



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

IT

ISSN 2314-9116

Relazione europea sulla droga

Tendenze e sviluppi

2018



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

Relazione europea sulla droga

Tendenze e sviluppi

2018

Avviso legale

La presente pubblicazione dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA) è protetta da copyright. L'EMCDDA 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'EMCDDA, degli Stati membri dell'UE o di qualsiasi istituzione o agenzia dell'Unione europea.

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

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, 2018

PRINTED	ISBN 978-92-9497-330-6	ISSN 1977-9895	doi:10.2810/50796	TD-AT-18-001-IT-C
PDF	ISBN 978-92-9497-271-2	ISSN 2314-9116	doi:10.2810/050745	TD-AT-18-001-IT-N

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2018

La riproduzione è autorizzata con citazione della fonte.

Citazione raccomandata: Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (2018), *Relazione europea sulla droga 2018: tendenze e sviluppi*, Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, Lussemburgo.



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portogallo

Tel. +351 211210200

info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu

twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Indice

5	Prefazione
9	Introduzione e ringraziamenti
11	OSSERVAZIONI Comprendere i problemi in materia di droga in Europa e sviluppare risposte efficaci
19	CAPITOLO 1 L'offerta di droga e il mercato
39	CAPITOLO 2 Prevalenza e tendenze del consumo di droga
59	CAPITOLO 3 Danni correlati al consumo di droga e relative risposte
83	ALLEGATO Tabelle di dati nazionali

Prefazione

Siamo lieti di presentare l'ultima analisi dell'EMCDDA sul fenomeno della droga in Europa. *La Relazione europea sulla droga 2018: tendenze e sviluppi* fornisce i dati più recenti sulla situazione della droga in Europa e delle risposte alle relative problematiche. La nostra pubblicazione fa sì che si basi su un esame approfondito dei dati europei e nazionali che mette in evidenza i modelli e le problematiche emergenti. Quest'anno è integrata da 30 relazioni nazionali sulla droga e da risorse contenenti una serie completa di dati e grafici, accessibili online, che consentono di delineare panoramiche per ogni paese.

La relazione è stata concepita per fornire alle nostre parti interessate una panoramica completa nonché tempestive segnalazioni delle nuove tendenze in materia di droga. In tale modo, contribuirà all'individuazione delle priorità per la pianificazione strategica nazionale e locale, consentirà raffronti tra i paesi e farà da base per le valutazioni fornendo dati sulle tendenze. La relazione è completata dalla nostra recente pubblicazione triennale, *Health and social responses to drug problems: a European guide* (Risposta sanitaria e sociale ai problemi di droga: una guida europea, 2017).



Quest'anno, per un'ampia gamma di sostanze, stiamo assistendo ad alcuni preoccupanti segnali di aumento dei livelli di produzione di droga in Europa, più vicina ai mercati di consumo. I progressi tecnologici ne facilitano lo sviluppo, collegando inoltre i produttori e i consumatori europei di droga ai mercati mondiali tramite il web di superficie e la rete oscura. Si osserva inoltre che la crescita della produzione di cocaina nell'America meridionale sta avendo un impatto sul mercato europeo, aumentando sia il rischio di problemi di salute per i consumatori sia sfide più complesse per le forze dell'ordine, in



quanto i trafficanti modificano e cambiano le rotte di approvvigionamento. Anche l'aumento della disponibilità e del consumo di cocaina crack in Europa è fonte di preoccupazione e richiede un monitoraggio.

Le nuove sostanze psicoattive disponibili sul mercato europeo della droga continuano a causare problemi di salute pubblica e a rappresentare una sfida per i responsabili politici. La recente legislazione dell'UE ha rafforzato lo scambio di informazioni sulle nuove sostanze presenti sul mercato e ha ridotto i tempi necessari per la valutazione dei rischi e il controllo di tali sostanze in tutta Europa. Oppiacei e cannabinoidi sintetici altamente potenti stanno causando problemi in una serie di contesti e, nel caso dei derivati del fentanile, espongono a un maggiore pericolo coloro che fanno uso di droghe e i soccorritori in prima linea. Affrontare questa sfida ha posto una rinnovata attenzione sul ruolo dell'antidoto contro gli oppiacei, il naloxone, nelle strategie di risposta all'overdose e sul relativo livello di disponibilità per i consumatori di droga.

Riteniamo che le minacce che le droghe rappresentano per la salute e la sicurezza pubblica in Europa continuano a richiedere una risposta multidisciplinare ad alto livello. Il nuovo piano d'azione dell'UE adottato nel 2017 fornisce il quadro per la necessaria cooperazione europea.

La nostra relazione e l'analisi che presenta testimoniano il forte sostegno che riceviamo dai nostri partner nazionali e istituzionali. Il contributo dei nostri punti focali nazionali della rete Reitox e degli esperti nazionali ci consente di elaborare una panoramica esclusiva della situazione della droga in Europa. Dobbiamo inoltre riconoscere il contributo che abbiamo ricevuto dai nostri partner istituzionali a livello europeo, in particolare la Commissione europea, Europol, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie e l'Agenzia europea per i medicinali. Infine, siamo grati alle reti specializzate che hanno collaborato con noi in modo da poter incorporare nella nostra relazione dati all'avanguardia e innovativi nei settori dell'analisi delle acque reflue, delle indagini scolastiche e delle emergenze ospedaliere legate alla droga.

Laura d'Arrigo

Presidente del Consiglio di amministrazione dell'EMCDDA

Alexis Goosdeel

Director, EMCDDA

Introduzione e ringraziamenti

La presente relazione si basa sulle informazioni fornite all'EMCDDA dagli Stati membri dell'UE, dalla Turchia (paese candidato) e dalla Norvegia in un processo di segnalazione annuale.

Il suo obiettivo è fornire una panoramica e una sintesi della situazione europea nell'ambito della droga e delle relative risposte. I dati statistici riportati si riferiscono al 2016 (o comunque all'ultimo anno per il quale sono disponibili). L'analisi delle tendenze si basa solo su quei paesi che forniscono una quantità di dati sufficiente a descrivere i cambiamenti avvenuti durante il periodo specificato. Inoltre, il lettore deve tenere presente che monitorare i modelli e le tendenze di un comportamento nascosto e stigmatizzato come il consumo di droghe è un compito impegnativo, dal punto di vista pratico e metodologico. Perciò, ai fini dell'analisi, nella presente relazione si è fatto ricorso a svariate fonti di dati. Benché si possano notare miglioramenti considerevoli, sia a livello nazionale sia per quanto riguarda i possibili risultati derivanti da un'analisi di portata europea, bisogna riconoscere le difficoltà metodologiche di questo settore. Occorre pertanto cautela nell'interpretazione dei dati, soprattutto quando si mettono a confronto i paesi in merito a ogni singola misura. Le avvertenze relative ai dati e le caratteristiche degli stessi si possono reperire nella versione online della presente relazione e nel bollettino statistico, che contiene informazioni dettagliate su metodologia, caratteristiche dell'analisi e osservazioni sui limiti delle informazioni disponibili. Sono presenti inoltre informazioni sui metodi e sui dati impiegati per le stime a livello europeo, dove è possibile che siano state effettuate interpolazioni.

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

- | i capi e il personale dei punti focali nazionali Reitox;
- | i servizi e gli esperti che in ogni Stato membro si sono occupati della raccolta dei dati grezzi da usare per la relazione;
- | i membri del Consiglio di amministrazione e del comitato scientifico dell'EMCDDA;
- | il Parlamento europeo, il Consiglio dell'Unione europea — in particolare il gruppo orizzontale «Droga» — e la Commissione europea;
- | il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), l'Agenzia europea per i medicinali (EMA) e l'Europol;
- | il gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, l'Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa, l'Interpol, l'Organizzazione mondiale delle dogane, il progetto europeo di indagini scolastiche sull'alcol e altre droghe (ESPAD), il Sewage Analysis Core Group Europe (Gruppo ristretto per l'analisi delle acque reflue in Europa, SCORE) e la European Drug Emergencies Network (Rete europea delle emergenze tossicologiche, Euro-DEN Plus);
- | il Centro di traduzione degli organismi dell'Unione europea e l'Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea.

Punti focali nazionali Reitox

Reitox è la rete informativa europea sulle droghe e sulle tossicodipendenze. La rete è costituita da punti focali nazionali dislocati negli Stati membri dell'Unione europea, in Turchia (paese candidato), in Norvegia e presso la Commissione europea. I punti focali, di cui sono responsabili i rispettivi governi, sono le autorità nazionali che forniscono all'EMCDDA informazioni sulle droghe. I recapiti per contattare i punti focali nazionali sono disponibili sul [sito web dell'EMCDDA](#).

Osservazioni

**Gli sviluppi nei paesi europei
sono influenzati dalle tendenze
in materia di droga a livello
globale e, nel contempo,
incidono su di esse**

Comprendere i problemi in materia di droga in Europa e sviluppare risposte efficaci

In queste osservazioni esploriamo alcuni dei fattori chiave che sembrano influenzare sia i modelli di consumo di stupefacenti osservati in Europa nel 2018 sia i problemi sanitari, sociali e di sicurezza a essi associati. Un punto di partenza per questa discussione è l'osservazione generale che oggi, in termini storici, non solo il problema della droga in Europa sembra attraversare una fase particolarmente dinamica, ma a livello generale i dati disponibili suggeriscono anche che la disponibilità di stupefacenti è elevata e in alcune aree persino in aumento. Ciò prospetta una serie di nuove sfide importanti per le attuali risposte nazionali ed europee al consumo di stupefacenti e ai problemi legati alla droga, di cui alcune implicazioni vengono discusse di seguito.

Segnali di aumento della produzione di droga in Europa

Gli sviluppi nei paesi europei sono influenzati dalle tendenze in materia di droga a livello globale e, nel contempo, incidono su di esse. Per quanto concerne alcuni

stimolanti sintetici come l'MDMA, l'Europa costituisce un importante produttore, che esporta prodotti e competenze in altre parti del mondo. Nel caso della cannabis, la produzione europea ha, in certa misura, rimpiazzato l'importazione e sembra avere influenzato il *modus operandi* dei produttori esterni. Una conseguenza di tale situazione è la crescente potenza della resina di cannabis che ora viene importata illecitamente in Europa.

Per quanto riguarda cocaina ed eroina, le altre due principali sostanze illecite di origine vegetale, la produzione rimane concentrata nei paesi rispettivamente dell'America latina e dell'Asia. I dati globali suggeriscono che la produzione è in aumento per entrambe le sostanze. In che modo ciò incida sull'Europa è una questione che merita un esame minuzioso. Nel caso dell'eroina, nonostante la purezza relativamente elevata dello stupefacente a livello di strada, il consumo complessivo rimane stabile con tassi di iniziazione all'uso apparentemente bassi. Per quanto concerne la cocaina, al contrario, numerosi indicatori attualmente tendono al rialzo. Questo aspetto è discusso più dettagliatamente nel seguito. Per entrambe le sostanze, tuttavia, i dati relativi ai sequestri indicano alcuni cambiamenti recenti nella catena di produzione che potrebbero avere importanti implicazioni future. In Europa, si continuano a osservare la lavorazione secondaria e l'estrazione di cocaina dai «materiali di trasporto» nonché l'importazione di ingenti quantitativi di stupefacenti nascosti nei container marittimi. Per quanto riguarda l'eroina, un nuovo sviluppo è costituito dal fatto che, in diversi paesi europei, sono stati scoperti e smantellati laboratori che convertono la morfina in eroina. L'elemento chiave della questione risiede probabilmente nella maggiore disponibilità e nel costo notevolmente inferiore in Europa dell'anidride

acetica, un precursore chimico fondamentale nella produzione di eroina, in un momento in cui i raccolti di papavero da oppio sono in aumento. Questa evoluzione illustra non solo la natura aggregata a livello globale delle moderne reti di produzione di droga, ma anche la necessità di inquadrare le risposte relative al controllo degli stupefacenti, come i controlli sui precursori, in una prospettiva generale.

Allo stesso modo, mentre gli sforzi europei e internazionali per limitare la produzione e la disponibilità di nuove sostanze psicoattive sembrano avere ora un certo effetto, vi sono anche state segnalazioni in merito alla pastigliatura e alla produzione di queste sostanze all'interno dei confini europei. Ad oggi, tali sviluppi nella produzione di nuovi stupefacenti appaiono limitati. Tuttavia, i cambiamenti in quest'ambito hanno il potenziale di incidere rapidamente sui problemi in materia di droga e pertanto è necessaria vigilanza per assicurare che l'Europa sia pronta a rispondere in modo più adeguato alle potenziali minacce future in questo settore.

Vendite su Internet: l'Europa in un mercato globale

La vendita di stupefacenti su Internet rappresenta un altro buon esempio di come il cambiamento possa avvenire rapidamente, comportando sfide per i modelli di politica e di risposta esistenti e per la farmacovigilanza. Una recente relazione congiunta EMCDDA-Europol ha analizzato il ruolo dei fornitori e dei consumatori europei in questo mercato globale. Si stima che i fornitori dell'UE siano responsabili di quasi la metà delle vendite di droga nella «darknet» (rete oscura) effettuate tra il 2011 e il 2015. Le vendite on-line sono attualmente ridotte rispetto al mercato delle sostanze illecite nel suo complesso, ma sembrano in crescita. Mentre l'attenzione è spesso focalizzata sulla rete oscura, appare anche evidente che, per quanto riguarda le nuove sostanze psicoattive e l'abuso di medicinali, i social media e il web di superficie possono essere ugualmente importanti. Di particolare interesse qui è la progressiva affermazione di nuove sostanze correlate alle benzodiazepine. Dal 2015, 14 nuove benzodiazepine sono state segnalate al sistema di allerta rapido dell'UE. Queste sostanze non sono medicinali autorizzati nell'Unione europea e si sa ben poco in merito alla loro tossicologia; tuttavia, è probabile che i rischi aumentino quando vengono utilizzati insieme a sostanze illecite o alcol. La disponibilità di benzodiazepine sia nuove sia consolidate sul mercato delle sostanze illecite sembra aumentare in alcuni paesi ed è noto che queste sostanze svolgono un ruolo importante, ma spesso trascurato, nelle morti per overdose da oppiacei. I recenti segnali relativi al possibile aumento

del consumo di tali sostanze tra i giovani sono particolarmente preoccupanti. Questa è un'area che richiede ulteriori indagini, considerazioni politiche e sforzi in direzione della prevenzione. Il tema del consumo di benzodiazepine tra i consumatori di stupefacenti ad alto rischio è esaminato in un supplemento on-line alla presente relazione.

Le conseguenze dell'aumento dell'offerta di cocaina

L'aumento della produzione di cocaina in America latina sembra ora farsi sentire sul mercato europeo. In alcuni paesi, l'analisi delle acque reflue ha fornito un rapido allarme concernente un aumento della disponibilità e del consumo della droga in questione, il quale ora viene evidenziato anche da altre fonti di dati. Mentre i prezzi della cocaina sono rimasti stabili, la purezza della droga è attualmente al livello più elevato da oltre un decennio in Europa. Storicamente, la maggior parte della cocaina che entra in Europa è arrivata attraverso la penisola iberica. Ingenti sequestri effettuati altrove di recente suggeriscono che l'importanza relativa di questa rotta potrebbe essere leggermente diminuita, essendo ora la cocaina sempre più importata illecitamente in Europa attraverso porti per grandi container. A tale proposito è degno di nota il fatto che, nel 2016, il Belgio abbia superato la Spagna come paese con il maggior quantitativo di cocaina sequestrato.

Nel complesso, le implicazioni del consumo di cocaina sulla salute pubblica sono difficili da misurare, poiché il suo ruolo nei problemi acuti e nei danni alla salute a lungo termine è difficile da monitorare e spesso può non essere riconosciuto. Tuttavia, ci si può aspettare un incremento dei problemi se aumenta la prevalenza del consumo e, in particolare, i modelli di consumo ad alto rischio. Uno dei segni di questa possibile evenienza è costituito dall'aumento osservato nel numero di primi accessi al trattamento specialistico legato alla cocaina, sebbene questi non siano ritornati ai livelli elevati osservati un decennio fa. Purtroppo, sebbene ancora raro, vi è anche un aumento nel consumo di cocaina crack, fenomeno che, si teme, possa iniziare a interessare più paesi. Complessivamente, è ancora necessario capire meglio quale sia un trattamento efficace per i consumatori di cocaina e in particolare quale sia il modo migliore di rispondere ai problemi cocaina-correlati che possono coesistere con la dipendenza da oppiacei.

Nuove sostanze psicoattive continuano a sfidare la salute pubblica

L'importanza di essere preparati a nuove sfide è evidenziata dal successo del sistema di allerta rapido dell'UE per quanto riguarda le nuove sostanze psicoattive. È stato riconosciuto a livello internazionale che questo sistema fornisce all'Europa la capacità di individuare la comparsa di droghe e reagirvi, che altrove è stata carente. Recentemente è stata adottata in questo settore una normativa UE potenziata, che aumenta la velocità della segnalazione, mentre nuove fonti informative continuano ad aderire al sistema. Le nuove sostanze psicoattive rappresentano una sfida in continua evoluzione nei confronti delle politiche in materia di droga. Complessivamente, sono monitorate dal sistema circa 670 sostanze, di cui circa 400 sono presenti nelle segnalazioni ogni anno. L'elenco delle sostanze presenti sul mercato della droga continua a crescere, al ritmo di circa una nuova sostanza psicoattiva segnalata ogni settimana in Europa. Sebbene il numero di nuove sostanze che fanno il loro debutto sia inferiore al picco raggiunto nel 2015, le implicazioni negative del consumo di questi stupefacenti sulla salute pubblica rimangono elevate.

La comparsa in Europa di oppiacei sintetici e di cannabinoidi sintetici correlati a decessi e intossicazioni acute ha portato alla valutazione da parte dell'EMCDDA di un numero senza precedenti di sostanze per quanto riguarda i rischi per la salute pubblica. Questo processo può innescare una risposta legislativa rapida in tutta l'Unione europea. I dati sono stati forniti anche all'Organizzazione mondiale della sanità nel 2017 e alcune di queste sostanze sono ora in fase di studio per il controllo internazionale. Nel 2017 sono stati studiati cinque derivati del fentanil. Queste sostanze erano disponibili in un certo numero di nuove forme, inclusi gli spray nasali. Talora si trovavano anche mescolate con altri stupefacenti, come eroina, cocaina o medicinali contraffatti, con la conseguenza che spesso i consumatori non erano consapevoli di consumare la sostanza. La comparsa di queste droghe potenti, spesso acquistate su Internet, comporta difficoltà significative sia per i servizi sanitari sia per quelli incaricati dell'applicazione della legge. Le sostanze sono facili da trasportare e da nascondere; sovente piccoli quantitativi rappresentano molte centinaia di migliaia di potenziali dosi vendute in strada. Dal punto di vista sanitario, si aggiungono al peso già considerevole attribuito ai decessi da altri oppiacei. Negli Stati Uniti i derivati del fentanil oggi svolgono un ruolo significativo nell'attuale crisi degli oppiacei e nell'arco di un breve periodo di tempo sono diventati le sostanze più associate alla mortalità per overdose. In Europa non ci si trova ad affrontare un problema della

stessa portata; nondimeno, a quanto riferito all'EMCDDA, i decessi e i casi di overdose non mortali associati al fentanil e ai derivati del fentanil non controllati evidenziano la necessità di una vigilanza continua.

I cannabinoidi sintetici sono sempre più legati ai problemi di salute

A seguito delle segnalazioni di danni alla salute correlati a nuovi cannabinoidi sintetici, l'EMCDDA ha condotto quattro ulteriori valutazioni dei rischi nel 2017. I cannabinoidi sintetici sono stati associati a decessi e a intossicazioni acute. Una recente relazione dell'EMCDDA ha attirato l'attenzione sui crescenti problemi in materia di salute e di sicurezza che il consumo di queste sostanze sta causando in alcune carceri europee, evidenziando altresì che a volte questi problemi possono passare inosservati, a causa della facilità con cui queste sostanze possono essere spacciate nelle carceri e delle difficoltà che esistono nel rilevarne il consumo.

I cannabinoidi sintetici sono stati inizialmente commercializzati come alternative legali ai prodotti a base di cannabis naturale, ma per molti versi sono differenti. Inizialmente associati maggiormente all'uso ricreativo, i cannabinoidi sintetici vengono ora consumati in modo problematico da gruppi sociali più emarginati, come i senzatetto, sebbene la comprensione generale dei modelli di consumo di questi stupefacenti rimanga limitata. Laddove esistono informazioni, queste mostrano che la prevalenza del consumo di cannabinoidi sintetici è generalmente bassa, ma il potenziale di causare danni associato a tali sostanze è considerevole. Ciò è indicato ad esempio dai recenti dati provenienti dalla Turchia, dove l'aumento complessivo dei decessi indotti dagli stupefacenti sembra essere in parte ascrivibile al consumo di cannabinoidi sintetici.

**Oppiacei sintetici
e cannabinoidi sintetici
correlati a decessi
e intossicazioni acute**

La mutevolezza del mercato della cannabis comporta nuove sfide politiche

La cannabis resta la sostanza illecita più diffusamente consumata in Europa. La sua importanza risulta evidente dal posto che occupa in sequestri, violazioni delle leggi sulle sostanze stupefacenti, stime di prevalenza e nuove richieste di trattamento. Gli sviluppi nel continente americano, che includono la legalizzazione della droga in alcune giurisdizioni, hanno portato al rapido sviluppo di un mercato della cannabis commerciale. Ciò si traduce in innovazioni a livello delle forme disponibili e dei sistemi di distribuzione per il consumo. Questi includono varietà di cannabis particolarmente potenti, liquidi per sigarette elettroniche e prodotti commestibili. Il mercato ricreativo legale è stato accompagnato da regolamenti che consentono l'accesso alla cannabis per scopi medici o terapeutici in alcune giurisdizioni. L'EMCDDA sta monitorando questi sviluppi e fornendo sintesi politiche esplicative al fine di evidenziare alcune delle questioni da esaminare in Europa. Tra queste vi è la possibilità che alcune delle nuove forme di questo stupefacente possano fare la loro comparsa sul mercato europeo delle droghe.

Gli sviluppi in Nord America hanno suscitato rinnovato interesse per il ruolo svolto dalla cannabis nella guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti. Nel 2017 l'EMCDDA ha ospitato il terzo simposio internazionale sulla guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti. La relazione degli esperti internazionali presenti all'incontro ha evidenziato le difficoltà nello sviluppo di risposte politiche efficaci in questo settore, un tema rilevante per i paesi indipendentemente dallo status giuridico dello stupefacente.

Altre importanti questioni politiche in questo settore includono: quale può essere un trattamento appropriato per i disturbi correlati alla cannabis, come garantire sinergie politiche con le strategie di riduzione del tabacco e quali possono essere approcci efficaci alla riduzione dei danni in questo ambito. La prevalenza del consumo di cannabis in Europa rimane elevata in termini storici e recentemente in alcuni Stati membri dell'UE sono stati registrati aumenti. Essendo cresciuta notevolmente nell'ultimo decennio, anche la potenza dello stupefacente è di livello elevato, sia in foglie sia come resina. Oltre alle questioni di salute pubblica, vi sono preoccupazioni in merito a come questo vasto mercato illegale possa influenzare la sicurezza della comunità e contribuire a finanziare la criminalità organizzata. Considerate le numerose problematiche in gioco, definire quale sia la risposta più appropriata al consumo di cannabis è un compito sempre più complesso e importante. L'EMCDDA

si impegna a migliorare la comprensione di tali questioni e a fornire informazioni accurate, scientifiche e imparziali necessarie per un dibattito informato su quest'impegnativo argomento politico.

Reagire all'overdose da oppiacei: il ruolo del naloxone

I decessi per overdose rimangono elevati in Europa. Nella maggior parte dei casi vi sono implicati gli oppiacei. La comparsa di derivati del fentanil sul mercato europeo delle droghe rafforza le già considerevoli argomentazioni a favore del potenziamento dell'accesso al naloxone, antagonista oppioide. Vi sono crescenti prove del fatto che una più ampia disponibilità di questa sostanza, combinata con una formazione che consenta il riconoscimento dell'overdose e la conseguente risposta, possa contribuire a prevenire i decessi tra coloro che utilizzano oppiacei. La fornitura di naloxone viene quindi sempre più vista in molti paesi come un elemento importante nella strategia di riduzione dei casi di overdose. La disponibilità di derivati del fentanil aumenta ulteriormente i rischi in quest'ambito, a causa della loro potenza e perché possono essere utilizzati da individui inesperti in fatto di oppiacei o mettere a rischio coloro che ne sono accidentalmente esposti durante la loro attività lavorativa, come le forze dell'ordine. Questi sviluppi evidenziano l'urgente necessità di rivedere le attuali politiche sul naloxone nonché di potenziare la formazione e la sensibilizzazione sia dei consumatori di droghe sia dei professionisti che potrebbero imbattersi nella sostanza. In tale contesto va anche tenuto conto del fatto che nuove formulazioni non iniettabili, come gli spray nasali, possono facilitare l'uso del naloxone in una più ampia serie di ambiti.

Carceri: un ambito importante per l'attuazione di risposte

Rispondere al consumo di stupefacenti nelle strutture di giustizia penale è uno degli argomenti trattati nella pubblicazione dell'EMCDDA *Health and social responses to drug problems: a European guide (Risposte sanitarie e sociali ai problemi in materia di droga: una guida europea)*. La scarcerazione è un periodo a rischio particolarmente elevato per coloro che hanno una storia di

La cannabis resta la sostanza illecita più diffusamente consumata in Europa

IN BREVE — STIME DEL CONSUMO DI DROGHE NELL'UNIONE EUROPEA

Cannabis



Adulti (15-64)

Consumo nell'ultimo anno: **24,0 milioni**
7,2 %



Consumo nell'arco della vita: **87,6 milioni**
26,3 %



Giovani adulti (15-34)

Consumo nell'ultimo anno: **17,2 milioni**
14,1 %



Stime nazionali di consumo nell'ultimo anno

Minimo 3,5 % Massimo 21,5 %

Cocaina



Adulti (15-64)

Consumo nell'ultimo anno: **3,5 milioni**
1,1 %

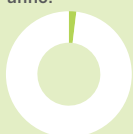


Consumo nell'arco della vita: **17,0 milioni**
5,1 %



Giovani adulti (15-34)

Consumo nell'ultimo anno: **2,3 milioni**
1,9 %



Stime nazionali di consumo nell'ultimo anno

Minimo 0,2 % Massimo 4,0 %

MDMA

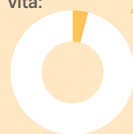


Adulti (15-64)

Consumo nell'ultimo anno: **2,6 milioni**
0,8 %



Consumo nell'arco della vita: **13,5 milioni**
4,1 %



Giovani adulti (15-34)

Consumo nell'ultimo anno: **2,2 milioni**
1,8 %



Stime nazionali di consumo nell'ultimo anno

Minimo 0,2 % Massimo 7,4 %

Amfetamine



Adulti (15-64)

Consumo nell'ultimo anno: **1,7 milioni**
0,5 %



Consumo nell'arco della vita: **11,9 milioni**
3,6 %



Giovani adulti (15-34)

Consumo nell'ultimo anno: **1,2 milioni**
1,0 %



Stime nazionali di consumo nell'ultimo anno

Minimo 0 % Massimo 3,6 %

Oppiacei



Consumatori di oppiacei ad alto rischio

1,3 milioni

Richieste di trattamento della tossicodipendenza

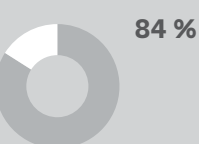
Principale sostanza stupefacente nel **36 %** circa delle richieste di trattamento della tossicodipendenza nell'Unione europea



628 000

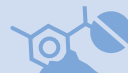
consumatori di oppiacei si sono sottoposti alla terapia sostitutiva nel 2016

Casi di overdose mortali



Gli oppiacei sono rinvenuti nell'**84 %** dei casi di overdose mortali

Nuove sostanze psicoattive



Studenti di 15 o 16 anni in 24 paesi europei

Consumo nell'ultimo anno: **3,0 %**



Consumo nell'arco della vita: **4,0 %**



Fonte: Relazione ESPAD 2015 (tabelle supplementari).

consumo di oppiacei. Al fine di risolvere questo problema, vari paesi hanno sviluppato programmi innovativi che forniscono naloxone e formazione per coloro che affrontano la scarcerazione. Parallelamente alla fornitura di naloxone, il rinvio a un adeguato trattamento in comunità e ai servizi sociali sono riconosciuti come risposte fondamentali in quest'ambito. Ciò evidenzia il ruolo del sistema di giustizia penale in generale e di quello del carcere in particolare come luogo cruciale per affrontare i problemi dei consumatori di stupefacenti ad alto rischio. Valutare i consumatori di stupefacenti e le loro esigenze sanitarie e sociali prima della scarcerazione può fornire un vantaggio significativo,

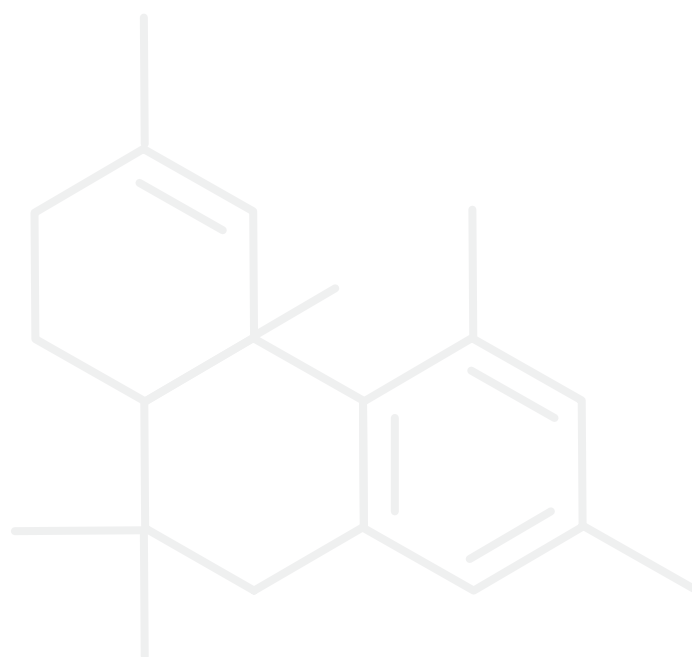
come attestato ad esempio dal valore potenziale connesso all'ampliamento dei test e al trattamento delle malattie infettive tra la popolazione carceraria. Questo aspetto ha acquisito particolare importanza in seguito all'impegno dell'Unione europea di eliminare il virus dell'epatite C. L'assunzione di stupefacenti per via parenterale costituisce la forma prevalente di trasmissione di questa infezione. Sono ora disponibili nuove ed efficaci terapie, ma garantire che le persone infette vi abbiano accesso rimane una sfida. Le carceri e i servizi di trattamento della tossicodipendenza sono importanti per individuare i soggetti infetti da HCV. Nel 2018 l'EMCDDA sosterrà una nuova iniziativa volta ad accrescere la consapevolezza e a incoraggiare l'accesso ai test e al trattamento dell'epatite C al fine di affrontare questo importante problema connesso alla droga.

Garantire il monitoraggio per restare sintonizzati sulla mutevolezza dei problemi connessi alla droga

Sebbene i dati sulla disponibilità di nuove sostanze psicoattive stiano migliorando, resta molto difficile stimarne la domanda in Europa. Queste difficoltà sono amplificate quando si prende in considerazione il misuse di medicinali dirottati, contraffatti o non autorizzati.

A tale proposito va osservato che gli strumenti di monitoraggio esistenti possono non essere sensibili ad alcuni importanti cambiamenti che si verificano nei modelli di consumo di droga. Sono necessari ulteriori investimenti in approcci di monitoraggio nuovi e consolidati, come analisi delle acque reflue, indagini basate sul web e studi di tendenza, al fine di tenere il passo con tali cambiamenti. Recentemente l'EMCDDA ha pubblicato i risultati di una valutazione annuale dei residui di droga nelle acque reflue raccolte nelle città di 19 paesi europei, i quali hanno dimostrato l'utilità di queste fonti di informazione complementari nel fornire una visione più tempestiva delle tendenze in materia di droga rispetto a fonti di dati più tradizionali.

Oltre a sostenere la raccolta di dati in Europa, l'Unione europea sta anche lavorando per aiutare i paesi terzi a sviluppare una propria capacità di monitoraggio. Le iniziative a tal fine comprendono progetti di assistenza tecnica finanziati dalla Commissione europea per paesi candidati all'UE, potenziali candidati e paesi vicini. Queste attività sono importanti non solo perché i problemi connessi alla droga stanno complicando i problemi sanitari e di sicurezza registrati dai paesi confinanti con l'UE, ma anche perché gli sviluppi in questi paesi interagiscono con i problemi droga-correlati che affrontiamo nei nostri stessi Stati membri e incidono su di essi. Pertanto l'analisi riportata nella Relazione europea sulla droga di quest'anno riconosce esplicitamente che per comprendere le sfide attuali e future che il consumo di droga comporta per l'agenda politica in materia di salute e sicurezza dell'Europa è anche necessario comprendere le dimensioni globali di questo problema.



1

**Nel contesto globale
l'Europa è un mercato
importante per le droghe**

L'offerta di droga e il mercato

Nel contesto globale l'Europa è un mercato importante per le droghe, alimentato sia dalla produzione interna sia dall'importazione illecita da altre regioni. America meridionale, Asia occidentale e Africa settentrionale sono importanti aree di approvvigionamento delle sostanze illecite che giungono in Europa, mentre la Cina è un paese di approvvigionamento delle nuove sostanze psicoattive. Oltre a fungere da punto di transito per alcuni stupefacenti e precursori diretti verso altri continenti, l'Europa è anche una regione produttrice di cannabis e droghe sintetiche; la produzione della cannabis è destinata prevalentemente al consumo locale, mentre alcune droghe sintetiche sono prodotte per poi essere esportate in altre parti del mondo.

In molti paesi europei esistono dagli anni '70 e '80 mercati di dimensioni considerevoli per la cannabis, l'eroina e le amfetamine. Nel corso del tempo si sono affermate anche altre sostanze, tra cui l'MDMA e la cocaina negli anni Novanta. Il mercato europeo delle droghe continua a evolversi, con un'ampia varietà di nuove sostanze psicoattive in progressiva affermazione nel corso dell'ultimo decennio. Fra i recenti cambiamenti sul mercato delle sostanze illecite, collegati in ampia misura

alla globalizzazione e alle nuove tecnologie, figurano l'innovazione nella produzione delle droghe e nei metodi di traffico nonché l'affermarsi di nuove rotte di traffico e di mercati online.

Monitoraggio dei mercati, dell'offerta e delle leggi in materia di droghe

L'analisi riportata nel presente capitolo si basa su dati trasmessi in merito a sequestri di droghe, sequestri e blocchi di spedizioni di precursori di droghe, impianti di produzione smantellati, leggi sulle sostanze stupefacenti e relative violazioni, prezzi al dettaglio, purezza e potenza delle droghe. In alcuni casi l'assenza di dati relativi ai sequestri in paesi chiave rende difficile l'analisi delle tendenze. Queste possono infatti essere influenzate da tutta una serie di fattori, tra cui le preferenze dei consumatori, i cambiamenti nella produzione e nei metodi di traffico, i livelli di attività e le priorità degli organismi preposti all'applicazione della legge e l'efficacia dei provvedimenti d'interdizione. Nella versione online del bollettino statistico è possibile trovare dati esaustivi e ampie note metodologiche.

Il capitolo riporta inoltre dati sulle notifiche e sui sequestri delle nuove sostanze psicoattive comunicati al sistema di allerta rapido dell'UE dai partner nazionali dell'EMCDDA e di Europol. Poiché queste informazioni sono tratte da segnalazioni di casi anziché da regolari sistemi di monitoraggio, le stime sui sequestri rappresentano una statistica minima. Una descrizione esaustiva del sistema di allerta rapido si può reperire sul sito web dell'EMCDDA, alla pagina [Action on new drugs](#) (Azione nel campo delle nuove droghe).

Mercati di sostanze illecite in Europa: complessi e multilivello

I mercati delle sostanze illecite costituiscono sistemi di produzione e di distribuzione complessi che generano ingenti introiti a vari livelli. La natura stessa del mercato ne rende difficile il monitoraggio. Tuttavia, secondo una stima prudente, nel 2013 il mercato al dettaglio delle sostanze illecite nell'Unione europea era di 24 miliardi di EUR, con la cannabis responsabile della quota maggiore (38 %), seguita dall'eroina (28 %) e dalla cocaina (24 %).

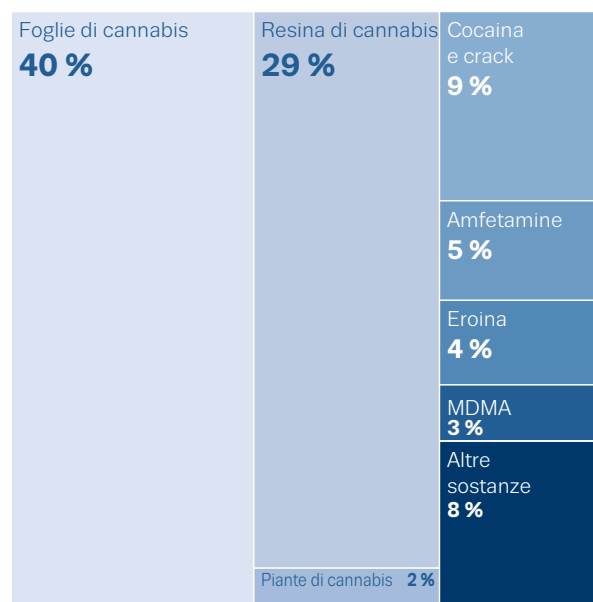
Mentre i mercati off-line sono ancora predominanti, negli ultimi anni i mercati on-line stanno diventando sempre più importanti come piattaforme per la commercializzazione e la distribuzione di sostanze illecite. Questo dato ha fornito nuove opportunità di monitoraggio di un settore dell'attività del mercato. Una recente analisi di EMCDDA ed Europol ha individuato oltre 100 mercati della rete oscura su scala globale, in cui venditori e acquirenti utilizzano varie tecnologie per occultare la propria identità. Si stima che due terzi di tutti gli acquisti effettuati su questi mercati fossero legati alle droghe. Tra il 2011 e il 2015 i fornitori con sede nell'UE erano responsabili di circa il 46 % delle entrate associate alle droghe su questi mercati, la maggior parte dei quali era rappresentata da venditori situati in Germania, nei Paesi Bassi e nel Regno Unito. Le sostanze stimolanti comprendono la maggior parte delle vendite europee di droghe sulla rete oscura. I mercati della rete oscura facilitano principalmente le vendite di bassi quantitativi o di quelle dirette al consumatore, sebbene l'analisi di un mercato, Alphasbay, abbia rilevato che, rispetto ad altri stupefacenti, sembra essere stata effettuata una maggiore percentuale di acquisti di MDMA con intenzioni di vendita.

Oltre un milione di sequestri di sostanze illecite

I sequestri di sostanze illecite da parte delle forze dell'ordine costituiscono un importante indicatore dei mercati delle droghe, con oltre 1 milione di sequestri di sostanze illecite segnalati nel 2016 in Europa. I sequestri più segnalati riguardano piccole quantità di stupefacenti confiscate ai consumatori. Le partite di diversi chilogrammi di droghe sequestrate ai trafficanti e ai produttori, tuttavia, rappresentano la percentuale maggiore della quantità totale di stupefacenti sequestrati. La cannabis, oggetto di oltre il 70 % del numero totale di sequestri effettuati in Europa (figura 1.1), è la sostanza confiscata con maggiore frequenza. I tre paesi che riferiscono il maggior numero di sequestri, i quali insieme rappresentano oltre il 60 % di

FIGURA 1.1

Numero di sequestri di stupefacenti segnalati, ripartito per sostanza (2016)



tutti i sequestri di droghe nell'Unione europea, sono la Spagna, il Regno Unito e la Francia.

Ciononostante, non sono disponibili dati relativi al numero di sequestri per quanto riguarda i Paesi Bassi e la Polonia, mentre i dati più recenti disponibili su Germania, Irlanda e Slovenia risalgono al 2015, il che introduce un certo grado di incertezza all'analisi.

Cannabis: predominano i sequestri di resina, ma la quantità di sostanza in foglie aumenta

Le foglie di cannabis («marijuana») e la resina di cannabis («hashish») sono i due prodotti principali a base di cannabis presenti sul mercato europeo delle droghe, mentre l'olio di cannabis è relativamente raro. I prodotti a base di cannabis rappresentano la quota più ampia (38 %) del mercato al dettaglio delle sostanze illecite nell'Unione europea, con un valore minimo stimato di 9,3 miliardi di EUR (intervallo probabile: 8,4-12,9 miliardi di EUR). Le foglie di cannabis consumate in Europa sono sia coltivate in Europa sia importate illecitamente da altri paesi. Quelle prodotte in Europa sono coltivate prevalentemente al chiuso. La resina di cannabis, sebbene sempre più prodotta in Europa, è per lo più importata, principalmente dal Marocco, con segnalazioni che indicano che la Libia è diventata uno snodo importante per il traffico di resina. Inoltre, i Balcani occidentali costituiscono un luogo di provenienza sia della cannabis in foglie sia dell'olio di cannabis.

Nel 2016 sono stati segnalati nell'Unione europea 763 000 sequestri di prodotti a base di cannabis, di cui 420 000 riguardanti foglie, 317 000 relativi a resina e 22 000 riguardanti piante. Dal 2009 il numero di sequestri di cannabis in foglie ha superato quello dei sequestri di resina, con tendenze relativamente stabili nei sequestri sia di resina sia di foglie dal 2011 a oggi (figura 1.2). Tuttavia, la quantità di resina di cannabis sequestrata è oltre tre volte quella della cannabis in foglie (424 tonnellate contro 124 tonnellate). Questo dato si spiega in parte con il fatto che la maggior parte della resina di cannabis è trasportata in grandi quantità su lunghe distanze e attraverso i confini nazionali, il che la espone maggiormente a misure di interdizione. Nell'analisi della quantità di cannabis sequestrata, un numero ristretto di paesi assume un'importanza notevole perché si trova sulle principali rotte del relativo traffico. La Spagna, per esempio, in quanto punto di accesso principale per la resina di cannabis prodotta in Marocco, ha segnalato tre quarti (76 %) della quantità totale sequestrata nell'Unione europea nel 2016 (figura 1.3).

