di infezione corrente stanno ad indicare il rischio di futuri livelli elevati di gravi complicanze a lungo termine e di diffusione ad altri mediante comportamenti ad alto rischio in fase di iniezione o rapporti sessuali non protetti. La prevalenza dell'infezione corrente dell'epatite B è segnalata soltanto in un numero limitato di paesi, ma sembra differire molto e, in alcuni casi, è elevata.

Casi segnalati di epatite B e C

I dati segnalati riguardanti l'epatite B e l'epatite C sono disponibili soltanto per alcuni paesi. Sebbene le definizioni siano diverse e non consentano di effettuare confronti diretti, le tendenze nel tempo possono fornire informazioni utili. I casi segnalati di epatite C sembrano diminuiti in Danimarca, Finlandia e Svezia, mentre sono aumentati nei Paesi Bassi e nel Regno Unito. Nel caso dell'epatite B, si è verificata una diminuzione in Danimarca e in Finlandia, mentre il numero di casi è aumentato in Norvegia e nel Regno Unito. L'aumento dei test può spiegare in parte le tendenze all'aumento.

Grafico 13: Prevalenza del virus dell'epatite C tra chi assume la droga per via parenterale da meno di due anni



Note: I dati tra parentesi indicano un intervallo di confidenza del 95 %.

Fonte: Punti focali nazionali Reitox. Per le fonti primarie cfr. tabella statistica 18: Prevalenza dell'infezione da epatite C tra i neoconsumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE (versione on line).

La percentuale totale dei casi riguardanti consumatori di stupefacenti per via parenterale è molto alta (circa 90 % per l'HCV e 40-70 % per l'HBV) in gran parte dei paesi, il che indica che la maggior parte dei casi di infezione da HBV e quasi tutti quelli da HCV nell'UE sono dovuti al consumo di stupefacenti per via parenterale ⁽³⁹⁾.

Cfr. <http://annualreport.emcdda.eu.int> per ulteriori informazioni relative a questa sezione:

Riquadro 6 OL: Fonti di dati: prevalenza (per tabelle statistiche 10-14, 16-20)

Riquadro 7 OL: Fonti di dati: segnalazioni (per tabelle statistiche 21 e 22)

Tabella statistica 10: Tabella riassuntiva della prevalenza dell'infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE

Tabella statistica 11: Tabella riassuntiva della prevalenza dell'infezione da HCV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE

⁽³⁹⁾ Cfr. tabella statistica 21: Casi notificati di infezione da epatite C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE e tabella statistica 22: Casi notificati di infezione da epatite B tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE ed in Norvegia (versione on line).

Tabella statistica 12: Prevalenza dell'infezione da HIV (in percentuale sulle persone che hanno contratto infezione) tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE ed in Norvegia

Tabella statistica 13: Prevalenza dell'infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale d'età inferiore ai 25 anni nell'UE

Tabella statistica 14: Prevalenza dell'infezione da HIV tra i neoconsumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE

Tabella statistica 15: Nuovi casi diagnosticati di infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE ed in Norvegia

Tabella statistica 16: Prevalenza dell'infezione da epatite C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE

Tabella statistica 17: Prevalenza dell'infezione da epatite C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale d'età inferiore ai 25 anni nell'UE

Tabella statistica 18: Prevalenza dell'infezione da epatite C tra i neoconsumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE

Tabella statistica 19: Prevalenza dell'infezione corrente da epatite B (HbsAg) tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE

Tabella statistica 20: Prevalenza degli anticorpi del virus dell'epatite B tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE

Tabella statistica 21: Casi notificati di infezione da epatite C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE

Tabella statistica 22: Casi notificati di infezione da epatite B tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE ed in Norvegia

Tabella statistica 23: Incidenza dell'infezione da epatite C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE

Decessi correlati all'uso di stupefacenti e mortalità fra i tossicodipendenti ⁽⁴⁰⁾

Le statistiche nazionali sui «decessi per droga» si riferiscono solitamente ai decessi improvvisi direttamente correlati al consumo di sostanze stupefacenti o «overdose», anche se esistono differenze tra i vari paesi ⁽⁴¹⁾. La definizione utilizzata per l'indicatore chiave dell'OEDT, «Decessi correlati all'uso di stupefacenti» si riferisce anch'essa a questo tipo di decessi ⁽⁴²⁾. Lo sviluppo dell'indicatore chiave ha spinto vari Stati membri a migliorare le procedure di segnalazione dei decessi correlati all'uso di stupefacenti.

Il confronto diretto dei dati statistici nazionali va fatto con cautela a causa delle differenze esistenti nelle definizioni, nella qualità delle segnalazioni e nella copertura territoriale. Tuttavia, se in un paese i metodi di segnalazione rimangono coerenti nel tempo, il

numero dei decessi correlati all'uso di stupefacenti, specialmente se associato ad altri indicatori, può essere un indicatore utile dell'andamento delle forme gravi di consumo di stupefacenti.

Nella maggior parte dei paesi dell'UE, le overdose sono una causa importante di morte tra i giovani, particolarmente di sesso maschile. I decessi dovuti all'AIDS o ad altre cause (violenza, incidenti ecc.) rappresentano forme complementari di mortalità correlata alla droga, con notevoli differenze da un paese all'altro e da una città all'altra. In genere, questi decessi sono segnalati da fonti diverse.

I decessi correlati all'uso di stupefacenti per via parenterale e tra i consumatori di oppiacei sono molto più numerosi che non tra la popolazione generale; il consumo problematico di stupefacenti è una delle cause principali di morte tra i giovani adulti nella maggior parte dei paesi dell'UE. Da studi condotti negli anni Novanta in alcune città dell'UE (Glasgow, Madrid, Roma) è emerso che una percentuale significativa di decessi tra i giovani adulti può essere attribuita al consumo problematico di stupefacenti (in particolare iniezione di oppiacei). Per quanto i decessi dovuti ad AIDS siano in diminuzione, i decessi da overdose sono stabili o continuano ad aumentare; occorrono nuovi studi che raccolgano informazioni più recenti sulla mortalità correlata agli stupefacenti in altre città.

Impatto dei decessi correlati all'uso di stupefacenti

Negli ultimi 10 anni, il numero annuo dei decessi improvvisi per droga segnalato dai paesi dell'UE è variato complessivamente da 7 000 a 9 000 ⁽⁴³⁾. Questi dati possono essere considerati come stime minime, in quanto è probabile che nella maggior parte dei paesi ci sia un certo grado di sottosegnalazione (che in alcuni casi potrebbe essere considerevole). La maggior parte delle vittime sono giovani; molte di queste morti, inoltre, potevano essere evitate.

Nonostante alcuni segnali incoraggianti, che fanno pensare ad una stabilizzazione o ad una diminuzione del numero dei decessi correlati all'uso di stupefacenti in alcuni paesi dell'UE, in molti altri paesi dell'UE (ed in altre parti del mondo) i decessi da overdose continuano ad aumentare.

Fattori di rischio

Gli oppiacei figurano nel sangue della maggior parte delle vittime per «overdose» dovuta a sostanze illecite, per quanto sul piano tossicologico le concentrazioni variano notevolmente, con la frequentissima presenza di altre sostanze ⁽⁴⁴⁾.

Per quanto riguarda le overdose da oppiacei, i fattori di rischio sono molteplici e sono noti: somministrazione per via parenterale; uso concomitante di altre sostanze inibenti (per esempio, alcool o

⁽⁴⁰⁾ Riquadro 8 OL: La metodologia e le definizioni utilizzate per stimare i decessi correlati all'uso di stupefacenti e la mortalità (versione on line).

⁽⁴¹⁾ Riquadro 9 OL: Definizioni di «decesso improvviso correlato agli stupefacenti» negli Stati membri dell'UE, così come vengono utilizzate nella relazione annuale dell'OEDT e come sono riportate nelle relazioni nazionali (versione on line).

⁽⁴²⁾ Riquadro 10 OL: Definizione dell'OEDT — Decessi correlati all'uso di stupefacenti (versione on line). Cfr. anche il protocollo OEDT per i decessi correlati all'uso di stupefacenti (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/drds_standard_3.pdf).

⁽⁴³⁾ Cfr. tabella statistica 24: Il numero dei «decessi improvvisi correlati agli stupefacenti» registrati nei paesi dell'UE (secondo le definizioni nazionali utilizzate per segnalare i casi all'OEDT), 1985-2001 (versione on line).

⁽⁴⁴⁾ Grafico 13 OL: Percentuale dei decessi correlati all'uso di stupefacenti con o senza la presenza di oppiacei nei paesi dell'UE nel 2000-2001 e tabella statistica 25: Sintesi delle caratteristiche delle vittime di decessi improvvisi correlati agli stupefacenti nei paesi dell'UE (versione on line).

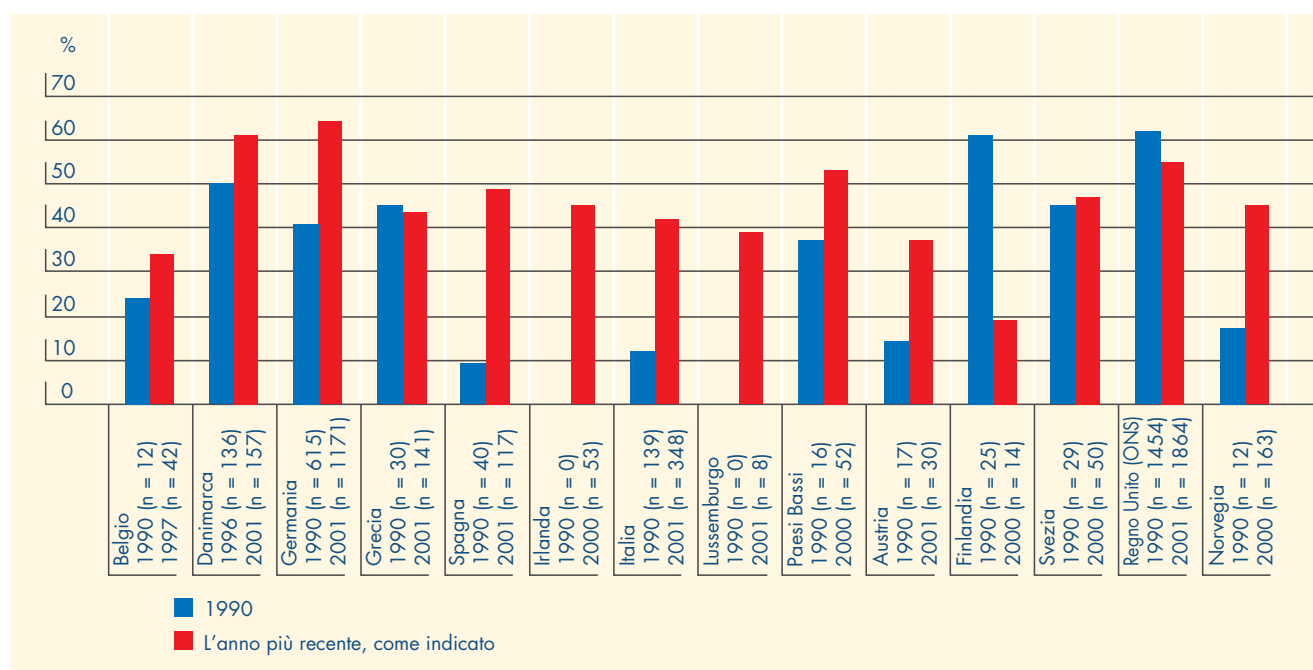
benzodiazepine); minor tolleranza dopo un periodo di astinenza (per esempio, dopo il carcere o dopo un programma di trattamento terapeutico); l'iniezione avviene in luoghi pubblici (e può essere associata all'assunzione di sostanze non testate); una lunga storia di dipendenza da oppiacei; un'età più avanzata (forse a seguito di concomitanti patologie respiratorie o a carico del fegato); forse, variazioni inattese della purezza (anche se gli studi presentano risultati divergenti). Inoltre, la maggior parte delle overdose da oppiacei avviene in presenza di altre persone e di solito la morte non è immediata, per cui ci sarebbe il tempo di intervenire. Sfortunatamente, però, spesso gli astanti non sono in grado di prestare assistenza, o non sono disponibili a farlo, o per mancanza di conoscenze o per il timore dell'intervento della polizia.

Il fatto che i fattori di rischio siano ben noti e che la morte non sia immediata dovrebbe permettere di prevenire una percentuale significativa di overdose per droga, o almeno di prevenire in molti casi un esito letale; ciò sottolinea la necessità di attuare interventi adeguati, specialmente per i tossicodipendenti meno giovani e per i soggetti la cui tolleranza è diminuita dopo un periodo di relativa astinenza.

Caratteristiche delle vittime

Nella maggior parte dei paesi europei, la maggioranza (80-90 %) delle vittime da «overdose» è rappresentata da uomini (campo di variazione 69-90 %) (45). Questo può riflettere l'elevata percentuale degli uomini tra i consumatori di oppiacei, dato che alcuni studi suggeriscono invece che il rischio di overdose è simile tra uomini e donne. Tuttavia, in molti casi la percentuale degli uomini vittime di overdose è superiore alla percentuale degli uomini ammessi al trattamento. Le vittime di overdose sono in gran parte ventenni-trentenni che hanno fatto uso di oppiacei per parecchi anni. Tra i paesi dell'UE, l'età media delle vittime varia da 30,2 a 40 anni e, nella maggior parte dei paesi, l'età delle vittime tende ad aumentare (cfr. grafico 14). Questo andamento è stato segnalato anche da altri paesi extraeuropei. Tuttavia, in Finlandia e, in misura minore, nel Regno Unito aumenta la percentuale di vittime giovani, un dato che merita particolare attenzione in quanto potrebbe indicare un'aumentata incidenza del consumo di oppiacei o di droghe per via parenterale in questi ultimi anni e in Grecia e in Svezia questa tendenza non è evidente.

Grafico 14: Variazioni nella percentuale delle vittime d'età superiore a 35 anni tra i decessi correlati all'uso di stupefacenti nei paesi dell'UE dal 1990 (1) al 2000-2001



(1) Danimarca 1996. Gli anni presentati sono quelli che consentono la necessaria suddivisione o quelli per i quali è stata possibile un'analisi comparata (distribuzione medesima età). In alcuni paesi le fasce d'età differiscono da un anno all'altro (Grecia: 1990, ≥ 31; 2001, ≥ 30; Germania: 1990 e 2001, ≥ 30). In Irlanda e Lussemburgo la percentuale delle vittime d'età superiore a 35 anni era dello 0 % nel 1990.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox 2002, desunte dai registri generali della mortalità o dai registri speciali (degli istituti di medicina legale o delle forze di polizia). Sulla base delle definizioni nazionali di cui al riquadro 9 OL: Definizioni di «decesso improvviso correlato agli stupefacenti» negli Stati membri dell'UE, così come vengono utilizzate nella relazione annuale dell'OEDT e come sono riportate nelle relazioni nazionali (versione on line). Cfr. anche tabella statistica 25: Sintesi delle caratteristiche delle vittime di decessi improvvisi correlati agli stupefacenti nei paesi dell'UE (versione on line).

(45) Grafico 14 OL: Percentuale di maschi e femmine tra le vittime dei decessi correlati all'uso di stupefacenti nei paesi dell'UE nel 2000-2001.

Decessi dovuti a sostanze diverse dagli oppiacei

I decessi dovuti a overdose di cocaina, anfetamina o ecstasy, in assenza di oppiacei, non sono frequenti in Europa. Tuttavia, alcuni paesi (Spagna, Francia, Italia, Paesi Bassi e Regno Unito) hanno segnalato aumenti di carattere nazionale o locale del numero delle vittime in cui è stata riscontrata la presenza di cocaina, in genere in aggiunta ad altre sostanze, anche se le informazioni sono segnalate in maniera eterogenea. Alcuni paesi (per esempio, Spagna e Portogallo) hanno segnalato la frequente presenza di cocaina nelle vittime di overdose da oppiacei. Inoltre la cocaina, determinando patologie di carattere cardiovascolare, può contribuire alla morte e i decessi possono così non essere adeguatamente rilevati.

Seppure i decessi associati all'uso di ecstasy suscitino notevoli preoccupazioni, essi sono relativamente rari rispetto ai decessi associati all'uso di oppiacei, anche se l'uso di ecstasy è molto più frequente. Il numero dei casi in cui l'analisi tossicologica dà risultati positivi per l'ecstasy è aumentato poiché è diventato più frequente il consumo di ecstasy, ma spesso sono presenti altre sostanze e non è chiaro se la morte possa essere attribuita unicamente all'ecstasy. I rischi associati all'uso a breve o lungo termine dell'ecstasy devono essere valutati con maggiore precisione. Anche se le reazioni all'ecstasy sembrano imprevedibili, alcuni decessi potrebbero essere evitati adottando misure relativamente semplici nelle discoteche (fornendo acqua potabile, ad esempio), nonché migliorando l'educazione sanitaria.

Anche se i decessi associati all'abuso di sostanze volatili suscitano in genere un'attenzione minore, nei paesi in cui dette informazioni sono disponibili il numero dei decessi è tutt'altro che trascurabile. Nel periodo 1992-2000, per esempio, i decessi ascrivibili a sostanze volatili avvenuti nel Regno Unito sono ammontati a 64-85 casi all'anno: la maggior parte delle vittime, inoltre, è molto giovane (Field-Smith e a., 2002). In altri paesi, la raccolta di informazioni sui decessi di questo tipo andrebbe migliorata.

La ricerca mostra chiaramente che il trattamento farmacologico sostitutivo con metadone riduce il rischio di mortalità da overdose tra i partecipanti al programma. Tuttavia, in svariati paesi e città dell'UE il metadone è stato individuato in un numero significativo di vittime di decessi correlati all'uso di stupefacenti. Parecchi studi hanno dimostrato che il decesso interviene con maggiore probabilità quando si fa uso illecitamente di metadone, piuttosto che quando si fa uso di metadone su prescrizione medica; altri studi hanno riscontrato invece un rischio più elevato durante la fase iniziale della terapia sostitutiva con metadone. Questi dati suggeriscono che occorre verificare che i programmi di trattamento farmacologico sostitutivo rispondano a determinati standard qualitativi.

Andamento dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti

L'andamento dei decessi correlati all'uso di stupefacenti varia da un paese all'altro ed anche da una regione all'altra o da una città all'altra del medesimo paese. Tenuto conto di questi limiti, si possono delineare per i paesi dell'UE alcune linee di tendenza generali. Nel corso degli anni Ottanta ed all'inizio degli anni Novanta è stato osservato un marcato aumento del numero dei decessi correlati all'uso di stupefacenti (cfr. grafico 15 A). Nel periodo 1990-2000 la tendenza complessiva all'aumento si è mantenuta, anche se con percentuali di incremento inferiori. Nel 2000, in tutta l'UE sono stati segnalati 8 731 decessi improvvisi per droga, rispetto a 6 394 nel 1990 (con un aumento del 36,5 %) (cfr. grafico 15 B) ⁽⁴⁶⁾.

Questa tendenza complessiva può riflettere la rapida espansione dell'uso di eroina per via parenterale in molti paesi europei nel corso degli anni Ottanta ed all'inizio degli anni Novanta. Le tendenze recenti potrebbero essere collegate, in alcuni paesi, all'apparente stabilizzazione della prevalenza del consumo problematico di stupefacenti, in altri ad una diminuzione del consumo per via parenterale e, probabilmente, all'aumentata disponibilità di soluzioni terapeutiche, fra cui i programmi di trattamento farmacologico sostitutivo. D'altro canto, l'innalzamento dell'età dei consumatori problematici di stupefacenti e della poliassunzione può contribuire ad un aumento del numero dei decessi.

Va sottolineato il fatto che all'interno dell'UE coesistono tendenze nazionali diverse ed a volte divergenti ⁽⁴⁷⁾. Molti paesi dell'UE hanno continuato a segnalare aumenti dei decessi per droga fino ad oggi o fino a poco tempo fa, mentre alcuni segnalano una stabilizzazione o un decremento. Quando si vanno ad interpretare le tendenze nazionali o locali, occorrerebbe tener conto sempre delle variazioni esistenti nelle procedure e nella qualità delle segnalazioni.

Nel corso della seconda metà degli anni Novanta, svariati paesi hanno segnalato una tendenza alla stabilizzazione o alla contrazione del numero dei decessi improvvisi per droga. La Francia e la Spagna hanno registrato una tendenza al ribasso apparentemente coerente. Per quanto questi dati possono essere viziati dai limiti della sottosegnalazione (è il caso della Francia) o della copertura limitata (in Spagna soltanto cinque città), è importante ricercare ulteriormente le ragioni di queste tendenze. Variazioni intervenute nella modalità di somministrazione dell'eroina ed una considerevole espansione dei programmi terapeutici (specialmente dei trattamenti farmacologici sostitutivi) può avere influenzato queste linee di tendenza ⁽⁴⁸⁾. In altri paesi (Germania, Italia ed Austria), il numero dei decessi per droga ha registrato delle fluttuazioni in questi ultimi anni; così, anche se il numero dei decessi per droga sembra essersi stabilizzato, sia pure ad un livello elevato, non c'è alcuna garanzia che ad una diminuzione, magari per due o tre anni, non faccia poi seguito un aumento.

⁽⁴⁶⁾ Come potete notare il numero dei decessi correlati all'uso di stupefacenti ed il relativo andamento, rispetto all'UE nel suo complesso, sono disponibili soltanto fino al 2000. Nove paesi hanno segnalato i dati 2001, ma per sette paesi al momento della raccolta dei dati (autunno 2002) erano disponibili soltanto i dati del 2000. Nei limiti del possibile, le informazioni del 2001 sono state utilizzate per i paesi che le avevano segnalate.

⁽⁴⁷⁾ Grafico 15 OL: Andamento dei decessi improvvisi correlati all'uso di stupefacenti fra i paesi dell'UE, 1985-2001 (versione on line).

⁽⁴⁸⁾ Cfr. OEDT, Relazione annuale (2002a, pag. 17), grafico 10 (Modalità di somministrazione dell'eroina in Spagna, primi trattamenti, 1991-2000), la sezione «Disponibilità di strutture terapeutiche» (pag. 34) e la tabella 3 (Sviluppo delle terapie sostitutive nei 15 Stati membri dell'UE ed in Norvegia) di questa relazione.

Grafico 15: Andamento dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti nell'Unione europea, 1985-2000 (1)

Grafico 15 (A): Andamento storico complessivo dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti nell'Unione europea, 1985-2000 (indice 1985 = 100)

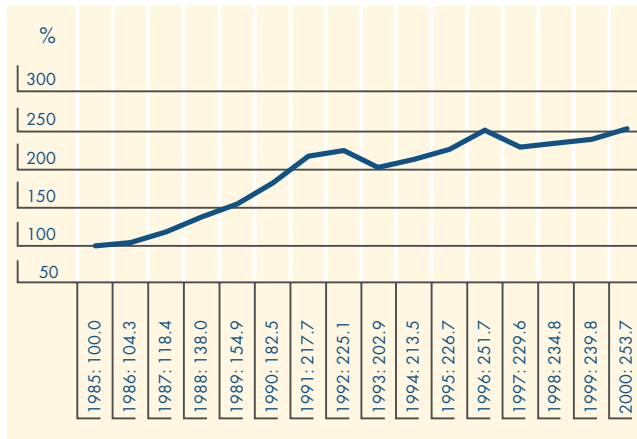
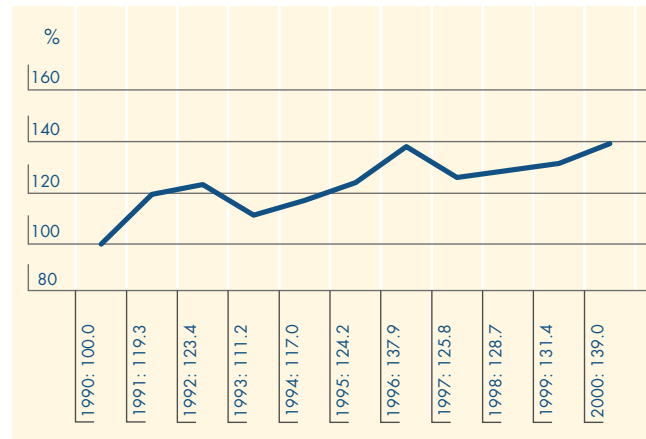


Grafico 15 (B): Andamento complessivo dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti nell'Unione europea, 1990-2000 (indice 1990 = 100%)



(1) Non tutti i paesi hanno fornito dati per tutte le annualità (cfr. tabella statistica 24: Il numero dei «decessi improvvisi correlati agli stupefacenti» registrati nei paesi dell'UE (secondo le definizioni nazionali utilizzate per segnalare i casi all'OEDT), 1985-2001 (versione on line). A titolo di correttivo, è stato utilizzato il metodo di calcolo definito nel progetto CT99.RTX.04, OEDT (2001) (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/guidelines_deaths_report.pdf). Dieci paesi hanno fornito informazioni per il 2001, mentre sei non l'hanno fatto. L'indice del 2001 non è stato calcolato. L'andamento registrato dai paesi che hanno fornito informazioni è riportato nel grafico 15 OL: Andamento dei decessi improvvisi correlati all'uso di stupefacenti fra i paesi dell'UE, 1985-2001 (versione on line). Il numero dei casi, per paese e per anno, è riportato nella tabella statistica 24.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox 2002, desunte dai registri generali della mortalità o dai registri speciali (degli istituti di medicina legale o delle forze di polizia). Sulla base delle definizioni nazionali di cui al riquadro 9 OL: Definizioni di «decesso improvviso correlato agli stupefacenti» negli Stati membri dell'UE, così come vengono utilizzate nella relazione annuale dell'OEDT e come sono riportate nelle relazioni nazionali (versione on line).

Nella seconda metà degli anni Novanta, altri paesi hanno segnalato una netta tendenza all'aumento (Grecia, Irlanda, Portogallo, Finlandia e Norvegia), che in alcuni casi potrebbe essere in parte dovuto ad un reporting migliore. In Portogallo, questa tendenza si è rovesciata nel 2000; idem dicasi per la Finlandia nel 2001. Questi aumenti potrebbero essere correlati all'espansione più tardiva del consumo di eroina in questi paesi, anche se in alcuni casi può aver inciso il miglioramento dei sistemi di segnalazione.

Il Regno Unito ha mostrato una costante tendenza al rialzo, per quanto moderata, dei decessi improvvisi per droga fino al 2000 secondo la definizione tradizionale (che include alcuni casi correlati all'uso di farmaci; *Office for National Statistics*, Ufficio per le statistiche nazionali), ma se i casi dovuti ad eroina-morfina

venissero considerati separatamente, emergerebbe una tendenza al rialzo molto più netta: un aumento di cinque volte nel 2000 rispetto al 1993 in Inghilterra e Galles (Griffiths, 2003) (49).

Infine, in alcuni paesi le linee di tendenza sono molto meno chiare, o meglio le variazioni sono di difficile interpretazione a causa del passaggio da una classificazione ICD ad un'altra (dalla 9ª alla 10ª edizione), della variazione delle definizioni nazionali o del numero piuttosto basso dei casi presi in esame.

Mancando l'indicazione di un decremento generalizzato a livello UE, si può dedurre che i danni alla salute correlati alle droghe siano ben lungi dall'essere superati; si sottolinea inoltre l'esigenza di analizzare ulteriormente i fattori di rischio dei decessi correlati all'uso di stupefacenti, nonché gli interventi mirati adeguati.

(49) La «Definizione della strategia in materia di droghe», di recente elaborazione, verte sull'abuso di sostanze stupefacenti (sostanze di cui al Misuse of Drugs Act del 1971, ma non sui decessi indirettamente correlati agli stupefacenti come i decessi per AIDS) ed è relativamente simile alla definizione dell'OEDT. Utilizzando la definizione della strategia in materia di droghe, il numero dei casi segnalati è quasi raddoppiato in Inghilterra e Galles tra il 1993 (864) ed il 2001 (1 623). Applicando la definizione dell'OEDT, si hanno 1 606 casi in Inghilterra e Galles nel 2000 e 1 443 nel 2001.

Mortalità complessiva tra i consumatori problematici di stupefacenti

I consumatori problematici di stupefacenti rappresentano meno dell'1 % della popolazione adulta dell'UE, ma in questo piccolo gruppo si concentrano rilevanti problemi sanitari e sociali.

Tra gruppi definiti (coorti), alcuni studi mostrano che la mortalità tra i consumatori problematici di stupefacenti è fino a 20 volte superiore rispetto alla popolazione generale della medesima età. Gran parte di questa elevata mortalità può essere attribuita a decessi per overdose accidentale, ma fra le altre cause figurano l'AIDS ed altre malattie infettive, incidenti e suicidi. Le overdose ed i decessi accidentali sono responsabili di una parte importante di questa mortalità, nelle aree in cui la prevalenza dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti è bassa, mentre l'AIDS ricopre un ruolo significativo nei paesi in cui la prevalenza dell'HIV correlata all'uso di droghe per via parenterale è elevata.

La mortalità di chi fa uso di sostanze stupefacenti per via parenterale è da due a quattro volte superiore a quella di chi non ne fa uso per via parenterale; inoltre (fino a poco tempo fa) la mortalità dei consumatori di stupefacenti affetti dal virus dell'HIV era da due a sei volte superiore a quella dei consumatori di stupefacenti non infettati. Con i recenti miglioramenti intervenuti nel trattamento dell'HIV, questa differenza sembra diminuire.

Andamento della mortalità tra i consumatori problematici di stupefacenti

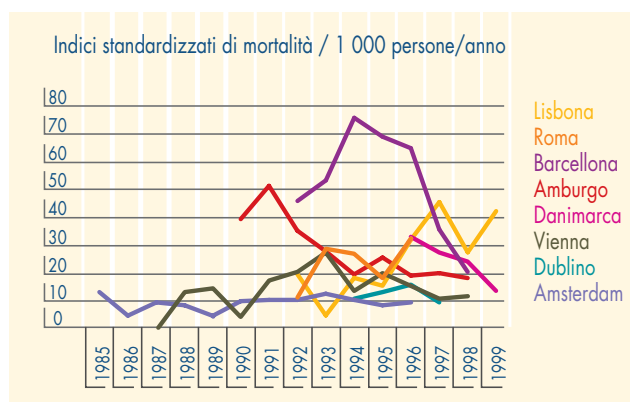
Lo studio policentrico coordinato dall'OEDT⁽⁵⁰⁾ mostra differenze nei tassi complessivi di mortalità e nella distribuzione delle cause di morte da una località all'altra. Lo studio rivela inoltre significative variazioni nel tempo sia rispetto alla mortalità complessiva che rispetto alla mortalità per una determinata causa⁽⁵¹⁾.

Barcellona presenta gli indici di mortalità più elevati, Vienna e Dublino i più bassi. In svariate località, i tassi di mortalità sono diminuiti a partire dai primi anni Novanta o dalla metà degli anni Novanta. A Barcellona, i tassi di mortalità si sono mantenuti particolarmente elevati tra il 1992 ed il 1996, ma, in questi ultimi anni, sono diminuiti rapidamente, principalmente grazie alla diminuzione della mortalità per AIDS. A Lisbona, i tassi di mortalità sono andati aumentando fino a poco tempo fa (cfr. grafico 16).

I confronti diretti tra le varie località vanno fatti con cautela, in quanto vi sono differenze nella tipologia dei centri terapeutici dove sono reclutate le coorti, anche se essi tendono a rappresentare tipologie di trattamento comuni. Tuttavia, i tassi di mortalità tra i tossicodipendenti, standardizzati per età e sesso, possono fornire un'utile misura dell'impatto sulla mortalità, nei diversi paesi, del consumo problematico di stupefacenti.

L'analisi dei tassi standardizzati di mortalità (SMR)⁽⁵²⁾ tra le coorti arruolate nell'ambito dello studio policentrico ha rivelato che a Barcellona il rischio di morte tra i consumatori problematici di stupefacenti, uomini e donne, è rispettivamente di 24 e

Grafico 16: Mortalità complessiva tra i consumatori problematici di stupefacenti in alcune città ed in alcuni paesi dell'UE



Note: Tassi di mortalità standardizzati, uomini e donne. Mortalità per tutte le cause in coorti di consumatori di oppiacei reperiti nei centri terapeutici. Ci sono alcune differenze nella tipologia degli ambienti in cui vengono reperiti i soggetti (centri terapeutici) e nelle modalità di trattamento, per quanto gli ambienti terapeutici e le modalità tendano a rappresentare tipologie comuni di trattamento, disponibili in ogni punto di osservazione; pertanto nei vari punti di osservazione ogni gruppo definito (coorte) tende ad essere rappresentativo della popolazione in trattamento. Per maggiori dettagli, cfr. tabella statistica 26: Coorti di mortalità che hanno partecipato al progetto policentrico dell'OEDT: caratteristiche dei partecipanti e risultati (versione on line). Lo studio policentrico dell'OEDT comprendeva altresì una coorte svedese (cfr. caratteristiche dei partecipanti nella tabella statistica 26 e Bargagli et al., 2002). La presentazione dei risultati supplementari di tale coorte è stata differita per consentire alla Svezia di procedere ad un riesame della coorte e ad un'analisi dei dati aggiuntivi.

Fonti: Progetti OEDT, CT.99.EP.07 e CT.00.EP.13, «Mortality of drug users in the EU» (Mortalità dei tossicodipendenti nell'UE), coordinati dal dipartimento di epidemiologia, Roma, autorità sanitaria.

64 volte superiore rispetto ad individui della medesima età e sesso della popolazione generale spagnola. A Lisbona, Amburgo e Roma il rischio di morte tra le donne consumatrici problematiche di stupefacenti è di 30-40 volte superiore rispetto alla popolazione generale. Gli elevati SMR tra i consumatori problematici di sesso femminile possono essere spiegati, almeno in parte, dalla bassa mortalità di base delle donne giovani nella popolazione generale.

Cfr. <http://annualreport.emcdda.eu.int> per ulteriori informazioni relative a questa sezione:

Riquadro 9 OL: Definizioni di «decesso improvviso correlato agli stupefacenti» negli Stati membri dell'UE, così come vengono utilizzate nella relazione annuale dell'OEDT e come sono riportate nelle relazioni nazionali

Riquadro 10 OL: Definizione dell'OEDT — Decessi correlati all'uso di stupefacenti

Tabella statistica 24: Il numero dei «decessi improvvisi correlati agli stupefacenti» registrati nei paesi dell'UE (secondo le definizioni nazionali utilizzate per segnalare i casi all'OEDT), 1985-2001

⁽⁵⁰⁾ Progetti OEDT CT.99.EP.07 e CT.00.EP.13, Mortalità dei tossicodipendenti nell'UE, coordinati dal dipartimento di epidemiologia, Roma, autorità sanitaria. (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/death_mortality.shtml).

⁽⁵¹⁾ Cfr. tabella statistica 26: Coorti di mortalità che hanno partecipato al progetto policentrico dell'OEDT — Caratteristiche dei partecipanti e risultati (versione on line).

⁽⁵²⁾ Il tasso standardizzato di mortalità stima l'eccesso di mortalità dei consumatori problematici di stupefacenti (espresso in volte) rispetto alle persone della medesima età e sesso nell'ambito della popolazione generale.

Tabella statistica 25: Sintesi delle caratteristiche delle vittime di decessi improvvisi correlati agli stupefacenti nei paesi dell'UE

Tabella statistica 26: Coorti di mortalità che hanno partecipato al progetto policentrico dell'OEDT — Caratteristiche dei partecipanti e risultati

- Caratteristiche dei consumatori di oppiacei arruolati nelle coorti, per località
- Tassi standardizzati di mortalità (SMR), per sesso e località del progetto
- Distribuzione delle cause di morte tra i partecipanti (coorti)

Consumo di stupefacenti e criminalità: alcuni dati (1)

Svariate fonti mostrano che la maggioranza dei tossicodipendenti in terapia ha avuto a che fare con il sistema giudiziario. Tra gli individui coinvolti in reati e tra i detenuti, studi condotti in Grecia (Università aristotelica di Salonicco, 2000), in Inghilterra e Galles (Bennett, 2000) mostrano che è più probabile che i tossicodipendenti, rispetto ai non tossicodipendenti, abbiano commesso svariati tipi di reato. I reati contro il patrimonio sono in genere identificati come la tipologia prevalente di reato commessa dai tossicodipendenti (Università aristotelica di Salonicco, 2000; Bennett, 2000; Meijer e a., 2002).

Per quanto riguarda il collegamento tra il consumo di stupefacenti e la criminalità, uno studio condotto tra la popolazione carceraria irlandese (Hannon e a., 2000) ha rivelato che il 51 % degli uomini ed il 69 % delle donne ha sostenuto che, quando ha commesso il reato per il quale è andato in carcere, era sotto l'influenza di sostanze stupefacenti. Un altro studio condotto in Irlanda (Millar e a., 1998) su soggetti giovani coinvolti in reati ha stimato che il 42 % dei casi sia collegato al consumo di alcool, il 17 % al consumo di stupefacenti ed il 4 % ad entrambi; è altamente probabile che l'alcool si associ a reati contro l'ordine pubblico, mentre le sostanze stupefacenti sono soprattutto associate ai furti.

Per quanto interessanti, questi risultati vanno visti come un esempio piuttosto che come una dimostrazione del collegamento esistente tra consumo di stupefacenti e criminalità: in primo luogo, perché provengono da studi condotti nell'ambito di popolazioni specifiche; in secondo luogo, perché potrebbero variare considerevolmente in rapporto alla droga utilizzata; terzo, perché un collegamento, specialmente di natura causale, tra il consumo di stupefacenti e la criminalità è particolarmente difficile da determinare.

(1) I risultati riportati nel riquadro sono stati forniti da Grecia, Irlanda, Paesi Bassi e Regno Unito, nelle rispettive relazioni annuali 2002 all'OEDT.

Criminalità correlata agli stupefacenti

La criminalità correlata agli stupefacenti può essere considerata comprendere gli illeciti penali commessi contro la legislazione in materia di stupefacenti, i reati commessi sotto l'influsso di droghe illecite, i reati commessi dai tossicodipendenti a sostegno delle proprie abitudini (prevalentemente reati contro il patrimonio e spaccio), oltre che i reati sistemici commessi nel quadro del funzionamento dei mercati illeciti (lotta per la difesa del territorio, corruzione di funzionari ecc.). Fatta eccezione per i reati commessi in relazione alla legislazione sugli stupefacenti, queste categorie non danno luogo a dati disponibili di routine; quando sono disponibili, i dati provengono da studi locali ad hoc che sono di difficile estrapolazione.

