

2002

**Relazione annuale sull'evoluzione
del fenomeno della droga
nell'Unione europea ed in Norvegia**

Avvertenza

Questa pubblicazione è proprietà dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) ed è protetta da copyright. L'OEDT declina ogni responsabilità, reale o presunta, per l'uso che venga fatto delle informazioni contenute nel presente documento. Salvo indicazione contraria, la presente pubblicazione, inclusa qualsiasi raccomandazione o espressione di pareri, non rappresenta la politica dell'OEDT, dei relativi partner, degli Stati membri o di qualsiasi agenzia o istituzione dell'Unione europea o delle Comunità europee.

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

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

Una scheda bibliografica figura alla fine del volume.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, 2002

ISBN 92-9168-131-8

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2002

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

Printed in Italy



O . E . D . T .

Osservatorio Europeo delle
Droghe e delle Tossicodipendenze

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25

P-1149-045 Lisboa

Tel. (351) 218 11 30 00

Fax (351) 218 13 17 11

E-mail: info@emcdda.org

Sito web: <http://www.emcdda.org>

Indice

Ringraziamenti	4
Prefazione	5
Panoramica	7
CAPITOLO 1	
Situazione della droga	11
Consumo di stupefacenti tra la popolazione generale	11
Consumo problematico di stupefacenti	15
Domanda di trattamento	16
Malattie infettive correlate agli stupefacenti	19
Decessi correlati agli stupefacenti e mortalità tra i tossicodipendenti	23
Criminalità correlata agli stupefacenti	27
Mercati e disponibilità di stupefacenti	28
CAPITOLO 2	
Risposte al consumo di stupefacenti	31
Strategie nazionali ed europee in materia di stupefacenti	31
Riduzione della domanda	34
Riduzione dell'offerta	39
CAPITOLO 3	
Questioni specifiche	43
Poliassunzione	43
Terapie di successo	48
Consumo di stupefacenti nelle carceri	51
Punti focali Reitox	60

Ringraziamenti

L'OEDT desidera ringraziare per i contributi che hanno reso possibile questa relazione:

- i dirigenti ed il personale dei punti focali nazionali Reitox;
- i servizi che in ogni Stato membro si sono occupati della raccolta dei dati grezzi per la relazione;
- i membri del consiglio di amministrazione e del comitato scientifico dell'OEDT;
- il Parlamento europeo, il Consiglio dell'Unione europea — in particolare il gruppo di lavoro orizzontale «Droga» — e la Commissione europea;
- il gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, il Programma delle Nazioni Unite per il controllo internazionale delle droghe, l'Organizzazione mondiale della sanità, l'Europol, l'Interpol, l'Organizzazione mondiale delle dogane ed il centro per il monitoraggio epidemiologico dell'AIDS;
- il Centro di traduzione degli organi dell'Unione europea e l'Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee.

Prefazione

Nella nostra *Relazione annuale 2002* mostriamo quanto sia difficile riassumere in poche parole «il problema della droga in Europa», perché la situazione è molto eterogenea. Le tendenze ed i livelli del consumo di droghe illecite differiscono tra paesi e regioni e diverse sono pure le caratteristiche e le conseguenze di tale consumo. Se ci si limita a considerare le medie nazionali si rischia di mascherare tendenze fortemente divergenti a livello regionale o locale. Tuttavia, laddove taluni indicatori mostrano ancora aumenti in alcuni paesi o regioni, il quadro generale sembra ora più simile ad una situazione «endemica» stabile con tassi di reclutamento e di uscita costanti. È il contrario di quanto è accaduto negli anni Ottanta e nella prima metà degli anni Novanta, quando in numerosi paesi dell'Unione europea si sono verificati aumenti fortissimi ed epidemici del consumo di stupefacenti e dei problemi connessi.

Gli aumenti nel consumo di cannabis segnalati per lungo tempo mostrano segni di stabilizzazione in alcuni paesi, sebbene a livelli nettamente diversi, mentre i problemi connessi con cannabis e cocaina potrebbero essere in aumento. Per quanto riguarda il consumo problematico di stupefacenti, sette dei quindici paesi hanno corretto al rialzo le loro stime, suggerendo un certo aumento, anche se la maggior parte dei paesi segnala una relativa stabilità. Nel complesso, la prevalenza dell'HIV sembra stabile, benché i valori siano molto diversi da un paese all'altro e si riscontrino notevoli aumenti in alcune regioni e in alcuni sottogruppi di consumatori per via parenterale. Il numero di decessi improvvisi connessi con la droga sembra avere raggiunto un plateau, anche se le tendenze divergono tra i vari paesi. I prezzi della maggior parte delle droghe sembrano generalmente stabili o in diminuzione.

Anche se «il problema della droga» nell'Unione europea è ora un fenomeno riconosciuto ufficialmente, la situazione è tutt'altro che soddisfacente. Si calcola che vi siano da due a nove consumatori problematici di droga per 1 000 cittadini di età compresa tra 15 e 64 anni. In alcune zone, oltre il 25 % dei consumatori di droga per via parenterale è infettato da HIV e la prevalenza del virus da epatite C continua ad essere estremamente alta (da 40 a 90 %). Ogni anno si verificano da 7 000 a 8 000 decessi improvvisi connessi con la droga e, cosa inquietante, si nota un aumento in paesi in cui prima le tendenze erano stabili o in diminuzione. Il rischio di morte è fino a 20 volte maggiore per i consumatori di oppiacei rispetto ai loro coetanei che non fanno uso di droga. Il numero di persone sottoposte a trattamento è

aumentato e, nonostante l'aumento delle infrastrutture di trattamento, queste non sono ancora sufficienti, soprattutto nelle carceri. È pertanto fondamentale che le azioni politiche intese ad affrontare il problema della droga siano continuate e potenziate.

Si nota un maggiore consenso sulle misure per affrontare alcuni dei problemi principali e tali misure si dimostrano sempre più efficaci. Per esempio è ampiamente riconosciuto il valore dei servizi a bassa soglia ed è ampiamente riconosciuta l'importanza dell'accesso a materiale da iniezione sterilizzato per ridurre le infezioni trasmissibili attraverso il sangue. Sono pure ampiamente riconosciuti l'effetto protettivo del mantenimento con metadone contro mortalità e morbilità, il valore addizionale del trattamento volontario senza droga ed il ruolo del trattamento con assistenza medica nel ridurre il consumo di droghe illegali, il comportamento a rischio e la criminalità.

Il diffuso riconoscimento del valore di queste misure è un fattore che contribuisce probabilmente alla convergenza delle strategie pubbliche d'intervento nei settori della prevenzione e del trattamento nell'Unione europea. Non bisogna dimenticare che questa convergenza, che si verifica soprattutto nel settore sociale e in quello sanitario, avviene in modo non uniforme, per esempio la distribuzione di siringhe è praticata in alcuni paesi molto più che in altri. Inoltre, non sempre un metodo è applicato in modo uniforme all'interno di un paese; ad esempio la terapia sostitutiva può essere ampiamente disponibile nei centri di trattamento, ma molto meno nelle carceri.

Ciononostante, le strategie politiche e legislative nazionali promuovono sempre più misure simili nel settore sociale e in quello della sanità pubblica. In numerosi paesi sono state avviate importanti iniziative a livello legislativo intese, tra l'altro, a mirare determinate sostanze indipendentemente dal loro stato legale, ad ampliare la distinzione tra consumatori di stupefacenti e trasgressori delle leggi sulla droga, a ridurre o eliminare le sanzioni per uso personale o possesso di cannabis ed a potenziare la normativa per la terapia sostitutiva. Nel settore della prevenzione ci si adopera ora in modo particolare ad assicurare la qualità degli interventi con l'introduzione di norme nazionali e di procedure di accreditamento.

Il crescente consenso all'interno dell'Unione europea punta evidentemente a continuare con maggiore efficienza ed efficacia la lotta contro i problemi di droga ri-

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

ducendo la morbilità, la mortalità, il disagio e l'esclusione sociale dei consumatori problematici e fornendo informazioni veritiere sui potenziali rischi per i consumatori non problematici. Rappresenta inoltre una risposta più forte ed unanime alla grande priorità che i cittadini europei hanno dato alla soluzione del problema della droga. Sono convinto che la presente *Relazione annuale* 2002

apporterà un notevole contributo alla creazione di una base di testimonianze che servirà ad elaborare solide misure politiche ed adeguati programmi strategici tanto a livello nazionale e locale quanto a livello europeo.

Georges Estievenart
Direttore esecutivo

Panoramica

Situazione della droga

Consumo di stupefacenti tra la popolazione generale

- Il consumo di sostanze illecite si concentra tra i giovani adulti, in particolare tra la popolazione maschile delle aree urbane, per quanto pare si stia estendendo alle città più piccole ed alle aree rurali.
- Il consumo recente di cannabis (ultimi 12 mesi) è stato segnalato, nella maggior parte dei paesi, dal 5-15 % dei giovani adulti. Il consumo recente di anfetamine è stato segnalato in percentuali variabili tra lo 0,5 % ed il 6 %, il consumo di cocaina tra lo 0,5 % ed il 3,5 %, il consumo di ecstasy tra lo 0,5 % ed il 5 %.
- L'esperienza una tantum di cannabis è segnalata in percentuali variabili tra il 10 % ed il 30 % degli adulti europei, mentre la percentuale di chi ha sperimentato anfetamine, cocaina ed ecstasy varia dall'1 al 5 %.
- Negli anni Novanta il consumo di cannabis è aumentato in misura considerevole nella maggior parte dei paesi dell'UE, particolarmente tra i giovani, per quanto pare che in alcuni paesi, in questi ultimi anni, il suo consumo si stia stabilizzando. Anche se l'andamento è meno chiaro, sembra che in questi ultimi anni sia aumentato il consumo di cocaina.

Consumo problematico di stupefacenti

- In linea generale, i livelli del consumo problematico di stupefacenti sembrano stabili, anche se alcuni paesi segnalano variazioni delle stime che, prese nel loro insieme, suggeriscono un aumento del consumo problematico di stupefacenti a partire dal 1996.
- Possibili aumenti a livello nazionale sono segnalati da Belgio e Norvegia (i dati disponibili riguardano

soltanto chi fa uso di stupefacenti per via parenterale), da Germania, Italia, Lussemburgo, Svezia e Regno Unito.

- Tutte le stime riguardanti il consumo problematico di stupefacenti evidenziano un dato che va da due a nove casi ogni 1 000 abitanti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.
- In genere le stime riguardanti il consumo di stupefacenti per via parenterale vanno da due a cinque casi ogni 1 000 abitanti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

Domanda di trattamento

- I vari paesi segnalano un aumento del numero dei pazienti in terapia.
- Gli oppiacei restano le sostanze principali per le quali i pazienti chiedono di entrare in terapia, seguiti da cannabis, cocaina ed anfetamine. Tra un paese e l'altro si riscontrano notevoli differenze.
- L'evoluzione per tipologia di sostanza stupefacente tra i pazienti che entrano in terapia per la prima volta mostra che il numero dei consumatori di eroina resta stabile o è in diminuzione, il numero dei consumatori di cannabis è in aumento in alcuni paesi (Germania, Danimarca), mentre il numero di pazienti che fanno uso di cocaina — il cui numero fino all'anno scorso era in aumento — adesso sembra stabile.
- Tra i nuovi pazienti le principali modalità di somministrazione sono le seguenti: l'eroina viene assunta per via iniettiva (45,9 %), la cocaina viene sniffata (47,1 %), gli stimolanti vengono ingeriti/bevuti (56,4 %).

- Le condizioni sociali di chi fa uso di stupefacenti sono peggiori rispetto alla popolazione generale della

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

medesima età. I livelli di istruzione sono inferiori ed i tassi di disoccupazione sono più elevati.

Malattie infettive correlate agli stupefacenti

- I livelli dell'infezione da virus HIV variano grosso modo dall'1 % nel Regno Unito al 34 % in Spagna, ma in genere sono stabili.
- La prevalenza dell'HIV è superiore al 25 % tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale che sono sottoposti a test di routine durante il trattamento antidroga nelle regioni italiane di Emilia-Romagna, Lombardia e Sardegna, in Francia, a Lisbona e Porto (Portogallo), nonché in Spagna.
- Sembra che si sia verificato un aumento della trasmissione del virus HIV (in sottogruppi di consumatori di stupefacenti per via parenterale) in regioni o città di Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Portogallo e Finlandia.
- La prevalenza dell'epatite C è estremamente elevata in tutti i paesi ed ambienti, con tassi di infezione che vanno dal 40 % al 90 % tra i vari sottogruppi di consumatori di stupefacenti per via parenterale.

Decessi correlati agli stupefacenti

- Ogni anno nell'UE sono segnalati 7 000 - 8 000 decessi improvvisi droga correlati, ma il numero reale è probabilmente superiore. Gli oppiacei sono presenti nella maggior parte dei decessi dovuti ad overdose, pur essendo frequente la presenza di altre sostanze.
- La tendenza a livello UE è relativamente stabile, per quanto le tendenze nazionali siano abbastanza diversificate. Preoccupa il fatto, comunque, che alcuni paesi dell'UE segnalino recenti, nuovi aumenti dopo un periodo di stabilizzazione o di decremento.
- La mortalità dei consumatori di oppiacei, in particolare di chi ne fa uso per via parenterale, è fino a 20 volte superiore rispetto alla popolazione generale della medesima età, a causa di overdose, malattie infettive, infortuni, suicidi ecc.

Criminalità correlata agli stupefacenti

- In tutti i paesi — tranne Norvegia, Paesi Bassi, Italia e Spagna — i reati legati alla legislazione sulla droga, così come sono segnalati dalla polizia, continuano ad interessare principalmente il consumo/possesso di stupefacenti.
- Il dato varia da un carcere all'altro e da un paese all'altro, ma sembra che dal 29 % all'86 % della

popolazione carceraria (oltre il 50 % per la maggior parte delle ricerche) segnali l'uso, almeno una volta, di droghe illecite.

- Per quanto la maggior parte dei consumatori di stupefacenti tenda ad interromperne o ridurre il consumo dopo la carcerazione a causa della scarsa disponibilità di droghe illecite, alcuni continuano a far uso di stupefacenti, mentre altri cominciano proprio in carcere.

Mercati e disponibilità di sostanze stupefacenti

- In tutti i paesi tranne in Portogallo (dove prevale l'eroina), la cannabis è la sostanza stupefacente oggetto del maggior numero di sequestri. Nel 2000 i quantitativi sequestrati sono diminuiti nella maggior parte degli Stati membri.
- Nel 2000, a livello di UE, il numero dei sequestri di cannabis ed ecstasy è continuato a salire, mentre è diminuito per l'eroina, la cocaina e le anfetamine.
- Nel 2000 è stata segnalata una notevole diminuzione della quantità di cocaina sequestrata, principalmente per la forte contrazione riportata nei paesi dell'UE dove è maggiore il sequestro di cocaina (Spagna, Francia, Paesi Bassi).
- Il prezzo delle sostanze illecite nell'UE è in genere stabile o in diminuzione, per quanto vengano segnalati aumenti riguardanti l'eroina scura (brown).

Risposte al consumo di stupefacenti

Strategie nazionali

- Prosegue la recente tendenza a dare risposte strategiche alla situazione in materia di stupefacenti. Gli obiettivi ed i destinatari sono identificati meglio che non in passato. L'applicazione e la valutazione sono adesso le sfide principali che le strategie nazionali in materia di stupefacenti si trovano a dover affrontare.
- Una maggiore attenzione è dedicata alle attività di prevenzione e di terapia riguardanti l'alcool ed il tabacco. Le strategie tendono a rivolgersi alle sostanze che provocano dipendenza, a prescindere dal loro status giuridico.

Legislazione nazionale

- C'è la tendenza a fare maggiore distinzione tra chi fa uso di sostanze stupefacenti e chi commette altri reati legati alla legislazione sulla droga, con distinguere di

carattere giuridico o di linea politica, oppure introducendo un sistema giudiziario più specializzato, o entrambe le cose.

- Nel contempo, alcuni paesi hanno scelto di ridurre o eliminare le sanzioni previste per l'uso o il possesso per uso personale di cannabis, operando una distinzione tra questa sostanza e le altre.
- La nuova legislazione riguardante l'uso di sostanze stupefacenti mentre si è alla guida specifica chi e come deve fare i test; ciò potrà contribuire a migliorare la raccolta dei dati statistici, che serviranno poi come base scientifica per una futura attività legislativa in materia.
- Sono in via di introduzione o di rafforzamento i quadri giuridici nazionali per le terapie sostitutive.

Riduzione della domanda

- Per quanto riguarda le risposte, tutte le strategie nazionali in materia di stupefacenti hanno individuato alcune priorità. La prevenzione nelle scuole è considerata una priorità in dieci Stati membri, la prevenzione e l'intervento rapido per i giovani a rischio in nove, la risposta nell'ambito del sistema della giustizia penale in sette. Otto paesi ravvisano l'esigenza di rafforzare le strutture terapeutiche.
- La qualità delle risposte in materia di riduzione della domanda è assicurata con l'introduzione, in alcuni paesi, di standard nazionali, di procedure di accreditamento o di linee guida.

La prevenzione nelle scuole, negli ambienti locali e nella comunità

- Tutti gli Stati membri sottolineano l'elevata priorità della prevenzione e segnalano numerose attività di prevenzione in ambiti diversi, principalmente nelle scuole. Rimane comunque uno scarto considerevole tra gli obiettivi politici e la realtà e la qualità della prevenzione.
- Gli obiettivi per la prevenzione nelle scuole vanno dai principi di promozione della salute a tutto tondo allo sviluppo di capacità sociali/personali atte a promuovere l'identità/la personalità. Prevalgono spesso le attività di sensibilizzazione e di informazione, anche se si è dimostrato che questi approcci, da soli, sono inefficaci.
- Esistono ampie disparità tra gli Stati membri in merito al ruolo dei mass media nelle strategie di prevenzione, da nessuno ad un ruolo prominente.

La prevenzione negli ambienti ricreativi

- La prevenzione negli ambienti ricreativi si basa su tre strategie di intervento: la produzione di materiale informativo sulle droghe; interventi personalizzati nelle discoteche o nei rave party; misure strutturali, come linee guida per club sicuri.
- Il valore degli interventi in loco per fare il test delle pasticche, che consentono un'intensa attività di consulenza interattiva preventiva, è stato oscurato da discussioni incentrate sulle questioni dell'accuratezza farmacologica e delle implicazioni giuridiche.

La prevenzione delle malattie infettive

- Le risposte suffragate da prove atte a prevenire le malattie infettive tra i consumatori di stupefacenti sono la vaccinazione contro l'epatite, il trattamento antidroga — in particolare, la prescrizione di droghe sostitutive —, le forme di prima assistenza nelle comunità, l'accesso ad attrezzature sterili per le iniezioni, nonché informazioni e formazione affinché il consumo avvenga in condizioni di maggiore sicurezza.
- L'accesso ad attrezzature sterili per le iniezioni è di grande importanza per minimizzare l'incidenza dell'HIV e di altre infezioni virali trasmissibili con il sangue. Anche se è aumentata la disponibilità di programmi per lo scambio degli aghi, la copertura della popolazione interessata mostra notevoli differenze da un paese all'altro e all'interno dei paesi stessi.
- I consumatori di stupefacenti vaccinati contro l'epatite sono percentualmente pochissimi. In alcuni paesi sono in corso sforzi sistematici volti a rendere la vaccinazione più accessibile.

La prevenzione dei decessi correlati con gli stupefacenti

- I decessi per overdose potrebbero essere in gran parte evitati.
- La terapia di mantenimento a base di metadone ha un considerevole effetto protettivo sulla mortalità per overdose da oppioidi.
- In alcuni paesi si segnalano approcci innovativi alla prevenzione ed alla gestione delle crisi da overdose: insegnando ai consumatori di stupefacenti, per esempio, ad autoprotettersi ed a gestire meglio le crisi da overdose di cui possono essere testimoni, insegnando loro a somministrare naloxone e le tecniche di rianimazione, oppure elaborando specifici materiali informativi per la prevenzione.

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

La disponibilità di strutture terapeutiche

- In questi ultimi cinque anni si è registrato un considerevole aumento della disponibilità di strutture terapeutiche nell'UE ed in Norvegia. L'incremento delle terapie medicalmente assistite sembra essere stato più rapido di quello delle terapie *drug-free* (in situazione di astinenza).
- La valutazione degli interventi terapeutici *drug-free* ha dimostrato la loro efficacia. I risultati della valutazione fluttuano abbastanza, ma in genere dal 30 % al 50 % dei pazienti che iniziano una terapia *drug-free* la portano con successo a compimento.
- Le terapie medicalmente assistite con metadone o buprenorfina si sono dimostrate efficaci per ridurre il consumo di droghe illecite, i comportamenti a rischio e la criminalità. Si è dimostrato che per poter avere risultati positivi i dosaggi devono essere adeguati. Gli interventi psicosociali di accompagnamento contribuiscono al successo, ma sono tuttora poco sviluppati.