L'aumento dei quantitativi di cannabis in foglie sequestrate nel 2016 è in parte collegato agli incrementi registrati in Spagna, Grecia e Italia. Anche la Turchia ha riferito di aver sequestrato una maggiore quantità di cannabis in foglie nel 2016 (111 tonnellate) rispetto al 2015.

I sequestri di piante di cannabis possono essere considerati un indicatore della produzione interna della sostanza in un determinato paese. Tuttavia, le differenze tra i paesi, sia nelle prassi di segnalazione sia nelle priorità e nelle risorse degli organismi preposti all'applicazione della legge, giustificano una certa prudenza nell'interpretazione dei sequestri relativi alle piante di cannabis. Nel 2015 il numero di piante sequestrate in Europa ha raggiunto un picco di 11,5 milioni, a causa dell'interdizione intensiva nei Paesi Bassi in tale anno, prima di diminuire a 3,3 milioni di piante nel 2016, un livello analogo agli anni precedenti. Nel 2016 sono stati segnalati 1 200 sequestri di olio di cannabis, quasi quattro volte in più rispetto al 2015, di cui i quantitativi maggiori sono stati sequestrati in Turchia (53 litri) e Danimarca (14 litri).

CANNABIS



RESINA

Sequestri

Numero

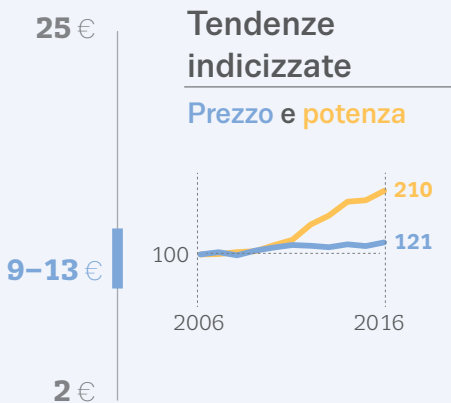
317 000 UE **332 000** UE + 2

Quantità

424 UE **463** UE + 2

Prezzo

(EUR/g)



Potenza

(% THC)

FOGLIE

Sequestri

Numero

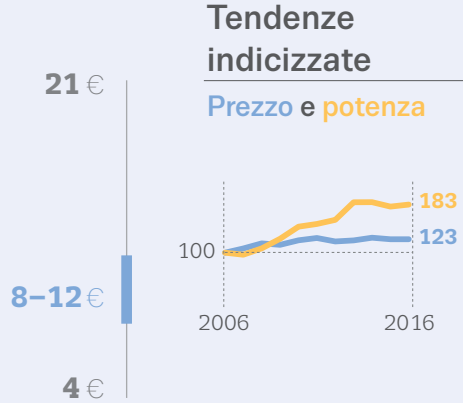
420 000 UE **454 000** UE + 2

Quantità

124 UE **235** UE + 2

Prezzo

(EUR/g)



Potenza

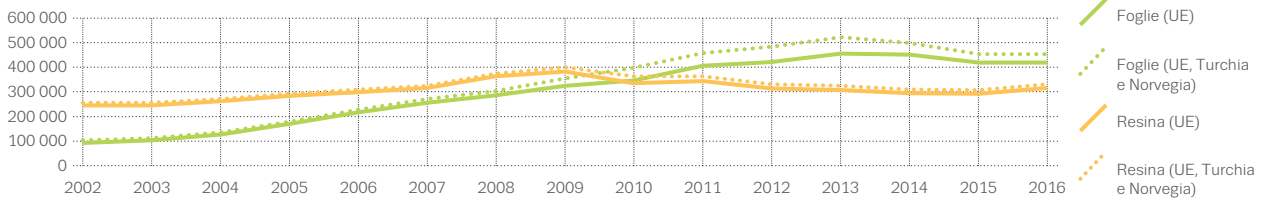
(% THC)

NB: UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e potenza dei prodotti a base di cannabis: valori medi nazionali - intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi contemplati nella statistica variano per indicatore.

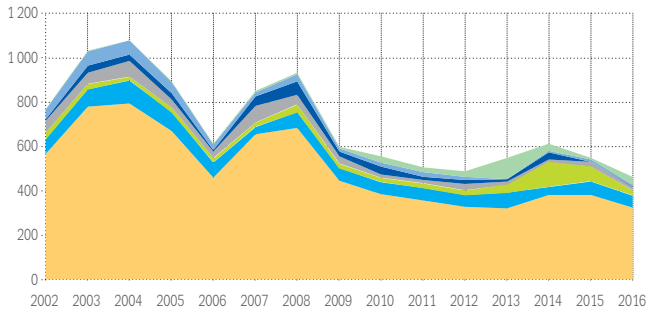
FIGURA 1.2

Tendenze nel numero di sequestri e nella quantità di cannabis sequestrata: resina e foglie

Numero di sequestri

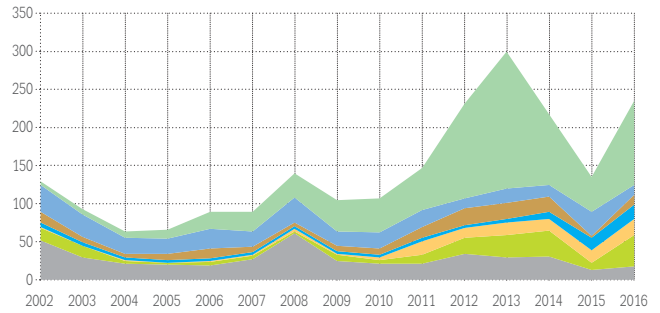


Resina (in tonnellate)



Turchia Regno Unito Portogallo Altri paesi
Italia Francia Spagna

Foglie (in tonnellate)

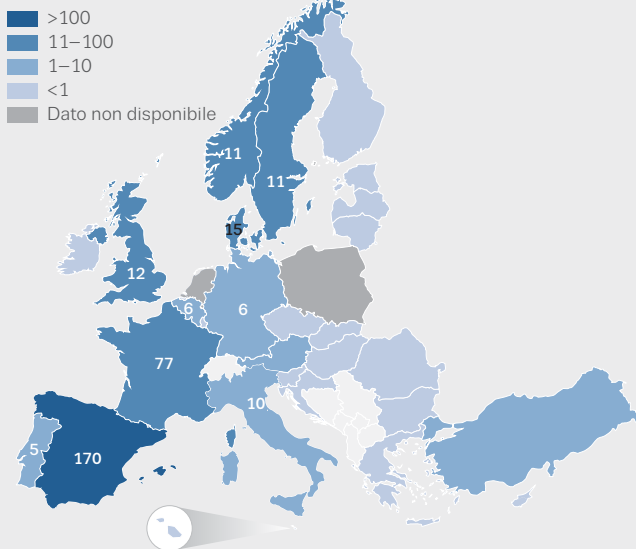


Turchia Regno Unito Grecia Francia
Spagna Italia Altri paesi

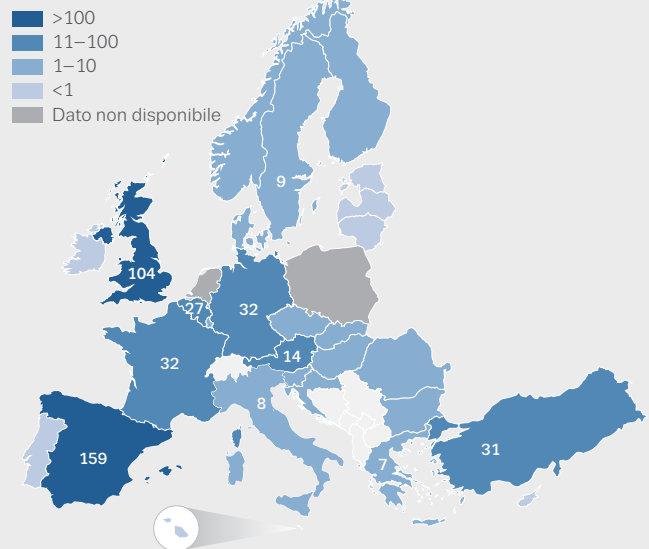
FIGURA 1.3

Sequestri di resina e foglie di cannabis (2016 o nell'anno più recente)

Numero di sequestri di resina di cannabis (in migliaia)

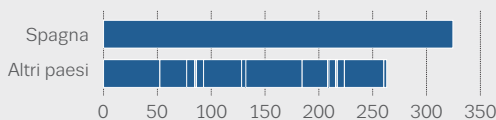


Numero di sequestri di foglie di cannabis (in migliaia)

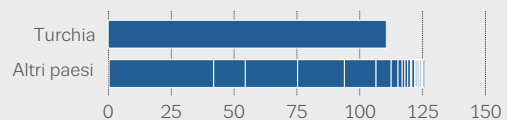


NB: numero di sequestri (in migliaia) per i 10 paesi con i valori più alti.

Quantità di resina di cannabis sequestrata (in tonnellate)



Quantità di foglie di cannabis sequestrata (in tonnellate)



L'analisi delle tendenze indicizzate presso quei paesi che effettuano periodicamente segnalazioni evidenzia un forte aumento della potenza (contenuto di tetraidrocannabinolo, THC) delle foglie e della resina di cannabis dal 2006. La potenza di entrambe le forme è aumentata fino al 2013; dopo tale data la potenza della cannabis in foglie si è stabilizzata mentre quella della resina ha continuato ad aumentare. Gli elementi chiave di questa crescente potenza della resina possono includere l'introduzione di tecniche di produzione intensive in Europa, l'introduzione di piante particolarmente potenti e di nuove tecniche in Marocco e nuovi prodotti in resina a base di piante multivarietà o ibride. Mentre in media la resina ha una potenza superiore alle foglie, i dati suggeriscono che esse hanno prezzi simili.

Sequestri di eroina: diminuzione delle quantità

L'eroina è l'oppiaceo più diffuso sul mercato degli stupefacenti dell'UE, con un valore minimo stimato delle vendite al dettaglio pari a 6,8 miliardi di EUR (intervallo probabile: 6,0-7,8 miliardi di EUR) nel 2013.

Tradizionalmente, quella importata in Europa è di due tipi: il tipo più comune è l'eroina brown (forma chimica base), proveniente in prevalenza dall'Afghanistan; molto meno comune è l'eroina bianca (sotto forma di sali), che in passato proveniva dall'Asia sudorientale, ma adesso può anche essere prodotta in Afghanistan o in paesi vicini. Altri oppiacei disponibili sui mercati illeciti includono l'oppio e i medicinali morfina, metadone, buprenorfina, tramadolo e vari derivati del fentanil. Alcuni oppiacei possono essere

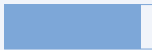
dirottati da forniture farmaceutiche legittime, mentre altri sono fabbricati illegalmente.

L'Afghanistan rimane il maggiore produttore illecito di oppio al mondo. Si ritiene che la maggior parte dell'eroina che si trova in Europa sia fabbricata in quel paese o nei vicini Iran o Pakistan. Fino a poco tempo fa, nell'Unione europea la produzione illecita di oppiacei era limitata a derivati del papavero prodotti in alcuni paesi orientali su scala domestica. La scoperta negli ultimi anni di diversi laboratori che trasformavano la morfina in eroina nei Paesi Bassi, in Spagna e nella Repubblica ceca suggerisce che un certo quantitativo di eroina sia fabbricato in Europa. Questo cambiamento potrebbe rispecchiare il fatto che i fornitori cercano di ridurre i costi portando a termine le ultime fasi della produzione di eroina in Europa, dove i precursori come l'anidride acetica sono ottenibili a prezzi inferiori rispetto ai paesi produttori di oppio. La produzione dello stupefacente in prossimità del mercato dei consumatori può anche essere volta a ridurre i rischi di interdizione.

EROINA

Sequestri

Numero

38 000 UE  **47 000** UE + 2

Quantità

4,3 UE  **9,9** UE + 2

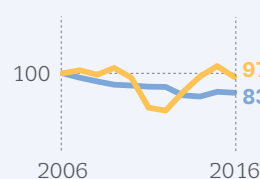
Prezzo

(EUR/g)

140 €
35-65 €
22 €

Tendenze indicizzate

Prezzo e purezza



Purezza

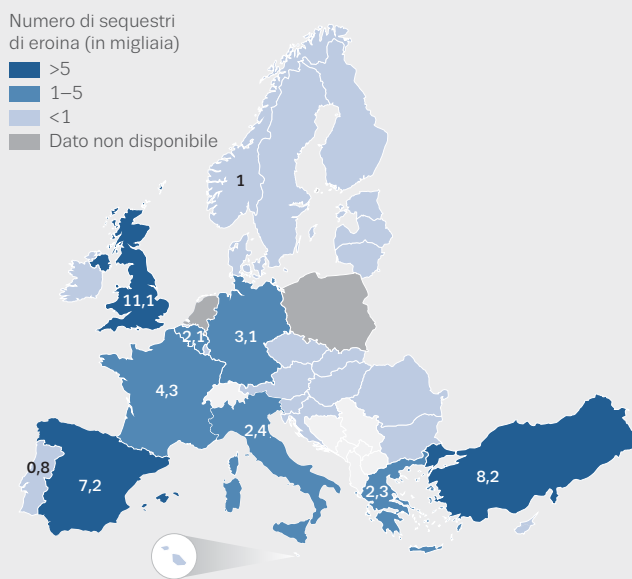
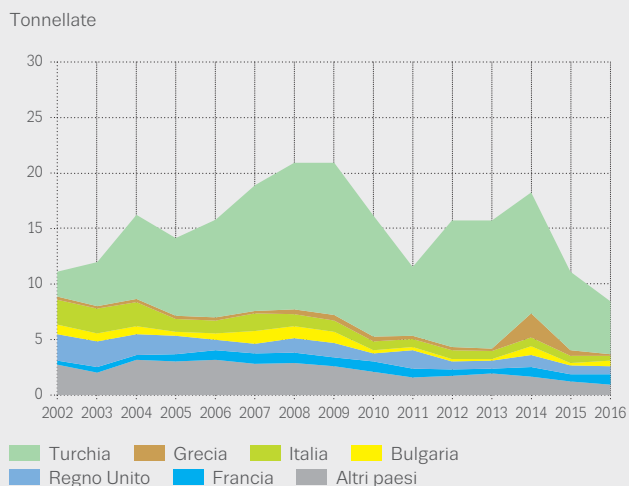
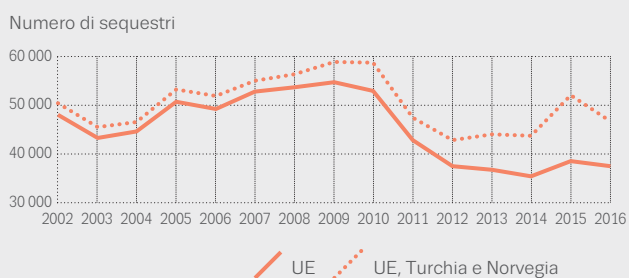
(%)

41 %
15-29 %
11 %

NB: UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza dell'eroina «brown»: valori medi nazionali – intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi contemplati nella statistica variano per indicatore.

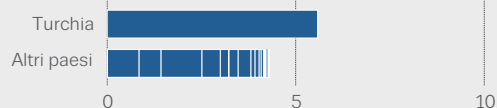
FIGURA 1.4

Numero di sequestri di eroina e quantità sequestrata: tendenze e nel 2016 o nell'anno più recente



NB: numero di sequestri (in migliaia) per i 10 paesi con i valori più alti.

Quantità di eroina sequestrata (in tonnellate)



L'eroina entra in Europa attraverso quattro rotte di traffico principali. Le due più importanti sono la «rotta dei Balcani» e la «rotta meridionale». La prima corre attraverso la Turchia e i paesi balcanici (Bulgaria, Romania o Grecia) per poi giungere in Europa centrale, meridionale e occidentale. È anche emersa una diramazione della rotta dei Balcani che interessa la Siria e l'Iraq. Negli ultimi anni ha acquisito importanza la rotta meridionale, in cui le spedizioni dall'Iran e dal Pakistan entrano in Europa via mare o per via aerea, direttamente o transitando attraverso i paesi

africani. Altre rotte comprendono la «rotta settentrionale» e una rotta che si sviluppa attraverso il Caucaso meridionale e il Mar Nero.

I mercati delle droghe in un certo numero di paesi europei hanno registrato una riduzione della disponibilità di eroina nel 2010/11, dato evidenziato da un calo generale dei sequestri dal 2009 al 2014, prima di stabilizzarsi nel 2015 e nel 2016. Tra il 2002 e il 2014 la quantità di eroina sequestrata nell'Unione europea è dimezzata, da

TABELLA 1.1

Sequestri di oppiacei diversi dall'eroina nel 2016

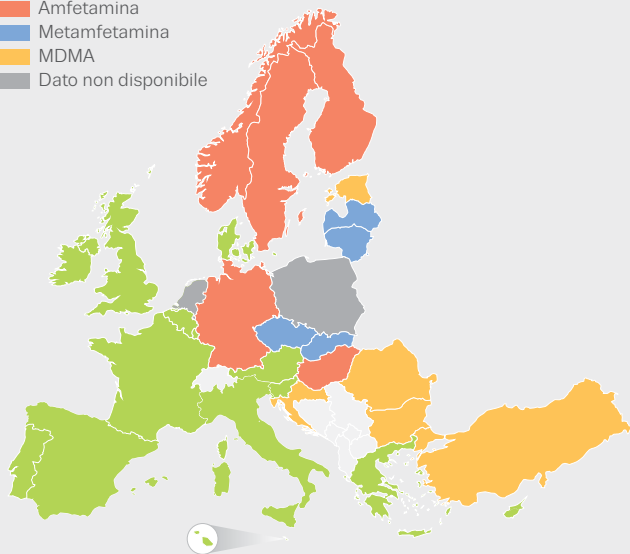
Oppiaceo	Numero	Quantità			Numero di paesi
		Chilogrammi	Litri	Compresse	
Metadone	1 245	21,75	1,84	115 906	16
Buprenorfina	3 523	1,94	0,0005	69 373	16
Tramadolo	3 553	2,03		63 412 688	16
Derivati del fentanil	738	1,55	1,2	11 792 (¹)	12
Morfina	225	11,08		4 201	13
Oppio	335	327,5			10
Codeina	339	20,65		9 506	9
Ossicodone	12	0,005		107	6

(¹) Cartoni o blotter.

FIGURA 1.5

Stimolante sequestrato più frequentemente in Europa (2016 o nell'anno più recente)

- Cocaina
- Amfetamina
- Metamfetamina
- MDMA
- Dato non disponibile



10 a 5 tonnellate, e si è stabilizzata negli ultimi anni, con 4,3 tonnellate registrate nel 2016. La Turchia continua a sequestrare più eroina di tutti gli altri paesi europei messi insieme (figura 1.4), sebbene la quantità di eroina sequestrata in Turchia sia diminuita da 8,3 tonnellate nel 2015 a 5,6 tonnellate nel 2016. Tra i paesi che effettuano periodicamente segnalazioni, le tendenze indicizzate suggeriscono che, dopo un periodo di rapido aumento dal livello minimo del 2012, la purezza dell'eroina in Europa si è ridotta nel 2016 rispetto al 2015, mentre il prezzo è diminuito nell'ultimo decennio.

Oltre all'eroina nei paesi europei si sequestrano anche altri prodotti oppiacei, che tuttavia rappresentano solo una piccola parte dei sequestri totali. Tra gli altri oppiacei più frequentemente sequestrati vi sono medicinali quali

tramadolo, buprenorfina e metadone (cfr. tabella 1.1). Nel 2016 si è verificato un notevole aumento del numero di compresse di tramadolo sequestrate e anche i derivati del fentanil sono stati sequestrati in quantitativi maggiori.

Mercato europeo degli stimolanti: differenze a livello regionale

Le principali sostanze stimolanti illecite disponibili in Europa sono cocaina, amfetamina, metamfetamina e MDMA. È stato stimato che nel 2013 il valore al dettaglio del mercato degli stimolanti nell'Unione europea fosse compreso tra 6,3 miliardi di EUR e 10,2 miliardi di EUR. Vi sono spiccate differenze regionali per quanto concerne lo stimolante più frequentemente sequestrato (figura 1.5), che dipendono dal luogo in cui si trovano i porti di arrivo e le rotte di traffico, i principali impianti di produzione e i grandi mercati dei consumatori. La cocaina è lo stimolante più frequentemente sequestrato in molti paesi occidentali e meridionali, mentre i sequestri di amfetamine e MDMA sono prevalenti nell'Europa settentrionale e orientale.

Mercato della cocaina: continua rinascita

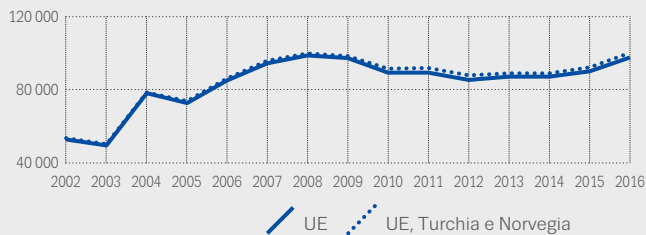
In Europa esistono due tipi di cocaina: il più comune è la polvere di cocaina (sotto forma di sali), mentre meno facilmente reperibile è la cocaina crack (base libera), che si assume inalandone il fumo. Prodotta dalle foglie dell'arbusto della coca, la cocaina viene coltivata principalmente in Bolivia, Colombia e Perù e viene trasportata in Europa con vari mezzi, tra cui voli passeggeri, trasporti aerei di merci, servizi postali, aeromobili privati, yacht e container marittimi. È stato stimato che nel 2013 il mercato al dettaglio della cocaina nell'Unione europea fosse almeno di 5,7 miliardi di EUR.

L'eroina è l'oppiaceo più diffuso sul mercato degli stupefacenti dell'UE

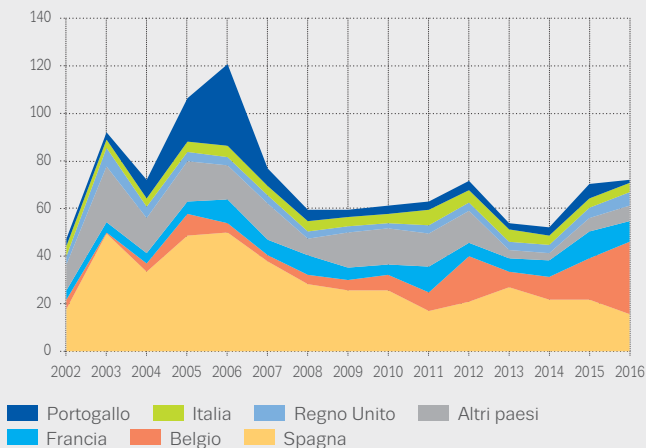
FIGURA 1.6

Numero di sequestri di cocaina e quantità sequestrata: tendenze e nel 2016 o nell'anno più recente

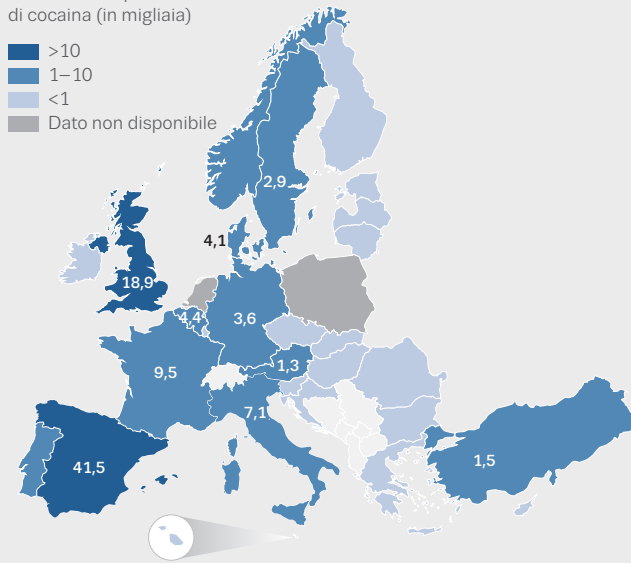
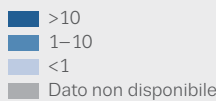
Numero di sequestri



Tonnellate

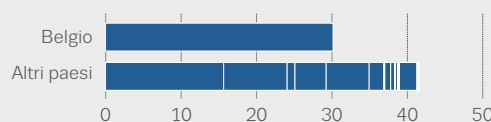


Numero di sequestri di cocaina (in migliaia)



NB: numero di sequestri (in migliaia) per i 10 paesi con i valori più alti.

Quantità di cocaina sequestrata (in tonnellate)



In tutto, nel 2016 sono stati segnalati circa 98 000 sequestri di cocaina nell'Unione europea, pari a 70,9 tonnellate. Rispetto all'anno precedente, nel 2016 si è registrato un lieve aumento della quantità di cocaina sequestrata e una crescita più marcata del numero di sequestri (cfr. figura 1.6). Con sequestri di circa

30 tonnellate di cocaina pari al 43 % del totale stimato nell'UE nel 2016, il Belgio è subentrato alla Spagna (15,6 tonnellate) in quanto paese che registra i più alti sequestri annuali dello stupefacente. Sono inoltre stati segnalati sequestri totali per oltre 5 tonnellate dello stupefacente da parte della Francia (8,5 tonnellate) e del

COCAINA

Sequestri

Numero



Quantità



Prezzo

(EUR/g)

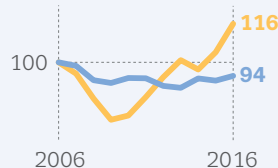


Purezza

(%)

Tendenze indicizzate

Prezzo e purezza



NB: UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza della cocaina: valori medi nazionali – intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi contemplati nella statistica variano per indicatore.

Regno Unito (5,7 tonnellate). Nel complesso, le tendenze indicizzate suggeriscono che la tendenza al rialzo della purezza della cocaina, evidente dal 2010, è proseguita nel 2016, portandola al livello più alto osservato nell'ultimo decennio.

Nel 2016 sono stati sequestrati in Europa altri prodotti a base di coca, tra cui 569 chilogrammi di liquido contenente cocaina e 3 chilogrammi di foglie di coca. Inoltre, il sequestro di 79 chilogrammi di pasta di coca in Spagna e di altri 7 chilogrammi in Italia suggerisce l'esistenza di laboratori clandestini che producono cocaina cloridrato in Europa. Questo sviluppo indica un cambiamento delle tattiche di produzione da parte di alcune organizzazioni criminali, in quanto fino a oggi la maggior parte dei laboratori di cocaina scoperti in Europa erano «strutture di estrazione secondaria», in cui la cocaina veniva recuperata dai materiali nei quali era stata incorporata (come vini, indumenti, materie plastiche).

Produzione di droga: precursori chimici in evoluzione

I precursori di droghe sono sostanze chimiche necessarie per la produzione di sostanze illecite. Poiché molti di questi hanno usi legittimi, non sono vietati, ma il loro commercio è monitorato e controllato attraverso regolamenti UE, i quali classificano determinate sostanze chimiche (ossia le aggiungono all'elenco delle sostanze controllate). La disponibilità di precursori ha un ampio impatto sul mercato delle droghe sintetiche e sui metodi di

produzione utilizzati nei laboratori clandestini. Le tecniche di produzione sono in costante evoluzione al fine di eludere i controlli e le modifiche includono in genere l'utilizzo di sostanze chimiche non classificate per la produzione di droghe sintetiche o dei loro precursori, come l'N-t-BOC-MDMA (N-tert-butilossicarbonil-MDMA) recentemente rilevato. La lavorazione aggiuntiva richiede più sostanze chimiche e produce più rifiuti, portando potenzialmente a danni ambientali.

I dati sui sequestri e sui blocchi delle spedizioni di precursori di droghe confermano l'utilizzo di sostanze chimiche sia classificate sia non classificate nella produzione di sostanze illecite nell'Unione europea, in particolare per le amfetamine e l'MDMA (tabella 1.2). La classificazione del precursore del BMK (benzil-metil-chetone), l'APAAN (alfa-fenilacetoacetone), introdotta verso la fine del 2013, continua a produrre i suoi effetti, con un calo dei sequestri da 48 000 chilogrammi nel 2013 a circa 600 chilogrammi nel 2016. Segnalati per la prima volta nel 2015, i sequestri di sostanze chimiche alternative quali APAA (alfa-fenilacetoacetamide) e derivati glicidici del BMK, i quali possono anche essere facilmente convertiti in BMK, sono aumentati bruscamente nel 2016.

Nel 2016 sono aumentati i sequestri di PMK (piperoni-metil-chetone) e di sostanze chimiche non classificate per la produzione di MDMA. I sequestri di PMK in Francia, di derivati dell'acido glicidico del PMK in Bulgaria e i blocchi delle spedizioni di precursori in Spagna indicano che le rotte di traffico si stanno diversificando.

TABELLA 1.2

Sintesi dei sequestri e delle spedizioni bloccate di precursori classificati e di sostanze chimiche non classificate dall'UE utilizzati per la produzione di determinate droghe sintetiche nell'Unione europea, 2016

Classificato/non classificato	Sequestri		Spedizioni bloccate		TOTALE	
	Numero	Quantità	Numero	Quantità	Numero	Quantità
MDMA o sostanze correlate						
PMK (litri)	8	1 077	0	0	8	1 077
Safrolo (litri)	5	63	0	0	5	63
Piperonale (kg)	2	1	4	7 700	6	7 701
Derivati glicidici del PMK (kg)	16	5 905	1	1 000	17	6 905
N-t-BOC-MDMA (kg)	1	123	0	0	1	123
Amfetamina e metamfetamina						
Efedrina sfusa (kg)	33	64	0	0	33	64
BMK (litri)	24	2 506	0	0	24	2 506
Pseudoefedrina sfusa (kg)	12	20	0	0	12	20
APAAN (kg)	7	597	0	0	7	597
PAA, acido fenilacetico (kg)	0	0	5	112	5	112
APAA (kg)	27	5 884	2	2 025	29	7 909
Derivati glicidici del BMK (kg)	19	3 290	0	0	19	3 290

Amfetamina e metamfetamina: i sequestri restano stabili

Note genericamente come «amfetamine», l'amfetamina e la metamfetamina sono stimolanti sintetici strettamente correlati e difficili da distinguere in alcune serie di dati. I sequestri nel corso dell'ultimo decennio indicano che la disponibilità di metamfetamina è aumentata, pur rimanendo nettamente inferiore a quella dell'amfetamina.

Entrambe queste sostanze vengono prodotte in Europa per uso interno. Vi sono indicazioni che la produzione di amfetamina avvenga principalmente in Belgio, nei Paesi Bassi e in Polonia e, in misura minore, negli Stati baltici e in Germania. Alcuni di questi paesi hanno segnalato lo smantellamento di laboratori in cui ha luogo la fase finale della produzione, ossia la conversione dell'olio dell'amfetamina base in amfetamina solfato. Ciò indica uno spostamento della posizione di questa fase del

processo di produzione, che si ritiene sia legato alla preferenza di alcuni gruppi per il traffico di liquidi piuttosto che per il prodotto finito al fine di evitare l'interdizione.

Una certa quantità di amfetamina è prodotta anche per essere esportata, soprattutto in Medio ed Estremo Oriente e Oceania. Di recente sono altresì aumentati i sequestri di compresse di amfetamina con il logo «captagon», soprattutto in Turchia, dove nel 2016 ne sono stati confiscati più di 13 milioni.

La Repubblica ceca e, più di recente, le zone di frontiera dei paesi confinanti sono da tempo il principale luogo di provenienza della metamfetamina in Europa. Nella Repubblica ceca la metamfetamina è prodotta principalmente a partire dal precursore pseudoefedrina, che viene estratto da prodotti medicinali importati soprattutto dalla Polonia o in misura sempre maggiore da altri paesi attraverso la Polonia. La sostanza può anche

AMFETAMINE



AMFETAMINA

Sequestri

Numero

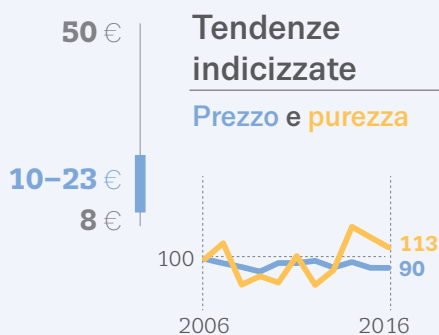
34 000 UE **39 000** UE + 2

Quantità

5,7 UE **9,5** UE + 2

Prezzo

(EUR/g)



Purezza

(%)

METAMFETAMINA

Sequestri

Numero

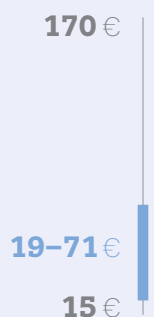
9 000 UE **14 000** UE + 2

Quantità

0,5 UE **0,8** UE + 2

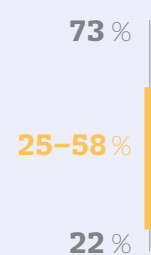
Prezzo

(EUR/g)



Purezza

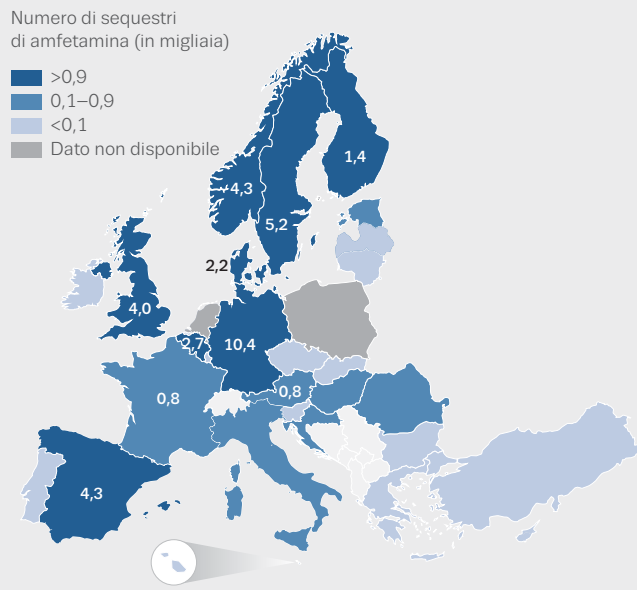
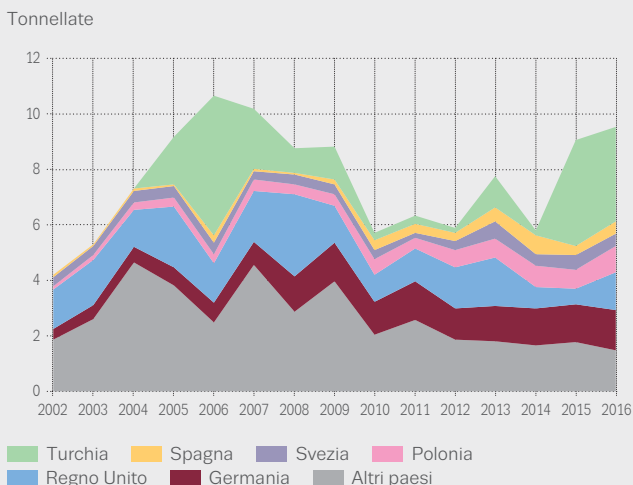
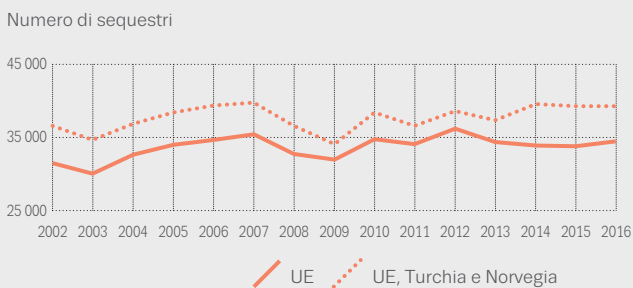
(%)



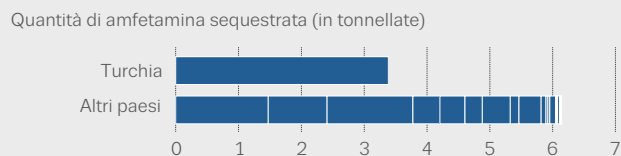
NB: UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza delle amfetamine: valori medi nazionali – intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi contemplati nella statistica variano per indicatore. Le tendenze indicizzate non sono disponibili per la metamfetamina.

FIGURA 1.7

Numero di sequestri di amfetamina e quantità sequestrata: tendenze e nel 2016 o nell'anno più recente



NB: numero di sequestri (in migliaia) per i 10 paesi con i valori più alti.



essere prodotta utilizzando il BMK. Nel 2016, dei 291 laboratori clandestini di metamfetamina segnalati nell'Unione europea, 261 si trovavano nella Repubblica ceca. Prevalgono i laboratori su scala ridotta che riforniscono il mercato interno; tuttavia sono stati segnalati anche impianti di produzione su vasta scala, che coinvolgono la criminalità organizzata, che producono metamfetamina per altri paesi europei.

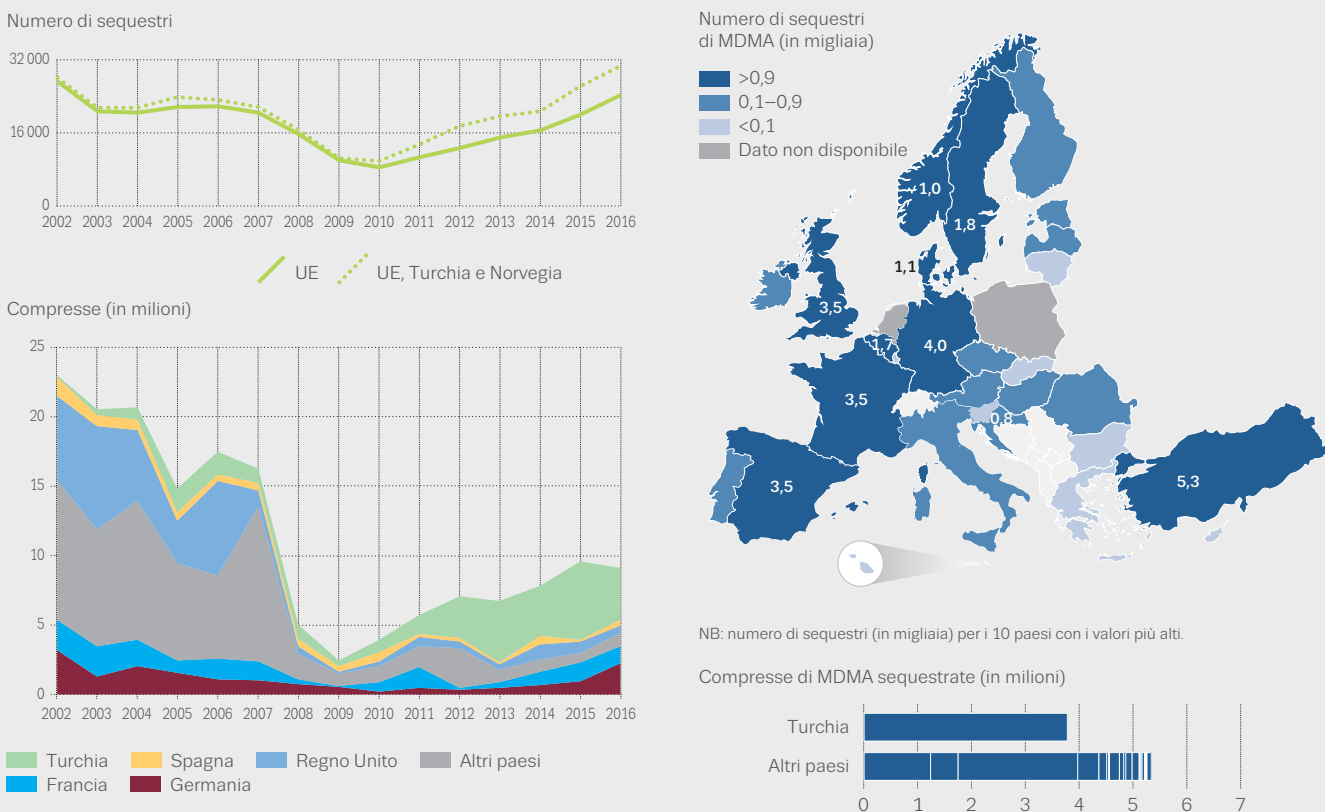
Nel 2016 gli Stati membri dell'UE hanno segnalato 34 000 sequestri di amfetamina, pari a 5,7 tonnellate. Nel complesso la quantità di amfetamina sequestrata nell'Unione europea è stabile, con oscillazioni tra 5 e 6 tonnellate all'anno dal 2010 (figura 1.7). Il numero dei sequestri di metamfetamina è di gran lunga più basso, con 9 000 segnalazioni nell'Unione europea nel 2016, per una quantità pari a 0,5 tonnellate, di cui il quantitativo maggiore è stato sequestrato nella Repubblica ceca (figura 1.8). Il numero di sequestri di metamfetamina ha mostrato una tendenza al rialzo dal 2002, mentre la quantità sequestrata è rimasta relativamente stabile dal

2009. Nel 2016 sono stati sequestrati anche grandi quantitativi di amfetamine in Turchia, principalmente come «captagon» (1,3 milioni di compresse o una stima di 3,4 tonnellate di amfetamina) e 0,25 tonnellate di metamfetamina.

Solitamente la purezza media denunciata per i campioni di metamfetamina è superiore a quella dei campioni di amfetamina.

FIGURA 1.9

Numero di sequestri di MDMA e quantità sequestrata: tendenze e nel 2016 o nell'anno più recente



circa 0,7 miliardi di EUR. Dopo un periodo di scarsa disponibilità dovuto alla mancanza dei precursori chimici necessari per la fabbricazione, negli ultimi anni il mercato dell'MDMA ha vissuto una ripresa. Il contenuto medio di MDMA nelle compresse è in aumento dal 2009, al punto che la presenza di quantità elevate di MDMA in alcuni lotti è stata correlata a lesioni e decessi.

La produzione di MDMA in Europa è concentrata principalmente nei Paesi Bassi e in Belgio, con 11 laboratori di MDMA smantellati nell'Unione europea nel 2016 (10 nei Paesi Bassi e uno in Belgio), più del doppio del numero segnalato nel 2015. L'MDMA prodotta in Europa viene anche esportata in altre parti del mondo; la polizia australiana, ad esempio, ha riferito che il più elevato quantitativo di MDMA sequestrato in Australia nel 2016 (1,2 tonnellate) proveniva dall'Europa.