Reati contro la legislazione in materia di stupefacenti

Le «segnalazioni»⁽⁵³⁾ dei reati commessi in relazione alla legislazione sugli stupefacenti (uso, possesso, traffico ecc.) riflettono le differenze esistenti di carattere giuridico, ma anche le diverse modalità con cui la legge viene applicata, nonché le priorità e le risorse assegnate agli specifici problemi da parte del sistema giudiziario. Inoltre, i meccanismi informativi sui reati commessi contro la legislazione in materia di stupefacenti variano considerevolmente da un paese all'altro, specialmente per quanto riguarda le procedure di segnalazione, le definizioni e le unità statistiche. Queste differenze comportano notevoli difficoltà quando si vogliono confrontare i dati forniti da svariati paesi dell'UE. Per questo motivo, nei limiti del possibile, si confrontano gli andamenti piuttosto che i dati in valore assoluto.

La maggioranza dei reati registrati in materia di stupefacenti riguarda l'uso di sostanze stupefacenti oppure il possesso per uso personale⁽⁵⁴⁾, dal 39 % di tutti i reati per droga in Portogallo⁽⁵⁵⁾ all'89 % in Austria. In Spagna, Italia e Paesi Bassi, dove l'uso di sostanze stupefacenti non è considerato reato, tutti i reati per droga riguardano lo spaccio o il traffico di sostanze stupefacenti. Infine, Lussemburgo e Norvegia⁽⁵⁶⁾ segnalano in maggioranza reati connessi sia all'uso/spaccio, sia al traffico di stupefacenti.

La cannabis resta nel 2001 la droga più comunemente coinvolta nei reati per droga: rappresenta il 34 % delle segnalazioni per droga in Portogallo e Svezia, fino ad arrivare all'86 % in Francia. In Lussemburgo, predomina l'eroina, mentre nei Paesi Bassi la maggior parte dei reati per droga si riferisce a «droghe pesanti» (droghe diverse dalla cannabis e da suoi derivati)⁽⁵⁷⁾.

Tendenze

Nell'intera UE le «segnalazioni» per reati commessi contro la legislazione in materia di stupefacenti hanno registrato un continuo aumento nei 15 anni intercorsi fra il 1985 ed il 2001⁽⁵⁸⁾, con un

(53) Il termine «segnalazioni» per i reati commessi in relazione alla legislazione sugli stupefacenti copre diversi concetti, che variano da un paese all'altro (segnalazioni di polizia di soggetti sospettati di aver commesso reati in materia di stupefacenti, imputazioni per reati in materia di stupefacenti ecc.). Per un'esatta definizione per ogni paese, cfr. riquadro 11 OL: Definizioni di «segnalazioni di reati per droga» nei paesi dell'UE ed in Norvegia (versione on line). Nelle precedenti relazioni annuali è stato utilizzato il termine «arresti».

(54) Tabella statistica 27: Il tipo di reato prevalente tra le «segnalazioni» per reati in materia di droga nei paesi dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

(55) In Portogallo, l'uso di stupefacenti è stato depenalizzato nel luglio 2001. Conseguentemente, la percentuale dei reati per droga correlati all'uso di stupefacenti risulta inferiore nel 2001 rispetto al 2000, quando era il 55 %.

(56) In Norvegia non è possibile distinguere lo «spaccio/traffico» di droga separatamente dal «consumo/spaccio e traffico di droga». I rimanenti reati legati alla droga sono connessi soltanto al «consumo di droga».

(57) Tabella statistica 28: Gli stupefacenti maggiormente coinvolti nelle «segnalazioni» per reati in materia di droga nei paesi dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

(58) Tabella statistica 29: Il numero di «segnalazioni» per reati in materia di droga nei paesi dell'UE ed in Norvegia, 1985-2001 (versione on line).

aumento di quattro volte nell'insieme dell'UE e da meno di due volte in Danimarca, Lussemburgo e Paesi Bassi fino ad oltre sei volte in Irlanda e Finlandia.

Nell'arco degli ultimi 3 anni, il numero delle «segnalazioni» correlate agli stupefacenti è aumentato nella maggior parte dei paesi dell'UE. Gli aumenti più elevati sono stati segnalati da Irlanda, Finlandia e Norvegia. Tuttavia nel 2001 la Danimarca, la Francia, l'Italia, il Lussemburgo ed il Portogallo ⁽⁵⁹⁾ hanno registrato un minor numero di «segnalazioni» di reati correlati agli stupefacenti ⁽⁶⁰⁾ (cfr. grafico 17).

In tutti i paesi per i quali sono disponibili informazioni, rispetto al numero complessivo dei reati per droga la percentuale dei reati correlati all'uso di stupefacenti/possesso per uso personale è aumentata tra il 1996 ed il 1999-2000 ⁽⁶¹⁾. Da allora, le tendenze sono andate divergendo, con un continuo rialzo in Francia, Germania e Norvegia, una diminuzione in Lussemburgo, Austria, Portogallo e Svezia ed una stabilizzazione nel Regno Unito ⁽⁶²⁾.

In 10 Stati membri dell'UE i dati disponibili consentono di determinare l'andamento per il periodo 1996-2001 delle sostanze stupefacenti coinvolte in reati segnalati per droga. In questo periodo, rispetto a tutti i reati per droga, la percentuale dei reati correlati alla cannabis è generalmente aumentata in Francia, Germania, Italia, Lussemburgo, Portogallo e Spagna, è rimasta stabile in Svezia, mentre è diminuita in Irlanda, Austria e Regno Unito ⁽⁶³⁾. Nel 2001, gli aumenti più marcati sono stati registrati in Spagna, Lussemburgo e Portogallo ⁽⁶⁴⁾.

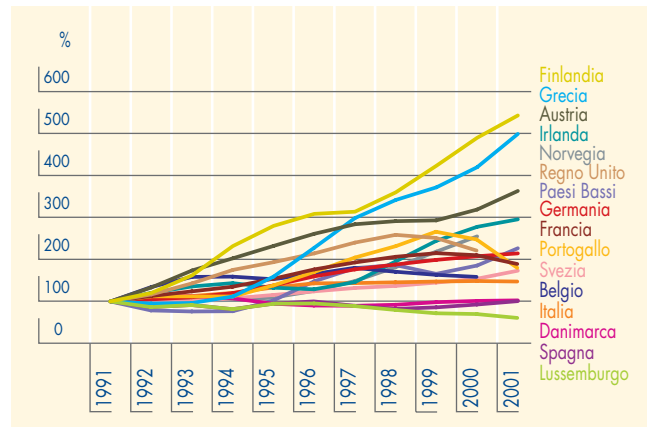
Nell'arco del medesimo periodo, 5 anni, la percentuale dei reati segnalati correlati all'eroina è diminuita in tutti gli Stati membri per i quali erano disponibili dati: non così nel Regno Unito dove, dal 1996, i reati correlati all'eroina sono aumentati di anno in anno ⁽⁶⁵⁾. Per i reati correlati alla cocaina, emerge una tendenza opposta, con percentuali in aumento in tutti i paesi, tranne che in Germania e Portogallo ⁽⁶⁶⁾.

Tossicodipendenti nel sistema giudiziario penale: i detenuti

Informazioni nazionali di routine sulla tipologia e sui modelli di consumo degli stupefacenti nonché sulle relative conseguenze tra i detenuti sono rare. La maggior parte dei dati disponibili nell'UE proviene da studi ad hoc realizzati a livello locale, utilizzando campioni di detenuti la cui dimensione varia considerevolmente, ma che sono generalmente piuttosto piccoli. Inoltre, spesso le carceri studiate non sono rappresentative del sistema carcerario nel suo insieme e la mancanza di indagini ripetute impedisce, nella maggior parte dei paesi, l'analisi dell'andamento. Questi fattori rendono molto difficile l'estrapolazione dei risultati.

Gli studi mostrano tuttavia che, rispetto alla comunità allargata, i tossicodipendenti sono sovrarappresentati all'interno della

Grafico 17: Le «segnalazioni» per reati in materia di droga nei paesi dell'UE ed in Norvegia, 1991-2001: medie mobili per 3 anni, indicizzate (1991 = 100)



Note: Per le definizioni di segnalazioni per reati in materia di droga, cfr. tabella statistica 29: Il numero di «segnalazioni» per reati in materia di droga nei paesi dell'UE ed in Norvegia, 1985-2001 (versione on line). Per il 2001 sono stati inseriti i valori reali per tutti i paesi; lo stesso è avvenuto per il Belgio nel 1995 e 1997, per la Spagna nel 1996 e per il Regno Unito e la Norvegia nel 2000, in quanto i dati disponibili non consentono in questi casi di calcolare la media mobile. La serie è stata interrotta per il Belgio nel 1996 (dati non disponibili).

Fonti: Punti focali nazionali Reitox.

popolazione carceraria ⁽⁶⁷⁾. Nell'UE la percentuale dei detenuti che ha segnalato di aver fatto uso di una qualsiasi droga illecita varia dal 29 % all'86 % a seconda del carcere e del paese (oltre il 50 % nella maggior parte degli studi) (cfr. grafico 18). Come accade nella comunità allargata, la cannabis è la droga di uso più frequente, ma svariati studi mostrano anche livelli elevati di uso di eroina (in alcuni casi il 50 % dei detenuti, se non di più).

Secondo svariati studi i detenuti che segnalano un uso più regolare e/o dannoso, come l'uso per via parenterale, l'uso regolare o la dipendenza, rappresentano una percentuale della popolazione carceraria che va dal 6 % al 69 %. In particolare, nell'UE svariati studi mostrano che circa un terzo dei detenuti maschi adulti è rappresentato da consumatori di stupefacenti per via parenterale (Bird e Rotily, 2002).

La maggior parte dei consumatori di stupefacenti interrompe o riduce l'uso di sostanze stupefacenti durante la detenzione. Tuttavia, alcuni continuano a far uso di sostanze stupefacenti, mentre altri cominciano proprio durante il periodo della detenzione. Il consumo di stupefacenti in carcere è segnalato dal 12 % al 60 % dei detenuti ed un uso regolare dal 10 % al 42 %. Tra la popolazione carceraria, una percentuale variabile dal 3 % al 34 % ha fatto uso almeno una volta di stupefacenti per via parenterale durante la detenzione ⁽⁶⁸⁾.

⁽⁵⁹⁾ La diminuzione registrata in Portogallo è dovuta principalmente alla depenalizzazione dell'uso di stupefacenti a partire da luglio 2001.

⁽⁶⁰⁾ Al momento della compilazione, mancavano i dati del 2001 per Belgio, Norvegia e Regno Unito.

⁽⁶¹⁾ Cfr. grafico 16 OL: Percentuale delle «segnalazioni» di reati per consumo/possesso di stupefacenti rispetto al totale dei reati per droga, 1996-2001 (versione on line).

⁽⁶²⁾ Fino al 2000, e al momento della redazione, i dati del 2001 non erano disponibili per il Regno Unito.

⁽⁶³⁾ Fino al 2000, e al momento della redazione, i dati del 2001 non erano disponibili per il Regno Unito.

⁽⁶⁴⁾ Cfr. grafico 17 OL: Percentuale delle segnalazioni di reati correlati alla cannabis rispetto al totale dei reati per droga, 1996-2001 (versione on line).

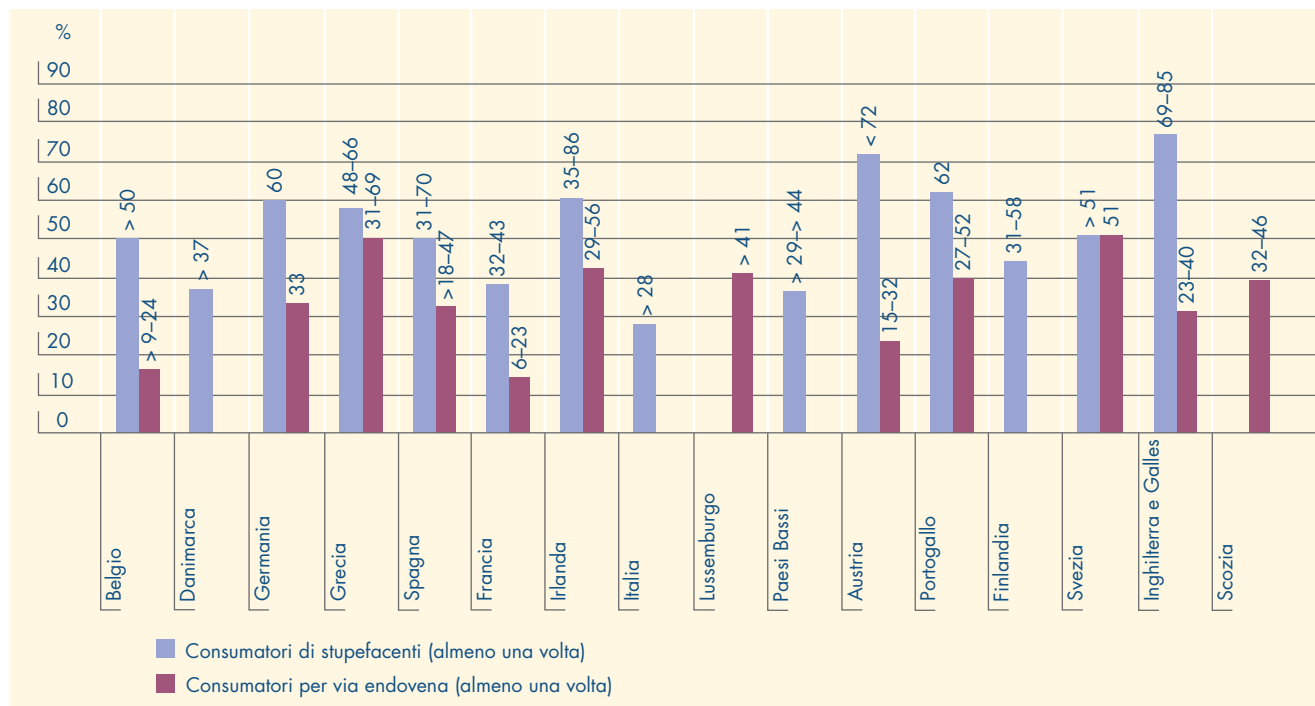
⁽⁶⁵⁾ Cfr. grafico 18 OL: Percentuale delle segnalazioni di reati correlati all'eroina rispetto al totale dei reati per droga, 1996-2001 (versione on line).

⁽⁶⁶⁾ Cfr. grafico 19 OL: Percentuale delle segnalazioni di reati correlati alla cocaina rispetto al totale dei reati per droga, 1996-2001 (versione on line).

⁽⁶⁷⁾ Cfr. tabella statistica 30: Percentuale dei tossicodipendenti nella popolazione carceraria dei paesi dell'UE e della Norvegia (versione on line).

⁽⁶⁸⁾ Cfr. grafico 20 OL: Stima del livello del consumo di stupefacenti dentro il carcere nei paesi dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

Grafico 18: Stima della prevalenza una tantum dei consumatori di stupefacenti nelle carceri dell'UE



Note: Nei limiti del possibile, i dati si riferiscono alla popolazione carceraria adulta, per quanto alcuni dati possano comprendere anche giovani carcerati. I valori del grafico sono tratti dai dati riportati qui di seguito. Occorre cautela nella comparazione in quanto le definizioni, i periodi di riferimento e le metodologie variano notevolmente da un'indagine all'altra e da un paese all'altro. La maggior parte dei dati proviene da studi locali ad hoc (non comparabili). Per ulteriori informazioni sulle varie indagini, cfr. tabella statistica 30: Percentuale dei tossicodipendenti nella popolazione carceraria dei paesi dell'UE e della Norvegia.

Belgio

- 50 %, assunzione di stupefacenti nell'ultimo mese prima di entrare in carcere, 1999 (n = 246).
- Il 9 % consumava regolarmente stupefacenti per via parenterale prima di entrare in carcere, 1999 (n = 246); il 24 % consumava stupefacenti per via parenterale prima di entrare in carcere, 1997 (n = 115).

Danimarca

- Il 37 % ha fatto un uso ripetuto di stupefacenti negli ultimi 6 mesi prima di entrare in carcere, 2001 (n = 3 445).

Germania

- 60 %, consumatori di stupefacenti, 1996 (n = 16).
- 33 %, consumo di stupefacenti per via parenterale prima di entrare in carcere, 1997 (n = 237).

Grecia

- Il 48 % ha fatto un uso una tantum di stupefacenti prima di entrare in carcere, 2000 (n = 136); il 66 % ha fatto un uso una tantum di eroina prima di entrare in carcere, 1995 (n = 544).
- Il 34 % ha fatto un uso una tantum di stupefacenti, 1996 (n = 861); il 31 % ha consumato stupefacenti per via parenterale, 995 (n = 1 183); il 69 % ha consumato stupefacenti per via parenterale prima di entrare in carcere, 1995 (n = 544).

Spagna

- Il 43 % ha fatto uso di cannabis nell'ultimo mese prima di entrare in carcere, 2000 (n = 5 028); il 31 % ha fatto uso di cocaina nell'ultimo mese prima di entrare in carcere, 1998 (n = 2 223); il 70 % (donne) ha fatto uso una tantum di droghe (alcol incluso), 1998 (n = 356); il 35 % (donne) ha fatto uso regolare di stupefacenti (alcol incluso), 1998 (n = 356); il 56 % era tossicodipendente, 1998 (n = 1 011).
- Il 18 % si è iniettato eroina nell'ultimo mese prima di entrare in carcere, 1998 (n = 2 223); il 47 % ha fatto uso di stupefacenti per via parenterale prima di entrare in carcere, 1997 (n = 101).

Francia

- Il 43 % ha fatto uso di stupefacenti nell'ultimo anno prima di entrare in carcere, 1998 (n = 1 212); il 32 % ha fatto uso regolare di stupefacenti nell'ultimo anno prima di entrare in carcere, 1997 (n = 8 728); il 35 % ha fatto uso di cannabis nell'ultimo anno prima di entrare in carcere, 1997 (n = 960).
- Il 12 % ha fatto uso una tantum di stupefacenti per via parenterale prima di entrare in carcere, 1998 (n = 1 212); il 9 % ha fatto uso di stupefacenti per via parenterale nell'ultimo anno prima di entrare in carcere, 1998 (n = 1 212); il 6 % ha fatto uso di stupefacenti per via parenterale nell'ultimo anno prima di entrare in carcere, 1997 (n = 8 728); il 14 % ha fatto uso di stupefacenti per via parenterale prima di entrare in carcere, 1997 (n = 960); il 23 % ha fatto uso una tantum di stupefacenti per via parenterale prima di entrare in carcere, 1996 (n = 574).

Irlanda

- Il 35 % ha fatto uso una tantum di eroina, 1999 (n = 607); il 52 % ha fatto uso una tantum di eroina, 1998 (n = 1 205); il 70 % ha fatto uso una tantum di eroina, 1997 (n = n.d.); l'86 % (uomini) ha fatto uso una tantum di stupefacenti, 1996 (n = 108).
- Il 29 % ha fatto uso una tantum di stupefacenti per via parenterale, 1999 (n = 607); il 43 % ha fatto uso una tantum di stupefacenti per via parenterale, 1998 (n = 1 205); il 56 % (uomini) ha fatto uso una tantum di stupefacenti per via parenterale, 1996 (n = 108).

Italia

- 1 %, dipendenza dalla droga una tantum prima di entrare in carcere, 2001 (n = 55 275).

Lussemburgo

- 41 %, consumo regolare di stupefacenti per via parenterale, 1998 (n = 362); 32 %, consumo regolare di stupefacenti per via parenterale prima di entrare in carcere, 1998 (n = 362).

Paesi Bassi

- Il 29 % ha problemi di tossicodipendenza, 1997 (n = 528); il 44 % sono tossicodipendenti, 1997 (n = 319).

Austria

- 72 %, consumo di stupefacenti una tantum (in un carcere specializzato in reati connessi con la droga), 1994 (n = 307).
- Il 26 % (uomini) ed il 32 % (donne) ha fatto uso di stupefacenti per via parenterale prima di entrare in carcere, 1999 (n = 143 e 69 rispettivamente); il 15 % sono consumatori di stupefacenti per via endovenosa, 1996 (valore stimato da esperti).

Portogallo

- 62 % consumo di stupefacenti una tantum, 2001 (n = 2 057)
- Il 27 % ha fatto uso una tantum di stupefacenti per via parenterale prima di entrare in carcere, 2001 (n = 2 057); il 52 % ha fatto uso di stupefacenti per via parenterale prima di entrare in carcere, 1997 (n = 535).

Finlandia

- 58 %, consumo di stupefacenti una tantum, 2001 (n = 825); 31 %, consumo di stupefacenti una tantum, 1995 (n = n.d.).

Svezia

- 51 %, consumo di stupefacenti per via parenterale nell'ultimo anno oppure consumo quotidiano prima di entrare in carcere, 2000 (n = 3 352).
- 51 %, consumo di stupefacenti per via parenterale nell'ultimo anno oppure consumo quotidiano prima di entrare in carcere, 2000 (n = 3 352).

Inghilterra e Galles

- 84 % (donne) ha fatto uso una tantum di stupefacenti prima di entrare in carcere, 2001 (n = 301); il 69-85 % ha fatto uso una tantum di stupefacenti prima di entrare in carcere, 1997 (n = 3 140).
- Il 38 % (donne) ha fatto uso una tantum di stupefacenti per via parenterale prima di entrare in carcere, 2001 (n = 301); il 24 % (uomini) ed il 29 % (donne) ha fatto uso una tantum di stupefacenti per via parenterale, 1997-98 (n = 2 769 e 407 rispettivamente); il 23-40 % ha fatto uso una tantum di stupefacenti per via parenterale, 1997 (n = 3 139).

Scozia

- 32 % (uomini) ed il 46 % (donne) ha fatto uso una tantum di stupefacenti per via parenterale, 1991-1996 (n = 2 286 e 132 rispettivamente).

Fonti: Puntii focali nazionali Reitox. Cfr. anche tabella statistica 30: Percentuale dei tossicodipendenti nella popolazione carceraria dei paesi dell'UE e della Norvegia (versione on line).

Cfr. <http://annualreport.emcdda.eu.int> per le tabelle statistiche relative a questa sezione:

Tabella statistica 27: Il tipo di reato prevalente tra le «segnalazioni» per reati in materia di droga nei paesi dell'UE ed in Norvegia

Tabella statistica 28: Gli stupefacenti maggiormente coinvolti nelle «segnalazioni» per reati in materia di droga nei paesi dell'UE ed in Norvegia

Tabella statistica 29: Il numero di «segnalazioni» per reati in materia di droga nei paesi dell'UE ed in Norvegia, 1985-2001

Tabella statistica 30: Percentuale dei tossicodipendenti nella popolazione carceraria dei paesi dell'UE e della Norvegia

Mercati e disponibilità di stupefacenti

Il numero dei sequestri di stupefacenti in un determinato paese viene considerato solitamente come un indicatore indiretto dell'offerta e della disponibilità di sostanze stupefacenti, per quanto esso rifletta anche le risorse, le priorità e le strategie delle forze dell'ordine, nonché la vulnerabilità dei trafficanti alle forze dell'ordine. I quantitativi sequestrati ⁽⁶⁹⁾ possono fluttuare notevolmente da un anno all'altro, se per esempio in un determinato anno alcune delle partite sequestrate sono molto consistenti. Per questo motivo il numero dei sequestri ⁽⁷⁰⁾ è considerato da svariati paesi un indicatore migliore della tendenza ⁽⁷¹⁾. In tutti i paesi, il numero dei sequestri comprende una grossa fetta di piccoli sequestri effettuati nel mercato al dettaglio ⁽⁷²⁾. Se sono note, origine e destinazione della droga sequestrata possono dare un'idea delle rotte, del traffico e delle aree di produzione. Il prezzo e la purezza della droga al dettaglio sono segnalati dalla maggior parte degli Stati membri, ma i dati provengono da una serie di fonti diverse che non sempre sono comparabili o affidabili, rendendo difficile un confronto accurato tra i vari paesi.

A causa della mancanza, al momento della compilazione, dei dati relativi ai sequestri realizzati nel 2001 ⁽⁷³⁾ da Belgio, Italia, Paesi Bassi e Regno Unito, le analisi della situazione 2001 e dell'andamento fino al 2001 sono incomplete. I dati del 2001 relativi ai sequestri di stupefacenti nell'UE ed in Norvegia figurano in dettaglio nella tabella 1. Nel testo che segue, l'andamento tra il 2000 ed il 2001 è stato dedotto per inferenza dall'evoluzione dei valori totali dell'UE, calcolati partendo unicamente dai paesi per i quali erano disponibili i dati riferentisi ad entrambi gli anni.

Secondo l'Europol, dalle statistiche globali emerge una concentrazione dei sequestri di droga in pochi paesi, dove

Disponibilità di sostanze stupefacenti tra i giovani d'età compresa tra 15 e 24 anni

L'indagine realizzata dall'Eurobarometro nel 2002 (EORG, 2002), sull'atteggiamento nei confronti delle sostanze stupefacenti e sulle opinioni dei giovani negli Stati dell'UE, fornisce alcuni dati sull'esposizione alla cannabis, nonché la disponibilità percepita di droghe illecite. Complessivamente, il 65 % dei giovani dell'UE che hanno risposto segnala di conoscere persone che fanno uso di cannabis, mentre al 46 % la cannabis è già stata offerta. Con percentuali variabili a seconda del paese, il 34-69 % (55 %) ⁽¹⁾ ritiene che sia facile trovare la droga vicino alla scuola/al college, il 39-71 % (62 %) vicino a casa, il 46-90 % (72 %) nei pub/club ed il 49-90 % (76 %) ai party.

⁽¹⁾ I dati tra parentesi si riferiscono alla media dell'UE.

avviene il 75 % circa di tutti i sequestri realizzati nel mondo, per tutti i tipi di droghe illecite. Per il traffico di resine di cannabis, questi paesi sono Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito, oltre a Marocco e Pakistan; per il traffico di cocaina, ancora la Spagna, insieme con Stati Uniti, Colombia, Messico e Panama; per il traffico di droghe sintetiche, Paesi Bassi e Regno Unito, insieme con Stati Uniti, Thailandia e Cina ⁽⁷⁴⁾.

Cannabis

La cannabis è la droga oggetto del maggior numero di sequestri in tutti gli Stati membri eccetto il Portogallo, dove prevalgono i sequestri di eroina. Fin dal 1996, la Spagna ha sequestrato i maggiori quantitativi di cannabis, più della metà del totale sequestrato nell'UE. Fino al 2000, il Regno Unito ha segnalato un numero più elevato di sequestri di cannabis rispetto alla Spagna, ma in media per quantitativi più modesti ⁽⁷⁵⁾.

Nel 2001 il Marocco continuava ad essere il maggior paese produttore di resina di cannabis (hashish) sequestrata nell'UE. La cannabis può essere contrabbandata direttamente dal Marocco, ma in molti casi arriva attraverso la penisola iberica. La resina di cannabis viene contrabbandata anche dai paesi nordici e baltici alla Finlandia, oltre che dall'Albania all'Italia ed alla Grecia. La maggior parte della marijuana (foglie di cannabis) sequestrata in Belgio, Germania, Francia, Lussemburgo e nei Paesi Bassi proviene dai Paesi Bassi ⁽⁷⁶⁾. Inoltre la Francia sostiene che la marijuana proviene anche dal proprio territorio, dall'Italia e dal Belgio e arriva in Grecia ed in Italia anche dall'Albania, mentre è

⁽⁶⁹⁾ Cfr. grafico 21 OL: Quantitativi di stupefacenti sequestrati nei paesi dell'UE ed in Norvegia (indice 1996 = 100), 1996-2000, e grafico 22 OL: Quantitativi di cannabis, cocaina, eroina ed anfetamine sequestrati nei paesi dell'UE ed in Norvegia, 1985-2000 (versione on line).

⁽⁷⁰⁾ Cfr. grafico 23 OL: Numero di sequestri di stupefacenti nei paesi dell'UE ed in Norvegia (indice 1996 = 100), 1996-2000, e grafico 24 OL: Numero di sequestri di cannabis, eroina, cocaina, anfetamine, ecstasy e LSD nei paesi dell'UE ed in Norvegia, 1985-2000 (versione on line).

⁽⁷¹⁾ Occorre cautela quando si analizzano le tendenze a livello di UE, in quanto le serie temporali partono da anni diversi nei diversi paesi. Per maggiori informazioni, cfr. tabelle statistiche 31-43 (versione on line).

⁽⁷²⁾ Cfr. grafico 25 OL: Quantitativi di stupefacenti sequestrati e numero di sequestri nei paesi dell'UE (indice 1996 = 100), 1996-2000 (versione on line).

⁽⁷³⁾ Per l'Italia ed i Paesi Bassi: mancano i dati 2001 relativi al numero dei sequestri. Per il Belgio ed il Regno Unito, mancano i dati 2001 relativi al numero dei sequestri ed ai quantitativi sequestrati.

⁽⁷⁴⁾ Ulteriori informazioni tratte dall'Europol si possono trovare nel riquadro 12 OL: Il traffico di stupefacenti nell'Unione europea.

⁽⁷⁵⁾ Questo dato va confrontato con quello del Regno Unito, quando sarà disponibile.

⁽⁷⁶⁾ Secondo le relazioni nazionali di questi paesi.

Tabella 1: Sequestri di stupefacenti nei paesi dell'UE ed in Norvegia, 2001

Paese	Anfetamine		Cocaina		Cannabis		Eroina		LSD		Ecstasy	
	Numero	Quantitativo (in kg)	Numero	Quantitativo (in kg)	Numero	Quantitativo (in kg)	Numero	Quantitativo (in kg)	Numero	Quantità (dosi)	Numero	Quantità (pastiglie)
Belgio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Danimarca	954	161	815	26	5 788	1 763	1 304	25	29	159	331	150 080
Germania ⁽¹⁾	3 459	263	4 044	1 288	29 824	8 942	7 538	836	289	11 441	4 290	4 576 504
Grecia ⁽²⁾ ⁽³⁾	n.d.	0,078	n.d.	297	n.d.	11 926	n.d.	330	n.d.	577	n.d.	58 845
Spagna ⁽⁴⁾	4 574	18	26 127	33 681	74 391	518 620	11 800	631	n.d.	26 535	11 947	860 164
Francia	111	57	1 583	2 094	45 789	62 121	2 652	351	115	6 718	1 589	1 503 773
Irlanda ⁽⁵⁾ ⁽⁶⁾	162	18	300	5	6 233	10 157	802	30	6	323	1 485	469 862
Italia	n.d.	0,6	n.d.	1 808	n.d.	53 078	n.d.	2 005	n.d.	1 139	n.d.	n.d.
Lussemburgo	7	0	58	8	490	16	211	1	1	1	17	8 359
Paesi Bassi ⁽⁷⁾ ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾	n.d.	579	n.d.	8 389	n.d.	33 419	n.d.	739	n.d.	28 731	n.d.	3 684 505
Austria	161	3	768	108	5 249	456	895	288	32	572	352	256 299
Portogallo ⁽¹⁰⁾ ⁽¹¹⁾ ⁽¹²⁾	4	0	1 100	5 575	2 411	6 707	2 430	316	6	3 588	160	126 451
Finlandia ⁽¹³⁾	3 778	137	55	7	5 846	622	557	8	14	1 026	465	81 228
Svezia	5 513	231	328	39	6 935	739	1 271	32	28	629	595	86 336
Regno Unito	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Norvegia	4 214	93	477	21	10 254	861	2 501	68	52	417	829	61 575
Totale	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

n.d., dati non disponibili.

⁽¹⁾ I dati sulle anfetamine comprendono anche le metanfetamine.
⁽²⁾ Un piccolo quantitativo di pastiglie di anfetamine è stato sequestrato anche nel 2001.
⁽³⁾ Una pastiglia di LSD è stata sequestrata anche nel 2001.
⁽⁴⁾ 11 026 pastiglie di anfetamine sono state sequestrate anche nel 2001.
⁽⁵⁾ 23 sequestri; 0,975 kg di metilamfetamine sono state sequestrate anche nel 2001.
⁽⁶⁾ 10 pastiglie di LSD sono state sequestrate anche nel 2001.
⁽⁷⁾ 20 592 pastiglie di anfetamine sono state sequestrate anche nel 2001.

⁽⁸⁾ 884 609 «piante di nederwiet» sono state sequestrate anche nel 2001 (cannabis).
⁽⁹⁾ 113 grammi di ecstasy sono stati sequestrati anche nel 2001.
⁽¹⁰⁾ 25 pastiglie di anfetamine sono state sequestrate anche nel 2001.
⁽¹¹⁾ Il numero dei sequestri di eroina comprende anche i sequestri di eroina liquida.
⁽¹²⁾ 100 grammi di ecstasy sono stati sequestrati anche nel 2001.
⁽¹³⁾ Il numero dei sequestri di cannabis comprende soltanto l'hashish.

Fonte: Punti focali nazionali Reitox.

dall'Angola che giunge in Portogallo. La produzione locale di cannabis è segnalata nella maggior parte degli Stati membri.

Nel 2001 si segnalava che il prezzo al dettaglio della resina di cannabis variava in media da 2,3 euro (Regno Unito) a 26,6 euro (Norvegia) al grammo e quello delle foglie di cannabis (marijuana) da 1,9 euro (Spagna) a 8 euro (Belgio, Svezia) in media al grammo. Il principio attivo, il tetraidrocannabinolo (THC), contenuto nella resina di cannabis è di solito compreso tra il 5 % ed il 14 %, anche se nel 2001 sono stati segnalati nell'UE campioni contenenti THC in misura variabile tra lo 0,15 % ed il 39 %. Il contenuto medio di THC delle foglie di cannabis è simile, dal 5 % all'11 % circa; in Norvegia è solitamente ancora più basso (1-3 %) e può arrivare al 34 % in alcuni campioni in Germania.

Tendenze

Il numero di sequestri di cannabis ⁽⁷⁷⁾ è aumentato continuamente nell'UE dal 1985, ma sembra essersi stabilizzato a partire dal 1999. Nel 2001, sono aumentati i sequestri di cannabis in Danimarca, Spagna, Irlanda, Lussemburgo, Austria, Finlandia, Svezia e Norvegia. Anche i quantitativi sequestrati ⁽⁷⁸⁾ sono aumentati dal 1985, ma si sono stabilizzati dal 1995.

Il prezzo al dettaglio della cannabis è in genere stabile nell'UE, tranne che nel Regno Unito, che, negli ultimi 4 anni, segnala una tendenza al ribasso. Nel 2001, il prezzo è aumentato in Belgio, Francia, Lussemburgo, Paesi Bassi (marijuana) e Norvegia (hashish). Al dettaglio, nel 2001, il Portogallo ed il Regno Unito hanno segnalato un aumento della purezza della

⁽⁷⁷⁾ Cfr. grafico 26 OL: Numero dei sequestri di cannabis, 1996-2001 (indicizzato) (versione on line).

⁽⁷⁸⁾ Cfr. grafico 27 OL: Quantitativi di cannabis sequestrati, 1996-2001 (indicizzati) (versione on line).

resina e delle foglie di cannabis (rispettivamente, hashish e marijuana). La purezza della resina di cannabis è aumentata anche in Belgio ed Italia.

Eroina

Nel 2000, quasi 9 tonnellate di eroina sono state sequestrate nell'UE, di cui oltre un terzo nel Regno Unito. L'eroina sequestrata nell'UE proviene in primis dall'Afghanistan e dal Pakistan, ma anche dai paesi dell'Asia sudorientale, tramite l'Iran, la Turchia e la rotta dei Balcani. Tuttavia, è segnalato un aumento del traffico di sostanze stupefacenti tramite l'Europa orientale (Russia, Estonia, Bielorussia, Bosnia) ed i paesi dell'Asia centrale già facenti parte dell'Unione Sovietica.

Nel 2001, i prezzi al dettaglio dell'eroina all'interno dell'UE variavano in media da 31 a 194 euro al grammo. I prezzi più alti sono segnalati dai paesi nordici e dall'Irlanda. La purezza dell'eroina (bianca o brown) varia in media dal 14 % al 48 %, ma nel 2001 la Norvegia ha segnalato una più elevata purezza media dell'eroina bianca.

Tendenze

A livello di UE, i sequestri di eroina ⁽⁷⁹⁾ sono aumentati fino al 1991/92 e poi si sono stabilizzati. Nel 2001 sono diminuiti in Danimarca, Germania, Francia, Lussemburgo e Portogallo. Rispetto alla situazione del 1985, i quantitativi sequestrati ⁽⁸⁰⁾ a livello di UE sono andati aumentando. Si sono stabilizzati nel periodo 1991-1998, ma poi sono andati aumentando di nuovo. Nel 2001, la maggioranza dei paesi ha segnalato un aumento dei quantitativi di eroina sequestrati. Secondo l'Europol, il drastico calo della produzione afghana di oppio verificatosi nel 2001 non si è riflesso in pari misura sulla disponibilità di eroina sul mercato europeo degli stupefacenti, probabilmente a causa dei grandi quantitativi di oppio ed eroina che erano stati immagazzinati dopo i raccolti record del 1999 e del 2000.

I prezzi al dettaglio dell'eroina sono in genere stabili o in diminuzione, per quanto nel 2001 sia stato segnalato un aumento in Belgio (eroina brown) ed in Danimarca. In genere si segnala che la purezza dell'eroina è stabile o in diminuzione in tutti i paesi, anche se recentemente la purezza dell'eroina brown è aumentata in Belgio, Danimarca, Irlanda e Regno Unito.