Le risposte della giustizia penale

- Le autorità giudiziarie dei paesi dell'UE hanno a disposizione una serie di misure, ai diversi stadi del sistema penale, per dirottare verso l'opzione terapeutica i consumatori di stupefacenti che hanno commesso un illecito penale.
 - La maggior parte dei paesi dell'UE dispone di programmi terapeutici orientati all'astinenza e/o unità *drug-free* all'interno delle carceri. Il numero dei posti disponibili è in ogni modo limitato rispetto al numero stimato di detenuti con problemi di droga.
- Nelle carceri di quasi tutti i paesi dell'UE ed in Norvegia sono oggi disponibili terapie sostitutive. Tuttavia, anche nei paesi in cui una larga parte dei consumatori problematici di stupefacenti nella comunità è in terapia sostitutiva, le carceri spesso seguono una politica di detossificazione.
 - È provata l'esigenza di soluzioni graduali (*stepped care*)/terapie continuative per ridurre le ricadute tra chi commette reati e fa uso di stupefacenti.
 - È aumentato l'impegno per documentare e valutare le risposte del sistema della giustizia penale, ma non sono (ancora) molte le prove scientifiche.

Riduzione dell'offerta

- La lotta contro il traffico organizzato di sostanze stupefacenti è una priorità per gli Stati membri, con il miglioramento delle banche dati e delle tecniche d'analisi dei reati, nonché con l'ulteriore sviluppo della cooperazione internazionale.
- La lotta contro il dirottamento di prodotti chimici e precursori in regime di controllo è una parte importante dell'accresciuta cooperazione internazionale. Occorrono ulteriori risorse per garantire un livello adeguato di sorveglianza.
- Tra le misure volte a combattere il riciclaggio di denaro, la cooperazione internazionale delle autorità doganali e le attività del gruppo d'azione finanziaria internazionale dell'OCSE (FATF) ricoprono un ruolo molto importante.

Situazione della droga

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

Consumo di stupefacenti tra la popolazione generale ⁽¹⁾

Le indagini tra la popolazione forniscono una stima della percentuale della popolazione che ha fatto uso di sostanze stupefacenti durante un certo periodo di tempo, oltre a fornire informazioni sui comportamenti e le caratteristiche di chi ha risposto al sondaggio. Per le droghe illecite, le misurazioni più tradizionali sono:

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

L'«esperienza una tantum» dà sempre risultati più elevati ed è ampiamente utilizzata nelle relazioni e nelle valutazioni sullo stato delle tossicodipendenze in un determinato paese. Tuttavia, l'esperienza una tantum da sola non esprime opportunamente la situazione corrente, in quanto include anche tutti coloro che hanno fatto comunque uso di sostanze stupefacenti, magari una sola volta oppure poche volte molti anni fa.

L'«uso recente» dà risultati inferiori, ma riflette meglio la situazione corrente. Mettendo insieme l'esperienza una

tantum e l'uso recente si possono avere informazioni di base sui modelli di consumo di stupefacenti (per esempio, tassi di uso continuato). L'«uso corrente» può fornire una qualche indicazione di un uso regolare, ma i dati sono in genere abbastanza bassi se rapportati alla popolazione complessiva.

Molte indagini prevedono domande riguardanti l'età in cui si è fatto uso per la prima volta di sostanze stupefacenti e la frequenza dell'uso, informazioni che consentono una stima dell'incidenza e dei modelli di consumo. Altre variabili individuali (variabili socio-demografiche, opinioni e percezioni del rischio, stili di vita, problemi di salute ecc.) possono aiutare a stabilire una correlazione tra l'uso ed altri fattori individuali.

La fascia d'età utilizzata per riportare i risultati può incidere notevolmente sulla stima della prevalenza. I confronti dovrebbero essere fatti tra gruppi appartenenti alla medesima fascia. L'OEDT raccomanda la fascia d'età dai 15 ai 64 anni per l'intera popolazione adulta e dai 15 ai 34 anni per i giovani adulti, ma ci sono ancora piccole differenze nazionali tra i dati riportati.

Modelli di consumo degli stupefacenti

Nonostante i limiti metodologici, tra gli Stati membri dell'UE si possono identificare modelli di consumo sia comuni che divergenti.

La cannabis continua ad essere la sostanza illecita di maggiore diffusione in tutti i paesi dell'UE. L'esperienza una tantum è molto più diffusa dell'uso recente o corrente: ciò sta ad indicare che l'uso è tendenzialmente occasionale oppure che viene interrotto dopo

⁽¹⁾ I metodi utilizzati per stimare il consumo di stupefacenti nella popolazione generale sono spiegati on line su <http://annualreport.emcdda.eu.int>

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

qualche tempo. Poiché c'è una piccola percentuale di soggetti che fa un uso quotidiano di cannabis, una particolare attenzione dovrebbe essere dedicata a questo gruppo.

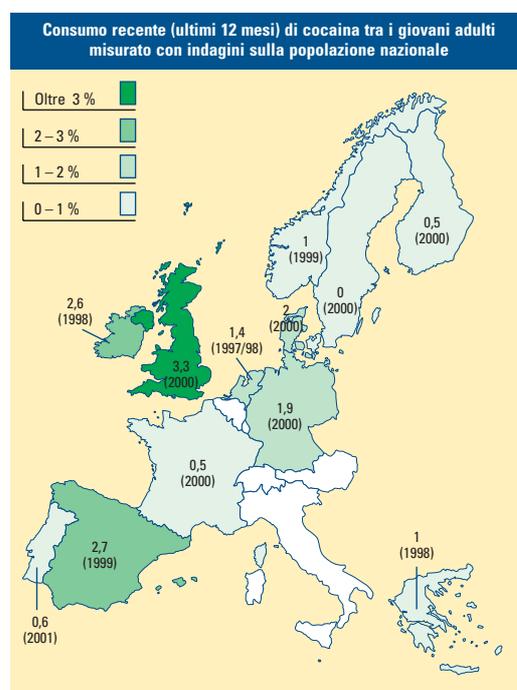
Le sostanze diverse dalla cannabis sono consumate da percentuali molto inferiori di popolazione, per quanto vi siano considerevoli differenze da un paese all'altro. Anche in questo caso, l'esperienza una tantum è chiaramente superiore all'uso recente ⁽²⁾ ⁽³⁾.

L'uso di sostanze illecite si concentra tra i giovani adulti, che hanno tassi di prevalenza all'incirca doppi rispetto all'insieme degli adulti. Il numero dei maschi è superiore a quello delle donne tra le persone che hanno fatto uso di sostanze stupefacenti in tutti i paesi ed in tutte le fasce d'età, per quanto queste differenze tendano a diminuire tra i gruppi più giovani ⁽⁴⁾. L'uso di sostanze stupefacenti è prevalente nelle aree urbane, per quanto si stia diffondendo alle città più piccole ed alle aree rurali.

L'esperienza una tantum della cannabis varia dal 10 % (Finlandia) al 25-30 % (Danimarca e Regno Unito) rispetto all'intera popolazione adulta, con un buon numero di paesi che registrano dati attorno al 20 % (Belgio, Francia, Germania, Irlanda, Paesi Bassi e Spagna). Le anfetamine sono state provate dall'1 % al 6 % della popolazione (11 % nel Regno Unito), la cocaina e l'ecstasy rispettivamente dallo 0,5 % circa al 4,5 % della popolazione. L'eroina è stata provata in genere da meno dell'1 % della popolazione, anche se tra i giovani maschi di alcuni paesi si arriva al 2-3 %. A titolo di riferimento extraeuropeo, nel 2000 un'indagine condotta negli Stati Uniti tra i nuclei familiari ha rilevato un'esperienza una tantum di cannabis del 34 % e di cocaina dell'11 % tra gli adulti (dai 12 anni in poi) ⁽⁵⁾.

L'uso recente di cannabis va dall'1 % al 10 % di tutti gli adulti, anche se la maggior parte dei paesi che dispongono di informazioni segnalano livelli compresi fra il 5 % ed il 10 %. In genere, l'uso recente di anfetamine, cocaina o ecstasy risulta inferiore all'1 % degli

Grafico 1



NB: I dati provengono dalle indagini nazionali più recenti disponibili nei vari paesi. Per i giovani adulti, l'OEDT utilizza la fascia d'età da 15 a 34 anni (la Danimarca ed il Regno Unito partono da 16 anni, la Germania e l'Irlanda da 18). Tali variazioni nella fascia d'età possono influenzare leggermente alcune differenze nazionali. In alcuni paesi i dati sono stati ricalcolati a livello nazionale, per adattarli nella misura del possibile alla fascia d'età standard adottata dall'OEDT.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox 2001, desunte da studi ed articoli scientifici. Cfr. anche la tabella epidemiologica standard «Prevalenza negli ultimi 12 mesi del consumo di stupefacenti in recenti indagini a livello nazionale tra la popolazione generale in alcuni paesi dell'UE» sul sito web <http://annualreport.emcdda.eu.int>

adulti, per quanto l'Irlanda ed il Regno Unito presentino dati un po' superiori per tutte e tre le sostanze, insieme con Danimarca e Norvegia per le anfetamine e Spagna per la cocaina. Dall'indagine condotta nel 2000 tra i nuclei familiari degli Stati Uniti, è emerso che l'8,3 % degli adulti (dai 12 anni in poi) aveva fatto un uso recente (ultimo anno) di cannabis e l'1,5 % di cocaina.

I giovani adulti segnalano chiaramente indici più elevati di consumo recente di stupefacenti. Nella maggior parte dei paesi, il consumo recente di cannabis segnalato va dal 5 % al 18 % dei giovani adulti (in Svezia dall'1 % al 2 %). L'uso recente di anfetamine è stato segnalato dallo

⁽²⁾ Grafico 1 OL: Modelli di consumo di stupefacenti tra la popolazione generale.

Consumo di cannabis: per esempio, esperienza una tantum rispetto al consumo corrente (ultimi 30 giorni) in un'indagine nazionale olandese, 1997 (versione on line).

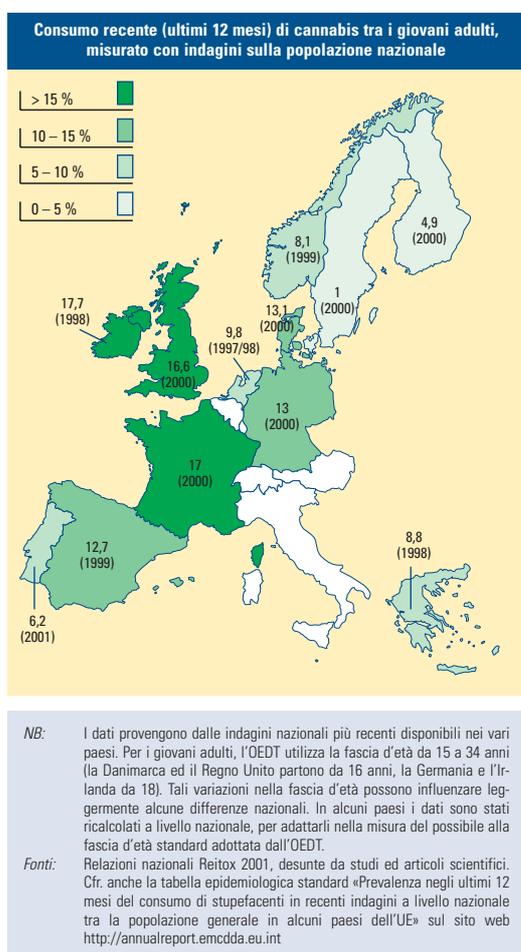
⁽³⁾ Grafico 2 OL: Tassi di uso continuato per alcune sostanze, desunti da recenti indagini sull'intera popolazione europea di età adulta (versione on line).

⁽⁴⁾ Grafico 3 OL: Differenze tra i sessi nel consumo di stupefacenti, registrate da indagini sulla popolazione generale condotte nei paesi europei (versione on line).

⁽⁵⁾ Fonte: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Household Survey on Drug Abuse, 1999 e 2000. (<http://www.samhsa.gov/oas/oas.html>). Va rilevato che la fascia d'età (12 anni ed oltre) è più ampia della fascia d'età riportata dall'OEDT per le indagini a livello UE (15-64 anni).

Situazione della droga

Grafico 2



0,5 % al 6 %, l'uso di cocaina dallo 0,5 % al 3,5 % e l'uso di ecstasy dallo 0,5 % al 5 % (6).

In aggiunta alle differenze effettive nel consumo di stupefacenti, numerosi fattori possono contribuire a spiegare le differenze esistenti tra i dati nazionali. Nel complesso, i fattori generazionali possono spiegare in parte i dati nazionali, fra cui la convergenza tra gli stili di vita di maschi e femmine. Anche la percentuale della popolazione urbanizzata in ciascun paese può spiegare, in parte, alcuni dati nazionali complessivi. Le analisi comparate nonché la valutazione e la formulazione delle linee politiche dovrebbero tener conto, fra l'altro, dei gruppi d'età precisi, del sesso e del grado di urbanizzazione (7) (8).

Tendenze nel consumo di stupefacenti tra la popolazione generale

È difficile individuare linee di tendenza chiare che si applichino all'UE nel suo insieme, a causa della limitatezza delle fonti informative (poche serie coerenti) e delle differenze esistenti tra i contesti socio-culturali nazionali ed i relativi sviluppi. L'esperienza una tantum dovrebbe essere utilizzata con cautela quando si vanno ad analizzare le linee di tendenza, in quanto si tratta di un dato cumulativo che non diminuirà per molto tempo, anche se diminuisce l'uso corrente di sostanze stupefacenti.

Indagini condotte tra la popolazione nazionale e locale, nonché tra i soldati di leva e nelle scuole, mostrano che l'uso della cannabis è notevolmente aumentato nel corso degli anni Novanta in quasi tutti i paesi dell'UE, particolarmente tra i giovani. Nel medesimo tempo, si possono percepire alcune convergenze nell'uso della cannabis tra i vari paesi, con un significativo numero di paesi che segnala un'esperienza una tantum del 20-25 % circa e del 5-10 % di uso recente.

Negli anni più recenti, l'uso della cannabis sembra livellarsi o persino diminuire in alcuni paesi (Finlandia, Irlanda, Norvegia e Paesi Bassi), tra i giovani, i soldati di leva o la popolazione scolastica. In altri, tuttavia, l'aumento continua.

L'andamento a livello europeo di altre sostanze (per esempio, cocaina, ecstasy ed anfetamine) è più difficile da delineare, il che sottolinea l'esigenza di effettuare indagini coerenti in serie con un'appropriata dimensione del campione.

È cresciuta la preoccupazione circa il possibile aumento dell'uso della cocaina nell'UE, in rapporto all'aumento, in alcuni paesi, dei problemi legati a questa sostanza. Un incremento dell'uso recente di cocaina sembra verificarsi tra i giovani nel Regno Unito ed anche, sia pure in misura minore, in Danimarca, Germania e Grecia. In Finlandia, Francia e Spagna non compare alcun aumento tra i giovani adulti, per quanto in Spagna i dati siano relativamente elevati e sia stato osservato un considerevole incremento tra gli studenti (grafico 3).

(6) Grafico 4 OL: Consumo recente (ultimi 12 mesi) di anfetamine, ecstasy e cocaina tra i giovani adulti nei paesi europei, misurato con indagini sulla popolazione nazionale (versione on line).

(7) Grafico 5 OL: Come guardare la differenza dei dati sul consumo di droga tra i vari paesi: esempio di Danimarca e Francia (versione on line).

(8) Grafico 6 OL: Consumo recente di cocaina (ultimi 12 mesi) per fascia d'età nei paesi europei, misurato con indagini tra la popolazione (versione on line).

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

Grafico 3 A Recente stabilizzazione del consumo di cannabis in alcuni paesi dell'UE

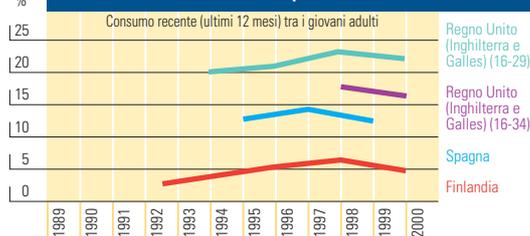


Grafico 3 B Continua l'aumento del consumo di cannabis in alcuni paesi dell'UE

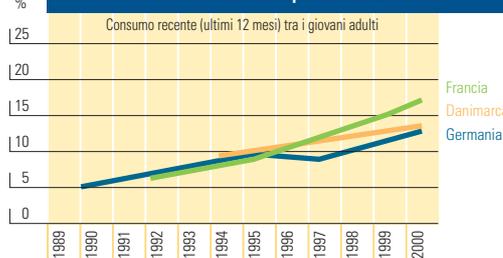
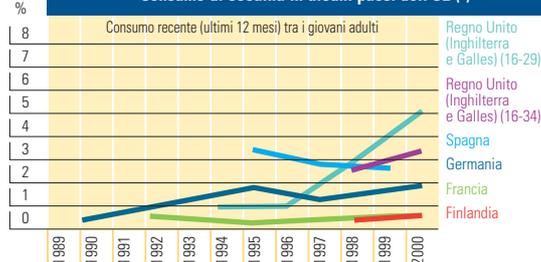


Grafico 3 C Consumo di cocaina in alcuni paesi dell'UE (1)



NB: I dati provengono dalle indagini nazionali più recenti disponibili nei vari paesi. Per i giovani adulti, l'OEDT utilizza la fascia d'età da 15 a 34 anni (la Danimarca ed il Regno Unito partono da 16 anni, la Germania e l'Irlanda da 18, la Francia: 1992: 25-34 anni, 1998: 18-39 anni).

(1) Per quanto non presentate in questo grafico, le informazioni fornite dalla Danimarca e dalla Grecia suggeriscono un certo aumento.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox 2001, desunte da studi ed articoli scientifici. Cfr. anche la tabella epidemiologica standard «Prevalenza negli ultimi 12 mesi del consumo di stupefacenti in recenti indagini a livello nazionale tra la popolazione generale in alcuni paesi dell'UE» sul sito web <http://annualreport.emcdda.eu.int>

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

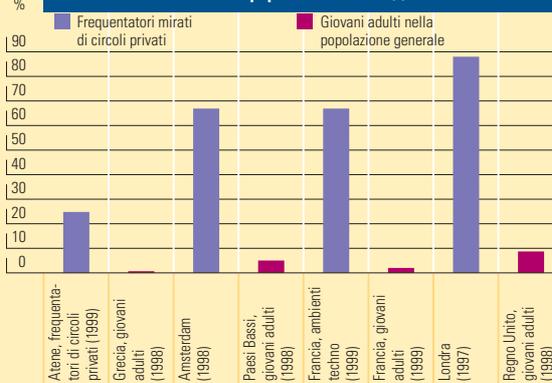
- Prevalenza una tantum del consumo di stupefacenti in indagini recenti a livello nazionale tra la popolazione generale in alcuni paesi dell'UE.
- Prevalenza negli ultimi 12 mesi del consumo di stupefacenti in indagini recenti a livello nazionale tra la popolazione generale in alcuni paesi dell'UE.
- Indagini nelle scuole: Prevalenza una tantum tra gli studenti di età compresa tra 15 e 16 anni.

Consumo di stupefacenti tra i giovani

Nel 2000, soltanto cinque Stati membri hanno fornito dati ottenuti con indagini nelle scuole tra gli studenti di 15-16 anni. La Svezia ha registrato un aumento nel consumo di cannabis, mentre l'Italia ha mostrato un aumento nel consumo di cannabis, ecstasy e cocaina. Gli altri tre Stati membri hanno registrato una prevalenza del consumo di stupefacenti stabile o in diminuzione in questa fascia d'età.

Alcuni Stati membri hanno effettuato indagini fra i giovani d'età superiore a 15-16 anni ed al di fuori dell'ambiente scolastico. Le indagini nelle scuole su diverse fasce d'età mostrano che la prevalenza del consumo una tantum di stupefacenti aumenta considerevolmente con l'età, anche se in misura diversa nei vari paesi. Rispetto alle indagini condotte tra la popolazione generale, fra i giovani che frequentano i locali notturni ed i circoli privati si registra anche una prevalenza media molto superiore del consumo di droghe «ad uso ricreativo», ecstasy in particolare (cfr. grafico 4, che deve essere interpretato con cautela perché le indagini non sono perfettamente comparabili).

Grafico 4 Differenza nella prevalenza del consumo una tantum di ecstasy tra indagini sulla popolazione generale ed indagini su una popolazione mirata (1)



(1) In un'indagine mirata n = intervallo 100-986.

Fonti: Atene: Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M. P., Tossman, P., van de Wijngaert, G. e Zavatti, P. (1999), *Night life in Europe and recreative drug use*, Irefrea e Commissione europea, Valencia.
Amsterdam: Korf, D.J., Nabben, T., Lettink, D. and Bouma, H. (1999), «Antenne 1998. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers», Jellinek, Amsterdam.
Francia: Medecins du Monde (1999), «Techno Rave Parties».
Londra: Release (1997), «Release drugs and dance survey: an insight into the culture», Release, Londra.

Consumo problematico di stupefacenti

Il consumo problematico di stupefacenti è definito come «l'uso di sostanze stupefacenti per via parenterale oppure l'uso prolungato/regolare di oppiacei, cocaina e/o anfetamine» ⁽⁹⁾.

In generale, i livelli del consumo problematico di stupefacenti sembrano stabili, anche se, con i metodi correnti di stima e la qualità e la disponibilità corrente di dati, continua a non essere possibile — nella maggior parte dei paesi — calcolare in maniera attendibile l'andamento della prevalenza del consumo problematico di stupefacenti.