Valutare le tendenze recenti relative ai sequestri di MDMA è difficile perché mancano i dati di alcuni paesi che probabilmente contribuiscono al numero totale in misura significativa. Per quanto riguarda il 2016, non ci sono dati disponibili sui Paesi Bassi e non è noto il numero dei sequestri avvenuti in Germania e in Polonia. In assenza di tali importanti contributi, il quantitativo di MDMA sequestrato nell'Unione europea è aumentato nel 2016 ed

è stimato a 5,3 milioni di compresse e 295 chilogrammi di polvere di MDMA.

Il numero complessivo di sequestri di MDMA segnalati nell'Unione europea ha continuato a crescere dal 2010, mentre la quantità sequestrata è aumentata leggermente nello stesso periodo, sebbene vi siano fluttuazioni di anno in anno. Nel 2016 anche in Turchia sono stati sequestrati ingenti quantitativi, per un totale di 3,8 milioni di compresse di MDMA (figura 1.9). Le tendenze indicizzate mostrano che il contenuto in MDMA delle compresse sequestrate è notevolmente aumentato negli ultimi anni.

Sequestri di LSD, GHB e ketamina

Nell'Unione europea si segnalano sequestri di altre sostanze illecite, tra cui circa 1 700 sequestri di LSD (dietilammide dell'acido lisergico) nel 2016, per un totale di 97 000 unità. Il numero complessivo di sequestri di LSD è quasi raddoppiato dal 2010, sebbene i quantitativi sequestrati abbiano mostrato valori oscillanti. Quattordici paesi dell'UE hanno segnalato circa 1 800 sequestri di ketamina, per un totale stimato di 83 chilogrammi, la maggior parte dei quali è avvenuta in Danimarca, Italia e Regno Unito. Anche la Norvegia ha segnalato un numero

ridotto di sequestri di ketamina: 50 sequestri per un totale di 0,2 chilogrammi. Nel 2016, 13 paesi dell'UE più Norvegia e Turchia hanno segnalato sequestri di GHB (gammadrossibutirrato) o GBL (gammabutirrolattone). Nel complesso il totale stimato di 1 700 sequestri ammontava a quasi 360 chilogrammi e 1 400 litri di stupefacente: la Norvegia rappresentava oltre un quarto del numero totale di sequestri.

Nuove sostanze psicoattive: un mercato complesso

A fine 2017 l'EMCDDA monitorava più di 670 nuove sostanze psicoattive individuate in Europa. Tali sostanze, che non sono sottoposte ai controlli antidroga internazionali, comprendono un vasto assortimento di droghe quali cannabinoidi sintetici, stimolanti, oppiacei e benzodiazepine (figura 1.10). Per la maggior parte sono vendute come sostituti «legali» delle droghe illecite, mentre altre sono destinate a piccoli gruppi desiderosi di sperimentarle per conoscerne gli eventuali nuovi effetti.

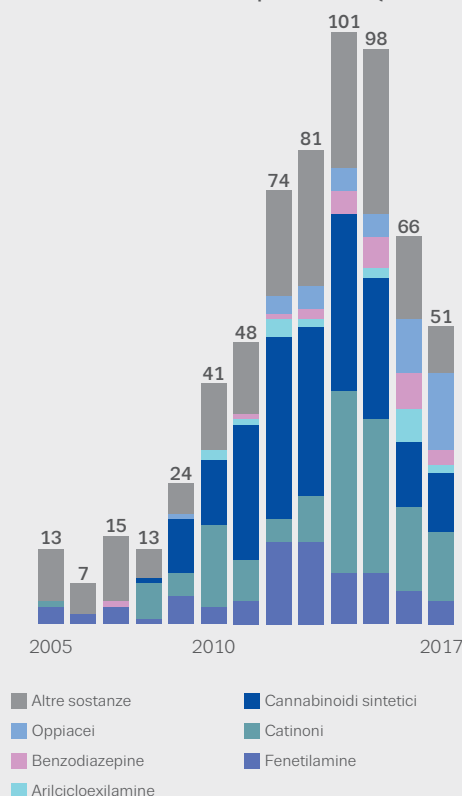
In molti casi, le nuove sostanze sono prodotte in grossi quantitativi da aziende chimiche e farmaceutiche situate in Cina. Da qui vengono spedite in Europa, dove sono trasformate in prodotti, confezionate e vendute. Alcune nuove sostanze sono inoltre reperibili sotto forma di medicinali dirottati dalla catena di approvvigionamento legittima o ottenuti illegalmente. Inoltre tali sostanze possono essere prodotte in laboratori clandestini, in Europa o altrove. Vari indicatori, tra cui la scoperta di laboratori clandestini, l'analisi dei rifiuti prodotti dalle droghe sintetiche e i sequestri di precursori, suggeriscono che negli ultimi anni vi è stata un'espansione di questa forma di produzione in Europa.

Alcune nuove sostanze sono vendute apertamente in negozi specializzati e sul web di superficie, spesso come «droghe legali» dotate di marchio, ma vengono smerciate anche sui mercati della rete oscura e su quello illegale, talvolta con il loro vero nome e talvolta spacciate per sostanze illecite come eroina, cocaina, ecstasy e benzodiazepine.

Quasi il 70 % delle nuove sostanze individuate attraverso il sistema di allerta rapido dell'Unione europea è stato rilevato negli ultimi 5 anni. Nel corso del 2017, 51 nuove sostanze sono state scoperte per la prima volta in Europa. Questo dato è inferiore a quello di uno qualsiasi dei cinque anni precedenti e rappresenta un calo rispetto ai livelli record di circa 100 nuove identificazioni ogni anno raggiunti nel 2014 e nel 2015. Le cause di tale flessione non sono chiare, ma potrebbero risiedere in parte nei provvedimenti adottati dai governi nazionali in Europa per

FIGURA 1.10

Numero e categorie delle nuove sostanze psicoattive notificate per la prima volta al sistema di allerta rapido dell'UE (2005-2017)



vietare le nuove sostanze, in particolare la loro libera vendita. Un altro fattore importante potrebbe essere legato anche alle misure di controllo e alle operazioni di polizia condotte in Cina contro i laboratori che producono le nuove sostanze.

La quantità di nuove sostanze scoperte per la prima volta ogni anno è solo uno di tutta una serie di parametri utilizzati dall'EMCDDA per comprendere il mercato nel suo complesso. Ad esempio, per dimostrare quanto tale mercato sia diventato complesso, oltre il 50 % (369) delle nuove sostanze attualmente monitorate è stato anche individuato sul mercato europeo della droga nel corso del 2016.

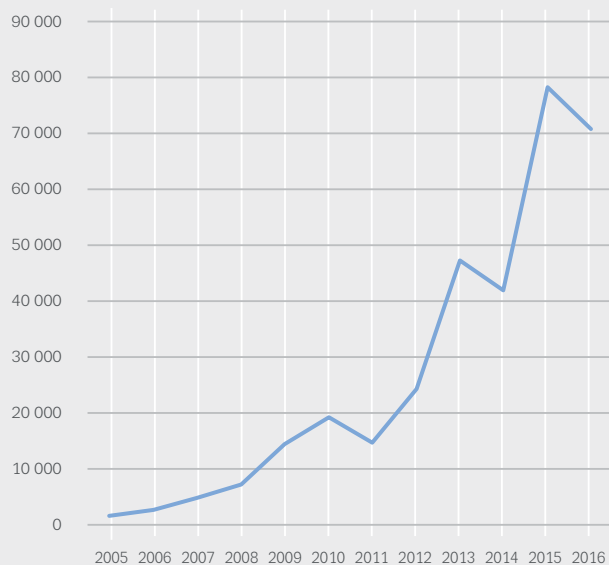
Sequestri di nuove sostanze psicoattive: catinoni e cannabinoidi sintetici continuano a prevalere

Nel 2016 sono stati segnalati quasi 71 000 sequestri di nuove sostanze psicoattive attraverso il sistema di allerta rapido dell'UE (figura 1.11). Insieme, i catinoni sintetici e i cannabinoidi sintetici hanno rappresentato quasi l'80 % di tutti i sequestri e l'80% di tutti i quantitativi di nuove sostanze sequestrate nel 2016. Rispetto all'anno precedente è stato osservato un calo complessivo nei

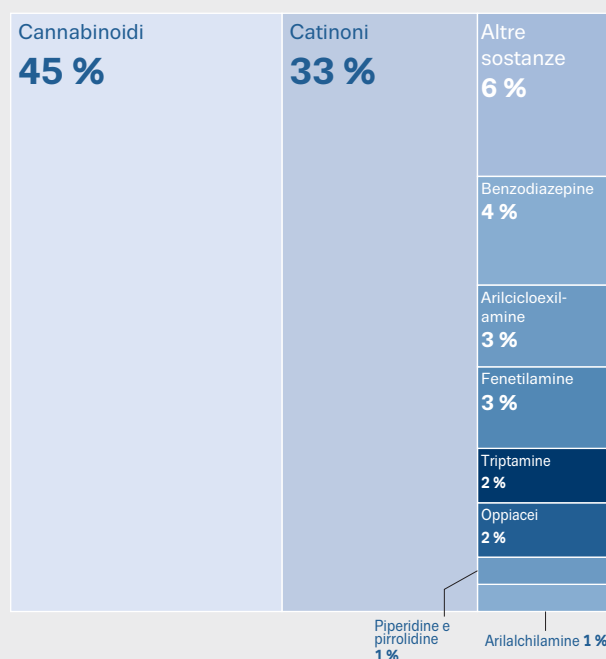
FIGURA 1.11

Numero di sequestri di nuove sostanze psicoattive notificate al sistema di allerta rapido dell'UE: tendenze e distribuzione per categoria nel 2016

Numero di singoli casi



NB: dati per Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia.



quantitativi sequestrati nel 2016. Tuttavia, sono aumentati i quantitativi sequestrati di catinoni sintetici, benzodiazepine e oppiacei sintetici. Le cifre totali dei sequestri di nuove sostanze in Europa sono da intendersi come valori minimi, in quanto i dati sono tratti da segnalazioni di casi anziché da sistemi di monitoraggio. I sequestri segnalati sono influenzati da un insieme di fattori quali la sensibilizzazione crescente in merito alle nuove sostanze, la mutevolezza del loro status giuridico, le capacità e priorità degli organismi preposti all'applicazione della legge e le prassi di segnalazione delle relative agenzie.

Nuovi oppiacei sintetici

Nel complesso, dal 2009 sono stati individuati 38 nuovi oppiacei sul mercato europeo della droga, di cui 13 segnalati per la prima volta nel 2017. Sono qui inclusi 28 derivati del fentanil, 10 dei quali sono stati segnalati per la prima volta nel 2017. Pur svolgendo per il momento un ruolo minore nel mercato europeo delle droghe, i nuovi derivati del fentanil sono sostanze estremamente potenti, che comportano una seria minaccia per la salute pubblica e individuale.

Nuovi oppiacei sono stati sequestrati in varie forme: principalmente come polveri, compresse e liquidi. Nel 2016 sono stati sequestrati circa 4,6 litri di oppiacei sintetici, un valore in crescita rispetto agli 1,8 litri segnalati nell'anno precedente. Dei circa 1 600 sequestri di nuovi

oppiacei sintetici segnalati nel 2016, oltre il 70 % riguardava derivati del fentanil. Derivati del fentanil sono stati rinvenuti in oltre il 96 % dei liquidi confiscati. Desta preoccupazione in tale contesto la comparsa sul mercato di spray nasali contenenti derivati del fentanil quali acriliofentanil, furanilfentanil, 4-fluoro-isobutirilfentanil, tetraidrofuranilfentanil e carfentanil. I nuovi oppiacei hanno rappresentato il 2,3 % del numero totale di sequestri di nuove sostanze confiscate nel 2016 rispetto allo 0,8 % segnalato per il 2015.

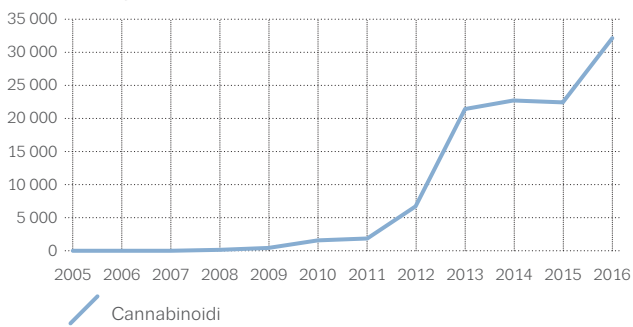
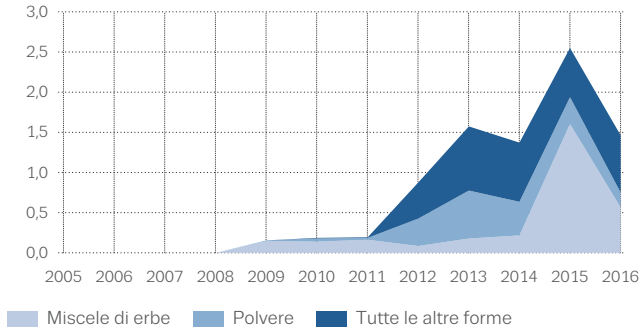
Cannabinoidi sintetici

I cannabinoidi sintetici sono sostanze che simulano gli effetti del delta-9-tetraidrocannabinolo (THC), che è ampiamente responsabile dei principali effetti psicoattivi della cannabis. I produttori europei importano all'ingrosso di polveri di cannabinoidi e le mescolano con materiale vegetale essiccato; questi prodotti vengono poi commercializzati come sostituti legali della cannabis e venduti come «miscele di erbe da fumare». I cannabinoidi sintetici continuano a essere il più ampio gruppo di nuove sostanze monitorato dall'EMCDDA e si stanno sempre più diversificando nella composizione chimica, con 179 nuove sostanze scoperte dal 2008, di cui 10 segnalate nel 2017.

FIGURA 1.12

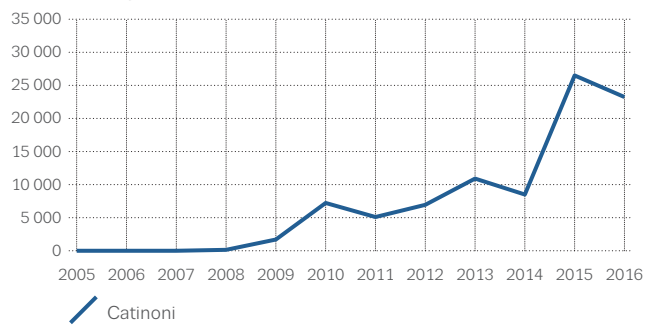
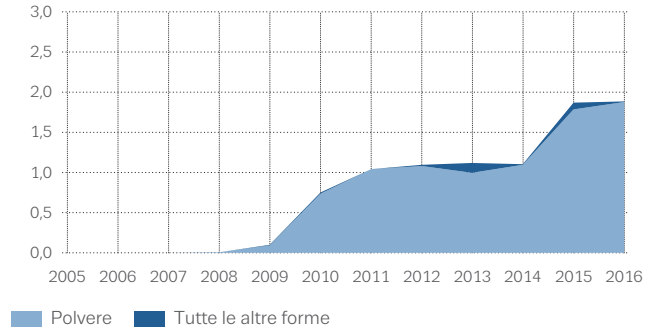
Sequestri di cannabinoidi e catinoni sintetici segnalati al sistema di allerta rapido dell'UE: tendenze nel numero di sequestri e quantità sequestrata

Numero di singoli casi

**Cannabinoidi**
(in tonnellate)

NB: dati per Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia.

Numero di singoli casi

**Catinoni**
(in tonnellate)

I cannabinoidi sintetici sono stati ancora le nuove sostanze psicoattive più frequentemente sequestrate nel 2016, con poco più di 32 000 sequestri segnalati (figura 1.12). Si tratta di un incremento di quasi 10 000 sequestri rispetto all'anno precedente e rappresenta circa la metà del numero totale di sequestri di nuove sostanze psicoattive segnalati nel 2016. I cinque cannabinoidi sintetici sequestrati con maggiore frequenza nel 2016 sono stati MDMB-CHMICA, AB-CHMINACA, UR-144, 5F-AKB48 e AMB-FUBINACA.

I sequestri di cannabinoidi sintetici ammontavano a quasi 1,5 tonnellate di sostanze. Ciò rappresenta un calo significativo rispetto alle 2,5 tonnellate sequestrate nel 2015. Le miscele di erbe hanno rappresentato il 40 % dei quantitativi sequestrati nel 2016, di cui quasi il 13 % era costituito da polveri.

Il sequestro di cannabinoidi sintetici in polvere unitamente alla scoperta di strutture di lavorazione in Europa indica che i prodotti sono confezionati nel continente. Con tali polveri sequestrate, se trasformate in miscele di erbe da fumare, si sarebbero potuti produrre molti milioni di dosi. I cannabinoidi che presentano i più elevati quantitativi totali sequestrati sotto forma di polvere nel 2016 erano AM-6527 5-fluoropentile derivato (54 kg), CUMYL-4CN-BINACA (50 kg), AMB-FUBINACA (27 kg), 5F-MDMB-PINACA (15 kg) e AB-FUBINACA (7 kg).

Catinoni sintetici

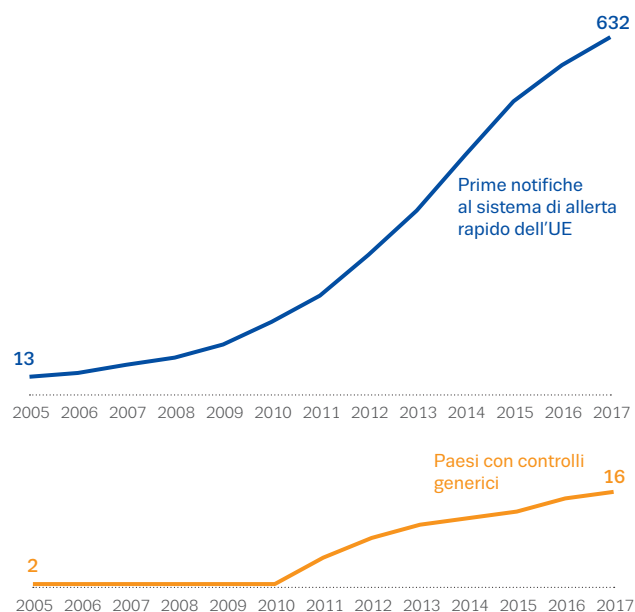
I catinoni sintetici sono chimicamente affini al catinone, che è uno stimolante presente in natura contenuto nella pianta di qāt (*Catha edulis*). Tali sostanze producono effetti analoghi a quelli di comuni sostanze stimolanti illecite quali amfetamina, cocaina e MDMA. I catinoni sintetici sono il secondo maggior gruppo di nuove sostanze monitorate dall'EMCDDA: su un totale di 130 sostanze individuate, 12 lo sono state per la prima volta nel 2017.

I catinoni sintetici sono stati il secondo gruppo di nuove sostanze psicoattive più frequentemente sequestrato nel 2016, con oltre 23 000 sequestri, pari a quasi un terzo del totale: una cifra in leggero calo rispetto al dato dell'anno precedente. I cinque catinoni più frequentemente sequestrati nel 2016 sono stati alfa-PVP, 4-CMC, 3-CMC, 4-metil-N,N-dimetilcatinone e 3-MMC.

I sequestri di tali sostanze ammontavano a circa 1,9 tonnellate, rendendo i catinoni sintetici le nuove sostanze psicoattive più sequestrate per quantità nel 2016 (figura 1.12). I catinoni sintetici si trovano generalmente sotto forma di polvere. I catinoni che presentano i più elevati quantitativi complessivi sequestrati sotto forma di polvere erano 4-CMC (890 kg), 4-CEC (247 kg), NEH (186 kg), 3-MMC (126 kg) e mexedrone (50 kg).

FIGURA 1.13

Comparsa di nuove sostanze psicoattive e introduzione di controlli per gruppi generici in Europa, dal 2005



Nuove benzodiazepine

L'EMCDDA sta monitorando 23 nuove benzodiazepine, tre delle quali sono state scoperte per la prima volta in Europa nel 2017. Alcune nuove benzodiazepine sono vendute in forma di compresse, capsule o polveri con le loro denominazioni proprie, mentre in altri casi i produttori utilizzano tali sostanze per produrre versioni contraffatte di medicinali ansiolitici di comune prescrizione, quali diazepam e alprazolam, che venivano vendute direttamente sul mercato delle sostanze illecite. Mentre il numero di sequestri di benzodiazepine è diminuito nel 2016 rispetto al 2015, la quantità sequestrata è aumentata in modo significativo. Nel corso del 2016 è stato sequestrato oltre mezzo milione di compresse contenenti nuove benzodiazepine come diclazepam, etizolam, flubromazolam, flunitrazolam e fonazepam: un aumento di circa due terzi rispetto al numero segnalato nel 2015.

Nuove sostanze psicoattive: nuove risposte giuridiche

I paesi europei adottano misure per prevenire l'offerta di droghe nell'ambito di tre convenzioni delle Nazioni Unite, che definiscono un quadro per il controllo della produzione, del commercio e della detenzione di oltre 240 sostanze psicoattive. La rapida diffusione di nuove sostanze psicoattive e la varietà dei prodotti disponibili hanno messo a dura prova le convenzioni così come i legislatori e i responsabili politici europei.

A livello nazionale sono state adottate varie misure per controllare le nuove sostanze e si possono individuare tre grandi tipologie di risposta giuridica. Molti paesi europei hanno risposto dapprima ricorrendo alla legislazione in materia di sicurezza dei consumatori e, in seconda battuta, estendendo o adattando le leggi esistenti sulle sostanze stupefacenti al fine di incorporare le nuove sostanze psicoattive. Per far fronte a tale fenomeno, sono state via via concepite nuove legislazioni specifiche a livello nazionale.

Per molti anni la maggior parte dei paesi europei ha elencato solo le sostanze controllate singolarmente. Tuttavia, con l'aumento del numero di nuove sostanze

scoperte in Europa, un numero maggiore di paesi ha cercato di controllare gruppi di sostanze (figura 1.13). La maggior parte dei paesi ha definito i gruppi per struttura chimica (gruppi «generici»), sebbene alcuni abbiano definito i gruppi in base agli effetti. La maggior parte dei paesi che hanno adottato l'approccio generico ha aggiunto le definizioni del gruppo alle leggi vigenti in materia di droga, mentre alcuni hanno incluso solo tali gruppi nella specifica legislazione in materia di nuove sostanze psicoattive.

A livello UE il quadro giuridico per rispondere alle minacce alla salute pubblica e sociali causate da nuove sostanze psicoattive, risalente al 2005, è stato rivisto, con l'obiettivo di istituire un sistema più rapido ed efficace. La nuova legislazione mantiene l'approccio in tre fasi per rispondere alle nuove sostanze psicoattive – allerta precoce, valutazione dei rischi e misure di controllo – e nel contempo rafforza i processi esistenti, snellendo e accelerando le procedure di raccolta e valutazione dei dati nonché introducendo scadenze più brevi. A seguito della valutazione dei rischi la Commissione può quindi presentare una proposta per sottoporre la sostanza a misure di controllo. Il Parlamento europeo e il Consiglio hanno il diritto, entro due mesi e a determinate condizioni, di opporsi alla proposta della Commissione. Le autorità nazionali avranno sei mesi (anziché 12) per mettere la sostanza sotto controllo sul loro territorio da quando la decisione entra in vigore.

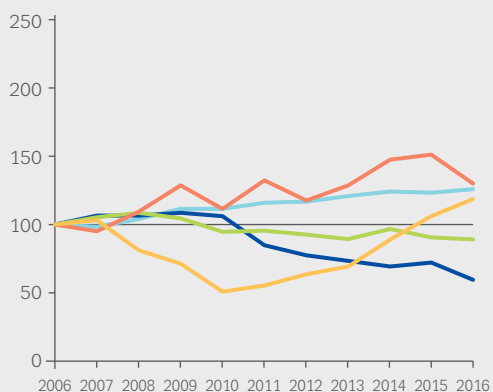
L'EMCDDA sta monitorando 23 nuove benzodiazepine

FIGURA 1.14

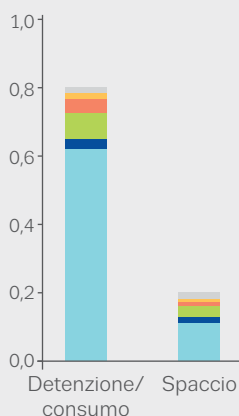
Reati connessi al consumo, alla detenzione per il consumo o allo spaccio di sostanze stupefacenti in Europa: tendenze indicizzate e reati segnalati nel 2016

Reati di detenzione/consumo

Tendenze indicizzate

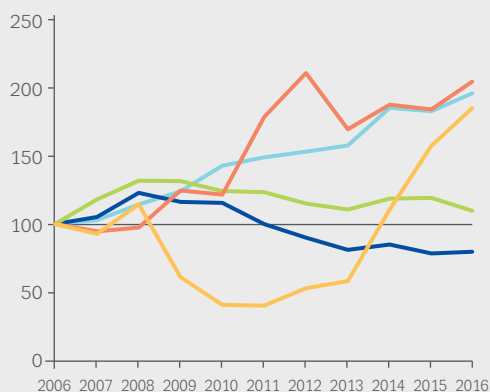


Numero di reati (milioni)



Reati di spaccio

Tendenze indicizzate



— Eroina
 — Cocaina
 — MDMA
 — Cannabis
 — Amfetamine
 — Altre sostanze

NB: dati relativi ai reati per i quali è stata segnalata la sostanza interessata.

Violazioni delle leggi sulle sostanze stupefacenti: predominanza della cannabis

L'applicazione delle leggi è monitorata attraverso i dati sulle segnalazioni di violazioni delle leggi sulle sostanze stupefacenti. Nell'Unione europea sono stati segnalati 1,5 milioni di violazioni delle leggi sulle sostanze stupefacenti nel 2016, un aumento di un terzo (33 %) dal 2006. La maggior parte di tali violazioni (74 %) si riferiva al consumo o al possesso, per un totale di circa 1 milione di violazioni nel 2016, che rappresenta un aumento del 28 % rispetto al 2006. Oltre i tre quarti delle violazioni per consumo o possesso di stupefacenti riguardavano la cannabis (77 %). La tendenza al rialzo delle violazioni per consumo o possesso di MDMA è proseguita nel 2016, sebbene costituiscano ancora solo il 2 % delle violazioni connesse al consumo (figura 1.14).

Nel complesso, il numero di reati relativi all'offerta di stupefacenti nell'Unione europea è aumentato del 14 % dal 2006, raggiungendo una stima di oltre 200 000 casi nel 2016, di cui la maggior parte imputabile alla cannabis (57 %). Dal 2013 si è assistito a un brusco aumento delle segnalazioni di reati legati all'offerta di MDMA (figura 1.14).

MAGGIORI INFORMAZIONI

Pubblicazioni dell'EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

Fentanils and synthetic cannabinoids: driving greater complexity into the drug situation. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

2017

Cannabis legislation in Europe: an overview.

Changes in Europe's cannabis resin market, Perspectives on Drugs.

Drug squads: units specialised in drug law enforcement in Europe. Situation in the EU Member States, Norway and Turkey in 2015, EMCDDA Papers.

Drug supply reduction: an overview of EU policies and measures, EMCDDA Papers.

Drug trafficking penalties across the European Union: a survey of expert opinion, Technical reports.

Synthetic cannabinoids in Europe, Perspectives on Drugs.

2016

Cocaine trafficking to Europe, Perspectives on Drugs.

Internet and drug markets, Insights.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, Perspectives on Drugs.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, Perspectives on Drugs.

2015

Opioid trafficking routes from Asia to Europe, Perspectives on Drugs.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System, Rapid communications.

Synthetic drug production in Europe, Perspectives on Drugs.

2014

New developments in Europe's cannabis markets, Perspectives on Drugs.

Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed Europol

2018

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (methoxyacetylfentanyl), Joint Reports.

EMCDDA–Europol Joint Report on a new psychoactive substance: (cyclopropylfentanyl), Joint Reports.

2017

Drugs and the darknet: perspectives for enforcement, research and policy.

EMCDDA–Europol Joint Report on 4-fluoroisobutyrylfentanyl; 4F-iBF.

EMCDDA–Europol Joint Report on 5F-MDMB-PINACA; 5F-ADB.

EMCDDA–Europol Joint Report on AB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acryloylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on ADB-CHMINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on carfentanil.

EMCDDA–Europol Joint Report on CUMYL-4CN-BINACA.

EMCDDA–Europol Joint Report on furanylfentanyl.

EMCDDA–Europol Joint Report on tetrahydrofuranylfentanyl; THF-F.

2016

EU Drug Markets Report: In-depth Analysis.

EU Drug Markets Report: Strategic Overview.

EMCDDA–Europol 2015 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA.

EMCDDA–Europol Joint Report on MDMB-CHMICA.

EMCDDA–Europol Joint Report on acetylfentanyl.

2015

EMCDDA–Europol Joint Report on α -PVP.

Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed Eurojust

2016

New psychoactive substances in Europe: legislation and prosecution — current challenges and solutions.

Tutte le pubblicazioni sono disponibili alla pagina www.emcdda.europa.eu/publications

2

**Attualmente il consumo
di droga in Europa interessa
una serie di sostanze più
ampia che in passato**

Prevalenza e tendenze del consumo di droga

Attualmente il consumo di droga in Europa interessa una serie di sostanze più ampia che in passato. Fra i consumatori di stupefacenti è diffusa la poliassunzione e i modelli individuali di consumo vanno da quello sperimentale a quello abituale, fino alla dipendenza. La prevalenza del consumo di cannabis è di circa cinque volte superiore a quella di altre sostanze. Benché il consumo di eroina e di altri oppiacei rimanga relativamente modesto, queste continuano a essere le droghe più comunemente associate alle forme più dannose di consumo, compreso quello per via parenterale. In generale, il consumo di stupefacenti è maggiore tra i maschi, e questa differenza è in genere accentuata per i modelli di consumo più assiduo e regolare.

Monitoraggio dell'offerta di droga

L'EMCDDA raccoglie e conserva serie di dati riguardanti il consumo e i modelli di consumo di droga in Europa.

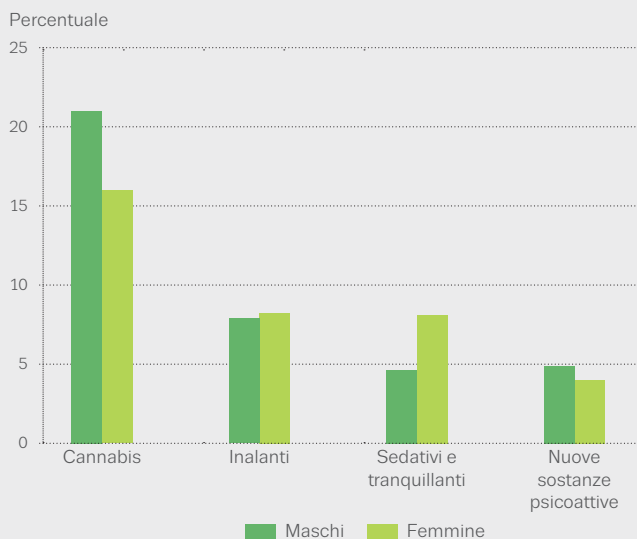
I dati delle indagini su studenti e sulla popolazione in generale possono fornire una panoramica della prevalenza del consumo di droga in contesti ricreativi e a scopo di esperienza. I risultati di tali indagini possono essere integrati da analisi dei residui di droga nelle acque reflue municipali svolte a livello di comunità nelle città europee.

Gli studi che riportano stime del consumo ad alto rischio di stupefacenti possono permettere di individuare la portata dei problemi di tossicodipendenza più radicati, mentre i dati relativi ai pazienti che si sottopongono a trattamento specialistico, considerati insieme ad altri indicatori, possono consentire di comprendere meglio la natura e le tendenze del consumo ad alto rischio di stupefacenti.

Nella versione online del [bollettino statistico](#) è possibile trovare dati esaustivi e ampie note metodologiche.

FIGURA 2.1

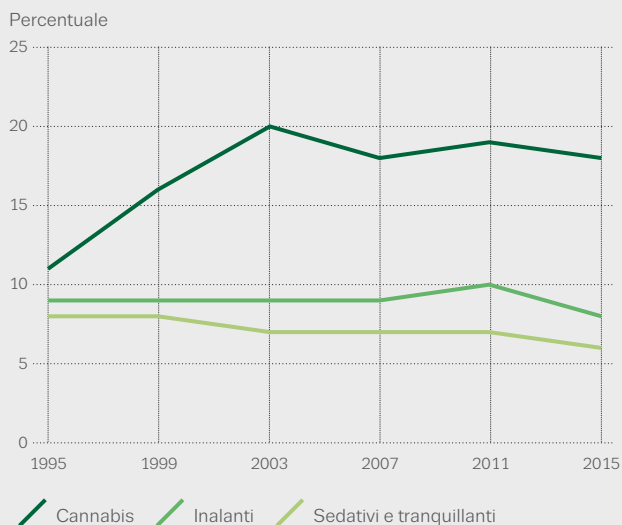
Consumo di sostanze nell'arco della vita tra gli studenti europei di età compresa tra i 15 e i 16 anni, per sesso



NB: sulla base dei dati per i 23 Stati membri dell'UE e la Norvegia, che hanno partecipato all'edizione 2015 di ESPAD.

FIGURA 2.2

Tendenze nella prevalenza nel corso della vita del consumo di cannabis, inalanti e medicinali (sedativi e tranquillanti senza prescrizione) tra gli studenti europei di età compresa tra i 15 e i 16 anni



NB: sulla base dei 21 Stati membri dell'UE e della Norvegia, che hanno partecipato ad almeno quattro edizioni di ESPAD.

Consumo di sostanze tra gli studenti: tendenze stabili o in calo

Il monitoraggio del consumo di droghe tra gli studenti consente di acquisire elementi importanti sugli attuali comportamenti a rischio dei giovani e costituisce un indicatore delle potenziali tendenze future. Nel 2015 il progetto europeo di indagini scolastiche sull'alcol e altre droghe (ESPAD) ha condotto la sesta raccolta di dati dal suo esordio nel 1995. Nell'ambito dell'ultima indagine sono stati raccolti dati confrontabili sul consumo di sostanze tra studenti quindicenni e sedicenni di 35 paesi europei, tra cui 23 Stati membri dell'UE e la Norvegia. Fra gli studenti di questi 24 paesi, il 18 % in media dichiara di aver fatto uso di cannabis almeno una volta (prevalenza nel corso della vita), con i livelli più elevati segnalati da Repubblica ceca (37 %) e Francia (31 %), e l'8 % ha riferito di averne fatto uso negli ultimi 30 giorni. Il consumo di sostanze illecite diverse dalla cannabis (MDMA/ecstasy, amfetamina, cocaina, metamfetamina e allucinogeni) è di gran lunga inferiore, con una complessiva prevalenza nel corso della vita pari al 5 %.

L'indagine ha anche fatto domande in merito al consumo di altre sostanze, come inalanti, medicinali e nuove sostanze psicoattive. Tra i partecipanti provenienti dall'UE e dalla Norvegia, la prevalenza media nel corso della vita del consumo di inalanti era pari all'8 % (dal 3 % in Belgio (Fiandre) al 25 % in Croazia). Il consumo nell'arco della vita di sedativi o tranquillanti senza prescrizione medica è stato segnalato in media dal 6 % degli studenti (dal 2 %

in Romania al 17 % in Polonia) e il consumo nell'arco della vita di nuove sostanze psicoattive è stato segnalato in media dal 4 % degli studenti (dall'1 % in Belgio (Fiandre) al 10 % in Estonia e Polonia) (figura 2.1). Tra i consumatori di nuove sostanze psicoattive negli ultimi 12 mesi (3,2 % dei partecipanti), le miscele di erbe da fumare costituivano il tipo di sostanza più comunemente usato (riferito dal 2,6 % di tutti i partecipanti), mentre il consumo di polveri, cristalli o compresse, liquidi o altre forme delle nuove sostanze psicoattive era meno abituale.

Tra i 22 paesi che dispongono di dati sufficienti per l'analisi, il consumo complessivo di cannabis nell'arco della vita ha raggiunto un picco nel 2003 per poi calare leggermente nell'indagine del 2007 (figura 2.2). Da allora la prevalenza è stata relativamente stabile. Tra il 2011 (10 %) e il 2015 (8 %) si è registrato un calo nel consumo di inalanti nell'arco della vita, ma la tendenza di lungo periodo tra il 1995 e il 2015 è stata relativamente stabile (figura 2.2). Per i sedativi e i tranquillanti il consumo nell'arco della vita è leggermente diminuito tra il 1995 e il 2015, con una prevalenza di consumo costantemente più elevata tra le ragazze rispetto ai ragazzi in questo periodo. L'ESPAD non possiede dati sulle tendenze in merito alle nuove sostanze psicoattive, poiché le domande sul consumo di questi stupefacenti sono state incluse per la prima volta nel 2015.

Oltre 92 milioni di adulti hanno provato sostanze illecite

Secondo le stime oltre 92 milioni di adulti (ossia poco più di un quarto della popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni nell'Unione europea) hanno provato sostanze illecite nel corso della vita. Le esperienze con il consumo di droga sono più frequentemente segnalate dai maschi (56,0 milioni) che dalle femmine (36,3 milioni). La sostanza stupefacente più provata è la cannabis (53,5 milioni di maschi e 34,3 milioni di femmine), mentre le stime sono decisamente inferiori per il consumo nell'arco della vita di cocaina (11,8 milioni di maschi e 5,2 milioni di femmine), MDMA (9,0 milioni di maschi e 4,5 milioni di femmine) e amfetamine (8,0 milioni di maschi e 4,0 milioni di femmine). I livelli dichiarati di consumo di cannabis nell'arco della vita variano in misura considerevole tra i diversi paesi, da circa il 41 % degli adulti in Francia a meno del 5 % a Malta.

Il consumo di droga nell'ultimo anno è un parametro di misura del consumo recente ed è prevalentemente concentrato fra i giovani adulti. Si stima che nell'ultimo anno abbiano fatto uso di droghe 18,9 milioni di giovani adulti (15-34 anni); di questi, i maschi che hanno riferito di farne uso erano il doppio delle femmine.

Consumo di cannabis: stabile nel complesso ma con ampie variazioni a livello nazionale

La cannabis è la sostanza illecita con la maggiore probabilità di essere utilizzata da tutte le fasce di età. Questa sostanza viene generalmente assunta inalandone il fumo; in Europa di solito è mescolata a tabacco. I modelli di consumo della cannabis vanno dal consumatore occasionale a quello abituale e dipendente.


Si stima che 87,6 milioni di adulti nell'Unione europea (15-64 anni), pari al 26,3 % di questa fascia d'età, abbiano provato la cannabis nel corso della propria vita. Di questi, una cifra stimata di 17,2 milioni di giovani adulti (15-34 anni), pari al 14,1 % di questa fascia d'età, avrebbe consumato cannabis nell'ultimo anno (di cui 9,8 milioni avevano tra i 15 e i 24 anni, ossia il 17,4 % di questa fascia d'età). La prevalenza nell'ultimo anno nella fascia d'età 15-34 anni va dal 3,5 % in Ungheria al 21,5 % in Francia. Fra i giovani che hanno fatto uso di cannabis nell'ultimo anno, il rapporto tra maschi e femmine è di due a uno.

I risultati delle indagini più recenti mostrano che la maggior parte dei paesi riferisce stabilità o incrementi nel consumo di cannabis tra i giovani adulti nell'ultimo anno. Dei paesi che hanno svolto indagini a partire dal 2015 e segnalato intervalli di confidenza, otto hanno segnalato stime più elevate, nove le hanno dichiarate stabili e due hanno indicato stime più basse rispetto all'indagine precedente confrontabile.

CONSUMATORI DI CANNABIS CHE SI SOTTOPONGONO A TRATTAMENTO



Caratteristiche

16%  84% 

16 Età media al primo consumo

25 Età media all'inizio del primo trattamento

83 000

Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta

59%



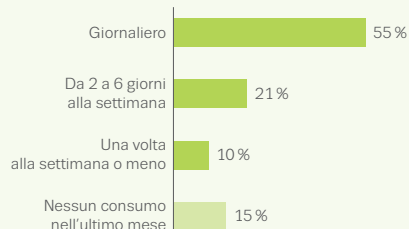
57 000

Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento

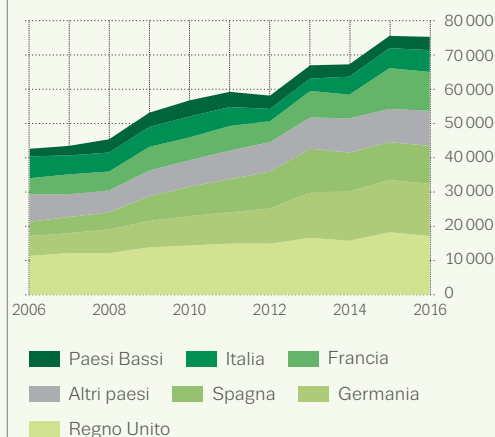
41%

Frequenza di consumo nell'ultimo mese

Consumo medio di 5,5 giorni alla settimana



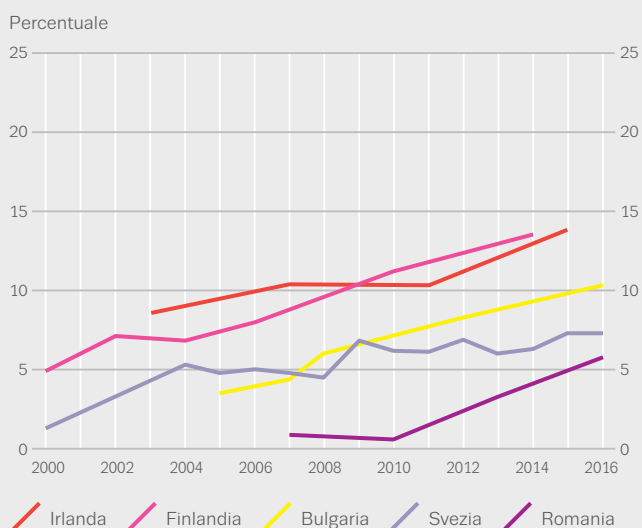
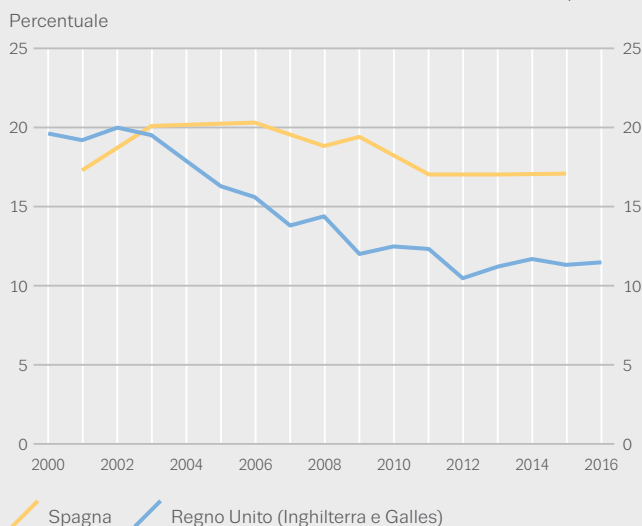
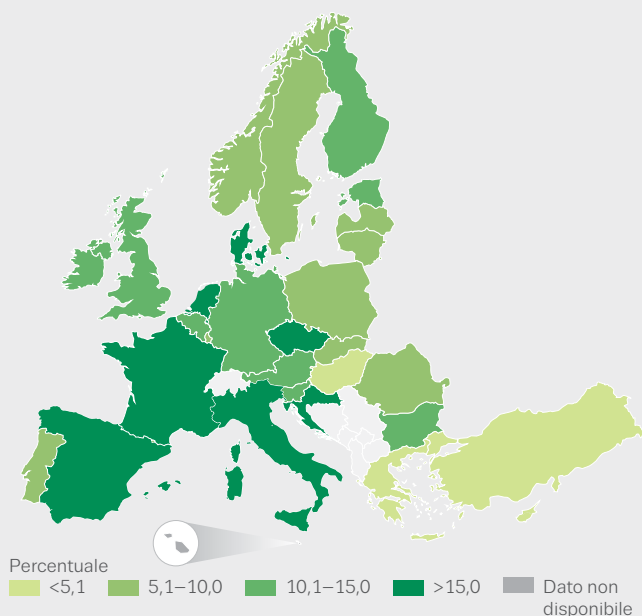
Tendenze relative ai pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta



NB: oltre alle tendenze, i dati riguardano tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento per i quali la cannabis è la droga primaria. Le tendenze relative ai pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta si basano su 25 paesi. Solo i paesi che dispongono di dati per almeno nove degli 11 anni considerati sono inclusi nel grafico delle tendenze. I valori mancanti sono interpolati da anni adiacenti. A causa di cambiamenti nel flusso dei dati a livello nazionale, quelli a partire dal 2014 riferiti all'Italia non sono confrontabili con gli anni precedenti.