Cocaina

La Spagna resta il paese dell'UE con il livello più elevato di sequestri di cocaina, che nel 2001 rappresentava oltre la metà dei valori complessivi dell'UE ⁽⁸¹⁾ sia in termini di numero di sequestri che di quantitativi sequestrati. La cocaina sequestrata in Europa proviene dall'America latina (specialmente dai paesi andini, come

Perù e Colombia, ma anche dall'Ecuador), direttamente o tramite l'America Centrale, la Spagna e/o i Paesi Bassi. Per quanto la Spagna sia stata segnalata essere, da alcuni paesi dell'UE, un paese di ingresso della cocaina nell'UE, le autorità spagnole asseriscono che non c'è prova di grandi spedizioni di cocaina in Spagna corrispondenti ad un traffico internazionale. Secondo l'Europol, ogni anno entrano nell'UE circa 200 tonnellate di cocaina tramite spedizioni via mare o corrieri aerei, grazie alla presenza di grandi porti ed aeroporti ⁽⁸²⁾.

Nel 2001, i prezzi al dettaglio della cocaina variavano in media da 47 a 187 euro al grammo. I prezzi più bassi sono segnalati in Spagna, mentre i più alti in Finlandia e Norvegia. La purezza della cocaina è in genere elevata, tra il 45 % e l'80 % nella maggior parte dei paesi, tranne in Irlanda, dove nel 2001 era in media più bassa (23 %).

Tendenze

Dalla metà degli anni Ottanta, il numero totale dei sequestri di cocaina ⁽⁸³⁾ è aumentato costantemente nell'UE, tranne una diminuzione nel 2000; sembra che un aumento sia stato registrato anche nel 2001 ⁽⁸⁴⁾. I quantitativi di cocaina sequestrati ⁽⁸⁵⁾ hanno registrato fluttuazioni, nell'ambito comunque di una tendenza complessiva all'aumento tra il 1985 ed il 2001. Nel 2001, è stato segnalato un marcato aumento, dovuto principalmente ad un forte aumento del quantitativo totale di cocaina sequestrato in Spagna.

In questi ultimi anni, i prezzi al dettaglio della cocaina sono stabili o in diminuzione in tutti i paesi, ma sono aumentati in Norvegia nel 2001. La purezza della cocaina resta in genere stabile o diminuisce in tutti gli Stati membri, anche se nel 2001 è stato segnalato un aumento della purezza in Danimarca, Germania, Portogallo e Regno Unito.

Droghe sintetiche: anfetamine, ecstasy e LSD

In Finlandia, Svezia e Norvegia, le anfetamine rappresentano la droga sequestrata con maggiore frequenza, subito dopo la cannabis. In Irlanda è l'ecstasy ad essere la seconda droga oggetto di maggiori sequestri. Nel Regno Unito, negli ultimi cinque anni, sono stati sequestrati i maggiori quantitativi di anfetamine e di ecstasy ⁽⁸⁶⁾.

Secondo l'Europol ⁽⁸⁷⁾, il numero dei luoghi di produzione di droghe sintetiche scoperti ogni anno nell'UE è ragionevolmente di circa 50-70. Tuttavia, anche se il numero delle strutture produttive è relativamente stabile, i progressi compiuti sul piano metodologico, l'accresciuta sofisticazione delle attrezzature di produzione ed il crescente coinvolgimento di tecnici specialisti stanno determinando una crescente efficienza e capacità di produzione. Attualmente i Paesi Bassi, ed in misura minore il Belgio, sono i luoghi principali in cui avviene la produzione di

⁽⁷⁹⁾ Grafico 28 OL: Numero dei sequestri di eroina, 1996-2001 (indicizzato) (versione on line).

⁽⁸⁰⁾ Grafico 29 OL: Quantitativi di eroina sequestrati, 1996-2001 (indicizzati) (versione on line).

⁽⁸¹⁾ Questo dato va verificato alla luce dei dati del 2001, quando saranno disponibili.

⁽⁸²⁾ Ulteriori informazioni fornite dall'Europol si trovano nel riquadro 13 OL: Il traffico di cocaina (versione on line).

⁽⁸³⁾ Cfr. grafico 30 OL: Numero dei sequestri di cocaina, 1996-2001 (indicizzato) (versione on line).

⁽⁸⁴⁾ Questo dato va verificato alla luce dei dati del 2001, quando saranno disponibili.

⁽⁸⁵⁾ Cfr. grafico 31 OL: Quantitativi di cocaina sequestrati, 1996-2001 (indicizzati) (versione on line).

⁽⁸⁶⁾ Questa situazione va verificata alla luce dei dati del 2001 del Regno Unito, quando saranno disponibili.

⁽⁸⁷⁾ Ulteriori informazioni fornite dall'Europol si trovano nel riquadro 14 OL: Il traffico delle droghe sintetiche (versione on line).

ecstasy, anfetamine e derivati, ma la produzione è segnalata anche in altri Stati membri (Spagna, Francia, Regno Unito) e nei paesi dell'Europa centrale e orientale (Repubblica ceca, Estonia, Lituania, Polonia), oltre che in Thailandia. Secondo l'Europol, mentre l'Unione europea resta la fonte primaria di ecstasy, la produzione si sta diffondendo in tutto il mondo, con strutture scoperte nell'Asia sudorientale, in Cina, nel Nord America, in Sud Africa ed in Sud America.

Si segnala che il prezzo delle anfetamine è compreso in media tra 12 e 40 euro al grammo, mentre il prezzo di una pastiglia di ecstasy varia in media da 6 euro a 20 euro. I dati 2001 mostrano che il prezzo più basso per le droghe sintetiche si riscontra in Belgio e nel Regno Unito. La purezza delle anfetamine è molto variabile, dal 2 % in Irlanda al 52 % in Norvegia. La maggior parte delle pastiglie vendute come ecstasy contiene effettivamente ecstasy o sostanze simili all'ecstasy (MDMA, MDEA, MDA), con percentuali variabili dal 58 % delle pastiglie analizzate in Finlandia al 99 % in Germania, Spagna, Regno Unito e Norvegia ed al 100 % in Portogallo. Dal 2 % al 20 % delle pastiglie contengono anfetamine (o metanfetamine), ma si possono trovare anche altre sostanze psicoattive (2-CB, 2-CT7, 4-MTA, MDE, PMA e PMMA).

Tendenze

I sequestri di anfetamine — sia in numero ⁽⁸⁸⁾ che in termini quantitativi ⁽⁸⁹⁾ — sono aumentati in tutta l'UE tra il 1985 ed il 1998/99. Il numero di sequestri di anfetamine è sceso nel 1999 e nel 2000, principalmente a causa di una diminuzione registrata nel Regno Unito, ma apparentemente è aumentato di nuovo nel 2001 a livello UE ⁽⁹⁰⁾. I quantitativi sequestrati sono diminuiti tra il 1998 ed il 2000, ma sono risaliti nel 2001 nella maggioranza dei paesi ⁽⁹¹⁾.

Il numero dei sequestri di ecstasy ⁽⁹²⁾ è andato aumentando nella maggior parte dell'UE a partire dal 1985 — tranne che nel 1997 e nel 1998 — con marcati aumenti nel 2001, particolarmente in Spagna, che ha segnalato 11 947 sequestri di ecstasy nel 2001 (rispetto a 3 750 nel 2000). Dal 1985 al 1993, quando si sono stabilizzati, i quantitativi di ecstasy sequestrati ⁽⁹³⁾ hanno seguito la medesima tendenza all'aumento. Si è avuto tuttavia un picco nel 1996 e, dal 1999, i quantitativi sequestrati hanno ripreso ad aumentare. A livello di Unione europea, il numero di pastiglie di ecstasy sequestrate sembra essersi stabilizzato nel 2001, ma questa tendenza dovrebbe essere ulteriormente confermata dai dati relativi al Regno Unito, in quanto il Regno Unito è il paese dell'UE in cui avviene il maggior numero di sequestri. I sequestri di LSD sono meno frequenti. A livello UE, sia il numero ⁽⁹⁴⁾ che i quantitativi ⁽⁹⁵⁾ sono saliti fino al 1993 e poi sono diminuiti ⁽⁹⁶⁾, ma con un leggero aumento nel 2000.

Dopo significative diminuzioni negli anni Novanta, i prezzi delle anfetamine e dell'ecstasy si sono stabilizzati nell'UE. Tuttavia, nel 2001 la Norvegia ha segnalato una significativa diminuzione del prezzo al dettaglio delle anfetamine. Nel 2001 il prezzo medio delle pastiglie di ecstasy è sceso nella maggior parte dei paesi. Sempre nel 2001, la percentuale delle pastiglie contenenti ecstasy o sostanze simili all'ecstasy è aumentata in Belgio, Danimarca, Portogallo e Spagna, mentre la percentuale delle pastiglie contenenti anfetamine (e metanfetamine) è diminuita. La Finlandia ha segnalato il fenomeno opposto, nonché un'elevata percentuale di pastiglie contenenti buprenorfina (23 %).

Cfr. <http://annualreport.emcdda.eu.int> per le tabelle statistiche relative a questa sezione:

Tabella statistica 31: Numero di sequestri e quantitativi sequestrati (tutti i tipi di droga), 2001

Tabella statistica 32: Numero di sequestri di anfetamine, 1985-2001

Tabella statistica 33: Numero di sequestri di cannabis, 1985-2001

Tabella statistica 34: Numero di sequestri di cocaina, 1985-2001

Tabella statistica 35: Numero di sequestri di ecstasy, 1985-2001

Tabella statistica 36: Numero di sequestri di eroina, 1985-2001

Tabella statistica 37: Numero di sequestri di LSD, 1985-2001

Tabella statistica 38: Quantità di anfetamine sequestrate, 1985-2001 (kg)

Tabella statistica 39: Quantità di cannabis sequestrata, 1985-2001 (kg)

Tabella statistica 40: Quantità di cocaina sequestrata, 1985-2001 (kg)

Tabella statistica 41: Quantità di ecstasy sequestrata, 1985-2001 (pasticche)

Tabella statistica 42: Quantità di eroina sequestrata, 1985-2001 (kg)

Tabella statistica 43: Quantità di LSD sequestrata, 1985-2001 (dosi)

⁽⁸⁸⁾ Cfr. grafico 32 OL: Numero dei sequestri di anfetamine, 1996-2001 (indicizzato) (versione on line).

⁽⁸⁹⁾ Cfr. grafico 33 OL: Quantitativi di anfetamine sequestrati, 1996-2001 (indicizzati) (versione on line).

⁽⁹⁰⁾ Questa tendenza va verificata alla luce dei dati del 2001 (specialmente del Regno Unito), quando saranno disponibili.

⁽⁹¹⁾ Questa tendenza va verificata alla luce dei dati del 2001 (specialmente del Regno Unito), quando saranno disponibili.

⁽⁹²⁾ Cfr. grafico 34 OL: Numero dei sequestri di ecstasy, 1996-2001 (indicizzato) (versione on line).

⁽⁹³⁾ Cfr. grafico 35 OL: Quantitativi di ecstasy sequestrati, 1996-2001 (indicizzati) (versione on line).

⁽⁹⁴⁾ Cfr. grafico 36 OL: Numero dei sequestri di LSD, 1996-2001 (indicizzato) (versione on line).

⁽⁹⁵⁾ Cfr. grafico 37 OL: Quantitativi di LSD sequestrati, 1996-2001 (indicizzati) (versione on line).

⁽⁹⁶⁾ Questa tendenza va verificata alla luce dei dati del 2001, quando saranno disponibili.

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Light blue horizontal bar

Dark blue horizontal bar

Capitolo 2

Risposte al consumo di stupefacenti

Questo capitolo presenta una panoramica degli sviluppi intervenuti nelle politiche e nelle strategie nazionali e dell'UE in materia di stupefacenti. Vengono trattate anche le risposte date al problema degli stupefacenti nel campo dell'educazione, della sanità, dell'assistenza sociale, della giustizia penale e riduzione dell'offerta.

Evoluzione delle politiche nazionali in materia di stupefacenti

Riorganizzazione dei sistemi di coordinamento antidroga

La tendenza, osservata in questi ultimi anni, di strutturare una politica nazionale antidroga mediante piani d'azione nazionali e sistemi coordinati è continuata nel 2002⁽⁹⁷⁾. La Germania, l'Italia, alcune province austriache, la Svezia e la Norvegia si sono affiancate ad altri partner europei adottando piani, programmi o strategie coerenti antidroga. È interessante rilevare comunque come quest'area sia soggetta a frequenti variazioni. Spesso il cambiamento della compagine governativa produce una variazione della strategia antidroga o dell'organizzazione delle agenzie antidroga.

In Portogallo, il nuovo governo entrato in carica nel 2002 ha riunito l'Istituto portoghese per la droga e la tossicodipendenza (IPDT) e il servizio per la prevenzione e il trattamento della tossicodipendenza (SPTT) nell'IDT (*Instituto da Droga e da Toxicoddependência*) ed ha trasferito la responsabilità della nuova agenzia dalla presidenza del Consiglio al ministero della Salute. Nel Regno Unito, dopo la sua rielezione nel 2001, il governo ha presentato nel dicembre 2002 un aggiornamento della strategia antidroga per l'Inghilterra ed ha realizzato alcune riorganizzazioni nell'ambito del suo partenariato per la riduzione della criminalità locali. Le *Drug Action Teams* (squadre d'azione antidroga) sono state riorganizzate nel 2000 per conformarsi ai confini delle autorità locali. In Norvegia, l'amministrazione centrale degli Affari sociali e della salute è stata riorganizzata, ponendo maggiore enfasi sugli aspetti conoscitivi e sull'esperienza come base per la programmazione strategica e lo sviluppo di una politica antidroga, mentre in Irlanda il nuovo governo (2002) ha assegnato i compiti relativi alla strategia nazionale 2001-2008 sulla droga al nuovo ministero «Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs». È stato nominato un ministro incaricato della strategia nazionale antidroga, delle problematiche delle comunità locali e del rinnovamento abitativo ed urbano, settori che in Irlanda sono considerati interconnessi. Inoltre, il governo ha potenziato le iniziative destinate ad affrontare l'abuso di droga e la criminalità

ed a rigenerare le comunità svantaggiate per «costruire una società attenta ai bisogni». In Austria, nell'ambito del ministero degli Interni, è stata creata un'agenzia federale per la criminalità volta a garantire un maggiore coordinamento nella lotta contro la criminalità. Inoltre, e per la prima volta in Austria, sono state destinate risorse umane al coordinamento federale antidroga, che è incaricato delle politiche antidroga a livello federale.

L'OEDT segue costantemente tendenze, modelli e cambiamenti e, nel dicembre 2002, ha pubblicato on line uno studio comparato delle strategie e del coordinamento antidroga nel campo delle tossicodipendenze⁽⁹⁸⁾.

Come l'opinione pubblica percepisce il fenomeno della droga e le politiche di contrasto

L'opinione pubblica è sempre più consapevole del fenomeno dell'abuso di droghe e delle relative conseguenze e si sta interessando alle politiche nazionali antidroga. Tuttavia, i risultati di svariate indagini e sondaggi d'opinione mostrano che gli atteggiamenti nei confronti degli stupefacenti non sono uniformi nell'UE.

Da un'indagine condotta nel Voralberg, Austria, è emerso che il 63 % degli studenti ed il 40-45 % degli adulti si oppone alla punibilità dell'uso della cannabis per le persone che hanno più di 18 anni. A Vienna, il 78 % delle persone intervistate ha espresso l'opinione che la cannabis dovrebbe essere proibita, pur essendo a favore della depenalizzazione per i tossicodipendenti: queste persone rappresentano una buona parte di quell'86 % di intervistati secondo i quali i tossicodipendenti dovrebbero essere curati piuttosto che puniti. Un'altra indagine, condotta in Spagna nel 2002 dal *Centro de Investigaciones Sociológicas*, ha riscontrato che le droghe e l'alcool sono percepiti come un importante problema sociale, dopo la disoccupazione ed il terrorismo, ma prima della delinquenza e dell'insicurezza nelle aree urbane. In Francia, la percentuale delle persone a favore della liberalizzazione della cannabis è salita dal 17 % nel 1999 al 24 % nel 2002; quasi i tre quarti dei francesi (Beck e a., 2002) pensano che non sia possibile realizzare un mondo privo di droghe. Tuttavia, la metà degli intervistati ritiene che la sperimentazione della cannabis sia pericolosa, i due terzi degli intervistati ritiene che ciò possa avere un «effetto gateway»⁽⁹⁹⁾ ed il 65 % si oppone alla depenalizzazione della cannabis, anche a

⁽⁹⁷⁾ Questa relazione si concentra sui nuovi sviluppi. Un quadro completo delle strategie nazionali e del coordinamento nel settore della droga si trova al seguente indirizzo: http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml.

⁽⁹⁸⁾ Disponibile all'indirizzo http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml.

⁽⁹⁹⁾ L'effetto o la teoria *gateway* implica l'esistenza di una fase di progressione sequenziale nel consumo di droga. Per maggiori informazioni cfr. ODCCP (2000).

determinate condizioni (mentre l'88 % si oppone alla depenalizzazione del consumo di eroina). In Irlanda, un'indagine riguardante gli atteggiamenti nei confronti del consumo di cannabis realizzata da Lansdowne Market Research (con interviste individuali di un campione rappresentativo a livello nazionale di 1 159 adulti di età superiore a 15 anni) ha indicato che le opinioni sono altamente variabili. Mentre quasi due terzi delle persone in età di votare (età superiore a 18 anni) ritengono che la cannabis debba essere ammessa per ragioni mediche (purché il beneficio medico sia stato dimostrato), soltanto una minoranza (1 su 7) si è dichiarata a favore della legalizzazione completa. Il basso livello di sostegno alla legalizzazione riflette probabilmente il fatto che la cannabis è considerata una droga gateway. Nel Regno Unito, la riclassificazione della cannabis da droga di classe B a droga di classe C ha stimolato un ampio dibattito, con alcune persone a favore ed altre contro la riclassificazione.

Sviluppi giuridici

Nell'arco del periodo coperto dalla presente relazione gli sviluppi giuridici intervenuti hanno riguardato il miglioramento dei trattamenti terapeutici e le condizioni di riabilitazione dei tossicodipendenti, il monitoraggio da parte delle autorità statali di trafficanti e consumatori, nonché azioni più decise per i reati contro l'ordine pubblico e di disturbo alla quiete pubblica provocati dal fenomeno della droga in strada.

Trattamento e riabilitazione

L'anno scorso, svariati paesi dell'UE hanno introdotto variazioni legislative per facilitare i trattamenti terapeutici e la riabilitazione dei tossicodipendenti. Nel Lussemburgo è stato emanato un decreto nazionale che istituisce il contesto normativo per la terapia sostitutiva della tossicodipendenza a livello nazionale, che prevede un sistema di autorizzazione per i medici, criteri di ammissione per i pazienti ed un comitato di sorveglianza del programma. In Grecia, un programma pilota che autorizza il trattamento sostitutivo con buprenorfina è stato realizzato negli ospedali pubblici a Rodi. In Finlandia, i tossicodipendenti da oppiacei hanno il diritto di ricevere un trattamento di detossificazione o farmacologico sostitutivo, affiancato da terapie di mantenimento; ne segue che sono aumentate le unità che si occupano della valutazione delle esigenze e forniscono trattamento farmacologico ai tossicodipendenti. In Germania, con l'entrata in vigore, nel luglio dell'anno scorso, del IX libro del codice tedesco di sicurezza sociale, i tossicodipendenti possono fruire di maggiori diritti; la legislazione definisce inoltre con maggiore chiarezza come e quando i programmi di assicurazione malattia debbano farsi carico della detossificazione ed i programmi di previdenza complementare debbano farsi carico della riabilitazione.

Nell'aprile 2002, il parlamento danese ha deciso di abolire le disposizioni di legge che, sebbene mai applicate, permettevano

alle autorità delle contee di trattenere forzatamente i tossicodipendenti in terapia. In Italia, nel giugno dell'anno scorso, un decreto ministeriale, in linea con il piano nazionale antidroga e destinato a migliorare il trattamento finalizzato all'astinenza, ha attribuito ai servizi terapeutici privati il potere di certificare la tossicodipendenza. Conseguentemente, i centri terapeutici potevano ammettere direttamente i residenti provenienti da qualsiasi parte del paese e, sulla base di un certificato di tossicodipendenza, chiedere ai SerT locali (servizi per le tossicodipendenze) di pagare le spese della terapia fornita. Però, a seguito di una modifica della costituzione italiana, che trasferisce le competenze dell'assistenza sanitaria e sociale dall'amministrazione centrale a quelle regionali, la Corte costituzionale ha deciso che il decreto era anticostituzionale poiché riguardava un argomento di competenza delle regioni. In Norvegia, nel 2002 lo Stato ha assunto la proprietà e la responsabilità operativa degli ospedali; la responsabilità dei servizi sanitari a bassa soglia e della riabilitazione con assistenza medica dei tossicodipendenti spetta adesso al ministero della Salute. La responsabilità a livello provinciale dei servizi sanitari per i tossicodipendenti sarà trasferita allo Stato nel 2004 ed il ministero degli Affari sociali ha proposto che le competenze regionali dei servizi sociali specialistici e della cura dei tossicodipendenti vengano trasferite ai comuni nel 2004, al fine di fornire ai consumatori di droga un sistema di cura più completo e più coerente e migliori misure di trattamento.

In Austria, l'applicazione delle misure di carattere sanitario previste dall'articolo 11 della legge sulle sostanze narcotiche pone qualche problema. Ufficialmente, gli sforzi dovrebbero essere dedicati all'eliminazione del traffico (organizzato) di stupefacenti ma, nonostante questo, una forte percentuale di reati riguarda il consumo di cannabis, rispetto al quale le autorità sanitarie distrettuali, ai sensi del suddetto articolo 11, prescrivono di solito misure di carattere sanitario. Conseguentemente, i centri terapeutici non hanno risorse sufficienti per far fronte alla domanda e non sono in grado di tener fede alle proprie responsabilità.

Monitoraggio dei trafficanti

Nell'ottica di migliorare la sicurezza dei cittadini, alcuni paesi segnalano variazioni legislative per migliorare il monitoraggio di trafficanti e consumatori. In Danimarca, una legge entrata in vigore nel giugno 2002 impone alle società di telecomunicazioni di registrare e conservare per un anno tutti i dati inerenti le telecomunicazioni e le comunicazioni via Internet che possano aver rilevanza ai fini investigativi. Sulla base di un provvedimento del tribunale, la polizia può adesso, utilizzando programmi informatici o altre attrezzature, leggere dati non pubblici conservati sui computer. Analogamente, in Portogallo, una legge del gennaio 2002 ha introdotto misure speciali (riguardanti la raccolta delle prove, la confidenzialità delle informazioni e la confisca dei beni) per contribuire alla lotta contro la criminalità organizzata di natura finanziaria e contro altri gravi reati, fra cui

il traffico di stupefacenti. In Finlandia, un emendamento alla legge sulla polizia ha esteso i diritti della polizia all'acquisizione di informazioni tramite telecomunicazioni (come nel caso di sospetti reati correlati alle sostanze stupefacenti) ed all'effettuazione di forme di sorveglianza tecnica. Nel 2002 il governo ha anche varato la legge sui mezzi coercitivi, che aumenterà i mezzi di comunicazione di telesorveglianza e monitoraggio, sebbene i dettagli debbano ancora essere specificati.

Nel gennaio 2002 il codice di procedura penale dei Paesi Bassi è stato modificato per permettere, in aggiunta alle perquisizioni corporali, l'uso di raggi X e scanner ad ultrasuoni su chiunque sia sospettato di aver inghiottito piccoli quantitativi di droga, purché ad occuparsi di queste procedure sia un medico. Sono aumentate anche le tecniche di individuazione dei consumatori; l'estate scorsa il programma pilota del Regno Unito di test antidroga in Inghilterra e Galles è stato ampliato. Questo programma consente di effettuare prelievi dagli adulti arrestati dalla polizia per uno dei reati (prevalentemente contro il patrimonio o per droga) che fanno scattare l'effettuazione di test per accertare la presenza di eroina o cocaina. Ai soggetti il cui test è positivo viene data l'opportunità di incontrare un operatore per valutare insieme il rinvio ad un trattamento terapeutico; i risultati del test sono messi a disposizione del tribunale e contribuiscono alla formulazione di una sentenza di libertà provvisoria o condanna. I primi risultati del programma pilota sono stati pubblicati nel marzo 2003. Questo tipo di test è esteso nel 2003 a 30 reparti di polizia locali incaricati delle forme gravi di criminalità nel Regno Unito.

Misure volte a ridurre i reati contro l'ordine pubblico e di disturbo alla quiete pubblica

In quest'ultimo anno, le disposizioni legislative di alcuni Stati membri hanno cercato di minimizzare l'impatto sociale del consumo di stupefacenti, garantendo un controllo più stringente dell'ordine pubblico e della quiete pubblica.

In Irlanda, la *Criminal Justice Bill* del 2002 è stata emanata per rendere più severa la legge del 1994 sull'ordine pubblico. Le persone condannate ai sensi della legge del 1994 per un reato contro l'ordine pubblico, fra cui intossicazione in pubblico (per consumo di droghe), che potrebbero mettere in pericolo se stesse o altri, sono passibili di una «ordinanza di esclusione» che vieta loro di entrare in determinati locali o trovarsi vicino ad essi, fra cui locali muniti di licenza, sale da ballo o punti di ristorazione.

Nel Regno Unito, la sezione 8 del *Misuse of Drugs Act*, che si applica ai locatari ed ai gestori di determinate tipologie di locali, è stata modificata per includere il consumo illegale di qualsiasi droga «controllata» (prima si applicava soltanto a sostanze fumate come cannabis ed oppio) anche nelle *crack house*. Tuttavia, data l'ampia portata di queste misure, il governo ha poi deciso che le proposte della sezione 8 potrebbero non essere abbastanza efficaci per risolvere questo problema e sta quindi

cercando di varare la nuova legge sul comportamento antisociale, diretta più ai locali che alle persone, che autorizzerà la polizia, previa consultazione delle autorità locali, a chiudere le *crack house* entro 48 ore. Pertanto, il Regno Unito non intende per il momento applicare l'emendamento della sezione 8, lettera d), ma lo potrebbe fare nel caso in cui le sanzioni previste dalla legge sul comportamento antisociale non si rivelassero del tutto efficaci nei prossimi due anni.

Nei Paesi Bassi, la legge *Victoria* del 1997 ha dato ai sindaci il potere di chiudere i locali in cui il consumo o il traffico di stupefacenti provoca disturbo alla quiete pubblica. Tuttavia, poiché la chiusura degli edifici può incidere negativamente sul decoro e sulla struttura sociale dell'ambiente circostante, la nuova legge *Victor* del maggio 2002 consente ai comuni di assegnare nuovamente i locali precedentemente chiusi, permettendo per esempio a nuovi affittuari di disporre dei locali. Nella città di Venlo, un progetto pilota quadriennale in cui sono coinvolti polizia, pubblici ministeri e governo mira a ridurre i fastidi creati dai molti «turisti per droga» che comprano cannabis in coffee shop privi di licenza. Nel luglio 2002, il sindaco di Rotterdam, esercitando i poteri previsti dalla *Municipality Act*, ha imposto personalmente un divieto della durata di 6 mesi a circa 50 tossicodipendenti che frequentavano un quartiere cittadino e arrecavano disturbo ai residenti. Tuttavia, il tribunale regionale ha deciso che, nonostante il sindaco abbia il diritto di combattere le varie forme di disturbo alla quiete pubblica, un divieto di 6 mesi fosse troppo lungo e non giustificato; nonostante questo, la città di Rotterdam intende perseguire la sua politica di divieti.

In Danimarca, nel giugno 2001 è entrata in vigore una legge che proibisce l'ingresso a determinati locali. L'obiettivo della legge è fornire modalità più efficaci di intervento rispetto ai club della cannabis e ad altre forme di criminalità organizzata che si manifestano in determinati locali e creano preoccupazioni al vicinato. La legge consente alla polizia, previa ammonizione, di emettere un'ingiunzione della durata di 3 mesi contro il proprietario dei locali, vietando a terzi di entrarvi o sostarvi. La violazione dell'ingiunzione è punibile con un'ammenda; la ripetizione delle violazioni può portare ad una pena detentiva della durata massima di 4 mesi.

Sviluppi a livello UE

Nel novembre 2002, la Commissione europea ha pubblicato una comunicazione relativa alla valutazione intermedia del piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2000-2004) ⁽¹⁰⁰⁾. Scopo di tale valutazione era di esaminare lo stato di avanzamento delle attività previste dal piano di azione. Siccome tra queste ultime figurano attività che devono essere svolte dagli Stati membri, dalla Commissione europea, dall'OEDT e dall'Europol, la valutazione intermedia si basava su strumenti complementari, tra cui le risposte degli Stati membri ad un questionario ed una tabella di follow-up delle realizzazioni della Commissione, dell'OEDT e dell'Europol, completati dai risultati

⁽¹⁰⁰⁾ (COM)2002 599 def.

della valutazione fondamentale dei sistemi giudiziari degli Stati membri e dalle informazioni sulle iniziative legate alla droga a livello dell'UE. La comunicazione riassume le realizzazioni effettuate in ciascun settore coperto dal piano di azione e sottolinea le aree in cui è necessario agire a tutti i livelli.

Pur riconoscendo i risultati conseguiti, la Commissione sottolinea che molto lavoro resta da fare, fra cui lo sviluppo di sistemi di valutazione delle attività nazionali ed europee. Sottolinea anche l'esigenza di cooperare strettamente con i paesi candidati per garantirne il futuro contributo alla strategia dell'Unione europea in materia di droga. Il documento espone le basi metodologiche per la valutazione finale. In particolare, la Commissione propone di proseguire il processo di valutazione con il supporto di un gruppo di pilotaggio comprendente rappresentanti della Commissione, del Parlamento europeo, della presidenza del Consiglio, dell'Europol e dell'OEDT. Questo gruppo contribuirà a creare l'ambiente per la valutazione finale. Nel quadro di quest'ultima, l'OEDT confronterà i dati disponibili nel 2004 nel campo delle droghe con i dati del 1999 raccolti insieme con l'Europol. L'OEDT assisterà inoltre la Commissione nell'attuazione del secondo studio dell'Eurobarometro sul comportamento dei giovani e la droga e aggiornerà la tabella di follow-up delle attività dell'OEDT. Sarà inoltre molto attivo nell'elaborazione di strumenti volti a supportare gli sforzi di valutazione delle politiche in materia di droga seguite dagli Stati membri. Va rilevato che, secondo una speciale indagine dell'Eurobarometro intitolata «Attitudes and opinions of young people in the European Union on drugs» (2002) ⁽¹⁰¹⁾, i due modi più efficaci per affrontare i problemi correlati alla droga in Europa sono: misure più rigide nei confronti degli spacciatori e dei trafficanti di droga (si è espresso a favore il 59,1 % del campione, UE a 15) e miglioramento dei servizi terapeutici e di riabilitazione per i tossicodipendenti (a favore il 53,2 %, UE a 15) ⁽¹⁰²⁾.

Il Consiglio dell'Unione europea ha inoltre adottato un piano di attuazione di azioni da avviare sulle droghe sintetiche, che affronta determinati problemi relativi alla fornitura di droghe sintetiche che devono essere trattati dall'Unione europea nei prossimi anni. Il piano propone una serie di azioni per risolvere i

problemi individuati e definisce gli organi che devono svolgere i lavori nei tempi specificati.

Il 28 febbraio 2002, il Consiglio europeo ha adottato una decisione riguardante misure di controllo e disposizioni penali nei confronti di una nuova droga sintetica, la PMMA. Attualmente la PMMA non figura in nessuno degli elenchi allegati alla convenzione delle Nazioni Unite del 1971 sulle sostanze psicotrope ma, a seguito di questa decisione, la PMMA è ora oggetto di misure di controllo e disposizioni penali all'interno degli Stati membri ⁽¹⁰³⁾.

Un altro importante sviluppo è dato dalla decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 settembre 2002, che adotta un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) ⁽¹⁰⁴⁾. Gli obiettivi del programma sono i seguenti:

- migliorare l'informazione e le conoscenze per lo sviluppo della sanità pubblica;
- accrescere la capacità di reagire rapidamente e in modo coordinato alle minacce che incombono sulla salute;
- promuovere la salute e prevenire le malattie affrontando i determinanti sanitari in tutte le politiche e le attività.

Questo programma sosterrà fra l'altro l'attuazione di sistemi ed azioni di monitoraggio e reazione rapida nel campo dei determinanti sanitari. Entrambe le aree devono consentire il follow-up di iniziative avviate dalle parti interessate negli Stati membri, nel contesto del programma d'azione comunitario in materia di prevenzione della tossicodipendenza, nell'ambito del quadro d'azione riguardante la sanità pubblica (1996-2000 ed esteso al 2002).

Nel 2002, la Commissione europea ha avanzato inoltre alcune proposte riguardanti il settore delle droghe, che sono state discusse dal Consiglio durante il periodo coperto dalla presente relazione (marzo 2003): una riguarda la riduzione dei rischi associati alla tossicodipendenza, l'altra riguarda i precursori delle droghe ⁽¹⁰⁵⁾. In dicembre, la Comunità europea ha concluso un accordo con la Repubblica turca sui precursori e sulle sostanze chimiche frequentemente utilizzate per la produzione illecita di narcotici e sostanze psicotrope ⁽¹⁰⁶⁾.

⁽¹⁰¹⁾ Cfr. http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/eb/ebs_172_en.pdf.

⁽¹⁰²⁾ Atteggiamenti ed opinioni dei giovani d'età compresa tra 15 e 24 anni, in un campione che è rappresentativo dell'UE.

⁽¹⁰³⁾ 2002/188/GAI: Decisione del Consiglio, del 28 febbraio 2002, avente ad oggetto misure di controllo e sanzioni penali relative alla nuova droga sintetica PMMA (GU L 63 del 6.3.2002, pag. 14). Proposta di decisione del Consiglio che definisce la PMMA quale nuova droga sintetica da sottoporre a misure di controllo e a disposizioni penali [COM(2001) 734 def.].

⁽¹⁰⁴⁾ Decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 settembre 2002, che adotta un programma d'azione comunitario nel campo della sanità pubblica (2003-2008) — Dichiarazioni della Commissione (GU L 271 del 9.10.2002, pagg. 1-12).

⁽¹⁰⁵⁾ Proposta di raccomandazione del Consiglio sulla prevenzione e la riduzione dei rischi associati alla tossicodipendenza [COM(2001) 201 def.]. Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio relativo ai precursori di droghe [COM(2002) 494 def., GU C 20 E del 28.1.2003, pagg. 160-170].

⁽¹⁰⁶⁾ Accordo tra la Comunità europea e la Repubblica di Turchia sui precursori e le sostanze chimiche frequentemente utilizzati nella produzione illecita di stupefacenti o di sostanze psicotrope (GU L 64 del 7.3.2003, pagg. 30-35).

Prevenzione

Spesso si divide la prevenzione tra prevenzione di carattere «universale» (rivolta a ragazzi e giovani in generale, con un obiettivo di non consumo) ed una prevenzione «mirata» o «specificata» (rivolta a particolari gruppi ad alto rischio). Quest'ultima è affrontata nel capitolo 3 (pag. 63). La scuola è l'ambiente privilegiato per gli interventi di prevenzione universale in quanto questo ambiente garantisce un accesso continuativo ed a lungo termine a larghi gruppi di popolazione formati da giovani. Un recente progetto di ricerca sulle buone prassi nella prevenzione a scuola, finanziato dalla Commissione europea⁽¹⁰⁷⁾, ha stilato raccomandazioni per i programmi di prevenzione nelle scuole, nonché per il necessario quadro in cui essi si devono inserire: politica scolastica ed ambiente scolastico. La letteratura internazionale fornisce ampie dimostrazioni degli approcci che sono potenzialmente promettenti o che hanno confermato la loro efficacia⁽¹⁰⁸⁾.

In tutti gli Stati membri, la prevenzione figura nei programmi scolastici, nel senso che l'argomento «droghe» deve essere affrontato in un modo o in un altro; può voler dire però, molto semplicemente, che gli insegnanti o i funzionari di polizia forniscono informazioni sulle droghe e sui relativi rischi. Si è riscontrato che approcci puramente informativi e non strutturati sono privi di efficacia (Hansen, 1992; Tobler, 2001). Soltanto pochi Stati membri hanno formulato piani nazionali per la prevenzione nelle scuole che affrontano in dettaglio il campo di applicazione delle azioni da realizzare (o da evitare) e da parte di chi⁽¹⁰⁹⁾. Altri paesi invece preferiscono elaborare piani a livello comunale o dipartimentale, in cui viene inserita la prevenzione nelle scuole⁽¹¹⁰⁾. Un numero ancora minore di Stati membri ha definito criteri chiari per i contenuti della prevenzione nelle scuole (sono obbligatori soltanto in Irlanda e Regno Unito)⁽¹¹¹⁾. Tuttavia i paesi dell'UE stanno cominciando a riconoscere l'esigenza di fornire misure di prevenzione di alta qualità anziché limitarsi a ribadire l'importanza della prevenzione nelle loro strategie nazionali. La Svezia è uno dei pochi paesi ad ammettere che la prevenzione nelle scuole «è stata spesso realizzata con metodi che, da ricerche condotte, si sono rivelati produrre risultati scarsi o nulli, mentre i metodi veramente efficaci sono stati seguiti raramente» (Skolverket, 2000) e che la mancanza di controllo della qualità ha portato ad una situazione «in cui qualsiasi preside poteva decidere come l'educazione in materia di droga dovesse essere impartita». Adesso l'intera strategia viene ritirata in direzione di «programmi regolari basati su metodi valutati ed

efficaci». Analogamente, in Francia «il relativo silenzio ... dei testi legislativi e regolamentari ed il precoce coinvolgimento delle associazioni ... ha prodotto una molteplicità di soggetti attivi nella prevenzione, ... senza elementi teorici, di modello o d'azione, che siano stati imposti o particolarmente incoraggiati» (Relazione nazionale francese). In realtà questa descrizione potrebbe attagliarsi a molti altri Stati membri. Per contro, la Spagna, l'Irlanda ed il Regno Unito hanno sviluppato politiche di prevenzione improntate ad un chiaro controllo della qualità ed orientate alla dimostrazione dell'efficacia, una linea che intendono rafforzare ulteriormente⁽¹¹²⁾. Inoltre, in Portogallo, vengono ora introdotti requisiti più rigidi di qualità.