Tuttavia, alcuni paesi segnalano variazioni nelle stime e/o indicatori che, considerati congiuntamente, suggeriscono un aumento del consumo problematico di sostanze stupefacenti a partire dal 1996. Possibili aumenti a livello nazionale sono segnalati da Belgio e Norvegia (i dati disponibili riguardano soltanto chi fa uso di stupefacenti per via parenterale), Germania, Italia, Lussemburgo, Regno Unito e Svezia, mentre da altri paesi sono segnalati aumenti a livello locale o regionale ⁽¹⁰⁾.

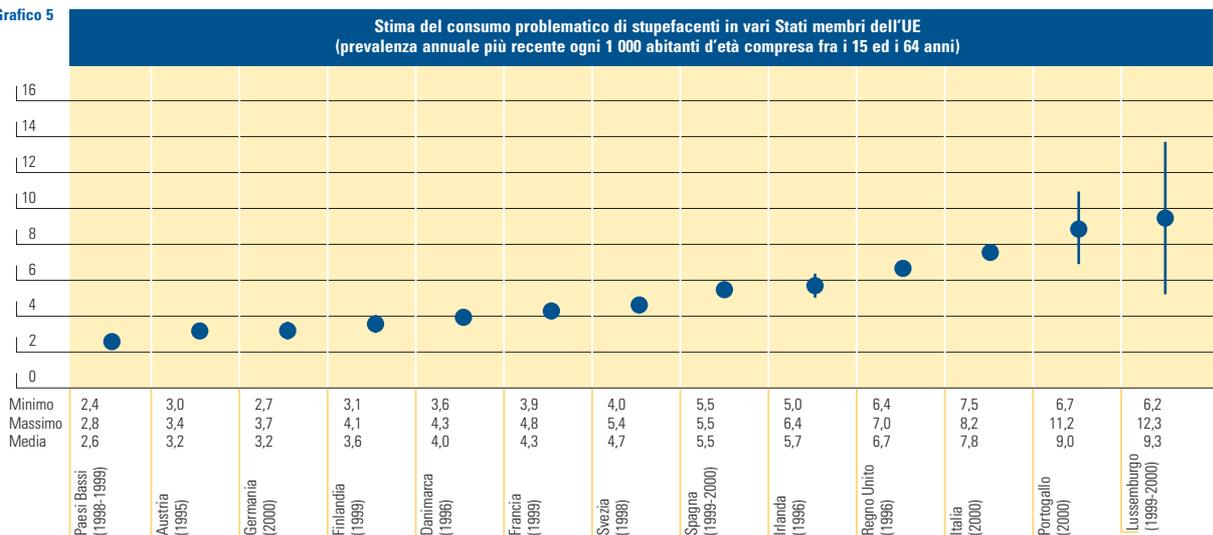
Il consumo problematico di stupefacenti viene stimato a 2-9 casi ogni 1 000 abitanti d'età compresa tra i 15 ed i 64 anni (punti intermedi delle stime). Il dato più elevato viene

segnalato da Italia, Lussemburgo, Portogallo e Regno Unito, con percentuali di consumatori problematici di stupefacenti che variano dal 6 ‰ al 9 ‰ tra gli abitanti d'età compresa fra i 15 ed i 64 anni. Il dato più basso si ha in Austria, Germania e Paesi Bassi, con circa il 3 ‰ di consumatori problematici di stupefacenti tra gli abitanti d'età compresa fra i 15 ed i 64 anni. Non sono disponibili dati per Belgio, Grecia e Norvegia (cfr. grafico 5).

In Finlandia e Svezia la maggioranza dei consumatori problematici di stupefacenti è costituita da soggetti che fanno un uso primario di anfetamine (stima dal 70 % all'80 % in Finlandia nel 1997). Questo dato è in controtendenza rispetto ad altri paesi, dove i consumatori problematici di stupefacenti sono in gran parte soggetti che fanno prevalentemente uso di oppiacei (e nel medesimo tempo sono poliassuntori).

Quest'anno sono fornite stime separate per il consumo di stupefacenti per via parenterale, una sottocategoria del consumo problematico di stupefacenti. La migliore qualità delle stime, che si basano sui dati relativi alla mortalità ed all'HIV, consente una presentazione separata rispetto al consumo problematico di stupefacenti. Le stime del consumo di stupefacenti per via parenterale variano in genere tra il 2 ‰ ed il 5 ‰ tra gli abitanti d'età compresa fra i 15 ed i 64 anni, ma non ci sono dati disponibili per sei Stati membri. La stima riguardante il Lussemburgo è più elevata, quasi il 7 ‰. Le stime del

Grafico 5



NB: I punti indicano la stima centrale, mentre la linea rappresenta la zona d'incertezza dell'intervallo di confidenza del 95 %. Quanto più lunga è questa linea, tanto meno certa è la stima della prevalenza (non disponibile per la Spagna). La stima della Svezia comprende i consumatori problematici di cannabis (circa l'8 % del campione totale).

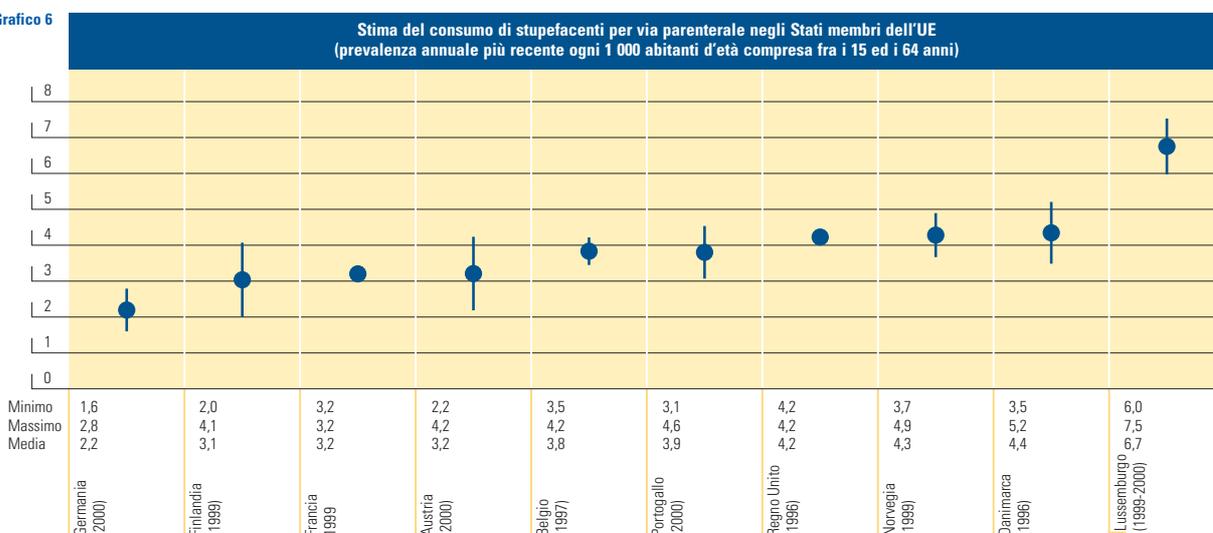
Fonti: Punti focali nazionali tramite il progetto dell'OEDT: «Situazione riguardante le stime della prevalenza nazionale del consumo problematico di stupefacenti negli Stati membri dell'UE», CT.00.RTX.23, Lisbona, OEDT, 2002. Coordinato dall'Institut für Therapieforschung di Monaco.

⁽⁹⁾ Maggiori dettagli circa le definizioni ed i metodi utilizzati per stimare il consumo problematico di stupefacenti si trovano su <http://annualreport.emcdda.eu.int>

⁽¹⁰⁾ Tendenze e modelli per paese sono presentati on line su <http://annualreport.emcdda.eu.int>

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

Grafico 6



NB: I punti indicano la stima centrale, mentre la linea rappresenta la fascia di incertezza, o intervallo di confidenza del 95 %. Quanto più lunga è questa linea, tanto meno certa è la stima della prevalenza (non disponibile per la Francia ed il Regno Unito).

Fonti: Punti focali nazionali tramite il progetto dell'OEDT: «Situazione riguardante le stime della prevalenza nazionale del consumo problematico di stupefacenti negli Stati membri dell'UE», CT.00.RTX.23, Lisbona, OEDT, 2002. Coordinato dall'Institut für Therapieforchung di Monaco.

consumo di stupefacenti per via parenterale indicano la popolazione che è a rischio di serie conseguenze per la salute o di morte per droga (cfr. grafico 6).

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

- Numero stimato di consumatori problematici di stupefacenti negli Stati membri dell'UE, 1995-2000.
- Tasso stimato dei consumatori problematici di stupefacenti negli Stati membri dell'UE, 1995-2000 (tasso per ogni 1 000 abitanti, fascia d'età 15-64).

Il protocollo sull'indicatore della domanda di trattamento (protocollo TDI)

Quest'anno, per la prima volta, 12 dei 15 Stati membri dell'UE hanno fornito all'OEDT dati sui pazienti che hanno chiesto di entrare in terapia conformemente al protocollo TDI. Il protocollo TDI ⁽¹⁾ è un'iniziativa congiunta «OEDT-Gruppo Pompidou» che è stata adottata dai 15 Stati membri. Le informazioni raccolte coprono fra l'altro: tipologia delle terapie offerte, sostanze utilizzate e caratteristiche socio-demografiche dei pazienti.

L'esercizio di raccolta dei dati svolto nel 2000 ha coinvolto in totale 1 702 unità terapeutiche in tutta Europa. Utilizzando il medesimo standard, dette unità hanno complessivamente fornito informazioni su 170 444 pazienti.

⁽¹⁾ La relazione integrale sull'indicatore della domanda di trattamento è disponibile su:
http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf

Domanda di trattamento

Le caratteristiche dei pazienti che entrano in terapia (come le caratteristiche sociali) ed i comportamenti legati al consumo (come la percentuale di chi assume la droga per via parenterale o di chi fa uso di oppiacei) sono potenziali indicatori di più ampie linee di tendenza nel consumo problematico di stupefacenti. Danno anche un'idea dell'organizzazione dei centri terapeutici in Europa. Elementi di distorsione possono comunque derivare dai diversi metodi di raccolta delle informazioni e dal diverso livello di offerta di servizi terapeutici da un paese all'altro.

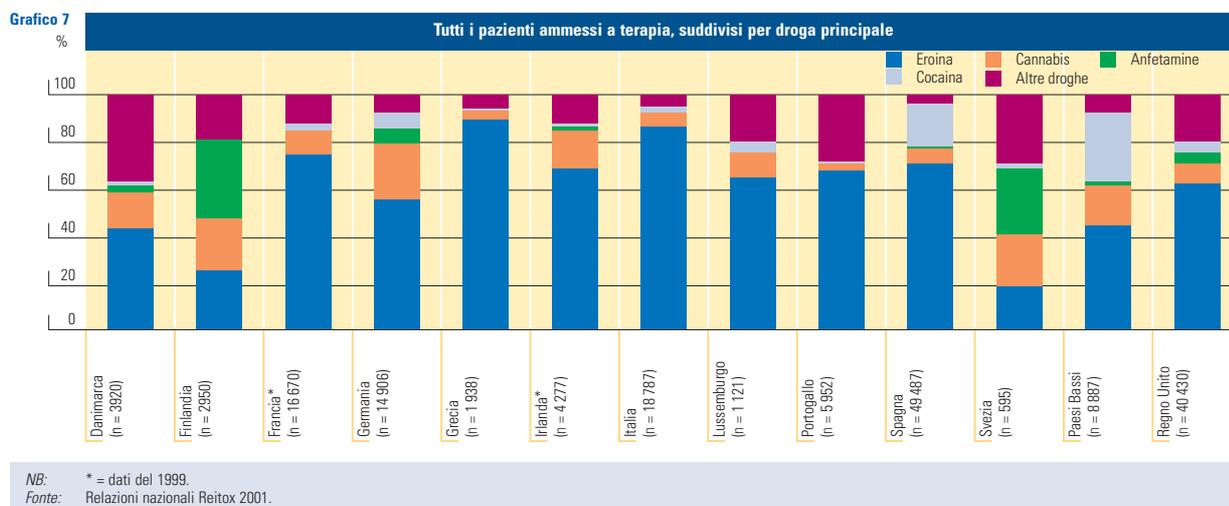
Sostanze stupefacenti

In ambito europeo, nonostante ci siano differenze nelle politiche terapeutiche e nella registrazione della prassi, è possibile identificare sia tendenze comuni che tendenze divergenti.

Nel 2000, il numero complessivo dei soggetti in trattamento per problemi di droga è aumentato, secondo le segnalazioni dei paesi, in base alle quali il fenomeno va attribuito a due fattori principali: sono migliorati i metodi di raccolta dei dati (è segnalato un maggior numero di persone sotto trattamento) e si sono andate espandendo le strutture terapeutiche, specialmente quelle che praticano la terapia sostitutiva. Potrebbe inoltre avere influito su questo aumento anche la creazione di nuovi servizi specializzati per target di riferimento specifici (per esempio, i minorenni).

Gli oppiacei (specialmente l'eroina) restano, nella maggior parte dei paesi, le sostanze principali per le

Situazione della droga



quali i pazienti chiedono il trattamento. Questo potrebbe essere parzialmente dovuto al fatto che molti servizi sono organizzati attorno alle esigenze dei consumatori di oppiacei. Complessivamente, il 50-70 % dei pazienti che chiedono di entrare in terapia sono consumatori di eroina, ma questo dato varia largamente da un paese all'altro, dall'89,6 % in Grecia al 19 % in Svezia.

Il numero dei pazienti che chiede di entrare in terapia per la cannabis come principale droga illecita varia dal 2,5 % in Portogallo al 24 % dei pazienti che sono in terapia in Germania. Spesso l'uso di cannabis è combinato ad altre sostanze (cfr. la questione specifica «Poliasunzione» nel capitolo 3).

La Spagna (18 %) ed i Paesi Bassi (29 %) restano i paesi dove è più alta la percentuale dei pazienti che chiedono di entrare in terapia per la cocaina in quanto droga principale. Il dato di altri paesi è inferiore, dal 6 % in Germania allo 0,8 % in Grecia.

La massima disparità da un paese all'altro si ha con le anfetamine, a causa delle quali il 33 % dei pazienti in Finlandia ed il 29 % in Svezia chiede di entrare in terapia. Il dato della Germania, Regno Unito, Danimarca e dei Paesi Bassi varia dal 7 % al 2 %, mentre è intorno allo 0 % negli altri paesi (grafico 7).

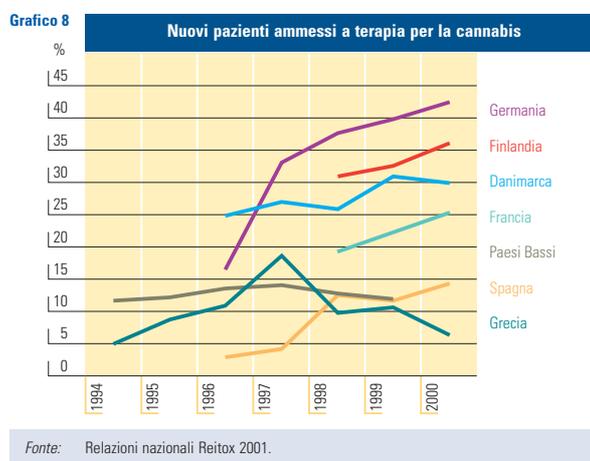
La poliasunzione emerge in maniera crescente dai dati derivanti dalle terapie.

Tendenze

Il numero dei nuovi pazienti che chiede di entrare in terapia per l'eroina sembra stabile o in diminuzione. Le possibili ragioni di questo fatto comprendono: l'aumento

proporzionale dei consumatori di altre droghe; la fine dell'epidemia di eroina riscontrata alla fine degli anni Ottanta ed all'inizio degli anni Novanta (i pazienti che hanno cominciato a far uso di eroina in questo periodo hanno già chiesto di entrare in terapia, cosa che di solito avviene cinque anni dopo che si è cominciato a farne uso); un andamento analogo dei dati relativi alla prevalenza e la creazione di nuovi servizi mirati ad altri profili di consumatori.

Il numero dei pazienti che chiede di entrare in terapia per la cannabis è in crescita in alcuni paesi. La Germania segnala il massimo aumento di clienti di cannabis che chiedono un trattamento per la prima volta, dal 16,7 % nel 1996 al 42,6 % nel 2000 (anche se è importante rilevare che questi dati si riferiscono soltanto ai centri ambulatoriali). Segue la Danimarca, con un aumento dal 25 % nel 1996 al 30 % nel 2000. Tendenze simili emergono anche in altri paesi, anche se non sono della stessa portata (grafico 8).



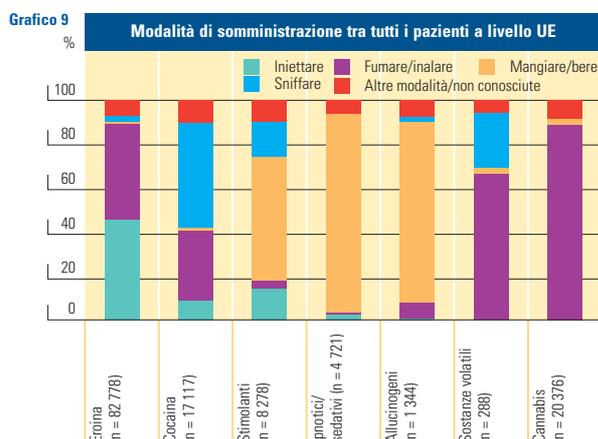
2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

Questo aumento dei consumatori di cannabis è confermato dai dati relativi a tutti i pazienti ammessi in terapia nell'arco degli anni ed è abbastanza uniforme in tutti i paesi. Inoltre, tra i pazienti che fanno uso di oppiacei in quanto sostanza principale, si registra soprattutto un aumento dell'uso di cannabis quale sostanza secondaria unitamente ad un'altra sostanza principale. Questo aumento non ha una spiegazione chiara ed univoca e le ragioni potrebbero comprendere, tra l'altro, un aumento della prevalenza del consumo di cannabis, un aumento del numero dei casi segnalati dal sistema giudiziario-penale ed un aumento del numero degli adolescenti che manifestano problemi sociali o psicologici.

L'aumento delle terapie per la cocaina registrato nel 1999 sembra essersi stabilizzato nel 2000, specialmente nei paesi in cui l'anno precedente l'incremento era stato più elevato (Paesi Bassi e Spagna), anche se questa tendenza apparente deve essere verificata nei prossimi anni. Il consumo di cocaina sembra essere diventato un problema considerevole nei paesi europei negli ultimi anni e la cocaina sembra rivestire un ruolo importante in quanto droga secondaria combinata con eroina ed alcool. Tuttavia, numerosi paesi osservano che le persone che chiedono di entrare in terapia rappresentano soltanto una piccola percentuale dei consumatori di cocaina.

Modalità di somministrazione

Le tre modalità di somministrazione delle droghe primarie più frequentemente segnalate sono: iniettare per l'eroina (45,9 % di tutti coloro che entrano in terapia per la prima volta), sniffare per la cocaina (47,1 %) e mangiare/bere per le sostanze stimolanti (56,4 %) (grafico 9).

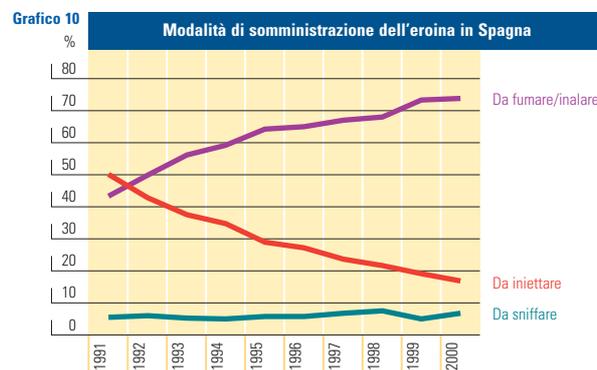


NB: Dati non disponibili per Austria, Francia, Irlanda e Portogallo.
Fonte: Relazioni nazionali Reitox 2001, dati TDI 2000 da centri di trattamento ambulatoriale.

La percentuale di chi fa uso di eroina per via parenterale varia in maniera significativa da un paese all'altro, dal 13 % nei Paesi Bassi al 73,8 % in Grecia. Per quanto una diminuzione generalizzata dell'uso di eroina per via parenterale sia abbastanza diffusa, in alcuni paesi si registra la tendenza opposta (per esempio, in Finlandia un aumento dal 61,1 % al 68,7 %). Va rilevata la rapida diminuzione del modello «per via iniettiva» registrata in particolare in Spagna dal 1991 al 2000 (grafico 10). A livello di mercato, tre fattori principali hanno potuto influenzare la modalità di somministrazione: la disponibilità di eroina da fumare (forma base) piuttosto che da iniettare (idrocloreto), il prezzo dell'eroina (il prezzo più elevato porta ad un maggior uso per via parenterale) e la purezza dell'eroina (una purezza inferiore è correlata ad un livello più elevato di uso per via parenterale).