FIGURA 2.3

Prevalenza del consumo di cannabis tra i giovani adulti (15-34) nell'ultimo anno: dati più recenti (mappa) e tendenze specifiche



Sono pochi i paesi che dispongono di dati d'indagine sufficienti per consentire un'analisi statistica delle tendenze nel consumo di cannabis tra i giovani adulti (15-34 anni) nell'ultimo anno. Tra questi, secondo i dati più recenti, il calo nelle tendenze di lungo periodo osservato durante l'ultimo decennio in Spagna e nel Regno Unito sembra ora essersi stabilizzato (figura 2.3).

Nell'ultimo decennio in un certo numero di paesi sono state osservate tendenze in aumento nella prevalenza del consumo di cannabis nell'ultimo anno tra i giovani adulti. Tra questi, Irlanda e Finlandia, dove i dati più recenti indicano livelli prossimi alla media UE del 14,1 % e, seppure a livelli recenti inferiori, Bulgaria, Romania e Svezia. Tra i paesi che hanno segnalato dati d'indagine recenti, una terza indagine annuale comparabile nei Paesi Bassi ha confermato una prevalenza appena inferiore al 16 % nel 2016. In Danimarca, un'indagine del 2017 ha segnalato uno dei pochi cali: 15,4 % rispetto alla stima del 17,6 % per il 2013.

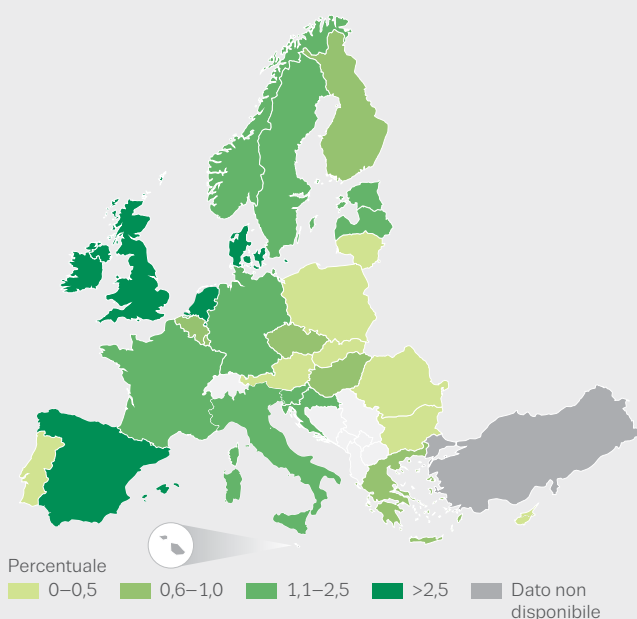
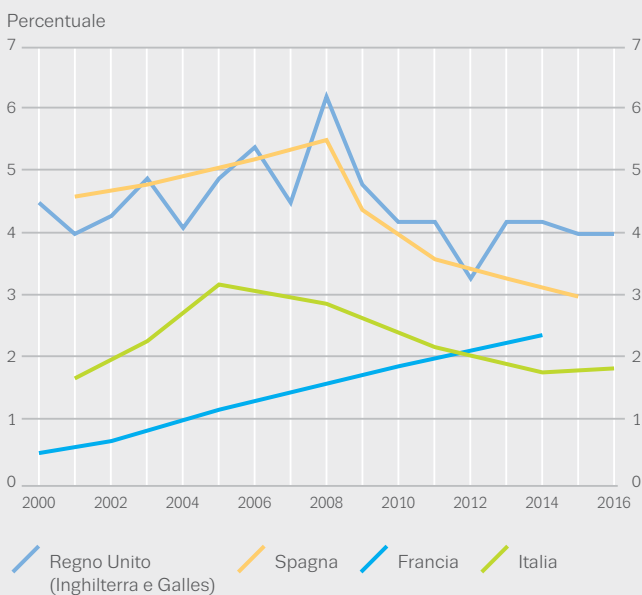
Consumo ad alto rischio di cannabis: una tendenza in aumento

In base alle indagini sulla popolazione generale, si stima che i consumatori quotidiani o quasi quotidiani di cannabis, che hanno cioè fatto uso di questa droga per 20 o più giorni nell'ultimo mese, siano l'1 % circa degli adulti europei. Circa il 37 % di questi consumatori di stupefacenti rientra nella fascia d'età compresa fra i 35 e i 64 anni e circa tre quarti sono di sesso maschile.

Considerati insieme ad altri indicatori, i dati sui pazienti che si sottopongono a trattamento per problemi correlati alla cannabis possono fornire informazioni sulla natura e l'entità del consumo ad alto rischio della stessa in Europa. Nel 2016 più di 150 000 persone hanno iniziato un trattamento della tossicodipendenza in Europa per problemi legati al consumo di cannabis; di queste, circa 83 000 si sono sottoposte a trattamento per la prima volta nella loro vita. Nei 25 paesi con dati disponibili, il numero complessivo di pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta per problemi correlati alla cannabis è aumentato del 76 % tra il 2006 e il 2016, avendo la maggioranza (18) dei paesi segnalato un incremento durante questo periodo. Dietro a tale aumento possono celarsi diversi fattori, tra cui una maggiore prevalenza del consumo di cannabis tra la popolazione generale, l'incremento del numero dei consumatori assidui, la disponibilità di prodotti più potenti, variazioni nella percezione del rischio, nonché aumenti dei livelli dei servizi erogati e degli invii al trattamento, in particolare da parte del sistema di giustizia penale. Complessivamente il 50 % dei consumatori primari di cannabis che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta nel 2016 ha riferito un

FIGURA 2.4

Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cocaina tra giovani adulti (15-34): tendenze specifiche e dati più recenti



consumo quotidiano dello stupefacente nell'ultimo mese. Tuttavia, la percentuale di consumatori giornalieri varia ampiamente tra i paesi, dal 10 % o meno in Lettonia, Ungheria e Romania al 60 % o più in Spagna, Francia, Paesi Bassi e Turchia.

Consumo di cocaina: stabile nel complesso, ma con segni di aumento

La cocaina è lo stimolante illecito più consumato in Europa, con una maggiore diffusione nei paesi meridionali e occidentali. Per quanto riguarda i consumatori abituali, si può operare un'ampia distinzione tra quelli socialmente più integrati, che sniffano spesso cocaina in polvere (cocaina cloridrato), e i consumatori emarginati, che la assumono per via parenterale o fumano il crack (cocaina base), talvolta insieme a oppiacei. In molte serie di dati non è possibile distinguere tra le due forme di cocaina (polvere di cocaina o crack) e il termine «consumo di cocaina» riguarda entrambe le forme.

Si stima che 17,0 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 5,1 % di questa fascia d'età, abbiano provato la cocaina nel corso della propria vita. Tra questi vi sono circa 2,3 milioni di giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 34 anni (l'1,9 % di questa fascia d'età) che hanno consumato cocaina nel corso dell'ultimo anno.

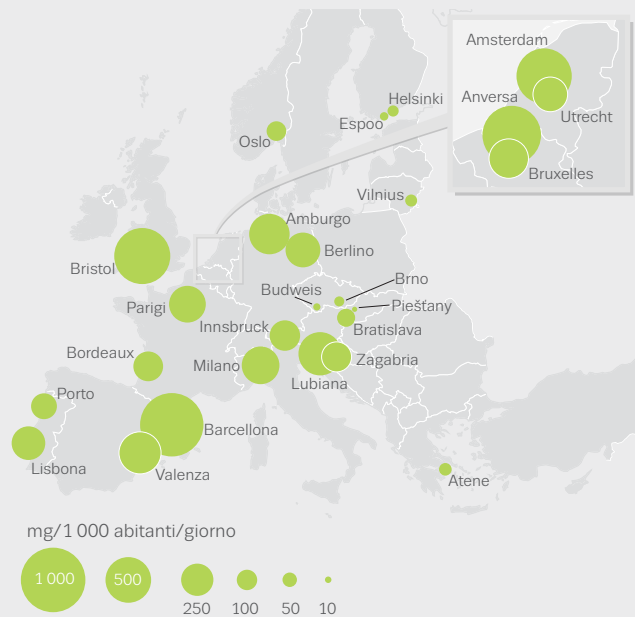
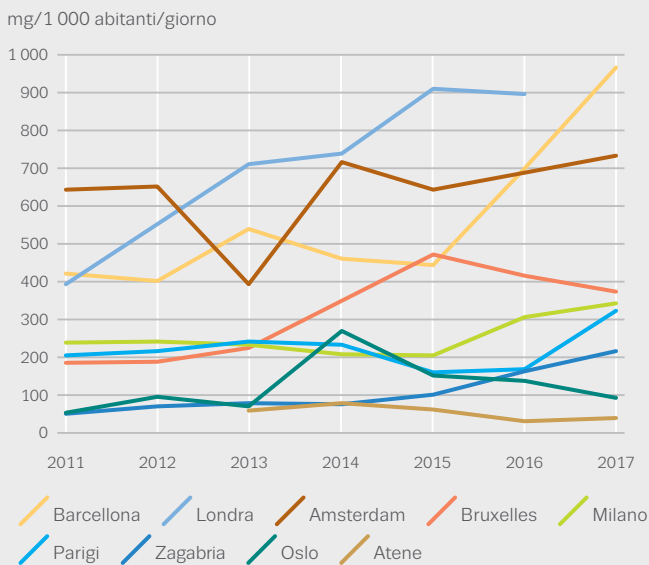
Solo Danimarca, Irlanda, Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito hanno segnalato una prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cocaina tra i giovani adulti pari o superiore al

2,5 %. A livello europeo il calo nel consumo di cocaina segnalato negli anni precedenti non è stato osservato nelle indagini più recenti; tra i paesi che hanno presentato le indagini a partire dal 2015 e riferito intervalli di confidenza, tre hanno segnalato stime più alte, 14 le hanno dichiarate stabili e uno ha indicato stime più basse rispetto alla precedente indagine confrontabile.

Un'analisi statistica delle tendenze di lungo periodo del consumo di cocaina tra i giovani adulti nell'ultimo anno è possibile solo per un numero ristretto di paesi e i nuovi dati confermano le tendenze esistenti. Spagna e Regno Unito hanno segnalato tendenze all'aumento della prevalenza fino al 2008, cui hanno fatto seguito tendenze stabili o in calo (figura 2.4). Mentre in Italia si è osservato un calo da un picco nel 2005, l'indagine più recente suggerisce che il livello attualmente potrebbe essersi stabilizzato. Una tendenza al rialzo è stata osservata in Francia nel 2014, quando la prevalenza è salita al di sopra del 2 % per la prima volta.

FIGURA 2.5

Residui di cocaina nelle acque reflue in una selezione di città europee: tendenze e dati più recenti



NB: quantità media giornaliera di benzoilecgonina in milligrammi per 1 000 abitanti. I campioni sono stati prelevati in una selezione di città europee nel corso di una settimana in ogni anno dal 2011 al 2017.
 Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

I risultati delle indagini sulla popolazione sono integrati dall'analisi delle acque reflue comunali svolta nell'ambito di uno studio condotto in varie città allo scopo di individuare residui di cocaina. Le relazioni di analisi delle acque reflue concernenti il consumo generale di sostanze pure in una determinata area abitata, e le relative conclusioni, non sono direttamente confrontabili con le stime sulla prevalenza risultanti dalle indagini sulle popolazioni nazionali. Le conclusioni dell'analisi delle acque reflue sono presentate sotto forma di quantitativi standardizzati (carichi di massa) del residuo giornaliero di droga per 1 000 abitanti.

L'analisi del 2017 ha rinvenuto i carichi di massa più elevati di benzoilecgonina, il principale metabolita della cocaina, in città di Belgio, Spagna, Paesi Bassi e Regno Unito e livelli molto bassi nella maggioranza delle città esaminate dell'Europa orientale (cfr. figura 2.5). Delle 31 città che dispongono di dati per il 2016 e il 2017, 19 hanno segnalato un incremento, sei un calo e sei una situazione stabile. Si segnalano tendenze di lungo periodo in aumento per molte delle 13 città che dispongono di dati per il 2011 e 2017.

Consumo ad alto rischio di cocaina: richieste di trattamento in aumento

La prevalenza di modelli di consumo ad alto rischio di cocaina tra gli adulti in Europa è difficile da valutare perché solo quattro paesi dispongono di stime recenti; inoltre, sono state adottate definizioni e metodologie differenti. In Spagna una nuova indagine ha utilizzato l'elevata frequenza di consumo per stimare il consumo ad alto rischio di cocaina allo 0,43 % tra le persone di età compresa tra i 14 e i 18 anni nel 2016/17. Nel 2015, sulla base della gravità dei problemi di dipendenza, la Germania ha stimato allo 0,20 % il consumo ad alto rischio di cocaina tra la popolazione adulta. Nel 2015 l'Italia ha presentato una stima pari allo 0,65 % della popolazione adulta per coloro che necessitano di trattamento per consumo di cocaina. Per il Portogallo uno studio che utilizzava metodi statistici indiretti ha stimato il consumo ad alto rischio di cocaina allo 0,98 % della popolazione adulta nel 2015.

A Spagna, Italia e Regno Unito sono riconducibili quasi i tre quarti (73 %) di tutte le richieste di trattamento specialistico per dipendenza da cocaina in Europa. Nel complesso la cocaina è stata indicata come la droga primaria da più di 67 000 pazienti che si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza nel 2016 e da circa 30 000 di coloro che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta.

Dopo un periodo di calo il numero totale dei pazienti che sono entrati in trattamento per la prima volta per consumo di cocaina è aumentato di oltre un quinto tra il 2014 e il 2016. Mentre gran parte di questo aumento è riconducibile all'Italia e al Regno Unito, quasi tutti i paesi hanno registrato incrementi durante lo stesso periodo.

La maggior parte di coloro che si sottopongono a trattamento specialistico per problemi legati al consumo di cocaina è costituita da consumatori primari di cocaina in polvere (51 000 pari al 10 % di tutti i consumatori di droga nel 2016). La maggior parte dei clienti primari di cocaina ricerca il trattamento per il consumo della droga da sola (31 % di tutti i consumatori di cocaina in polvere) o in combinazione con cannabis (26 %), alcol (31 %) o altre sostanze (12 %). Questo gruppo è generalmente considerato socialmente ben integrato, con condizioni di vita stabili e occupazione regolare. Un altro gruppo, composto da consumatori più emarginati, si sottopone a trattamento per consumo primario di cocaina crack (8 300 consumatori pari al 2 % di tutti i consumatori di droghe nel 2016), di cui molti potrebbero utilizzare l'eroina come droga secondaria. Recenti aumenti nel numero di consumatori di cocaina crack sono segnalati in Italia e nel Regno Unito.


Il consumo di cocaina in combinazione con eroina o altri oppiacei è segnalato da 53 000 consumatori che si sono sottoposti a trattamento specializzato della

tossicodipendenza in Europa nel 2016. Questo numero rappresenta il 15 % di tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento per i quali siano disponibili informazioni sia sulla droga primaria sia su quella secondaria.



CONSUMATORI DI COCAINA CHE SI SOTTOPONGONO A TRATTAMENTO

Caratteristiche

14%  86% 

23 Età media al primo consumo

34 Età media all'inizio del primo trattamento

30 300

Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta

47%



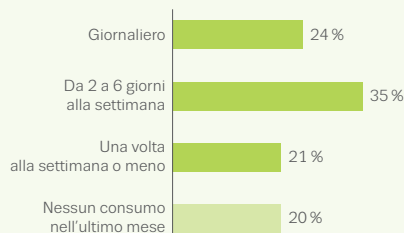
34 400

Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento

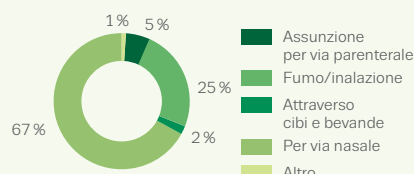
53%

Frequenza di consumo nell'ultimo mese

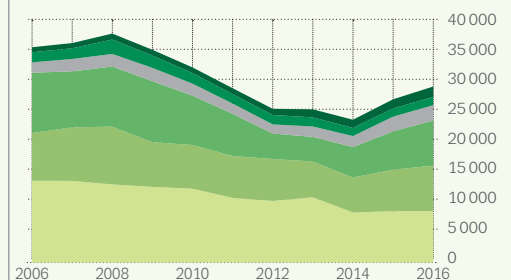
Consumo medio di **4,1** giorni alla settimana



Modalità di assunzione



Tendenze relative ai pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta

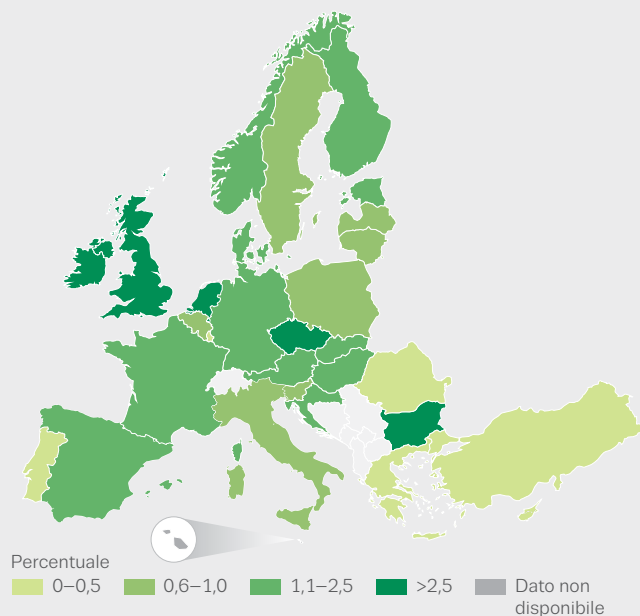
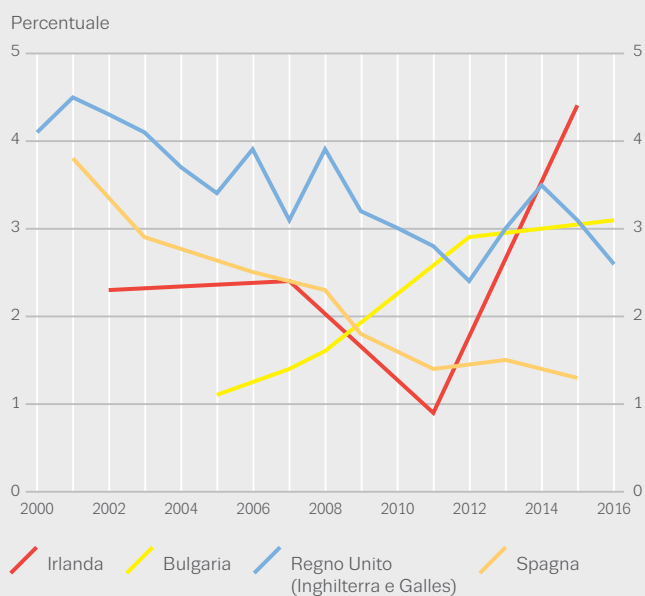


 Germania
  Paesi Bassi
  Altri paesi
 Italia
  Regno Unito
  Spagna

NB: oltre alle tendenze, i dati riguardano tutti i pazienti in trattamento per i quali la cocaina è la droga primaria. Le tendenze relative ai pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta si basano su 25 paesi. Solo i paesi che dispongono di dati per almeno nove degli 11 anni considerati sono inclusi nel grafico delle tendenze. I valori mancanti sono interpolati da anni adiacenti. A causa di cambiamenti nel flusso dei dati a livello nazionale, quelli a partire dal 2014 riferiti all'Italia non sono confrontabili con gli anni precedenti.

FIGURA 2.6

Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di MDMA tra giovani adulti (15-34): tendenze specifiche e dati più recenti



MDMA: il consumo sembra stabilizzarsi

L'MDMA (3,4-metilenediossimetamfetamina) viene consumata in compresse (spesso denominate ecstasy), ma anche in cristalli e in polvere; le compresse vengono solitamente ingerite, mentre i cristalli e la polvere possono essere assunti per via orale e per inalazione.

Si stima che 13,5 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 4,1 % di questa fascia d'età, abbiano provato l'MDMA/ecstasy nel corso della propria vita. Le cifre relative al consumo più recente nella fascia d'età in cui si rilevano i consumi più elevati suggeriscono che 2,2 milioni di giovani adulti (15-34 anni) abbiano consumato MDMA nell'ultimo anno (1,8 % di questa fascia d'età), con stime nazionali che oscillano tra lo 0,2 % in Portogallo e Romania e il 7,4 % nei Paesi Bassi.

Fino a poco tempo fa, in molti paesi la prevalenza dell'MDMA era stata in calo rispetto ai livelli record raggiunti tra l'inizio e la metà degli anni 2000. Negli ultimi anni, tuttavia, le fonti di monitoraggio suggeriscono una stabilizzazione o un aumento del consumo di MDMA in alcuni paesi. Tra i paesi che hanno presentato nuove indagini a partire dal 2015 e che hanno segnalato intervalli di confidenza, cinque hanno riferito stime più elevate rispetto alla precedente indagine comparabile, 12 le hanno dichiarate stabili e uno ha indicato una stima inferiore.

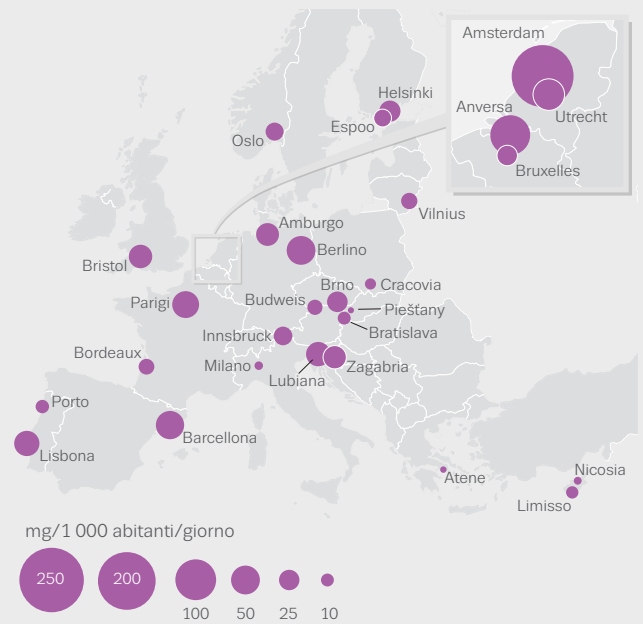
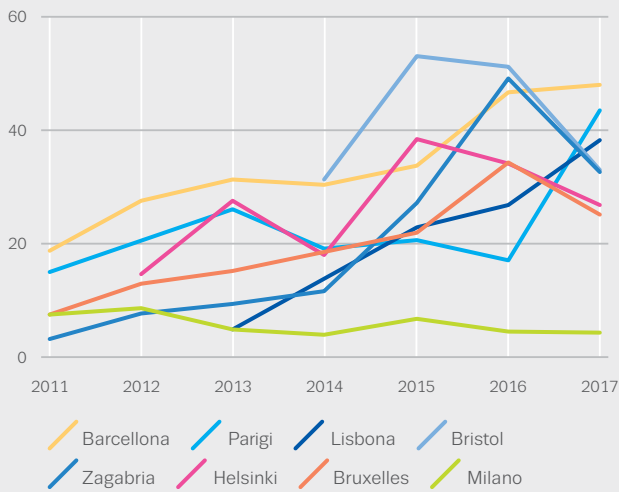
Laddove esistono dati che permettono di effettuare un'analisi statistica delle tendenze nel consumo di MDMA tra i giovani adulti nell'ultimo anno, quelli più recenti



FIGURA 2.7

Residui di MDMA nelle acque reflue in una selezione di città europee: tendenze e dati più recenti

mg/1 000 abitanti/giorno



NB: quantità media giornaliera di MDMA in milligrammi per 1 000 abitanti. I campioni sono stati prelevati in una selezione di città europee nel corso di una settimana in ogni anno dal 2011 al 2017.

Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

evidenziano cambiamenti (figura 2.6). Nel Regno Unito, a seguito di una tendenza al ribasso, l'aumento osservabile tra il 2012 e il 2014 ha subito un'inversione nei dati più recenti. In Spagna la tendenza di lungo periodo rimane discendente, sebbene i valori recenti siano stabili. I dati più recenti mostrano uno spiccato aumento della prevalenza in Irlanda a partire dal 2011 e una continua tendenza al rialzo in Bulgaria. I dati dell'indagine del 2016 nei Paesi Bassi confermano gli elevati livelli segnalati nelle due precedenti indagini annuali.

Un'analisi condotta in varie città nel 2017 ha rilevato i carichi di massa di MDMA più elevati nelle acque reflue delle città belghe, olandesi e tedesche (cfr. figura 2.7). Delle 33 città che hanno dati per il 2016 e 2017, 11 hanno segnalato un incremento, sette una situazione stabile e 15 una flessione. Considerando le tendenze a più lungo termine, nella maggior parte delle città che dispongono di dati per entrambi gli anni 2011 e 2017 (12 città), i carichi di MDMA nelle acque reflue erano più elevati nel 2017 che

nel 2011. Tuttavia, i forti aumenti osservati nel periodo 2011-2016 sembrano stabilizzarsi nel 2017 per la maggior parte delle città.

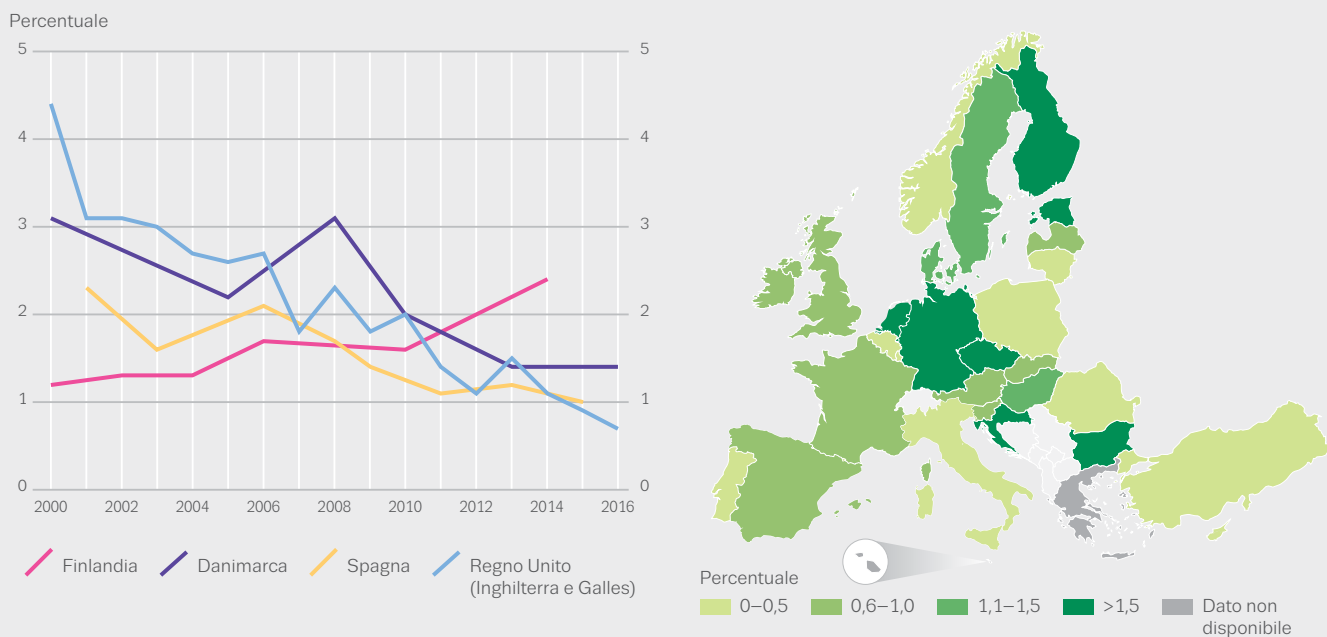
L'MDMA è spesso consumata insieme ad altre sostanze, tra cui l'alcol. Le indicazioni attuali suggeriscono che, nei paesi a più alta prevalenza, l'MDMA non sia più una droga di nicchia o circoscritta alla sottocultura delle discoteche e delle feste, ma sia utilizzata da un ampio bacino di giovani in contesti tradizionali di vita notturna, tra cui bar e feste in casa.

Il consumo di MDMA è raramente segnalato come motivo per sottoporsi a trattamento specialistico della tossicodipendenza. Nel 2016 l'MDMA è stato segnalato da meno dell'1% (circa 1 000 casi) dei pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta in Europa, principalmente in Spagna, Francia, Regno Unito e Turchia.

Le fonti di monitoraggio suggeriscono una stabilizzazione o un aumento del consumo di MDMA

FIGURA 2.8

Prevalenza nell'ultimo anno del consumo di amfetamina tra giovani adulti (15-34): tendenze specifiche e dati più recenti



Amfetamine: variazione nel consumo ma tendenze stabili

L'amfetamina e la metamfetamina, due stimolanti strettamente correlati, sono entrambe consumate in Europa, benché la prima sia di gran lunga la più diffusa. Il consumo di metamfetamina è tradizionalmente limitato alla Repubblica ceca e, più di recente, alla Slovacchia, benché negli ultimi anni si sia registrato un aumento del consumo anche in altri paesi. In alcune serie di dati non è possibile distinguere queste due sostanze; in tali casi si utilizza il termine generico «amfetamine».

Entrambi gli stupefacenti possono essere assunti per via orale o nasale; inoltre, il consumo per via parenterale costituisce un elemento significativo del problema droga-correlato in alcuni paesi. La metamfetamina si può anche fumare, ma questa modalità di assunzione non è segnalata frequentemente in Europa.

Si stima che 11,9 milioni di adulti europei (15-64 anni), pari al 3,6 % di questa fascia d'età, abbiano provato le metamfetamine nel corso della propria vita. Le cifre relative al consumo più recente nella fascia d'età in cui si rilevano i consumi più elevati indicano che 1,2 milioni (1,0 %) di giovani adulti (15-34 anni) hanno consumato amfetamine nell'ultimo anno, con le stime nazionali più recenti sulla prevalenza che oscillano tra meno dello 0,1 % in Portogallo e il 3,6 % nei Paesi Bassi. I dati disponibili fanno pensare che, dal 2000 circa, la situazione riguardante il consumo di amfetamine si sia mantenuta relativamente stabile nella maggior parte dei paesi europei. Dei paesi che hanno presentato nuove indagini a partire dal 2015 e che hanno segnalato intervalli di

confidenza, due hanno riferito stime più alte, 13 le hanno dichiarate stabili e due hanno indicato stime più basse rispetto alla precedente indagine confrontabile.

Un'analisi statistica delle tendenze nella prevalenza del consumo di amfetamine tra i giovani adulti nell'ultimo anno è possibile solo per un numero ristretto di paesi. Tendenze al ribasso nel lungo periodo sono osservabili in Danimarca, Spagna e Regno Unito (figura 2.8). Per contro, in Finlandia la prevalenza del consumo di amfetamine tra i giovani adulti è aumentata tra il 2000 e il 2014.

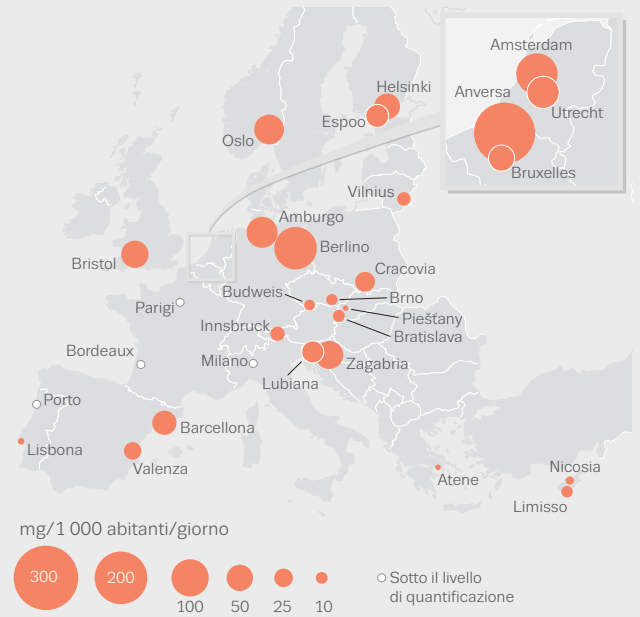
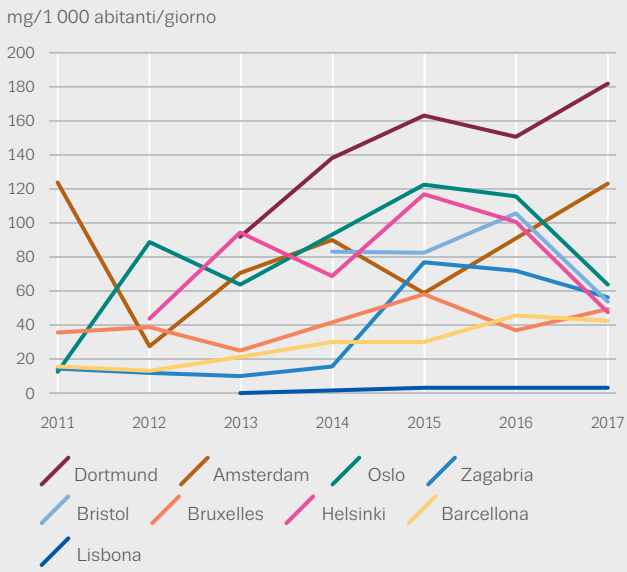
Dall'analisi delle acque reflue comunali svolta nel 2017 è emersa l'esistenza di variazioni considerevoli nei carichi di massa di amfetamina a livello europeo; i livelli più elevati sono stati riscontrati in città dell'Europa settentrionale e orientale (cfr. figura 2.9). Sono stati rilevati livelli di amfetamina decisamente inferiori nelle città dell'Europa meridionale.

Delle 33 città che hanno dati disponibili per il 2016 e 2017, nove hanno segnalato un incremento, 11 una situazione stabile e 13 una flessione. Nel complesso, i dati dal 2011 al 2017 hanno mostrato un quadro diverso, ma con tendenze relativamente stabili nella maggior parte delle città per quanto riguarda l'amfetamina.

Il consumo di metamfetamina, generalmente basso e tradizionalmente concentrato nella Repubblica ceca e in Slovacchia, ha fatto ora la sua comparsa anche a Cipro, nella Germania orientale, in Spagna e nell'Europa settentrionale (cfr. figura 2.10). Nel 2016 e 2017, delle 34 città che dispongono di dati sulla metamfetamina presente nelle acque reflue, 12 hanno segnalato un aumento, 10 una situazione stabile e 12 una flessione.

FIGURA 2.9

Residui di amfetamina nelle acque reflue in una selezione di città europee: tendenze e dati più recenti

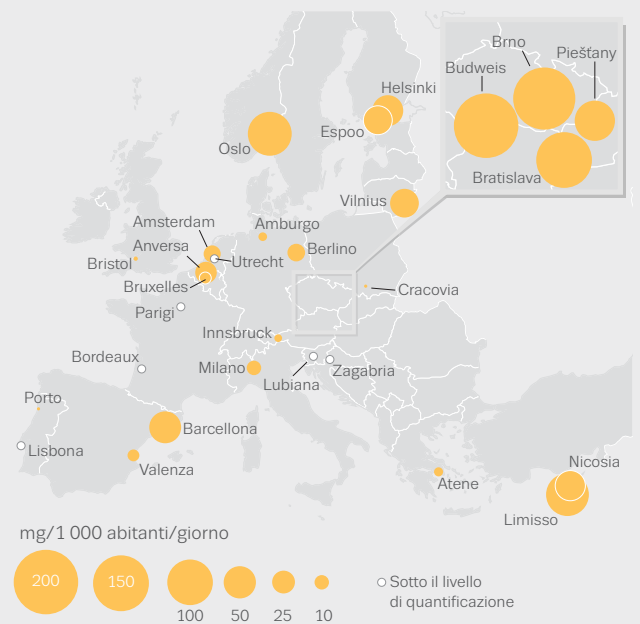
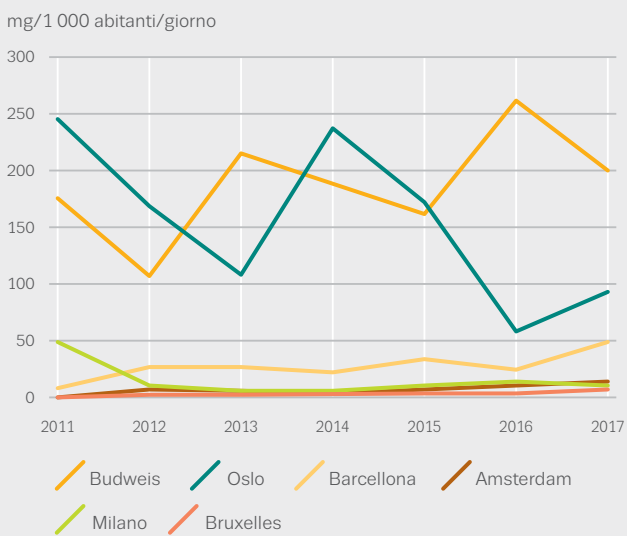


NB: quantità media giornaliera di amfetamina in milligrammi per 1 000 abitanti. I campioni sono stati prelevati in una selezione di città europee nel corso di una settimana in ogni anno dal 2011 al 2017.

Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGURA 2.10

Residui di metamfetamina nelle acque reflue in una selezione di città europee: tendenze e dati più recenti



NB: quantità media giornaliera di metamfetamina in milligrammi per 1 000 abitanti. I campioni sono stati prelevati in una selezione di città europee nel corso di una settimana in ogni anno dal 2011 al 2017.

Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

Consumo ad alto rischio di amfetamine: la richiesta di trattamento rimane elevata


I problemi connessi al consumo prolungato e cronico e all'assunzione per via parenterale di amfetamina sono sempre stati più evidenti nei paesi dell'Europa settentrionale. Per contro, i problemi correlati al consumo di metamfetamina si sono maggiormente evidenziati in Repubblica ceca e Slovacchia. Stime recenti del consumo ad alto rischio di amfetamina sono disponibili per la Norvegia, dove il consumo è stimato allo 0,33 %, pari a 11 200 adulti (nel 2013), e per la Germania, con una stima dello 0,19 % ossia 102 000 adulti nel 2015. I consumatori di amfetamine rappresentano probabilmente la maggioranza dei 2 230 (0,18 %) consumatori ad alto rischio di stimolanti segnalati dalla Lettonia nel 2016, un numero inferiore rispetto ai 6 540 (0,46 %) del 2010. Stime recenti del consumo ad alto rischio di metamfetamina sono disponibili per la Repubblica ceca e Cipro. Nella Repubblica ceca il consumo ad alto rischio di metamfetamina tra gli adulti (15-64 anni) è stato stimato attorno allo 0,50 % nel 2016 (corrispondente a 34 300 consumatori). Ciò rappresenta un aumento rispetto ai 20 900 consumatori del 2007, sebbene i numeri siano rimasti relativamente stabili negli ultimi anni. Per Cipro la stima è dello 0,02 %, pari a 105 consumatori, nel 2016.

Le amfetamine sono state indicate come la droga primaria da circa 35 000 pazienti che si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa nel 2016, circa 15 000 dei quali entravano in trattamento per la prima volta. I consumatori primari di amfetamine costituiscono più del 15 % dei pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta in Germania, Lettonia, Polonia e Finlandia. I pazienti in trattamento che hanno segnalato la metamfetamina come droga primaria sono concentrati in Repubblica ceca e Slovacchia, che insieme rappresentano quasi il 90 % dei 9 200 consumatori di metamfetamina sottoposti a trattamento specialistico in Europa.