Sta aumentando l'importanza della mappatura sistematica e della documentazione dei programmi quale pietra miliare per il miglioramento della qualità⁽¹¹³⁾: di recente, la Danimarca, la Germania ed il Portogallo hanno adottato progetti pilota volti a sviluppare sistemi di monitoraggio simili a quelli già esistenti in Belgio, Grecia, Spagna, Francia, Paesi Bassi e Regno Unito.

Gli interventi sui programmi di studio (vale a dire, programmi formali di prevenzione con contenuti dettagliati ed indicazione delle sessioni) sono, secondo quanto se ne sa per il momento (Tobler, 2001), il modo più utile per erogare programmi efficaci di prevenzione in maniera controllata, tanto da consentire anche la valutazione sia del processo (buona erogazione) sia dei risultati (risultati positivi). La percentuale delle scuole coperte da questi interventi, inseriti nei programmi di studio, è relativamente modesta in alcuni Stati membri, o perché mancano i necessari sistemi informativi (Germania, Italia) o perché si preferisce trattare la prevenzione nel quadro della vita scolastica quotidiana e non all'interno dei programmi di studio (Austria e Finlandia)⁽¹¹⁴⁾⁽¹¹⁵⁾.

Poiché si tratta di un concetto relativamente ben definito, la prevenzione nelle scuole è l'area in cui si riesce meglio a mappare e quantificare l'attività di prevenzione; a questo riguardo, i sistemi informativi all'interno dell'UE cominciano a dare dei risultati, mentre le informazioni su altri importanti campi devono essere ancora strutturate e migliorate⁽¹¹⁶⁾.

Per contro, la prevenzione nella comunità locale è un concetto molto eterogeneo, in parte perché essa avviene, per definizione, in maniera decentrata. L'unico elemento comune a livello europeo è l'ambiente stesso: la «comunità locale». Gli interventi comprendono attività di carattere generale (ad es. formazione del personale e formazione dei formatori), misure strutturali (sviluppo della polizia locale e di reti specifiche, nonché coinvolgimento dei

⁽¹⁰⁷⁾ Cfr. <http://www.school-and-drugs.org>.

⁽¹⁰⁸⁾ Cfr. Focus sulle droghe n. 5 all'indirizzo http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_IT.pdf.

⁽¹⁰⁹⁾ Cfr. grafico 38 OL: Piani nazionali di prevenzione nelle scuole (versione on line).

⁽¹¹⁰⁾ Cfr. grafico 39 OL: Organizzazione della prevenzione (versione on line).

⁽¹¹¹⁾ Cfr. tabella 3 OL: Panorama delle misure politiche e normative per la prevenzione (versione on line).

⁽¹¹²⁾ Cfr. Focus sulle droghe n. 5 all'indirizzo http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_IT.pdf.

⁽¹¹³⁾ Cfr. Focus sulle droghe n. 5 all'indirizzo http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_IT.pdf.

⁽¹¹⁴⁾ Cfr. Focus sulle droghe n. 5 all'indirizzo http://www.emcdda.eu.int/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_IT.pdf.

⁽¹¹⁵⁾ Cfr. tabella 4 OL: Principali parametri quantitativi dei programmi di prevenzione (versione on line).

⁽¹¹⁶⁾ Cfr. tabella 5 OL: Programmi di prevenzione nelle scuole e negli asili (versione on line).

responsabili decisionali) ed azioni specifiche, come l'apertura di centri locali per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'emarginazione (Francia) o «ronde» di genitori/«night raven» (Danimarca, Svezia e Norvegia) ⁽¹¹⁷⁾. Non necessariamente gli interventi sono organizzati da gruppi della comunità locale stessa, ma — è il caso, per esempio, del Lussemburgo — possono essere gestiti dall'alto in basso da un'agenzia nazionale responsabile dell'avvio dei progetti, fra cui i programmi di sensibilizzazione alla tematica delle droghe. Spesso mancano basi solide ed obiettivi chiari; soltanto in Grecia i progetti realizzati nell'ambito delle comunità locali sono oggetto di una qualche forma di monitoraggio in termini di obiettivi e struttura. Fatta eccezione per il Lussemburgo e l'Irlanda, non sono segnalati cicli significativi di valutazione.

La prevenzione nelle famiglie, nonostante venga spesso citata come elemento chiave delle strategie nazionali, sembra svilupparsi in maniera disparata, intuitiva ed improvvisata, senza nessuna particolare base di esperienze comprovate. Una caratteristica frequente è la formazione dei genitori all'esplicazione del proprio ruolo e/o alla divulgazione delle informazioni (Belgio, Danimarca, Germania, Francia, Italia, Portogallo e Norvegia). Soltanto l'Irlanda, i Paesi Bassi ed il Regno Unito hanno tarato i progetti, i quali si rivolgono a famiglie a rischio e si concentrano sugli ambienti a forte disagio sociale. La Spagna ha invece pubblicato una rassegna sistematica ed esauriente sulle pratiche di prevenzione basate sulla famiglia ⁽¹¹⁸⁾, mentre la Grecia ha sviluppato progetti di famiglie a livello nazionale bene organizzati e documentati.

Finora è stato impossibile confrontare la spesa per la prevenzione nei vari Stati membri, neppure limitandosi alle risorse destinate ai piani di prevenzione nelle scuole.

Le campagne sui mass-media, nonostante la prova della debolezza del loro impatto sui comportamenti di consumo, quando le campagne sono fini a se stesse (Paglia e Room, 1999),

nonostante il loro considerevole costo, restano spesso importanti pilastri delle strategie di prevenzione.

Risposte alla problematica della riduzione dei danni

Le misure volte a minimizzare i danni alla salute correlati alle droghe, ridurre i decessi e mitigare ogni forma di disturbo alla quiete pubblica ⁽¹¹⁹⁾ sono diventate parte integrante di molte strategie nazionali in materia di droga ed una chiara priorità politica nella maggioranza dei paesi ⁽¹²⁰⁾. La realizzazione di attività volte alla riduzione dei danni è descritta dai punti focali nazionali come «molto importante», «di grande significato», «fondamentale», «una priorità» oppure «un aspetto chiave della nostra strategia nazionale in materia di droga».

I programmi di scambio di siringhe, le iniziative di prima assistenza (operatori di strada) ed i servizi a bassa soglia hanno continuato ad espandersi e, in svariati paesi, si sono andati diversificando, includendo l'assistenza medica di base, le vaccinazioni, l'educazione ad un «consumo sicuro», l'assistenza d'emergenza nei casi di overdose, i corsi di primo soccorso per tossicodipendenti o i locali dedicati al consumo di stupefacenti, ma sotto controllo. La tabella 2 fornisce un panorama di alcune iniziative volte alla riduzione dei danni negli Stati membri dell'UE ed in Norvegia. L'accresciuta copertura geografica dei programmi di scambio di siringhe rientra tra le misure più importanti volte a ridurre le infezioni correlate al consumo di stupefacenti per via parenterale. Altri interventi sono in genere meno diffusi e sono qui presentati come «indicatori» dell'orientamento delle risposte date dai servizi che si occupano di tossicodipendenze alle esigenze sanitarie di base dei tossicodipendenti emarginati. In tutti i paesi, anche le iniziative terapeutiche, specialmente i programmi farmacologici sostitutivi, forniscono un importante contributo alla riduzione dei danni alla salute correlati all'uso di sostanze stupefacenti.

⁽¹¹⁷⁾ Maggiori informazioni sui «night raven» si possono trovare a pag. 63.

⁽¹¹⁸⁾ http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/intervencion_familiar.pdf.

⁽¹¹⁹⁾ Cfr. OEDT, Relazione annuale 2002; OEDT, Focus sulle droghe, n. 4. Raccomandazione del Consiglio sulla prevenzione e la riduzione dei danni alla salute connessi con la tossicodipendenza (Cordrogue 32).

⁽¹²⁰⁾ Cfr. tabella 6 OL: Ruolo della riduzione dei danni (versione on line).

Tabella 2: Copertura geografica dei programmi di scambio di siringhe e disponibilità di alcuni altri servizi sanitari per tossicodipendenti negli Stati membri dell'UE ed in Norvegia

Paese	Copertura geografica dei programmi di scambio di siringhe ⁽¹⁾	Assistenza medica a bassa soglia ⁽²⁾	Educazione al consumo sicuro ⁽³⁾	Corsi di primo soccorso per tossicodipendenti ⁽⁴⁾	Locali controllati per il consumo di droghe	Prescrizione di eroina
Belgio	> 40 punti, nelle maggiori città		Sì	Sì		Tentativi in discussione
Danimarca	In 10 su 14 contee		Sì	Sì		
Germania	Quasi tutte le città	Sì	Sì	Sì	20 strutture in 11 città	Uno studio medico triennale è stato avviato nel 2002
Grecia	Atene	Sì	Sì	Sì		
Spagna	In 18 su 19 regioni, carceri	Sì	Sì	Sì	2 strutture	Tentativo in Andalusia e Catalogna
Francia	In 87 su 100 dipartimenti	Sì	Sì	Sì		
Irlanda	20 punti e prima assistenza, principalmente nell'area di Dublino		Sì			
Italia	SerT ed organizzazioni non governative in «molte città»; distributori automatici in centri urbani più piccoli	Sì		Sì		
Lussemburgo	Servizi specializzati in tre città principali; distributori automatici in cinque città	Sì	Sì	Sì	1 (in programma)	Creato il quadro giuridico
Paesi Bassi	> 95 % delle città più grandi	Sì	Sì	Sì	21 locali in 11 città	Completato un test clinico randomizzato; 300 pazienti continuano il trattamento
Austria	13 città che coprono la maggior parte delle province	Sì	Sì	Sì		
Portogallo	La copertura nazionale avviene mediante un programma basato sulle farmacie; una rete di programmi di scambio di siringhe/ prima assistenza è in via di creazione	Sì	Sì	Sì	Legalmente possibile; non sono previsti	
Finlandia	Oltre il 70 % delle città > 50 000 abitanti, più cinque città più piccole	Sì	Sì	Sì		
Svezia	Malmö e Lund			Sì (a latere dei programmi di scambio di siringhe)		
Regno Unito	Programmi importanti nella maggior parte delle città inglesi e scozzesi; i programmi di scambio di siringhe sono stati introdotti nell'Irlanda del Nord nel 2001		Sì	Sì	Raccomandati dall'Home Affairs Select Committee, (un'apposita commissione parlamentare), senza il sostegno dell'Home Secretary	Continua la prescrizione dell'eroina, in misura limitata. Estensione raccomandata dall'Home Affairs Select Committee (ed approvata in linea di principio dal governo)
Norvegia	Oslo dal 1988 e nella maggior parte dei comuni più grandi	Sì		Sì		

⁽¹⁾ Cfr. tabella 7 OL: Presenza e tipologia dei programmi di scambio di siringhe (SEP), coinvolgimento delle farmacie, numero delle siringhe distribuite/vendute (versione on line).

⁽²⁾ Almeno un servizio di assistenza medica a bassa soglia.

⁽³⁾ Almeno un servizio fornisce regolarmente corsi di formazione sul consumo sicuro.

⁽⁴⁾ Corsi regolari di primo soccorso per i tossicodipendenti in almeno una città.

Cfr. tabella 11 OL: Strategie e misure scelte per ridurre il numero dei decessi correlati all'uso di stupefacenti negli Stati membri dell'UE ed in Norvegia.

La prevenzione delle malattie infettive

I programmi di scambio di siringhe sono disponibili in tutti i paesi, ma la copertura è molto limitata in Svezia e Grecia. Una proposta volta a proseguire i due programmi esistenti e ad estenderne la dimensione a livello nazionale è stata recentemente avanzata in Svezia. In molti altri paesi, l'accessibilità di attrezzature sterili per le iniezioni è stata ulteriormente migliorata ed una migliore copertura delle aree rurali è stata inoltre realizzata mediante l'installazione di distributori automatici ed il coinvolgimento dei farmacisti ⁽¹²¹⁾.

HIV

La consulenza ed i test di carattere volontario per il virus dell'HIV sono comunemente disponibili in tutti i paesi dell'UE ed in gran parte sono gratuiti ⁽¹²²⁾. Sono aumentati gli sforzi per avvicinarsi ai tossicodipendenti «difficili da raggiungere» e per incoraggiarli a ricorrere a consulenza e test mediante nuovi servizi a bassa soglia ed attività di prima assistenza, anche se in parecchi paesi la disponibilità di test gratuiti totalmente anonimi è limitata.

Il trattamento antiretrovirale ad alta attività [HAART ⁽¹²³⁾] è erogato dai sistemi sanitari di tutti i paesi dell'UE, ma si osservano seri problemi, sia di accesso, sia di costanza, dei tossicodipendenti che hanno contratto il virus dell'HIV. I tossicodipendenti attivi non sono ben coperti dal trattamento terapeutico previsto per l'HIV, specialmente quelli che sono senza fissa dimora o conducono esistenze instabili. Ulteriori ostacoli sono dati dall'atteggiamento dei fornitori terapeutici e dalla mancanza di informazione tra i tossicodipendenti circa la netta riduzione di morbilità e mortalità che si può conseguire con il trattamento terapeutico. Alcuni paesi (come Belgio, Germania, Austria, Portogallo e Finlandia) hanno adottato approcci innovativi, fornendo per esempio il trattamento per l'HIV nell'ambito dei servizi per tossicodipendenti e nei centri a bassa soglia, oppure modificando le modalità con cui vengono dispensate le medicine per venire incontro agli stili di vita dei pazienti: ciò non toglie che il ricorso al trattamento terapeutico ed il relativo successo restano un elemento di sfida.

Epatite B

In alcuni paesi si stanno attualmente conducendo campagne di vaccinazione gratuita contro il virus dell'epatite B ⁽¹²⁴⁾. Si può rilevare un'offerta più dinamica di vaccinazioni da parte dei servizi per tossicodipendenti e sforzi, da parte di questi ultimi, per mettere le vaccinazioni a disposizione dei tossicodipendenti mediante punti di contatto per la popolazione ad alto rischio. Alcuni programmi pilota, in Germania, Paesi Bassi ed Austria, stanno dando risultati positivi in termini di aumento degli indici di

immunizzazione. Per i tossicodipendenti si raccomanda la vaccinazione contro i virus dell'epatite A e B (BAG, 1997).

Per quanto, nella maggior parte dei paesi, le vaccinazioni siano disponibili e coperte dai sistemi sanitari, gli indici di immunizzazione segnalati sono bassi.

Può darsi che i tossicodipendenti non rimangano sufficientemente a lungo in contatto con un unico servizio terapeutico per completare il ciclo delle vaccinazioni ed arrivare alla piena immunizzazione. Sono state tentate altre soluzioni, che prevedono la somministrazione del vaccino presso servizi diversi, cicli ravvicinati e programmi specializzati di facile accesso.

Epatite C

Il trattamento dell'epatite C è possibile in tutti i paesi, ma in pratica per i tossicodipendenti l'accesso è difficile (Wiessing, 2001). Le linee guida correnti suggeriscono che il trattamento dei tossicodipendenti non inizi fintanto che non abbiano abbandonato la droga oppure si siano stabilizzati o siano in terapia sostitutiva orale da almeno un anno, a causa del rischio, per i consumatori attivi di stupefacenti, di contrarre nuovamente l'infezione. Molti paesi segnalano un accesso limitato al trattamento terapeutico, oppure una bassa costanza nel seguire il trattamento stesso ⁽¹²⁵⁾. Tra le nuove possibilità volte a migliorare il ricorso al trattamento terapeutico e la costanza dei tossicodipendenti figura l'interferone peghilato (interferone coniugato con polietilene glicolico), che prevede un regime meno impegnativo, oltre allo sviluppo di linee guida per il trattamento *evidence-based* (suffragate dall'esperienza).

Non sono molti i piani nazionali d'azione volti a ridurre le infezioni da virus dell'epatite C. In parecchi paesi sono stati realizzati corsi di formazione per un «consumo sicuro» e campagne di informazione e sensibilizzazione per i tossicodipendenti. In alcuni paesi sono segnalati programmi in ambito carcerario, per sensibilizzare alle malattie infettive; sono segnalati anche sforzi per migliorare la conoscenza della prevenzione dell'epatite C tra i professionisti che operano a contatto con i tossicodipendenti.

Riduzione dei decessi correlati all'uso di stupefacenti

Ogni anno, nell'UE ed in Norvegia, vengono registrati circa 8 000 decessi improvvisi correlati agli stupefacenti, in gran parte nella popolazione giovanile. Il tributo che la società paga per i decessi correlati all'uso di stupefacenti diventa ancor più evidente se viene espresso in termini di «anni di vita perduti» ⁽¹²⁶⁾. Il tributo pagato dall'Inghilterra e dal Galles nel 1995 per i decessi correlati all'uso di stupefacenti è stato così pari al 70 % del tributo pagato per gli incidenti stradali (ACMD, 2000).

⁽¹²¹⁾ Cfr. tabella 7 OL: Presenza e tipologia dei programmi di scambio di siringhe (SEP), coinvolgimento delle farmacie, numero delle siringhe distribuite/vendute (I dati del 2001 sono presentati nella tabella 8 OL della relazione annuale 2002: <http://ar2002.emcdda.eu.int/it/popups/oltab08-it.html>).

⁽¹²²⁾ Cfr. tabella 8 OL: Consulenza e test di carattere volontario (CTV) in materia di HIV e relativo trattamento (versione on line).

⁽¹²³⁾ Trattamento antiretrovirale ad alta attività.

⁽¹²⁴⁾ Cfr. tabella 9 OL: Vaccinazione contro il virus dell'epatite B (HBV) per i consumatori di stupefacenti per via parenterale in alcuni paesi europei (versione on line).

⁽¹²⁵⁾ Cfr. tabella 10 OL: Trattamento dell'epatite C per consumatori di stupefacenti per via parenterale (versione on line).

⁽¹²⁶⁾ Anni di vita perduti: sulla base dell'aspettativa di vita dell'individuo, se non fosse deceduto a seguito del consumo di stupefacenti (ACMD, 2000, pag. 56).

I risultati indicano che si potrebbe fare molto per ridurre il numero dei decessi, mediante svariati approcci di natura medica ed educativa ⁽¹²⁷⁾. Si è riscontrato che l'accreciuta disponibilità di trattamenti farmacologici sostitutivi, che hanno un sostanziale effetto protettivo sulla mortalità (OMS, 1998), è correlata ad una riduzione dei decessi da overdose in Francia e Spagna, anche se la diminuzione percentuale del consumo di stupefacenti per via parenterale in Spagna può aver contribuito in maniera considerevole (OEDT, 2002a). I programmi educativi destinati ai tossicodipendenti, perché identifichino i rischi, riconoscano i segnali dell'overdose e rispondano correttamente, hanno fornito effetti positivi, aumentando la competenza degli stessi tossicodipendenti a fornire un aiuto quando sono testimoni di un'overdose.

Le strategie locali per ridurre i decessi da overdose ad Oslo, Copenaghen, Amsterdam e Francoforte sono state l'argomento di uno studio dal quale è emerso che, per quanto i livelli esistenti ed i modelli di consumo degli stupefacenti rappresentino dei limiti rispetto ai risultati che si possono conseguire, le politiche locali possono effettivamente contribuire a ridurre il numero dei decessi (Reinäs e a., 2002).

La riduzione dei decessi correlati all'uso di stupefacenti, che è un elemento chiave inserito nell'obiettivo n. 2 della strategia dell'Unione europea in materia di droga (2000-2004), viene considerata sempre più seriamente come un obiettivo raggiungibile. È identificata come una delle priorità dalle nuove strategie nazionali in materia di droga di Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Portogallo, Finlandia e Regno Unito. Sono segnalate anche strategie di carattere locale per ridurre i decessi da overdose ⁽¹²⁸⁾.

Le risorse informative sulla prevenzione delle overdose sono disponibili nella maggior parte dei paesi. Corsi di formazione di base destinati ai tossicodipendenti per apprendere i metodi di rianimazione sono erogati dai servizi sanitari per tossicodipendenti, anche se la copertura territoriale di questi corsi di primo soccorso è spesso limitata ai grandi centri urbani ⁽¹²⁹⁾.

La distribuzione di una sostanza antagonista degli oppiacei, il naloxone, è una delle misure adottate in alcuni paesi allo scopo di ridurre le overdose da eroina (Sporer, 2003). In Italia, un numero significativo di «unità di strada» fornisce naloxone ai tossicodipendenti, una sostanza che può essere somministrata come misura d'emergenza temporanea in attesa del soccorso medico. A Berlino uno studio pilota relativo al mix di corsi di formazione di primo soccorso e distribuzione di naloxone ha riscontrato una maggiore competenza a reagire in maniera adeguata nei casi di emergenza e, nella stragrande maggioranza dei casi (93 %), un uso pienamente giustificato, sul piano medico, della sostanza antagonista (Dettmer, 2002). Lo stesso studio ha sottolineato inoltre l'importanza del naloxone per i casi di emergenza che si manifestano a livello domestico.

Nelle città europee caratterizzate da ampie zone dove il consumo di droga avviene sotto gli occhi di tutti, i decessi da overdose

avvenuti in luoghi pubblici hanno destato particolare preoccupazione. In alcune città tedesche e spagnole sono state introdotte strutture «controllate» per il consumo di stupefacenti, mirate ai gruppi, spesso emarginati, che frequentano queste zone. Locali per il consumo di stupefacenti sotto controllo si trovano anche nei Paesi Bassi. Tra gli altri servizi essi forniscono un'assistenza immediata, di emergenza, nei casi di overdose. Uno studio realizzato in Germania su questi locali (Poschadel e a., 2003) ha riscontrato che essi hanno contribuito in maniera significativa ad una riduzione dei decessi correlati all'uso di stupefacenti nelle città ed hanno migliorato l'accesso ad altri servizi sanitari e terapeutici per consumatori problematici che non sono raggiunti da altri servizi.

Trattamento

Il trattamento medicalmente assistito ed il trattamento in situazione di astinenza (*drug-free*) sono le due principali modalità di trattamento correlate al consumo di droghe illecite. Il trattamento medicalmente assistito viene erogato pressoché esclusivamente in ambiente ambulatoriale, mentre il trattamento in situazione di astinenza (*drug-free*) può essere erogato in situazione stanziale (ricovero) o ambulatoriale. Nell'UE, in pratica, per il trattamento a lungo termine vengono utilizzate soltanto sostanze agoniste (per esempio, metadone) o mix di sostanze antagoniste/agoniste (per esempio, buprenorfina), mentre le sostanze antagoniste (per esempio, naloxone) possono essere utilizzate nei trattamenti di disassuefazione.

Trattamento con assistenza medica

Il metadone è di gran lunga la sostanza maggiormente utilizzata nelle terapie sostitutive. La buprenorfina, che per anni è stata la sostanza maggiormente utilizzata in Francia nelle terapie sostitutive, viene prescritta anche dai medici privati in Portogallo e Lussemburgo. La Svezia sta preparando restrizioni alla prescrizione di buprenorfina; in Finlandia l'abuso illecito di buprenorfina ha causato domande di trattamento e sono stati segnalati alcuni decessi connessi con l'abuso di buprenorfina e sedativi. Attualmente, la buprenorfina è utilizzata molto meno del metadone in Belgio, Danimarca, Germania, Grecia, Spagna, Austria e Regno Unito.

Le informazioni sul numero delle persone che hanno ricevuto un trattamento farmacologico sostitutivo sono disponibili da alcuni anni (Farell e a., 1996, 2000) ed oggi è possibile seguire gli sviluppi in quest'area. La tabella 3 propone un confronto tra le informazioni sui trattamenti sostitutivi comunicate nel 1997/98 con le ultime informazioni provenienti dagli Stati membri. La tabella 3 mostra che si è verificato un considerevole aumento della disponibilità complessiva di trattamenti medicalmente assistiti. L'aumento aggregato a livello di UE è di circa il 34 % in cinque anni circa.

⁽¹²⁷⁾ Sono stati esaminati gli aspetti tossicologici, le variabili ed i rischi di natura sociale e individuale, le circostanze in cui i decessi e le overdose non letali si sono verificate e le strategie di prevenzione [cfr. Varescon-Pousson e a. (1997), Hariga e a. (1998), Seaman e a. (1998), Villalbi e Brugal (1999), ACMD (2000), Ferrari e a. (2001), Lepère e a. (2001), Brugal e a. (2002), Buster (2002), Kraus e Püschel (2002), Origer e Delucci (2002), Pant e Dettmer (2002)].

⁽¹²⁸⁾ Tabella 11 OL: Strategie e misure scelte per ridurre il numero dei decessi correlati all'uso di stupefacenti negli Stati membri dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

⁽¹²⁹⁾ Tabella 11 OL: Strategie e misure scelte per ridurre il numero dei decessi correlati all'uso di stupefacenti negli Stati membri dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

Tabella 3: Sviluppo delle terapie sostitutive nei 15 Stati membri dell'UE ed in Norvegia

	Stima segnalata delle persone in terapia sostitutiva (¹)		Variazione (in %)
	1997/1998	2001/2002	
Belgio	6 617	7 000	5,8
Danimarca	4 298	4 937	14,9
Germania (²)	45 300	49 300	8,8
Grecia	400	1 060	165,0
Spagna	51 000	78 806	54,5
Francia	53 281	85 757	61,0
Irlanda	2 859	5 865	105,1
Italia	77 537	86 778	11,9
Lussemburgo (³)	931	1 007	8,2
Paesi Bassi	13 500	13 500	0
Austria	2 966	5 364	80,8
Portogallo	2 324	12 863	453,5
Finlandia	200	400	100,0
Svezia	600	621	3,5
Regno Unito (⁴)	28 776	35 500	23,4
Norvegia	204	1 853	808,3
Totale	290 793	390 611	34,3

(¹) Per alcuni paesi i numeri si riferiscono ai clienti, per altri ai posti stimati.
 (²) Nel caso della Germania i dati comprendono anche i pazienti cui viene somministrata diidrocodina, stimati essere circa 8 800 nel 1998 e 3 700 nel 2000.
 (³) 186 e 156 clienti sono stati registrati nel progetto metadone gestito dallo Stato rispettivamente nel 1998 e nel 2001, mentre 745 e 849 hanno ricevuto terapia sostitutiva attraverso medici di base.
 (⁴) Soltanto Inghilterra e Galles.

Fonti: Relazione annuale 1998, OEDT (con dati della relazione annuale del 1997 o di anni precedenti) e Relazioni nazionali 2001 e 2002.

Co-prescrizione di eroina

I Paesi Bassi hanno già provato a sperimentare la co-prescrizione medica di eroina ed hanno presentato i risultati nel febbraio 2002 (<http://www.ccbh.nl>; comitato centrale per il trattamento degli eroinomani, 2002). I pazienti ammessi alla sperimentazione hanno ricevuto sia metadone che eroina. Dalla valutazione è emerso che i pazienti inseriti nel gruppo sperimentale hanno avvertito considerevoli benefici per la salute rispetto al gruppo di controllo, che era stato trattato soltanto con metadone.

Tra marzo 2002 e febbraio 2003 le città tedesche di Bonn, Colonia, Francoforte, Amburgo, Hannover, Karlsruhe e Monaco hanno varato un programma terapeutico con eroina nel quadro

di una sperimentazione scientifica randomizzata controllata. Complessivamente 1 120 pazienti sono stati ammessi alla sperimentazione con eroina, che sarà strettamente monitorata e valutata dal Centro interdisciplinare di ricerca sulle tossicodipendenze di Amburgo (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung), per due periodi di studio, ciascuno di 12 mesi (<http://www.heroinstudie.de/>).

In Spagna, le regioni autonome della Catalogna e dell'Andalusia stanno preparando cicli di sperimentazione con la prescrizione di eroina. A Barcellona (Catalogna) la coorte totale dello studio sarà di 180 pazienti maschi d'età compresa tra i 18 ed i 45 anni. L'eroina prescritta verrà somministrata per via orale.

In Lussemburgo, un decreto del 30 gennaio 2002 consente la sperimentazione della prescrizione di eroina nel quadro di un progetto pilota gestito dal directorato Salute.

Nel Regno Unito l'eroina è prescritta dai medici di base a circa 500 pazienti (stima).

Il trattamento in situazione di astinenza (drug-free)

Il trattamento in situazione di astinenza (*drug-free*) prevede l'applicazione di tecniche psicosociali ed educative per conseguire un'astinenza a lungo termine dagli stupefacenti.

I dati disponibili sui trattamenti in situazione di astinenza non consentono un confronto di carattere quantitativo, in parte perché provengono sia da centri che si rivolgono esclusivamente a soggetti che fanno uso di droghe illecite, sia da centri che si occupano del trattamento delle dipendenze in generale, vale a dire il trattamento dell'alcolismo e di altri tipi di abuso ed in parte perché il «trattamento» non si lascia definire facilmente (per esempio, in termini di numero minimo di sedute) e non può essere misurato in termini di unità quantificabili, come le prescrizioni mediche registrate, così come avviene con il trattamento medicalmente assistito.

In merito a questo trattamento, si nota un divario nord-sud: nell'Europa meridionale il trattamento viene erogato prevalentemente da servizi specializzati che si occupano di tossicodipendenza, mentre nell'Europa settentrionale (fatta eccezione per la Danimarca) il trattamento viene erogato dai servizi che si occupano genericamente di dipendenze. Una spiegazione potrebbe essere data dal fatto che i paesi settentrionali (Danimarca esclusa) hanno una storia più lunga di trattamento in situazione di astinenza dall'alcolismo rispetto ai paesi dell'Europa meridionale. Forse, quando il consumo di droghe illecite ha cominciato a svilupparsi, le strutture terapeutiche già esistenti erano adatte ad affrontare questo particolare gruppo all'interno delle medesime strutture. Viceversa, gli altri paesi non avevano la medesima rete di strutture terapeutiche, per cui sono stati creati servizi specializzati aggiuntivi per i consumatori di droghe illecite ⁽¹³⁰⁾.

Criteri e qualità del trattamento

Istituire sistemi di accreditamento, stabilire standard di qualità, sviluppare linee guida, formare il personale, monitorare e valutare, sono tutti esempi di misure miranti ad assicurare un

⁽¹³⁰⁾ Cfr. grafico 40 OL: Consumatori problematici di stupefacenti in trattamento in situazione di astinenza (*drug-free*) (versione on line).

certo standard, un determinato livello qualitativo, dei trattamenti terapeutici droga-correlati.

I sistemi di accreditamento o certificazione sono segnalati da Germania, Francia, Lussemburgo, Austria e Portogallo ed implicano che un organismo esterno, indipendente ed a ciò autorizzato, vigili sui servizi erogati in modo da assicurare che essi rispondano a requisiti specifici prestabiliti. In alcuni paesi, per esempio, Francia e Lussemburgo, i centri terapeutici devono essere certificati o accreditati per poter ricevere finanziamenti. In altri paesi, la certificazione nazionale è possibile, ma facoltativa, anche se l'opportunità di ottenere la certificazione secondo gli standard internazionali, come ISO, esiste in tutta Europa.

Molti Stati membri, come Grecia, Italia, Paesi Bassi, Austria e Finlandia, segnalano l'esistenza di linee guida per assicurare la qualità dei trattamenti terapeutici. Tuttavia, il loro utilizzo e la relativa attuazione, nonché la loro natura, variano da un paese all'altro. Le linee guida possono essere consigli non vincolanti che sono ampiamente disponibili, oppure principi semivincolanti cui ci si deve attenere per ottenere finanziamenti. A livello UE sono state elaborate linee guida non vincolanti per l'erogazione di trattamenti terapeutici sostitutivi con metadone, che sono disponibili in tedesco, inglese, francese e spagnolo ⁽¹³¹⁾.

Corsi di formazione per il personale sono previsti in tutti gli Stati membri, anche se nessun Stato membro segnala corsi di formazione sistematici, a livello nazionale, del personale dei centri terapeutici. L'esistenza, la diversità ed il livello dei corsi di formazione variano notevolmente da un paese all'altro dell'UE, così come il coinvolgimento delle autorità competenti in materia di trattamenti terapeutici nel prevedere attività di questo tipo.

Valutazione dei trattamenti e ricerca

La valutazione dei trattamenti terapeutici e la ricerca, che assumono svariate forme, sono segnalate da tutti i paesi. Tuttavia, la grande maggioranza degli studi è su piccola scala e viene condotta a livello istituzionale o locale. Nel Regno Unito è stata svolta in Inghilterra e Galles un'indagine a livello nazionale sui risultati dei trattamenti, che copre oltre 5 anni ⁽¹³²⁾. Lo studio italiano VEdeTTE, cui partecipano circa 12 000 pazienti in 118 centri di trattamento ambulatoriale (SerT), è ancora in corso e si dispone solo dei primi risultati, da cui si evince che la dose media quotidiana di metadone è di 40 mg e che soltanto il 10 % dei pazienti riceve 60 mg o più, la dose necessaria secondo la letteratura scientifica. L'indice annuale di abbandono per il trattamento in situazione di astinenza e per la terapia di mantenimento con metadone sono rispettivamente del 52 % e del 35 %. Sembra anche che dosi più elevate di metadone riducano il rischio di abbandono. Lo studio ha confermato inoltre che gli

interventi di carattere psicosociale sono efficaci ⁽¹³³⁾. Lo studio danese Danris ⁽¹³⁴⁾, che è stato avviato nel maggio 2000, ha lo scopo di monitorare il trattamento e la sua efficacia in una quarantina di centri terapeutici con ricovero. A livello europeo, il progetto Treat 2000, in parte finanziato dal quinto programma quadro di ricerca, mira ad analizzare e confrontare i sistemi di assistenza sanitaria e la loro efficacia nell'affrontare la dipendenza da oppioidi in sei regioni europee.

Le risposte della giustizia penale alla tossicodipendenza

Quadro politico

La tossicodipendenza svolge un ruolo centrale nella violazione delle legislazioni in materia di sostanze stupefacenti, nonché nella piccola criminalità contro il patrimonio. Un'elevata percentuale di consumatori di stupefacenti viene arrestata e molti finiscono in carcere. Inoltre alcuni detenuti cominciano ad assumere sostanze stupefacenti proprio durante la detenzione. Queste osservazioni sono prese in considerazione dai sistemi di giustizia penale di tutti gli Stati membri dell'UE e della Norvegia. La maggioranza dei paesi dell'UE, nelle proprie strategie in materia di droga, ha posto l'accento sui servizi sanitari e psicosociali rivolti ai tossicodipendenti detenuti in carcere.

È emersa l'esigenza di sistemi di giustizia penale flessibili, in considerazione del numero crescente di consumatori di stupefacenti in detenzione e del conseguente sovraffollamento delle carceri. L'idea che l'ambiente del carcere può non essere la soluzione migliore per i consumatori di stupefacenti ha determinato un'espansione delle misure alternative ai procedimenti giudiziari ed al carcere. Si ritiene in genere che la cooperazione tra le strutture della giustizia penale, vale a dire il carcere e l'istituto della libertà provvisoria, nonché fra queste ultime e le strutture sanitarie, vada migliorata, per cui sono in via di elaborazione misure appropriate ⁽¹³⁵⁾.

Interventi sanitari e psicosociali nelle carceri

Nei penitenziari, sono in espansione i servizi rivolti ai detenuti che fanno uso di stupefacenti. Nella maggior parte dei paesi in cui in carcere il trattamento delle dipendenze è generalmente disponibile, sono previste anche misure di riduzione dei danni (cfr. tabella 4). Tuttavia, da un'analisi dei programmi nelle carceri contenuta nell'EDDRA (Exchange on European Drug Demand Reduction Action) ⁽¹³⁶⁾ è emerso che l'obiettivo dominante degli interventi non è di carattere sanitario, ma è la riduzione della criminalità correlata agli stupefacenti ⁽¹³⁷⁾.

⁽¹³¹⁾ Cfr. le linee guida al sito web Euromethwork all'indirizzo <http://www.q4q.nl/methwork/home2.htm>.

⁽¹³²⁾ <http://www.ntors.org.uk>.

⁽¹³³⁾ <http://www.studio-vedette.it/pubblicazioni.htm>.

⁽¹³⁴⁾ <http://www.crf-au.dk/danrisenglish/default2.asp>.

⁽¹³⁵⁾ Cfr. tabella 12 OL: Strategie recenti in materia di stupefacenti in carcere, direttive ministeriali e standard di servizio nell'UE ed in Norvegia (versione on line).

⁽¹³⁶⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int>.

⁽¹³⁷⁾ OEDT, Domanda di stupefacenti secondo la giustizia penale ed interventi volti alla riduzione dei danni nell'UE: un'analisi dei programmi delle stazioni di polizia, dei tribunali e delle carceri (http://eddrpdf.emcdda.eu.int/eddra_cjs.pdf).

Tabella 4: Disponibilità di servizi sociosanitari mirati ai tossicodipendenti nelle carceri dell'UE ⁽¹⁾ ⁽²⁾

Carceri che offrono questi Therapeutic services (in %)	Orientati all'astinenza			Terapia sostitutiva	Orientati alla riduzione dei danni				
	Detossificazione	Unità in situazione di astinenza (drug-free)	Comunità terapeutiche in carcere		Esami del sangue (screening)	Programmi di vaccinazione	Fornitura di disinfettanti	Scambio di aghi	Fornitura di profilattici
Tutte	Belgio, Danimarca, Spagna, Francia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Svezia			Belgio, Danimarca, Spagna, Francia, Austria, Portogallo	Belgio, Grecia, Spagna, Francia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Svezia	Danimarca, Grecia, Spagna, Francia, Irlanda, Lussemburgo, Austria, Portogallo	Belgio, Danimarca, Spagna, Francia, Austria, Portogallo, Norvegia		Belgio, Danimarca, Spagna, Francia, Austria, Portogallo, Svezia, Norvegia
Oltre la metà	Irlanda, Finlandia, Regno Unito	Finlandia, Regno Unito		Lussemburgo	Finlandia	Finlandia, Regno Unito	Finlandia		Lussemburgo, Finlandia, Regno Unito
Meno della metà	Grecia, Italia, Norvegia	Danimarca, Paesi Bassi, Belgio, Grecia, Spagna, Irlanda, Austria, Portogallo, Svezia, Norvegia	Belgio, Danimarca, Spagna, Grecia, Austria, Portogallo, Finlandia, Norvegia	Irlanda, Italia, Finlandia, Regno Unito			Regno Unito	Germania, Spagna	
Nessuno		Italia, Francia, Lussemburgo	Francia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Svezia, Regno Unito	Grecia, Paesi Bassi, Svezia	Danimarca, Regno Unito, Norvegia	Belgio, Paesi Bassi, Svezia	Grecia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Svezia	Belgio, Danimarca, Grecia, Francia, Irlanda, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Finlandia, Svezia, Regno Unito, Norvegia	Grecia, Irlanda, Italia, Paesi Bassi

(¹) Mancano i dati della Germania a causa della struttura federale del sistema giudiziario.