Caratteristiche sociali

I pazienti che entrano in terapia tendono ad essere maschi ventitrentenni. L'età media è di 29 anni e di 27 anni per i pazienti che entrano in trattamento per la prima volta. La Finlandia e l'Irlanda hanno la popolazione più giovane in terapia, mentre la Grecia ed i Paesi Bassi registrano i pazienti più anziani fra coloro che chiedono di entrare in terapia ⁽¹¹⁾. La distribuzione dell'età tra la popolazione generale è diversa rispetto alla distribuzione dell'età tra i pazienti, vale a dire che i paesi che hanno la popolazione più anziana (o più giovane) non hanno i pazienti più anziani (o più giovani) in terapia. La Grecia e l'Irlanda sono l'eccezione, dove l'età giovane e avanzata dei pazienti in terapia riflette quella della popolazione generale ⁽¹²⁾. La distribuzione dell'età dei pazienti che chiedono di entrare in terapia sembra essere in effetti correlata al tipo di sostanze consumate: in generale i consumatori di cannabis



Fonte: Álvarez Requejo, A., «TDI in Spain: evolution of heroin admissions», intervento ad un seminario di formazione, Plan Nacional de Drogas, funzionario regionale incaricato dei problemi di droga, Junta de Castilla y León, Valladolid.

⁽¹¹⁾ Grafico 7 OL: Età media dei pazienti in terapia (versione on line).

⁽¹²⁾ I dati di Eurostat (1999) sono stati utilizzati come punto di riferimento dell'analisi.

Situazione della droga

sono più giovani, mentre quelli di eroina e cocaina sono più anziani. Ad esempio, i pazienti più giovani si trovano in Belgio, dove c'è la percentuale più elevata di consumo di cannabis, mentre i pazienti più anziani si trovano in Grecia e nei Paesi Bassi, dove c'è un'elevata percentuale di consumo di eroina e cocaina.

La distribuzione tra i sessi varia da un rapporto maschi/femmine di 2/1 ad uno di 6/1. Vi è una certa similarità tra i paesi del Sud Europa, che hanno un'elevata percentuale di uomini, e tra i paesi del Nord Europa, che hanno una minore percentuale di uomini. Questo sembra dovuto ai diversi modelli di consumo tra uomini e donne, ma potrebbe anche essere dovuto ad una differenza di approccio ai servizi. Le donne in genere si rivolgono ai servizi terapeutici in misura inferiore rispetto agli uomini, anche se da alcuni studi sul confronto tra la distribuzione per sesso nei dati sulla prevalenza e nei dati sul trattamento emerge invece che la percentuale delle donne che fanno uso di sostanze stupefacenti e chiedono di entrare in terapia è più elevata rispetto a quella degli uomini.

In linea di massima, nelle varie aree le condizioni sociali dei pazienti che chiedono di entrare in terapia stanno peggiorando rispetto alla popolazione generale. Ci sono, per esempio, tassi di disoccupazione che vanno fino al 50-55 % anche nei paesi in cui il tasso di disoccupazione tra la popolazione generale della medesima fascia d'età è inferiore al 5 %, come in Danimarca ⁽¹³⁾. Emergono anche bassi livelli di scolarizzazione. Fino al 13,2 % non ha completato la scuola elementare e fino al 65,8 % ha frequentato soltanto la scuola elementare ⁽¹⁴⁾.

Per quanto riguarda la nazionalità, le caratteristiche assomigliano a quelle della struttura della popolazione generale: i pazienti sono in genere cittadini del medesimo paese in cui chiedono di entrare in terapia ed il tasso delle persone provenienti da altri paesi (europei o extraeuropei) corrisponde alla percentuale degli stranieri nella popolazione generale ⁽¹⁵⁾.

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

- Alcune caratteristiche delle persone trattate per problemi di stupefacenti nell'UE.
- Alcune caratteristiche delle persone trattate per la prima volta per problemi di stupefacenti nell'UE.
- Alcune caratteristiche delle donne trattate per problemi di stupefacenti nell'UE.
- Alcune caratteristiche degli uomini trattati per problemi di stupefacenti nell'UE.

Malattie infettive correlate agli stupefacenti ⁽¹⁶⁾

Prevalenza e tendenze dell'HIV e dell'AIDS

Fra tutte le tipologie d'uso delle droghe illecite, sono le malattie infettive correlate al consumo di stupefacenti per via parenterale a provocare i costi più alti in termini di assistenza sanitaria. Le malattie infettive possono essere prevenute, oltre che mediante la vaccinazione contro il virus dell'epatite B, fornendo ai consumatori di stupefacenti per via parenterale informazioni adeguate ed occorrente pulito per le iniezioni. Questo fatto, unito alla prevalenza spesso molto elevata di infezioni tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, fa sì che le politiche miranti alla prevenzione delle infezioni tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale siano fra quelle più efficaci, in termini di costi/benefici, nell'area delle tossicodipendenze.

L'OEDT ha cominciato soltanto di recente a raccogliere sistematicamente i dati sull'HIV e sull'epatite B e C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale. La prevalenza aggregata (complessiva e distinta per sottogruppi) è raccolta da ambienti di routine diversi (soggetti in trattamento, scambi di aghi, carceri ecc.), nonché da studi specifici ⁽¹⁷⁾. Per quanto i dati ottenuti finora continuano ad essere di difficile comparazione, essi forniscono anche un'idea complessiva delle differenze esistenti da un paese all'altro, da una regione all'altra e da un ambiente all'altro. L'obiettivo a lungo termine è quello di migliorare la qualità e la comparabilità dei dati derivanti dalle fonti di routine esistenti e di avviare studi locali

⁽¹³⁾ Grafico 8 OL: Status occupazionale in alcuni paesi (versione on line).

⁽¹⁴⁾ Grafico 9 OL: Livello di istruzione in alcuni paesi (versione on line).

⁽¹⁵⁾ Grafico 10 OL: Percentuale di persone che non hanno la cittadinanza del paese tra i pazienti che richiedono il trattamento per la prima volta (versione on line).

⁽¹⁶⁾ Un maggior approfondimento della questione si può trovare nella Relazione annuale 2001, capitolo 3, Questioni specifiche — Malattie infettive correlate agli stupefacenti (disponibile su <http://annualreport.eu.int>).

⁽¹⁷⁾ Cfr. http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/infectious_diseases.shtml per maggiori dettagli sui metodi e sulle linee guida per la raccolta dei dati.

Situazione della droga

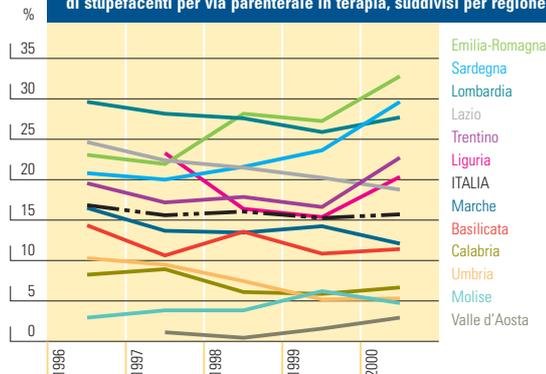
identificare il nuovo aumento delle trasmissioni avutosi in Finlandia (cfr. grafico 13).

La prevalenza tra i giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale può fornire un ulteriore riscontro circa l'efficacia della prevenzione, in quanto in media i giovani sono stati infettati più di recente rispetto al gruppo complessivo. La prevalenza tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale d'età inferiore ai 25 anni, per quei paesi in cui è disponibile una suddivisione in base all'età, risulta massima in Spagna (soggetti in trattamento, in calo dal 20 % nel 1996 al 13 % nel 2000), in Francia (soggetti in trattamento, in calo dal 6 % nel 1997 al 3 % nel 1999; però 8 % nel 1998 tra chi partecipa al programma di scambio degli aghi), in Italia (soggetti in trattamento, 8 % nel 1998) e tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale che sono in terapia in Portogallo: Coimbra (7 % nel 1999/2000), Lisbona (6-11 % nel 1998/2000), Porto (57 % nel 1997).

Per alcuni paesi si hanno anche informazioni sulla prevalenza dell'HIV tra i neoconsumatori di stupefacenti per via parenterale. Questo è un indicatore ancora migliore delle infezioni recenti da HIV (incidenza dell'HIV) e pertanto sta a dimostrare con maggior forza l'efficacia delle misure di prevenzione. Tra i neoconsumatori di stupefacenti per via parenterale, l'incidenza per 100 persone-anno di esposizione può variare dallo 0 % in Inghilterra e Galles (prevalenza 0/122, 1998) al 3,9 % nella comunità fiamminga del Belgio (3/77, 1998-1999), al 9,4 % di Coimbra, Portogallo (12/127, 1999-2000) al 10 % in Francia (11/111, status di sieropositività dichiarato da chi partecipa ai programmi di scambio degli aghi, 1998) (grafico 13).

I dati relativi all'AIDS non possono più essere utilizzati per seguire l'andamento dell'infezione da HIV, in ragione dei migliorati trattamenti per l'HIV che ritardano la manifestazione dell'AIDS. L'incidenza dell'AIDS, comunque, continua a dimostrare il peso dei nuovi casi di infezione da HIV registrati nei vari paesi. L'incidenza dell'AIDS è diminuita nella maggior parte dei paesi a partire dal 1996 circa, in ragione del miglioramento dei trattamenti e dei tassi di infezione, probabilmente inferiori, degli anni Novanta. In Portogallo, l'AIDS correlato al consumo di stupefacenti per via parenterale ha continuato ad aumentare alla fine degli anni Novanta, indicando un mancato ricorso al trattamento contro il virus HIV e/o la maggiore trasmissione di HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale. Dal 1999, l'aumento che si era registrato in Portogallo si è stabilizzato, lasciando il paese con la massima

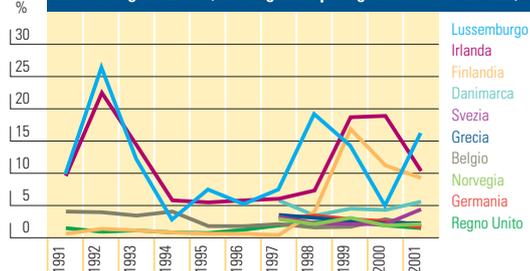
Grafico 12 Prevalenza dell'infezione da HIV tra i consumatori italiani di stupefacenti per via parenterale in terapia, suddivisi per regione



NB: Sono state omesse le regioni con tendenze stabili o basse. Dimensione del campione totale 70 000/anno. Per maggiori dettagli, cfr. le tabelle «Prevalenza dell'infezione da HIV (% di infetti) tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE, 1996-2001» sul sito <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

Fonte: Rilevazione attività nel settore tossicodipendenze, anno 2000, ministero della Salute, sistema informativo sanitario, direzione generale della prevenzione, ufficio dipendenze da farmaci e sostanze d'abuso e AIDS.

Grafico 13 Infezioni da HIV recentemente diagnosticate tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale, distinte per paese ed anno di segnalazione (casi segnalati per ogni milione di abitanti)



NB: Grecia e Lussemburgo: rilevazione retrospettiva prima del 1999. La linea di tendenza riscontrata nel Lussemburgo non è stabile a causa del basso numero degli abitanti.

Fonti: 1991-1996, Punti focali nazionali; 1997-2001, EuroHIV. «Prevalenza dell'infezione da HIV (% di infetti) tra i nuovi consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE, 1996-2001» sul sito <http://annualreport.emcdda.eu.int>

incidenza annua di AIDS tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale dell'UE ⁽²⁰⁾.

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

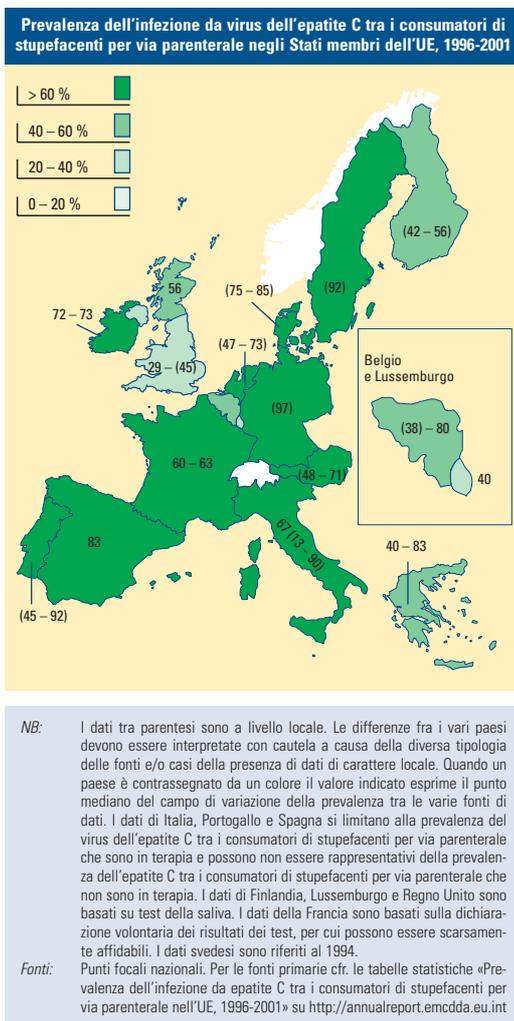
I dati sulla prevalenza dell'infezione da virus dell'epatite C sono meno disponibili e, là dove sono disponibili, sono soggetti ai medesimi limiti dei dati relativi all'HIV. Tuttavia, il quadro complessivo è altrettanto chiaro: la prevalenza del virus dell'epatite C è estremamente elevata in tutti i paesi ed in tutti gli ambienti, con tassi di infezione che vanno dal 40 % al 90 % a seconda dei vari sottogruppi dei consumatori di stupefacenti per via parenterale (cfr. grafico 14).

Per quanto tutti i dati relativi alla prevalenza mostrino altissimi livelli di infezione, il campo di variazione della

⁽²⁰⁾ Grafico 11 OL: Incidenza dell'AIDS correlata al consumo di stupefacenti per via parenterale negli Stati membri dell'UE (versione on line).

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

Grafico 14



prevalenza rimane ampio. Come per l'HIV, questo può riflettere in parte i diversi meccanismi di selezione delle diverse fonti di dati, per cui i confronti dovrebbero essere fatti con cautela. Numerosi paesi non hanno segnalato dati aggiornati. Nel 2000 e nel 2001, livelli superiori al 75 % sono stati segnalati ad Anversa, Belgio (80 % tra i soggetti in trattamento e tra i fruitori di servizi a bassa soglia, 2001), nella Grecia settentrionale (83 % in terapia con il metadone), in alcune regioni italiane, quali Piemonte, Trentino, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Basilicata e Sardegna (soggetti in trattamento) ed in alcune piccole città del Portogallo fuori Lisbona (soggetti in trattamento) ⁽²¹⁾.

L'andamento della prevalenza dell'epatite C può rappresentare un indicatore molto più sensibile rispetto all'andamento dell'HIV, sia per quanto riguarda i comportamenti a rischio (consumo per via parenterale) che per quanto riguarda la misura dell'efficacia della prevenzione. Il virus dell'epatite C si trasmette più facilmente dell'HIV ed il

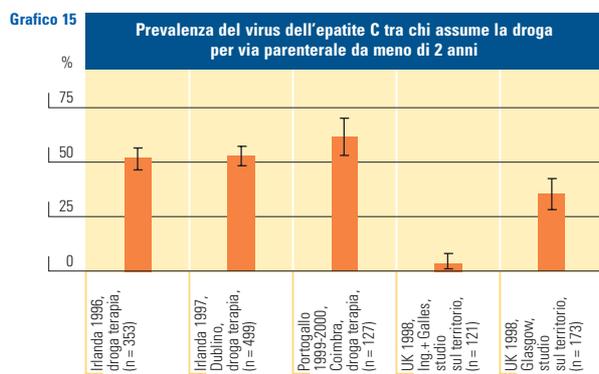
contagio può essere veicolato anche dall'occorrente per l'iniezione diverso dalle siringhe, come cotone, cucchiari, acqua (ma molto meno per via sessuale). Una tendenza all'aumento della prevalenza dell'epatite C è segnalata a Francoforte (servizio d'emergenza antidroga), nella Grecia settentrionale (soggetti in trattamento metadonico) ed in alcune regioni italiane (soggetti in trattamento: Piemonte, Trentino, Emilia-Romagna, Marche, Basilicata e Sardegna, in coerenza con l'aumento dell'HIV in alcune di queste regioni). Diminuzioni sono segnalate in Austria (soggetti in trattamento e fruitori di servizi a bassa soglia), a Lisbona, Portogallo (soggetti in trattamento), ad Helsinki, Finlandia (scambio di aghi), a Londra, Regno Unito (soggetti in trattamento) ed in altre regioni italiane (Veneto, Toscana, Umbria, Abruzzo) dimostrando ancora una volta la rilevanza politica del fatto di monitorare la prevalenza non soltanto a livello nazionale, ma anche per regione, città o altra piccola area.

Nella misura in cui sono disponibili, i dati relativi alla prevalenza tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale di età inferiore ai 25 anni indicano livelli di infezione da virus dell'epatite C da un minimo di circa 20 % (Belgio, comunità fiamminga, soggetti in trattamento, 1997/98) ad oltre il 74 % (Portogallo, Coimbra, soggetti in trattamento, 2000). La prevalenza tra i giovani consumatori di stupefacenti per via parenterale sembra in diminuzione in Francia (dal 43 % nel 1997 al 37 % nel 1999), ma i dati si basano sulla dichiarazione volontaria dei risultati dei test e possono essere poco attendibili.

I dati sulla prevalenza dell'epatite C tra i neoconsumatori di stupefacenti per via parenterale (coloro che fanno uso di stupefacenti per via parenterale da meno di due anni) continuano a non essere disponibili rispetto alla maggior parte delle fonti. Là dove i dati sono disponibili, essi indicano in genere tassi del 40 % o superiori. Ciò suggerisce che i neoconsumatori di stupefacenti per via parenterale si infettano a tassi molto elevati. Tuttavia, non si può escludere che le infezioni acute siano sovrarappresentate e che pertanto la prevalenza sia sovrastimata, tra le fonti che segnalano il dato della prevalenza partendo dai test diagnostici di routine (Coimbra, Portogallo) oppure dalla dichiarazione volontaria dei risultati dei test (Francia). Da indagini condotte nell'ambito della comunità in Inghilterra e Galles, sono emersi tassi del 2 % appena tra i neoconsumatori di stupefacenti per via parenterale, Londra esclusa. Questo suggerisce che l'incidenza delle nuove infezioni è piuttosto bassa e che forse gli sforzi miranti alla prevenzione del virus dell'epatite C in Inghilterra e Galles sono relativamente efficaci (cfr. grafico 15).

⁽²¹⁾ Maggiori dettagli per paese e per regione si possono trovare on line su <http://annualreport.emcdda.eu.int> (versione on line).

Situazione della droga



Fonte: Punti focali nazionali. Per le fonti primarie, cfr. tabelle «Prevalenza dell'infezione dell'epatite C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale da meno di due anni, 1996-2000» sul sito <http://annualreport.emcdda.eu.int>

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

La presenza di anticorpi del virus dell'epatite B sta ad indicare che il soggetto ha avuto l'epatite B oppure che è stato vaccinato. Per la politica di vaccinazione è pertanto importante valutare il rapporto tra chi ha anticorpi e chi non li ha, vale a dire il potenziale di vaccinazione tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale. A livello di UE, la prevalenza degli anticorpi dell'epatite B sembra meno simile rispetto alla prevalenza dell'epatite C: dal 20 % al 60 % circa dei consumatori di stupefacenti per via parenterale presenta anticorpi del virus dell'epatite B, suggerendo un ampio potenziale per la vaccinazione (dal 40 % all'80 %).

L'infezione da epatite B corrente può essere di origine recente o cronica ed è indicata nel sangue da un marker sierologico denominato HbsAg. Il livello di infezione corrente sta ad indicare il potenziale di gravi complicanze a lungo termine e di diffusione ad altri mediante comportamenti a rischio in fase di iniezione oppure con la trasmissione per via sessuale. La prevalenza dell'infezione corrente dell'epatite B è disponibile soltanto rispetto ad un numero limitato di paesi, ma sembra differire molto e, in alcuni casi, è elevata. Nella Grecia settentrionale, dopo un'esplosione dell'epatite B prima del 1998 tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale che seguono programmi di trattamento metadonico, i livelli che nel 1998 erano estremamente elevati sono fortemente diminuiti tra il 1998 ed il 1999. In Belgio, i dati riguardanti i consumatori di stupefacenti per via parenterale in terapia indicano un costante aumento dell'infezione corrente dell'epatite B tra il 1997 ed il 1999. In Portogallo, dati recenti desunti dalle terapie indicano una diminuzione del livello corrente di infezione da epatite B. In Norvegia, i dati risultanti dalle segnalazioni

indicano un forte aumento delle infezioni correnti da epatite B (e da epatite A) tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale.

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

- Tabella riassuntiva della prevalenza dell'infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE, 1996-2001.
- Tabella riassuntiva della prevalenza dell'infezione da HCV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE, 1996-2001.
- Prevalenza dell'infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE, 1996-2001.
- Prevalenza dell'infezione da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale di età inferiore ai 25 anni nell'UE, 1996-2000.
- Prevalenza dell'infezione da HIV tra i neoconsumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE, 1996-2000.
- Casi notificati di HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE, 1991-2001.
- Prevalenza dell'infezione da epatite C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE, 1996-2001.
- Prevalenza dell'infezione da epatite C tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale di età inferiore ai 25 anni nell'UE, 1997-2000.
- Prevalenza dell'infezione da epatite C tra i neoconsumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE, 1996-2000.
- Prevalenza dell'infezione in corso da epatite B (HbsAg) tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE, 1996-2001.
- Prevalenza degli anticorpi del virus dell'epatite B tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale nell'UE, 1996-2001.