CONSUMATORI DI AMFETAMINE CHE SI SOTTOPONGONO A TRATTAMENTO



Caratteristiche

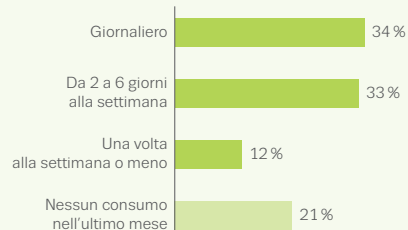
27%  73% 

20 Età media al primo consumo
29 Età media all'inizio del primo trattamento

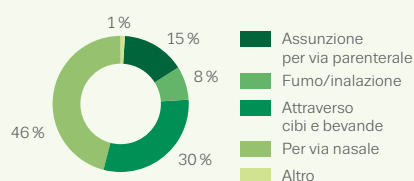
15 500 Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta
43% 
19 900 Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento
57%

Frequenza di consumo nell'ultimo mese

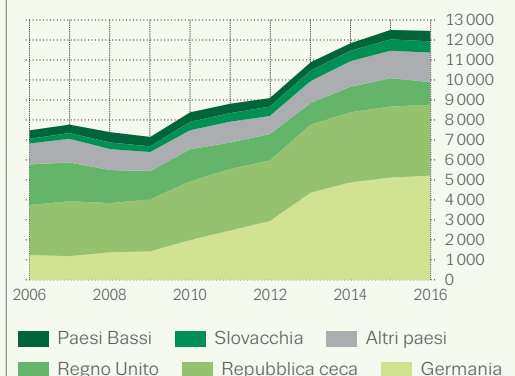
Consumo medio 4,4 giorni alla settimana



Modalità di assunzione



Tendenze relative ai pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta



NB: oltre alle tendenze, i dati riguardano tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento per i quali l'amfetamina è la droga primaria. Le tendenze relative ai pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta si basano su 25 paesi. Solo i paesi che dispongono di dati per almeno nove degli 11 anni considerati sono inclusi nel grafico delle tendenze. I valori mancanti sono interpolati da anni adiacenti.

Ketamina, GHB e allucinogeni: il consumo rimane basso

In Europa vengono consumate alcune altre sostanze con proprietà allucinogene, anestetiche, dissociative o depressive, tra cui LSD (dietilammide dell'acido lisergico), funghi allucinogeni, ketamina e GHB (gammahidrossibutirrato).

Negli ultimi due decenni, presso diversi sottogruppi di consumatori di droghe in Europa, è stato segnalato l'uso ricreativo di ketamina e GHB (compreso il suo precursore GBL, gammabutirrolattone). Laddove disponibili, le stime nazionali sulla prevalenza del consumo di GHB e ketamina negli adulti e nella popolazione scolastica rimangono basse. Nella sua indagine del 2016 la Norvegia ha segnalato una prevalenza del consumo di GHB nell'ultimo anno dello 0,1 % tra gli adulti (16-64 anni), mentre la prevalenza del consumo di ketamina nell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34 anni) nella Repubblica ceca e in Romania è stata stimata nel 2016 allo 0,1 % e nel Regno Unito allo 0,8 %.

I livelli generali di prevalenza del consumo di funghi allucinogeni e LSD in Europa sono generalmente bassi e stabili ormai da qualche anno. Tra i giovani adulti (15-34 anni), le stime derivate da indagini nazionali relative alla prevalenza nell'ultimo anno sono inferiori all'1 % per entrambe le sostanze nel 2016 o nell'ultimo anno di indagine, ad eccezione di Paesi Bassi (1,9 %), Finlandia (1,9 %) e Repubblica ceca (3,1 %) per quanto riguarda il consumo di funghi allucinogeni, e di Finlandia (1,3 %) e Repubblica ceca (1,4 %) per l'LSD.

Nuove sostanze psicoattive: consumo ad alto rischio nelle popolazioni emarginate

Alcuni paesi hanno inserito le nuove sostanze psicoattive nelle indagini sulla popolazione in generale, sebbene le differenze nei metodi e nelle domande limitino la confrontabilità tra i vari Stati. Dal 2011, 13 paesi europei segnalano stime a livello nazionale sul consumo delle nuove sostanze psicoattive (esclusi e GHB). Per i giovani adulti (15-34 anni) la prevalenza del consumo di queste sostanze nell'ultimo anno varia dallo 0,2 % in Italia e Norvegia all'1,7 % in Romania. Nell'ambito di queste indagini sono disponibili dati sul consumo di mefedrone per il Regno Unito (Inghilterra e Galles). Nell'indagine più recente (2016/17), il consumo di questa droga nell'ultimo anno tra le persone di età compresa tra i 16 e i 34 anni era stimato allo 0,3 %, un dato inferiore rispetto all'1,1 % del 2014/15. Nelle loro indagini più recenti, il consumo di cannabinoidi sintetici nell'ultimo anno tra le persone di età

compresa tra i 15 e i 34 anni variava dallo 0,2 % in Spagna all'1,5 % in Lettonia.

Sebbene i livelli di consumo di nuove sostanze psicoattive siano globalmente bassi in Europa, in uno studio dell'EMCDDA del 2016 più di due terzi dei paesi ne hanno segnalato il consumo da parte di consumatori di stupefacenti ad alto rischio. In particolare, il consumo di catinoni sintetici da parte di consumatori di oppiacei e stimolanti per via parenterale è stato collegato a problemi sanitari e sociali. Inoltre, il fumo di cannabinoidi sintetici nelle popolazioni emarginate, tra cui senzatetto e detenuti, è stato individuato come un problema in molti paesi europei.

Nel complesso, in Europa poche persone si sottopongono attualmente a trattamento per problemi legati al consumo di nuove sostanze psicoattive; tuttavia, per alcuni paesi queste sostanze sono significative. Nei dati più recenti il consumo di cannabinoidi sintetici è stato segnalato come motivo principale per sottoporsi a trattamento specialistico della tossicodipendenza dal 17 % dei pazienti in Turchia e dal 7 % in Ungheria; i problemi correlati al consumo primario di catinoni sintetici sono stati citati dallo 0,3 % dei pazienti in trattamento nel Regno Unito.

Nel Regno Unito il consumo di cannabinoidi sintetici tra i detenuti è particolarmente preoccupante. In un'indagine condotta nel 2016 nelle carceri britanniche il 33 % dei 625 detenuti ha segnalato il consumo di «Spice» nell'ultimo mese; al confronto, il 14 % ha riferito un consumo di cannabis nell'ultimo mese.

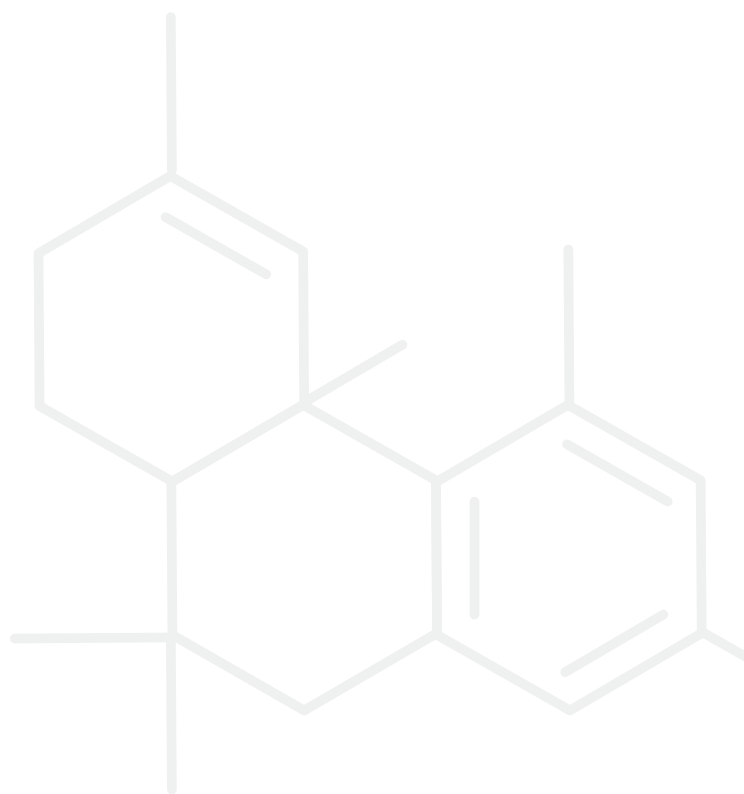
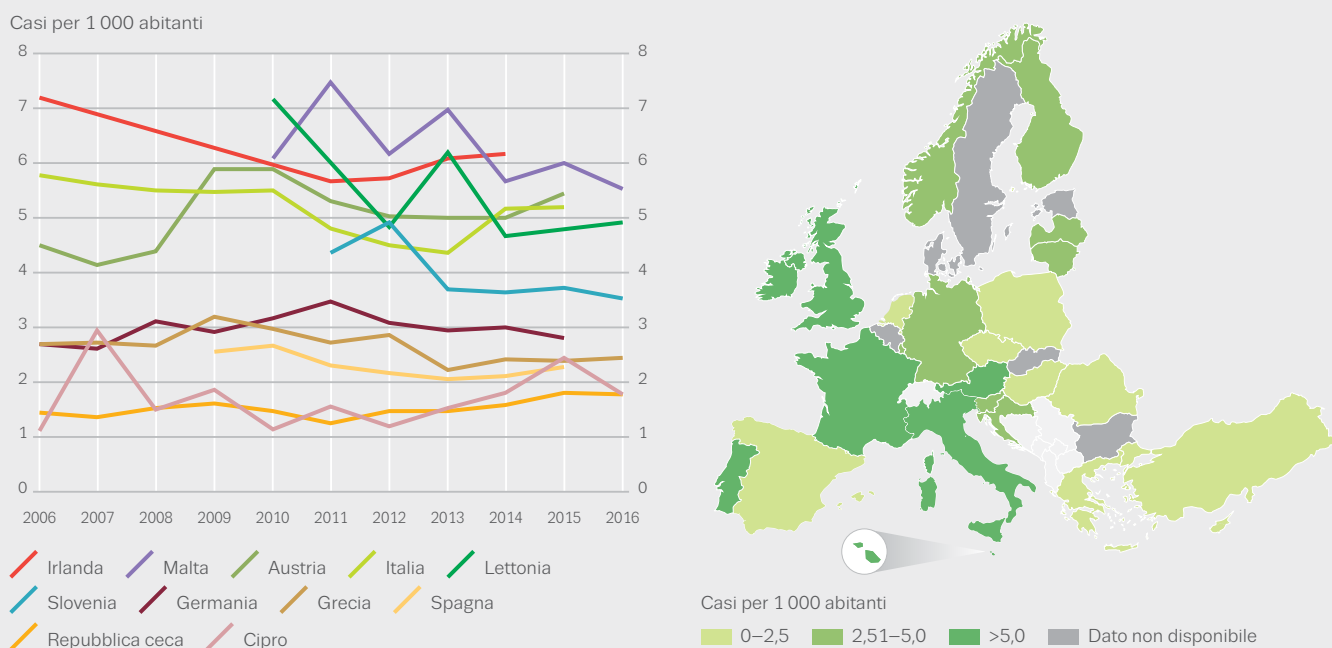


FIGURA 2.11

Stime nazionali relative al tasso di prevalenza annuale del consumo ad alto rischio di oppiacei: tendenze specifiche e dati più recenti



Consumo ad alto rischio di oppiacei: l'eroina ancora predominante

L'oppioceio illegale consumato più frequentemente in Europa è l'eroina, che si può fumare o assumere per via nasale o parenterale. Si fa abuso anche di altri oppiacei sintetici, come il metadone, la buprenorfina e il fentanil.

In Europa si sono registrate varie ondate di dipendenza da eroina: la prima ha investito molti paesi dell'Europa occidentale dalla metà degli anni Settanta, mentre la seconda ha interessato altri paesi, in particolare quelli dell'Europa centrale e orientale, dalla metà alla fine degli anni Novanta. Negli ultimi anni è stata rilevata l'esistenza di una coorte meno giovane di consumatori ad alto rischio di oppiacei, che si sono probabilmente già sottoposti a terapia sostitutiva.

La prevalenza del consumo ad alto rischio di oppiacei tra gli adulti (15-64 anni) nel 2016 è stimata allo 0,4 % della popolazione dell'UE, l'equivalente di 1,3 milioni di consumatori ad alto rischio di oppiacei. A livello nazionale le stime relative alla prevalenza del consumo ad alto rischio di oppiacei variano da meno di uno a più di otto casi per 1 000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. I cinque paesi più popolosi dell'Unione europea, i quali rappresentano il 62 % della sua popolazione, contengono tre quarti (76 %) del numero stimato di consumatori ad alto rischio di oppiacei (Germania, Spagna, Francia, Italia, Regno Unito). Degli 11 paesi che hanno effettuato stime regolari del consumo ad alto rischio di oppiacei tra il 2006

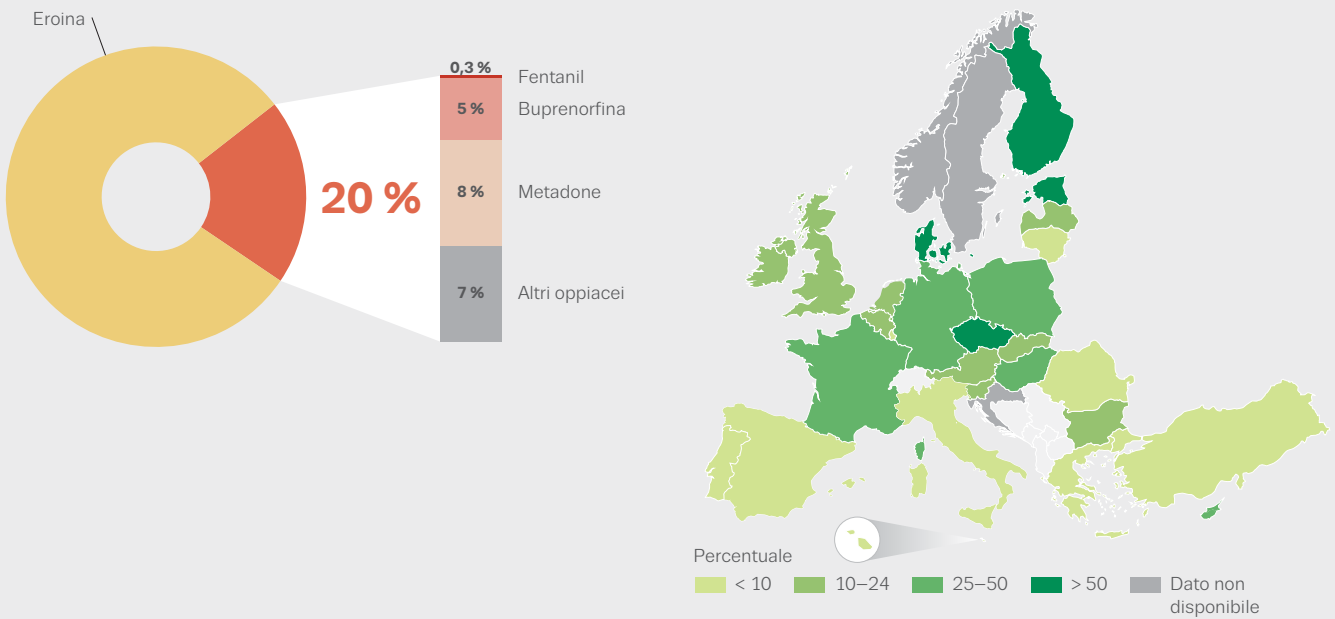
e il 2016, la Spagna e l'Italia mostrano un calo statisticamente rilevante, mentre la Repubblica ceca mostra un aumento statisticamente significativo (figura 2.11).

Nel 2016 l'uso di oppiacei è stato segnalato come il motivo principale per sottoporsi a trattamento specialistico della tossicodipendenza da parte di 177 000 clienti, pari al 37 % di tutti coloro che si sono sottoposti a trattamento della tossicodipendenza in Europa. Di questi, 35 000 erano pazienti che si sottoponevano a trattamento per la prima volta. I consumatori primari di eroina rappresentavano l'82 % dei consumatori di oppiacei quale droga primaria sottoposti a trattamento per la prima volta.

Secondo i dati disponibili sulla tendenza, il numero di pazienti eroinomani che entravano in trattamento per la prima volta si è più che dimezzato dopo aver toccato l'apice nel 2007, arrivando al minimo nel 2013, prima di stabilizzarsi negli ultimi anni.

FIGURA 2.12

Pazienti che si sottopongono a trattamento per consumo di oppiacei come droga primaria: per tipo di oppiacei (a sinistra) e percentuale che segnala oppiacei diversi dall'eroina (a destra)



Oppiacei sintetici: diverse sostanze osservate in tutta Europa

Se l'eroina resta l'oppiaceo illecito più frequentemente consumato, varie fonti suggeriscono un abuso crescente di oppiacei sintetici legali (quali metadone, buprenorfina

e fentanil). Tra gli oppiacei segnalati dai pazienti in trattamento figurano l'abuso di metadone, buprenorfina, fentanil, codeina, morfina, tramadolo e ossicodone. In alcuni paesi gli oppiacei diversi dall'eroina sono gli oppiacei più comunemente consumati tra i pazienti in trattamento specialistico. Nel 2016, 18 paesi europei

CONSUMATORI DI EROINA CHE SI SOTTOPONGONO A TRATTAMENTO

Caratteristiche

20% 80%



23 Età media al primo consumo

34 Età media all'inizio del primo trattamento

28 200

Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta

19%

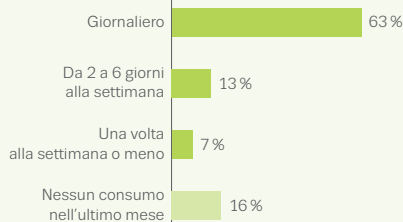
117 200

Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento

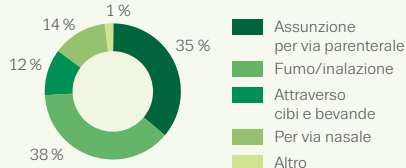
81%

Frequenza di consumo nell'ultimo mese

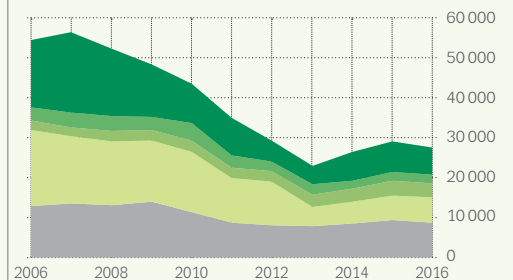
Consumo medio 6 giorni alla settimana



Modalità di assunzione



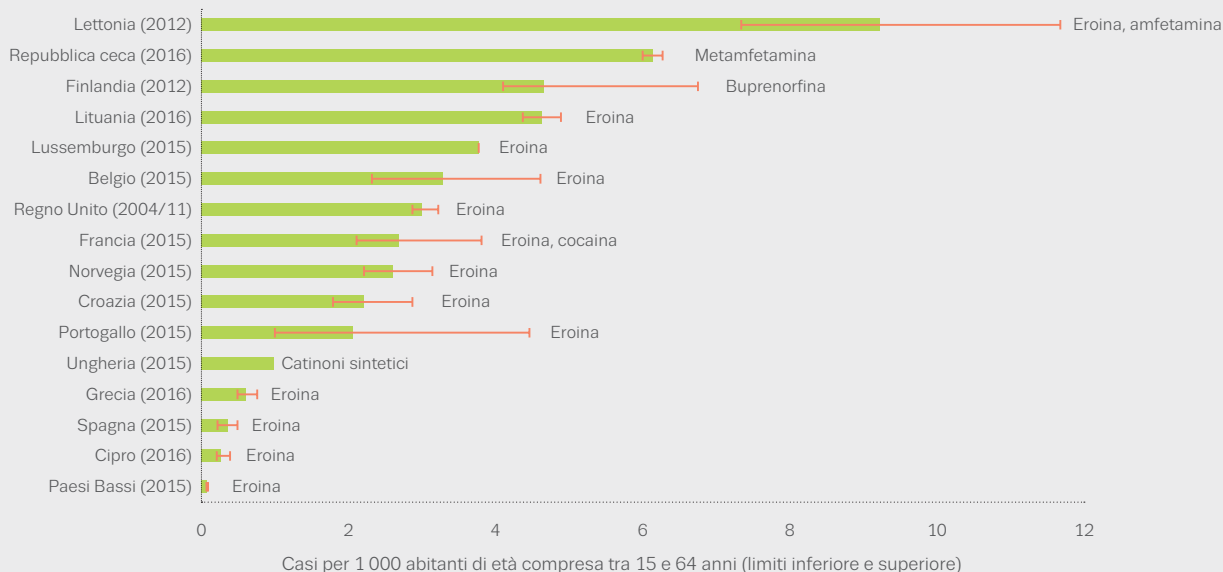
Tendenze relative ai pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta



NB: oltre alle tendenze, i dati riguardano tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento per i quali l'eroina è la droga primaria. I dati della Germania riguardano i pazienti che si sottopongono a trattamento per i quali gli «oppiacei» sono la droga primaria. Le tendenze relative ai pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta si basano su 25 paesi. Solo i paesi che dispongono di dati per almeno nove degli 11 anni considerati sono inclusi nel grafico delle tendenze. I valori mancanti sono interpolati da anni adiacenti. A causa di cambiamenti nel flusso dei dati a livello nazionale, quelli a partire dal 2014 riferiti all'Italia non sono confrontabili con gli anni precedenti.

FIGURA 2.13

Consumo di stupefacenti per via parenterale: stime più recenti di prevalenza e principale stupefacente assunto per via parenterale



hanno segnalato che oltre il 10 % di tutti i consumatori di oppiacei che si sono sottoposti a trattamento specialistico lo ha fatto per problemi correlati principalmente a oppiacei diversi dell'eroina (figura 2.12). In Estonia, per esempio, la maggior parte dei pazienti sottoposti a trattamento che hanno segnalato gli oppiacei come droga primaria faceva uso di fentanil, mentre in Finlandia la buprenorfina è stata citata come l'oppiaceo più consumato come droga primaria. L'abuso di buprenorfina è segnalato da circa il 30 % dei pazienti dipendenti da oppiacei nella Repubblica ceca e l'abuso di metadone dal 22 % dei consumatori di oppiacei in Danimarca. A Cipro e in Polonia, tra il 20 % e il 30 % dei consumatori di oppiacei si è sottoposto a trattamento per problemi legati al consumo di altri oppiacei, come ossicodone (Cipro) e «kompot», eroina a base di paglia di papavero (Polonia). Inoltre, coloro che si sottopongono a trattamento per problemi legati al consumo di nuove sostanze psicoattive con effetti simili a quelli degli oppiacei possono essere segnalati sotto la voce generica di oppiacei.

Consumo di stupefacenti per via parenterale: in flessione continua tra i nuovi pazienti che entrano in trattamento

L'assunzione di stupefacenti per via parenterale è più comunemente associata agli oppiacei, benché in alcuni

paesi il consumo con tale modalità di stimolanti come le amfetamine o la cocaina costituisca un problema.

Solo 16 paesi dispongono di stime recenti sulla prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale dal 2011 a oggi, che varia da meno di uno a nove casi per 1 000 abitanti di età compresa fra i 15 e i 64 anni. Nella maggior parte di questi paesi, il principale stupefacente assunto per via parenterale può essere individuato chiaramente, sebbene in alcuni, due stupefacenti presentino livelli elevati di consumo analoghi. Gli oppiacei sono segnalati come il principale stupefacente assunto per via parenterale nella maggior parte (14) dei paesi (cfr. figura 2.13). L'eroina è menzionata in 13 di questi paesi, mentre la buprenorfina compare in Finlandia. Gli stimolanti sono segnalati come principale sostanza stupefacente assunta per via parenterale in quattro paesi, in cui le sostanze utilizzate comprendono i catinoni sintetici (Ungheria), la cocaina (Francia), l'amfetamina (Lettonia) e la metamfetamina (Repubblica ceca).

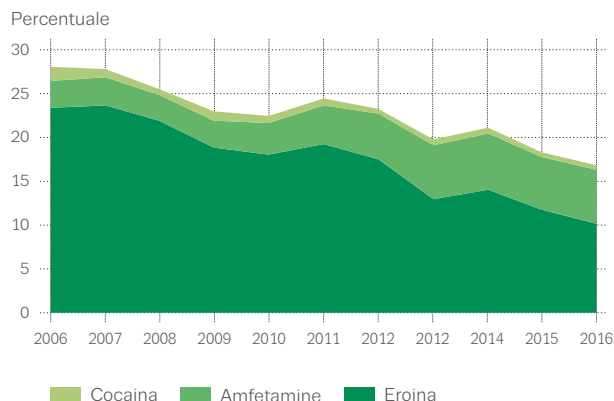
Tra i pazienti che si sono sottoposti a trattamento specialistico per la prima volta nel 2016 e hanno segnalato l'eroina come droga primaria, il 27 % ha indicato il consumo per via parenterale come modalità principale di assunzione, contro il 43 % del 2006. All'interno di questo gruppo, i livelli di assunzione per via parenterale variano a seconda del paese, dall'8 % in Spagna al 90 % o più in

FIGURA 2.14

Lettonia, Lituania e Romania. La via parenterale è segnalata come la modalità principale di assunzione dall'1 % dei cocainomani che sono entrati in trattamento per la prima volta e dal 47 % dei pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta e hanno segnalato le amfetamine come droga primaria. Il quadro generale per le amfetamine, tuttavia, è fortemente influenzato dalla Repubblica ceca, che rappresenta l'87 % dei nuovi consumatori di amfetamine per via parenterale in Europa. Se si considerano insieme le tre principali sostanze stupefacenti assunte per via parenterale dai pazienti che entrano in trattamento per la prima volta in Europa, si segnala il calo (dal 28 % nel 2006 al 17 % nel 2016) di questa via come modalità principale di assunzione (figura 2.14).

Pur non trattandosi di un fenomeno diffuso, l'assunzione per via parenterale di catinoni sintetici è costantemente segnalata in popolazioni specifiche, tra cui consumatori di oppiacei per via parenterale e pazienti in trattamento in alcuni paesi e tra i pazienti inseriti in programmi di scambio di aghi in Ungheria. In un recente studio dell'EMCDDA, 10 paesi hanno segnalato l'assunzione di catinoni sintetici per via parenterale – spesso insieme ad altri stimolanti e GHB – nel contesto di feste a sfondo sessuale tra piccoli gruppi di uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini.

Assunzione per via parenterale di eroina, cocaina o amfetamina come droga primaria tra i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta: la percentuale indica il consumo per via parenterale come principale modalità di assunzione



NB: le tendenze si basano sui 21 paesi che dispongono di dati per almeno nove degli 11 anni considerati.



L'assunzione per via parenterale di catinoni sintetici è costantemente segnalata in popolazioni specifiche

MAGGIORI INFORMAZIONI

Publicazioni dell'EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

Misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users, Perspectives on Drugs.

Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study, Perspectives on Drugs.

2017

High-risk drug use and new psychoactive substances, Rapid communications.

2016

Assessing illicit drugs in wastewater: advances in wastewater-based drug epidemiology, Insights.

Recent changes in Europe's MDMA/ecstasy market, Rapid communications.

2015

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, Perspectives on Drugs.

Drug use, impaired driving and traffic accidents, Insights.

Injection of synthetic cathinones, Perspectives on Drugs.

2014

Exploring methamphetamine trends in Europe, EMCDDA Papers.

2013

Trends in heroin use in Europe: what do treatment demand data tell us?, Perspectives on Drugs.

2012

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Thematic paper.

Treatment demand indicator (TDI) standard protocol 3.0: Guidelines for reporting data on people entering drug treatment in European countries, Manuals.

Fentanyl in Europe, EMCDDA Trendspotter study.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, Thematic paper.

Publicazioni congiunte EMCDDA ed ESPAD

2016

ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

Tutte le pubblicazioni sono disponibili alla pagina www.emcdda.europa.eu/publications

3

**È noto che il consumo di sostanze
illecite contribuisce alla diffusione
di malattie a livello globale**

Danni correlati al consumo di droga e relative risposte

È noto che il consumo di sostanze illecite contribuisce alla diffusione di malattie a livello globale, provocando problemi di salute di tipo cronico e acuto, che sono aggravati da vari fattori tra cui le proprietà delle sostanze, la modalità di assunzione, la vulnerabilità individuale e il contesto sociale in cui queste sostanze sono consumate. Tra i problemi cronici si annoverano la dipendenza e le malattie infettive correlate al consumo di droghe, cui si affiancano danni a insorgenza acuta dei quali quello maggiormente documentato è l'overdose. Il consumo di oppiacei, pur essendo un fenomeno relativamente raro, continua a essere responsabile della maggior parte dei casi di morbilità e di mortalità associati al consumo di droga. Il consumo di stupefacenti per via parenterale accresce i rischi. In confronto, sebbene i problemi di salute connessi al consumo di cannabis siano chiaramente inferiori, l'elevata prevalenza dell'uso di questa sostanza può comunque avere implicazioni per la salute pubblica. La variazione nel contenuto e nella purezza delle sostanze oggi a disposizione dei consumatori aumenta i danni potenziali, creando uno scenario complesso per le risposte in materia di stupefacenti.

La definizione e fornitura di risposte efficaci e basate su evidenze scientifiche ai problemi associati alle sostanze stupefacenti è un aspetto centrale per le politiche europee in materia di droghe e implica tutta una serie di misure. Gli approcci che puntano alla prevenzione e all'intervento precoce si prefiggono lo scopo di prevenire il consumo di sostanze illecite e i problemi a esso associati, mentre il trattamento tramite approcci sia psicosociali che

farmacologici rappresenta la risposta prioritaria nei confronti della dipendenza. Alcuni interventi chiave, come le terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei e i programmi di fornitura di aghi e siringhe, sono stati sviluppati nell'ambito di una risposta al consumo di oppiacei per via parenterale e ai relativi problemi, tra cui in particolare la diffusione di malattie infettive e i decessi per overdose.

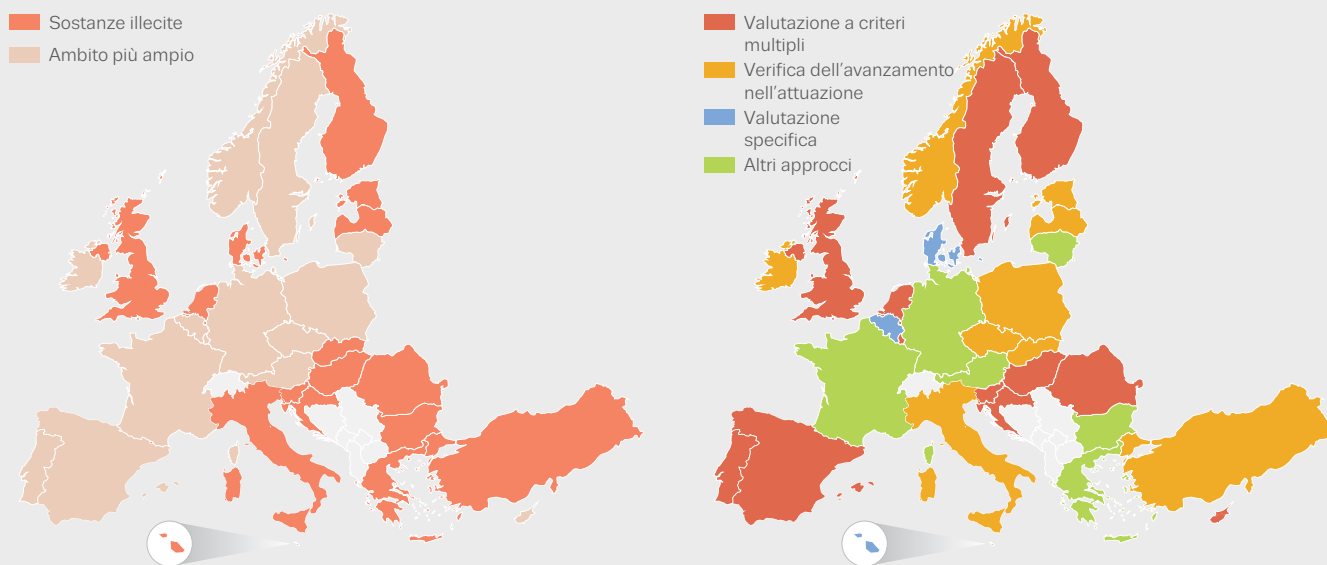
Monitoraggio dei danni correlati al consumo di droghe e relative risposte

L'EMCDDA riceve le informazioni sulle risposte sociosanitarie al consumo di sostanze stupefacenti, nonché sulle strategie e sulla spesa pubblica in materia di droga, dai punti focali nazionali Reitox e dai gruppi di lavoro di esperti. I giudizi degli esperti forniscono informazioni aggiuntive sulla disponibilità degli interventi laddove non siano disponibili serie di dati più formalizzate. Inoltre, questo capitolo contiene informazioni derivanti dall'analisi dei dati scientifici in merito all'efficacia degli interventi di sanità pubblica. Altre informazioni sono reperibili sul sito dell'EMCDDA alla pagina [Health and social responses to drug problems: a European GUIDE](#) (Risposte sanitarie e sociali ai problemi connessi alla droga: una GUIDA europea) e relativo materiale on-line e sul [Best practice portal](#) relativo alle migliori prassi.

Le malattie infettive correlate al consumo di droga, così come la morbilità e mortalità associate a questo fenomeno, rappresentano i principali danni alla salute monitorati sistematicamente dall'EMCDDA. Queste informazioni sono integrate da dati più limitati sui ricoveri ospedalieri riconducibili a problemi acuti dovuti al consumo di sostanze stupefacenti oltre che da dati provenienti dal sistema di allerta rapido dell'UE, che monitora i danni associati all'assunzione di nuove sostanze psicoattive. Ulteriori informazioni sono disponibili on-line alla pagina [Key epidemiological indicators](#) (Indicatori epidemiologici chiave), nel [bollettino statistico](#) e alla pagina [Action on new drugs](#) (Azione nel campo delle nuove droghe).

FIGURA 3.1

Ambito di interesse dei documenti nazionali strategici in materia di droga (a sinistra) e approcci alla valutazione (a destra) nel 2017



NB: le strategie con un ambito di interesse più ampio possono includere, per esempio, sostanze legali e altre dipendenze. Mentre il Regno Unito dispone di una strategia per le droghe illecite, Galles e Irlanda del Nord hanno documenti strategici di più ampio respiro che contemplano anche l'alcol.

Strategie in materia di droga: ambito di interesse più ampio

Quasi metà dei 30 paesi monitorati dall'EMCDDA comprende attualmente nelle proprie strategie nazionali in materia di droga diverse combinazioni di questioni legate alle sostanze e alle dipendenze comportamentali unitamente alle sostanze illecite. Questi strumenti di pianificazione sono utilizzati dai governi per elaborare il loro approccio generale e le risposte specifiche nei confronti delle differenti dimensioni sanitarie, sociali e relative alla sicurezza dei problemi connessi alla droga. Mentre la politica nazionale in materia di droga della Danimarca si esprime attraverso una serie di documenti strategici, atti legislativi e interventi concreti, tutti gli altri paesi hanno un documento strategico nazionale dedicato a questa problematica. In 16 paesi, la strategia in materia di droghe è mirata principalmente alle sostanze illecite. Negli altri 14 paesi, la politica segue un approccio più ampio, prestando maggiore attenzione ad altre sostanze e comportamenti che creano dipendenza (cfr. figura 3.1). Va comunque notato che, nel Regno Unito, le amministrazioni decentrate di Galles e Irlanda del Nord dispongono di documenti strategici di ampio respiro che, se inclusi, portano a 16 il numero totale delle strategie generali di lotta alle sostanze illecite. Questi documenti di ampio respiro riguardano principalmente le sostanze illecite e presentano differenze nel modo in cui vengono considerate altre sostanze e dipendenze. Tutti i documenti si occupano del problema dell'alcol; inoltre, 10 affrontano quello del tabacco, nove

prendono in esame i farmaci, tre includono il doping nelle attività sportive (per esempio, le droghe che accrescono il rendimento agonistico) e otto considerano i comportamenti che creano dipendenza (per esempio il gioco d'azzardo). Qualunque sia l'ambito di interesse, tutte le strategie nazionali sostengono l'approccio equilibrato alla politica in materia di droga portato avanti nella strategia in materia di droga (2013-2020) e nel piano d'azione (2017-2020) dell'UE, il quale pone enfasi sulla riduzione della domanda e dell'offerta di stupefacenti.

Tutti i paesi europei valutano le proprie strategie nazionali in materia di droga, anche se lo fanno attraverso metodi diversi. In genere lo scopo è valutare il livello raggiunto in termini di attuazione della strategia e le variazioni nella situazione complessiva degli stupefacenti nel corso del tempo. Nel 2017 è stato segnalato il recente svolgimento di 12 valutazioni a criteri multipli, nove verifiche dell'avanzamento nell'attuazione e tre valutazioni specifiche, mentre sei paesi hanno adottato approcci differenti, tra cui un misto di valutazioni degli indicatori e progetti di ricerca (cfr. figura 3.1). La tendenza verso l'uso di strategie mirate di più ampio respiro viene gradualmente evidenziata dall'utilizzo di valutazioni aventi un ambito di interesse più vasto. Attualmente, Francia, Lussemburgo, Svezia e Norvegia hanno pubblicato valutazioni su strategie mirate di più ampio respiro. Questo ampliamento della portata delle strategie porta con sé la possibilità di raggiungere un approccio più integrato nel settore della sanità pubblica, ma anche difficoltà in termini di coordinamento dell'attuazione, del monitoraggio e della valutazione.

Prevenzione basata su dati probanti: sostegno all'attuazione

La prevenzione del consumo di stupefacenti e dei problemi droga-correlati tra i giovani è un obiettivo chiave delle strategie nazionali in materia di droga in Europa e include un'ampia gamma di approcci diversi. Gli approcci ambientali e universali sono diretti all'intera popolazione, la prevenzione selettiva si concentra sui gruppi vulnerabili, più esposti al rischio di sviluppare problemi di tossicodipendenza, mentre la prevenzione «mirata» è rivolta agli individui a rischio.

L'interesse per l'attuazione di programmi di prevenzione basata su dati probanti in Europa è aumentato negli ultimi anni, supportato dalla creazione di registri, iniziative di formazione e standard di qualità. Nel 2018 sono stati istituiti o sviluppati registri in oltre un terzo dei 30 paesi dell'EMCDDA, i quali possiedono criteri di immissione e di valutazione per quanto riguarda l'efficacia dei programmi. Il registro europeo Xchange si collega ai registri nazionali e contiene una ventina di programmi di prevenzione della tossicodipendenza basati su manuali che sono stati rigorosamente valutati e i cui risultati sono stati classificati. Fornisce inoltre esperienze relative all'attuazione da parte dei medici su questioni che includono ostacoli organizzativi e culturali all'attuazione (difficoltà di reclutamento, scelta del momento, adattamento) e su come sono stati superati.

La formazione professionale è di vitale importanza per l'introduzione efficace degli approcci di prevenzione. Le opportunità di formazione pratica nella scienza della prevenzione, tuttavia, sono limitate. Una nuova iniziativa, il Programma di prevenzione universale, basato su standard scientifici internazionali, è stato recentemente adattato per il pubblico europeo, sia con un programma universitario di nove settimane sia con un corso di formazione concentrato di 3-5 giorni (UPC-Adapt) per decisori e opinion maker regionali o locali. La versione breve è in fase di attuazione in un terzo degli Stati membri dell'UE nel 2018.

Prevenzione ambientale: programmi multicomponente per la vita notturna

L'incremento dell'utilizzo di approcci di prevenzione ambientale nei contesti di vita notturna è segnalato da un certo numero di paesi, soprattutto nel nord Europa. La maggior parte degli approcci ambientali è rivolta principalmente all'alcol, ma i fattori

di rischio (contestuali) condivisi relativi al consumo problematico di alcol e altri stupefacenti possono rendere utili tali approcci anche per la prevenzione di altre sostanze. Tuttavia, la loro attuazione rimane limitata. Un approccio di interesse è costituito dalle coalizioni multicomponente per la vita notturna, che coniugano formazione del personale in servizio, controlli all'ingresso, supervisione e mobilitazione della comunità. In base ad alcune evidenze questo approccio può essere efficace nel ridurre i danni legati all'alcol e alla droga. Un esempio, il progetto STAD in Svezia viene ora attuato in altri sei paesi dell'UE. Tuttavia, per il 2016 solo due paesi (Finlandia, Regno Unito) segnalano un'ampia disponibilità di interventi multicomponente.

M-health: estendere l'accesso agli interventi

Sempre più sovente una vasta gamma di interventi in materia di droga viene perfino erogata on-line, anche attraverso applicazioni sanitarie mobili sugli smartphone (m-health). Gli interventi on-line e quelli basati su m-health hanno il pregio di ampliare la portata geografica e il bacino di utenza dei programmi di prevenzione e trattamento alle persone che altrimenti non avrebbero accesso a servizi specializzati in materia di droga. Gli interventi accessibili tramite smartphone possono spaziare dagli strumenti di e-learning per i professionisti che operano nel contesto della droga, ai servizi di prevenzione della tossicodipendenza e di riduzione dei danni, alla sensibilizzazione digitale all'interno delle piattaforme dei social media, al monitoraggio dei pazienti, alla supervisione e al trattamento.

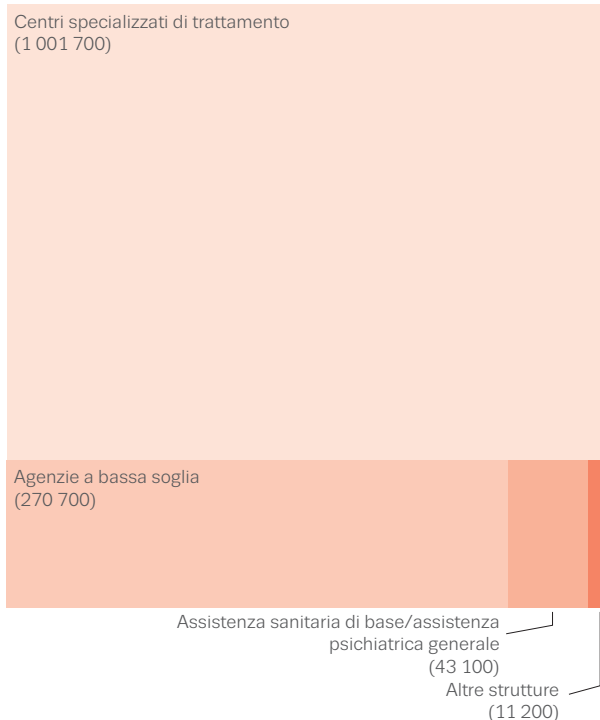
Un recente studio dell'EMCDDA ha individuato oltre 60 applicazioni (o «app») di m-health correlate alla droga disponibili negli app store on-line, di cui quasi la metà proveniva dall'Europa. La maggior parte delle app forniva informazioni relative agli stupefacenti, unitamente a qualche forma di intervento. Gli interventi europei di m-health miravano principalmente a promuovere la riduzione dei danni tra frequentatori di feste e giovani. Tra le tecniche utilizzate nelle app sono stati istituiti metodi di intervento terapeutico basato su Internet, come diari di consumo, riscontri personalizzati su obiettivi autodeterminati per ridurre il consumo di stupefacenti e interazione con i professionisti che si occupano del trattamento, ad esempio tramite messaggi crittografati. Alcune app utilizzano anche efficaci tecniche di prevenzione come i metodi delle norme sociali e la riduzione delle percezioni errate sul consumo di droghe tra pari. La carenza di standard di qualità delle app di m-health nel settore delle droghe nonché le preoccupazioni relative alla protezione dei dati e la scarsità della base di dati probanti rappresentano sfide per lo sviluppo futuro in questo campo. Tuttavia, è probabile che le applicazioni di m-health diventino importanti strumenti di intervento in materia di stupefacenti per utenti e professionisti in tutta Europa.