(²) Per una versione estesa di questa tabella, cfr. tabella 13 OL: Interventi nelle carceri per i tossicodipendenti (versione on line).

Fonte: Relazioni nazionali Reitox (2002).

In genere, se in un paese esistono servizi specifici, questi sono disponibili in quasi tutte le carceri; in caso contrario, praticamente non esistono in nessun carcere. Questo vale specialmente per le misure di riduzione dei danni, come illustrato nella tabella 4. I programmi di analisi del sangue e di vaccinazione sono disponibili ed i disinfettanti e i profilattici sono forniti in quasi tutti gli istituti carcerari di circa due terzi dei paesi, ma mancano totalmente in circa un terzo degli Stati membri. Questo riflette il ruolo cruciale delle politiche nazionali

nel determinare la disponibilità di servizi carcerari. Comunque, di solito, prima che una determinata scelta politica sia applicata a livello nazionale, progetti pilota vengono sperimentati a livello di singoli penitenziari.

La detossificazione è una misura disponibile pressoché dovunque. È disponibile in quasi tutte le carceri in nove paesi, un po' meno in tre soli paesi, Grecia (dati del 2001), Italia e Norvegia. Lo scambio di aghi è la misura meno frequente tra le misure oggetto di indagine: i programmi di scambio di aghi sono disponibili

soltanto in Spagna (11 carceri su 68) ed in Germania (4 su 222 carceri). L'accessibilità dei trattamenti terapeutici sostitutivi segue il modello della disponibilità negli ambienti della comunità locale (fatta eccezione per i Paesi Bassi); sono disponibili in quasi tutte le carceri di sei Stati membri. Altri paesi li forniscono in pochissimi istituti carcerari o non li forniscono per niente ⁽¹³⁸⁾.

Alternative al carcere

A partire dalla fine degli anni Novanta, si sono andate espandendo negli Stati membri dell'UE alcune alternative al carcere ⁽¹³⁹⁾ basate sulla comunità locale ed indirizzate ai consumatori di stupefacenti coinvolti in reati ⁽¹⁴⁰⁾. Si sono sviluppate nell'ambito di un ampio quadro di innovazioni della politica penale, le cui altre componenti principali sono la mediazione e la riparazione (vale a dire, una tendenza verso il servizio alla comunità). Fondamentalmente, le alternative consistono nel fornire soluzioni terapeutiche. È provato che le soluzioni terapeutiche sono efficaci per ridurre il consumo di stupefacenti e la criminalità (Stevens e a., 2003). Il trattamento può essere particolarmente efficace per ridurre la criminalità se è diretto ai soggetti che fanno uso di stupefacenti da lungo tempo, ai soggetti cioè che sono responsabili della maggioranza dei reati minori. Inoltre, le sentenze di condanna al carcere si sono dimostrate essere inefficaci come deterrente contro la piccola criminalità (Brochu, 1999).

Non c'è nessuna prova incontrovertibile che l'approccio al trattamento quasi obbligatorio dia esiti positivi. La ricerca europea tende ad essere più scettica al riguardo della ricerca americana, che, sin dagli anni Settanta segnala risultati positivi. Occorrono altre ricerche sui processi e sui risultati, e queste ricerche devono includere sia studi di carattere quantitativo che qualitativo. Tuttavia, la valutazione di un programma danese, che prevede che chi ha commesso un reato sconti la pena in un reparto speciale di terapia all'interno del carcere, ha riscontrato una diminuzione del tasso di criminalità, specialmente quando l'alternativa al carcere viene offerta a criminali inveterati (Relazione nazionale danese, 2002). Il progetto *Triple Ex* dell'Aia, un tipo di trattamento coercitivo, ha riscontrato che quanto maggiore è la durata del trattamento tanto minore è il tasso di ricaduta (Vermeulen e a., 1999).

Molti dei fattori cui viene ascritta la mancanza di successo di alternative alle sanzioni detentive sono collegati al carente coordinamento dei diversi settori coinvolti, vale a dire giustizia, servizi sanitari e sociali. È tipico che le valutazioni rivelino vuoti nel finanziamento delle terapie ⁽¹⁴¹⁾, la mancanza di una netta linea di demarcazione tra i ruoli dei giudici ed il personale terapeutico per quanto riguarda chi dovrebbe determinare il tipo

migliore di trattamento, oltre a servizi terapeutici inadeguati a livello di comunità locale ⁽¹⁴²⁾ (OEDT, 2003a). Una valutazione condotta dal *Community Service Order*, uno degli strumenti di cui dispone l'apparato giuridico irlandese per dirottare i consumatori di stupefacenti dalle carceri a forme alternative di pena, mostra come la collaborazione formale e/o informale tra giustizia, servizi sanitari e sociali sia essenziale per il successo (Expert Group on The Probation and Welfare Services, 1999).

I sistemi giudiziari degli Stati membri prevedono misure specifiche rivolte ai giovani consumatori di droga, tra cui gli interventi precoci e le alternative ai procedimenti giudiziari. Gli interventi precoci hanno lo scopo di prevenire la criminalità agendo nella fase iniziale del percorso criminoso. Una delle misure applicate più sovente negli Stati membri è di evitare o ritardare la prima condanna di incarcerazione trasferendo i giovani dal sistema di giustizia penale ad un programma socio-sanitario alternativo. In Portogallo, le commissioni per la dissuasione dall'abuso di droga sono un esempio di struttura creata per attuare alternative ai procedimenti giudiziari. Sono state istituite nel 2001 quando è stato depenalizzato il possesso di droga per uso personale. La valutazione dopo un anno mostra risultati positivi nella prevenzione dello sviluppo del problema della droga e nella diminuzione del periodo di tempo tra l'inizio del consumo problematico e il ricorso ad istituzioni terapeutiche (Relazione annuale portoghese 2002).

Riduzione dell'offerta

Misure di interdizione

Secondo la «Relazione dell'Europol sulla criminalità organizzata», la produzione ed il traffico di stupefacenti restano l'attività primaria dei gruppi criminali dell'UE. Nessun altro comparto della criminalità organizzata riesce a dare guadagni così elevati ⁽¹⁴³⁾.

Dalla relazione «Interpol at work 2001» emerge che l'accresciuta cooperazione internazionale ha prodotto una serie di importanti operazioni di applicazione della legge. Per esempio, il progetto *Exit*, basato sulla condivisione di intelligence, ha prodotto sequestri di ecstasy su larga scala in Europa. Sono stati individuati inoltre importanti carichi in partenza dagli aeroporti europei e diretti al Nord America. Il programma di condivisione dei dati sulle droghe, cui partecipano Interpol, UNDCP (Programma delle Nazioni Unite per il controllo internazionale delle droghe) ed OMD (Organizzazione mondiale delle dogane), con lo scambio di intelligence, ha continuato a svolgere un ruolo chiave nella lotta contro il contrabbando di droghe sintetiche.

⁽¹³⁸⁾ Cfr. tabella 13 OL: Interventi nelle carceri per i tossicodipendenti (versione on line).

⁽¹³⁹⁾ Grafico 41 OL: Alternative al carcere: quadro concettuale (versione on line).

⁽¹⁴⁰⁾ Cfr. tabella 14 OL: Alternative al carcere per autori di reati che fanno uso di sostanze stupefacenti: quadro comparativo a livello UE (versione on line).

⁽¹⁴¹⁾ La valutazione di un progetto svedese di alternativa al carcere ha mostrato la mancanza di sostegno finanziario per il pagamento dei trattamenti terapeutici al termine del periodo di condanna (Relazione nazionale svedese, 2003).

⁽¹⁴²⁾ http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/alternatives_prison_expert.pdf.

⁽¹⁴³⁾ Per maggiori dettagli, cfr. riquadro 15 OL: Misure di interdizione (versione on line).

Misure antiriciclaggio

L'Europol stima che nell'UE il commercio di cocaina produca miliardi di euro. I metodi di riciclaggio comprendono movimenti di liquidità sia di natura fisica che elettronica. Resta difficile collegare i movimenti di liquidità a transazioni di sostanze stupefacenti. L'Interpol ha sviluppato importanti strumenti per contrastare i sistemi di riciclaggio di denaro. Nel 2001, sono stati messi a disposizione alcuni studi specializzati che consentono agli investigatori di approfondirne le conoscenze ⁽¹⁴⁴⁾ ⁽¹⁴⁵⁾.

Secondo la relazione annuale 2001/02 del gruppo di azione finanziaria internazionale (GAFI) ⁽¹⁴⁶⁾, sette Stati membri dell'UE rispettano integralmente 28 delle 40 raccomandazioni che prevedono azioni nazionali specifiche; gli altri paesi le rispettano soltanto in parte ⁽¹⁴⁷⁾.

Misure contro la diversione di sostanze chimiche controllate

La relazione 2002 del Consiglio internazionale per il controllo dei narcotici (INCB) sulle «sostanze chimiche controllate» rileva che adesso i paesi di massima esportazione forniscono dati sulle esportazioni, ma che sfortunatamente la Francia, che precedentemente forniva dati esaurienti sulle sue esportazioni di sostanze controllate, non ha fornito questi dati per il 2001. La maggior parte dei paesi esportatori ha fornito dati sui precursori che vengono utilizzati per produrre le sostanze eccitanti del tipo delle anfetamine. La Danimarca, la Spagna, la Germania ed il Regno Unito hanno fornito dati sull'esportazione di norefedrina che, per la prima volta nel 2000, è stata inclusa nella tabella I della relazione dell'INCB (che impone la notifica prima dell'esportazione). Anche la maggior parte dei paesi dell'UE produttori di P-2-P e safrolo hanno fornito dati ⁽¹⁴⁸⁾. Gli Stati continuano a mietere successi nel prevenire la diversione di permanganato di potassio ⁽¹⁴⁹⁾, che viene utilizzato per la produzione illegale di cocaina, in particolare grazie all'operazione Purple (porpora). Nel 2001, il numero dei carichi ed il volume dei traffici monitorati sono diminuiti ⁽¹⁵⁰⁾.

Tra aprile e settembre 2002 sono stati smantellati, nell'ambito dell'operazione Purple, sette laboratori clandestini che fabbricavano permanganato di potassio. Dato che questa sostanza diventa sempre più difficile da deviare dal mercato lecito, i produttori di cocaina tentano di fabbricarsela da soli.

L'operazione Topazio, un'operazione internazionale che controlla il traffico di anidride acetica ⁽¹⁵¹⁾, continua a dare buoni risultati, sia in termini di tracciamento internazionale dei carichi leciti sia di indagini delle forze di polizia per rintracciare l'origine dei carichi di sostanze chimiche sequestrate o intercettate. Tra gennaio e novembre 2002, sono stati segnalati 2 800 carichi esportati, per un totale di quasi 300 000 tonnellate di anidride acetica. Il Belgio ed i Paesi Bassi, i paesi di provenienza della maggioranza delle spedizioni, hanno contribuito, in maniera particolare, ad assicurare che il programma di tracciamento internazionale funzionasse regolarmente. In maggioranza, le transazioni avvengono tra gli Stati membri dell'UE; il 92 % dei carichi monitorati è stato segnalato da Stati membri dell'UE. La concentrazione del traffico lecito all'interno dell'UE ed il successo delle procedure di controllo dell'operazione Topazio hanno portato a riesaminare il programma, per trovare un'alternativa percorribile al tracciamento di ogni carico all'interno dell'UE.

Quanto all'eroina, l'Europol ritiene che il 90 % circa dei quantitativi sequestrati sui mercati dell'UE provenga dall'Asia sudoccidentale (Afghanistan). Nonostante gli sforzi volti a sradicare la coltivazione dell'oppio, si ritiene che nel 2002 la produzione sia ammontata a 3 400 tonnellate. Tenuto conto del fatto che una parte dell'anidride acetica dirottata dai canali leciti viene contrabbandata in Afghanistan, la Germania, il Regno Unito e gli Stati Uniti hanno costituito una task force internazionale per fornire assistenza tecnica atta a contrastare il traffico in questa regione.

Nel corso del 2001 sono state sequestrate oltre 200 tonnellate di anidride acetica. Si tratta del quantitativo più elevato mai segnalato in un singolo anno. Il sequestro unitario più rilevante è stato segnalato dal Regno Unito, quando è stato scoperto il tentativo di dirottare 70 tonnellate verso la Jugoslavia. Altri paesi europei che hanno segnalato sequestri di anidride acetica sono Belgio, Germania, Italia e Slovenia.

Per contribuire a prevenire la diversione di precursori chimici utilizzati per la produzione di sostanze eccitanti del tipo delle anfetamine come efedrina, norefedrina e 3,4-MDP-2-P, l'INCB, in cooperazione con la Commissione europea e gli Stati Uniti, ha deciso di avviare un progetto internazionale di carattere volontario, il progetto Prisma, per assistere i governi nel conseguimento di questo obiettivo ⁽¹⁵²⁾ ⁽¹⁵³⁾.

⁽¹⁴⁴⁾ <http://www.interpol.int/Public/FinancialCrime/MoneyLaundering/EthnicMoney/default.asp>.

⁽¹⁴⁵⁾ Per maggiori dettagli, cfr. riquadro 16 OL: Misure antiriciclaggio (versione on line).

⁽¹⁴⁶⁾ http://www.fatf-gafi.org/pdf/AR2002_en.pdf.

⁽¹⁴⁷⁾ Riquadro 17 OL: Stato di attuazione (GAFI) (versione on line).

⁽¹⁴⁸⁾ Riquadro 18 OL: Misure contro la diversione di sostanze chimiche sotto controllo (Consiglio internazionale per il controllo dei narcotici — INCB) (versione on line).

⁽¹⁴⁹⁾ Il permanganato di potassio è un composto lecito, un importante reagente della chimica organica analitica e di sintesi; viene utilizzato per decoloranti, candeggianti, disinfettanti ed agenti antibatterici e fungicidi. Viene utilizzato anche nei processi di depurazione delle acque.

⁽¹⁵⁰⁾ Riquadro 19 OL: Operazione Purple (porpora) (versione on line).

⁽¹⁵¹⁾ L'anidride acetica è un agente acetilante e disidratante utilizzato dalle industrie chimiche e farmaceutiche per la produzione di acetato di cellulosa, per l'imbozzimatura e la sbiancatura a freddo di tessuti e filati, per lucidare i metalli e nella produzione di liquidi per freni, tinture ed esplosivi.

⁽¹⁵²⁾ http://www.incb.org/e/ind_ar.htm.

⁽¹⁵³⁾ Riquadro 20 OL: INCB (versione on line).



Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Capitolo 3

Questioni specifiche

In questo capitolo sono trattati tre aspetti specifici del problema della droga in Europa: consumo di droga e alcool tra i giovani, emarginazione e reinserimento sociale, spesa pubblica nel settore della riduzione della domanda di stupefacenti.

Il consumo di droga ed alcool tra i giovani

Spesso sono i giovani che anticipano i cambiamenti sociali; per questo motivo, la tendenza all'aumento del consumo di alcool e droghe illecite da parte dei giovani dell'Unione europea rappresenta un importante fenomeno sociale. L'inserimento dell'alcool in questa sezione della relazione è una novità e fa seguito alle preoccupazioni riguardanti i modelli complessi di consumo di sostanze stupefacenti e la relativa dipendenza, i danni alla salute ed i comportamenti penalmente rilevanti. Questi modelli di consumo di sostanze psicoattive presentano una particolare sfida per i responsabili politici, al fine di sviluppare una gamma di risposte adeguatamente ampia e tempestiva, per un'azione veramente efficace.

L'Unione europea si è posta l'obiettivo di ridurre in maniera significativa, nell'arco di cinque anni, la prevalenza del consumo di droghe illecite, nonché il numero delle nuove reclute, in particolare tra i giovani che hanno meno di 18 anni, sviluppando anche approcci innovativi alla prevenzione (COR 32).

Per la redazione di questo capitolo, i materiali consultati comprendono le Relazioni nazionali Reitox ed i dati provenienti dalle indagini sulla popolazione. Dati comparabili sui giovani si basano ampiamente sulle relazioni dal 1995 al 1999 (ESPAD, 1999) del progetto europeo di indagini nelle scuole (ESPAD), che ha riguardato gli studenti di 15-16 anni di nove Stati membri. I dati delle indagini ESPAD riguardanti i Paesi Bassi non sono strettamente comparabili con quelli di altri Stati membri partecipanti. Come referenze, sono state utilizzate anche ricerche già pubblicate, la cosiddetta letteratura «grigia»⁽¹⁵⁴⁾ e le pubblicazioni governative sul consumo di droghe ed alcool da parte dei giovani (in particolare di Francia e Regno Unito).

Prevalenza, atteggiamenti e tendenze

Prevalenza

Escludendo tabacco e caffeina, l'alcool è la sostanza psicoattiva maggiormente utilizzata dai giovani dell'UE. La percentuale degli studenti di 15-16 anni che si sono ubriacati almeno qualche volta varia dal 36 % in Portogallo all'89 % in Danimarca⁽¹⁵⁵⁾

(cfr. grafico 19)⁽¹⁵⁶⁾. La maggioranza dei giovani dell'UE non ha mai fatto uso di droghe illecite ma, tra chi ne ha fatto uso, la cannabis è la droga che ricorre più frequentemente, seguita da sostanze inalanti/solventi⁽¹⁵⁷⁾. Secondo l'indagine ESPAD, in Grecia e Svezia, l'esperienza una tantum di inalanti/solventi è pari o superiore all'esperienza una tantum di cannabis tra gli studenti di 15-16 anni⁽¹⁵⁸⁾.

Le indagini condotte nelle scuole a livello nazionale non misurano il consumo problematico di sostanze stupefacenti tra i giovani, ma sono una fonte utilissima per valutare il consumo sperimentale di droghe e gli atteggiamenti dei giovani. Sulla base delle relazioni Reitox ed ESPAD 1999, i livelli più bassi di prevalenza una tantum del consumo di cannabis si registrano in Portogallo (8 %), Svezia (8 %), Grecia (9 %) e Finlandia (10 %). I valori più elevati si registrano in Francia (35 %), Regno Unito (35 %), Irlanda (32 %) e Spagna (30 %). La dimensione dei campioni delle indagini nelle scuole si può trovare nella tabella statistica 3⁽¹⁵⁹⁾. Una puntuale comparabilità dei dati contenuti nella tabella è limitata, in quanto non tutti gli Stati membri hanno utilizzato i medesimi metodi di indagine nelle scuole.

Fra gli studenti di 15-16 anni, in generale, la prevalenza una tantum del consumo di cannabis, sostanze inalanti, tranquillanti e sedativi (senza prescrizione medica) è superiore rispetto al consumo di sostanze eccitanti ed allucinogeni. La popolazione scolastica che abbia sperimentato cocaina ed eroina è relativamente rara in tutta l'UE, con il consumo una tantum di queste droghe che va dallo 0 % al 4 % (tabella statistica 3).

La maggior parte dei giovani che hanno provato la cannabis ha anche una qualche esperienza di alcool e tabacco. I giovani che consumano ecstasy, anfetamine, cocaina ed allucinogeni tendono a formare un gruppo separato ed appartengono a gruppi sociali specifici. Il rapporto intercorrente tra il consumo di droghe diverse è illustrato nella tabella 15 OL (versione on line), la quale si basa sui dati di un'indagine condotta nelle scuole spagnole (Observatorio Español sobre Drogas, 2002)⁽¹⁶⁰⁾. Una sfida notevole è data dalla risposta alle complessità ed idiosincrasie di modelli diversi di consumo di droghe (Calafat e a., 1999; Parker e Eggington, 2002; Smit e a., 2002).

⁽¹⁵⁴⁾ Definita come «un documento che non è stato pubblicato da un giornale rivisto da pari». Per maggiori informazioni cfr. QED network journal (<http://qed.emcdda.eu.int/journal/bulletin27.shtml>).

⁽¹⁵⁵⁾ Sulla base delle risposte alla domanda «Si è ubriacato con bevande alcoliche?».

⁽¹⁵⁶⁾ Grafico 42 OL: Confronto tra consumo di alcool per ubriacarsi (binge drinking) e consumo di cannabis negli ultimi 30 giorni.

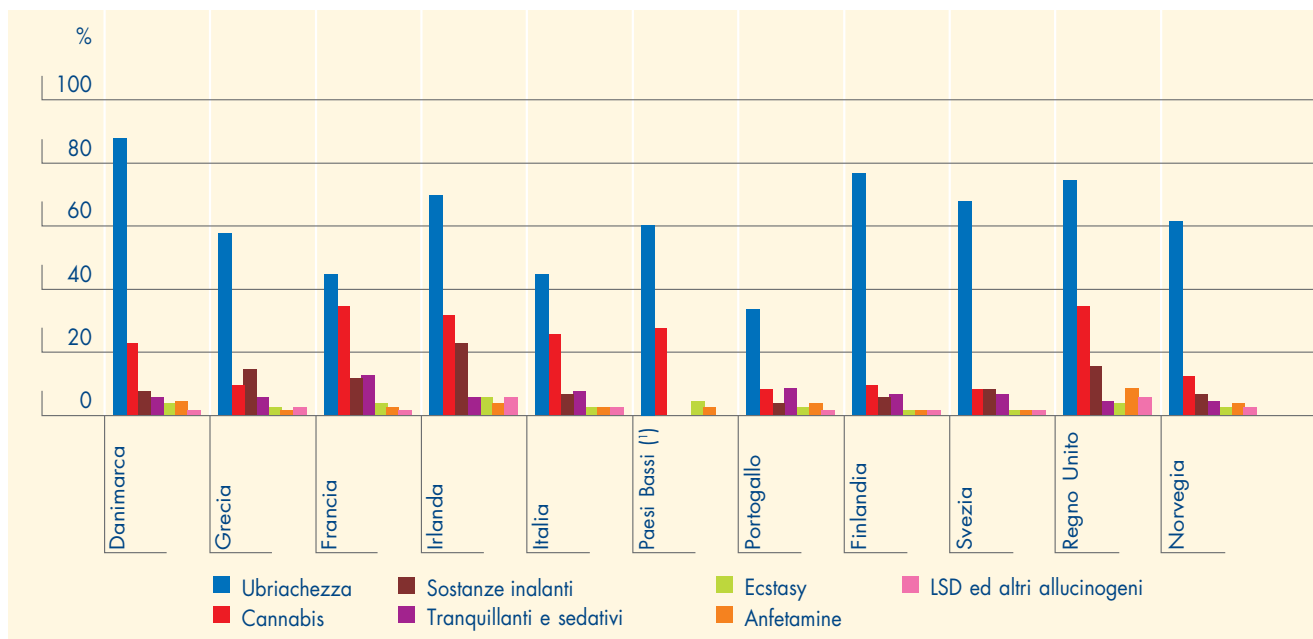
⁽¹⁵⁷⁾ Sulla base delle risposte alla domanda «Ha sniffato una sostanza (colla, aerosol ecc.) per andare su di giri?».

⁽¹⁵⁸⁾ Tabella statistica 3: Indagine nelle scuole — Prevalenza una tantum tra gli studenti di 15-16 anni d'età (versione on line).

⁽¹⁵⁹⁾ Tabella statistica 3: Indagine nelle scuole — Prevalenza una tantum tra gli studenti di 15-16 anni d'età (versione on line).

⁽¹⁶⁰⁾ Cfr. tabella 15 OL: Consumo di sostanze diverse tra gli studenti delle scuole spagnole (14-18 anni) (versione on line).

Grafico 19: Prevalenza una tantum di ubriachezza e consumo di sostanze illecite (studenti di 15-16 anni)



(1) Comparabilità limitata.

Fonte: ESPAD, Progetto europeo di indagini nelle scuole (1999).

Un livello più elevato di consumo di droghe tra la popolazione maschile rispetto a quella femminile è più marcato tra gli adulti piuttosto che tra gli studenti delle scuole. Tuttavia, tra gli studenti delle scuole, le differenze tra i due sessi sono più evidenti in Grecia, Francia, Italia e Portogallo. Un'eccezione è data dal fatto che il consumo di tranquillanti e sedativi senza prescrizione medica, nonché di alcool insieme con «pillole», è in genere superiore tra le ragazze.

Si registrano variazioni nella prevalenza anche tra regioni di uno stesso Stato membro. In Germania, il divario tra Est ed Ovest si sta riducendo più velocemente tra gli studenti che non tra gli adulti. Altri aspetti della prevalenza di sostanze stupefacenti, come la diffusione della cannabis nelle aree rurali, sono analoghi a quelli osservati nelle popolazioni meno giovani.

Atteggiamenti

I comportamenti nei confronti delle varie droghe possono aiutare a prevedere la futura prevalenza del consumo di droghe. Nel 1999, ubriacarsi una volta alla settimana suscitava disapprovazione, con percentuali molto variabili, relativamente basse in Danimarca (32 %) ed elevate in Italia (80 %). Per quanto riguarda la sperimentazione di cannabis, il campo di variazione della disapprovazione è meno ampio, con un minimo in Francia (42 %) ed un massimo in Portogallo (79 %) e Svezia (78 %) (161). I comportamenti aiutano a prevedere l'evoluzione, però intervengono anche altri fattori. In tutti gli Stati membri, la disapprovazione e la percezione del «grande rischio» relativo

alla sperimentazione di droghe come ecstasy, cocaina ed eroina è in genere molto elevata tra gli studenti delle scuole che hanno 15-16 anni. Riguardo l'ecstasy la disapprovazione varia dal 71 % in Grecia al 90 % in Danimarca.

Tendenze

Cresce la preoccupazione per l'aumentato livello dell'ubriachezza e dell'uso massivo di alcool a fini ricreativi (162). Tra il 1995 ed il 1999, la Grecia, la Francia e la Norvegia hanno segnalato un marcato incremento dell'esperienza una tantum della sbornia (cfr. grafico 20). Per gli Stati membri che non partecipano alle indagini ESPAD non sono disponibili dati realmente comparabili circa il consumo di alcool; i dati tendenziali di Germania (1973-2001) e Spagna (1994-2000) mostrano però una recente diminuzione del consumo di alcool da parte dei giovani (*Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung*, 2002; *Observatorio Español sobre Drogas*, 2002). Tuttavia, se il consumo totale probabilmente è in diminuzione, il consumo di alcool per «far festa» tende ad aumentare.

Nel corso degli anni Novanta, la prevalenza una tantum del consumo di cannabis è aumentata in maniera tale da poter essere descritta come «diffusa» in un certo numero di Stati membri. Tuttavia, nel 1999 il consumo di cannabis tra i giovani in Irlanda, Paesi Bassi e Regno Unito risultava già diminuito. Ciò può indicare che in questi paesi la prevalenza ha raggiunto la saturazione, con una tendenza alla stabilizzazione su livelli del 30 % circa.

(161) Cfr. grafico 43 OL: Percentuale di studenti di 15-16 anni che disapprovano ubriacarsi in confronto a provare cannabis ed ecstasy (versione on line).

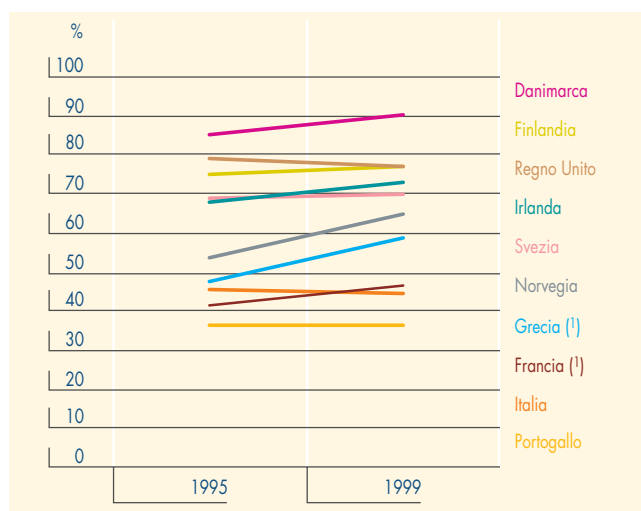
(162) Grafico 44 OL: Variazione nel bere 5 o più bicchieri di seguito durante gli ultimi 30 giorni.

Ci sono anche indicazioni di una stabilizzazione del consumo una tantum di ecstasy, a livelli molto inferiori rispetto alla cannabis. Nel caso del Regno Unito, la diminuita prevalenza una tantum della cannabis e dell'ecstasy è stata accompagnata da un diminuzione della disponibilità percepita ⁽¹⁶³⁾ ⁽¹⁶⁴⁾ e da un aumento della disapprovazione ⁽¹⁶⁵⁾. Nel 1999, la percentuale degli studenti che percepivano come elevato il rischio di provare una o due volte l'ecstasy era massima nei due Stati membri (Irlanda e Regno Unito) in cui era massima anche la prevalenza una tantum di ecstasy ⁽¹⁶⁶⁾ e dove ad un numero relativamente piccolo di decessi correlati ad ecstasy era stata data ampia copertura da parte dei mass-media. La copertura da parte dei mass-media, unitamente ad un'immagine sempre più negativa, sembra aver influenzato il calo della prevalenza del consumo di ecstasy in questi due Stati membri.

I giovani si giudicano l'un l'altro sulla base dell'immagine, dello stile e del possesso di status simbol. Questi simboli di status, che possono comprendere le droghe, mutano continuamente. Attualmente l'immagine negativa degli eroinomani e la facile accessibilità di altre droghe sono fattori importanti rispetto alle scelte in materia di droghe (FitzGerald e a., 2003). Un'analisi recentemente effettuata su testi che parlano di droga nell'ambito della musica popolare di lingua inglese, dagli anni Sessanta in poi, ha rivelato che oggi i musicisti tendono di più che nel passato a condannare i danni provocati dalla cannabis ⁽¹⁶⁷⁾ (Markert, 2001).

Grafico 20: Prevalenza una tantum di (A) ubriachezza, (B) consumo di cannabis e (C) consumo di ecstasy, gli studenti di 15-16 anni

Grafico 20 (A): Ubriachezza



(!) I dati per Francia e Grecia per il 1995 sono basati su indagini del 1993.
Fonte: ESPAD, Progetto europeo di indagini nelle scuole (1995 e 1999).

I risultati di una recente indagine, condotta in 10 città dell'UE su 878 giovani fino a 19 anni d'età, mostrano una possibile tendenza del filone culturale urbano più rappresentativo a diminuire il consumo di anfetamine ed ecstasy, aumentando invece il consumo di cocaina. Il campione però non era sufficientemente grande o sufficientemente rappresentativo per trarre conclusioni definitive. Da questo studio è emerso anche che gli intervistati spendono più soldi per l'alcool che non per sostanze stupefacenti o per una qualsiasi altra categoria di consumo nel tempo libero, come ingressi a discoteche, club o cinema, telefonia cellulare e tabacco (Calafat e a., 2003) ⁽¹⁶⁸⁾.

Grafico 20 (B): Consumo di cannabis

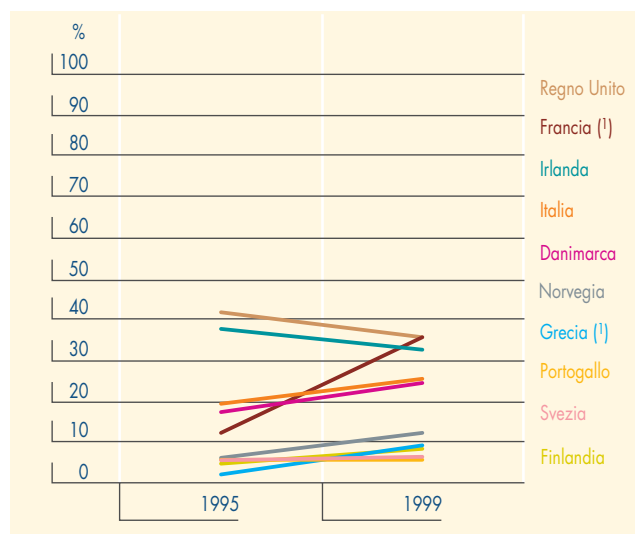
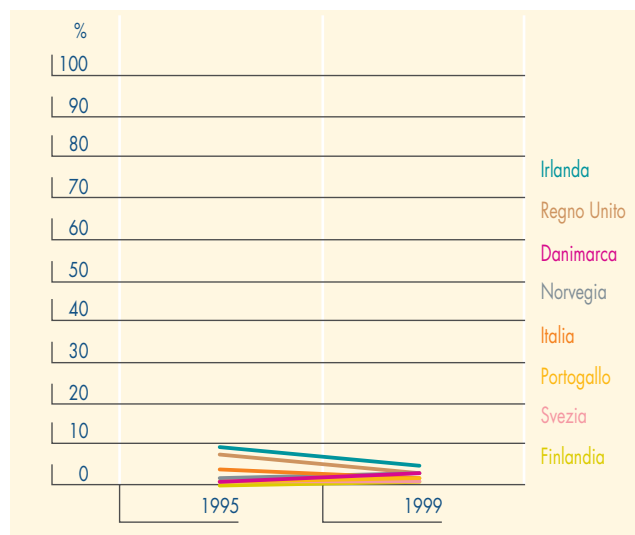


Grafico 20 (C): Consumo di ecstasy



⁽¹⁶³⁾ Sulla base delle risposte alla domanda se la droga sia reperibile «molto facilmente» o «abbastanza facilmente».

⁽¹⁶⁴⁾ Grafico 45 OL: Variazione della disponibilità percepita di (A) cannabis e (B) ecstasy (versione on line).

⁽¹⁶⁵⁾ Grafico 46 OL: Variazione della percentuale di giovani di 15-16 anni che disapprovano (A) ubriacarsi una volta la settimana oppure (B) provare la cannabis una o due volte oppure (C) provare l'ecstasy una o due volte (versione on line).

⁽¹⁶⁶⁾ Grafico 47 OL: Percentuale degli studenti di 15-16 anni che percepiscono un «grosso rischio» associato a provare ecstasy una o due volte e prevalenza del consumo una tantum di ecstasy (versione on line).

⁽¹⁶⁷⁾ Grafico 48 OL: Percentuale delle immagini positive associate alla musica popolare contemporanea, dagli anni Sessanta agli anni Novanta (versione on line).

⁽¹⁶⁸⁾ Grafico 49 OL: Euro spesi ogni weekend dai giovani di 13-19 anni in 10 città dell'UE nel 2001-2002 (versione on line).

Quasi tutti gli Stati membri dell'UE (Belgio, Danimarca, Germania, Spagna, Francia, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Austria, Portogallo e Regno Unito) segnalano crescenti preoccupazioni circa un possibile aumento del mercato della cocaina di base e del crack per i giovani consumatori problematici di stupefacenti. Ulteriori informazioni sull'andamento della disponibilità si possono trovare a pag. 36

Iniziazione, modelli e fattori di rischio

In generale, la probabilità che i giovani di 12-18 anni si ubriachino o si vedano offrire cannabis, oppure una qualsiasi altra droga illecita, nonché la loro disponibilità a provarle, aumenta rapidamente con l'età. Questo fenomeno è qui illustrato dai dati dell'indagine francese Escapad (Beck, 2001). Il grafico 21 A mostra che, fra i ragazzi di 13-14 anni, la percentuale di chi ha avuto un'esperienza una tantum di ubriachezza è del 15,9 %, mentre la percentuale di chi ha sperimentato la cannabis è del 13,8 %. Fra i giovani di 17-18 anni queste percentuali salgono rispettivamente al 64,5 % ed al 55,7 %.

Da una recente indagine sulla popolazione giovanile dell'UE, emerge che la principale motivazione per cominciare a provare la droga è la «curiosità» (EORG, 2002). Fra coloro che sperimentano droghe, la maggioranza non ne continua il consumo su base regolare. In una minoranza, piccola ma significativa, il consumo registra un'escalation a livelli intensivi. Questo fenomeno è illustrato nel grafico 21 B, il quale mostra la distribuzione del consumo di cannabis tra la popolazione generale dei diciottenni in Francia. Le indagini fra la popolazione generale mostrano che l'esperienza una tantum del consumo di droghe illecite è sensibilmente superiore all'uso recente o corrente⁽¹⁶⁹⁾. Informazioni comparabili sui modelli d'uso tra i consumatori regolari di stupefacenti sono meno sviluppate che nel campo della ricerca sull'alcool. Questo fattore limita la comprensione dei modelli di consumo degli stupefacenti e, conseguentemente, l'elaborazione di risposte efficaci. In alcuni Stati membri si stanno esaminando le definizioni di «consumo problematico di cannabis»; è stata avanzata l'ipotesi che le persone che abbiano fatto uso di cannabis 20 volte o più nel corso del mese precedente siano maggiormente a rischio di evolvere in un modello di consumo problematico (Beck, 2001; Relazione nazionale olandese). Con questa definizione, nei Paesi Bassi una persona su cinque che abbia fatto uso di cannabis nel corso del mese precedente può essere classificata «a rischio». Secondo il grafico 21 B, in Francia il 13,3 % dei diciottenni, rispetto al 3,6 % soltanto delle diciottenni, rientra nella categoria «a rischio».

Una delle principali preoccupazioni in merito alla sperimentazione della cannabis riguarda il cosiddetto «effetto gateway»⁽¹⁷⁰⁾. Tuttavia, l'associazione tra consumo di cannabis e consumo di altre sostanze illecite è complessa e non riconducibile ad un semplice modello deterministico. Un modello alternativo, il modello del «fattore comune», dimostra come le correlazioni tra il consumo di cannabis e quello di altre droghe pesanti siano dovute ad una gamma di fattori comuni di rischio, fra cui la

Grafico 21: Consumo di cannabis tra i giovani di 17-18 anni nel 2001. (A) Età di iniziazione al consumo. (B) Livello di consumo.