Decessi correlati agli stupefacenti e mortalità tra i tossicodipendenti

Il numero dei «decessi per droga» viene spesso citato nei dibattiti pubblici e dai mass media, oppure quando si discute dei problemi riguardanti le droghe illecite. Questi decessi sono fonte di grave preoccupazione sociale e possono influenzare la formulazione e la valutazione delle linee politiche in materia di droga.

Le statistiche nazionali sui «decessi per droga» si riferiscono solitamente a decessi improvvisi direttamente correlati al consumo di sostanze stupefacenti o «overdose»⁽²²⁾. La definizione utilizzata per l'indicatore chiave

⁽²²⁾ Riquadro 1 OL: Definizioni dei «decessi improvvisi correlati agli stupefacenti» negli Stati membri dell'UE, come vengono utilizzate nella relazione annuale dell'OEDT e come sono riportate nelle relazioni nazionali (versione on line).

dell'OEDT si riferisce anch'essa a questo tipo di decessi⁽²³⁾. Inoltre i consumatori problematici di stupefacenti — in particolare di oppiacei — registrano un elevato tasso complessivo di mortalità, dovuto non soltanto ad overdose, ma anche ad AIDS, incidenti, violenza ecc.

Impatto e caratteristiche dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti

L'impatto dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti diventa evidente qualora si consideri che ogni anno i paesi dell'UE segnalano 7 000 - 8 000 decessi. La maggior parte dei paesi ritiene che ci sia un qualche grado di sottosegnalazione e, in alcuni casi, livelli significativi di sottosegnalazione.

Gli oppiacei figurano nella maggior parte delle morti per overdose, per quanto sul piano tossicologico le concentrazioni varino notevolmente, con la frequentissima presenza di altre sostanze che, in alcuni casi, possono fungere da concausa rispetto all'esito fatale.

Le vittime di overdose sono in gran parte giovani maschi, ventenni-trentenni, che hanno fatto uso di oppiacei per parecchi anni. L'uso per via parenterale rappresenta un importante fattore di rischio, mentre chi non ne fa uso per via parenterale presenta un rischio di overdose inferiore. Analogamente a quanto avviene per i pazienti che entrano in terapia, nella maggior parte dei paesi si osserva una chiara tendenza all'invecchiamento delle vittime. La Finlandia, ed in misura minore il Regno Unito, rappresentano delle eccezioni rispetto a questa tendenza⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾.

Ci sono sufficienti informazioni per giungere alla conclusione che una significativa percentuale di overdose (fatali e non fatali) potrebbe essere evitata. Alcuni fattori di rischio rispetto alle overdose da oppiacei sono noti: l'iniezione rispetto ad altre modalità di somministrazione, l'uso combinato di altre sostanze inibenti, l'uso dopo un periodo di astinenza (per esempio, dopo il carcere o dopo un periodo di trattamento), il praticare l'iniezione quando si è soli e probabilmente variazioni inattese della purezza. Inoltre, la maggior parte delle overdose avviene in presenza di altre persone e di solito la morte non è immediata, dando il tempo di intervenire. Tuttavia, le reazioni degli astanti sono spesso inadeguate o tardive, a causa della mancanza di conoscenze o del timore dell'intervento della polizia.

Al momento attuale, i decessi dovuti ad intossicazione per cocaina, anfetamine o ecstasy senza la presenza di oppiacei non sono frequenti in Europa. Tuttavia, numerosi paesi (Francia, Italia, Paesi Bassi, Regno Unito, Spagna) hanno segnalato un aumento a livello nazionale o locale dei casi in cui viene riscontrata la presenza di cocaina (generalmente in aggiunta ad altre sostanze). Inoltre, alcuni decessi dovuti alla cocaina possono assumere la forma di problemi cardiovascolari e passare inosservati.

I decessi provocati direttamente dall'ecstasy non sono frequenti, ma preoccupano notevolmente perché avvengono in maniera inattesa tra persone giovanissime e perché la prevenzione potrebbe essere praticata, in aggiunta all'educazione sanitaria, attraverso semplici misure, come un'adeguata ventilazione e la disponibilità d'acqua nei locali da ballo.

Il metadone è stato individuato in un certo numero di decessi, per quanto numerosi fonti (per esempio, della Germania o del Regno Unito) indichino che è molto più probabile che i decessi per cause legate all'uso di metadone siano il risultato di un uso illecito piuttosto che dietro prescrizione. Va sottolineato che la ricerca dimostra che i programmi sostitutivi riducono il rischio di mortalità tra i partecipanti al programma stesso.

L'andamento dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti

Nei paesi dell'UE, in una prospettiva a lungo termine (15 o 20 anni), è stato osservato un marcato aumento dei decessi correlati alla droga durante gli anni Ottanta ed all'inizio degli anni Novanta. Negli anni più recenti il numero dei decessi improvvisi si è stabilizzato sul livello alto di 7 000 - 8 000 all'anno nell'UE nel suo insieme, per quanto con un diverso andamento nazionale (grafico 16).

È preoccupante il fatto che alcuni paesi dell'UE segnalino un recente aumento, dopo un periodo di stabilizzazione o diminuzione. Anche altri paesi, come l'Australia o gli Stati Uniti, hanno segnalato negli ultimi anni un aumento dei decessi dovuti all'uso di oppiacei.

Queste tendenze complessive possono essere spiegate dall'espansione dell'uso di eroina per via parenterale in molti paesi europei durante gli anni Ottanta e nei primi anni Novanta. Il recente livellamento può essere correla-

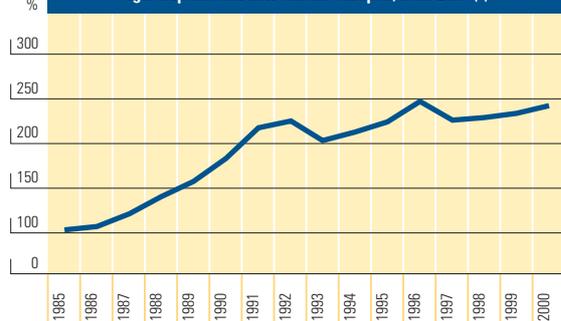
⁽²³⁾ Riquadro 2 OL: Definizione dell'OEDT — Decessi correlati agli stupefacenti (versione on line).

⁽²⁴⁾ Tabella 1 OL: Sintesi delle caratteristiche delle persone decedute per morte improvvisa correlata agli stupefacenti nell'UE (versione on line).

⁽²⁵⁾ Grafico 12 OL: Evoluzione della percentuale di soggetti di età superiore a 35 anni tra i decessi correlati agli stupefacenti in alcuni paesi dell'UE (versione on line).

Situazione della droga

Grafico 16 Andamento storico complessivo dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti nell'Unione europea, 1985-2000 (*)

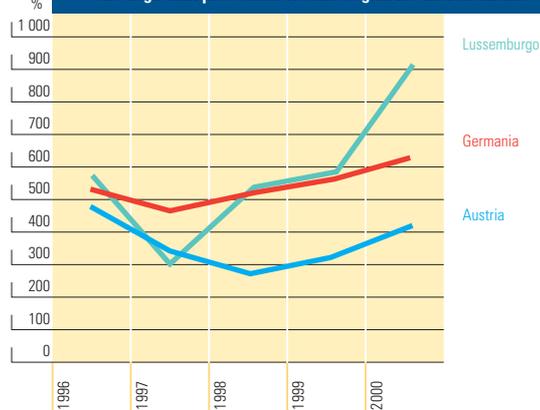


NB: Indice: 1985 = 100 %. Non tutti i paesi hanno fornito dati per tutte le annualità, ma questa situazione è stata considerata nel calcolo della tendenza complessiva. OEDT, relazione di progetto CT.99.RTX.04, coordinata dal Trimbos Instituut.

(*) Grafico 13 OL: Andamento storico dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti nei paesi dell'UE, 1985-2000 (versione on line).

Fonti: Relazioni nazionali Reitox 2001; i dati sono desunti dai registri nazionali di mortalità o dai registri speciali (di medicina legale o delle forze di polizia) sulla base delle definizioni nazionali che figurano nel riquadro 1 OL «Definizioni dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti».

Grafico 17 Aumenti recenti dei decessi correlati agli stupefacenti in alcuni paesi che negli anni precedenti avevano registrato un decremento



NB: Sono presentate le variazioni percentuali rispetto ai dati del 1985 (o del primo anno di cui erano disponibili le informazioni). In Lussemburgo la serie comincia nel 1986 per evitare distorsioni del grafico (arriverebbe a 2 700 nel 2000).

Fonti: Relazioni nazionali Reitox 2001; i dati sono desunti dai registri nazionali di mortalità o dai registri speciali (di medicina legale o delle forze di polizia) sulla base delle definizioni nazionali che figurano nel riquadro 1 OL «Definizioni dei decessi improvvisi correlati agli stupefacenti».

to alla stabilizzazione della prevalenza del consumo problematico di stupefacenti in alcuni paesi, alla diminuzione delle pratiche a rischio (iniezione) in altri e probabilmente all'aumentata disponibilità di trattamento, fra cui i programmi di terapia sostitutiva.

L'assenza di elementi atti ad indicare una diminuzione a livello UE sottolinea il fatto che i danni alla salute correlati agli stupefacenti sono ben lungi dall'essere risolti, sottolinea l'esigenza di continuare ad indagare sui fattori di rischio e rafforza l'esigenza di adeguati interventi mirati.

È importante rilevare che, all'interno della tendenza complessiva dell'UE così descritta, esistono tendenze nazionali diverse e talvolta divergenti.

Numerosi paesi hanno registrato una tendenza verso il basso nel corso della seconda metà degli anni Novanta (Austria, Francia, Germania, Italia, Lussemburgo e Spagna), probabilmente per i motivi esposti sopra. In alcuni di essi, la diminuzione o la stabilizzazione è continuata negli ultimi anni (Francia, Italia, Spagna). Tuttavia, è preoccupante il fatto che in altri paesi il numero dei decessi segnalati sia aumentato nuovamente negli ultimi anni (Austria, Germania, Lussemburgo) (grafico 17). L'invecchiamento dei consumatori problematici di stupefacenti e l'aumento della poliassunzione sono considerati fattori favorenti.

Alcuni paesi hanno segnalato una netta tendenza al rialzo nella seconda metà degli anni Novanta (per esempio, Grecia, Irlanda, Norvegia e Portogallo). In Irlanda (1999) ed in Portogallo questa tendenza si è fermata. La Finlandia registra negli ultimi anni una tendenza all'aumento,

con un aumento del numero di giovani tra le persone decedute. Questi aumenti possono essere dovuti alla diffusione più tardiva dell'uso di eroina in questi paesi, anche se in alcuni casi può avere influito il miglioramento dei sistemi di segnalazione.

Il Regno Unito ha registrato una tendenza continua all'aumento, per quanto moderata, dei decessi correlati alla droga. La definizione nazionale britannica comprende i decessi per cause legate all'uso di farmaci, ma se i casi correlati ad eroina-morfina venissero considerati separatamente emergerebbe una più marcata tendenza al rialzo.

Altri paesi presentano linee di tendenza meno chiaramente definite; le variazioni possono anche essere di più difficile interpretazione a causa del passaggio da una classificazione ICD all'altra (dalla 9^a alla 10^a edizione); possono esserci state anche variazioni della definizione nazionale.

Mortalità complessiva tra i consumatori problematici di stupefacenti

I consumatori problematici di stupefacenti rappresentano meno dell'1 % della popolazione adulta dell'UE, ma rilevanti problemi sanitari e sociali si concentrano in questo limitato gruppo di popolazione. Anche numerosi studi basati su singole città mostrano che una notevole percentuale della mortalità dei giovani adulti nell'UE può essere attribuita al consumo problematico di stupefacenti (in particolare di oppiacei). Per esempio, a Glasgow nei primi anni Novanta un terzo dei decessi avvenuti tra soggetti d'età compresa fra 15 e 35 anni è stato attribuito a decessi improvvisi per cause legate a

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

sostanze stupefacenti; a Madrid nel 1990 un quarto dei decessi avvenuti tra maschi d'età compresa fra 15 e 39 anni sono stati attribuiti ad overdose ed AIDS correlato all'uso di stupefacenti per via parenterale. Sono necessari ulteriori studi per verificare l'impatto della mortalità correlata alla droga in altri luoghi e in anni più recenti.

Tra coorti, gli studi sulla mortalità mostrano che la mortalità tra i consumatori problematici di stupefacenti è fino a 20 volte superiore rispetto alla popolazione generale della medesima età. Questa elevata mortalità è dovuta ad overdose, ma anche ad AIDS e ad altre malattie infettive, incidenti, suicidi ecc. Le overdose e le cause esterne sono responsabili di una parte importante di questa mortalità, in particolare nei paesi in cui la prevalenza dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti è bassa, mentre l'AIDS ricopre un ruolo significativo nei paesi in cui la prevalenza dell'HIV è elevata. A più lungo termine, i problemi sanitari cronici (cirrosi conseguente ad epatite, cancro ecc.) possono assumere una certa rilevanza.

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

La mortalità dei consumatori problematici di stupefacenti diversi da coloro che fanno uso di oppiacei, cioè

dei soggetti che non fanno uso di sostanze stupefacenti per via parenterale, sembra essere chiaramente inferiore, per quanto possano essere necessari nuovi approcci metodologici per valutare la mortalità tra questi soggetti.

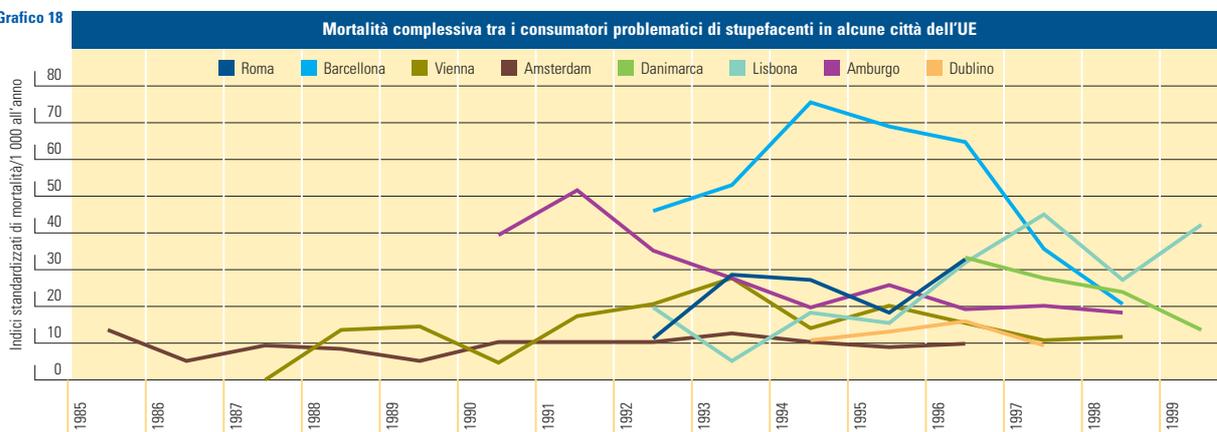
Andamento della mortalità tra i consumatori problematici di stupefacenti

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

Barcellona ha registrato gli indici di mortalità più elevati, Vienna e Dublino i più bassi. In numerose località gli indici di mortalità erano più elevati durante i primi anni Novanta o alla metà degli anni Novanta, mentre sono diminuiti negli ultimi anni. A Barcellona gli indici sono stati particolarmente elevati tra il 1992 ed il 1996, cui ha fatto seguito una rapida diminuzione negli ultimi anni, principalmente grazie alla diminuzione della mortalità per AIDS. A Lisbona i tassi di mortalità sono andati aumentando fino a questi ultimi anni (grafico 19).

I confronti diretti tra le varie località dovrebbero essere fatti con cautela, in quanto i profili dei centri di riferimento sono diversi, anche se essi tendono in genere a rappresentare tipologie comuni di trattamento. Tenuto conto di questa limitazione, l'andamento degli indici complessivi e per determinate cause, nell'ambito di ciascuna località, può fornire valide informazioni.

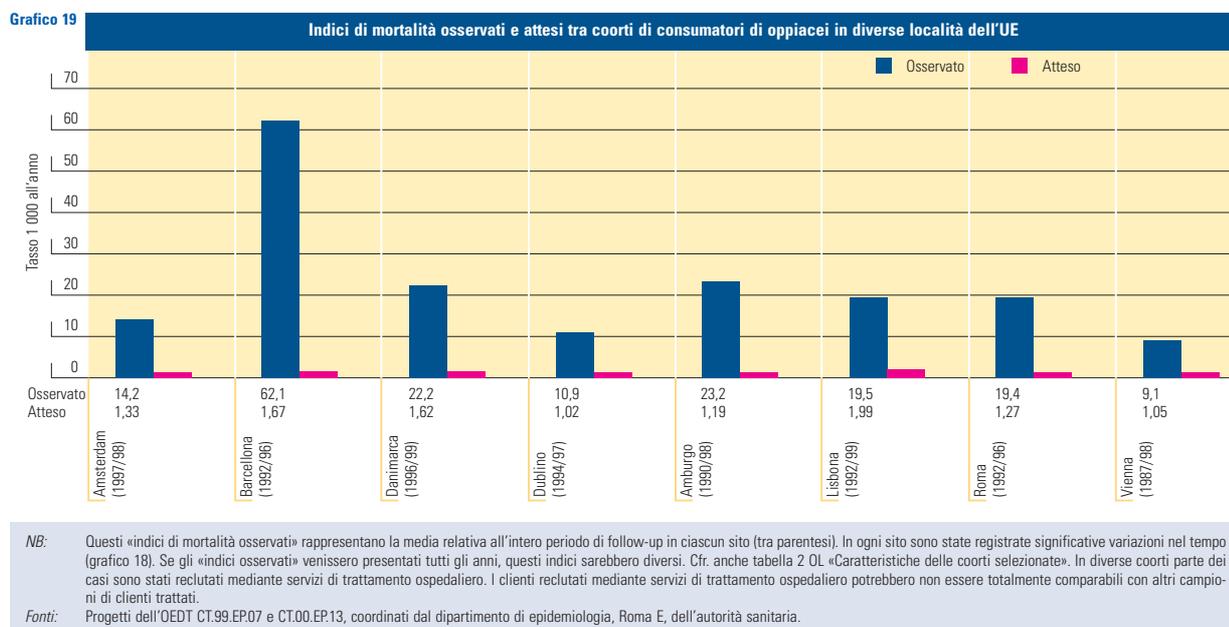
Grafico 18



NB: La comparabilità diretta tra i vari punti di osservazione continua a presentare alcuni limiti. Ci sono alcune differenze nella tipologia degli ambienti in cui vengono reperiti i soggetti (centri terapeutici) e delle modalità di trattamento, per quanto gli ambienti terapeutici e le modalità tendano a rappresentare tipologie comuni di trattamento, disponibili in ogni punto di osservazione. Cfr. tabella 2 OL: Caratteristiche delle coorti selezionate. Alcune coorti hanno annullato parte dei casi attraverso servizi di trattamento ospedalieri. I clienti reclutati mediante servizi ospedalieri potrebbero non essere totalmente comparabili con altri campioni di clienti trattati.

Fonti: Progetti dell'OEDT CT.99.EP.07 e CT.00.EP.13, coordinati dal dipartimento di epidemiologia, ROMA E, dell'autorità sanitaria.

Situazione della droga



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

- Il numero dei «decessi improvvisi correlati agli stupefacenti» registrati nei paesi dell'UE (secondo le definizioni nazionali utilizzate per segnalare i casi all'OEDT), 1985-2000.
- Riquadro 1: Definizioni dei «decessi improvvisi correlati agli stupefacenti» negli Stati membri dell'UE, così come sono state utilizzate nella relazione annuale dell'OEDT e riportate nelle relazioni nazionali.
- Riquadro 2: Decessi correlati agli stupefacenti — Definizione dell'OEDT.

Criminalità correlata agli stupefacenti

La criminalità correlata agli stupefacenti può essere considerata comprendere gli illeciti penali commessi contro la legislazione in materia di stupefacenti, i reati commessi sotto l'influsso di droghe illecite, i reati di natura economica commessi dai consumatori di stupefacenti a sostegno delle proprie abitudini (principalmente reati contro il patrimonio e spaccio), oltre che i reati sistemici commessi nel quadro del funzionamento dei mercati illeciti (lotta per la difesa del territorio, punizione degli spacciatori ecc.). Fatta eccezione per i reati commessi in relazione alla legislazione sugli stupefacenti, queste categorie non danno luogo a dati disponibili di routine

e, quando sono disponibili, provengono da studi locali ad hoc, che sono di difficile estrapolazione.

Gli arresti ⁽²⁶⁾ per i reati commessi contro la legislazione nazionale in materia di stupefacenti (uso, possesso, traffico ecc.) riflettono differenze giuridiche, così come di priorità e di risorse a disposizione delle forze di polizia. Le differenze esistenti nel registrare le procedure e nelle definizioni incidono sulla comparazione. Le linee di tendenza vengono comparate per quanto è possibile.