La formazione professionale è di vitale importanza per l'introduzione efficace degli approcci di prevenzione

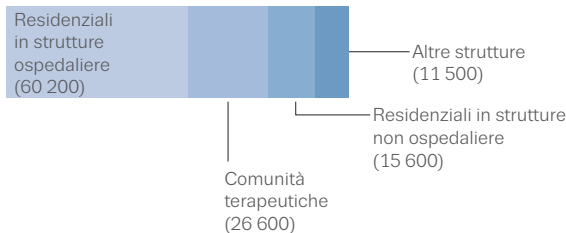
FIGURA 3.2

Numero di pazienti in trattamento per tossicodipendenza in Europa nel 2016, ripartiti per struttura

Centri ambulatoriali



Strutture ospedaliere



Carceri



Trattamento della tossicodipendenza: servizi basati sulla comunità

Il trattamento della tossicodipendenza è l'intervento primario a cui si ricorre per le persone che hanno problemi di consumo di sostanze, inclusa la dipendenza, e la garanzia di un buon accesso a servizi di trattamento adeguati è un obiettivo fondamentale delle politiche.

In Europa, nella maggior parte dei casi il trattamento della tossicodipendenza avviene in strutture ambulatoriali e i consumatori di stupefacenti sono per lo più affidati a unità di trattamento ambulatoriale specialistico (figura 3.2). Le agenzie a bassa soglia costituiscono il secondo più grande erogatore, seguito dall'assistenza sanitaria di base e dai centri di salute mentale generale. Tra questi ultimi figurano gli studi di medici generici, che in alcuni grandi paesi, come Francia e Germania, svolgono un ruolo chiave nella prescrizione delle terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei. Altrove, come in Slovenia, i centri ambulatoriali di salute mentale sono importanti erogatori di servizi di cura.

Un numero più circoscritto di trattamenti della tossicodipendenza in Europa viene erogato in strutture ospedaliere, principalmente in centri ospedalieri residenziali (ad esempio, cliniche psichiatriche), ma anche in comunità terapeutiche e centri specializzati di trattamento residenziale. L'importanza relativa delle cure fornite in contesti ospedalieri o ambulatoriali nei sistemi sanitari nazionali varia enormemente a seconda del paese.

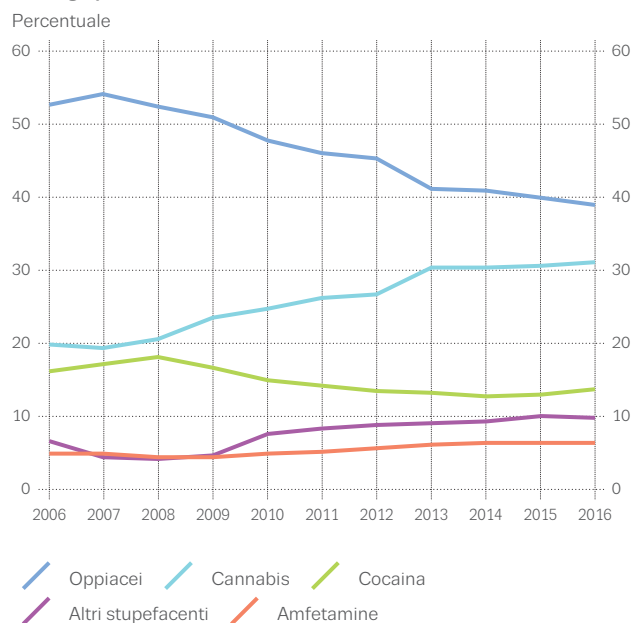
Trattamento della tossicodipendenza: vie di accesso e percorsi per pazienti

Si stima che 1,3 milioni di persone siano state sottoposte a trattamento per il consumo di sostanze illecite nell'Unione europea (1,5 milioni considerando Norvegia e Turchia) nel corso del 2016. L'auto-segnalazione continua a essere il metodo più diffuso per accedere al trattamento specialistico della tossicodipendenza. Questa forma di richiesta di accesso alle cure, che include anche la segnalazione da parte di familiari o amici, ha interessato quasi la metà (48 %) delle persone che si sono sottoposte a trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa nel 2016. Circa un quarto (26 %) dei pazienti è stato segnalato dai servizi sociosanitari e scolastici, compresi altri centri di trattamento della tossicodipendenza, mentre il 16 % delle richieste è stato effettuato dal sistema della giustizia penale. In alcuni paesi esistono programmi volti a reindirizzare i responsabili di reati droga-correlati verso programmi di trattamento della tossicodipendenza, sottraendoli ai procedimenti penali. Tra questi si annoverano l'ordinanza di un giudice di sottoporsi

In Europa la maggior parte dei trattamenti della tossicodipendenza avviene in strutture ambulatoriali

FIGURA 3.3

Tendenze nella percentuale di pazienti che si sottopongono a trattamento specialistico della tossicodipendenza, ripartiti in base alla droga primaria



a un trattamento o la sospensione della pena per i soggetti che accettano questa opzione, mentre in alcuni paesi il reindirizzamento è possibile anche in fasi più precoci del procedimento penale.

Le pratiche di richiesta di trattamento variano molto, sia per paese sia per tipo di droga primaria. Il sistema della giustizia penale svolge un ruolo particolarmente importante nel rinviare i consumatori di cannabis al trattamento. Complessivamente, in Europa il 26 % dei consumatori di cannabis è rinviato al trattamento da parte del sistema di giustizia penale. Tuttavia, la proporzione varia notevolmente tra i paesi. Nel 2016, tra i paesi con più di 100 nuovi pazienti in trattamento per la cannabis, la percentuale rinviata da tribunali, servizi di libertà vigilata o polizia variava dal 2 % nei Paesi Bassi a oltre l'80 % in Ungheria e Romania.

Per i pazienti i percorsi di trattamento della tossicodipendenza sono spesso caratterizzati dal ricorso a servizi diversi, ripetute entrate in cura e durata variabile della permanenza in trattamento. I consumatori di oppiacei, che rappresentano il gruppo più consistente sottoposto a trattamento specializzato, sono coloro che sfruttano la maggior parte delle risorse disponibili, prevalentemente in termini di terapie sostitutive. Maggiori informazioni sulle esperienze di trattamento sono fornite dai risultati di un'analisi condotta nel 2016 sui dati relativi al trattamento specialistico, provenienti da nove paesi europei. Dei 370 000 pazienti in trattamento segnalati in tali paesi in quell'anno, poco meno del 20 % era entrato in trattamento per la prima volta nella vita, il 27 % si era nuovamente sottoposto a trattamento dopo esserlo già stato in passato e più della metà si trovava in trattamento continuo da oltre un anno. La maggior parte dei pazienti in trattamento continuo era costituita da soggetti maschi verso la fine della trentina, che si trovavano in trattamento da oltre tre anni e che avevano problemi legati al consumo di oppiacei, in particolare eroina.

Terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei: variazione delle disposizioni nazionali

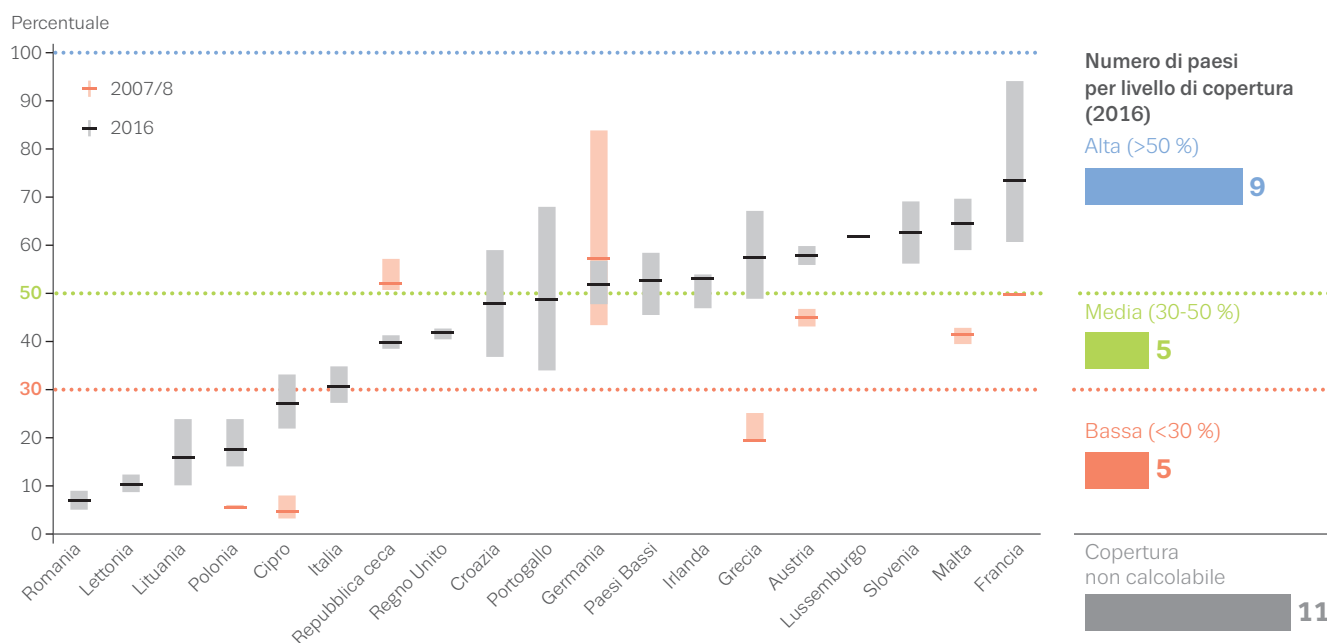
Il trattamento più frequente in caso di dipendenza da oppiacei è la terapia sostitutiva, sovente associata a interventi di assistenza psicosociale. Questo approccio è avallato dai dati disponibili, con risultati positivi in termini di ritenzione in trattamento, consumo illecito di oppiacei, comportamenti a rischio segnalati, danni e mortalità correlati agli stupefacenti. I consumatori di cannabis e cocaina costituiscono il secondo e il terzo gruppo più ampio che accede ai servizi di trattamento (figura 3.3). Gli interventi di assistenza psicosociale rappresentano la

principale modalità di trattamento per questo tipo di pazienti.

Si stima che 628 000 consumatori di oppiacei siano stati sottoposti a terapia sostitutiva nell'Unione europea nel 2016 (636 000 includendo la Norvegia). La tendenza mostra un incremento complessivo nei pazienti, con un picco nel 2010, seguito da una flessione del 10 % fino al 2016. Tra il 2010 e il 2016 sono state osservate flessioni in 12 paesi, di cui le maggiori (superiori al 25 %) segnalate da Spagna, Paesi Bassi e Portogallo. Tale calo può spiegarsi con fattori correlati alla domanda o all'offerta, tra cui la diminuzione della popolazione di consumatori cronici e meno giovani di oppiacei o i cambiamenti negli obiettivi di trattamento in alcuni paesi. Altri paesi hanno continuato a espandere l'offerta nel tentativo di migliorare la copertura dei trattamenti: 16 paesi segnalano infatti incrementi nel numero di coloro che hanno ricevuto la terapia sostitutiva tra il 2010 e il 2016, tra cui Lettonia (173 %), Romania (167 %) e Grecia (57 %).

FIGURA 3.4

Copertura del trattamento sostitutivo per la dipendenza da oppiacei (percentuale della stima dei consumatori di oppiacei ad alto rischio che ricevono l'intervento) nel 2016 o nell'anno più recente e nel 2007-2008



NB: i dati sono indicati come stime puntuali e intervalli di incertezza.

Un confronto con le stime attuali del numero di consumatori ad alto rischio di oppiacei in Europa farebbe pensare che nel complesso circa la metà di questi stia seguendo una terapia sostitutiva, ma non mancano le differenze tra paesi (figura 3.4). Nei paesi in cui i dati del 2007 o del 2008 sono disponibili per il confronto, in generale si è registrato un aumento della copertura. I livelli dell'offerta, tuttavia, rimangono bassi in alcuni paesi.

Il metadone è il farmaco sostitutivo prescritto più comunemente, assunto da quasi due terzi (63 %) dei pazienti in trattamento in Europa. Un altro 35 % dei pazienti è trattato con farmaci a base di buprenorfina, che è il principale farmaco sostitutivo in otto paesi (figura 3.5). Altre sostanze, come la morfina a rilascio lento o la diacetilmorfina (eroina), sono prescritte soltanto di rado: i pazienti che le assumono sono stimati pari al 2 % di quelli in terapia sostitutiva in Europa. La maggior parte di coloro che ricevono la terapia sostitutiva in Europa ha più di 35 anni e ha ricevuto cure per più di due anni. I trattamenti alternativi per consumatori di oppiacei sono disponibili in tutti i paesi europei. Nei 13 paesi per i quali sono disponibili dati, una percentuale compresa tra il 3 % e il 28 % di tutti i consumatori di oppiacei in cura gode di interventi che non prevedono farmaci sostitutivi.

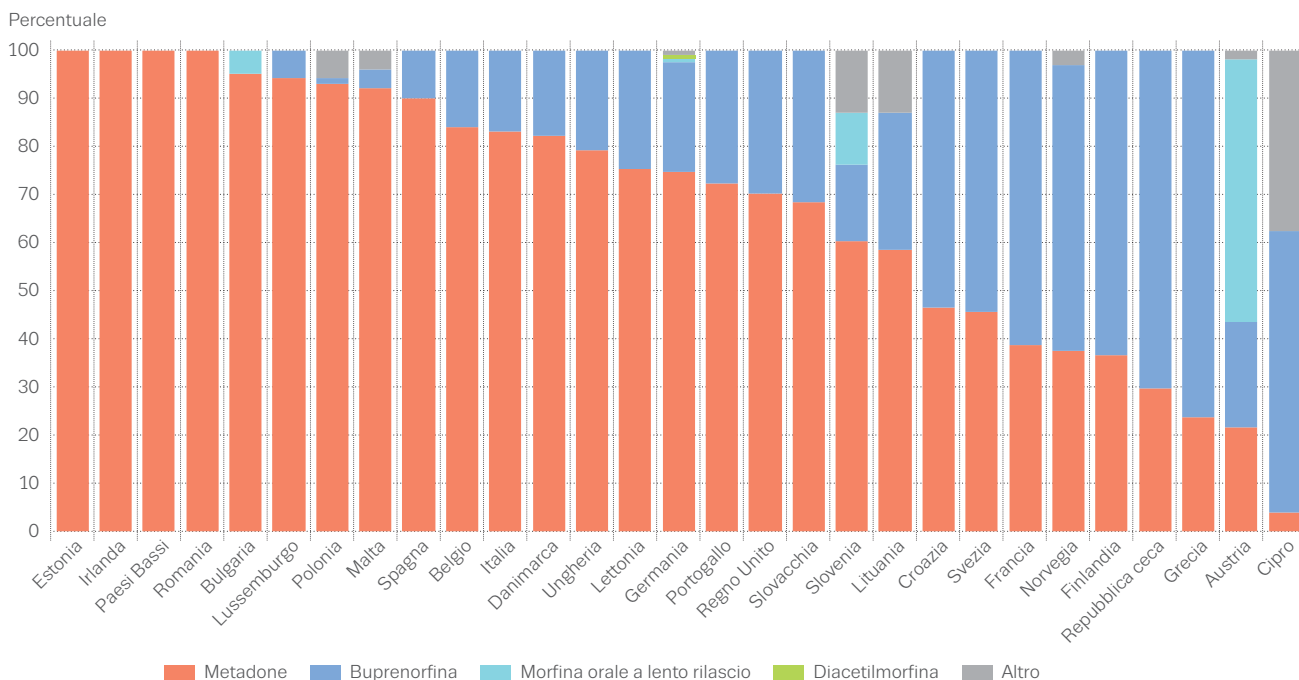
Risultati del trattamento: il ruolo degli standard di qualità

Monitorare l'esito del trattamento è importante al fine di migliorare l'esperienza di cura dei pazienti e adattare i servizi per meglio allinearli alle esigenze osservate. Tuttavia, l'istituzione del monitoraggio dei risultati è ostacolata da una mancanza di accordo sugli obiettivi del trattamento e sulla misurazione appropriata di questi ultimi. Una recente revisione dell'EMCDDA ha evidenziato l'ampia variabilità dei risultati misurati, identificando otto diversi domini di esito: «consumo di stupefacenti», «criminalità», «salute», risultati «correlati al trattamento», «funzionamento sociale», «danni», «mortalità» e «stime economiche».

L'utilizzo di standard di qualità è un altro modo per garantire l'attuazione appropriata di interventi e raccomandazioni per l'attività pratica contenuti nelle linee guida. Mentre, in generale, l'attuazione avviene a livello locale utilizzando gli standard, esistono anche standard internazionali, che vengono usati per raccogliere il consenso sui principi generali riguardanti gli interventi. Ad esempio, gli standard minimi europei di qualità sulla riduzione della domanda di droga adottati dal Consiglio dell'UE stabiliscono principi generali che vengono attuati a livello nazionale in modi diversi.

FIGURA 3.5

Percentuale di pazienti che ricevono diversi tipi di farmaco sostitutivo per la dipendenza da oppiacei, prescritto nei paesi europei



NB: i dati del Regno Unito includono Inghilterra, Galles e Irlanda del Nord.

PAZIENTI IN TERAPIA SOSTITUTIVA PER LA DIPENDENZA DA OPPIACEI

Popolazione

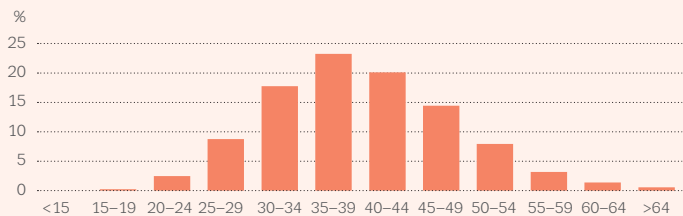
628 000 UE

636 000 UE + Norvegia

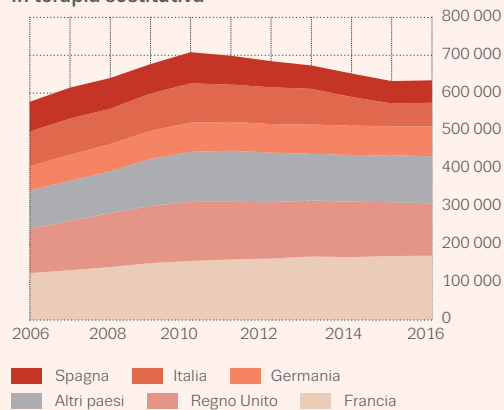
26% 74%



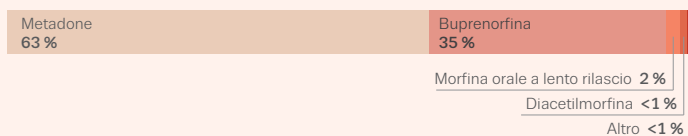
Distribuzione per età



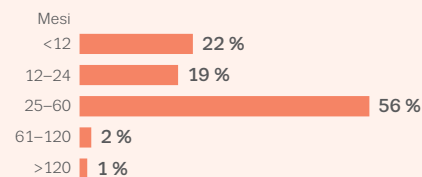
Tendenze nel numero di pazienti in terapia sostitutiva



Tipo di farmaco



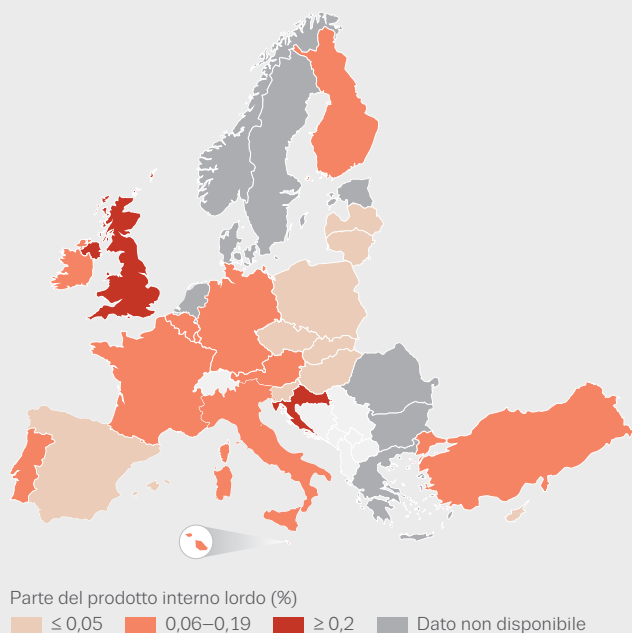
Durata del trattamento



NB: solo i paesi che dispongono di dati per almeno otto degli 11 anni considerati sono inclusi nel grafico delle tendenze. I valori mancanti sono interpolati da anni adiacenti.

FIGURA 3.6

Stime più recenti della spesa pubblica relativa alla droga (% del PIL)



Rispondere ai problemi in materia di droga: spese e costi

Comprendere i costi degli interventi effettuati nel settore degli stupefacenti rappresenta un aspetto importante per lo sviluppo e la valutazione delle politiche. Tuttavia, le informazioni disponibili sulla spesa pubblica in materia di droga in Europa, a livello locale e nazionale, restano limitate ed eterogenee. Nell'ultimo decennio 22 paesi hanno prodotto stime complete della spesa pubblica relativa alla droga (figura 3.6). Le stime vanno dallo 0,01 % allo 0,5 % del prodotto interno lordo (PIL), con circa la metà delle stime comprese tra lo 0,05 % e lo 0,2 % del PIL.

La spesa per le iniziative di riduzione della domanda come percentuale del bilancio complessivo destinato al problema della droga presenta variazioni sostanziali tra i vari paesi, oscillando tra il 21 % e il 75 % della spesa pubblica relativa alla droga, secondo le stime riportate dall'EMCDDA nel corso dell'ultimo decennio. Il trattamento della tossicodipendenza e altri costi sanitari rappresentano una percentuale consistente della spesa stimata correlata agli interventi di riduzione della domanda. Mentre le differenze nazionali sono dovute in parte alle diverse scelte in materia di politica e di offerta, unitamente alle differenze nei problemi connessi alla droga e nell'organizzazione dei servizi pubblici, anche le diverse metodologie di stima hanno una vasta influenza sui risultati.

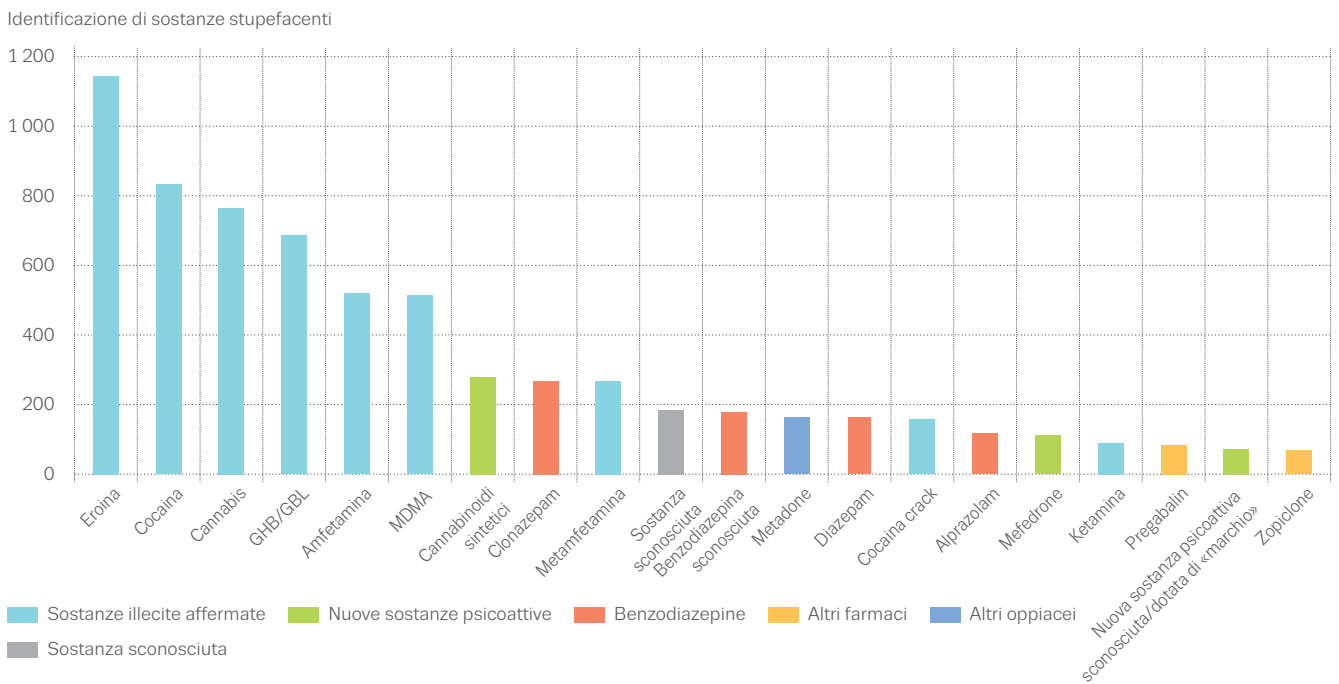
Danni acuti correlati al consumo di droga: eroina e cocaina predominanti

I dati sulle emergenze ospedaliere possono fornire informazioni particolarmente utili per comprendere i danni acuti correlati al consumo di droghe e aumentare la nostra comprensione dell'influenza che il consumo di stupefacenti ha sulla salute pubblica in Europa. Solo un esiguo numero di paesi monitora le emergenze tossicologiche acute a livello nazionale. Tra questi, Lituania e Regno Unito hanno segnalato un incremento delle emergenze legate all'eroina. Al contrario, sono state segnalate tendenze al ribasso delle emergenze legate all'eroina da Repubblica ceca e Danimarca. In Spagna la cocaina era implicata in quasi metà delle emergenze tossicologiche segnalate nel 2015 e la quota si sta stabilizzando dopo un calo. Allo stesso tempo la quota di emergenze da cannabis ha continuato ad aumentare. La Slovenia segnala anche una tendenza al rialzo nel 2016 nel numero di emergenze legate a cocaina, amfetamine e GHB. Nel 2016 le regioni sentinella nei Paesi Bassi hanno segnalato 272 emergenze relative alla 4-fluoroamfetamina (4-FA), un nuovo stimolante del sistema nervoso centrale. La maggior parte di questi casi è stata osservata in punti di primo intervento in contesti di vita notturna, mentre quasi un terzo delle chiamate di ambulanze per droga era legato al consumo di GHB.

I ricoveri per tossicità acuta correlata al consumo di droghe in 19 ospedali (sentinella) di 13 paesi europei sono monitorati dalla rete europea delle emergenze tossicologiche (Euro-DEN Plus). Nel 2016 il progetto ha registrato 4 874 ricoveri, con un'età media di 32 anni, la maggior parte dei quali di sesso maschile (77 %). Quasi tre quarti dei ricoverati sono stati portati in ospedale in ambulanza. La maggior parte (78 %) è stata dimessa dall'ospedale entro 12 ore. Una minoranza (6 %) è stata ricoverata in terapia intensiva o in un reparto psichiatrico (4 %). Sono stati registrati in totale 22 decessi, di cui 13 riconducibili a oppiacei.

FIGURA 3.7

Principali 20 sostanze stupefacenti segnalate nei ricoveri di emergenza presso gli ospedali sentinella nel 2016



Per ogni ricovero sono state segnalate in media circa 1,5 sostanze (7 423 in totale). Gli stupefacenti più frequentemente coinvolti erano eroina, cocaina, cannabis, GHB/GBL, amfetamina e MDMA (figura 3.7). Un quinto (21 %) dei ricoveri implicava l'abuso di farmaci prescrittibili o da banco (più frequentemente oppiacei e benzodiazepine); il 7 % riguardava nuove sostanze psicoattive (a fronte del 9 % nel 2015 e del 6 % nel 2014). Il numero di ricoveri correlati al consumo di catinoni sintetici è diminuito notevolmente, da 400 nel 2014 a 160 nel 2016, mentre nel contempo il numero relativo ai cannabinoidi sintetici è aumentato da 28 a 282. L'incremento del numero di ricoveri correlati al consumo di cannabinoidi sintetici è trainato principalmente dai centri di Londra e della Polonia.

Le differenze tra i siti per quanto riguarda gli stupefacenti coinvolti nei ricoveri di emergenza possono rispecchiare variazioni nel bacino di utenza ospedaliero e nei modelli di consumo locali. Per esempio, le emergenze per eroina sono state le più frequenti a Dublino (Irlanda) e a Oslo (Norvegia), mentre i ricoveri correlati al consumo di GHB/GBL, cocaina e MDMA sono stati prevalenti a Londra (Regno Unito).

Nuove droghe: elevata potenza e danni

Le nuove sostanze psicoattive, inclusi gli oppiacei sintetici, i cannabinoidi sintetici e i catinoni sintetici, stanno causando diversi gravi danni in Europa e rappresentano una sfida per le politiche in materia di droga. Oppiacei sintetici e cannabinoidi sintetici sono due gruppi di sostanze che destano particolare preoccupazione.

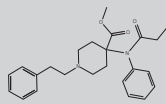
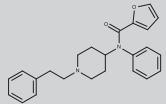
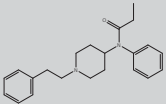
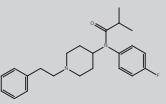
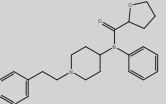
Pur rivestendo un ruolo minore nel mercato europeo della droga, i nuovi oppiacei comportano una seria minaccia per la salute pubblica e individuale. Di particolare interesse sono i derivati del fentanil, che costituiscono la maggior parte dei nuovi oppiacei monitorati dall'EMCDDA. Queste sostanze possono essere particolarmente potenti, poiché quantità minime sono in grado di causare avvelenamenti potenzialmente mortali da depressione respiratoria rapida e grave. Ciò li rende particolarmente pericolosi, in particolare nei confronti di consumatori ignari che credono

di acquistare eroina, altre sostanze illecite o medicinali antidolorifici. In tali circostanze potrebbe essere necessario valutare la disponibilità dell'antidoto naloxone agli oppiacei. Oltre ai rischi acuti di overdose, i derivati del fentanil sembrano anche a elevato rischio di abuso e sviluppo di dipendenza, cosa che potrebbe aggravare i problemi sociali e di salute pubblica comunemente associati al consumo ad alto rischio di oppiacei.

Indagini congiunte e valutazione dei rischi

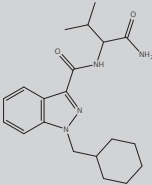
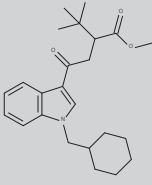
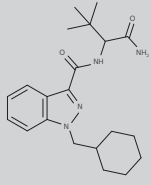
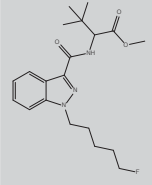
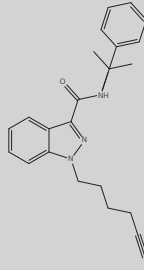
In seguito alle due indagini congiunte su acrilioifentanil e furanilfentanil condotte dall'EMCDDA e dall'Europol nel 2016, nel 2017 sono stati esaminati altri cinque derivati di fentanil dopo la segnalazione di decessi attraverso il sistema di allerta rapido dell'UE. Le sostanze (4-fluoro-isobutiril fentanil, tetraidrofuranilfentanil, carfentanil, metossiacetilfentanil, ciclopropilfentanil) sono state coinvolte in oltre 160 decessi, molti dei quali sono stati attribuiti direttamente a tali sostanze. Complessivamente, cinque di queste sette sostanze sono state formalmente sottoposte a una valutazione dei rischi da parte dell'EMCDDA nel corso del 2017 (tabella 1); le restanti due sostanze saranno valutate nel 2018. Ad oggi, acrilioifentanil e furanilfentanil sono stati sottoposti a misure di controllo a livello dell'UE a causa dei rischi che comportano per la salute pubblica in Europa.

Tabella 1. Principali risultati delle valutazioni dei rischi di cinque derivati del fentanil

Denominazione comune	Carfentanil	Furanilfentanil	Acrliliofentanil	4F-iBF (4-fluoro-isobutiril fentanil)	THF-F (tetraidrofuranil-fentanil)
Struttura chimica					
Notifica formale al sistema di allerta rapido dell'UE	12 febbraio 2013	3 novembre 2015	7 luglio 2016	26 agosto 2016	23 dicembre 2016
Numero di decessi	61	23	47	20	14
Numero di paesi in cui si sono verificati decessi associati	8	6	3	2	1
Numero di sequestri da parte delle forze dell'ordine	801	143	162	24	53
Numero di paesi in cui è stato sequestrato (UE, Turchia e Norvegia)	7	14	5	4	1

Sempre durante il 2017, sono stati studiati quattro cannabinoidi sintetici e di conseguenza sono state effettuate valutazioni dei rischi (tabella 2). Le sostanze (AB-CHMINACA, ADB-CHMINACA, 5F-MDMB-PINACA, CUMYL-4CN-BINACA) sono state coinvolte in oltre 80 decessi. Tali sostanze derivano da MDMB-CHMICA, il primo cannabinoide a essere sottoposto a una valutazione dei rischi da parte dell'EMCDDA. I motivi alla base della grave tossicità che queste sostanze possono causare includono la loro elevata potenza e le prassi di fabbricazione inadeguate. Determinati elementi fanno pensare che i produttori non si attengano a dosaggi precisi quando fabbricano le «miscele da fumare». Inoltre, è possibile che la sostanza non sia distribuita uniformemente nel prodotto a causa delle tecniche di produzione grossolane. Ciò può far sì che alcuni prodotti contengano quantità tossiche della sostanza, il che comporta un rischio maggiore di avvelenamento.

Tabella 2. Principali risultati delle valutazioni dei rischi di cinque cannabinoidi sintetici

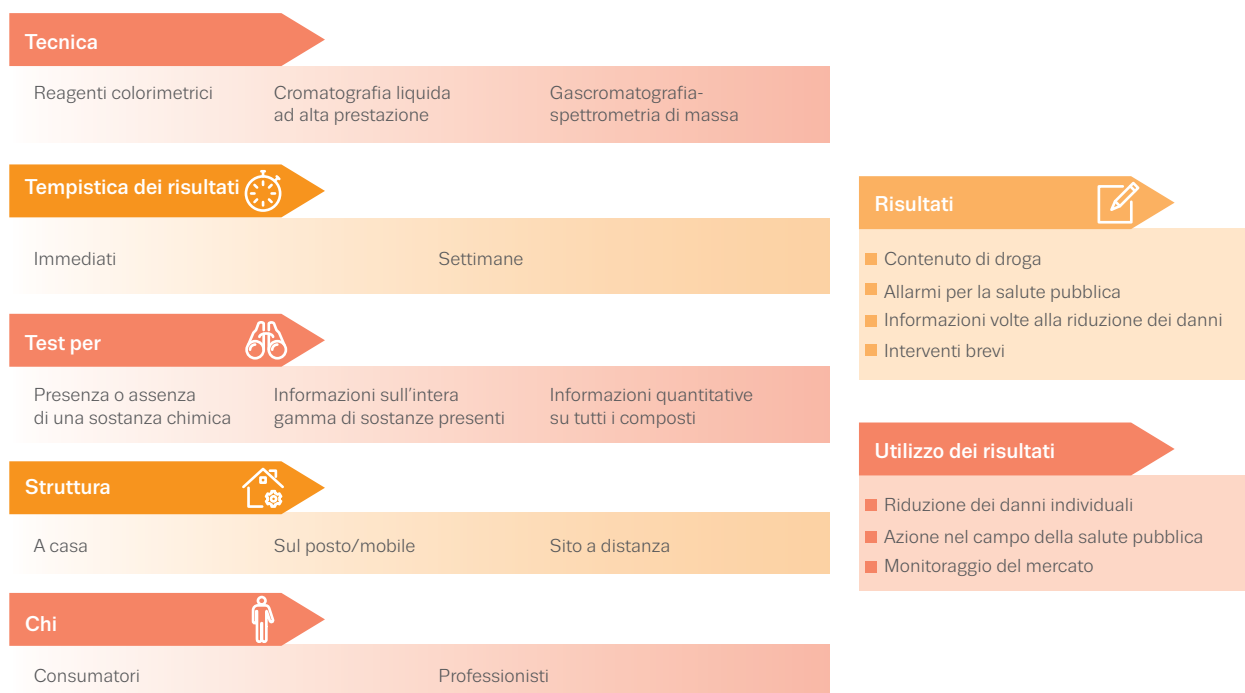
Denominazione comune	AB-CHMINACA	MDMB-CHMICA	ADB-CHMINACA	5F-MDMB-PINACA	CUMYL-4CN-BINACA
Struttura chimica					
Notifica formale al sistema di allerta rapido dell'UE	10 aprile 2014	12 settembre 2014	24 settembre 2014	8 gennaio 2015	4 marzo 2016
Numero di decessi	31	29	13	28	11
Numero di paesi in cui si sono verificati decessi associati	6	6	3	2	2
Numero di sequestri da parte delle forze dell'ordine	6 422	>3 600	3 794	1 986	2 461
Numero di paesi in cui è stato sequestrato (UE, Turchia e Norvegia)	26	25	19	27	12

I nuovi oppiacei comportano una seria minaccia per la salute pubblica e individuale



FIGURA 3.8

Esempi di tecniche per il controllo delle tossicodipendenze e relativa applicazione



Servizi di controllo delle tossicodipendenze: disponibilità in Europa

I servizi di controllo delle tossicodipendenze consentono ai consumatori di analizzare le proprie sostanze stupefacenti al fine di fornire informazioni sul contenuto del campione. Gli obiettivi dei servizi di controllo delle tossicodipendenze vanno dalla riduzione del danno, fornendo consulenza e informazioni ai consumatori di stupefacenti, al monitoraggio delle tendenze attuali ed emergenti in materia di droga. In alcuni paesi i servizi di controllo delle tossicodipendenze sono parte integrante dei sistemi nazionali di allerta rapida, in particolare per quanto riguarda l'identificazione e il monitoraggio di nuove sostanze psicoattive.

I servizi preposti al controllo delle tossicodipendenze sono disponibili in 10 paesi dell'UE. I servizi variano in diversi modi, tra cui ubicazione, metodi, tempestività dei risultati, modalità e finalità di comunicazione dei risultati (figura 3.8). I servizi che effettuano test possono essere basati su laboratori fissi o mobili ubicati, ad esempio, in festival musicali e discoteche. I metodi utilizzati vanno dai materiali per l'autodiagnosi che mostrano la presenza o l'assenza di un particolare stupefacente o adulterante, a sofisticate apparecchiature in grado di individuare e quantificare numerose sostanze. Anche il tempo necessario per fornire i risultati può variare, da pochi secondi a pochi giorni.

La comunicazione dei risultati è importante per i servizi di controllo delle tossicodipendenze ed essi sono spesso accompagnati dall'offerta di consigli o di brevi interventi. I metodi di comunicazione utilizzati includono allarmi per la salute pubblica e rivolti ai consumatori, pannelli informativi durante gli eventi musicali, pubblicazione on-line dei risultati o risultati forniti direttamente ai singoli.

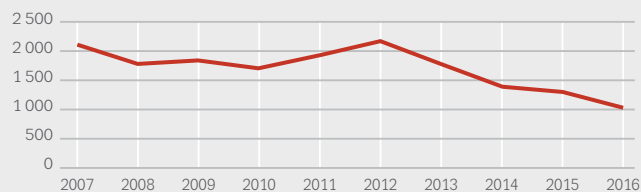
Danni cronici correlati al consumo di droghe: HIV in calo ma le diagnosi tardive persistono

I consumatori di stupefacenti, in particolare per via parenterale, rischiano di contrarre malattie infettive attraverso la condivisione del materiale utilizzato per l'assunzione di droghe e in seguito a rapporti sessuali non protetti. Il comportamento a rischio legato all'assunzione di stupefacenti per via parenterale continua a svolgere un ruolo centrale nella diffusione delle infezioni trasmissibili per via ematica, tra cui il virus dell'epatite C (HCV) e, in alcuni paesi, il virus dell'immunodeficienza umana (HIV). Nel 2016, 1 027 nuove diagnosi di HIV in persone infettate attraverso l'assunzione di droghe per via parenterale sono state denunciate nell'Unione europea (figura 3.9), pari al 5 % delle diagnosi di HIV di cui si conosce la via di trasmissione. Tale percentuale è rimasta bassa e stabile nell'ultimo decennio. Le nuove infezioni da HIV tra i consumatori di droghe iniettabili sono calate in gran parte dei paesi europei, con una flessione complessiva del 51 % tra il 2007 e il 2016. Tuttavia, il consumo di droghe

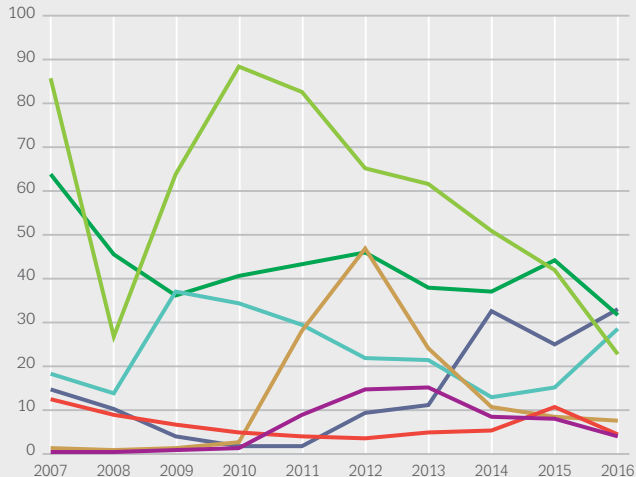
FIGURA 3.9

Casi di HIV di nuova diagnosi correlati al consumo di stupefacenti per via parenterale: situazione generale, tendenze specifiche e dati più recenti

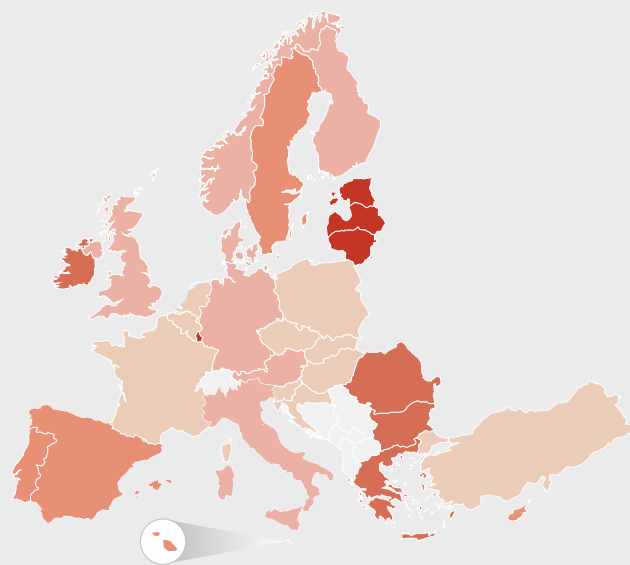
Casi nell'Unione europea



Casi per milione di abitanti



— Lussemburgo — Lettonia — Lituania — Estonia
— Grecia — Irlanda — Romaniaa



Casi per milione di abitanti
 <1 1,0-2 2,1-3 3,1-8 >8

Fonte: ECDC. Dati per il 2016.

iniettabili rimane un'importante modalità di trasmissione in alcuni paesi: nel 2016, secondo i dati riportati al Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), più di un quarto dei casi di nuova diagnosi di HIV è stato attribuito al consumo di droghe per via parenterale in Lituania (47%), Lussemburgo (29%) e Lettonia (27%). In Romaniaa e in Grecia, il numero di nuove infezioni da HIV attribuite al consumo di droghe iniettabili rimane sopra i livelli segnalati prima dei focolai nel 2012, sebbene abbia continuato a diminuire nel 2016.