Grafico 21 (A): Età di iniziazione all'ubriachezza ed al consumo di cannabis tra i giovani di 17-18 anni in Francia nel 2001

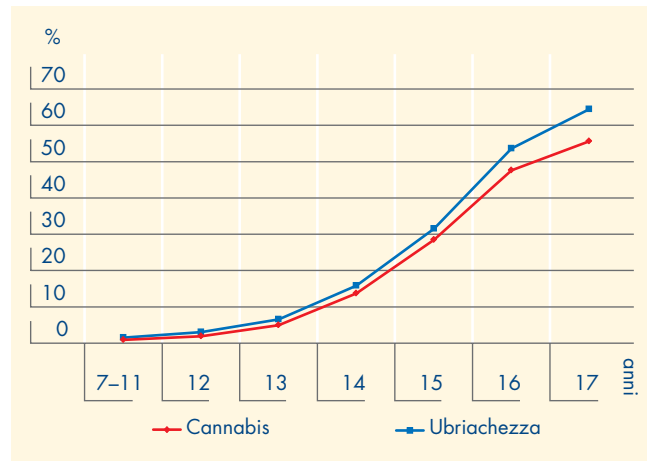
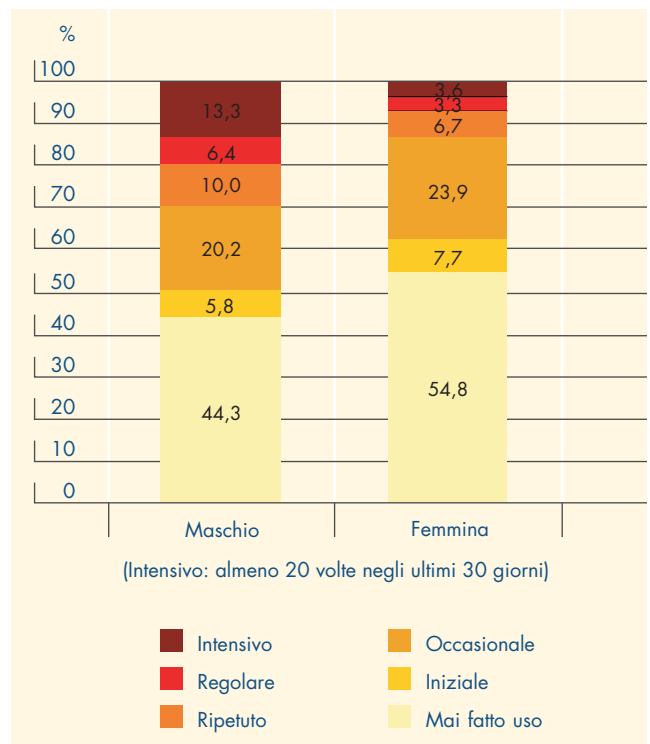


Grafico 21 (B): Livello del consumo di cannabis tra i giovani di 18 anni in Francia nel 2001



Fonti: Escapad (2001), OFDT, Campioni rappresentativi nazionali.

vulnerabilità, l'accesso alle sostanze stupefacenti e la propensione a farne uso. I risultati derivanti da studi su gruppi definiti (coorti) mostrano che il consumo di droghe illecite è raramente il primo segnale di disagio tra gli adolescenti. Il consumo di alcool, il

⁽¹⁶⁹⁾ Cfr. grafico 1 OL: Modelli di consumo della cannabis tra la popolazione generale: esperienza una tantum rispetto all'uso corrente (ultimi 30 giorni), indagine nazionale sulla prevalenza (del consumo di stupefacenti) 2001 (Paesi Bassi).

⁽¹⁷⁰⁾ Si basa sull'ipotesi che di per sé il consumo di cannabis aumenti il rischio di iniziazione alle droghe pesanti.

comportamento antisociale, le assenze ingiustificate da scuola ed il coinvolgimento in reati spesso si manifestano prima del consumo di cannabis⁽¹⁷¹⁾. È raro che gli adolescenti facciano uso di sostanze illecite senza l'esposizione concomitante ad altri consumatori illeciti; credono che i vantaggi potenziali del consumo superino i costi potenziali (Engineer e a., 2003). L'effetto *gateway* può essere dimostrato dal fatto che la cannabis porta i consumatori al contatto con il mercato illecito, aumentando l'accesso ad altre droghe illecite e costituendo una piattaforma di accettabilità per il ricorso ad altre droghe illecite (Grant e Dawson, 1997; Petraitis e a., 1998; Adalbjarnardottir e Rafnsson, 2002; Brook e a., 2002; Morral e a., 2002; Parker e Eggington, 2002; Pudney, 2002; Shillington e Clapp, 2002).

Nei Paesi Bassi, un'indagine fra i giovani realizzata nel 1999 ha riscontrato che la maggioranza dei giovani consumatori di cannabis aveva acquistato la cannabis da amici (46 %) e *in coffee shop* (37 %) (De Zwart e a., 2000).

L'identificazione di una serie di fattori di rischio che possono influenzare sia l'iniziazione al consumo di stupefacenti, sia una sua escalation, nell'ambito di una popolazione di adolescenti caratterizzata da estrema eterogeneità, è un approccio che ha cominciato a prendere piede. Questi fattori vanno, senza soluzione di continuità, dall'individuo alla comunità locale, dalla comunità locale ai fattori macro-ambientali; inoltre è probabile che essi siano diversi per il consumo problematico di stupefacenti, piuttosto che per il consumo di stupefacenti ad uso ricreativo.

Fattori di rischio

Indagini mirate hanno mostrato che alcuni gruppi particolari di giovani presentano livelli molto più elevati di consumo di stupefacenti rispetto alla popolazione nazionale generale. Si tratta spesso di giovani che sono stati espulsi oppure sono soliti fare assenze ingiustificate dalla scuola, sono stati coinvolti in reati, sono senza fissa dimora oppure sono scappati da casa, i loro fratelli maggiori sono consumatori di stupefacenti (Lloyd, 1998; Swadi, 1999; Goulden e Sondhi, 2001; Hammersley e a., 2003). L'indagine condotta nel Regno Unito nel 1998/99 sugli stili di vita dei giovani ha rivelato che la prevalenza del consumo di stupefacenti, nel Regno Unito, è significativamente superiore tra questi gruppi più vulnerabili⁽¹⁷²⁾. La dimensione a livello nazionale di questi gruppi vulnerabili suggerisce che le indagini attualmente condotte nelle scuole tendono a sottostimare la prevalenza, in quanto non riescono ad identificare le popolazioni di adolescenti ad alto rischio che non frequentano l'ambiente scolastico. Attualmente dati comparabili a livello UE sui «gruppi vulnerabili» sono scarsi. I giovani che di notte frequentano particolari ambienti musicali rappresentano un altro gruppo vulnerabile. I collegamenti tra specifiche culture giovanili e droghe sono ben documentati, anche recentemente, rispetto alla diffusione del consumo di ecstasy (MDMA) (Griffiths e a., 1997; Springer e a., 1999). Negli ambienti techno, la prevalenza di consumo di ecstasy va dal 12,5 % (Atene) all'85 % (Londra), rispetto ad una prevalenza di consumo dell'1 % (Grecia)

e dell'8 % (Regno Unito) tra la popolazione giovane adulta generale (OEDT, 2002a).

La comunità locale

In questi ultimi anni è stata dedicata maggior attenzione alle componenti sociali, economiche e culturali, fra cui l'ambiente fisico (Spooner e a., 2001; Lupton e a., 2002). Spesso i problemi legati alla droga si concentrano in determinate aree geografiche e situazioni abitative. Per esempio, la relazione nazionale irlandese cita il fatto che i bambini partecipanti ai *focus group* raccontavano di incontrare regolarmente dei tossicodipendenti; occasionalmente, riferivano inoltre di aver visto attrezzature varie per la droga sulle scale o nelle parti condominiali comuni (balconate). I genitori che vivono in queste aree hanno espresso estrema ansia circa l'elevato livello di esposizione dei figli alle droghe (O'Higgins, 1999).

Decessi ed emergenze negli ospedali

Tra chi ha meno di 20 anni, i decessi correlati all'uso di droghe o all'alcool sono relativamente rari. Tuttavia, nel corso degli anni Novanta il numero dei decessi correlati all'uso di stupefacenti tra i giovani dell'UE è aumentato costantemente. In totale, tra il 1990 ed il 2000 sono stati registrati nell'UE 3 103 decessi tra i giovani⁽¹⁷³⁾. Quando però si vanno a calcolare gli anni di aspettativa di vita perduti, la perdita comparabile di anni per la morte di una persona giovane è maggiore rispetto a quella di una persona più anziana⁽¹⁷⁴⁾. Informazioni dettagliate sui decessi correlati all'uso di stupefacenti si possono trovare alle pagg. 28–32. Il Regno Unito è l'unico Stato membro che segnali i decessi specificatamente correlati all'inalazione di sostanze volatili. Nell'arco di 18 anni si sono verificati 1 707 decessi specificatamente correlati a questo fenomeno. La maggioranza di questi decessi ha colpito giovani d'età compresa tra 15 e 19 anni (Field-Smith e a., 2002). Nonostante l'attenzione dedicata dai mass-media ai decessi correlati all'ecstasy, le sostanze inalanti costituiscono probabilmente per gli adolescenti un rischio per la salute superiore al consumo di altre forme di consumo di droga.

Nell'UE non vengono raccolti dati di routine sulle emergenze ospedaliere correlate agli stupefacenti, a causa della natura nascosta del consumo di droghe illecite o del consumo di alcool insieme ad altre droghe, nonché della mancanza di analisi tossicologiche (Tait e a., 2002). I dati limitati disponibili suggeriscono che l'alcool, in alcuni Stati membri, pesa di più sui servizi sanitari del consumo di droghe illecite. L'OMS stima che nei paesi sviluppati l'alcool sia responsabile ogni anno del 10-11 % di tutte le malattie e di tutti i decessi (Rehn e a., 2001). Per esempio, da un'indagine danese condotta nel 2001 tra i giovani è emerso che meno diciassettenni avevano segnalato di essere andati in ospedale per problemi correlati agli stupefacenti, che essere andati in ospedale per problemi correlati all'alcool (Relazione nazionale danese). In Irlanda, uno studio regionale condotto per tre mesi sui pazienti ricoverati in ospedale ha rivelato che quasi tutti i 55 giovani pazienti ricoverati, d'età compresa tra

⁽¹⁷¹⁾ Grafico 50 OL: Percentuale degli studenti di 15-16 anni che si sono ubriacati o hanno provato la cannabis a 13 anni o prima (versione on line).

⁽¹⁷²⁾ Grafico 51 OL: Confronto del consumo di droga tra gruppi vulnerabili (versione on line).

⁽¹⁷³⁾ Grafico 52 OL: Decessi improvvisi correlati agli stupefacenti segnalati nell'UE tra i giovani fino a 19 anni d'età (versione on line).

⁽¹⁷⁴⁾ L'attuale aspettativa media di vita nell'UE è di 75 anni per gli uomini e di 80 anni per le donne.

10 e 18 anni, erano entrati in ospedale per abuso di alcool o per deliberato autoavvelenamento (Mid-Western Health Board, 2002; segnalato nella Relazione nazionale irlandese).

Risposte giuridiche e raccomandazioni

In quasi tutti gli Stati membri, la disponibilità di alcool è controllata mediante monopolio statale o sistema di licenza. Nella maggior parte degli Stati membri dell'UE, sono stati fatti dei tentativi per controllare la disponibilità di alcool per i giovani applicando limiti d'età (di solito 16 o 18 anni) alle vendite di alcolici fuori e dentro i locali. Il Portogallo ha introdotto limiti d'età in termini relativamente recenti, nel gennaio 2002. I limiti alla pubblicità degli alcolici variano dal divieto totale a codici di autodisciplina, all'assenza totale di limiti (Rehn e a., 2001; Bye, 2002). Nel Regno Unito, la vendita di gas per accendini ai minori di 18 anni è stata limitata da una legge denominata «Cigarette Lighter Refill (safety) Regulations 1999» (Field-Smith et al. 2002). A seguito di questa normativa, insieme con campagne informative mirate ai genitori, si ritiene di aver conseguito una diminuzione dei decessi. Esistono alcune varianti legislative, ma poco si sa della prassi. Un esempio di una nuova iniziativa volta ad affrontare questioni pratiche si può ritrovare in Germania, che ha recentemente introdotto la cosiddetta legge sul «succo di mela», che impone ai bar di offrire una bevanda analcolica ad un prezzo più basso della bevanda alcolica più economica (Relazioni nazionali tedesca e olandese). Nel Regno Unito, i dettaglianti stanno varando un nuovo programma, con il sostegno del governo, che prevede il rilascio di una speciale «tessera» per i giovani clienti finalizzata all'applicazione dei limiti d'età rispetto all'acquisto di alcool e sostanze volatili (BBC News).

In questi ultimi anni, i Paesi Bassi hanno aumentato i controlli nei *coffee shop*, il che ha portato alla chiusura dei *coffee shop* vicini alle scuole in cui si vendeva cannabis. Nei Paesi Bassi, chi ha meno di 18 anni non può comprare cannabis. La pubblicità dei prodotti derivati dalla cannabis è vietata e, in questi ultimi anni, il controllo più stringente dei *coffee shop* ha ridotto in maniera significativa il numero dei clienti con meno di 18 anni (Relazione annuale olandese). A Copenaghen, in Danimarca, la polizia ha fatto chiudere circa 50 club di cannabis da quando è entrata in vigore la legge che vieta i visitatori in determinati locali (Relazione annuale danese).

Recentemente, in Irlanda e Regno Unito sono state adottate alcune iniziative volte a ridurre i problemi collegati a droghe ed alcool tra i giovani. In Irlanda, per esempio, il *Children's Bill* (1999) pone a carico dei genitori la responsabilità del controllo dei figli. Per i genitori le sanzioni prevedono il trattamento terapeutico, se essi stessi fanno uso di sostanze, o corsi di formazione al proprio ruolo di genitori. I bambini non adeguatamente seguiti possono essere passibili di «coprifuoco notturno». Sempre in Irlanda sono applicate dalla polizia due misure di ordine pubblico nazionale:

l'operazione Oíche indirizzata al consumo di alcool da parte dei minorenni, al consumo illecito di droga e alla vendita di alcool ai minorenni e l'operazione Encounter indirizzata al comportamento antisociale in strada, nei locali pubblici autorizzati, nei nightclub e nei fast food. Per ulteriori dettagli sulle risposte giuridiche, cfr. pag. 42.

Esigenze e risposte senza soluzione di continuità

Uno degli obiettivi principali dell'UE per contrastare l'abuso di sostanze stupefacenti ed alcool è quello di realizzare interventi adeguati che abbiano l'impatto più efficace possibile. Le strategie d'intervento si concentrano principalmente su cinque ampi gruppi bersaglio, in parte sovrapposti: (1) giovani in età scolastica; (2) giovani che fanno un uso sperimentale e ricreativo di stupefacenti; (3) giovani che vivono in aree socialmente svantaggiate; (4) giovani coinvolti in reati; (5) giovani che necessitano di trattamento per droghe ⁽¹⁷⁵⁾.

Giovani in età scolastica

La prevenzione nelle scuole è una risposta ampiamente utilizzata per questo gruppo di riferimento. Maggiori dettagli si possono trovare a pag. 45.

A livello di politiche scolastiche, svariati Stati membri hanno varato raccomandazioni su come reagire in caso di incidenti per droga e nei confronti di studenti che fanno uso di stupefacenti. In Francia, grande attenzione è posta sui «Punti di riferimento per la prevenzione dei comportamenti a rischio nelle scuole» ed alla risoluzione dei problemi mediante servizi di consulenza mirati. L'accento principale è posto sulla formazione professionale del personale scolastico, affinché sia in grado di gestire i comportamenti giovanili devianti. In Austria e Germania, i programmi STEP-by-STEP ⁽¹⁷⁶⁾ aiutano gli insegnanti ad identificare gli alunni che fanno uso di stupefacenti e ad intervenire presso di loro. In Norvegia, è stato varato un manuale atto allo scopo.

Nel Regno Unito, il *Drug Prevention Advisory Service* ha valutato un programma di prevenzione mirato ai giovani espulsi dalle scuole ed è giunto alla conclusione che i programmi sulle droghe sono sì assolutamente necessari, ma che i periodi brevi di educazione in materia non sono sufficienti. Molti dei giovani cui si era rivolto il programma assumevano già sostanze stupefacenti, il che implica che i programmi dovrebbero essere realizzati ad un'età più bassa e dovrebbero identificare e trattare con chiarezza le varie problematiche. La nuova normativa nazionale portoghese in materia di prevenzione prevede lo stanziamento di 400 000 euro all'elaborazione di programmi scolastici alternativi e a corsi precoci di formazione professionale per chi ha abbandonato la scuola. Quasi tutte le comunità autonome spagnole hanno attivato programmi di questo tipo. In Grecia sono in corso iniziative d'intervento precoce a favore di consumatori di droga adolescenti e delle loro famiglie (terapia di famiglia) come pure a favore di adolescenti che hanno problemi con la legge.

⁽¹⁷⁵⁾ Grafico 53 OL: Prevenzione selettiva — Obiettivi degli interventi (versione on line).

⁽¹⁷⁶⁾ Cfr. EDDRA, http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36.

Giovani che fanno un uso sperimentale e ricreativo di stupefacenti

Sempre di più si riconoscono i danni potenziali provocati dal consumo di alcool e droghe illecite nella vita di una percentuale, piccola ma significativa, della popolazione giovanile. Uno degli obiettivi principali per un'azione più efficace sono i gruppi vulnerabili di giovani che consumano alcool e sperimentano droghe a fini ricreativi nell'incoscienza dei rischi cui vanno incontro con i loro modelli di consumo delle sostanze, o nell'incapacità di controllarli (overdose, incidenti, comportamenti criminali, violenza, perdita della capacità di studiare o lavorare, infezioni sessualmente trasmesse e, a lungo termine, danni alla salute a carico di fegato/cervello ecc.) (Boys e a., 1999; Parker e Egginton, 2002). Nell'Unione europea cresce la preoccupazione circa i mutati modelli di consumo di alcool e droghe a fini ricreativi, particolarmente per quanto riguarda i rischi per la salute delle donne. Le strutture ricreative, come bar, discoteche, club sportivi e club giovanili sembrerebbero essere ambienti adeguati per la prevenzione in materia di droga, in quanto garantiscono il contatto con un gran numero di giovani, molti dei quali fanno uso di sostanze stupefacenti o sono, in questo senso, a rischio⁽¹⁷⁷⁾. Si avverte l'esigenza urgente di documentazione di carattere metodologico, con un'ampia valutazione degli interventi effettuati in questi ambienti.

In Francia, nel 2001, già il 30 % dei dipartimenti aveva adottato azioni di prevenzione oppure forniva interventi di primo soccorso nei luoghi da ballo. In Irlanda, in un'amministrazione sanitaria regionale, è al personale dei night club ed ai soci dei club che si rivolge il progetto *The sound decisions*⁽¹⁷⁸⁾. In Lussemburgo però non esiste un contesto legale che autorizzi i servizi che si occupano di droga ad intervenire nei night club.

Nei Paesi Bassi, per affrontare gli incidenti provocati dalle droghe che possono verificarsi in ambienti ad uso ricreativo, si organizzano corsi di formazione per formatori in tecniche di primo soccorso.

L'iniziativa olandese *Going out and drugs* comprende interventi in ambienti diversi dalla scuola dove i giovani fanno uso di droghe, come *coffee shop*, discoteche, feste private e club, nonché nei luoghi ove si tengono eventi musicali di grande richiamo.

Svariati progetti si rivolgono ai consumatori di stupefacenti nel mondo delle manifestazioni musicali per minimizzare i rischi derivanti dal consumo lecito ed illecito di sostanze stupefacenti. A volte il personale che si occupa di questi progetti si reca nei diversi luoghi in cui si tengono gli eventi musicali con una roulotte, per mettere a disposizione un ambiente tranquillo per consigli informali. I progetti possono avvalersi anche di linee telefoniche dedicate o siti web⁽¹⁷⁹⁾.

Nel quadro dell'EDDRA si è provveduto a predisporre su questi progetti un panorama ed un'analisi degli esempi di prevenzione

negli ambienti delle feste private⁽¹⁸⁰⁾. Un panorama dei progetti e delle politiche correnti figura in alcune tabelle on line⁽¹⁸¹⁾.

Specifici servizi di consulenza ad hoc e test delle pastiglie in loco durante gli eventi rave — secondo uno studio finanziato di recente dalla Commissione — sono efficaci per raggiungere quei giovani che, pur consumando sostanze stupefacenti regolarmente, non si considerano tossicodipendenti e pertanto non si metterebbero in contatto con i servizi istituzionali in materia di droga. Lo studio ha dimostrato anche che il test delle pastiglie non è controindicato rispetto agli interventi di prevenzione orientati all'astinenza⁽¹⁸²⁾. In Austria e Spagna, questi servizi si sono andati espandendo, mentre nei Paesi Bassi si limitano ai servizi che rispondono a standard elevati di accuratezza metodologica.

Un'altra serie di interventi coinvolge gruppi di coetanei, gruppi di autoaiuto ed alternative al consumo di sostanze stupefacenti, come informazione e sostegno psicosociale, nonché coinvolgimento in attività culturali o sportive (per esempio, campi estivi in Grecia). In Spagna, esistono da alcuni anni in tutto il paese programmi alternativi per il tempo libero.

In Norvegia, Svezia e Danimarca, i «corvi della notte» sono volontari adulti che pattugliano le strade del centro città durante le sere e le notti dei week-end. La loro missione è di essere visibili e disponibili nei confronti dei giovani. L'idea è che la loro presenza riduca la probabilità di violenza e danni.

Giovani che vivono in aree socialmente svantaggiate

In Svezia, la commissione antidroga ha esaminato la letteratura di ricerca sulle risposte di carattere preventivo (Narkotikakommissionen, 2000) ed è giunta alla conclusione che sono necessari tre tipi di intervento: iniziative specifiche rivolte ai soggetti più poveri; iniziative generali per migliorare la sanità pubblica ed iniziative miranti ad aiutare le famiglie vulnerabili.

L'Irlanda, il Portogallo ed il Regno Unito sono gli unici Stati membri che abbiano individuato particolari aree allo scopo di attuare in queste ultime programmi specifici. Il fondo *Young People's Facilities and Services Fund* (YPFSF) (fondo per strutture e servizi destinati ai giovani) mira ad attirare i giovani «a rischio» che vivono in aree svantaggiate verso strutture ed attività suscettibili di allontanarli dai pericoli dell'abuso di sostanze. Nel Regno Unito, il progetto *Positive Futures* opera in 57 aree svantaggiate per indirizzare allo sport giovani vulnerabili, distogliendoli da droghe e criminalità. I primi risultati sono incoraggianti e mostrano una riduzione dell'attività criminale e delle assenze ingiustificate da scuola, con una maggiore consapevolezza sociale. Il progetto *Health Action Zones* (HAZ) è il frutto di collaborazione tra più agenzie; queste zone di intervento sanitario corrispondono ad alcune delle aree più svantaggiate dell'Inghilterra, allo scopo di affrontare le disuguaglianze sanitarie mediante programmi di

⁽¹⁷⁷⁾ Grafico 54 OL: Prevenzione mirata a gruppi bersaglio in strutture ricreative (versione on line).

⁽¹⁷⁸⁾ Cfr. http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=356.

⁽¹⁷⁹⁾ Cfr. <http://www.emcdda.eu.int/responses/infosites.shtml>.

⁽¹⁸⁰⁾ Cfr. http://eddra.emcdda.eu.int:8008/FurtherReading/eddra_party_settings.pdf.

⁽¹⁸¹⁾ Tabella 16 OL: Principali parametri quantitativi di prevenzione nelle strutture ricreative; tabella 17 OL: Attività di prima assistenza/prevenzione nelle strutture ricreative; tabella 18 OL: Panoramica delle misure politiche e normative per la prima assistenza/prevenzione nelle strutture ricreative (versione on line).

⁽¹⁸²⁾ Cfr. http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828.

modernizzazione dell'assistenza sanitaria e sociale, per coprire un ampio spettro di giovani vulnerabili ritenuti a rischio di abuso di droghe (130 progetti ed iniziative in 26 HAZ). Il progetto *Connexions* è un servizio di sostegno e consulenza del Regno Unito che si rivolge a giovani fra 13 e 19 anni: comprende l'individuazione dei giovani a rischio e prevede il rinvio a servizi specializzati in materia di droga. Nel 2002, queste forme di collaborazione sono state 27, mentre altre 20 dovrebbero essere attivate entro il 2003.

Nel Regno Unito tutti i gruppi d'azione operanti nel campo delle droghe (DAT) hanno svolto nel 2001 una valutazione delle esigenze dei giovani e devono pianificare, mediante i programmi relativi all'abuso di sostanze da parte dei giovani (YPSMPS), servizi per i giovani, che vanno dalla prevenzione generale al trattamento dell'abuso di sostanze e che si basano sulle esigenze locali.

In Austria, per i giovani, operano in strada appositi centri mobili, in stretta collaborazione con altre organizzazioni di assistenza, per fornire un aiuto allo stadio iniziale agli adolescenti ed ai giovani adulti che fanno uso di stupefacenti. In futuro la copertura geografica di questi centri dovrebbe aumentare ⁽¹⁸³⁾.

In Finlandia, i *Walkers youth cafés*, ⁽¹⁸⁴⁾ che forniscono interventi allo stadio iniziale, operano attualmente in 24 località. Un ruolo importante è svolto da volontari adulti opportunamente formati, sostenuti da operatori professionisti nel campo della gioventù. Si è cercato di trasformare questi *youth cafés* in punti di incontro sicuri. Analogamente, in Irlanda, in un'amministrazione sanitaria regionale, è stato creato un *Health Advice Café* che mira a fornire ai giovani un mix di servizi, cioè prevenzione ed accesso diretto ai servizi sanitari.

In Norvegia, la maggior parte dei comuni prevede servizi di prima assistenza (operatori di strada). Gli obiettivi comprendono vari interventi di prevenzione rivolti ai bambini più grandi ed ai giovani, nonché servizi di consulenza e di rinvio alle strutture che offrono sostegno e trattamento terapeutico.

Giovani coinvolti in reati

Alcuni Stati membri forniscono sostegno mirato, corsi di formazione e programmi di prima assistenza per i giovani a rischio, come i giovani coinvolti in reati. Una delle conseguenze principali di queste iniziative è stata la riduzione del numero dei giovani cui è stata comminata una sentenza di condanna penale.

Gli interventi prevedono alternative all'applicazione della legge ed alle strategie punitive, allo scopo di ridurre o prevenire la possibilità che i giovani entrino nella spirale del crimine, con conseguenze irreversibili. Nel Regno Unito, le *Youth Offending Teams* sono squadre formate da operatori nel campo della droga che procedono ad una valutazione dei giovani coinvolti in reati per abuso di droga e, se del caso, propongono interventi di prevenzione. In Lussemburgo il progetto *MSF Youth Solidarity* (solidarietà per i giovani), opera in maniera analoga, in diretta

collaborazione con i magistrati dei tribunali minorili e le forze di polizia competenti.

In Germania, il progetto FRED mira ad intervenire in fase iniziale presso i consumatori di stupefacenti segnalati per la prima volta ⁽¹⁸⁵⁾. In Finlandia i progetti di applicazione della legge seguono i medesimi principi.

Giovani che necessitano di servizi terapeutici

La domanda di trattamento per droga è un indicatore significativo di tossicodipendenza e di bisogno acuto. Nel 2001 nell'UE, i giovani d'età fino a 19 anni rappresentavano meno del 10 % della domanda totale segnalata di trattamento terapeutico specializzato. Circa la metà di questi giovani era in terapia per la cannabis in quanto droga principale. Quasi un quarto era in terapia per problemi da oppiacei, mentre il resto era equamente diviso tra trattamento per uso di cocaina e trattamento di altre sostanze eccitanti. Tuttavia, esistono variazioni di carattere nazionale; per esempio, in Irlanda la percentuale dei giovani in trattamento è superiore a quella di qualsiasi altro paese dell'UE. Il trattamento terapeutico per chi ha meno di 18 anni è complicato da questioni di assenso dei genitori e di preoccupazioni circa la prescrizione di sostanze sostitutive, in assenza di adeguate ricerche sugli effetti collaterali di tali sostanze in questa fascia d'età. La maggior parte dei giovani in terapia per gravi problemi da droga frequenta ambienti terapeutici non dedicati.

In alcuni paesi sono stati sviluppati servizi terapeutici specializzati. Per esempio, nei Paesi Bassi c'è una piccola clinica dedicata a giovani di 13-18 anni. In Finlandia, un'enfasi particolare è data al trattamento psicosociale sostenuto ed intensivo, senza soluzione di continuità, accompagnato dal necessario trattamento terapeutico istituzionale. Sulla base di informazioni del 1999, le unità terapeutiche per i giovani tossicodipendenti erano 6, per un totale di 40 posti letto. Inoltre, i riformatori avevano tre unità specializzate nel trattamento per droga, per un totale di 23 posti letto. In Lussemburgo c'è un centro specializzato: il 43 % dei pazienti ha meno di 16 anni. In Grecia, gli interventi precoci mirano ai tossicodipendenti adolescenti ed alle rispettive famiglie (famiglie in terapia) e agli adolescenti che hanno problemi con la giustizia.

In Svezia, i giovani d'età compresa tra 12 e 21 anni affetti da gravi problemi psicosociali, spesso associati ad elementi di comportamento criminale ed uso di sostanze psicoattive, possono essere ricoverati in istituti di cura senza il loro consenso. I metodi terapeutici comprendono la terapia ambientale, la terapia della famiglia funzionale, la terapia comportamentale cognitiva e, per l'abuso di sostanze, il metodo dei 12 passi. I giovani coinvolti in reati, in alternativa al carcere, ricevono trattamenti assistenziali istituzionali chiusi per giovani ⁽¹⁸⁶⁾ sulla base di una legge specifica, *Care of Young Persons (Special Provisions) Act*. Per ulteriori informazioni sulle risposte al trattamento, cfr. pag. 49.

⁽¹⁸³⁾ Cfr. «Auftrieb» all'indirizzo http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2086.

⁽¹⁸⁴⁾ Cfr. http://www.aseanlapset.fi/walkers-nuorisokahvila/walkers-kahvila_suomessa/.

⁽¹⁸⁵⁾ Cfr. EDDRA, http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091.

⁽¹⁸⁶⁾ Cfr. <http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87>.

Emarginazione e reinserimento sociale

Definizioni e concetti

Secondo l'ultima indagine riguardante la «precarità sociale e l'integrazione»⁽¹⁸⁷⁾, la percentuale della popolazione europea a rischio di povertà ed esclusione sociale in Europa varia dal 9 % al 22 % (Consiglio europeo, 2001). Le persone sono considerate socialmente emarginate se «viene loro impedita la piena partecipazione alla vita economica, sociale e civile e/o quando il loro accesso al reddito o ad altre risorse (personali, familiari o culturali) è così inadeguato da impedire loro di condurre uno standard di vita considerato come accettabile dalla società in cui vivono» (Gallie e Paugam, 2002).

L'emarginazione sociale può essere così definita come una combinazione di mancanza di risorse economiche, isolamento sociale ed accesso limitato ai diritti sociali e civili; si tratta di un concetto relativo, specifico di ogni particolare società (CEIES, 1999) e rappresenta una progressiva accumulazione nel tempo di fattori sociali ed economici. I fattori che possono contribuire all'emarginazione sociale sono i problemi relativi al lavoro, agli standard educativi e di vita, alla salute, alla nazionalità, all'abuso di droghe, alla differenza di genere ed alla violenza (Consiglio europeo, 2001; Relazioni nazionali, 2002).

Il consumo di sostanze stupefacenti può essere considerato alternativamente sia una conseguenza, sia una causa di emarginazione sociale (Carpentier, 2002): il consumo di sostanze stupefacenti può provocare un deterioramento delle condizioni di vita, ma, d'altro canto, sono proprio i processi di marginalizzazione sociale che possono portare a ricorrere alle sostanze stupefacenti. Ciononostante, il rapporto tra abuso di stupefacenti ed emarginazione sociale non è un rapporto di tipo causale, perché l'emarginazione sociale «non riguarda tutti i consumatori di stupefacenti» (Tomas, 2001).

Tenendo conto di questa complessità, è possibile analizzare il consumo di stupefacenti tra le popolazioni socialmente emarginate e studiare l'emarginazione sociale tra i tossicodipendenti (cfr. grafico 22).

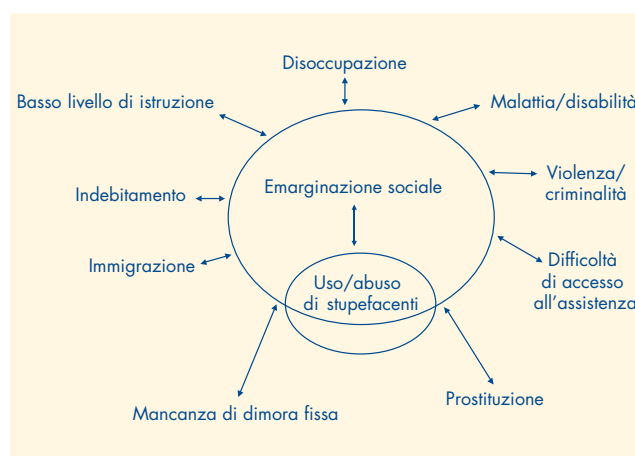
Modelli di consumo degli stupefacenti e conseguenze osservate tra la popolazione socialmente emarginata

In letteratura e nelle ricerche le seguenti popolazioni sono di solito considerate a rischio di emarginazione sociale: detenuti, immigrati⁽¹⁸⁸⁾, senza fissa dimora, lavoratori del sesso e giovani vulnerabili. Occorre ricordare i pregiudizi ed i limiti metodologici delle informazioni riguardanti il consumo di sostanze stupefacenti ed i modelli di consumo tra i gruppi socialmente emarginati, a causa della mancanza di fonti informative e di dati comparabili in Europa.

Si è visto che la relazione tra l'essere detenuto ed il far uso di sostanze stupefacenti è abbastanza stretta (cfr. anche pag. 34). In buona parte i detenuti sono già consumatori di stupefacenti prima di entrare in carcere ed il motivo della detenzione è spesso associato al consumo di sostanze stupefacenti. Tuttavia, alcune persone seguono il percorso inverso, nel senso che cominciano a far uso di droga dopo essere entrati in carcere per aver commesso un qualche reato. Gli studi suggeriscono che in Europa tra il 3 % ed il 26 % dei consumatori di stupefacenti detenuti in carcere comincia a farne uso proprio in carcere, mentre tra lo 0,4 % ed il 21 % dei detenuti che consumano stupefacenti per via parenterale si è iniettato droga per la prima volta in carcere. Il consumo di sostanze stupefacenti in carcere è molto frequente: fino al 54 % dei detenuti segnala il consumo di stupefacenti in carcere, mentre fino al 34 % segnala di averne fatto uso per via parenterale in carcere (Stoeber, 2001; OEDT, 2002a).

La correlazione tra «persone di colore e gruppi etnici minoritari», da un lato, e consumo di sostanze stupefacenti, dall'altro, è meno chiara, in quanto sono disponibili scarse informazioni. Non ci sono prove scientifiche che il consumo di stupefacenti sia più elevato tra gli immigrati che non tra la popolazione generale. Tuttavia, alcuni studi effettuati all'interno di determinati gruppi etnici minoritari hanno rilevato che la percentuale dei consumatori problematici di stupefacenti è superiore tra quei gruppi piuttosto che tra la popolazione generale, come accade per gli inglesi in Finlandia (dei quali si stima che l'1-2 % siano tossicodipendenti ed in particolare eroinomani), i curdi in Germania, i gitani in Spagna e svariati gruppi etnici nei Paesi Bassi (Vrieling e a., 2000) (189). Le motivazioni possono risiedere in una combinazione di fattori socialmente svantaggiati, come la scarsa padronanza della lingua locale, la disoccupazione ed i problemi abitativi, il modesto tenore di vita e la mancanza di

Grafico 22: Rapporto tra emarginazione sociale e consumo di stupefacenti



⁽¹⁸⁷⁾ Indagine dell'Eurobarometro, n. 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_en.pdf.

⁽¹⁸⁸⁾ Secondo l'OEDT (2002b) gli immigrati sono definiti come «neri e gruppi etnici minoritari» e comprendono popolazioni immigrate provenienti da diverse comunità che vivono in paesi dell'UE.

⁽¹⁸⁹⁾ Tabella 19 OL: Distribuzione dei problemi di dipendenza primaria (alcool, eroina, cocaina, cannabis e gioco d'azzardo) nei Paesi Bassi tra gli immigrati ed i nativi olandesi (versione on line).

di risorse economiche (Relazioni nazionali, 2002).

Per quanto riguarda i modelli di consumo degli stupefacenti, tra i vari gruppi etnici si riscontrano delle divergenze. L'uso del qat è segnalato soltanto tra le popolazioni somale e dell'Africa nera, mentre l'eroina è fumata dagli immigrati del Suriname e del Bangladesh. Inoltre il consumo di stupefacenti tra i gitani spagnoli sembra cominciare circa 2-3 anni prima rispetto alla popolazione nativa (Eland e Rigter, 2001; Reinking e a., 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

Anche le persone senza fissa dimora sono segnalate a rischio per il consumo di stupefacenti. Pur non esistendo dati comparabili a livello europeo sulla correlazione tra mancanza di casa e consumo di stupefacenti, in molti paesi sono stati condotti studi specifici ed il consumo di stupefacenti è segnalato essere un problema frequente tra i senza casa (Relazioni nazionali, 2002). La Danimarca, la Francia, i Paesi Bassi ed il Regno Unito segnalano che fino all'80 % delle persone senza fissa dimora che vivono in alloggi di fortuna sono tossicodipendenti; gli indici di prevalenza sono ancora superiori tra le persone che vivono in strada oppure sono senza casa con altri problemi sociali. Per esempio, secondo una piccola analisi svolta in Irlanda, il 67 % degli ex detenuti senza fissa dimora è tossicodipendente (Hickey, 2002). Tra i senza fissa dimora, l'eroina è la droga più comune, seguita dalla cocaina e dalla poliassunzione. Anche altri comportamenti ad alto rischio, come l'assunzione per via parenterale e la condivisione degli aghi, sono segnalati essere molto frequenti tra i senza fissa dimora ⁽¹⁹⁰⁾.