La cannabis resta nel 2000 la droga più comunemente coinvolta negli «arresti»: rappresenta il 37 % degli arresti correlati agli stupefacenti in Svezia, fino ad arrivare all'85 % in Francia. In Portogallo e Lussemburgo, l'eroina è predominante, mentre nei Paesi Bassi la maggior parte dei reati per droga si riferisce a «droghe pesanti» (droghe diverse dalla cannabis e dai suoi derivati) ⁽²⁷⁾.

La maggioranza dei reati registrati in relazione a stupefacenti riguarda l'uso di sostanze stupefacenti oppure il possesso per uso personale, dal 55 % in Portogallo al 90 % in Austria. In Norvegia, essi riguardano per il 60 % lo spaccio ed il traffico di stupefacenti. In Italia, Paesi Bassi e Spagna, dove l'uso di sostanze stupefacenti non è considerato reato, tutti i reati per droga riguardano lo spaccio o il traffico di sostanze stupefacenti. Come negli anni precedenti, il Lussemburgo segnala il numero più

⁽²⁶⁾ Il termine «arresto» copre diversi concetti, che variano da un paese all'altro (rapporti di polizia su persone sospettate di aver violato la legge sugli stupefacenti, deferimento all'autorità giudiziaria per violazioni alla legge sugli stupefacenti ecc.). Fare riferimento alla tabella on line sugli «arresti» per un'esatta definizione per paese.

⁽²⁷⁾ Grafico 14 OL: Il tipo di droga maggiormente coinvolto negli «arresti» per reati commessi in relazione a sostanze stupefacenti nei paesi dell'UE (versione on line).

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

elevato di arresti in relazione a reati commessi sia per l'uso che per il traffico di stupefacenti.

Tendenze

Nell'UE nel suo insieme, gli «arresti» per reati commessi in relazione alla legislazione sugli stupefacenti hanno registrato un continuo aumento a partire dal 1985. In Grecia e Portogallo sono stati segnalati aumenti di oltre dieci volte tanto, mentre in Danimarca, Lussemburgo, Paesi Bassi e Svezia gli aumenti sono stati molto inferiori (meno di due volte).

Nell'arco degli ultimi tre anni, il numero degli «arresti» correlati a stupefacenti è aumentato nella maggior parte dei paesi dell'UE. Gli aumenti più elevati sono stati segnalati da Grecia, Irlanda e Norvegia. Nel 2000, i Paesi Bassi ed il Regno Unito erano gli unici paesi ad aver registrato una diminuzione del numero di «arresti» correlati a stupefacenti ⁽²⁸⁾ (grafico 20).

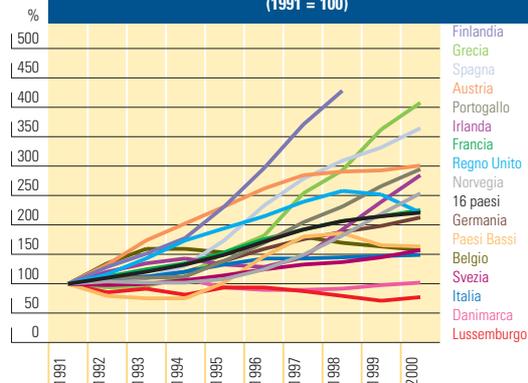
Cfr. <http://annualreport.emcdda.eu.int> per le tabelle statistiche relative a questa sezione:

- Gli stupefacenti maggiormente coinvolti negli «arresti» per reati in materia di droga nei paesi dell'UE ed in Norvegia.
- Il tipo di reato prevalente tra gli «arresti» per reati in materia di droga nei paesi dell'UE ed in Norvegia.
- Il numero di «arresti» per reati in materia di droga nei paesi dell'UE ed in Norvegia, 1985-2000.
- Riferimenti al grafico «Arresti per reati in materia di droga, 1991-2000. Medie mobili per tre anni, indicizzate (1991 = 100)».

Mercati e disponibilità di stupefacenti

I sequestri di stupefacenti vengono considerati solitamente come indicatori indiretti dell'offerta e della disponibilità di sostanze stupefacenti, per quanto essi riflettano le risorse, le priorità e le strategie delle forze dell'ordine, nonché la vulnerabilità dei trafficanti alle forze dell'ordine. Le quantità sequestrate, magari per un piccolo numero di grosse partite sequestrate, possono fluttuare da un anno all'altro ⁽²⁹⁾. Pertanto il numero dei sequestri è in genere considerato un indicatore migliore della tendenza ⁽³⁰⁾. In tutti i paesi il numero dei sequestri comprende una grossa fetta di piccoli sequestri effettuati nel

Grafico 20 Gli «arresti» per reati in materia di droga nei paesi dell'UE ed in Norvegia, 1991-2000: medie mobili per 3 anni, indicizzate (1991 = 100)



NB: Per le definizioni di arresti per reati in materia di droga, si prega di fare riferimento alla tabella statistica «Numero di arresti» per reati di droga nei paesi dell'UE e in Norvegia, 1985-2000 (versione on line). Per il 2000 sono stati inseriti i valori reali per tutti i paesi; lo stesso è avvenuto per la Finlandia nel 1998 e per il Belgio nel 1995 e 1997, in quanto i dati disponibili non consentono in questi casi di calcolare la media mobile. La serie è stata interrotta per il Belgio nel 1996 (dati non disponibili).

Fonti: Punti focali nazionali Reitox.

mercato al dettaglio. Se sono noti, l'origine e la destinazione della droga sequestrata possono dare un'idea delle rotte del traffico e delle aree di produzione. Il prezzo e la purezza della droga al dettaglio sono segnalati dalla maggior parte degli Stati membri, ma i dati sono troppo scarsi per consentire confronti accurati.

Cannabis

La cannabis è la droga oggetto del maggior numero di sequestri in tutti gli Stati membri eccetto il Portogallo, dove prevalgono i sequestri di eroina. Fin dal 1996, la Spagna ha sequestrato le maggiori quantità di cannabis, più della metà del totale sequestrato nell'UE. Il Regno Unito segnala un numero più elevato di sequestri di cannabis, ma in media per quantità più modeste.

La resina di cannabis proviene principalmente dal Marocco tramite la Spagna ed i Paesi Bassi. L'erba di cannabis giunge dall'Afganistan, dal Pakistan, dal Libano e dall'Albania in Italia ed in Grecia, nonché dall'Angola in Portogallo. La produzione locale avviene nella maggior parte degli Stati membri, specialmente la «nederwiet» ⁽³¹⁾ prodotta nei Paesi Bassi.

Nel 2000, il prezzo al dettaglio della cannabis veniva segnalato variare da 1 a 20 euro al grammo per la resina di cannabis e tra 2 ed 8 euro al grammo per le foglie di cannabis. La percentuale di THC (tetraidrocannabinolo)

⁽²⁸⁾ In Belgio si è verificato un calo degli «arresti», ma è dovuto ad un cambiamento nelle procedure di registrazione.

⁽²⁹⁾ Grafico 15 OL: Quantità di cannabis, cocaina, eroina ed anfetamine sequestrate nei paesi dell'UE (1985-2000) (versione on line).

⁽³⁰⁾ Bisogna fare attenzione quando si analizzano le tendenze a livello di UE, in quanto le serie iniziano in anni diversi nei vari paesi. Per maggiori informazioni, cfr. tabelle statistiche su <http://annualreport.emcdda.eu.int>

⁽³¹⁾ «Nederwiet»: le foglie di cannabis olandese che vengono coltivate localmente nei Paesi Bassi.

Situazione della droga

contenuta nella resina di cannabis varia in media dal 2 % al 13 %, anche se nell'UE sono stati segnalati campioni contenenti THC in misura variabile tra lo 0 % ed il 50 %. Il contenuto di THC nelle foglie di cannabis è in genere inferiore, dall'1 % al 6 % circa, con l'eccezione del Belgio (17 % in media) e del «nederwiet» dei Paesi Bassi (11 % in media), i cui valori sono più elevati.

Tendenze

Il numero dei sequestri di cannabis è aumentato continuamente nell'UE dal 1985 e pare si sia stabilizzato negli ultimi tre anni. Negli ultimi anni, questa tendenza è dovuta in particolare ad un minor numero di sequestri di cannabis in Austria, Belgio, Paesi Bassi, Portogallo e Regno Unito. Anche le quantità sono aumentate, ma dal 1995 si sono stabilizzate. Nel 2000, le quantità sequestrate sono diminuite nella maggior parte degli Stati membri.

Il prezzo della cannabis è in genere stabile nell'UE, anche se nel 2000 registrava un aumento nel Lussemburgo ed in Portogallo (resina).

Eroina

Nel 2000, quasi 9 tonnellate di eroina sono state sequestrate nell'UE, di cui oltre un terzo nel Regno Unito (grafico 21). L'eroina sequestrata nell'UE proviene principalmente dalla Mezzaluna d'Oro (Asia sudoccidentale: Afghanistan, Pakistan), seguita dal Triangolo d'Oro (Asia sudorientale: Laos, Myanmar, Thailandia), tramite la Turchia, la rotta dei Balcani ed i Paesi Bassi. Tuttavia, è segnalato un aumento del traffico di sostanze stupefacenti tramite l'Europa orientale (Bosnia, Estonia, Russia, Slovenia) ed i paesi dell'Asia centrale già facenti parte dell'Unione Sovietica.

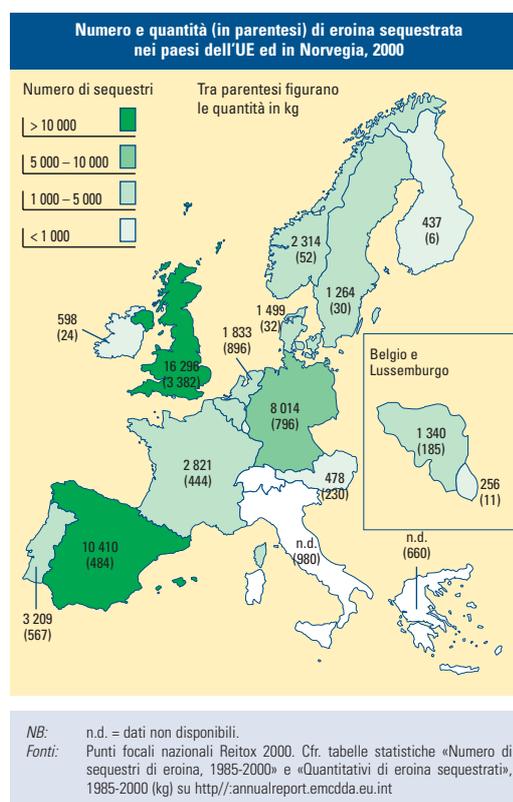
In strada, nel 2000 i prezzi dell'eroina all'interno dell'UE variavano da 25 a 330 euro al grammo. I prezzi più alti sono segnalati da Finlandia, Irlanda e Norvegia. La purezza dell'eroina varia tipicamente da meno del 20 % al 45 %, ma una purezza media più elevata è segnalata da Belgio, Danimarca, Norvegia e Spagna per quanto riguarda l'eroina scura (brown).

Tendenze

A livello di UE, i sequestri di eroina sono aumentati fino al 1991/92 e poi si sono stabilizzati. Nel 2000 sono diminuiti in Irlanda, Lussemburgo, Norvegia, Portogallo e Spagna. Rispetto alla situazione del 1985, le quantità sequestrate a livello di UE sono andate aumentando. Si sono stabilizzate nel periodo 1991-1998, ma poi sono andate aumentando di nuovo. Nel 2000, tutti i paesi segnalavano un aumento della quantità di eroina sequestrata, fatta eccezione per Danimarca, Germania, Italia, Spagna e Svezia.

In strada, i prezzi dell'eroina sono in genere stabili o in diminuzione, per quanto nel 2000 l'eroina brown venisse se-

Grafico 21



gnalata in aumento in Portogallo, Regno Unito e Svezia. La purezza dell'eroina è segnalata essere stabile o in diminuzione in tutti i paesi, tranne che in Danimarca, Germania, Lussemburgo e Regno Unito, dove di recente è aumentata, specialmente per quanto riguarda l'eroina brown.

Cocaina

La Spagna resta il paese dell'UE con il livello più elevato di sequestri di cocaina. La cocaina consumata in Europa proviene dall'America latina (specialmente Brasile, Colombia e Venezuela) attraverso l'America centrale ed i Caraibi. Per diversi paesi, la Spagna è il principale punto d'ingresso nel resto dell'UE, anche se spesso la cocaina viene smistata nei Paesi Bassi.

Il prezzo al dettaglio della cocaina variava nel 2000 da 45 a 170 euro al grammo. I prezzi più bassi si trovano nel Regno Unito e in Spagna, i più alti in Finlandia. La purezza della cocaina è in genere elevata, tra il 50 % e l'85 % nella maggior parte dei paesi, tranne in Danimarca e Germania, dove nel 2000 era in media più bassa.

Tendenze

Dalla metà degli anni Ottanta, il numero totale dei sequestri di cocaina è aumentato costantemente nell'UE, per poi stabilizzarsi nel 2000. Le quantità di cocaina sequestrate hanno registrato fluttuazioni nell'ambito di una tendenza all'aumento, ma nel 2000 è stata segnalata una marcata diminuzione, principalmente a causa di fortissime diminu-

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

zioni registrate nei paesi dove avviene la maggior parte dei sequestri di cocaina nell'UE (Francia, Paesi Bassi, Spagna).

I prezzi della cocaina sono stabili o in diminuzione nella maggior parte dei paesi, ma sono aumentati nel 2000 in Danimarca, Portogallo e Regno Unito. La purezza resta stabile o diminuisce in tutti gli Stati membri.

Droghe sintetiche: anfetamine, ecstasy e LSD

In Finlandia, Norvegia e Svezia, le anfetamine sono la seconda droga oggetto di maggiori sequestri (dopo la cannabis). Nel Regno Unito viene sequestrato il maggior quantitativo di anfetamine, ecstasy e LSD dell'UE.

I Paesi Bassi sono ai primi posti per la produzione di ecstasy, anfetamine e droghe relative, ma è dimostrata anche la produzione in altri Stati membri (Belgio, Regno Unito) e nei paesi dell'Europa orientale (Estonia, Repubblica ceca).

Le anfetamine vengono segnalate in vendita mediamente ad un prezzo compreso tra i 5 ed i 35 euro al grammo, mentre le pasticche di ecstasy variano ciascuna da 5 a 15 euro. I dati 2000 mostrano che il prezzo più basso per le droghe sintetiche si trova in Belgio e nel Regno Unito. La purezza delle anfetamine è molto variabile, dal 3 % in Irlanda al 46 % in Finlandia, ma nell'UE è tipicamente compresa tra il 10 ed il 15 %. Nel 2 % dei casi in Grecia, fino ad arrivare al 100 % dei casi in Finlandia, le pasticche vendute come ecstasy contengono ecstasy oppure sostanze simili all'ecstasy (MDMA, MDEA, MDA). Dal 2 % al 22 % delle pasticche contengono anfetamine (o metanfetamine), ma si possono trovare anche altre sostanze psicoattive (2-CB, 2-CT7, 4-MTA e recentemente PMA e PMMA).

Tendenze

I sequestri di anfetamine — sia in numero che in quantità — sono aumentati dal 1985. Il numero di sequestri di anfetamine è sceso nel 1999 e nel 2000, specialmente nel Regno Unito. Dopo diminuzioni registrate nel 1998 e nel 1999, le quantità sono aumentate di nuovo nel 2000, particolarmente in Germania.

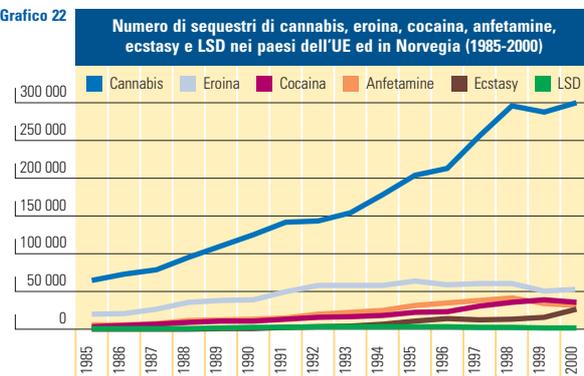
Il numero dei sequestri di ecstasy è andato aumentando nella maggior parte dell'UE a partire dal 1985, con un marcato aumento nel 2000. Sempre dal 1985, le quantità di ecstasy sequestrate hanno seguito la medesima tendenza alla crescita: si sono poi stabilizzate dopo il 1993, con un picco nel 1996 ed un nuovo aumento dal 1999. Nel 2000, le quantità sequestrate sono aumentate in tutti i paesi, eccetto che in Danimarca, Lussemburgo e Portogallo.

I sequestri di LSD sono meno frequenti. Sia il numero che le quantità sono saliti fino al 1993 e poi sono diminuiti, ma con un leggero aumento nel 2000. La Danimarca, la Finlandia, la Francia, la Germania, l'Irlanda, i Paesi Bassi,

il Portogallo e la Spagna segnalano nel 2000 un importante aumento della quantità di LSD sequestrata.

Dopo significative diminuzioni negli anni Novanta, i prezzi delle anfetamine e dell'ecstasy si sono stabilizzati nell'UE. Tuttavia, nel 2000, l'Irlanda ha segnalato un aumento dei prezzi di entrambe le droghe sintetiche, mentre la Germania ha segnalato soltanto un aumento per le anfetamine. Il Regno Unito, la Spagna e la Svezia hanno segnalato nel 2000 il prezzo più basso per le pasticche di ecstasy. Negli ultimi anni, la percentuale di pasticche contenenti ecstasy o sostanze simili all'ecstasy è aumentata in molti paesi, mentre sono diminuite quelle contenenti anfetamine (e metanfetamine). Nel 1999 e nel 2000, la Grecia ha segnalato uno spostamento da MDMA ad anfetamine in quanto sostanza principale contenuta nella maggioranza delle pasticche.

Grafico 22



NB: I dati non sono disponibili per la Grecia. Per qualche altro paese i dati sono disponibili soltanto dal 1988 (Danimarca, Portogallo), 1993-1996 (Finlandia) e 1997 (Paesi Bassi). Il numero dei sequestri è sottostimato nel 1999 e nel 2000 perché mancano i dati relativi all'Italia. La maggior parte delle serie di dati relative all'ecstasy inizia alla metà degli anni Novanta (eccetto Francia, Italia, Regno Unito, Spagna).

Fonte: Punti focali nazionali Reitox. Cfr. tabelle statistiche sui «Sequestri di droga nei paesi dell'UE e in Norvegia, 2000» su <http://annualreport.emcdda.eu.int>

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

- Sequestri di stupefacenti nei paesi dell'UE ed in Norvegia, 2000.
- Numero di sequestri di anfetamine, 1985-2000.
- Numero di sequestri di cannabis, 1985-2000.
- Numero di sequestri di cocaina, 1985-2000.
- Numero di sequestri di ecstasy, 1985-2000.
- Numero di sequestri di eroina, 1985-2000.
- Numero di sequestri di LSD, 1985-2000.
- Quantità di anfetamine sequestrata, 1985-2000 (kg).
- Quantità di cannabis sequestrata, 1985-2000 (kg).
- Quantità di cocaina sequestrata, 1985-2000 (kg).
- Quantità di ecstasy sequestrata, 1985-2000 (pasticche).
- Quantità di eroina sequestrata, 1985-2000 (kg).
- Quantità di LSD sequestrata, 1985-2000 (dosi)

Risposte al consumo di stupefacenti

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

Strategie nazionali ed europee in materia di stupefacenti

Una politica in materia di stupefacenti tradotta in piani d'azione

La strategia dell'UE

Nell'ottobre 2001, il gruppo di lavoro orizzontale sulle droghe del Consiglio ha esaminato la «relazione sull'identificazione dei criteri per effettuare una valutazione della strategia dell'Unione europea in materia di droga (2000-2004)» redatta dall'OEDT e dall'Europol. La relazione presenta un'analisi di ciascuno dei sei obiettivi del piano d'azione dell'Unione europea⁽³²⁾ e sottolinea il potenziale ed i limiti del monitoraggio e della valutazione. Include anche una serie di parametri rispetto ai quali si potrà confrontare la situazione del 2004 con i dati del 1999⁽³³⁾.

Strategie nazionali in materia di stupefacenti⁽³⁴⁾

Il piano d'azione dell'UE in materia di stupefacenti ha contribuito a promuovere la consapevolezza dell'esigenza di attività coordinate degli Stati membri in questo campo. L'articolo 1.1.3 fa appello al Consiglio affinché fornisca occasioni regolari di incontro e di scambio delle informazioni sulla situazione nazionale a chi è responsabile a livello nazionale in materia di droga, aumentando la cooperazione. Nel 2001 in Svezia è stata organizzata

una di queste riunioni tra i coordinatori nazionali in materia di stupefacenti⁽³⁵⁾.

Per quanto riguarda le strategie nazionali, si è confermata la tendenza degli ultimi anni a tradurre il quadro politico in materia di stupefacenti in piano d'azione, strategia sulle droghe o documenti politici, per quanto rimanga ancora un divario tra la strategia scritta e la sua realizzazione.