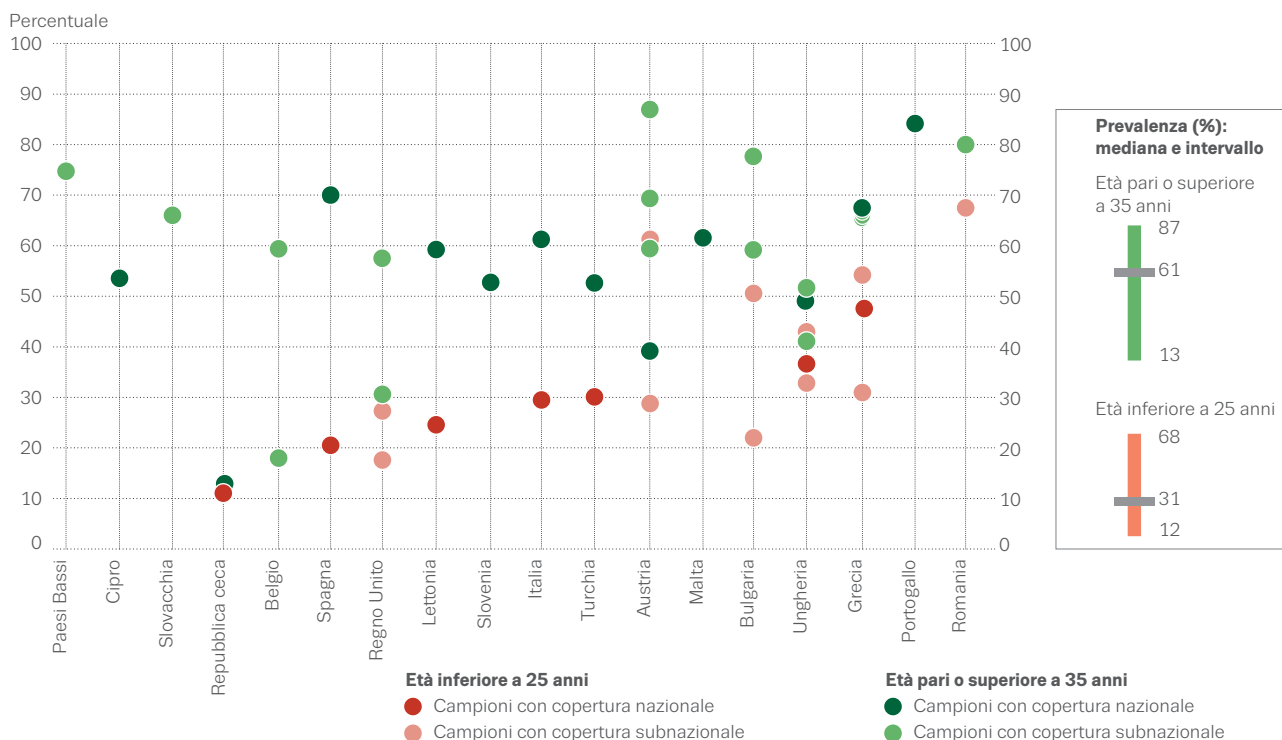
La maggior parte dei paesi ha segnalato una diminuzione del numero di casi di HIV correlati all'assunzione per via parenterale tra il 2015 e il 2016, tra cui l'Irlanda e il Regno Unito, che avevano segnalato incrementi nel 2015. In Irlanda e nel Regno Unito questo dato era in parte correlato a focolai localizzati. Il focolaio segnalato in Lussemburgo nel 2014 è proseguito fino al 2016 e un aumento dell'assunzione di stimolanti per via parenterale, parallelamente a livelli elevati di emarginazione dei consumatori, costituisce un fattore di questo focolaio. La Lituania ha registrato un netto incremento di nuove infezioni da HIV tra i consumatori di droghe iniettabili, quasi raddoppiando da 44 a 83 casi nel 2016. Un rischio aumentato di contrarre l'infezione è inoltre legato

all'assunzione di stimolanti per via parenterale in un contesto sessuale («slamming») da parte di piccoli gruppi di uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini.

Nel 2016 il 13% dei casi di AIDS di nuova segnalazione nell'Unione europea, aventi via di trasmissione nota, era riconducibile al consumo di stupefacenti per via parenterale, con 422 segnalazioni equivalenti a poco meno di un quarto del numero riferito un decennio fa.

FIGURA 3.10

Prevalenza dell'infezione da epatite C tra consumatori di droghe iniettabili, per età, 2015-2016



NB: i campioni inferiori a 10 non vengono mostrati. L'ordine dei paesi segue i dati relativi ai soggetti con età inferiore a 25 anni.

Nei casi in cui l'informazione era disponibile, metà delle nuove diagnosi di HIV attribuite all'assunzione di stupefacenti per via parenterale nell'Unione europea nel 2016 è stata diagnosticata in ritardo, ossia quando il virus aveva già iniziato a deteriorare il sistema immunitario. In Grecia e Romania, circa due su tre nuovi casi di HIV correlati ad assunzione per via parenterale sono stati diagnosticati in ritardo. La diagnosi tardiva dell'HIV è associata a ritardi nell'inizio della terapia antiretrovirale e all'aumento di morbilità e mortalità. La politica «testare e trattare» applicata all'HIV, per cui la terapia antiretrovirale viene cominciata immediatamente dopo una diagnosi di HIV, consente una riduzione della trasmissione ed è particolarmente importante nei gruppi con comportamenti a più alto rischio, quali i consumatori di droghe iniettabili. La diagnosi precoce e l'avvio tempestivo della terapia antiretrovirale offrono alle persone infettate una normale aspettativa di vita.

Prevalenza dell'HCV: differenze a livello nazionale

L'epatite virale, in particolare l'infezione causata dal virus dell'epatite C (HCV), mostra una prevalenza elevata tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale in tutta Europa. Su 100 persone che hanno contratto l'HCV, un numero compreso tra 75 e 80 svilupperà l'infezione

cronica. Ciò comporta gravi conseguenze nel lungo termine, perché l'infezione cronica da HCV, spesso aggravata dal forte consumo di alcol, sarà responsabile di un numero crescente di decessi e di casi di gravi epatopatie, compresi cirrosi e cancro, tra la popolazione che invecchia di consumatori ad alto rischio.

La prevalenza di anticorpi anti-HCV, che segnalano un'infezione presente o trascorsa, fra i campioni nazionali di consumatori di droghe iniettabili esaminati nel 2015-2016 varia dal 15% all'82%; sei dei 13 paesi che dispongono di dati nazionali segnalano un tasso di prevalenza superiore al 50%. Tra i paesi che dispongono di dati sulle tendenze nazionali per il periodo 2010-2016, un calo della prevalenza dell'HCV nei consumatori di droghe iniettabili è stato segnalato in quattro paesi, mentre in due si è osservato un incremento.

L'HCV è maggiormente diffuso tra i consumatori più adulti di droghe iniettabili rispetto ai più giovani, evidenziando così l'accumulo del rischio nel corso degli anni e l'elevata diffusione di infezioni tra i gruppi meno giovani (figura 3.10).

Tra i consumatori di droghe, l'infezione da virus dell'epatite B (HBV) è meno frequente di quella da HCV. Per tale virus, tuttavia, la presenza dell'antigene di superficie dell'HBV

indica un'infezione in corso, che potrebbe essere acuta o cronica. Nei sette paesi che dispongono di dati nazionali, si stima che una percentuale compresa tra l'1,5 % e l'11 % dei consumatori di droghe per via parenterale sia attualmente infetta dall'HBV.

L'assunzione di droga per via parenterale è un fattore di rischio anche per altre malattie infettive, con gruppi di casi di epatite A segnalati nella Repubblica ceca e in Germania nel 2016. Gruppi di casi e casi sporadici di botulismo da ferita tra i consumatori di droghe iniettabili sono stati segnalati anche in Germania, Norvegia e Regno Unito.

Prevenire le malattie infettive: misure efficaci

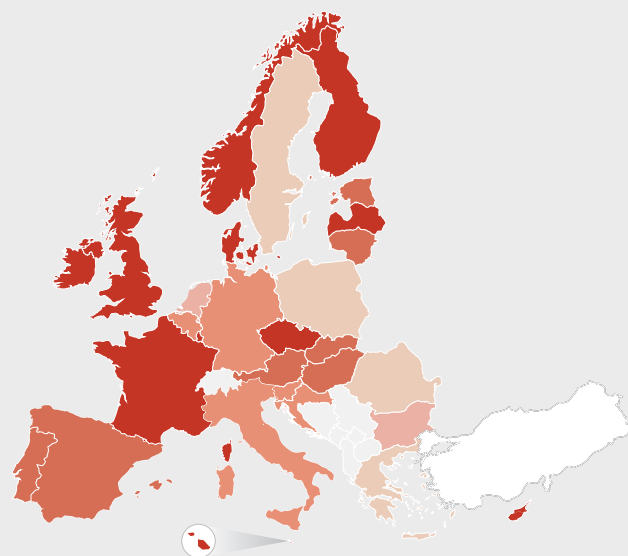
Le misure raccomandate per ridurre le malattie infettive correlate alle droghe tra i consumatori di droghe iniettabili includono l'offerta di terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei, la distribuzione di materiale sterile per il consumo parenterale di stupefacenti, la vaccinazione, i test sulle malattie infettive, il trattamento dell'epatite e dell'HIV, nonché interventi di promozione della salute focalizzati su comportamenti più sicuri di assunzione di stupefacenti per via parenterale e sulla riduzione del comportamento sessuale a rischio.

Nei consumatori di oppiacei per via parenterale la terapia sostitutiva riduce in maniera significativa il rischio d'infezione, con alcune analisi che indicano un aumento degli effetti protettivi quando un'elevata copertura del trattamento è associata a elevati livelli di fornitura di siringhe. Le prove disponibili dimostrano che i programmi di fornitura di aghi e siringhe sono efficaci nel ridurre la trasmissione dell'HIV tra i soggetti che assumono droghe iniettabili. Dei 30 paesi monitorati dall'EMCDDA, tutti tranne la Turchia forniscono gratuitamente strumenti puliti per il consumo parenterale presso centri specializzati. Tuttavia, esistono differenze considerevoli tra i paesi nella diffusione geografica dei centri di distribuzione delle siringhe (cfr. figura 3.11). I paesi differiscono anche per quanto concerne la copertura della popolazione bersaglio attraverso questo genere di intervento (figura 3.12). Informazioni sulla fornitura di siringhe nell'ambito di programmi specializzati sono disponibili con riferimento a 25 paesi, che hanno collettivamente riferito una distribuzione di oltre 54 milioni di unità nell'anno più recente per il quale sono disponibili dati (2015/16). Questo numero è fortemente sottostimato, poiché alcuni grandi paesi come Germania, Italia e Regno Unito non trasmettono dati nazionali completi sulla fornitura di siringhe.

I paesi europei segnalano, inoltre, la distribuzione di altri materiali da parte di strutture specializzate in stupefacenti,

FIGURA 3.11

Disponibilità geografica di programmi di fornitura di aghi e siringhe nell'Unione europea, in Norvegia e in Turchia



Percentuale di unità territoriali con uno o più centri
 0 <20 20–39 40–59 60–79 >80
 NB: sulla base di unità territoriali NUTS-3 di Eurostat. I valori di Spagna, Germania e Italia si basano su stime di esperti. La disponibilità geografica potrebbe non rispecchiare la quota di popolazione bersaglio raggiunta dall'intervento.

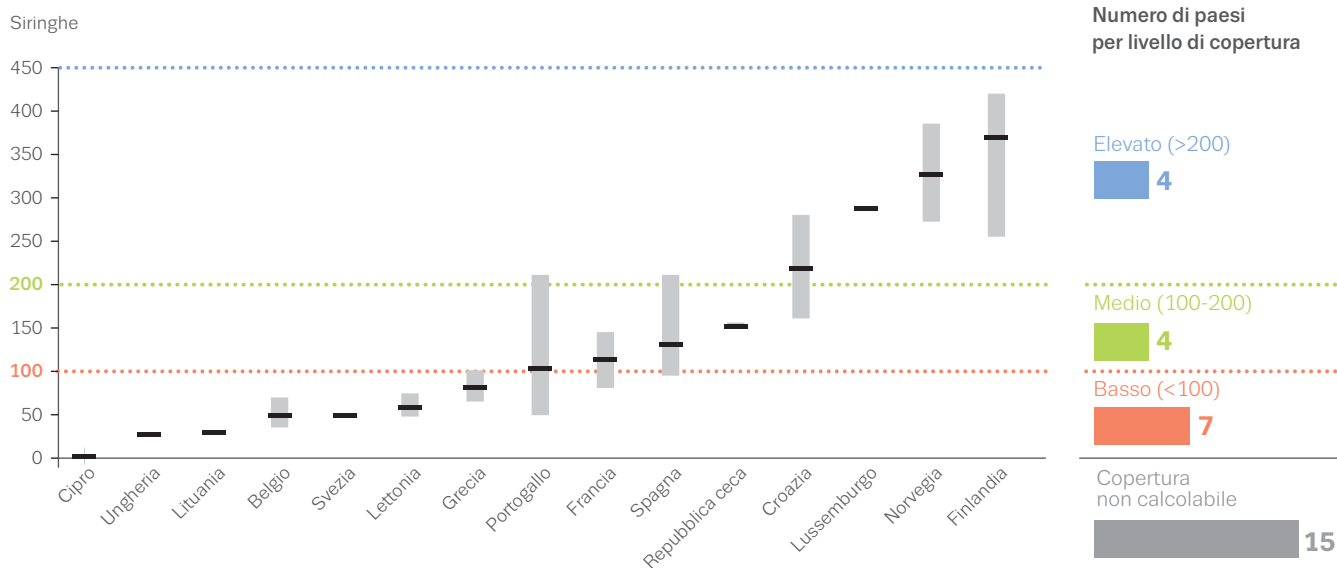
oltre a siringhe e aghi. Più della metà dei paesi segnala, per esempio, informazioni scritte su un consumo più sicuro, preservativi, tamponi disinfettanti e acido citrico. La fornitura di stagnele o pipette per consentire e promuovere l'inalazione piuttosto che l'iniezione di droghe è segnalata da otto paesi, mentre nella Repubblica ceca vengono distribuite capsule di gelatina per incoraggiare il consumo orale di metamfetamina (pervitin).

Eliminazione dell'HCV: accesso a test e trattamento

Gli standard di qualità minimi dell'UE relativi agli interventi in favore della riduzione della domanda promuovono l'offerta di test volontari per le malattie infettive trasmesse per via ematica presso le agenzie comunitarie, unitamente alla consulenza sui comportamenti rischiosi e all'assistenza nella gestione della malattia. Tuttavia, la stigmatizzazione ed emarginazione dei consumatori di stupefacenti costituiscono barriere all'adesione ai test e al trattamento. Sono necessari metodi innovativi per superare queste difficoltà, in particolare un uso più ampio della consulenza e dei test da parte di addetti qualificati dell'assistenza di prossimità. Inoltre, l'eventuale estensione dei test sulle malattie infettive dovrebbe essere accompagnata da misure che garantiscano un'adeguata offerta di trattamento delle infezioni.

FIGURA 3.12

Capillarità dei programmi specializzati di fornitura di siringhe: numero di siringhe fornite per consumatore stimato di droghe iniettabili



NB: i dati sono indicati come stime puntuali e intervalli di incertezza.

Le linee guida europee redatte da esperti raccomandano di prendere in considerazione il trattamento dell'HCV senza indugio nei soggetti ad alto rischio di trasmissione del virus, il che include i consumatori attivi di droghe iniettabili e i detenuti.

Nuovi ed efficaci regimi di trattamento, meglio tollerati, completamente assumibili per via orale, senza interferenze, con agenti antivirali ad azione diretta possono portare alla guarigione nel 95 % dei casi. L'accesso illimitato al trattamento rimane raro, a causa degli elevati costi di questi farmaci. A partire da ottobre 2017, un paese europeo su due ha definito il proprio approccio alla prevenzione e alla cura dell'epatite in un documento politico. Tuttavia, le linee guida cliniche in nove paesi includevano criteri che limitano l'accesso al trattamento dell'HCV per i consumatori di droghe (per esempio, richiedono astinenza dal consumo di droghe per 3-12 mesi).

Interventi nelle carceri: differenze nella disponibilità a livello nazionale

Tra i detenuti si segnalano tassi di consumo di stupefacenti nell'arco della vita più alti di quelli riscontrati tra la popolazione generale e modelli di consumo più dannosi, inclusa l'assunzione per via parenterale, cosa che fa delle carceri un luogo importante in cui attuare interventi contro le droghe. Molti detenuti hanno esigenze sanitarie complesse, per cui la valutazione del consumo di sostanze e dei problemi a esse correlati fa parte dei controlli sanitari effettuati all'arrivo in carcere in molti

paesi. L'analisi dei dati sulla prevalenza dell'HIV e dell'HCV tra i consumatori di droghe iniettabili in 17 paesi europei, dal 2006 al 2017, ha mostrato che la prevalenza di tali infezioni era significativamente più elevata tra le persone con una storia di carcerazione nella maggior parte dei paesi: 10 paesi su 17 nel caso dell'HIV e 14 su 17 nel caso dell'HCV.

Nella maggior parte dei paesi sono disponibili test sulle malattie infettive (HIV, HBV, HCV e tubercolosi) nelle carceri, sebbene possano essere limitati a test al momento dell'ingresso o soltanto a individui sintomatici. L'offerta di trattamento per l'epatite C è segnalata solo in 11 paesi. È segnalata l'esistenza di programmi di vaccinazione contro l'epatite B in 16 paesi. La fornitura di materiale sterile per il consumo parenterale di stupefacenti è meno comune: soltanto cinque paesi hanno infatti segnalato l'esistenza di programmi di fornitura di siringhe nelle carceri, di cui solo tre riferiscono l'effettiva attuazione dell'intervento.

Due principi importanti per l'attuazione di interventi sanitari in carcere sono l'equivalenza con gli interventi a livello di comunità locali e la continuità dell'assistenza dopo la scarcerazione. In 28 paesi è possibile fornire un trattamento sostitutivo agli oppiacei nelle carceri, ma la copertura è scarsa nella maggior parte dei paesi. Gli interventi offerti ai detenuti includono disintossicazione, consulenza individuale e di gruppo, trattamento in comunità terapeutiche e in reparti di degenza specifici. Quasi tutti i paesi segnalano l'offerta di una o più di tali opzioni di trattamento. La maggioranza dei paesi europei

ha istituito partenariati tra i servizi sanitari carcerari e gli erogatori dei medesimi servizi a livello territoriale, al fine di favorire l'educazione sanitaria e il trattamento all'interno del carcere e garantire la continuità dell'assistenza dall'inizio della detenzione alla scarcerazione. In tutti i paesi ha luogo una preparazione alla scarcerazione, che prevede anche il reinserimento sociale. Programmi per la prevenzione del rischio di overdose, che è particolarmente elevato tra i consumatori di oppiacei per via parenterale nel periodo successivo alla scarcerazione, sono segnalati da cinque paesi e comprendono formazione, informazioni, nonché la fornitura di naloxone alla scarcerazione.

Decessi per overdose: in aumento tra i consumatori di stupefacenti ad alto rischio

Il consumo di stupefacenti è una causa nota di morte evitabile tra gli adulti europei. Gli studi su coorti di consumatori di stupefacenti ad alto rischio mostrano tassi di mortalità totali compresi tra l'1 e il 2 % l'anno. Nel complesso, i consumatori di oppiacei in Europa hanno una probabilità di morire da cinque a dieci volte maggiore rispetto ai propri coetanei dello stesso sesso. L'elevato tasso di mortalità tra i consumatori di oppiacei è legato in particolare ai casi di overdose, anche se non sono trascurabili altre cause di decesso indirettamente correlate al consumo di tali sostanze, tra cui infezioni, incidenti,

violenza e suicidio. È comune un cattivo stato di salute, caratterizzato dall'accumularsi di affezioni collegate fra loro. Le malattie polmonari ed epatiche croniche, come anche i problemi cardiovascolari, sono frequenti e rappresentano una quota elevata dei decessi tra i consumatori di stupefacenti cronici e meno giovani.

In Europa l'overdose continua a essere la principale causa di decesso tra i consumatori di stupefacenti ad alto rischio e oltre i tre quarti di coloro che muoiono per overdose sono di sesso maschile (79 %). Occorre cautela nell'interpretare i dati relativi all'overdose, tra cui in particolare il totale cumulativo dell'UE, per motivi che includono la sistematica omissione delle segnalazioni in alcuni paesi e i ritardi causati dalle procedure di registrazione. Le stime annue pertanto rappresentano un valore provvisorio minimo.

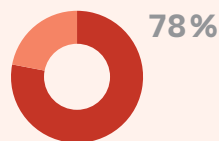
DECESSI CAUSATI DAL CONSUMO DI STUPEFACENTI

Caratteristiche

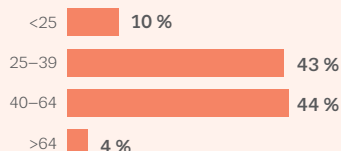


Età media al decesso **39** anni

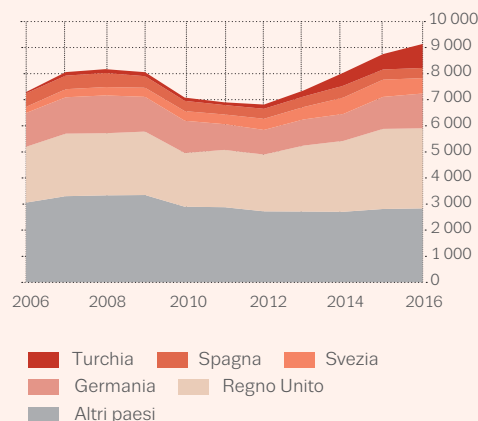
Decessi con presenza di oppiacei



Età al decesso



Tendenze nei decessi per overdose



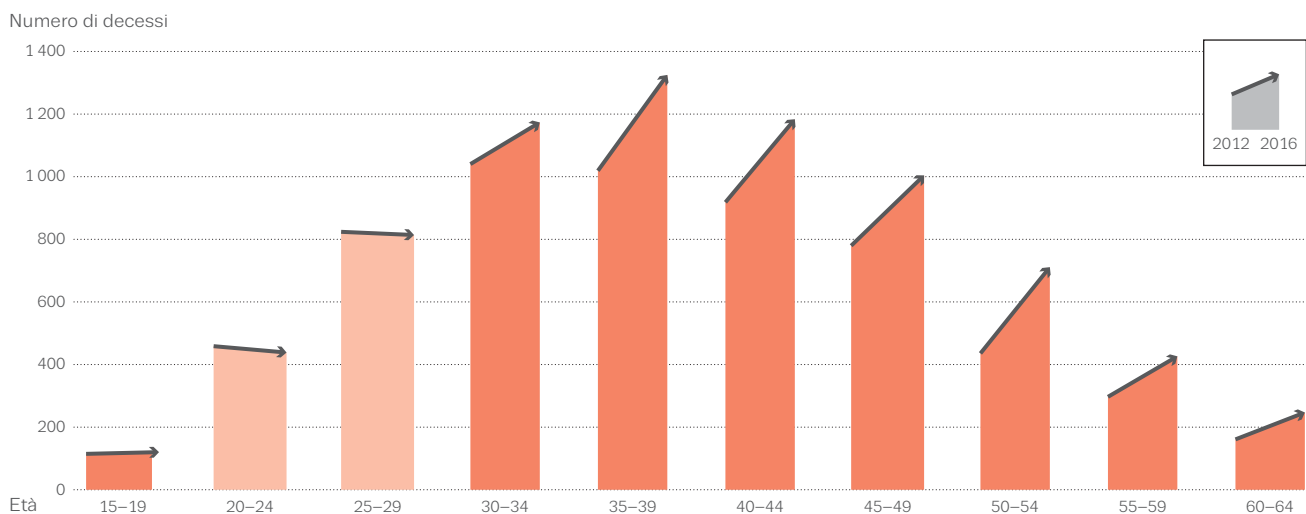
Numero di decessi



NB: dati per Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia (UE + 2).

FIGURA 3.13

Numero di decessi indotti dagli stupefacenti segnalati in Europa nel 2012 e 2016, o nell'anno più recente, per fascia d'età



Si calcola che nel 2016 ci siano stati nell'Unione europea almeno 7 929 decessi per overdose in cui erano implicate una o più sostanze illecite. Includendo Norvegia e Turchia, tale cifra sale a 9 138 decessi stimati, pari a un incremento del 4 % rispetto al dato rivisto del 2015 di 8 749; la situazione dell'UE è nel complesso stabile rispetto al 2015. Come negli anni precedenti, Regno Unito (34 %) e Germania (15 %) coprono insieme circa la metà del totale europeo. Ciò è dovuto in parte alle dimensioni delle popolazioni a rischio in tali paesi, ma anche all'omissione di segnalazioni in alcuni altri Stati. Concentrandosi su paesi con sistemi di segnalazione relativamente solidi e con dati disponibili per il 2016, sono stati osservati aumenti del numero di decessi per overdose in Estonia e Germania. Nei Paesi Bassi, non è ancora chiaro se un aumento significativo dei decessi per overdose segnalati (in aumento del 91 % rispetto al 2014) rappresenti un aumento reale del numero di decessi indotti dagli stupefacenti o sia dovuto ad altre cause, come ad esempio variazioni nella registrazione. Nel Regno Unito è stato segnalato un aumento nel 2015, con il 13 % in più di decessi rispetto al 2014 e il 21 % in più rispetto al 2013. Dati provvisori suggeriscono che tale aumento è continuato nel 2016. La tendenza al rialzo apparente in Svezia per alcuni anni è stata invertita nel 2016. La Turchia continua a segnalare importanti aumenti, con quasi un

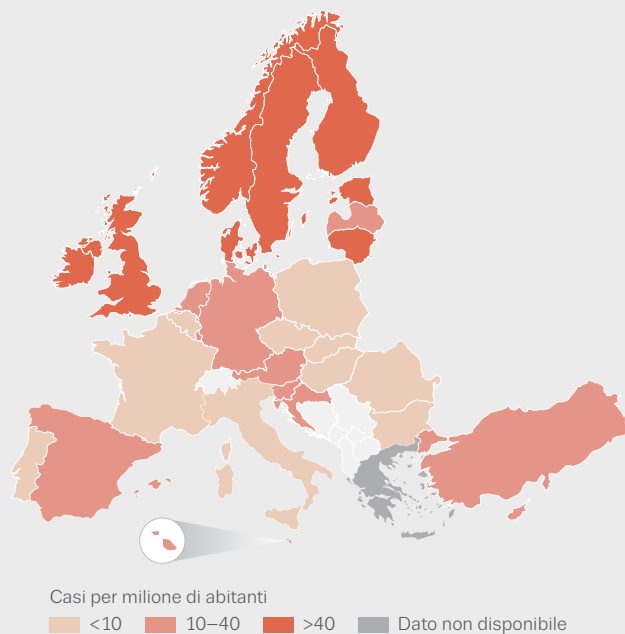
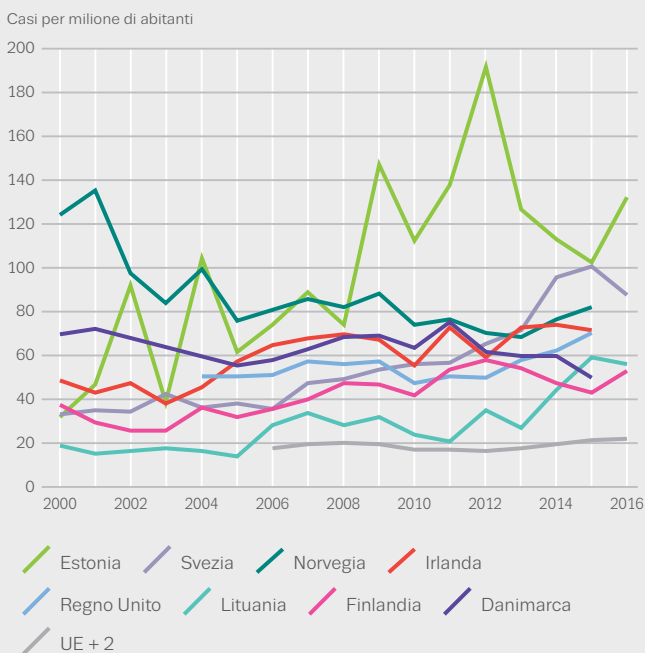
raddoppio del numero del 2016 rispetto a quello del 2014, ma questo sembra essere in gran parte dovuto al miglioramento nella raccolta e nella segnalazione dei dati.

La crescente tendenza nel numero riportato di decessi per overdose tra le fasce d'età più adulte riflette l'invecchiamento della popolazione europea che fa uso di oppiacei, che è a maggior rischio di decesso per overdose. Tra il 2012 e il 2016, i decessi per overdose nell'Unione europea sono aumentati in tutte le categorie di età sopra i 30 anni (figura 3.13). I decessi tra le fasce d'età con 50+ anni sono complessivamente aumentati del 55 %, a fronte di un aumento del 25 % dei decessi nella fascia 30-49 anni. Il numero di decessi per overdose che si verifica tra le fasce d'età più giovani è rimasto complessivamente stabile nell'Unione europea. L'analisi dei casi di overdose mortali segnalate dalla Turchia nel 2016 mostra un profilo più giovane rispetto a quello dell'Unione europea, con un'età media di 31 anni (rispetto ai 39 anni) e un terzo dei casi di età inferiore ai 25 anni.

**L'overdose continua ad essere
la principale causa di morte tra
i consumatori di stupefacenti ad
alto rischio**

FIGURA 3.14

Tassi di mortalità indotta dagli stupefacenti tra gli adulti (15-64): tendenze specifiche e dati più recenti



NB: tendenze negli otto paesi che hanno segnalato i valori più elevati nel 2016 o 2015 e tendenza europea generale. UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia.

Mortalità indotta dagli stupefacenti: tassi più elevati segnalati nell'Europa settentrionale

Il tasso di mortalità per overdose in Europa nel 2016 è stimato in 21,8 decessi per milione di abitanti di età compresa fra 15 e 64 anni. Il tasso maschile (34,7 casi per milione) è quasi quadruplo rispetto a quello femminile (8,9 casi per milione). I tassi di mortalità per overdose sono più elevati all'età di 35-39 anni per i maschi, con 57,4 decessi per milione, e all'età di 40-44 anni per le femmine, con 12,4 decessi per milione. L'età media al decesso, tuttavia, è di 39 anni tanto per gli uomini quanto per le donne. Le tendenze e i tassi di mortalità nazionali presentano notevoli variazioni (figura 3.14) e sono influenzati da fattori quali la prevalenza e i modelli di consumo, come anche le prassi nazionali di segnalazione, registrazione delle informazioni e codifica dei casi di overdose, inclusi livelli variabili di omissione delle segnalazioni, nelle banche dati nazionali della mortalità. Secondo gli ultimi dati disponibili, sono stati segnalati tassi superiori a 40 decessi per milione di abitanti in otto paesi dell'Europa settentrionale, con i più alti dichiarati in Estonia (132 per milione), Svezia (88 per milione), Norvegia (81 per milione) Irlanda (70 per milione) e Regno Unito (70 per milione) (figura 3.14).

Casi di overdose mortali: predominanza di decessi correlati agli oppiacei

L'eroina o i suoi metaboliti, spesso in combinazione con altre sostanze, sono presenti in gran parte dei casi segnalati di overdose mortali in Europa. I dati più recenti mostrano un aumento del numero di decessi correlati all'eroina in Europa, in particolare nel Regno Unito, dove la maggior parte dei decessi per overdose (87 %) ha riguardato una qualche forma di oppiaceo. In Inghilterra e Galles, l'eroina o la morfina sono state menzionate in relazione a 1 177 decessi registrati nel 2015, con un aumento del 18 % rispetto all'anno precedente e del 44 % rispetto al 2013. I decessi correlati all'eroina o alla morfina sono aumentati anche in Scozia (Regno Unito), con 473 di tali decessi registrati nel 2016, pari a un incremento del 37 % rispetto all'anno precedente. In Francia, l'eroina è stata coinvolta nel 30 % dei decessi per overdose nel 2015, rispetto al 15 % nel 2012. Nelle relazioni tossicologiche di solito sono presenti anche altri oppiacei, tra cui principalmente metadone ma anche buprenorfina (Finlandia), fentanil e suoi derivati (in particolare in Estonia) e tramadolo, che sono responsabili di una quota consistente di decessi per overdose in alcuni paesi.

Gli stimolanti come cocaina, amfetamine, MDMA e catinoni sono implicati in un numero più ristretto di decessi per overdose in Europa, anche se la loro importanza varia di paese in paese. Nel Regno Unito (Inghilterra e Galles), i decessi per cocaina sono saliti da 169 nel 2013 a 340 nel 2015, anche se in molti casi si

ritiene che si trattasse di overdose da eroina tra persone che consumavano anche crack. Nel 2016 i decessi correlati a stimolanti in Turchia includevano 100 casi associati a cocaina, 98 ad amfetamina e 252 in cui era presente l'MDMA. La Turchia ha anche segnalato un forte aumento del numero di decessi legati ai cannabinoidi sintetici: da 137 nel 2015 a 373 nel 2016. Nel Regno Unito, il numero di decessi che coinvolgono nuove sostanze psicoattive rimane relativamente basso, ma è aumentato dal 2010, in particolare in Scozia.

Overdose e decessi correlati alla droga: interventi di prevenzione

La necessità di ridurre la morbilità e la mortalità dei casi di overdose costituisce una sfida importante per la salute pubblica in Europa. Una più ampia risposta in materia di salute pubblica in questo ambito mira a ridurre la vulnerabilità tra i consumatori di droghe, in particolare rimuovendo barriere e rendendo accessibili i servizi, e consentendo loro di assumere meno rischi (figura 3.15). La valutazione del rischio di overdose tra i consumatori di droghe e il potenziamento della loro sensibilizzazione in merito all'overdose, combinati con un efficace trattamento della tossicodipendenza, aiuta a prevenire il verificarsi di casi di overdose. Periodi di rischio elevato, come la scarcerazione e la dimissione dal trattamento o il suo abbandono, richiedono un'attenzione particolare. Interventi come le strutture per il consumo controllato di stupefacenti nonché i programmi di assunzione «a casa» di naloxone

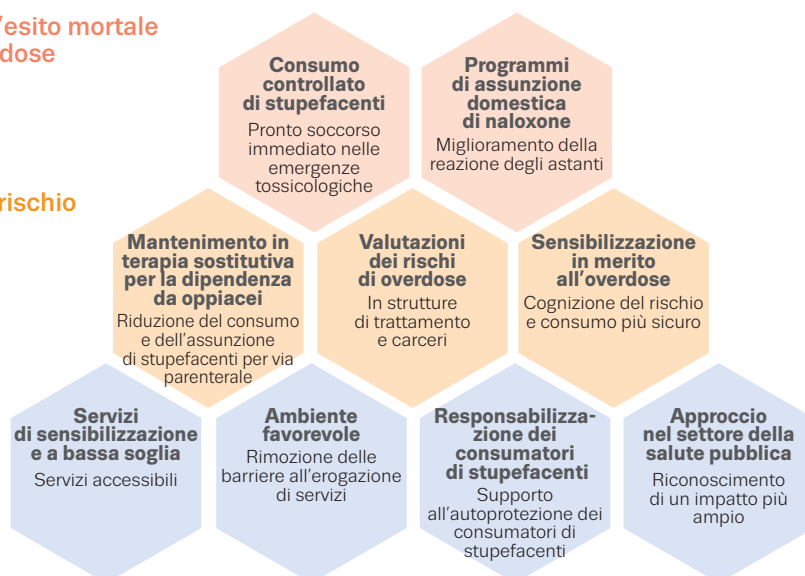
FIGURA 3.15

Approcci principali per ridurre i decessi correlati agli oppiacei

Riduzione dell'esito mortale in caso di overdose

Riduzione del rischio di overdose

Riduzione della vulnerabilità



costituiscono risposte altamente mirate che intendono migliorare la probabilità di sopravvivere a un tale evento.

Le strutture per il consumo controllato di stupefacenti sono spazi in cui i tossicodipendenti possono consumare droghe in condizioni igieniche e più sicure. Questo intervento intende prevenire i casi di overdose e garantire un'assistenza professionale nel caso in cui si verificano. Queste strutture in genere forniscono l'accesso a un'ampia gamma di servizi medici e sociali, nonché il rinvio al trattamento della tossicodipendenza, e sono in grado di attrarre popolazioni di consumatori difficili da raggiungere. Queste strutture supervisionano un gran numero di assunzioni di droga, che altrimenti si sarebbero verificate nelle strade o in altre circostanze rischiose. Vi è una crescente evidenza dei loro benefici, i quali includono riduzione del comportamento a rischio, riduzione della mortalità per overdose e della trasmissione di infezioni, nonché incremento dell'accesso al trattamento e ad altri servizi sanitari e sociali da parte dei consumatori di stupefacenti. Allo stesso tempo, possono contribuire a ridurre il consumo di stupefacenti in pubblico e a migliorare in termini di pubblica utilità le aree circostanti i mercati cittadini della droga. Simili strutture operano ora in 56 città in sei paesi UE e in Norvegia, per un totale di 78. In Germania, dove tali strutture sono operative dall'inizio degli anni '90, le disposizioni legali sono state recentemente riviste per consentire loro di supervisionare i tipi di consumo a basso rischio, come sniffare, fumare e inalare. Inoltre, due dei 16 Stati federali hanno iniziato a consentirne l'utilizzo da parte di persone in terapia sostitutiva.

| Naloxone: programmi di assunzione «a casa»

Il naloxone è un farmaco antagonista degli oppiacei che può essere usato come antidoto in caso di overdose. È impiegato nei reparti di emergenza ospedalieri, dal personale delle ambulanze e dal personale di servizi che entrano regolarmente in contatto con consumatori di stupefacenti. Di recente c'è stata un'espansione dei programmi di assunzione «a casa» di naloxone, i quali hanno reso disponibile il farmaco ai consumatori di oppiacei, ai loro partner, coetanei e familiari, ai quali sono date anche indicazioni su come riconoscere un episodio di overdose e reagire in maniera adeguata. Nel 2017, sedici programmi di assunzione «a casa» di naloxone erano

operativi in 10 paesi europei. Un'analisi sistematica dell'efficacia dei programmi di assunzione «a casa» di naloxone ha dimostrato che la sua fornitura in combinazione con interventi informativi e formativi contribuisce a ridurre le morti per overdose. Possono beneficiare in particolare di tali interventi alcune fasce della popolazione a elevato rischio, come i detenuti scarcerati di recente. I detenuti sono inclusi nei programmi di assunzione «a casa» di naloxone in Estonia, Francia e Regno Unito, mentre una distribuzione di naloxone in carcere dovrebbe iniziare in Norvegia nel 2018.

La maggior parte dei kit di naloxone forniti dai servizi sanitari e per la cura della tossicodipendenza includono naloxone iniettabile generico (0,4 o 1 mg/1 ml) in fiale o siringhe preriempite con il farmaco. In Francia, una formulazione nasale più concentrata del farmaco (0,9 mg/0,1 ml), utilizzata a titolo sperimentale dal 2016, ha ottenuto l'autorizzazione all'immissione in commercio nel mese di luglio 2017, facilitandone in tal modo un utilizzo più esteso. Nel novembre 2017, la Commissione europea ha approvato la commercializzazione di uno spray nasale nell'Unione europea, in Norvegia, Islanda e Liechtenstein. Lo spray eroga 1,8 mg di naloxone in 0,1 ml di soluzione.

Ridurre la morbilità e la mortalità dei casi di overdose costituisce una sfida importante per la salute pubblica



MAGGIORI INFORMAZIONI

Pubblicazioni dell'EMCDDA

2018

Country Drug Reports 2018.

Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence, Perspectives on Drugs (update).

Environmental substance use prevention interventions in Europe, Technical report.

Preventing overdose deaths in Europe, Perspectives on Drugs (update).

2017

Health and social responses to drug problems: a European guide.

Drug-related infectious diseases in Europe. Update from the EMCDDA expert network, Rapid communications.

Evaluating drug policy: A seven-step guide to support the commissioning and managing of evaluations, Manuals.

Report of the risk assessment on acryloylfentanyl, Risk assessments.

Report of the risk assessment on furanfentanyl, Risk assessments.

Report on the risk assessment of MDMB-CHMICA, Risk assessments.

2016

Health responses to new psychoactive substances, Rapid communications.