Tra i giovani vulnerabili, il consumo di stupefacenti risulta essere frequente; si riscontra una prevalenza elevata tra i giovani che hanno vissuto problemi familiari e sociali o problemi a livello scolastico. Tra i figli dei tossicodipendenti è stata riscontrata un'elevata prevalenza del consumo di stupefacenti: gli indici del consumo una tantum di stupefacenti tra i figli di genitori che hanno fatto uso di stupefacenti nell'anno precedente sono significativamente superiori a quelli che si riscontrano nel gruppo «non vulnerabile» (una prevalenza una tantum del 37-49 % rispetto al 29-39 % dei figli di genitori che non fanno uso di stupefacenti) ⁽¹⁹¹⁾. Svariati studi segnalano che i giovani che hanno patito abusi sessuali o fisici all'interno della famiglia sono maggiormente a rischio di far uso di stupefacenti quando saranno adulti (Liebschutz e a., 2002). In Portogallo, il rischio che i giovani vittime di abusi e violenze in famiglia facciano poi uso di eroina risulta essere sette volte superiore rispetto a quello dei giovani della popolazione generale (Lourenço e Carvalho, 2002). Nel Regno Unito, sembra più probabile che «i giovani che sono fuggiti di casa» ⁽¹⁹²⁾ facciano abuso di sostanze

stupefacenti. Gli indici del consumo una tantum di stupefacenti sono da 2 a 8 volte superiori rispetto ai giovani che non sono mai fuggiti di casa. Le sostanze di cui si fa maggior uso sono crack, eroina e solventi. I problemi scolastici sono un altro fattore di rischio, che spinge ad assumere sostanze stupefacenti: viene segnalata un'elevata prevalenza del consumo di stupefacenti tra i ragazzi che non frequentano la scuola (Amossé e a., 2001), tra quelli che sono in riformatorio (il 40 % degli studenti di riformatori in Finlandia hanno avuto in passato un problema di tossicodipendenza e di questi il 16 % ha avuto un problema connesso con la droga) (Lehto-Salo e a., 2002) e tra chi ha un livello scolastico piuttosto basso (13,5 % in Norvegia) (Vestel e a., 1997).

Nell'ambito della prostituzione, il consumo di stupefacenti è spesso uno dei motivi della prostituzione stessa, ma potrebbe essere anche una conseguenza (come avviene per altri fattori associati con il consumo di stupefacenti). I modelli di consumo degli stupefacenti variano a seconda che la prostituzione avvenga prima o dopo la tossicodipendenza. Uno studio qualitativo italiano condotto tra le prostitute da marciapiede ha riscontrato che, quando queste ultime cominciano ad assumere sostanze stupefacenti per affrontare i problemi legati alla prostituzione, esse fanno uso prevalentemente di alcolici, tranquillanti o altre medicine psicoattive; viceversa, se la tossicodipendenza è la ragione principale della prostituzione, l'eroina è la droga primaria (Calderone e a., 2001).

I risultati o i dati derivanti da ricerche su altri gruppi socialmente emarginati sono scarsamente disponibili; la Danimarca segnala che tra i pazienti dei servizi psichiatrici il 50-60 % è rappresentato da tossicodipendenti, probabilmente a causa dell'ampia disponibilità di sostanze stupefacenti e del fatto che questi pazienti hanno familiarità con l'assunzione di farmaci psicoattivi (Relazione nazionale, 2002).

Rapporto tra emarginazione sociale e consumo di stupefacenti

Tra i pazienti in terapia sono disponibili maggiori dati sulle condizioni sociali. I fattori socioeconomici correlati al consumo di stupefacenti comprendono bassi livelli di istruzione, il precoce abbandono o ritiro dalla scuola; la disoccupazione; bassi livelli salariali e lavori difficili; redditi bassi ed indebitamento; alloggio precario o mancanza di casa; mortalità e malattie correlate alle droghe; scarso accesso all'assistenza; stigmate sociali (tabella 5).

In rapporto alla sostanza stupefacente consumata ed ai modelli di consumo, si riscontrano notevoli differenze nelle condizioni

⁽¹⁹⁰⁾ Il ministero degli Interni britannico segnala che nel Regno Unito circa un terzo delle persone senza fissa dimora ha fatto uso di eroina per via parenterale, mentre un quinto si è iniettato crack. Nell'ultimo mese è probabile che oltre il 10 % abbia usato la siringa di qualcun altro oppure abbia passato ad altri la propria (Carlen, 1996; Goulden e Sondhi, 2001).

⁽¹⁹¹⁾ Secondo un'indagine realizzata in Inghilterra e Galles nel 1998/99 tra 4 848 giovani (Goulden e Sondhi, 2001).

⁽¹⁹²⁾ La *Social Exclusion Unit* (Ufficio per l'emarginazione sociale) presso l'ufficio del vice primo ministro britannico dà la seguente definizione di «giovane fuggito di casa»: «un bambino o un giovane con meno di 18 anni che trascorre una o più notti lontano dalla famiglia o dalla casa di chi ne fa le veci, senza permesso, oppure è stato costretto ad andarsene dai genitori o da chi ne fa le veci» (Social Exclusion Unit, 2002).

sociali; le condizioni peggiori sono rilevabili tra i consumatori di eroina ed oppiacei e tra i tossicodipendenti cronici.

Nel 2001 il 47 % di tutti i pazienti in terapia non era mai andato a scuola, oppure aveva completato soltanto la scuola elementare; tra i consumatori di stupefacenti si trova anche un numero elevato di soggetti che hanno abbandonato precocemente la scuola oppure si sono ritirati. Si riscontrano differenze a seconda della principale droga consumata e del paese ⁽¹⁹³⁾: i consumatori di oppiacei (in particolare, i consumatori di eroina) hanno il livello d'istruzione più basso (Relazioni nazionali, 2002).

A causa delle loro precarie condizioni sociali, i consumatori di stupefacenti hanno anche problemi legati al loro status lavorativo; il tasso di disoccupazione è molto elevato rispetto alla popolazione generale [il 47,4 % tra i consumatori di stupefacenti, contro l'8,2 % ⁽¹⁹⁴⁾ della popolazione generale]; per i tossicodipendenti è difficile trovare lavoro; è raro che riescano a conservarlo a lungo, oppure che facciano carriera (DrugScope, 2000) ⁽¹⁹⁵⁾. Uno status lavorativo precario può portare a problemi finanziari; spesso i tossicodipendenti hanno un reddito basso oppure non dispongono di risorse finanziarie (il 32-77 % dei

pazienti in terapia sopravvivono grazie ai sussidi sociali). Anche l'indebitamento è frequente.

Si segnala che le condizioni di vita dei tossicodipendenti sono spesso molto modeste: il 10,4 % dei clienti vive in alloggi precari ed il 7,5 % vive in istituti. Inoltre, molti paesi segnalano un tasso elevato di senza casa (fino al 29 %) tra i tossicodipendenti ⁽¹⁹⁶⁾.

Per quanto riguarda la nazionalità, le caratteristiche non si discostano dalla struttura della popolazione generale ⁽¹⁹⁷⁾; i pazienti sono prevalentemente cittadini del paese in cui chiedono il trattamento terapeutico ed il numero dei pazienti provenienti da altri paesi (europei o extraeuropei) è rapportato alla presenza degli stranieri nella popolazione generale. Va ricordato comunque che in alcuni paesi non è permesso registrare la nazionalità/l'origine etnica dei pazienti e pertanto tali informazioni non sono disponibili in modo omogeneo.

A parte le conseguenze dirette sulla salute (cfr. pag. 24), i tossicodipendenti possono avere difficoltà ad accedere all'assistenza, per una certa riluttanza a rivolgersi ai servizi assistenziali, per scarsa istruzione o per un basso grado di accettazione da parte dei servizi medici di base e la singolarità dei loro problemi sanitari, rispetto ai quali non sono disponibili servizi adeguati.

Infine, i tossicodipendenti hanno un'immagine sociale negativa e possono incontrare l'ostilità della popolazione generale e delle autorità pubbliche. Da una ricerca svolta in un carcere di Vienna è emerso che spesso i tossicodipendenti hanno subito violenza ed abusi da parte di funzionari di polizia o altri pubblici ufficiali (Waidner, 1999).

Reinserimento sociale

Nei paesi europei ed in Norvegia sono state elaborate alcune misure per affrontare l'emarginazione sociale di alcuni gruppi, con o senza problemi di tossicodipendenza, segnati dalle conseguenze sociali dell'uso/abuso di stupefacenti.

Sulla base della strategia dell'Unione europea in materia di droga (2000-2004) (Consiglio dell'Unione europea, 2000) e di uno studio specifico sul reinserimento sociale nell'UE ed in Norvegia (OEDT, 2003b), il reinserimento sociale potrebbe essere definito «qualsiasi sforzo volto ad integrare i tossicodipendenti nella comunità».

Gli interventi di reinserimento sociale si rivolgono agli attuali consumatori problematici di stupefacenti ed agli ex consumatori problematici di stupefacenti, quindi agli ex tossicodipendenti «puliti» e in via di recupero, ai pazienti trattati a lungo termine con metadone, fino ad arrivare ai tossicodipendenti da strada, estremamente svantaggiati. Una componente di natura terapeutica, sia essa medica o psicosociale, non è strettamente

Tabella 5: Condizioni sociali (istruzione, condizione lavorativa ed abitativa) dei pazienti in trattamento negli Stati dell'UE nel 2001

Condizioni sociali		Tossicodipendenti in trattamento (in %) ⁽¹⁾
Istruzione (n = 98 688)	Non è mai andato a scuola/non ha mai completato le scuole elementari	8,0
	Livello di istruzione di primo grado	43,6
Condizione lavorativa (n = 100 000)	Disoccupato	47,4
	Economicamente inattivo	9,6
Condizione abitativa (n = 41 299)	Alloggio precario	10,4
	Istituti di vario tipo	7,5

⁽¹⁾ Le percentuali sono calcolate sul numero complessivo dei casi segnalati con riferimento a ciascuna voce; il totale non è il 100 % in quanto sono riportati soltanto i valori relativi a questo capitolo (mai andato a scuola, disoccupato ecc.); per i dati completi cfr. grafico 55 OL: Livello d'istruzione di tutti i clienti, per paese; grafico 56 OL: Status lavorativo di tutti i clienti, per paese; grafico 57 OL: Condizioni di vita di tutti i clienti, per paese (versione on line).

Fonte: Relazioni nazionali Reitox — TDI dati 2001.

⁽¹⁹³⁾ Grafico 55 OL: Livello d'istruzione di tutti i clienti, per paese (versione on line).

⁽¹⁹⁴⁾ Tasso medio di disoccupazione tra i 15 Stati membri (Eurostat, 2002).

⁽¹⁹⁵⁾ Grafico 56 OL: Status lavorativo di tutti i clienti, per paese (versione on line).

⁽¹⁹⁶⁾ Grafico 57 OL: Condizioni di vita di tutti i clienti, per paese (versione on line).

⁽¹⁹⁷⁾ Grafico 58 OL: Nazionalità dei clienti, per paese (versione on line).

necessaria. Ciò implica anche che il reinserimento sociale non avviene necessariamente dopo il trattamento terapeutico, ma può avvenire a prescindere da un precedente trattamento terapeutico, in quanto può trattarsi dell'ultima fase di un processo terapeutico oppure di un intervento post-terapeutico, separato ed indipendente, svolto da servizi diversi da quelli che erogano i trattamenti terapeutici, con propri obiettivi e strumenti. I servizi che si occupano di reinserimento sociale non si rivolgono esclusivamente ai consumatori problematici di droghe illecite, ma possono rivolgersi a tutti i tipi di tossicodipendenti (fra cui quelli dipendenti da alcool e droghe lecite) o anche a tutti i gruppi socialmente emarginati (per esempio, i senza fissa dimora e le persone che dormono all'addiaccio).

È impossibile tratteggiare un panorama quantitativo delle misure di reinserimento sociale negli Stati membri dell'UE, in quanto il termine «reinserimento sociale» non viene usato in maniera omogenea. Per quanto, a livello nazionale, servizi diversi possano coesistere l'uno a fianco dell'altro, ci sono tipicamente «modalità generali» d'inserimento sociale:

- rivolgersi a tutti i gruppi emarginati, con o senza problemi di dipendenza;
- rivolgersi alle persone che, in generale, hanno problemi di dipendenza;
- rivolgersi esplicitamente ed esclusivamente a consumatori problematici di droghe illecite (cfr. grafico 23) ⁽¹⁹⁸⁾.

Quantificare la disponibilità dei servizi di reinserimento sociale e valutare l'adeguatezza dei servizi stessi non è compito agevole ma le circostanze lasciano pensare che il numero di strutture è probabilmente inadeguato. Per esempio, la Germania stima un fabbisogno di circa 25 000 centri di reinserimento sociale, mentre il numero attualmente disponibile è di circa 4 000. In Austria un progetto di natura occupazionale ha registrato un numero di domande doppio rispetto ai posti disponibili ed ha dovuto respingere in media 15 persone al giorno.

Il reinserimento sociale può essere suddiviso in tre principali tipologie d'intervento: l'educazione (formazione compresa), l'abitazione e l'occupazione.

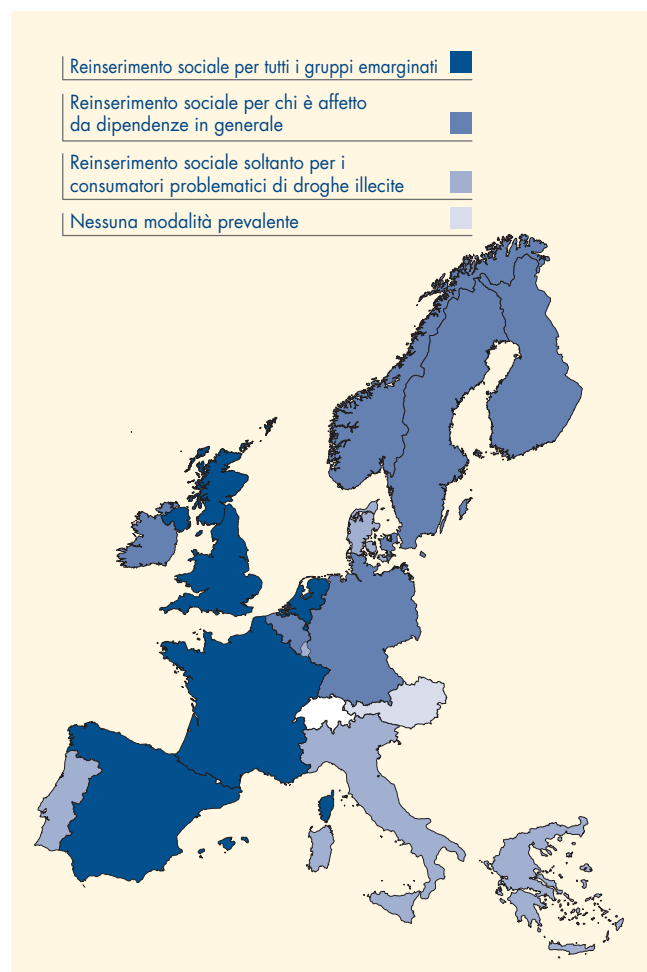
Molti consumatori di stupefacenti hanno un basso livello d'istruzione e molte relazioni nazionali parlano di scarso rapporto tra i consumatori problematici di stupefacenti ed il mercato del lavoro [Grecia (Kavounidi, 1996); Danimarca (Stauffacher, 1998); Paesi Bassi (Uunk e Vrooman, 2001)]. Da qui, gli interventi miranti ad innalzare le capacità accademiche tecniche o pratiche che potrebbero migliorare le opportunità dei pazienti sul mercato del lavoro.

Le misure occupazionali possono assumere molte forme diverse, per esempio fornendo un sostegno finanziario alle società che assumono un tossicodipendente per un posto di lavoro ambito, come segnalato dalla Grecia. Altre misure comprendono l'istituzione di servizi per l'occupazione, come lo scambio di posti di lavoro, a Vienna, in Austria, oppure l'aiuto ai pazienti ad

aprire la propria attività, come sta accadendo in Grecia ed in Spagna sotto l'egida del programma per l'occupazione «Promozione del lavoro autonomo» (questo tipo di intervento si sovrappone con l'istruzione/formazione).

Infine, fornire la casa, o assistenza per trovare la casa, può portare una qualche stabilità alla vita dei pazienti. Offrire la casa può essere già di per sé un intervento, che però viene spesso accompagnato da assistenza psicosociale e da una qualche forma di supervisione. Un esempio di assistenza psicosociale parallela è dato dalla *Haus am Seespitz*, in Tirolo, che gestisce una sorta di casa protetta per gruppi aperti di pazienti in fase post-assistenziale. In Belgio, *Habitations protégées* fornisce sia la casa, sia l'assistenza psichiatrica. Una ricerca condotta in Irlanda (Relazione nazionale irlandese, Hickey 2002) ha mostrato come la ricerca di una casa adeguata fosse il problema principale per il 79 % delle ex detenute e per il 76 % degli ex detenuti ed insieme una ragione della loro emarginazione sociale,

Grafico 23: Principali modalità di reinserimento sociale dei consumatori problematici di stupefacenti nell'Unione europea ed in Norvegia



Fonti: Relazioni nazionali Reitex.

⁽¹⁹⁸⁾ Per maggiori approfondimenti ed una panoramica dei vari paesi, cfr. lo studio «Il reinserimento sociale nell'Unione europea ed in Norvegia» (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).

suggerendo con ciò quanto la casa rappresenti un importante intervento di reinserimento sociale.

La spesa pubblica nel settore della riduzione della domanda di stupefacenti ⁽¹⁹⁹⁾

La strategia dell'Unione europea in materia di droga (2000-2004) specifica che il Consiglio e la Commissione dell'Unione europea, sulla base dell'attività dell'OEDT e del gruppo Pompidou, cercano di redigere un elenco delle voci di spesa pubblica nel campo degli stupefacenti.

Nell'ambito degli sforzi necessari per rispondere alla strategia dell'Unione europea in materia di droga, l'OEDT, con il valido contributo dei punti focali nazionali Reitox, esamina in questa relazione la spesa pubblica direttamente sostenuta nel campo della riduzione della domanda di stupefacenti sostenuta nel 1999 ⁽²⁰⁰⁾, concentrandosi sulla spesa a livello nazionale e regionale, su riabilitazione e reinserimento, attività di prima assistenza, riduzione dei danni e istruzione e ricerca e coordinamento in relazione alla riduzione della domanda. Per delineare meglio la nostra ricerca, abbiamo escluso la spesa direttamente sostenuta dalle organizzazioni sanitarie private (centri terapeutici, cliniche ecc.) nonché la spesa indiretta sostenuta dai servizi generali, come ospedali di medicina generale e centri di pronto soccorso. Infine, non è stata considerata la questione, più ampia e complessa, dei costi sociali delle droghe illecite.

Nell'affrontare il problema della spesa pubblica nel campo della droga (sebbene in un settore ristretto), la presente relazione tende soprattutto ad aumentare, nei paesi dell'UE, la consapevolezza dell'importanza di un indicatore di politica sulla droga piuttosto che a fornire prove empiriche.

Limitatezza ed affidabilità dei dati

Anche se abbiamo limitato il nostro campo di applicazione, i risultati ottenuti confermano le difficoltà causate dalla scarsa quantità di dati raccolti in un settore poco sviluppato nell'UE. Infatti, a parte le ricerche ad hoc effettuate durante la preparazione di questa relazione ⁽²⁰¹⁾, sono stati realizzati soltanto pochi studi miranti a quantificare le risorse pubbliche assegnate ai problemi della droga nell'UE ⁽²⁰²⁾. La maggior parte dei paesi dell'UE non sa dire con precisione quanto spende per la lotta contro la droga e la tossicodipendenza.

Pertanto, la maggior parte dei partecipanti a questa ricerca non ha potuto fornire dati esaurienti, poiché a volte mancano le cifre

e spesso i calcoli sono basati su metodi di stima e di estrapolazione ⁽²⁰³⁾.

Come è stato segnalato da un gran numero di punti focali e confermato dalla letteratura del settore, almeno cinque fattori possono limitare la ricerca: 1) la mancanza di dati per alcune aree ed alcuni paesi; 2) la difficoltà di isolare i dati sulle sole droghe illecite dai dati su droghe illecite più alcool; 3) la varietà di attori ed organizzazioni a livello centrale, regionale e locale che sono responsabili della spesa; 4) la difficoltà di suddividere con precisione la spesa pubblica tra categorie teoriche, quali la riduzione della domanda e dell'offerta; 5) la difficoltà di suddividere la spesa, nell'ambito di queste due categorie, per aree di intervento (terapia, prevenzione primaria, riabilitazione, cooperazione, coordinamento ecc.).

È interessante tuttavia rilevare che, sebbene studi di questo tipo siano ovviamente complicati a causa di problemi metodologici, i responsabili decisionali mostrano crescente interesse all'esame della spesa pubblica ⁽²⁰⁴⁾, che apprezzano sia come base su cui fondare le decisioni, sia come mezzo per misurare l'efficacia.

La spesa per la riduzione della domanda di stupefacenti

Per il calcolo di «una lista» della spesa pubblica diretta complessiva per la riduzione della domanda di stupefacenti negli Stati membri dell'UE è stato tentato un confronto della spesa simile tra paesi diversi, sulla base dei dati ricevuti dai punti focali nazionali.

Per quanto siano state adottate tutte le possibili precauzioni statistiche, non è stato possibile ovviare al fatto che i dati segnalati a volte corrispondono a categorie diverse in paesi diversi e che in alcuni paesi i dati non sono disponibili. Infatti, per Belgio, Danimarca, Italia e specialmente Germania e Svezia mancano informazioni importanti sulla spesa per la riduzione della domanda e quindi la cifra totale è notevolmente sottostimata. Nel caso di altri paesi (Grecia, Spagna, Francia, Lussemburgo, Austria e Portogallo) i dati possono essere considerati più completi, nonostante alcune incertezze residue riguardo alle categorie di spesa incluse. Nei Paesi Bassi ed in Norvegia, in particolare, le stime segnalate riguardano droghe illecite insieme ad alcool, il che rende piuttosto alti i dati finali per questi due paesi in confronto agli altri. Infine, la maggior parte dei dati si riferisce al 1999 (dati di base per il processo di valutazione del piano d'azione dell'UE), anche se con alcune eccezioni. Per l'Irlanda, i dati segnalati riguardano la spesa

⁽¹⁹⁹⁾ Le differenze nei dati disponibili hanno limitato la possibilità di confronto tra i vari paesi. Per un quadro più completo della spesa nel settore della droga in ogni Stato membro dell'UE, cfr. http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

⁽²⁰⁰⁾ L'anno di riferimento per la strategia dell'Unione europea in materia di droga (2000-2004); esercizio «istantanea».

⁽²⁰¹⁾ L'OEDT è particolarmente grato ai punti focali di Grecia, Austria e Portogallo per aver realizzato ricerche specifiche ed indagini in questo campo, aumentando così il valore di questa relazione annuale. Un riconoscimento va dato anche al professore Pierre Kopp per aver effettuato un esame alla pari della ricerca.

⁽²⁰²⁾ Belgio (2003), Lussemburgo (2002), Regno Unito (2002). Per maggiori informazioni:

http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml.

⁽²⁰³⁾ Il nostro desiderio di includere il maggior numero possibile di paesi per fornire un quadro europeo completo si scontra con la scarsità di dati presenti in alcuni dei paesi presi in considerazione. Conseguentemente, pur avendo conservato un ampio campo di applicazione, con informazioni su 16 paesi, la capacità di analisi e confronto è stata notevolmente diminuita dall'incertezza dei dati definitivi.

⁽²⁰⁴⁾ Belgio (2003), Lussemburgo (2002), Regno Unito (2002). Ulteriori riferimenti sono disponibili sul sito web dell'OEDT, (http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).

pianificata dallo Stato per l'anno 2000 nel settore della riduzione della domanda, per la Francia i dati risalgono al 1995 e per il Regno Unito si riferiscono all'esercizio 2000/01. Nell'interpretare le cifre riportate nella tabella 6, bisogna quindi tenere conto delle suddette limitazioni.

Nel 1999 le somme complessivamente spese dai paesi dell'UE nel campo della riduzione della domanda di stupefacenti sembrano riflettere fondamentalmente la dimensione e la ricchezza di ciascun paese (Kopp e Fenoglio, 2003). Non sorprende il fatto che i paesi più grandi e più ricchi (Germania, Francia, Italia e Regno Unito) risultano aver assegnato, in valori assoluti, risorse finanziarie superiori rispetto ai paesi piccoli, per quanto la spesa sia relativamente elevata anche nei Paesi Bassi ed in Norvegia (forse perché nei dati sono inclusi gli interventi per l'alcolismo).

Da alcune ricerche (Kopp e Fenoglio, 2003; Origer, 2002; Godfrey e a., 2002) risulta che stime di questo tipo possono essere una fonte d'informazione preziosa a livello nazionale. I confronti nel tempo all'interno di un paese possono rivelare un aumento o una diminuzione nelle dotazioni di bilancio relative alla droga. I confronti tra settori (domanda, offerta, cooperazione internazionale ecc.) possono rivelare, oltre alle strategie ufficiali, lo sforzo finanziario veramente effettuato nell'affrontare il fenomeno della droga.

A livello dell'UE, i confronti tra paesi (i più complicati) possono rivelare caratteristiche comuni, o differenze, negli importi allocati alla politica sulla droga e permettere che la spesa venga confrontata con una media europea o con regioni del mondo.

Inoltre, l'uso di indicatori macroeconomici [quali il prodotto interno lordo (PIL), la popolazione totale, la spesa statale totale o il numero di consumatori problematici di droga] a livello nazionale ed europeo può aiutare a misurare l'entità della spesa ed a dare un'interpretazione più informativa dei dati che, da soli, non sarebbero molto utili.

Infatti, il confronto tra la spesa per la riduzione della domanda di stupefacenti e, ad esempio, il prodotto interno lordo (PIL) di ciascun paese rivela quale percentuale della sua ricchezza un paese è disposto a spendere per prevenire il consumo di droga e per combatterne le conseguenze. Stando ai dati raccolti in questa ricerca, risulta che nel 1999 la Norvegia ha assegnato a tale fine lo 0,1 % circa della sua ricchezza economica (PIL), seguita da Paesi Bassi (0,078 %) (sebbene entrambi i paesi abbiano incluso nelle loro stime droga e alcool). Portogallo (0,074 %), Finlandia (0,073 %) ed Irlanda (0,070 %) hanno speso la percentuale più alta di PIL in attività di riduzione della domanda; in confronto, i paesi più grandi ed apparentemente più ricchi sembrano più indietro nella classifica, ma ciò può essere dovuto al fatto che per questi ultimi mancano dati.

L'interpretazione di queste informazioni non è semplice, e non soltanto per la mancanza di dati. La percentuale di ricchezza dedicata al controllo delle tossicodipendenze negli Stati membri dell'UE può essere interpretata come il riflesso della dimensione assunta dal problema della droga o come espressione della risposta ad esso (ma anche in entrambi i modi), oppure come il riflesso del livello degli interventi sociali e sanitari nella popolazione. Approfondire questi temi può servire a capire meglio il fenomeno ed il sistema della stima dei costi.

Un altro modo per analizzare la spesa pubblica è quello di osservarla nel contesto dell'area in cui si intende operare, in questo caso i consumatori problematici di stupefacenti ⁽²⁰⁵⁾. Utilizzando come indicatore il numero stimato di consumatori problematici di stupefacenti, si può calcolare la spesa pro capite destinata ai soggetti che hanno maggiormente bisogno di assistenza. Sfortunatamente, questo calcolo è ostacolato da due problemi: in primo luogo, i dati non riguardano necessariamente e direttamente i consumatori problematici di stupefacenti (tossicodipendenti) poiché la prevenzione, l'educazione e il coordinamento possono essere rivolti anche a persone che non sono classificate come consumatori problematici di stupefacenti; in secondo luogo, il calcolo del numero dei consumatori problematici di stupefacenti è piuttosto incerto per ovvie ragioni.

Anche qui, secondo i nostri dati, il valore dei servizi consumati da ciascun tossicodipendente bisognoso è notevolmente più elevato in alcuni paesi (Finlandia, Lussemburgo, Austria) che in altri (Grecia, Portogallo, Francia, Regno Unito). Ciò potrebbe essere interpretato come il risultato di un più forte impegno nei servizi relativi alla droga da parte del primo gruppo, però è più probabile che i dati dipendano dalla qualità e dal tipo d'intervento. Infatti, le differenze nei livelli di spesa non si traducono automaticamente in differenze di livelli d'impegno, ma piuttosto in diversi gradi di reazione, che sono determinati dalla specificità della situazione.

Insieme con la spesa per i consumatori problematici di stupefacenti, è utile calcolare l'incidenza della politica di riduzione della domanda di stupefacenti sulla società nel suo complesso. Se si considera la spesa per la riduzione della domanda di stupefacenti nei 16 paesi studiati (15 Stati membri e Norvegia) e si considerano i dati a disposizione (tabella 6), risulta che l'importo totale (minimo) speso nell'UE nel 1999 per la prevenzione del consumo di droga e per la cura dei tossicodipendenti ammonta a circa 2,3 miliardi di euro, il che significa che ogni cittadino dell'UE ha contribuito con un importo compreso tra 5 e 10 euro. Ovviamente questo contributo è probabilmente molto più elevato.

Infine, come è stato sottolineato da diversi partecipanti alla ricerca, per la ricerca tra paesi sarà indispensabile una

⁽²⁰⁵⁾ Il consumo di stupefacenti per via parenterale oppure il consumo di lunga durata/regolare di oppiacei, cocaina e/o anfetamine. Per calcolare la spesa pro capite per i consumatori problematici di stupefacenti, è stato utilizzato il numero stimato di consumatori problematici di stupefacenti, così come è segnalato dai punti focali nazionali, che usano tassi medi. Per maggiori informazioni, cfr. tabella statistica 4: Numero stimato di consumatori problematici di stupefacenti negli Stati membri dell'UE, 1995-2001 (versione on line).

Tabella 6: Ripartizione della spesa pubblica diretta — Cifre in milioni di euro ricavate dalle Relazioni nazionali Reitox 2002

Paese	Milioni di euro	Categorie di spesa nel 1999
Belgio	139	Trattamento (100); riabilitazione (22,5); metadone (8,9); comunità e regioni: prevenzione, cura, formazione, coordinamento (8,3) (non inclusi: 7 milioni di euro assegnati alla prevenzione della criminalità dal ministero dell'Interno).
Danimarca	67	Spese per «tossicodipendenza» per contee e per comuni DKK 495,5 (66,5); prevenzione a livello centrale DKK 6,2 (0,8), non nota in contee e comuni.
Germania	343,2	Alloggi di emergenza (3,0), affiancamento psicosociale (13,3); 951 strutture consultive a livello ambulatoriale (57,91); riabilitazione in ambito ospedaliero (25 % di 434 milioni di euro (99,7); inserimento nel lavoro (4,3); assistenza domiciliare (8,0); trattamento in reparti ospedalieri dedicati alle tossicodipendenze (97,0); terapia sostitutiva (non nota, ma stimata ad un minimo di 30,0), linee di bilancio dei Länder «tossicodipendenze», 23,9 % (parte relativa alla droga) di 127 milioni di euro (30,0) (non inclusa la spesa per procedimenti giudiziari e applicazione delle leggi).
Grecia	16,2	39 centri di prevenzione (OKANA), stipendi e personale (KETHEA), spese operative e di abitazione (2,4); trattamento: in situazione di astinenza (drug-free), terapia sostitutiva ed a bassa soglia (11,9); reinserimento sociale (0,3); ricerca (0,3) OKANA, dati non inclusi; istruzione (0,8), alcuni costi di amministrazione centrale (0,5).
Spagna	181,5	Livello centrale: ministeri degli Interni (GDNPD), della Difesa (prevenzione) della Salute e dei consumi, dell'Istruzione e della cultura, degli Esteri, del Lavoro e degli affari sociali (19,8); fondo di beni confiscati allocati alla riduzione della domanda, 66 % (2,8); Comunità autonome (158,7, di cui 22,3 % dal GDNPD).
Francia (1995)	205,8	Subutex (91,4); salute sociale e affari urbani (101,9); istruzione (ricerca) (6,6); gioventù e sport (1,3); occupazione e formazione (0,12); MILDT (66 % di 6,9 milioni di euro (4,5) (non inclusi: cooperazione internazionale e sovvenzioni a organizzazioni internazionali).
Irlanda (2000) Spesa statale stimata	57,1	Ministero della Salute e dell'infanzia (trattamento, prevenzione, ricerca) (32,0); ministero delle Imprese, del commercio e dell'occupazione (reinserimento) (6,0); ministero dell'Istruzione e della scienza (prevenzione) (7,5); ministero del Turismo, dello sport e del tempo libero (prevenzione, ricerca, valutazione, coordinamento) (11,6).
Italia	278,5	Trattamento ambulatoriale (99,1); trattamento residenziale e semiresidenziale (88,8); progetti del fondo nazionale antidroga promossi a livello locale/regionale (67,6); progetti del fondo nazionale antidroga appoggiati dai ministeri (23,0); otto regioni non hanno fornito dati e la maggior parte delle altre hanno fornito solo dati parziali.
Lussemburgo	13,7	Ministero della Sanità (5,7); della Famiglia, della solidarietà sociale e della gioventù (2,3); dell'Istruzione, della formazione professionale e dello sport (0,5); altri ministeri (0,3); rimborsi sicurezza sociale (4,9).
Paesi Bassi	287,9	Legge generale riguardante la gestione delle malattie particolari (agli uffici regionali di assistenza ed alle cliniche per le tossicodipendenze) (76,0); ministero della Salute, del welfare e dello sport (assistenza per le tossicodipendenze a livello ambulatoriale) (74,2); fondi per i tossicodipendenti senza fissa dimora, tossicodipendenze trascurate, circa due terzi di 150 milioni di euro (112,5); disturbi correlati alle droghe (24,1); attività di prevenzione della droga (1,1) (la maggior parte dei dati riguardano droga più alcool).
Austria	52,3	Fonti federali, provinciali e comunali, compresi fondi di assicurazione sulla salute, servizi d'impiego pubblico e il Fondo Austria sana: prevenzione primaria (2,4); attività di prima assistenza e riduzione dei danni (3,3); consulenza, assistenza e trattamento (40,7); reinserimento (4,2); assicurazione della qualità (0,6); altre spese/non attribuibili (0,8).
Portogallo	71,7	Presidenza del Consiglio dei ministri (16,2); ministero della Sanità (41,6); ministero dell'Istruzione (3,1); ministero dell'Occupazione e degli affari sociali (9,5); ministero della Difesa (1,2).
Svezia	62,5	Stime molto grossolane dei costi per la riduzione della domanda di alcool e droga (Tullverket, 2000), comuni 300 SEK (30 euro), contee 250 SEK (25 euro) e Stato 50 SEK (5 euro), Organizzazioni, fondazioni e società non governative 25 SEK (2,5 euro).
Finlandia	76,2	Assistenza sanitaria (a livello ospedaliero) (15,1); assistenza sanitaria (a livello ambulatoriale) (7,9); pensioni correlate alle droghe (4,3); sovvenzioni malattia correlate alle droghe (0,5); risarcimenti (compagnie di assicurazione) (0,9); servizi che si occupano di abusi di sostanze varie (a livello ospedaliero/ambulatoriale) (26,5); rendite (4,8); prestazioni assistenziali dedicate ai figli (10,9); ricerca e prevenzione (5,2).
Regno Unito	466,3 (2000-2001)	Stima per l'esercizio 2000-2001 (12 mesi al 31 marzo 2001), trattamento 234 milioni di GBP (367,4 euro); protezione della gioventù (prevenzione) 63 milioni di GBP (98,9 euro).
Norvegia	224,9	Stima dei costi a livello centrale, regionale e comunale per servizi relativi a droga e alcool: attività di prevenzione, trattamento ed assistenza sanitaria (a livello ospedaliero/ambulatoriale, in situazione di astinenza, terapia sostitutiva), servizi sociali per i tossicodipendenti (attività di prima assistenza, riduzione dei danni/rischi, riabilitazione e reinserimento).

Fonti: Relazioni nazionali Reitox (2002).

metodologia comune se questo tipo di informazione e la sua successiva analisi si riveleranno utili per il processo decisionale.

Ripartizione della spesa

Con i sistemi correnti di raccolta dei dati, è molto difficile effettuare un'affidabile suddivisione delle cifre della spesa per categoria. Sul piano nazionale, aree diverse come trattamento terapeutico, riduzione del danno e prevenzione, possono spesso fondersi l'una con l'altra e non tutti i paesi applicano lo stesso sistema di categorie di spesa. Ne segue che i confronti internazionali sono ostacolati dall'uso di metodi di raccolta e classificazione dei dati diversi, il che rende molto difficile confrontare la spesa in aree specifiche.

Tuttavia, a parte i limiti di natura metodologica, si può giungere ad una conclusione piuttosto sicura, sulla base dei dati migliori forniti in questa relazione: il settore dell'assistenza sanitaria e del trattamento terapeutico sembra fare la parte del leone, in quanto rappresenta il 50-80 % di tutta la spesa pubblica diretta riguardante la riduzione della domanda di droga.

In Austria, nel 1999, la voce «consigli, assistenza e trattamento terapeutico» per i tossicodipendenti rappresentava il 78 % della spesa federale per la riduzione della domanda. In Grecia, i dati indicano che quasi il 73 % della spesa nota è assegnata al trattamento terapeutico (e spesa secondaria), mentre in Spagna nel 1999 la spesa per i trattamenti terapeutici realizzati nelle comunità e città autonome rappresentava il 74 % del totale. In Portogallo, sempre nel 1999, il 49 % della spesa complessiva in materia di droga ha riguardato il trattamento terapeutico: l'assegnazione del 25 % della spesa complessiva alla prevenzione del consumo di stupefacenti rappresenta comunque in quest'area la percentuale più elevata (rispetto ai dati noti) dell'Unione europea.

È in realtà molto difficile individuare la spesa diretta per la «prevenzione», per cui questi dati sono molto incerti. Le percentuali note variano dal 4 % in Austria, che ha fornito dati soltanto sulla prevenzione primaria, al 20 % in Grecia (anche qui solo prevenzione primaria) e sono il 15 % nelle comunità spagnole e nelle città autonome e il 10 % in Lussemburgo.