Nel marzo 2001, il governo portoghese ha approvato un piano d'azione sulle droghe denominato «Horizonte 2004», il quale identifica obiettivi dettagliati, finalità ed iniziative specifiche da sviluppare nell'arco di quattro anni. Un mese dopo, il governo irlandese ha approvato una strategia nazionale sulle droghe per il periodo 2001-2008, che contiene obiettivi specifici, indicatori chiave di performance e singole iniziative a carico di ognuno dei ministeri coinvolti nell'applicazione delle politiche in materia di stupefacenti. In giugno, il consiglio dei ministri greco ha adottato una serie di decisioni rivolte ad una politica olistica, unificata e coordinata in materia di stupefacenti. Con tali decisioni, il governo si è impegnato a presentare al parlamento un piano d'azione nazionale quinquennale con obiettivi specifici da raggiungere, attività da sviluppare e misure da adottare.

In Finlandia, è stato adottato nel febbraio 2002 un piano d'azione 2001-2003, mentre specifiche strategie sono

⁽³²⁾ I dettagli sulla strategia dell'UE in materia di droga e sul piano d'azione si trovano su http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml

⁽³³⁾ Disponibile on line su <http://snapshot.emcdda.eu.int>

⁽³⁴⁾ Tabella 3: Panoramica delle strategie recenti in materia di stupefacenti, dei piani d'azione e delle misure di coordinamento (versione on line).

⁽³⁵⁾ L'OEDT ha contribuito alla pubblicazione di uno studio comparato sul coordinamento in materia di stupefacenti nell'UE (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/drug_coordination_oct_01.pdf).

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

state elaborate tra gli uffici doganali e la guardia di frontiera. In Austria, tutte le nove province hanno adesso un coordinatore per le droghe e le tossicodipendenze e sette hanno piani d'azione in materia, mentre in Belgio un organismo «Cellule drogue santé» è stato creato nel giugno 2001 ed un organismo di coordinamento è in programma per la fine del 2002. L'Italia, seguendo l'approccio in materia di droghe del nuovo governo, ha annunciato nel novembre 2001 la creazione di un ufficio antidroga guidato da un coordinatore in materia. In Germania, si è dato vita ad un gruppo che riunisce i coordinatori dei vari Länder, che si è adoperato per molti anni a migliorare il coordinamento. Nel gennaio 2002, il governo svedese ha presentato al parlamento il suo nuovo piano d'azione in materia di droghe 2002-2005. È stato nominato anche un «commissario antidroga» per coordinare e stimolare le iniziative ai diversi livelli della società.

Nel Regno Unito, contrariamente alla tendenza generale, la responsabilità in materia di stupefacenti all'interno del governo è stata spostata da un'unità centrale di coordinamento in materia di droghe (unità ora scomparsa) e dal relativo «zar della droga» presso il gabinetto del primo ministro al ministero degli Interni, sotto la responsabilità del segretario di Stato per gli affari interni.

Valutazione dell'impatto delle strategie in materia di stupefacenti

Per quanto tutti gli Stati membri abbiano adesso una strategia in materia di stupefacenti più o meno definita, la valutazione del loro impatto non è ancora prassi comune. Sono stati fatti progressi per quanto riguarda la valutazione di specifici programmi o attività, solitamente nel campo della riduzione della domanda. Tuttavia, quando gli strumenti giuridici o le strategie nazionali sono considerate nel loro insieme, la valutazione non costituisce una priorità.

Alcuni promettenti esempi tra le strategie di più recente adozione possono tuttavia essere menzionati. In Irlanda e Portogallo i nuovi piani nazionali sulle droghe adottati nel 2001 prevedono entrambi meccanismi di valutazione dei risultati complessivi. In Finlandia, la valutazione fa parte del nuovo piano d'azione 2001-2003 e riguarderà l'efficacia del piano nel suo insieme, fra cui le misure terapeutiche e le iniziative relative al controllo degli stupefacenti.

In Francia, l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) ha ricevuto il mandato dalla Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) di valutare l'efficacia degli aspetti più importanti del piano francese 1999-2001 in materia di

droga. La valutazione è una priorità nei Paesi Bassi, non soltanto per quanto riguarda i programmi di riduzione della domanda, ma anche per altri aspetti politici (ad esempio, la politica del *coffee-shop*, modifica dei criteri AHOJ-G). Anche le prassi di monitoraggio estese («National Drug Monitor») nel settore del consumo di droga e della sanità — e relativo sviluppo di attività nel settore giudiziario — contribuiscono alla valutazione delle politiche. Altre strategie nazionali in materia prevedono la valutazione come strumento per misurare le singole attività, quali i metodi terapeutici o le tecniche di prevenzione: è il caso della nuova «nota politica» belga, che prevede l'applicazione della valutazione ai metodi terapeutici, alla salute, ai circuiti assistenziali ed alle tecniche di prevenzione.

Gli Stati membri affrontano le sostanze lecite e quelle illecite nel loro insieme

È riscontrabile una maggiore attenzione dedicata alle sostanze lecite ed illecite nell'ambito delle politiche nazionali in materia di droga. Se la Francia, nel 1998, è stata uno dei primi paesi ad estendere la riflessione dalle sostanze alle misure di prevenzione e di riabilitazione, nell'anno appena trascorso il governo norvegese ha ulteriormente sviluppato una «politica complessiva in materia di abuso di alcune sostanze», compreso l'alcool, che copre la prevenzione, l'assistenza ed il trattamento. Anche in Germania la nuova relazione del commissario federale sulle droghe dell'aprile 2001 ha illustrato l'intenzione di estendere la prevenzione soprattutto alle droghe lecite, all'alcool ed al tabacco. In Belgio, uno dei quattro obiettivi della nuova politica federale del governo è quello di prevenire l'uso di droghe da parte dei giovani (incluso tabacco ed alcool). Questa tendenza emerge anche dalla nuova strategia dell'Irlanda in materia di stupefacenti, dove nel 2001 sono stati attivati collegamenti formali a livello locale, regionale e nazionale con la politica nazionale sull'alcool, per garantire la complementarità tra le diverse misure adottate. Nel Regno Unito, nel maggio 2001, l'esecutivo dell'Irlanda del Nord ha accolto il modello di implementazione congiunta. Tramite questa struttura, le strategie sull'alcool e sulle droghe illecite verranno portate avanti insieme. Anche la strategia del Galles sulle droghe comprende le sostanze lecite.

La legislazione in materia di sostanze stupefacenti nell'UE ⁽³⁶⁾

A livello europeo

Il 23 maggio 2001, la Commissione europea ha adottato una proposta di decisione quadro del Consiglio che sta-

⁽³⁶⁾ Per le ultime notizie ed informazioni sugli sviluppi nei sistemi giuridici degli Stati membri in materia di stupefacenti, cfr. la base di dati giuridica europea sugli stupefacenti (<http://eldd.emcdda.org/>).

Risposte al consumo di stupefacenti

bilisce il contenuto minimo delle azioni penali e delle sanzioni nel campo della lotta contro il narcotraffico. Questa iniziativa della Commissione introduce una definizione comune di traffico di sostanze illecite, nonché sanzioni comuni riguardanti il traffico transnazionale su larga scala. Attualmente (marzo 2002), la proposta è all'esame del Parlamento europeo e del Consiglio dei ministri dell'UE.

A livello nazionale

Gli sviluppi giuridici nel campo degli stupefacenti nel periodo di riferimento riguardano principalmente le misure nei confronti dei consumatori di stupefacenti che siano alla guida sotto l'influsso di sostanze stupefacenti, nonché l'introduzione di terapie sostitutive.

L'approccio giuridico nei confronti di (sostanze stupefacenti e) consumatori di stupefacenti

Nell'arco del 2001, in alcuni Stati membri dell'UE si è registrata la tendenza a proporre ed attuare misure legislative volte a chiarire la distinzione tra chi fa uso di stupefacenti e chi commette altri reati in relazione alla droga, nonché tra la cannabis ed altre sostanze illecite. I paesi stanno esaminando svariate opzioni, da un sistema giudiziario più specializzato a modifiche legislative, oppure di orientamento politico, riguardanti chi fa uso di sostanze stupefacenti.

Questo è un aspetto preminente in Portogallo, che ha depenalizzato il reato di uso, acquisto e possesso di sostanze stupefacenti per uso personale ed ha invece sanzionato questi reati amministrativamente con l'istituzione, nel luglio 2001, delle «commissioni per la dissuasione dalla tossicodipendenza» composte da tre membri (nominati dai ministeri della Giustizia e della Sanità e dal membro del governo responsabile del settore dell'abuso di droga), da un gruppo tecnico di 3-5 professionisti (psicologi, assistenti sociali ed esperti giuridici) e da personale amministrativo. Ogni caso viene valutato singolarmente ed il gruppo tecnico redige relazioni a sostegno delle decisioni dei membri in merito ad eventuali procedimenti e/o sanzioni. Nell'aprile 2001, il Lussemburgo ha ridotto le pene per i reati relativi alla cannabis cancellando l'opzione della reclusione per il possesso ad uso personale e per l'uso personale ed ha dichiarato di perseguire una politica di deferimento all'autorità giudiziaria volta a concentrarsi soltanto sul consumo problematico. La nota politica diffusa dal governo belga il 19 gennaio 2001 delinea un'idea simile. Il Lussemburgo ed il Belgio hanno anche legiferato per la prima volta per operare una distinzione tra la cannabis e le altre sostanze, così come fa un progetto trasversale di modifica alla legislazione sugli stupefacenti in Grecia, che è stato presentato al parlamento greco nell'aprile 2001, anche se è

poi stato respinto dal parlamento greco nel maggio 2002. Nel 2002 si attende nel Regno Unito una riclassificazione della cannabis, che passerebbe dalle droghe di classe B alle droghe di classe C (spostando il possesso per uso personale dai reati punibili con l'arresto ai reati non soggetti ad arresto). In Irlanda, a titolo di progetto pilota, i tossicodipendenti non violenti che commettono reati vengono indirizzati ad un tribunale specializzato che è stato istituito a Dublino nel gennaio 2001. Un progetto simile è stato varato a Glasgow, Scozia, in novembre. Per i candidati a reclusioni non superiori a sei mesi, la nuova legge olandese sulle sanzioni alternative, entrata in vigore il 1° febbraio 2001, consente l'imposizione di pene combinate di lavoro e di educazione in aggiunta o in sostituzione alla reclusione o all'ammenda.

Comunque, questa tendenza non è universale; in Finlandia, una modifica al codice penale apportata nell'estate del 2001 ha cancellato la facoltà di rinunciare a perseguire chi ha commesso reati in relazione alla droga se il reato è considerato non pregiudizievole dal punto di vista dell'obbedienza delle leggi, consentendo all'autorità giudiziaria di avviare un procedimento sommario stragiudiziale, con una pena fino a sei mesi di carcere. Sono comunque sempre in vigore disposizioni che consentono di ritirare la condanna o la punizione se il reato è considerato di scarsa rilevanza.

Le droghe al volante

Sia a livello politico che operativo, c'è un'attività crescente nel campo della legislazione riguardante la guida sotto l'influsso di droghe.

A livello politico, nel giugno 2001 il gruppo di lavoro finlandese incaricato di attuare la nuova risoluzione del governo sulla sicurezza stradale ha proposto la tolleranza zero per le droghe mentre si è alla guida. Altri Stati membri hanno rafforzato la loro normativa riguardante chi e come sottoporre a test antidroga. In Austria, nel momento in cui si è andati a modificare il codice della strada nella primavera del 2001, è stata presa la decisione di escludere una disposizione che prevedeva di effettuare sui conducenti test obbligatori antidroga. In Portogallo in maggio ed in Francia in novembre, è stata introdotta una legislazione volta a sottoporre a test antidroga gli individui coinvolti negli incidenti stradali, per condurre una ricerca sulle sostanze stupefacenti in relazione alla guida, studiare il livello ed il tipo di consumo di sostanze stupefacenti tra i conducenti e la relativa incidenza sugli incidenti, oltre che per elaborare in ultima analisi una legge specifica ed efficace riguardante la guida sotto l'influsso di sostanze stupefacenti. Anche il governo britannico, nel marzo 2001, ha attuato una legislazione che regola i test antidroga e le relative procedu-

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

re da seguire rispetto agli individui sospettati di guidare sotto l'influsso di sostanze illecite.

Terapia sostitutiva

Gli Stati membri continuano a lavorare sulla legislazione riguardante le terapie sostitutive della tossicodipendenza. Alcuni paesi ci stanno pensando e chi ce l'ha già sta migliorando il proprio quadro giuridico.

In Belgio, facendo seguito alla nota politica del gennaio 2001, è in fase di preparazione una legislazione mirante a stabilire il controllo della terapia sostitutiva. Nel luglio 2001, la Germania ha istituito un registro centrale dei farmaci sostitutivi, allo scopo di evitare la prescrizione ripetuta di farmaci sostitutivi ed ha specificato il requisito di un'ulteriore qualificazione per i medici che praticano la terapia sostitutiva. In Lussemburgo, a seguito di un decreto granducale del febbraio 2002, ai medici che prescrivono sostanze sostitutive deve essere rilasciata dal ministero della Sanità un'apposita licenza statale; questo decreto prevede inoltre l'istituzione di una speciale commissione di vigilanza e la creazione di un registro nazionale della terapia sostitutiva. In Grecia, nel contesto stabilito dalla legge 2716/1999, sono in programma altre iniziative per consolidare la struttura della terapia sostitutiva con l'estensione della somministrazione di sostanze sostitutive attraverso il sistema sanitario nazionale. Nel frattempo, nel Regno Unito, dall'aprile 2001, esiste un meccanismo di legge che prevede l'uso di buprenorfina per la terapia sostitutiva, quando precedentemente poteva essere prescritto soltanto il metadone.

Riduzione della domanda

Come descritto precedentemente, la maggior parte degli Stati membri dell'UE ha una strategia nazionale in materia di droga o disposizioni similari, ⁽³⁷⁾ come la Norvegia d'altronde, e tutte comprendono priorità nel campo della risposta; in alcuni paesi (Irlanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna) vengono fissati anche obiettivi quantitativi.

Naturalmente, le strategie nazionali comprendono una vasta gamma di risposte. Tuttavia, orientativamente, si possono individuare alcune priorità, per rafforzare certi tipi di risposta e/o per sviluppare strutture più efficien-

ti ⁽³⁸⁾. La prevenzione nelle scuole viene considerata una priorità in dieci Stati membri, mentre in sette paesi viene attribuita maggiore importanza alla prevenzione nell'ambito della comunità locale. La prevenzione e l'intervento precoce per i giovani a rischio è ai primi posti dell'agenda politica di nove paesi. Sia la riduzione dei danni che il trattamento medicalmente assistito sono considerati una priorità in sei Stati membri, mentre l'Italia e la Svezia danno maggiore risalto al trattamento *drug-free* (in situazione di astinenza). Sette paesi menzionano le risposte del sistema della giustizia penale fra le massime priorità e dieci citano il reinserimento sociale. Otto paesi individuano le strutture terapeutiche, quattro l'esigenza di rafforzare le strutture di prevenzione del paese.

Nella maggior parte dei paesi, la realizzazione delle risposte miranti alla riduzione della domanda è decentrata, in ragione della natura delle attività previste. Ciononostante, le priorità stabilite dalle strategie nazionali ed i relativi finanziamenti per la ricerca e per la prassi sono essenziali per la realizzazione a livello regionale o locale. L'importanza relativa di politiche, prassi e ricerca nell'attuazione delle risposte sembra differire da un paese all'altro. È chiaro che ognuno di questi aspetti influenza anche l'altro, e viceversa: tuttavia, in alcuni paesi, le politiche nazionali sembrano esercitare una maggiore influenza rispetto alla prassi, mentre in altri, spesso a livello regionale, la prassi influenza la politica.

La qualità delle risposte miranti alla riduzione della domanda è assicurata dall'introduzione (in alcuni paesi) di standard nazionali, procedure di accreditamento o linee guida. Il trattamento deve rispettare standard di qualità in un maggior numero di paesi di quanto non avvenga per la prevenzione ⁽³⁹⁾.

La prevenzione nelle scuole, negli ambienti locali e nella comunità

Tutti gli Stati membri sottolineano l'elevata priorità della prevenzione nelle loro strategie nazionali e nelle numerose attività di prevenzione svolte in svariati ambienti, più particolarmente nelle scuole. Tuttavia, in molti Stati membri sta diventando sempre più evidente l'esistenza di uno scarto considerevole tra gli obiettivi politici e la realtà e la qualità della prevenzione ⁽⁴⁰⁾. La reale portata

⁽³⁷⁾ Tabella 4 OL: Introduzione alle risposte in materia di riduzione della domanda negli Stati membri dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

⁽³⁸⁾ Tabella 5 OL: Panoramica delle priorità in materia di riduzione della domanda negli Stati membri ed in Norvegia (versione on line).

⁽³⁹⁾ Tabella 6 OL: Panoramica degli standard di qualità per la prevenzione ed il trattamento negli Stati membri ed in Norvegia (versione on line).

⁽⁴⁰⁾ Tabella 7 OL: Una panoramica degli obiettivi in materia di prevenzione, dei programmi scolastici, dei siti web e delle attività di prevenzione che vengono realizzate negli ambienti ad uso ricreativo (versione on line).

Risposte al consumo di stupefacenti

della prevenzione (per esempio, nelle scuole) può essere misurata con una certa approssimazione se la prevenzione viene fatta in maniera strutturata seguendo programmi chiaramente definiti ⁽⁴¹⁾. Soltanto in questo modo possono essere valutati parametri chiave quali i contenuti (modelli, fattori di rischio affrontati) ed il numero di scuole, di allievi e di insegnanti coperti. Questo avviene in alcuni Stati membri [Belgio (comunità fiamminga), Germania, Grecia, Irlanda, Regno Unito, Spagna], dove sono disponibili informazioni sui programmi che possono essere oggetto di valutazione. Tuttavia, spesso la prevenzione delle tossicodipendenze fa parte di più ampie politiche scolastiche volte ad incentivare stili di vita salubri nella vita quotidiana (scolastica). In questo contesto «non strutturato», la prevenzione viene fatta ad hoc, attraverso gruppi o consigli consultivi a livello locale (in Danimarca, Francia e Norvegia) e/o è strettamente correlata a specifiche esigenze emergenti ed alle risorse disponibili (per esempio, in Austria, Finlandia, Francia, Italia, Portogallo). Questo approccio è però di difficile rappresentazione in maniera standardizzata ed è di difficile valutazione.

Il campo di variazione degli obiettivi della prevenzione scolastica è ampio: oltre alla frequente citazione di principi onnicomprensivi di promozione della salute, l'ambito va dallo sviluppo di capacità sociali/personali alla promozione di identità/personalità. La consapevolezza e l'informazione sono spesso al centro della prevenzione in materia di droga, per quanto questi approcci da soli si siano dimostrati essere inefficaci (Skolverket, 2000). Non c'è, in questo campo, nessun principio comune di prevenzione, europeo, basato su prove/ricerca. Il progetto internazionale «Scuola sana e droghe», finanziato dalla Commissione europea, applica elementi di qualità basata sull'evidenza nella prevenzione in ambito scolastico (<http://www.school-and-drugs.org>).

Un altro problema principale è dato dalla fase logistica ed amministrativa di realizzazione su larga scala, in un determinato paese, di programmi basati sul modello della buona prassi (valutazione compresa). La Germania ed i Paesi Bassi fanno esplicito riferimento a questa sfida. In alcuni Stati membri (per esempio, in Danimarca e Germania) l'attenzione alla prevenzione sta conoscendo un recente spostamento verso gli ambienti ricreativi, in risposta alle tendenze di consumo in via di cambiamento e, in termini di contenuti, si sta spostando dall'evitare il rischio alla gestione del rischio. Un sito web europeo (<http://www.drug-prevention.de>) riunisce progetti che

operano secondo questa filosofia. Complessivamente, i siti web finalizzati alla prevenzione sono aumentati in numero ed attrattiva nella maggior parte degli Stati membri ⁽⁴²⁾. Un ulteriore elemento è dato dalle linee guida su come individuare ed affrontare gli allievi che assumono sostanze stupefacenti.

Di recente, in alcuni Stati membri (Irlanda, Paesi Bassi, Regno Unito, Spagna) si può notare chiaramente un crescente interesse ed una crescente assegnazione di risorse all'assicurazione della qualità ed alla prevenzione *evidence-based* (sulla base di esempi di modelli che abbiano già dato prova di essere efficaci). Parallelamente Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Paesi Bassi e Regno Unito stanno creando basi di dati per valutare e monitorare la loro «copertura nazionale della prevenzione». La Spagna ha già un sistema informativo consolidato.

Per quanto riguarda i programmi svolti nell'ambito della comunità, non c'è tra gli Stati membri nessuna concezione comune. Tanto per cominciare, queste attività non si limitano alla prevenzione: anche la riduzione dei rischi correlati all'uso di sostanze stupefacenti è spesso inclusa nei programmi svolti nella comunità. Inoltre, per «programma svolto nella comunità» in alcuni Stati membri si intende un programma svolto *all'interno* di una comunità (vale a dire, dall'alto in basso), mentre in altri si intende un programma realizzato *da* una comunità (vale a dire dal basso in alto).

Ampie disparità esistono anche tra gli Stati membri in merito al ruolo dei mass media nelle strategie di prevenzione, da nessuno (in Austria e Regno Unito) ad un ruolo prominente (in Francia ed Italia). Gli approcci tra pari (*peer-to-peer*) sono anch'essi fortemente contestati: nella comunità fiamminga del Belgio (De Sleutel) ed in Danimarca (Guardian Angels) si fa ricorso ad essi in maniera estensiva, mentre in alcune province austriache vengono respinti in quanto inefficaci.