Hepatitis C among drug users in Europe: epidemiology, treatment and prevention, Insights.

Hospital emergency presentations and acute drug toxicity in Europe: update from the Euro-DEN Plus research group and the EMCDDA, Rapid communications.

Preventing opioid overdose deaths with take-home naloxone, Insights.

Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications, Perspectives on Drugs.

The role of psychosocial interventions in drug treatment, Perspectives on Drugs.

2015

Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, Insights.

Drugs policy and the city in Europe, EMCDDA Papers.

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, EMCDDA Papers.

Prevention of addictive behaviours, Insights.

The EU drugs strategy (2013–20) and its action plan (2013–16), Perspectives on Drugs.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, Insights.

2014

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, Perspectives on Drugs.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, Perspectives on Drugs.

Internet-based drug treatment, Perspectives on Drugs.

Treatment for cocaine dependence: reviewing current evidence, Perspectives on Drugs.

2013

Drug policy advocacy organisations, EMCDDA Papers.

Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed ECDC

2017

Systematic review on active case finding of communicable diseases in prison settings.

2015

HIV and hepatitis B and C in Latvia.

2012

HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.

Tutte le pubblicazioni sono disponibili alla pagina www.emcdda.europa.eu/publications

Allegato

I dati nazionali relativi alle stime di prevalenza del consumo di stupefacenti tengono conto del consumo problematico di oppiacei, della terapia sostitutiva, del numero totale di soggetti in trattamento, dell'inizio del trattamento, del consumo di stupefacenti per via parenterale, dei decessi indotti dagli stupefacenti, delle malattie infettive correlate al consumo di droga, della distribuzione di siringhe e dei sequestri. I dati presentati in questa sede provengono dal **bollettino statistico 2018** dell'EMCDDA, di cui costituiscono un sottoinsieme; nel bollettino stesso sono reperibili note e metadati. Gli anni a cui i dati si riferiscono sono indicati.

TABELLA A1

OPPIACEI

Paese	Stima del consumo problematico di oppiacei		Soggetti che si sottopongono a trattamento nel corso dell'anno						Pazienti in terapia sostitutiva
			Consumatori di oppiacei in % dei pazienti che si sottopongono a trattamento			% di consumatori di oppiacei per via parenterale (principale modalità di assunzione)			
			Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento	
Anno della stima	casi per 1 000	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	valore numerico	
Belgio	-	-	25 (2625)	9,4 (366)	34,3 (2114)	14,1 (331)	10,1 (35)	14,3 (272)	16 560
Bulgaria	-	-	73,5 (1261)	52,5 (93)	92,7 (531)	68,2 (542)	56,5 (52)	67,6 (356)	3 338
Repubblica ceca	2016	1,7-1,9	17 (1720)	7 (333)	25,9 (1387)	82,6 (1412)	79,8 (264)	83,2 (1148)	5 000
Danimarca	-	-	12,7 (543)	6,7 (134)	18,5 (396)	22,4 (103)	3,3 (4)	29,9 (99)	7 050
Germania	2015	2,6-3,0	31,9 (27 702)	13,5 (3 614)	40,1 (24 088)	31,3 (9 956)	29,6 (1 546)	31,6 (8 410)	78 500
Estonia	-	-	93,4 (271)	87,4 (76)	95,5 (150)	69,3 (187)	72 (54)	80,7 (121)	1 248
Irlanda	2014	6,1-7,0	46,9 (4 202)	26,9 (947)	60,5 (3 070)	34,2 (1 375)	24,6 (229)	37,4 (1 100)	10 087
Grecia	2016	2,1-2,9	66,4 (2 833)	48,1 (833)	78,8 (1 986)	29,3 (824)	28 (232)	29,8 (589)	9 851
Spagna	2015	1,6-3,0	25,7 (12 146)	11,5 (2 727)	42,2 (8 239)	12,7 (1 456)	7,1 (191)	14,4 (1 146)	59 264
Francia	2015	4,4-6,9	26,1 (12 111)	12,3 (1 830)	44,6 (7 640)	17,6 (1 830)	11,5 (193)	20,1 (1 325)	169 750
Croazia	2015	2,5-4,0	-	22,1 (170)	-	-	37,7 (61)	-	4 256
Italia	2015	4,6-5,9	48,5 (23 556)	33,3 (7 190)	60,7 (16 366)	47,5 (9 654)	35,6 (2 103)	52,3 (7 551)	62 868
Cipro	2016	1,5-2,2	24,3 (212)	10,7 (49)	44,3 (132)	53,8 (112)	54,2 (26)	55,8 (72)	229
Lettonia	2016	4,1-5,9	50,6 (445)	29,4 (136)	74,3 (309)	91,7 (399)	85,6 (113)	94,4 (286)	647
Lituania	2016	2,7-6,5	86,4 (2 059)	53,4 (175)	92,1 (1 877)	85 (1 746)	83,4 (146)	83,9 (146)	1 231
Lussemburgo	2015	4,46	48,7 (129)	15,4 (10)	55,2 (80)	46,4 (58)	55,6 (5)	52,6 (41)	1 085
Ungheria	2010-11	0,4-0,5	4,8 (198)	1,6 (44)	13,5 (146)	46,5 (87)	42,9 (18)	48,6 (69)	669
Malta	2016	5,1-6,0	71,7 (1 290)	27,4 (72)	79,3 (1 218)	61,1 (738)	47,7 (21)	61,7 (717)	1 030
Paesi Bassi	2012	1,1-1,5	11,5 (1 262)	6,2 (402)	19,3 (860)	6,1 (39)	7,6 (13)	5,6 (26)	7 421
Austria	2015	5,3-5,6	51,3 (1 884)	32,1 (515)	66 (1 369)	36,7 (502)	22 (78)	41,9 (424)	18 222
Polonia	2014	0,4-0,7	17,3 (1 151)	6,3 (192)	27,8 (951)	57,9 (658)	30,4 (58)	63,7 (598)	2 564
Portogallo	2015	3,8-7,6	43,5 (1 198)	26,5 (459)	72,1 (739)	17,8 (194)	15,4 (61)	19,1 (133)	16 368
Romania	2016	1,1-1,8	27,2 (963)	12,9 (312)	58,7 (650)	88,9 (855)	80,8 (252)	92,9 (603)	1 480
Slovenia	2016	3,2-3,9	82,2 (221)	55,3 (26)	88,2 (195)	52 (115)	23,1 (6)	55,9 (109)	3 042
Slovacchia	-	-	28,6 (869)	13,5 (181)	42,1 (672)	71,4 (609)	42,5 (76)	79,5 (527)	642
Finlandia	2012	3,8-4,5	47,8 (317)	27,2 (67)	60 (250)	73,2 (230)	68,2 (45)	74,6 (185)	3 329
Svezia (*)	-	-	23,7 (8 602)	15,6 (1 976)	28,1 (6 626)	-	-	-	4 136
Regno Unito	2010-11	7,9-8,4	49,6 (57 673)	22,4 (8 591)	63 (48 936)	31,1 (12 428)	16,4 (827)	33,2 (11 555)	138 422
Turchia	2011	0,2-0,5	74,2 (8 073)	67,5 (3 627)	80,7 (4 446)	24,7 (1 994)	15,5 (561)	32,2 (1 433)	-
Norvegia (?)	2013	2,0-4,2	18,1 (1 033)	12,6 (343)	23 (690)	-	-	-	7 554
Unione europea	-	-	36,1 (167 443)	17,9 (31 520)	49,1 (130 977)	33,8 (46 440)	26,2 (6 709)	35,3 (37 608)	628 289
UE, Turchia e Norvegia	-	-	36,8 (176 549)	19,2 (35 490)	49,5 (136 113)	33,3 (48 434)	24,9 (7 270)	35,2 (39 041)	635 843

I dati sui pazienti che si sottopongono a trattamento si riferiscono al 2016 o all'anno più recente disponibile: Repubblica ceca, 2014; Danimarca, Spagna, Paesi Bassi e Turchia, 2015.

I dati sui pazienti in terapia sostitutiva si riferiscono al 2016 o all'anno più recente disponibile: Danimarca, Spagna, Ungheria, Polonia e Finlandia, 2015; Paesi Bassi, 2014; Turchia, 2011. Il numero per la Svezia non rappresenta tutti i pazienti.

(*) I dati per i pazienti che si sottopongono a trattamento si riferiscono solo alle cure ospedaliere e alle strutture specialistiche di assistenza ambulatoriale.

(?) La percentuale di pazienti in trattamento per problemi correlati al consumo di oppiacei è un valore minimo, che non tiene conto dei pazienti con dipendenza da oppiacei registrati come consumatori dediti alla poliassunzione.

TABELLA A2

COCAINA

Paese	Stime di prevalenza				Soggetti che si sottopongono a trattamento nel corso dell'anno					
	Popolazione complessiva			Popolazione scolastica	Consumatori di cocaina in % dei pazienti che si sottopongono a trattamento			% di consumatori di cocaina per via parenterale (principale modalità di assunzione)		
	Anno dell'indagine	Nell'arco della vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)		Nell'arco della vita, studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento	Tutti i pazienti	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio	2013	–	0,9	2	21,7 (2 277)	21,8 (851)	21,0 (1 299)	4,7 (95)	1,1 (8)	7,1 (80)
Bulgaria	2016	0,9	0,5	5	2 (34)	5,1 (9)	0,7 (4)	6,7 (1)	0 (0)	0 (0)
Repubblica ceca	2016	1,4	0,7	1	0,3 (27)	0,3 (12)	0,3 (15)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Danimarca (¹)	2017	6,4	3,9	2	7,1 (306)	7,2 (144)	7,4 (158)	3,3 (8)	1,7 (2)	5 (6)
Germania (²)	2015	3,8	1,2	3	6,7 (5 855)	6,4 (1 713)	6,9 (4 142)	14,3 (2 376)	7 (301)	16,9 (2 075)
Estonia	2008	–	1,3	1	0,3 (1)	1,1 (1)	–	–	–	–
Irlanda	2015	7,8	2,9	3	12,2 (1 096)	16,1 (565)	9,9 (502)	1,3 (14)	0,2 (1)	2,2 (11)
Grecia (²)	2015	1,3	0,6	1	6,8 (292)	8,8 (152)	5,5 (139)	10,7 (31)	2 (3)	20,3 (28)
Spagna	2015	9,1	3,0	3	36,6 (17 327)	35,5 (8 445)	37,1 (7 248)	1 (167)	0,4 (30)	1,6 (116)
Francia	2014	5,4	2,4	4	6,7 (3 108)	5,9 (878)	8,3 (1 418)	8,5 (243)	2,6 (21)	13,7 (178)
Croazia	2015	2,7	1,6	2	–	2,9 (22)	–	–	–	–
Italia	2017	6,8	1,9	3	29,2 (14 197)	34,3 (7 417)	25,1 (6 780)	2,9 (394)	2,2 (154)	3,7 (240)
Cipro	2016	1,4	0,4	3	12,7 (111)	11,8 (54)	16,4 (49)	2,8 (3)	0 (0)	6,1 (3)
Lettonia	2015	1,5	1,2	2	0,7 (6)	1,1 (5)	0,2 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituania	2016	0,7	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,4 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lussemburgo	2014	2,5	0,6	3	17 (45)	12,3 (8)	19,3 (28)	39,5 (17)	14,3 (1)	46,4 (13)
Ungheria (²)	2015	1,2	0,9	2	2,7 (112)	3 (83)	1,8 (20)	1,8 (2)	0 (0)	10 (2)
Malta	2013	0,5	–	3	14,6 (263)	34,2 (90)	11,3 (173)	10,7 (28)	3,3 (3)	14,6 (25)
Paesi Bassi	2016	5,9	3,7	2	24,3 (2 675)	20,8 (1 357)	29,6 (1 318)	0,4 (5)	0,1 (1)	0,6 (4)
Austria	2015	3,0	0,4	2	8,5 (311)	11,2 (180)	6,3 (131)	6,5 (19)	1,7 (3)	13,6 (16)
Polonia	2014	1,3	0,4	4	2,3 (155)	2,4 (73)	2,3 (77)	0,7 (1)	0 (0)	1,3 (1)
Portogallo	2016	1,2	0,3	2	13,3 (366)	15,7 (272)	9,2 (94)	4,3 (14)	3,8 (9)	5,9 (5)
Romania	2016	0,7	0,2	3	1 (36)	1,3 (31)	0,4 (4)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	2,1	1,2	2	6,3 (17)	14,9 (7)	4,5 (10)	11,8 (2)	–	20 (2)
Slovacchia	2015	0,7	0,3	2	1,2 (36)	2,1 (28)	0,4 (7)	9,7 (3)	8,3 (2)	14,3 (1)
Finlandia	2014	1,9	1,0	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	– (0)	– (0)	– (0)
Svezia (¹,³)	2013	–	1,2	1	1,2 (438)	2,4 (300)	0,6 (138)	–	–	–
Regno Unito (¹,⁴)	2016	9,7	4,0	2	15,5 (18 008)	19,5 (7 492)	13,5 (10 490)	1,4 (174)	0,5 (28)	2,1 (141)
Turchia	–	–	–	–	1,8 (198)	1,5 (79)	2,2 (119)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norvegia (¹)	2016	3,8	1,3	1	1,2 (66)	1,7 (45)	0,7 (21)	–	–	–
Unione europea	–	5,1	1,9	–	14,5 (67 113)	17,1 (30 195)	12,8 (34 253)	5,3 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	–	14 (67 377)	16,4 (30 319)	12,5 (34 393)	5,2 (3 597)	1,9 (567)	7,9 (2 947)

Le stime di prevalenza per la popolazione scolastica sono estratte dall'indagine ESPAD 2015, ad eccezione di Belgio (2016, solo Fiandre), Spagna (2016), Germania (2011), Italia (2016), Lussemburgo (2010, età 15 anni), Svezia (2016) e Regno Unito (2014, solo Inghilterra, età 15 anni). A causa dell'incertezza delle procedure di raccolta dei dati, i dati relativi alla Lettonia potrebbero non essere comparabili.

I dati sui pazienti che si sottopongono a trattamento si riferiscono al 2016 o all'anno più recente: Repubblica ceca, 2014; Danimarca, Spagna, Paesi Bassi e Turchia, 2015.

(¹) Fascia d'età per le stime sulla prevalenza per la popolazione generale: 16-64, 16-34.

(²) Fascia d'età per le stime sulla prevalenza per la popolazione generale: 18-64, 18-34.

(³) I dati per i pazienti che si sottopongono a trattamento si riferiscono solo alle cure ospedaliere e alle strutture specialistiche di assistenza ambulatoriale.

(⁴) Le stime relative alla prevalenza per la popolazione generale si riferiscono esclusivamente a Inghilterra e Galles.

TABELLA A3

AMFETAMINE

Paese	Stime di prevalenza				Soggetti che si sottopongono a trattamento nel corso dell'anno					
	Popolazione complessiva			Popolazione scolastica	Consumatori di amfetamine in % dei pazienti che si sottopongono a trattamento			% di consumatori di amfetamine per via parenterale (principale modalità di assunzione)		
	Anno dell'indagine	Nell'arco della vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)	Nell'arco della vita, studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio	2013	–	0,5	2	9,3 (978)	7,2 (282)	10,9 (672)	11,1 (88)	2,5 (6)	14,8 (80)
Bulgaria	2016	1,5	1,8	6	11,4 (195)	15,3 (27)	3 (17)	17,6 (9)	7,4 (2)	23,5 (4)
Repubblica ceca	2016	3,0	1,7	1	69,7 (7 033)	75,1 (3 550)	65 (3 483)	78,1 (5 446)	73,8 (2 586)	82,6 (2 860)
Danimarca ⁽¹⁾	2017	7,0	1,4	1	6,4 (275)	6,5 (131)	6,5 (139)	1,6 (4)	0,8 (1)	2,4 (3)
Germania ⁽²⁾	2015	3,6	1,9	4	16,9 (14 714)	19,4 (5 210)	15,8 (9 504)	2,1 (706)	1,6 (189)	2,4 (517)
Estonia	2008	–	2,5	2	3,8 (11)	6,9 (6)	2,5 (4)	50 (5)	66,7 (4)	33,3 (1)
Irlanda	2015	4,1	0,6	3	0,6 (55)	0,7 (24)	0,6 (29)	12,7 (7)	16,7 (4)	10,3 (3)
Grecia	–	–	–	2	0,7 (28)	0,8 (14)	0,6 (14)	10,7 (3)	14,3 (2)	7,1 (1)
Spagna	2015	3,6	1,0	2	1,4 (674)	1,6 (382)	1,2 (243)	1,1 (7)	0,8 (3)	1,7 (4)
Francia	2014	2,2	0,7	2	0,4 (182)	0,4 (57)	0,4 (68)	11,6 (18)	–	13,6 (8)
Croazia	2015	3,5	2,3	3	–	4,8 (37)	–	–	–	–
Italia	2017	2,4	0,3	2	0,3 (126)	0,4 (87)	0,1 (39)	2,5 (3)	1,2 (1)	5,7 (2)
Cipro	2016	0,5	0,1	3	5,1 (44)	3,9 (18)	6,7 (20)	4,5 (2)	0 (0)	5 (1)
Lettonia	2015	1,9	0,7	3	15,8 (139)	19,2 (89)	12 (50)	63,6 (77)	57,7 (45)	74,4 (32)
Lituania	2016	1,2	0,5	1	2,7 (64)	5,2 (17)	2,2 (44)	30 (18)	41,2 (7)	41,2 (7)
Lussemburgo	2014	1,6	0,1	1	0,8 (2)	3,1 (2)	–	–	–	–
Ungheria ⁽²⁾	2015	1,7	1,4	3	12,4 (507)	13,1 (366)	10,5 (114)	6,3 (31)	6,1 (22)	7,2 (8)
Malta	2013	0,3	–	2	0,2 (4)	0,8 (2)	0,1 (2)	25 (1)	–	50 (1)
Paesi Bassi	2016	5,3	3,6	2	7,4 (817)	7,5 (487)	7,4 (330)	1,3 (4)	1 (2)	1,9 (2)
Austria	2015	2,2	0,9	3	5,5 (203)	7,3 (117)	4,1 (86)	3,8 (7)	3,7 (4)	3,9 (3)
Polonia	2014	1,7	0,4	4	27,7 (1 841)	29,9 (915)	26 (889)	3,9 (70)	1,8 (16)	5,8 (51)
Portogallo	2016	0,4	0,0	1	0,2 (5)	0,3 (5)	–	0 (0)	0 (0)	–
Romania	2016	0,3	0,1	1	0,6 (22)	0,6 (14)	0,7 (8)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovenia	2012	0,9	0,8	1	1,9 (5)	4,3 (2)	1,4 (3)	40 (2)	–	66,7 (2)
Slovacchia	2015	1,4	0,8	1	40,5 (1 231)	44,2 (592)	36,3 (579)	30,1 (350)	27,6 (157)	33,3 (182)
Finlandia	2014	3,4	2,4	1	20,4 (135)	25,2 (62)	17,5 (73)	70,8 (92)	49,2 (29)	88,7 (63)
Svezia ^(1,3)	2013	–	1,3	1	5,9 (2 152)	7,4 (937)	5,1 (1 215)	–	–	–
Regno Unito ^(1,4)	2016	9,2	0,7	1	2,4 (2 828)	3 (1 144)	2,2 (1 679)	20 (353)	14,6 (99)	23,3 (253)
Turchia	2011	0,1	0,1	–	1,8 (196)	2,5 (133)	1,1 (63)	0,5 (1)	0,8 (1)	0 (0)
Norvegia ⁽¹⁾	2016	3,4	0,5	1	13,2 (756)	9,4 (254)	16,7 (502)	–	–	–
Unione europea	–	3,6	1,0	–	7,4 (34 270)	8,3 (14 576)	7,2 (19 304)	15,1 (7 303)	16,7 (3 179)	14,1 (4 088)
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	–	7,3 (35 222)	8,1 (14 963)	7,2 (19 869)	15,1 (7 304)	16,6 (3 180)	14 (4 088)

Le stime di prevalenza per la popolazione scolastica sono estratte dall'indagine ESPAD 2015, ad eccezione di Belgio (2016, solo Fiandre), Spagna (2016),

Germania (2011), Italia (2016), Lussemburgo (2010, età 15 anni), Svezia (2016) e Regno Unito (2014, solo Inghilterra, età 15 anni). A causa dell'incertezza delle procedure di raccolta dei dati, i dati relativi alla Lettonia potrebbero non essere comparabili.

I dati sui pazienti che si sottopongono a trattamento si riferiscono al 2016 o all'anno più recente: Repubblica ceca, 2014; Danimarca, Spagna, Paesi Bassi e Turchia, 2015. I dati relativi a Germania, Svezia e Norvegia si riferiscono a consumatori di «stimolanti diversi dalla cocaina».

(¹) Fascia d'età per le stime sulla prevalenza per la popolazione generale: 16-64, 16-34.

(²) Fascia d'età per le stime sulla prevalenza per la popolazione generale: 18-64, 18-34.

(³) I dati per i pazienti che si sottopongono a trattamento si riferiscono solo alle cure ospedaliere e alle strutture specialistiche di assistenza ambulatoriale.

(⁴) Le stime relative alla prevalenza per la popolazione generale si riferiscono esclusivamente a Inghilterra e Galles.

TABELLA A4

MDMA

Paese	Stime di prevalenza				Soggetti che si sottopongono a trattamento nel corso dell'anno		
	Popolazione complessiva			Popolazione scolastica	Consumatori di MDMA in % dei pazienti che si sottopongono a trattamento		
	Anno dell'indagine	Nell'arco della vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)	Nell'arco della vita, studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	
Belgio	2013	–	0,8	2	0,5 (48)	0,8 (31)	0,3 (16)
Bulgaria	2016	2,1	3,1	5	0,7 (12)	1,1 (2)	0 (0)
Repubblica ceca	2016	7,1	4,1	3	0 (4)	0,1 (3)	0 (1)
Danimarca ⁽¹⁾	2017	3,2	1,5	1	0,7 (28)	1 (21)	0,3 (7)
Germania ⁽²⁾	2015	3,3	1,3	2	–	–	–
Estonia	2008	–	2,3	3	0,3 (1)	–	0,6 (1)
Irlanda	2015	9,2	4,4	4	0,6 (51)	1,1 (39)	0,2 (11)
Grecia ⁽²⁾	2015	0,6	0,4	1	0,2 (10)	0,4 (7)	0,1 (3)
Spagna	2015	3,6	1,3	2	0,3 (157)	0,6 (131)	0,1 (19)
Francia	2014	4,2	2,3	2	0,4 (187)	0,6 (85)	0,3 (53)
Croazia	2015	3,0	1,4	2	–	1 (8)	–
Italia	2017	2,8	0,9	2	0,2 (79)	0,2 (40)	0,1 (39)
Cipro	2016	1,1	0,3	3	0,2 (2)	0,2 (1)	0,3 (1)
Lettonia	2015	2,4	0,8	3	0,1 (1)	0,2 (1)	0 (0)
Lituania	2016	1,7	1,0	2	0,2 (4)	0,6 (2)	0,1 (2)
Lussemburgo	2014	1,9	0,4	1	0,8 (2)	1,5 (1)	0,7 (1)
Ungheria ⁽²⁾	2015	4,0	2,1	2	1,8 (73)	1,8 (50)	1,7 (18)
Malta	2013	0,7	–	2	1 (18)	–	1,2 (18)
Paesi Bassi	2016	9,2	7,4	3	0,7 (80)	1 (67)	0,3 (13)
Austria	2015	2,9	1,1	2	0,9 (34)	1,4 (22)	0,6 (12)
Polonia	2014	1,6	0,9	3	0,3 (17)	0,2 (5)	0,4 (12)
Portogallo	2016	0,7	0,2	2	0,2 (6)	0,3 (5)	0,1 (1)
Romania	2016	0,5	0,2	2	0,6 (21)	0,8 (19)	0,2 (2)
Slovenia	2012	2,1	0,8	2	–	–	–
Slovacchia	2015	3,1	1,2	3	0,2 (6)	0,4 (5)	0,1 (1)
Finlandia	2014	3,0	2,5	1	0,3 (2)	0,8 (2)	0 (0)
Svezia ⁽¹⁾	2013	–	1,0	1	–	–	–
Regno Unito ^(1,3)	2016	9,0	2,6	3	0,5 (599)	1,1 (404)	0,2 (193)
Turchia	2011	0,1	0,1	–	1 (106)	1,4 (77)	0,5 (29)
Norvegia ⁽¹⁾	2016	2,7	1,6	1	–	–	–
Unione europea	–	4,1	1,8	–	0,3 (1 442)	0,5 (951)	0,2 (424)
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	–	0,3 (1 548)	0,6 (1 028)	0,2 (453)

Le stime di prevalenza per la popolazione scolastica sono estratte dall'indagine ESPAD 2015, ad eccezione di Belgio (2016, solo Fiandre), Spagna (2016), Germania (2011), Italia (2016), Lussemburgo (2010, età 15 anni), Svezia (2016) e Regno Unito (2014, solo Inghilterra, età 15 anni). A causa dell'incertezza delle procedure di raccolta dei dati, i dati relativi alla Lettonia potrebbero non essere comparabili.

I dati sui pazienti che si sottopongono a trattamento si riferiscono al 2016 o all'anno più recente: Repubblica ceca, 2014; Danimarca, Spagna, Paesi Bassi e Turchia, 2015.

⁽¹⁾ Fascia d'età per le stime sulla prevalenza per la popolazione generale: 16-64, 16-34.

⁽²⁾ Fascia d'età per le stime sulla prevalenza per la popolazione generale: 18-64, 18-34.

⁽³⁾ Le stime relative alla prevalenza per la popolazione generale si riferiscono esclusivamente a Inghilterra e Galles.

TABELLA A5

CANNABIS

Paese	Stime di prevalenza				Soggetti che si sottopongono a trattamento nel corso dell'anno		
	Popolazione complessiva			Popolazione scolastica	Consumatori di cannabis in % dei pazienti che si sottopongono a trattamento		
	Anno dell'indagine	Nell'arco della vita, adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi, giovani adulti (15-34)	Nell'arco della vita, studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono a trattamento	Pazienti che si sottopongono a trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti a trattamento
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	
Belgio	2013	15,0	10,1	18	33,9 (3 565)	51,7 (2 016)	23,7 (1 456)
Bulgaria	2016	8,3	10,3	27	4,7 (80)	8,5 (15)	2,1 (12)
Repubblica ceca	2016	26,6	19,4	37	11,8 (1 195)	16,4 (776)	7,8 (419)
Danimarca ⁽¹⁾	2017	38,4	15,4	12	69,6 (2 983)	76 (1 529)	62,9 (1 345)
Germania ⁽²⁾	2015	27,2	13,3	19	39,5 (34 292)	56,2 (15 097)	32 (19 195)
Estonia	2008	–	13,6	25	1 (3)	2,3 (2)	0,6 (1)
Irlanda	2015	27,9	13,8	19	26,6 (2 381)	41,2 (1 450)	16,8 (852)
Grecia ⁽²⁾	2015	11,0	4,5	9	23 (984)	39,7 (687)	11,7 (295)
Spagna	2015	31,5	17,1	31	33,1 (15 676)	47 (11 185)	17,7 (3 448)
Francia	2016	41,4	21,5	31	62,5 (28 998)	77,9 (11 601)	42,3 (7 240)
Croazia	2015	19,4	16,0	21	-	59,5 (458)	-
Italia	2017	33,1	20,7	19	20,3 (9 872)	29,6 (6 394)	12,9 (3 478)
Cipro	2016	12,1	4,3	7	57,5 (501)	73 (333)	32,2 (96)
Lettonia	2015	9,8	10,0	17	22,1 (194)	34,1 (158)	8,7 (36)
Lituania	2016	10,8	6,0	18	6,7 (159)	27,1 (89)	3,2 (66)
Lussemburgo	2014	23,3	9,8	16	32,8 (87)	67,7 (44)	24,8 (36)
Ungheria ⁽²⁾	2015	7,4	3,5	13	56,7 (2 323)	63 (1 763)	40,7 (441)
Malta	2013	4,3	–	13	10,7 (193)	31,2 (82)	7,2 (111)
Paesi Bassi	2016	25,2	15,7	22	47,3 (5 202)	55,5 (3 625)	35,4 (1 577)
Austria	2015	23,6	14,1	20	30,9 (1 136)	45,8 (734)	19,4 (402)
Polonia	2014	16,2	9,8	24	30 (1 995)	38 (1 164)	22,8 (780)
Portogallo	2016	11,0	8,0	15	38,7 (1 066)	53,5 (925)	13,8 (141)
Romania	2016	5,8	5,8	8	48,5 (1 719)	64,6 (1 564)	13,4 (149)
Slovenia	2012	15,8	10,3	25	4,1 (11)	14,9 (7)	1,8 (4)
Slovacchia	2015	15,8	9,3	26	24,3 (739)	35,9 (481)	15 (239)
Finlandia	2014	21,7	13,5	8	19,8 (131)	35,4 (87)	10,6 (44)
Svezia ^(1,3)	2016	15,1	7,3	5	10,9 (3 958)	16,7 (2 112)	7,8 (1 846)
Regno Unito ^(1,4)	2016	29,6	11,5	19	25,2 (29 350)	45,2 (17 342)	15,3 (11 916)
Turchia	2011	0,7	0,4	–	6 (653)	7,7 (416)	4,3 (237)
Norvegia ⁽¹⁾	2016	20,6	8,6	7	29 (1 660)	37,6 (1 021)	21,3 (639)
Unione europea	–	26,3	14,1	–	32,1 (148 793)	46,3 (81 720)	20,9 (55 625)
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	–	31,5 (151 106)	45,1 (83 157)	20,5 (56 501)

Le stime di prevalenza per la popolazione scolastica sono estratte dall'indagine ESPAD 2015, ad eccezione di Belgio (2016, solo Fiandre), Spagna (2016), Germania (2011), Italia (2016), Lussemburgo (2010, età 15 anni), Svezia (2016) e Regno Unito (2014, solo Inghilterra, età 15 anni). A causa dell'incertezza delle procedure di raccolta dei dati, i dati relativi alla Lettonia potrebbero non essere comparabili.

I dati sui pazienti che si sottopongono a trattamento si riferiscono al 2016 o all'anno più recente: Repubblica ceca, 2014; Danimarca, Spagna, Paesi Bassi e Turchia, 2015.

⁽¹⁾ Fascia d'età per le stime sulla prevalenza per la popolazione generale: 16-64, 16-34.

⁽²⁾ Fascia d'età per le stime sulla prevalenza per la popolazione generale: 18-64, 18-34.

⁽³⁾ I dati per i pazienti che si sottopongono a trattamento si riferiscono solo alle cure ospedaliere e alle strutture specialistiche di assistenza ambulatoriale.

⁽⁴⁾ Le stime relative alla prevalenza per la popolazione generale si riferiscono esclusivamente a Inghilterra e Galles.

TABELLA A6

ALTRI INDICATORI

Paese	Decessi indotti dagli stupefacenti (15-64 anni)	Diagnosi di HIV correlate al consumo di stupefacenti per via parenterale (ECDC)	Stima del consumo di stupefacenti per via parenterale		Siringhe distribuite attraverso programmi specializzati
	casi per milione di abitanti (valore numerico)	casi per milione di abitanti (valore numerico)	anno della stima	casi per 1 000 abitanti	valore numerico
Belgio	8 (60)	0,3 (3)	2015	2,3–4,6	1 131 324
Bulgaria	4 (21)	3,1 (22)	–	–	214 865
Repubblica ceca	4 (30)	0,7 (7)	2016	6,1–6,4	6 477 941
Danimarca	49 (181)	1,6 (9)	–	–	–
Germania	24 (1 274)	1,5 (127)	–	–	–
Estonia	132 (113)	22,8 (30)	–	–	2 070 169
Irlanda (¹)	70 (215)	4,4 (21)	–	–	393 275
Grecia	– (–)	7,4 (80)	2016	0,5–0,8	335 903
Spagna (²)	13 (390)	2,4 (113)	2015	0,2–0,5	1 435 882
Francia (¹)	7 (291)	0,7 (49)	2015	2,1–3,8	12 314 781
Croazia	20 (56)	0 (0)	2015	1,8–2,9	278 791
Italia	7 (263)	1,6 (96)	–	–	–
Cipro	10 (6)	2,4 (2)	2016	0,2–0,4	22
Lettonia	14 (18)	31,5 (62)	2012	7,3–11,7	720 494
Lituania	56 (107)	28,7 (83)	2016	4,4–4,9	240 061
Lussemburgo	13 (5)	33 (19)	2015	3,8	424 672
Ungheria	4 (26)	0,3 (3)	2015	1	171 097
Malta	17 (5)	2,3 (1)	–	–	333 135
Paesi Bassi	19 (209)	0,1 (1)	2015	0,07–0,09	–
Austria	28 (163)	1,7 (15)	–	–	6 205 356
Polonia	9 (237)	0,8 (30)	–	–	53 028
Portogallo	4 (26)	2,9 (30)	2015	1,0–4,5	1 350 258
Romania (³)	1 (19)	4,2 (83)	–	–	1 495 787
Slovenia	29 (40)	0,5 (1)	–	–	567 233
Slovacchia	5 (19)	0,2 (1)	–	–	357 705
Finlandia	53 (184)	1,1 (6)	2012	4,1–6,7	5 781 997
Svezia	88 (543)	2,6 (26)	–	–	386 953
Regno Unito (⁴)	70 (2 942)	1,6 (107)	2004–11	2,9–3,2	–
Turchia	15 (779)	0,1 (8)	–	–	–
Norvegia	81 (278)	1,5 (8)	2015	2,2–3,1	2 919 344
Unione europea	22,4 (7 443)	2,0 (1 027)	–	–	–
UE, Turchia e Norvegia	21,8 (8 500)	1,8 (1 043)	–	–	–

Occorre cautela nell'interpretare le statistiche relative ai decessi indotti dagli stupefacenti a causa dei problemi di codifica e copertura nonché dell'omissione di segnalazione del fenomeno in alcuni paesi.

(¹) Le siringhe distribuite mediante programmi specializzati si riferiscono al 2014.

(²) Le siringhe distribuite mediante programmi specializzati si riferiscono al 2015.

(³) Decessi indotti dagli stupefacenti: copertura subnazionale.

(⁴) Dati sulle siringhe nel Regno Unito: Inghilterra, nessun dato; Scozia, 4 742 060 e Galles, 3 100 009 (entrambi nel 2016); Irlanda del Nord, 309 570 (2015).

TABELLA A7

SEQUESTRI

Paese	Eroina		Cocaina		Amfetamine		MDMA	
	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri
	kg	valore numerico	kg	valore numerico	kg	valore numerico	compresse (kg)	valore numerico
Belgio	99	2 098	30 295	4 369	43	2 833	179 393 (29)	1 692
Bulgaria	582	30	84	19	94	30	283 (181)	16
Repubblica ceca	19	73	40	131	94	1 403	47 256 (3)	255
Danimarca	16	568	119	4 115	387	2 445	13 810 (7)	1 104
Germania	330	3 061	1 871	3 592	1 533	13 680	2 218 050 (0)	4 015
Estonia	<0,01	2	3	111	33	403	36 887 (13)	449
Irlanda	–	758	–	364	–	63	– (–)	204
Grecia	219	2 306	166	526	3	132	9 522 (2)	74
Spagna	253	7 205	15 629	41 531	520	5 004	394 211 (–)	3 486
Francia	1 080	4 312	8 532	9 480	352	1 152	1 236 649 (–)	3 461
Croazia	120	148	13	400	23	772	– (10)	847
Italia	497	2 436	4 136	7 101	15	244	12 587 (10)	378
Cipro	3	6	182	111	0,3	54	1 248 (0,4)	19
Lettonia	0,2	103	34	93	18	741	2 232 (0,5)	180
Lituania	28	296	3	67	10	253	– (8)	101
Lussemburgo	3	132	2	207	0,5	6	17 639 (–)	20
Ungheria	2	34	25	229	25	840	79 702 (2)	461
Malta	0,3	46	21	202	0,4	28	3 739 (–)	73
Paesi Bassi	–	–	–	–	–	–	– (–)	–
Austria	69	677	86	1 316	92	1 162	29 485 (6)	754
Polonia	9		449		961	–	149 921 (0,3)	–
Portogallo	57	774	1 047	1 127	7	64	124 813 (3)	279
Romania	4	342	2 321	138	2	112	14 871 (0,2)	355
Slovenia	7	273	3	178	3	–	2 908 (2)	–
Slovacchia	0,06	48	1	36	5	762	8 705 (0,02)	84
Finlandia	0,3	146	19	263	192	1 814	127 680 (–)	745
Svezia	34	599	106	2 939	450	5 365	80 559 (15)	1 848
Regno Unito	844	11 075	5 697	18 875	1 356	4 043	513 259 (2)	3 483
Turchia	5 585	8 179	845	1 476	3 631	4 048	3 783 737 (–)	5 259
Norvegia	13	998	104	1 233	465	6 051	38 353 (12)	1 030
Unione europea	4 275	37 548	70 883	97 520	6 221	43 405	5 305 409 (295)	24 383
UE, Turchia e Norvegia	9 874	46 725	71 832	100 229	10 317	53 504	9 127 499 (306)	30 672

Le amfetamine includono amfetamina e metamfetamina.
Tutti i dati si riferiscono al 2016 o all'anno più recente.

TABELLA A7

SEQUESTRI (seguito)

Paese	Resina di cannabis		Foglie di cannabis		Piante di cannabis	
	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri
	kg	valore numerico	kg	valore numerico	piante (kg)	valore numerico
Belgio	723	5 706	686	26 587	328 611 (-)	1 046
Bulgaria	220	8	1 624	62	2 740 (26 088)	122
Repubblica ceca	7	96	722	4 777	57 660 (-)	518
Danimarca	3 819	15 364	346	1 589	14 719 (532)	450
Germania	1 874	6 059	5 955	32 353	98 013 (-)	2 167
Estonia	548	22	46	575	- (79)	28
Irlanda	-	192	-	1 049	- (-)	182
Grecia	155	248	12 863	7 076	39 151 (-)	735
Spagna	324 379	169 538	21 138	158 810	724 611 (-)	2 675
Francia	52 735	77 466	18 206	31 736	126 389 (-)	737
Croazia	7	566	1 321	6 459	10 051 (-)	256
Italia	23 896	9 623	41 647	8 148	464 723 (-)	1 689
Cipro	2	20	171	753	311 (-)	37
Lettonia	3	96	44	872	- (50)	22
Lituania	551	54	68	654	- (-)	0
Lussemburgo	1	173	21	875	359 (-)	16
Ungheria	4	149	494	2 673	6 482 (-)	153
Malta	109	193	12	146	88 (-)	6
Paesi Bassi	-	-	-	-	883 000 (-)	-
Austria	166	2 598	913	14 030	24 166 (-)	508
Polonia	33		2 569		108 516 (-)	-
Portogallo	7 068	4 676	264	620	4 634 (-)	231
Romania	35	212	143	2 140	- (2 846)	97
Slovenia	3	109	458	3 103	14 006 (-)	167
Slovacchia	0,5	15	40	1 303	376 (-)	17
Finlandia	78	298	254	1 179	18 900 (127)	607
Svezia	1 489	10 972	1 327	8 828	- (-)	-
Regno Unito	6 281	12 093	12 615	103 695	340 531 (-)	9 583
Turchia	36 046	4 659	110 855	31 189	- (-)	3 318
Norvegia	3 026	10 912	563	3 190	- (48)	216
Unione europea	424 186	316 546	123 947	420 092	3 268 037 (29 723)	22 049
UE, Turchia e Norvegia	463 258	332 117	235 365	454 471	3 268 037 (29 771)	25 583

Tutti i dati si riferiscono al 2016 o all'anno più recente.

Per contattare l'UE

Di persona

I centri di informazione Europe Direct sono centinaia, disseminati in tutta l'Unione europea. Potete trovare l'indirizzo del centro più vicino sul sito https://europa.eu/european-union/contact_it

Telefonicamente o per email

Europe Direct è un servizio che risponde alle vostre domande sull'Unione europea. Il servizio è contattabile:

- al numero verde: 00 800 6 7 8 9 10 11 (presso alcuni operatori queste chiamate possono essere a pagamento),
- al numero +32 22999696, oppure
- per email dal sito https://europa.eu/european-union/contact_it

Per informarsi sull'UE

Online

Il portale Europa contiene informazioni sull'Unione europea in tutte le lingue ufficiali: https://europa.eu/european-union/index_it

Pubblicazioni dell'UE

È possibile scaricare o ordinare pubblicazioni dell'UE gratuite e a pagamento dal sito <http://publications.europa.eu/it/publications>

Le pubblicazioni gratuite possono essere richieste in più esemplari contattando Europe Direct o un centro di informazione locale (cfr. https://europa.eu/european-union/contact_it).

Legislazione dell'UE e documenti correlati

La banca dati EurLex contiene la totalità della legislazione UE dal 1952 in poi in tutte le versioni linguistiche ufficiali: <http://eur-lex.europa.eu>

Open Data dell'UE

Il portale Open Data dell'Unione europea (<http://data.europa.eu/euodp/it>) dà accesso a un'ampia serie di dati prodotti dall'Unione europea. I dati possono essere liberamente utilizzati e riutilizzati per fini commerciali e non commerciali.

Informazioni sulla relazione

La relazione Tendenze e sviluppi offre una panoramica approfondita sul fenomeno della droga in Europa, esaminando temi quali offerta e consumo di droghe, problemi di salute pubblica nonché politiche e risposte in materia di droghe. Insieme a documenti tra cui il [bollettino statistico](#) online e [30 relazioni nazionali sulla droga](#), la relazione è parte costitutiva del pacchetto noto come [Relazione europea sulla droga 2018](#).

Informazioni sull'EMCDDA

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA) è la fonte centrale e l'autorità riconosciuta nel campo delle questioni relative alle droghe in Europa. Da oltre 20 anni raccoglie, analizza e diffonde informazioni scientificamente valide sulle droghe, sulle tossicodipendenze e sulle relative conseguenze, fornendo al proprio pubblico un quadro del fenomeno delle droghe a livello europeo fondato su dati di fatto.

Le pubblicazioni dell'EMCDDA sono una fonte primaria di informazioni per un'ampia gamma di interlocutori, fra cui i responsabili politici e i relativi consulenti, i professionisti e i ricercatori attivi nel campo delle droghe, ma anche i media e il pubblico in generale. Con sede a Lisbona, l'EMCDDA è una delle agenzie decentralizzate dell'Unione europea.