Della spesa complessiva destinata alla riduzione della domanda di stupefacenti, la quota assegnata alla riabilitazione ed al reinserimento, oltre che ad attività di prima assistenza e riduzione dei danni, sembra essere inferiore, molto probabilmente a causa

della diversa entità della spesa rispetto al trattamento terapeutico oppure perché in parte vi è inclusa.

Considerazioni conclusive

A proposito dell'analisi della spesa in materia di droga è necessario distinguere tra ricerca sulla spesa a livello nazionale e confronto di questa ricerca tra paesi.

Da recenti studi condotti in alcuni paesi ⁽²⁰⁶⁾ risulta che è possibile ottenere risultati soddisfacenti anche senza applicare una «metodologia approvata a livello internazionale». È ovvio che in questo modo la possibilità di confronto tra paesi è limitata, però a livello nazionale questa ricerca può far aumentare la conoscenza delle risposte al fenomeno della droga e può essere uno strumento utile per i decisori, che consente loro di valutare il livello della spesa nei rispettivi paesi, il suo evolvere nel tempo (se ripetuta) e la sua ripartizione per settore (se abbastanza dettagliata). Inoltre, se le stime di spesa vengono confrontate con altri indicatori, come si è visto in precedenza, è possibile stimare la spesa per tossicodipendente o il costo della politica di riduzione della domanda di stupefacenti in confronto ad altre politiche, oppure il contributo che i cittadini devono dare alla riduzione della domanda di stupefacenti.

I rapporti ed i confronti danno luogo ad importanti domande e ipotesi, cui si può rispondere con studi più approfonditi.

Il confronto «tra paesi» (oggetto di questo studio) è un altro aspetto della ricerca sulle stime dei costi connessi con la droga. Come si vede nella presente relazione, questi studi si basano fondamentalmente su diverse fonti di dati e risentono quindi della mancanza di uniformità delle metodologie, delle statistiche e dei dati dei vari paesi. Per eliminare questi (ed altri) problemi è necessario applicare norme comuni per la raccolta dei dati. Questo però richiederebbe investimenti, senza la sicurezza della qualità e dell'utilità dei risultati finali. Prima di procedere agli investimenti è necessario svolgere ulteriori ricerche ed approfondire la riflessione sull'importanza e sull'utilità di tali studi a livello europeo.

Nel frattempo, mentre viene svolta dai partner europei la riflessione sui futuri sviluppi, il compito dell'OEDT è di continuare a promuovere il miglioramento dei sistemi statistici nel settore e di diffondere le informazioni sulle metodologie usate e sulla ricerca in corso.

⁽²⁰⁶⁾ Kopp e Fenoglio (2003), Uhl (2001), ONDCP (2001), Godfrey e a. (2002) e Origer (2002). Cfr. anche i punti focali nazionali di Austria, Portogallo, Spagna e Grecia, nel quadro delle Relazioni nazionali 2002.





Referenze

- ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (2000), *Reducing Drug-related Deaths*, relazione, The Stationery Office, Londra.
- Adalbjarnardottir, S., Rafnsson, F. D. (2002), «Adolescent antisocial behaviour and substance use: longitudinal analyses» in *Addictive Behaviours*, vol. 27, pagg. 227-240.
- Amossé, T., Doussin, A., Fizardon, J.-M., e a. (2001), *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire*. Enquête INED, Paris et petite couronne, febbraio-marzo 1999, série resultants, Biblio n. 1355. Credes, Paris.
- Università aristotelica di Salonicco (2000), *Evaluation report of the Leonardo da Vinci programme: needs and methods assessment for vocational training in juvenile delinquents and adolescents at risk*, Orestis, Università aristotelica di Salonicco, Salonicco.
- BAG (Bundesamt für Gesundheit) (1997), *Empfehlungen zur kombinierten Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Impfung*, Bollettino n. 3, 27 gennaio 1997.
- Bargagli e a. (2002), «Mortality among problem drug users in Europe: a project of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)» *Heroin Addiction and Related Clinical Problems*, 4 (1), pagg. 5-12.
- BBC News World Edition (2003), «ID cards for teenagers launched», mercoledì 22 gennaio 2003.
- Beck, F., Perreti-Wattel, P., Choquet, M., e a. (2000), «Consumption de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés: premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999; évolutions 1993-1999», *Tendances*, vol. 6 (6).
- Beck, F. (2001), *Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans*, Escapad, OFDT, Parigi.
- Beck, F., Legleye, S., Perreti-Wattel, P. (2002), *Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EORPP)*, disponibile all'indirizzo <http://www.drogues.gouv.fr>, OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies), Parigi.
- Bennett, T. (2000), *Drugs and Crime: the Results of the Second Stage of the NEW-ADAM programme*, ricerca ministero degli Interni n. 205, Home Office, Londra.
- Bird, S. M., Rotily, M. (2002), «Inside methodologies: for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks — Results from European prisons» in *The Howard Journal*, vol. 41, n. 2.
- Boys, A., Marsden, J., Fountain, J., e a. (1999), «What influences Young People's Use of Drugs? A qualitative study of decision-making» in *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 6, n. 3, pagg. 373-387.
- Brochu, S. (1999), *Drogue et criminalité: une relation complexe*, Les presses de l'Université, Montréal.
- Brook, D. W., e a. (2002), «Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders» in *Archives of General Psychiatry*, vol. 59, pagg. 1039-1044.
- Brugal, M. T., Barrio, G., de la Fuente, L., e a. (2002), «Factors associated with non-fatal overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration» in *Addiction*, vol. 97, pagg. 319-327.
- Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2002), *Drug Affinity Among Young People in the Federal Republic of Germany 2001*, Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, Colonia.
- Buster, M. (2002), «What can we learn from literature?» in Reinås, K. T., Waal, H., Buster, M. C. A., e a. (eds), *Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities. A Joint Project of the Cities of Oslo, Amsterdam, Copenhagen and Frankfurt am Main*, parte seconda, appendice, pagg. 97-107, Alcohol and Drug Addiction Services, Municipality of Oslo.
- Bye, E. K. (2002), *Alcohol and Drugs in Norway, Statistikk 2002*, Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research, Oslo.
- Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., e a. (1999), *Night Life in Europe and Recreative Drug Use*, Irefrea e Commissione europea, Valencia.
- Calafat, A., e a. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation*.
- Calderone, B., Fornasiero, A., Loli, S., Montanari, L. (2001), *Prostituzione tra dinamiche di mercato e percorsi individuali. Una ricerca qualitativa sulla prostituzione femminile di strada in Emilia-Romagna*, rapporto di ricerca, Bologna.
- Carlen, P. (1996), *Jigsaw: a Political Criminology of Youth Homelessness*, Open University Press, Milton Keynes, Regno Unito.
- Carpentier, C. (2002), *Drug-Related Social Exclusion in the Context of Socio-Demographic and Economic Indicators*, documento di lavoro, OEDT, Lisbona.
- CEIES (Statistics Users Council) (1999), *Social Exclusion Statistics*, atti della conferenza congiunta del 22 novembre 1999 con Imac Research, Esher, Regno Unito.
- Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (2002), *Medical Coprescription of Heroin, Two Randomized Controlled Trials*, relazione di van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., e a., Utrecht.
- Commonwealth of Australia (2002), *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia*, Commonwealth Department of Health and Ageing, Canberra, Australia.
- Consiglio dell'Unione europea (2000), Piano d'azione dell'Unione europea in materia di droga (2000-2004), http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml.
- De Zwart, W. M., Monshouwer, K., e Smit, F. (2000), *Jeugd en riskant gedrag. Kernegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar*, Utrecht, Trimbos-instituut.
- Dettmer, K. (2002), *First-aid training for drug users and (in emergency) naloxone*, rapporto su uno studio pilota di Fixpunkt e.V., Berlino, documento presentato alla riunione degli esperti dell'OEDT «Overdose prevention and management», Lisbona, 24-25 ottobre 2002.
- DrugScope (2000), *Vulnerable Young People and Drugs: Opportunities to Tackle Inequalities*, DrugScope, Londra.
- Eland, A., Rigter, H. (2001), *Immigrants and Drug Treatment*, memorandum, Osservatorio nazionale sulle tossicodipendenze, Utrecht.

- OEDT (2002a), *Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia*, OEDT, Lisbona.
- OEDT (2002b), *Update and Complete the Analysis of Drug Use. Consequences and Correlates Amongst Minorities*, Relazione scientifica OEDT, Lisbona.
- OEDT (2002c), *Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review*, novembre 2002 (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/strategie_s_report/national_strategies.pdf).
- OEDT (2003a), *Alternatives to Prison for Drug Dependent Offenders*, rapporto 2003, riunione degli esperti, OEDT, Lisbona.
- OEDT (2003b), *Social reintegration in the EU and Norway*, http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/drugtreatment_socialreintegration.pdf.
- Engineer, R., Phillips, A., Thompson, J., Nicholls, J. (2003), *Drunk and Disorderly: a Qualitative Study of Binge Drinking among 18-24 Year Olds*, ricerca ministero degli Interni n. 262, Home Office, Londra.
- EORG (European Opinion Research Group) (2002), *Attitudes and Opinions of Young People in the EU on Drugs*, Eurobarometro 57.2/Speciale Eurobarometro 172, relazione alla DG Giustizia e affari sociali, EORG, Bruxelles.
- ESPAD 2001 (progetto europeo di indagini nelle scuole), *Alcohol and other Drug use Among Students in 30 European Countries* [B. Hibbell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, e a., Consiglio svedese di informazione su alcool ed altre droghe (CAN), gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, dicembre 2000].
- Consiglio europeo (2001), comunicazione della Commissione al Consiglio, al Parlamento europeo, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, *Progetto di relazione congiunta sull'integrazione sociale* [(COM)2001 0565 def.], disponibile all'indirizzo: http://europa.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/joint_rep_en.htm.
- Expert Group on The Probation and Welfare Services (1999), relazione finale, The Stationery Office, Dublino.
- Farrell, M., Neeleman, J., Gossop, M., e a. (1996), *A Review of the Legislation, Regulation and Delivery of Methadone in 12 Member States in the European Union*, Commissione europea, Bruxelles.
- Farrell, M., Verster, A., Davoli, M., e a. (2000), *Reviewing Current Practice in Drug-substitution Treatment in the European Union*, OEDT, Lisbona.
- Ferrari, A., Manaresi, S., Castellini, P., e a. (2001), «Overdose da oppiacei: analisi dei soccorsi effettuati dal Servizio emergenze sanitarie «118», Modena Soccorso, nel 1997» in *Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo*, anno XXIV, 2001, n. 2.
- Field-Smith, M., Bland, J., Taylor, J., e a. (2002), *Trends in Death Associated with Abuse of Volatile Substances, 1971-2000*. Report No. 15. Department of Public Health Sciences and Department of Cardiological Sciences, Toxicology Unit, St. George's Hospital Medical School: Londra (www.shms.ac.uk/depts/phs/vsa2000/vsa2000s.htm).
- FitzGerald, M., Stockdale, J., Hale, C. (2003), *Young People and Street Crime*, Youth Justice Board for England and Galles, Londra.
- Fundación Secretariado General Gitano (2002), *Grupos étnicos minoritarios y consumo de drogas*, Madrid.
- Gallie, D., Paugam, S. (2002), *Social Precarity and Social Integration*, Eurobarometro 56.1, relazione alla Commissione europea, DG Occupazione e affari sociali, EORG, Bruxelles.
- Godfrey, C., Eaton, G., McDougall, C., Culyer, A. (2002), *The economic and social costs of Class A drug use in England and Galles, 2000*, ricerca ministero degli Interni n. 249, Development and Statistics Directorate, Home Office, Londra.
- Goulden C., Sondhi, A. (2001), *At the Margins: Drug Use by Vulnerable Young People in the 1998/99 Youth Lifestyles Survey*, ricerca ministero degli Interni n. 228, Home Office, Londra.
- Grant, B. F., Dawson, D. A. (1997), «Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey» in *Journal of Substance Abuse*, vol. 9, pagg. 103-110.
- Griffiths, C. (2003), «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales», 1997-2001 in *Health Statistics Quarterly*, 17 (primavera 2003): 65-71.
- Griffiths, P., Vingoe, L., Jansen, K., e a. (1997), *Insights: New Trends in Synthetic Drugs*, OEDT, Lisbona.
- Hammersley, R., Marsland, L., Reid, M. (2003), *Substance Use by Young Offenders: the Impact of the Normalisation of Drug Use in the Early Years of the 21st Century*, ricerca ministero degli Interni n. 261, Home Office, Londra.
- Hannon, F., Kelleher, C., Friel, S. (2000), *General Healthcare Study of the Irish Prisoner Population*, Government Publications, Dublino.
- Hansen, W. (1992), «School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990» in *Health Education Research*, vol. 7, pagg. 403-430.
- Hariga, F., Goosdeel, A., Raedemaker, A. F. (1998), *Opération boule-de-neige sida, hépatites, overdoses*, Carnets du risque n. 15, Modus vivendi, Bruxelles.
- Hickey, C. (2002), *Crime and Homelessness*, Focus Ireland and PACE, Dublino.
- Hurley, S. F., Jolley, D. J., Kaldor, J. M. (1997), «Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of HIV infection» in *Lancet*, vol. 349, pagg. 1797-1800.
- Kavounidi, T. (1996), «Social exclusion: concept, community initiatives, the Greek experience and policy dilemmas» in *Dimensions of Social Exclusion in Greece* (ed. D. Karantinos, L. Maratou-Alibranti, E. Fronimou), pagg. 47-96, EKKE, Atene.
- Kopp, P., Fenoglio, P. (2003), *Public Spending on Drugs in the European Union During the 1990s — Retrospective Research*, OEDT, Lisbona.
- Kraus, L., Püschel, K. (eds) (2002), *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen*, Lambertus, Friburgo, Germania.
- Lehto-Salo, P., Kuuri, A., Mattunen, M., e a. (2002), «POLKU-tutkimus. Tutkimus nuorista kolmessa koulukodissa — Psykiatrinen ja neuropsykiatrinen näkökulma» in *Aiheita*, n. 16, Stakes, Helsinki.
- Lepère, B., Gourarier, L., Sánchez, M., e a. (2001), «Diminution du nombre de surdoses mortelles à l'héroïne en France, depuis 1994. A propos du rôle des traitements de substitution» in *Annales de médecine interne*, n. 152 (supplemento al n. 3), IS5-12.

- Liebschutz, J., Savetsky, J. B., Saitz, R., e a. (2002), «The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences» in *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 22, pagg. 121-128.
- Lloyd, C. (1998), «Risk factors for problem drug use: Identifying vulnerable groups» in *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 5, n. 3.
- Lourenço, N., Carvalho, M. (2002), *Jovens delinquentes e drogas: Espaços e trajetórias*, Lisboa (documento non pubblicato).
- Lupton, R., Wilson, A., May, T., e a. (2002), *A rock and a hard place: drug markets in deprived neighbourhoods*, ricerca del ministero degli Interni, n. 240, Home Office, Londra.
- Markert, J. (2001), «Sing a song of drug use-abuse: four decades of drug lyrics in popular music-from the sixties through the nineties» in *Sociological Inquiry*, vol. 71, pagg. 194-220.
- Meijer, R. F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M. M. J., e a. (2002), *Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers — Achtergrondstudie bij het Justitie onderdeel van de Nationale Drugmonitor — Jaarbericht 2002*, WODC, L'Aia.
- Millar, D., O'Dwyer, K., Finnegan, M. (1998), *Alcohol and Drugs as Factors in Offending Behaviour: Garda Survey*, rapporto di ricerca n. 7/98, Garda Research Unit, Tipperary, Irlanda.
- Mol, A., van Vlaanderen, J. L. (2002), *Ontwikkeling van de Cocaine hulpvraag; Periode 1994-2000; Het lijntje doorgetrokken*, Stichting Informatie Voorziening Zorg (IVZ), Houten.
- Molinae, M., Pecsteen, D., Hariga, F., e a. (2002), *L'usage de drogues en communauté française*, rapporto della comunità francofona 1999-2000, ministère de la communauté française, Bruxelles.
- Morral, A. R., McCaffrey, D. F., Paddock, S. M. (2002), «Reassessing the marijuana gateway effect», *Addiction*, vol. 97, pagg. 1493-1504.
- Narkotikakommissionen (2000), *En strategi för lokalt narkotikaförebyggande arbete. Diskussionspromemoria nr 12*, Narkotikakommissionen, Socialdepartementet, Stoccolma.
- Relazioni nazionali Reitox, 2002.
- ODCPP (2000), *Demand Reduction, A Glossary of Terms*, ODCPP, New York.
- Observatorio Español sobre Drogas (2002), *Informe no 5*, Ministerio del Interior, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- O'Higgins, K. (1999), «Social order problems» in *Social Housing in Ireland: A Study of Success, Failure and Lessons Learned* (Fahey, T. ed.), Katherine Howard Foundation & Combat Poverty Agency, Dublino (dalla Relazione nazionale irlandese).
- Origer, A. (1999), *Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addict residents of the Grand Duchy of Luxembourg*, point focal OEDT — CRP-Santé, Lussemburgo.
- Origer, A. (2002), *Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg*, séries de recherche, n. 4, point focal OEDT — CRP-Santé, Lussemburgo.
- Paglia, A., Room, R. (1999), «Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations» in *Journal of Primary Prevention*, vol. 20, pagg. 3-50.
- Pant, A., Dettmer, K. (2002), *Videoprojekt: Erste Hilfe im Drogennotfall, Abschlussbericht*, Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Freie Universität, Berlino.
- Parker, H., Egginton, R. (2002), «Adolescent recreational alcohol and drugs careers gone wrong: developing a strategy for reducing risks and harms» in *International Journal of Drug Policy*, vol. 13, pagg. 419-432.
- Petratis, J., Flay, B., Miller, T., e a. (1998), «Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors» in *Substance Use & Misuse*, vol. 33, pagg. 2561-2604.
- Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J., Schreckenberger, D. (2003), *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung*, n. 149, Nomos-Verlagsgesellschaft, Baden-Baden.
- Postma, M. J., Wiessing, L. G., Jager, J. C. (2001), «Pharmaco-economics of drug addiction; estimating the costs of hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Member States of the European Union» in *UN Bulletin on Narcotics*, n. 53, pagg. 79-89.
- Pudney, S. (2002), *The road to ruin? Sequences of initiation into drug use and offending by young people in Britain*, ricerca del ministero degli Interni, n. 253, Home Office, Londra.
- Rehn, N., Room, R., Edwards, G. (2001), *Alcohol in the European Region — Consumption, harm and policies*, OMS — Ufficio regionale per l'Europa, Copenaghen.
- Reinås, K., Waal, H., Buster, M. C. A., e a. (2002), *Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities. A Joint Project of the Cities of Oslo, Amsterdam, Copenhagen and Frankfurt am Main*, Drug and Alcohol Addiction Services, Municipality of Oslo.
- Reinking, D., Nicholas, S., Van Leiden, I., e a. (2001), *Daklozen in Den Haag; Onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie*, Trimbo-instituut, Utrecht.
- Seaman, S., Brettle, R., Gore, S. (1998), «Mortality from overdose among drug users recently released from prison: database linkage study» in *British Medical Journal*, vol. 316, pagg. 426-428.
- Shillington, A. M., Clapp, J. D. (2002), «Beer and bongos: differential problems experienced by older adolescents using alcohol only compared to combined alcohol and marijuana use» in *American Journal Drug Alcohol Abuse*, vol. 28, pagg. 379-397.
- Single, E., e a. (2001), *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse*, seconda edizione.
- Skolverket (2000), *Nationella kvalitetsgranskningar 1999*, Skolverket, Stoccolma.
- Social Exclusion Unit (2002), *Young Runaways*, British Office of the Deputy Prime Minister, Londra (<http://www.jrf.org.uk/home.asp>).
- Spooner, C., Hall, W., Lynskey, M. (2001), *Structural Determinants of Youth Drug Use*, Australian National Council on Drugs, Woden, Australia.
- Sporer, A. (2003), «Strategies for preventing heroin overdose» in *British Medical Journal*, vol. 326, pagg. 442-444.
- Springer, A., Uhl, A., e a. (1999), *Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen*. Ludwig

Boltzmann-Institut für Suchtforschung und Österreichisches Jugendforschungsinstitut, Unveröffentlichte Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, Vienna (riportato nella Relazione nazionale austriaca).

Stauffacher, M. (1998), *Treated Drug Users in 22 European Cities. Annual update 1996. Trends 1992-1996*, gruppo Pompidou, Consiglio d'Europa, Strasburgo.

Stephenson, J. (2001), «Former addicts face barriers to treatment for HCV» in *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, pagg. 1003-1005.

Stevens, A., Berto, D., Kersch, V., e a. (2003), *QCT Europe: Literature Review Summary*, University of Kent, Canterbury, Regno Unito.

Stoever, H. (2001), *Assistance to Drug Users in European Union Prisons: An Overview Study*, Relazione scientifica OEDT, Lisbona e Londra.

Swadi, H. (1999), «Individual risk factors for adolescent substance use» in *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 55, pagg. 209-224.

Tait, R. J., Hulse, G. K., Robertson, S. I., Sprivulis, P. (2002), «Multiple hospital presentations by adolescents who use alcohol or other drugs» in *Addiction*, vol. 97, pagg. 1269-1275.

Tobler, N. (2001), «Prevention is a two-way process» in *Drug and Alcohol Findings*, n. 5, pagg. 25-27, The Findings Partnership, Londra.

Tomas, B. (2001), «Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von SuchtmittelkonsumentInnen - Erfahrungen aus der Praxis» in *Tagungsband der Enquete Wirkungskreise - Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie um zu wirken?*, pagg. 56-64, Verein Dialog, Vienna.

Uunk, W. J. G., Vrooman, J. C. (2001), «Sociale uitsluiting» in *Armoedemonitor 2001*, pagg. 139-162, SCP/CBS, L'Aia.

Varescon-Pousson, I., Boissonnas, A., Ionescu, S. (1997), «La surdose non mortelle: étude descriptive d'une population de toxicomanes» in *Psychologie française*, n. 3, pagg. 255-260.

Vermeulen, K. T., Hendriks, V. M., Zomerveld, R. (1999), *Dranbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden*, Parnassia Addiction Research Centre (PARC), L'Aia.

Vestel, V., Bakken, A., Geir, H., Moshuus Tormod, Ø. (1997), «Ungdomskultur og narkotikabruk» in *NOVA Temahefte*, n. 1/97.

Villalbi, J. R., Brugal, M. T. (1999), «Sobre la epidemia de heroína, su impacto, su contexto y las políticas sanitarias» in *Medicina Clínica (Barcelona)*, vol. 112, pagg. 736-737.

Vrieling, I., Van Alem, V. C. M., Van de Mheen, H. (2000), *Drop-out onder allochtonen in de ambulante verslavingszorg 1994-1998*, IVV/IVO, Houten/Rotterdam.

Waidner, G. (1999), *Die Viktimisierungserfahrungen drogenabhängiger Personen. Eine Untersuchung mit qualitativen Verfahren*, Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, Vienna.

Warner-Smith, M., Lynskey, M., Darke, S., Hall, W. (2001), *Heroin overdose: prevalence, correlates, consequences and interventions*, relazione preparata dal National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Galles, Australian National Council on Drugs, Woden, Australia.

OMS (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Organizzazione mondiale della sanità, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Ginevra.

Wiessing, L. (2001), «The access of injecting drug users to hepatitis C treatment is low and should be improved» in *Eurosurveillance Weekly*, n. 31 (<http://www.eurosurv.org/2001/010802.htm>).





Punti focali Reitox

Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk
Instituut Volkgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Danmark

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge, 67 — Postbox 1881
DK-2300 København S
Ole Kopp CHRISTENSEN/Kari GRASAASEN
Tel. (45) 72 22 77 60
Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: okc@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland

Deutsche Referenzstelle für die Europäische
Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-mail: Simon@ift.de

Elláda

University of Mental Health Research Institute
Argirokastro & Ionias Street
Papagou
GR-15601 — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (30) 21 06 53 69 02
Fax (30) 21 06 53 72 73
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España

Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Elena GARZÓN/ Ana Andrés BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/26 86
Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: egarzon@pnd.mir.es, anaab@pnd.mir.es

France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Jean-Michel COSTES
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland

Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73, Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia

Ministero del Lavoro e degli Affari sociali, dipartimento delle
Politiche sociali e previdenziali, direzione generale per le
tossicodipendenze e l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8, Pal. B
I-00187 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06
Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tel. (352) 47 85 625
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Nederland

Trimbos Instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade, 45 — P.O. BOX 725
3500 AS Utrecht
Nederland
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich

Österreichisches Bundesinstitut
für Gesundheitswesen

Stubenring 6

A-1010 Wien

Sabine HAAS

Tel. (43-1) 515 61 60

Fax (43-1) 513 84 72

E-mail: HAAS@oebig.at

Portugal

Instituto da Droga e da Toxicoddependência

Av. João Crisostomo, 14

P-1000 — 179 Lisboa

Fernando NEGRÃO/Maria MOREIRA

Tel. (351) 213 10 41 00/41 26

Fax (351) 21 310 41 90

E-mail: Fernando.Negrão@ipdt.pt, Maria.Moreira@ipdt.pt

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

(Office: Olof Palmes gata, 17)

S-103 52 Stockholm

Bertil PETERSSON

Tel. (46-8) 56 61 35 13

Fax (46-8) 56 61 35 05

E-mail: 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 de coordination de la lutte
antidrogue

Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx-46 3/186)

B-1049 Brussels/Bruxelles

Timo JETSU

Tel. (32-2) 299 57 84

Fax (32-2) 295 32 05

E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Norge

Statens institutt for rusmiddelforskning

PB 565 Sentrum

NO-0105 Oslo

(Office: Øvre Slottsgate 2B)

NO-0157 Oslo

Knut BROFOSS/Odd HORDVIN

Tel. (47) 22 34 04 00

Fax (47) 22 34 04 01

E-mail: odd@sirus.no

Punti focali dei paesi in via di adesione e candidati:

http://www.emcdda.eu.int/partners/candidates_focalpoints.shtml

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

Relazione annuale 2003: Evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee

2003 — 82 pagg. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-161-X

BELGIQUE/BELGIË
Jean De Lannoy Avenue du Roi 202/Koningslaan 202 B-1190 Bruxelles/Brussel Tél. (32-2) 538 43 08 Fax (32-2) 538 08 41 E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be URL: http://www.jean-de-lannoy.be
La librairie européenne/De Europese Boekhandel Rue de la Loi 244/Wetstraat 244 B-1040 Bruxelles/Brussel Tél. (32-2) 295 26 39 Fax (32-2) 735 08 60 E-mail: mail@libeurop.be URL: http://www.libeurop.be
Moniteur belge/Belgisch Staatsblad Rue de Louvain 40-42/Leuveneseweg 40-42 B-1000 Bruxelles/Brussel Tél. (32-2) 552 22 11 Fax (32-2) 511 01 84 E-mail: eusales@just.fgov.be
DANMARK
J. H. Schultz Information A/S Herstedvang 12 DK-2620 Albertslund Tlf. (45) 43 63 23 00 Fax (45) 43 63 19 69 E-mail: schultz@schultz.dk URL: http://www.schultz.dk
DEUTSCHLAND
Bundesanzeiger Verlag GmbH Vertriebsabteilung Amsterdamer Straße 192 D-50735 Köln Tel. (49-221) 97 66 80 Fax (49-221) 97 66 82 78 E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de URL: http://www.bundesanzeiger.de
ΕΛΛΑΔΑ/GREECE
G. C. Eleftheroudakis SA International Bookstore Panepistimiou 17 GR-10564 Athina Tel. (30-1) 331 41 80/1/2/3/4/5 Fax (30-1) 325 84 99 E-mail: elebooks@netor.gr URL: http://www.netor.gr
ESPAÑA
Boletín Oficial del Estado Trafalgar, 27 E-28071 Madrid Tel. (34) 915 38 21 11 (libros) 913 84 17 15 (suscripción) Fax (34) 915 38 21 21 (libros) 913 84 17 14 (suscripción) E-mail: clientes@com.boe.es URL: http://www.boe.es
Mundi Prensa Libros, SA Castelló, 37 E-28001 Madrid Tel. (34) 914 36 37 00 Fax (34) 915 75 39 98 E-mail: libreria@mundiprensa.es URL: http://www.mundiprensa.com
FRANCE
Journal officiel Service des publications des CE 26, rue Desaix F-75727 Paris Cedex 15 Tél. (33) 140 58 77 31 Fax (33) 140 58 77 00 E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr URL: http://www.journal-officiel.gouv.fr
IRELAND
Alan Hanna's Bookshop 270 Lower Rathmines Road Dublin 6 Tel. (353-1) 496 73 98 Fax (353-1) 496 02 28 E-mail: hannas@iol.ie
ITALIA
Licosa SpA Via Duca di Calabria, 1/1 Casella postale 552 I-50125 Firenze Tel. (39) 055 64 83 1 Fax (39) 055 64 12 57 E-mail: licosa@licosa.com URL: http://www.licosa.com
LUXEMBOURG
Messageries du livre SARL 5, rue Raiffeisen L-2411 Luxembourg Tél. (352) 40 10 20 Fax (352) 49 06 61 E-mail: mail@mdl.lu URL: http://www.mdl.lu

NEDERLAND
SDU Servicecentrum Uitgevers Christoffel Plantijnstraat 2 Postbus 20014 2500 EA Den Haag Tel. (31-70) 378 98 80 Fax (31-70) 378 97 83 E-mail: sdu@sdu.nl URL: http://www.sdu.nl
PORTUGAL
Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª Grupo Bertrand, SA Rua das Terras dos Vales, 4-A Apartado 60037 P-2700 Amadora Tel. (351) 214 95 87 87 Fax (351) 214 96 02 55 E-mail: dlb@ip.pt
Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA Sector de Publicações Oficiais Rua da Escola Politécnica, 135 P-1250-100 Lisboa Codex Tel. (351) 213 94 57 00 Fax (351) 213 94 57 50 E-mail: spoc@incm.pt URL: http://www.incm.pt
SUOMI/FINLAND
Akateeminen Kirjakauppa/Akademiska Bokhandeln Keskuskatu 1/Centralgatan 1 PL/PB 128 FIN-00101 Helsinki/Helsingfors P/tfn (358-9) 121 44 18 F/fax (358-9) 121 44 35 Sähköposti: sps@akateeminen.com URL: http://www.akateeminen.com
SVERIGE
BTJ AB Traktorvägen 11-13 S-221 82 Lund Tlf. (46-46) 18 00 00 Fax (46-46) 30 79 47 E-post: btjeu-pub@btj.se URL: http://www.btj.se
UNITED KINGDOM
The Stationery Office Ltd Customer Services PO Box 29 Norwich NR3 1GN Tel. (44) 870 60 05-522 Fax (44) 870 60 05-533 E-mail: book.orders@theso.co.uk URL: http://www.itsofficial.net
ÍSLAND
Bokabud Larusar Blöndal Skólavörðustíg, 2 IS-101 Reykjavík Tel. (354) 552 55 40 Fax (354) 552 55 60 E-mail: bokabud@simnet.is
SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA
Euro Info Center Schweiz c/o OSEC Business Network Switzerland Stampfenbachstraße 85 PF 492 CH-8035 Zürich Tel. (41-1) 365 53 15 Fax (41-1) 365 54 11 E-mail: eics@osec.ch URL: http://www.osec.ch/eics
BĂLGARIA
Euopress Euromedia Ltd 59, blvd Vitosha BG-1000 Sofia Tel. (359-2) 980 37 66 Fax (359-2) 980 42 30 E-mail: Milena@mbox.cit.bg URL: http://www.euopress.bg
CYPRUS
Cyprus Chamber of Commerce and Industry PO Box 21455 CY-1509 Nicosia Tel. (357-2) 88 97 52 Fax (357-2) 66 10 44 E-mail: demetrap@ccci.org.cy
EESTI
Eesti Kaubandus-Tööstuskoda (Estonian Chamber of Commerce and Industry) Toom-Kooli 17 EE-10130 Tallinn Tel. (372) 646 02 44 Fax (372) 646 02 45 E-mail: einfo@koda.ee URL: http://www.koda.ee

HRVATSKA
Mediatrade Ltd Pavla Hatza 1 HR-10000 Zagreb Tel. (385-1) 481 94 11 Fax (385-1) 481 94 11
MAGYARORSZÁG
Euro Info Service Szt. István krt.12 III emelet 1/A PO Box 1039 H-1137 Budapest Tel. (36-1) 329 21 70 Fax (36-1) 349 20 53 E-mail: euroinfo@euroinfo.hu URL: http://www.euroinfo.hu
MALTA
Miller Distributors Ltd Malta International Airport PO Box 25 Luqa LQA 05 Tel. (356) 66 44 88 Fax (356) 67 67 99 E-mail: gwirth@usa.net
NORGE
Swets Blackwell AS Hans Nielsen Hauges gt. 39 Boks 4901 Nydalen N-0423 Oslo Tel. (47) 23 40 00 00 Fax (47) 23 40 00 01 E-mail: info@no.swetsblackwell.com URL: http://www.swetsblackwell.com.no
POLSKA
Ars Polona Krakowskie Przedmieście 7 Skr. pocztowa 1001 PL-00-950 Warszawa Tel. (48-22) 826 12 01 Fax (48-22) 826 62 40 E-mail: books119@arspolona.com.pl
ROMÂNIA
Euromedia Str.Dionisie Lupu nr. 65, sector 1 RO-70184 Bucuresti Tel. (40-1) 315 44 03 Fax (40-1) 312 96 46 E-mail: euromedia@mailcity.com
SLOVAKIA
Centrum VTI SR Nám. Slobody, 19 SK-81223 Bratislava Tel. (421-7) 54 41 83 64 Fax (421-7) 54 41 83 64 E-mail: europ@tbb1.sltk.stuba.sk URL: http://www.sltk.stuba.sk
SLOVENIJA
GV Zalozba Dunajska cesta 5 SLO-1000 Ljubljana Tel. (386) 613 09 1804 Fax (386) 613 09 1805 E-mail: europ@vestnik.si URL: http://www.gvzalozba.si
TÜRKIYE
Dünya Infotel AS 100, Yil Mahallesi 34440 TR-80050 Bagcilar-Istanbul Tel. (90-212) 629 46 89 Fax (90-212) 629 46 27 E-mail: aktuel.info@dunya.com
ARGENTINA
World Publications SA Av. Cordoba 1877 C1120 AAA Buenos Aires Tel. (54-11) 48 15 81 56 Fax (54-11) 48 15 81 56 E-mail: wpbooks@infovia.com.ar URL: http://www.wpbooks.com.ar
AUSTRALIA
Hunter Publications PO Box 404 Abbotsford, Victoria 3067 Tel. (61-3) 94 17 53 61 Fax (61-3) 94 19 71 54 E-mail: jpdavies@ozemail.com.au
BRESIL
Livraria Camões Rua Bittencourt da Silva, 12 C CEP 20043-900 Rio de Janeiro Tel. (55-21) 262 47 76 Fax (55-21) 262 47 76 E-mail: livraria.camoes@incm.com.br URL: http://www.incm.com.br

CANADA
Les éditions La Liberté Inc. 3020, chemin Sainte-Foy Sainte-Foy, Québec G1X 3V6 Tel. (1-418) 658 37 63 Fax (1-800) 567 54 90 E-mail: liberte@mediom.qc.ca
Renouf Publishing Co. Ltd 5369 Chemin Canotek Road, Unit 1 Ottawa, Ontario K1J 9J3 Tel. (1-613) 745 26 65 Fax (1-613) 745 76 60 E-mail: order.dept@renoufbooks.com URL: http://www.renoufbooks.com
EGYPT
The Middle East Observer 41 Sherif Street Cairo Tel. (20-2) 392 69 19 Fax (20-2) 393 97 32 E-mail: inquiry@meobserver.com URL: http://www.meobserver.com
MALAYSIA
EBIC Malaysia Suite 45.02, Level 45 Plaza MBf (Letter Box 45) 8 Jalan Yap Kwan Seng 50450 Kuala Lumpur Tel. (60-3) 21 62 92 98 Fax (60-3) 21 62 61 98 E-mail: ebic@tm.net.my
MÉXICO
Mundi Prensa México, SA de CV Río Pánuco, 141 Colonia Cuauhtémoc MX-06500 México, DF Tel. (52-5) 533 56 58 Fax (52-5) 514 67 99 E-mail: 101545.2361@compuserve.com
SOUTH AFRICA
Eurochamber of Commerce in South Africa PO Box 781738 2146 Sandton Tel. (27-11) 884 39 52 Fax (27-11) 883 55 73 E-mail: info@eurochamber.co.za
SOUTH KOREA
The European Union Chamber of Commerce in Korea 5th Fl, The Shilla Hotel 202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku Seoul 100-392 Tel. (82-2) 22 53-5631/4 Fax (82-2) 22 53-5635/6 E-mail: eucock@eucock.org URL: http://www.eucock.org
SRI LANKA
EBIC Sri Lanka Trans Asia Hotel 115 Sir Chittampalam A. Gardiner Mawatha Colombo 2 Tel. (94-1) 074 71 50 78 Fax (94-1) 44 87 79 E-mail: ebicsl@slnet.lk
T'AI-WAN
Tycoon Information Inc PO Box 81-466 105 Taipei Tel. (886-2) 87 12 88 86 Fax (886-2) 87 12 47 47 E-mail: euitupe@ms21.hinet.net
UNITED STATES OF AMERICA
Bernan Associates 4611-F Assembly Drive Lanham MD 20706-4391 Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone) Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax) E-mail: query@bernan.com URL: http://www.bernan.com
ANDERE LÄNDER OTHER COUNTRIES AUTRES PAYS
Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer Wahl/Please contact the sales office of your choice/Veuillez vous adresser au bureau de vente de votre choix Office for Official Publications of the European Communities 2, rue Mercier L-2985 Luxembourg Tel. (352) 29 29-42455 Fax (352) 29 29-42758 E-mail: info-info-opoc@cec.eu.int URL: publications.eu.int

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. Alla pubblicazione su carta si affianca una versione on line più ampia, disponibile all'indirizzo: <http://annualreport.emcdda.eu.int>.