La prevenzione negli ambienti ricreativi

Dal punto di vista concettuale, la prevenzione negli ambienti ricreativi può essere considerata come una zona di sovrapposizione tra la prevenzione e la riduzione dei rischi: abbraccia spesso perciò componenti ideologiche in conflitto. In alcuni Stati membri, i progetti si considerano forme di «prevenzione secondaria», mentre altri cercano di concettualizzare il loro lavoro come «riduzione del danno». Grosso modo, questa forma di prevenzione si basa su tre strategie di intervento: la pro-

⁽⁴¹⁾ Una panoramica dei programmi di prevenzione nelle scuole viene fornita on line nella tabella 7 OL (Programmi a livello scolastico) (versione on line).

⁽⁴²⁾ Un elenco di siti web sulla prevenzione figura on line nella tabella 7 OL (siti web) (versione on line).

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

duzione di materiale informativo sulle droghe e le problematiche sanitarie, giuridiche ed emozionali ad esse correlate; interventi personalizzati in discoteche o rave-party; misure strutturali quali linee guida per circoli privati sicuri ⁽⁴³⁾.

La produzione e la distribuzione di materiale informativo è tradizionalmente l'attività preferita e più diffusa negli ambienti ricreativi. Specialmente in Germania, Regno Unito e Spagna numerosi opuscoli, poster e pieghevoli sono prodotti da soggetti diversi, ma poco si sa dell'impatto di queste strategie di comunicazione unidirezionali ed anonime.

In un minor numero di paesi (Germania, Paesi Bassi, Regno Unito, Spagna), viene seguito l'approccio tra pari per raggiungere i frequentatori di circoli privati e trasmettere informazioni di carattere preventivo in maniera più interattiva e personale, pur continuando a far uso di materiale informativo da consegnare.

Si riconoscono in maniera crescente l'importanza e l'impatto di regole semplici ma fondamentali per la sicurezza dell'ambiente dei party. Questi strumenti di prevenzione strutturale, già disponibili nel Regno Unito come linee guida ufficiali per «ballare in sicurezza» (<http://www.clubhealth.org.uk/pages/downloads.htm>), sono la modalità più diretta di prevenzione dei problemi correlati alle droghe nell'ambiente dei party. Questi strumenti mirano ad assicurare che i pericoli più frequenti per la salute vengano minimizzati mettendo a disposizione acqua fresca da bere ed aree di decompressione o raffreddamento (*chill-out*) per evitare l'eccessivo riscaldamento, formando il personale a misure di pronto soccorso ed al monitoraggio, facilitando l'attività di prevenzione dei gruppi di prima assistenza volta ad individuare tempestivamente i problemi. Queste linee guida esistono in parecchi paesi, ma negli Stati membri la loro applicazione da parte dei proprietari dei circoli privati o delle autorità locali competenti è tuttora molto irregolare. Ci sono comunque iniziative volte ad avere, a livello europeo, un insieme armonizzato di linee guida sulla sicurezza nei circoli privati.

È più raro, in Belgio e Germania per esempio, che vi siano interventi specifici, come la gestione dei *bad trip* (brutti viaggi) — cioè, come affrontare le conseguenze negative ed inattese di sostanze stupefacenti senza anda-

re in ospedale — e, in alcuni Stati membri, l'analisi delle pasticche durante le feste.

Il valore degli interventi volti a fare l'analisi delle pasticche in loco, con la possibilità di attirare in maniera selettiva un target di riferimento formato da consumatori di droghe da party, esperti o in via di sperimentazione, per un'intensa attività di consulenza preventiva interattiva ⁽⁴⁴⁾, è stato offuscato da discussioni incentrate sull'accuratezza farmacologica (Winstock e a., 2001) o sulle implicazioni ideologiche ⁽⁴⁵⁾ o giuridiche di questo tipo di interventi.

La prevenzione delle malattie infettive

Le principali risposte *evidence-based* volte a prevenire le malattie infettive tra i consumatori di sostanze stupefacenti sono i trattamenti di prima assistenza, basati sulla comunità — in particolare, la prescrizione di metadone o di altre droghe sostitutive (un fenomeno che si è andato espandendo considerevolmente nell'UE ed in Norvegia negli ultimi anni, cfr. la sezione su terapia) —, la vaccinazione contro l'epatite, l'accesso all'occorrente sterile per le iniezioni e informazioni e formazione per un uso più sicuro ⁽⁴⁶⁾.

Alcuni servizi di prima assistenza sono disponibili in tutti i paesi dell'UE ed in Norvegia, ma la misura in cui il personale di queste strutture dedicate alle tossicodipendenze porta i propri servizi là dove si trovano i pazienti varia in maniera considerevole da un paese all'altro, oltre che all'interno dello stesso paese. I servizi a bassa soglia restano un importante punto di accesso per informare ed educare i tossicodipendenti circa i rischi del consumo di stupefacenti e le modalità di una loro riduzione. Il loro ruolo nel fornire servizi di assistenza sanitaria di base ai consumatori di stupefacenti, in maniera tale da contribuire a ridurre il rischio di contrarre malattie infettive, viene riconosciuto in misura crescente; nel 2000 i servizi a bassa soglia hanno conosciuto un'ulteriore espansione in numerosi paesi dell'UE ed in Norvegia.

I programmi particolari che forniscono l'accesso all'occorrente sterile per le iniezioni sono di grande importanza per ridurre al minimo il tasso di HIV e di altre infezioni virali a trasmissione sanguigna tra i consumatori di stupefacenti; i programmi di scambio di siringhe attraverso le strutture dedicate alle tossicodipendenze, le farmacie o i distributori automatici esistono in tutti i paesi

⁽⁴³⁾ Una panoramica delle iniziative di prevenzione in ambienti ad uso ricreativo figura nella tabella 7 OL (Ambienti ricreativi) (versione on line).

⁽⁴⁴⁾ Cfr. lo studio dell'OEDT su http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/pill_testing_report.pdf, pagg. 35-37.

⁽⁴⁵⁾ Articolo del *Corriere della Sera*, 2 novembre 2001.

⁽⁴⁶⁾ Cfr. anche *Focus sulle droghe*, n. 4, OEDT, Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, 2002.

Risposte al consumo di stupefacenti

dell'UE ed in Norvegia. Nel 2000, questi programmi si sono andati espandendo ⁽⁴⁷⁾. Permangono notevoli differenze per quanto riguarda la disponibilità e la copertura tra un paese e l'altro ed all'interno dello stesso paese (Wiessing e a., 2001).

Ad Helsinki ed in numerosi altri comuni finlandesi l'occorrenza per le iniezioni è diventato più facilmente disponibile nel 2001. Nella comunità fiamminga del Belgio, il primo scambio di aghi è stato attivato alla fine del 2000, sei anni dopo che il primo servizio di questo tipo era entrato in funzione nella comunità francofona. La strategia nazionale irlandese sulle droghe 2001-2008 include la riduzione dei rischi nel quadro della parte terapeutica; il piano d'azione nazionale portoghese sulle droghe «Horizonte 2004» persegue obiettivi ambiziosi di riduzione del danno, per esempio l'estensione dei programmi di scambio degli aghi a tutti i distretti entro il 2004. Tuttavia, soltanto il 5 % del budget disponibile in Portogallo è stato assegnato alla riduzione del potenziale lesivo delle sostanze stupefacenti, mentre il 95 % è dedicato alla prevenzione, al trattamento ed alla riabilitazione. Il dipartimento britannico della Sanità ha varato la campagna «Making Harm Reduction Work» (Far funzionare la riduzione dei danni) per incoraggiare e sviluppare la riduzione dei danni tra i consumatori di stupefacenti (Hunt e a., 2001).

L'impatto delle politiche di riduzione del danno rispetto alla trasmissione dell'epatite C è stato esplorato in Inghilterra e Galles da studi di ricerca (Hope e a., 2001); in Irlanda, sono emerse indicazioni di ridotti comportamenti a rischio a seguito di tali strategie (Smyth e a., 1999).

Sforzi sistematici sono in corso in Austria, Finlandia, Germania, Irlanda, Norvegia, Paesi Bassi, Portogallo e Regno Unito per rendere la vaccinazione contro l'epatite B più accessibile e per conseguire l'immunizzazione piena tra una più alta percentuale di consumatori di stupefacenti. Attualmente, la vaccinazione non sembra molto accessibile ai consumatori di stupefacenti ed i tassi di immunizzazione sono in genere bassi. Può essere che il costo abbia un suo ruolo: per esempio, nella

comunità fiamminga del Belgio i consumatori di stupefacenti non rientrano tra i gruppi prioritari definiti dalla politica di immunizzazione del ministero della Sanità e, conseguentemente, la vaccinazione non è gratuita ⁽⁴⁸⁾.

La prevenzione dei decessi correlati alla droga

Nel 2000, un numero stimato di 7 000 - 8 000 decessi correlati alla droga a causa di overdose accidentale o intenzionale è stato registrato nell'UE. La ricerca ha dimostrato l'esistenza di un rischio maggiore per chi assume la droga per via parenterale ed in particolare per chi combina l'eroina con sostanze che deprimono il sistema nervoso, come l'alcool o le benzodiazepine (cfr. la sezione sui decessi correlati alla droga).

Le prove scientifiche stanno ad indicare che il trattamento farmacologico con metadone ha un sostanziale effetto protettivo sulla mortalità da overdose per oppioidi e sulla mortalità derivante da tutte le altre cause (OMS, 1998). Approcci innovativi alla prevenzione ed alla gestione delle overdose — come la formazione dei consumatori di stupefacenti perché si proteggano dal rischio di overdose e gestiscano meglio i casi di overdose di cui possano essere testimoni, la formazione alla somministrazione di naloxone, nonché alle tecniche basilari di rianimazione, oppure lo sviluppo di materiali informativi specificatamente dedicati alla prevenzione — sono segnalati in Belgio, Germania, Finlandia, Norvegia e Regno Unito. In quest'ultimo paese, nel novembre 2001 il governo ha varato un piano d'azione per prevenire i decessi correlati alla droga, che include campagne di formazione ed informazione, nonché attività di monitoraggio e ricerca ⁽⁴⁹⁾.

La disponibilità di strutture terapeutiche

Negli ultimi cinque anni si è avuto un considerevole aumento della disponibilità di strutture terapeutiche nell'Unione europea ed in Norvegia ⁽⁵⁰⁾. È aumentata la disponibilità di trattamenti medicalmente assistiti (terapia sostitutiva) e di trattamenti in situazione di astinenza, anche se l'entità dell'incremento varia notevolmente da un paese all'altro.

⁽⁴⁷⁾ Tabella 8 OL: Presenza e tipologia dei programmi di scambio di siringhe, coinvolgimento delle farmacie, numero delle siringhe distribuite/vendute (versione on line).

⁽⁴⁸⁾ Tabella 9 OL: Consulenza e test in materia di HIV, trattamento contro il virus HIV e vaccinazione contro il virus dell'epatite B rivolti ai consumatori di stupefacenti per via parenterale di alcuni paesi europei, come segnalato dai punti focali nazionali, 2000 e 2001 (versione on line).

⁽⁴⁹⁾ Esempi di messaggi di prevenzione dell'overdose usati nella campagna d'informazione sono disponibili on line (versione on line).

⁽⁵⁰⁾ Tabella 10 e 11 OL: Disponibilità di trattamento in situazione di astinenza (*drug-free*) e terapia sostitutiva nell'Unione europea ed in Norvegia (versione on line).

Strutture per l'assunzione di stupefacenti

A settembre 2001, in Germania c'erano diciannove locali adibiti all'assunzione di stupefacenti («sale di iniezione») (Stöver, 2002); oltre 20 «sale di iniezione» ufficiali erano operanti nel 2002 in diverse città olandesi. La Spagna ha aperto una «sala di iniezione» nel maggio 2000 a Las Barranquillas, vicino a Madrid e un'unità mobile di iniezione è operativa a Barcellona (dal 2001). Strutture per l'assunzione di stupefacenti in ambiente controllato fanno parte del quadro politico portoghese per la riduzione dei danni e sono previste nell'ambito del piano d'azione nazionale antidroga «Horizonte 2004». In Lussemburgo, sono stati rimossi gli ostacoli giuridici che impedivano di considerare le «sale di iniezione» alla stregua di servizi di assistenza ai tossicodipendenti; è in programma l'integrazione entro il 2003 di una «sala di iniezione» nei servizi allargati del «centro di accoglienza di emergenza» Abridado.

In Norvegia, il governo uscente aveva suggerito (nell'autunno del 2001) di effettuare una prova, preceduta da un'audizione pubblica. L'attuale governo nel maggio 2002 ha deciso di bocciare l'iniziativa della prova, appoggiato

dalla maggioranza delle risposte all'audizione. L'iniziativa di una «sala di iniezione» in Danimarca è stata archiviata nel 2000 dal ministero della Sanità sulla scia di conferenze internazionali in materia. Un'indagine in Austria (Feistritz, 2001), dove per parecchi anni si è discusso della creazione di una struttura per l'assunzione di sostanze stupefacenti («sala di iniezione»), ha rilevato un atteggiamento più favorevole tra il pubblico in generale nei confronti delle «sale di iniezione» nel 2001 (28 %) rispetto al 1997 (20 %).

Gli obiettivi, i servizi forniti e l'utilizzo di «sale di iniezione» sono stati descritti in numerosi studi, i quali «... forniscono una qualche prova dei quattro principali benefici attesi da strutture di questo tipo: ridotto disturbo pubblico; miglior accesso e ricorso ai servizi sanitari e ad altri servizi del welfare; ridotto rischio di overdose correlata ad oppioidi; ridotto rischio di trasmissione di virus tramite il sangue» (Dolan e a., 2000). L'OEDT sta preparando una sintesi delle esperienze, delle problematiche e delle lezioni apprese dal funzionamento di queste «sale di iniezione».

Complessivamente, sembra che i trattamenti medicalmente assistiti siano aumentati più rapidamente dei trattamenti in situazione di astinenza. Un rapido aumento dei trattamenti medicalmente assistiti è avvenuto in Francia (da 500 ad oltre 78 000 pazienti tra il 1993 ed il 2000), in Norvegia (da 50 a 1 100 pazienti nel periodo 1997-2001), in Finlandia (da 10 a 240 pazienti nel periodo 1996-2001) ed in Spagna (da 12 000 a 72 000 pazienti nel periodo 1993-1999). I posti in cui viene praticato il trattamento in situazione di astinenza non vengono registrati nello stesso modo sistematico e quantitativo, ma sono aumentati, per esempio, in Danimarca (da una comunità terapeutica specializzata nel 1994 a circa 35 nel 1999) ed in Grecia (da una comunità terapeutica specializzata nel 1983 ad otto nel 1999).

L'aumento delle strutture terapeutiche non è soltanto il benvenuto, ma è necessario per affrontare il problema delle tossicodipendenze in Europa. Tuttavia, si ha ancora notizia da alcuni paesi (Grecia e Portogallo, per esempio) che l'offerta di trattamento non corrisponde alla domanda dei pazienti ed una ricerca su una sistematica correlazione tra pazienti e trattamenti non è giunta a risultati definitivi. Questi argomenti cruciali devono essere affrontati per migliorare le risposte date alle tossicodipendenze e per migliorare i risultati dei trattamenti⁽⁵¹⁾.

Le risposte della giustizia penale

Le autorità giudiziarie dei paesi dell'Unione europea dispongono di una serie di misure, ai diversi stadi del sistema penale, per dirottare verso il trattamento i consumatori di stupefacenti che hanno commesso un illecito penale⁽⁵²⁾. Si può rilevare un crescente sforzo tra gli Stati membri per documentare meglio la gamma delle misure disponibili, per delineare il livello della loro applicazione e per valutarne l'efficienza. Queste iniziative sono importanti per la valutazione dei progressi compiuti rispetto all'obiettivo n. 5 della strategia dell'Unione europea in materia di droga — «ridurre in misura rilevante, nell'arco di cinque anni, il numero dei reati legati alla droga» — nella misura in cui misure alternative mirano in ultima analisi ad una riduzione delle recidive penali e del ritorno al consumo di stupefacenti tra chi ha commesso reati in relazione alla propria condizione di tossicodipendenza. Alcuni esempi sono forniti qui di seguito.

L'esecuzione penale esterna

Nel Regno Unito, si è vista l'utilità di piani che prevedono il rinvio dell'arresto e l'obbligo di sottoporsi a terapia e test («DTTO») per aumentare il numero dei soggetti che, pur avendo commesso reati in relazione al proprio stato di tossicodipendenza, sono entrati in terapia. La

⁽⁵¹⁾ Le terapie di successo sono una delle questioni specifiche trattate nel capitolo 3 di questa relazione.

⁽⁵²⁾ Cfr. anche *Focus sulle droghe*, n. 2, OEDT, Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, 2002.

Risposte al consumo di stupefacenti

ricerca ha dimostrato che la sospensione dell'arresto è un'importante opportunità per offrire servizi di prevenzione e terapia a chi ha commesso reati legati all'abuso di droghe (DPAS, 2000); il programma è di estendere questi piani entro maggio 2002 a tutte le forze di polizia del paese. La prima valutazione di questi piani (effettuata 18 mesi dopo la loro introduzione) ha mostrato una riduzione nella quantità di denaro speso per gli stupefacenti e nel numero di reati commessi (Turnbull e Sweeney, 2000); esaurita con successo la fase pilota, questi piani sono stati poi introdotti nell'ottobre 2000.

Un progetto sperimentale quadriennale eseguito all'Aia (Paesi Bassi) per il trattamento di tossicodipendenti locali che avevano commesso reati, trattamento che consisteva nella detossificazione e nella successiva assistenza, ha mostrato un incoraggiante livello del 40 % dei partecipanti al programma che si sono astenuti dal consumo di stupefacenti nei due anni successivi all'intervento, ma anche una forte correlazione tra risultati positivi e continuità del trattamento (Vermeulen e a., 1999). Da una valutazione della politica di ordinanza terapeutica condotta in Francia, «injonction thérapeutique» (Setbon, e a., 2000) è emersa tuttavia una loro mancanza di efficacia. Nel gennaio 2001, in fase pilota, è stato istituito in Irlanda un tribunale specializzato (Drug Court) che prescrive un programma strutturato di riabilitazione e di vigilanza ai soggetti che hanno compiuto reati minori legati alla droga. Va notato tuttavia che finora né i DTTO del Regno Unito né le Drug Courts dell'Irlanda sono stati oggetto di valutazione più rigorosa, con prove controllate randomizzate.

Trattamento all'interno dei penitenziari

Questa voce è affrontata nel capitolo 3 di questa relazione nell'ambito della questione specifica «Consumo di stupefacenti nelle carceri» (pag. 51).

Sospensione condizionale della pena

In tutti i paesi dell'UE, la libertà in quanto sospensione condizionale della pena è una misura di cui può fruire, a determinate condizioni, chi ha commesso reati ed è oggetto di una sentenza di condanna, ma alcune giurisdizioni stabiliscono condizioni particolari per chi fa uso di stupefacenti. Gli studi che analizzano i risultati di queste misure alternative restano scarsi. In Italia, un'analisi della revoca della sospensione condizionale della pena concessa a chi ha commesso reati in relazione al proprio stato di tossicodipendenza ha registrato comunque tassi bassi: su un campione di 4 237 consumatori di stupefacenti in libertà vigilata nella prima metà del 2000, soltanto per 253 (6 %) la sentenza era stata revocata ed i soggetti erano stati mandati in carcere.

Sono tuttora in corso ulteriori studi di valutazione del rinvio, in luogo della pena detentiva, all'assistenza terapeutica (Finlandia), al trattamento in un sistema correzionale (Svezia), al trattamento fuori del carcere dei tossicodipendenti che hanno commesso reati (Danimarca) ed alla disintossicazione forense (Paesi Bassi). Sin dall'inizio, a metà del 2002, il nuovo programma globale di assistenza ai tossicodipendenti del Lussemburgo avrà un'importante componente dedicata alla valutazione. Tutti i programmi terapeutici erogati in ambiente carcerario nel Regno Unito sono attualmente in fase di valutazione della qualità per ottenere il loro accreditamento ufficiale.

Una ricerca di carattere documentale circa l'efficacia generale dei programmi di sanzione giudiziaria (Bee-nackers, 2000), commissionata dal ministero olandese degli Interni, è giunta alla conclusione che l'efficacia dipende da interventi o terapie collaterali e consiglia il ricorso ad approcci cognitivo-comportamentali ed a soluzioni di *stepped care* per ridurre le recidive. Quest'ultimo risultato è stato confermato da ulteriori esami specifici svolti nei Paesi Bassi nel 1998 e nel 1999, incentrati sulle misure rivolte a chi ha commesso reati in relazione al proprio stato di tossicodipendenza.

Riduzione dell'offerta

La produzione ed il traffico di sostanze stupefacenti nell'Unione europea 2000-2001 restano le attività primarie della criminalità organizzata nell'UE (Europol, 2001). La criminalità organizzata si sta avvantaggiando in pieno delle opportunità create da un'economia di mercato in via di globalizzazione, fra cui l'uso delle moderne tecnologie. La criminalità organizzata tende ad essere coinvolta in più di una tipologia di reato e non limita la propria attività ad un unico tipo di sostanza stupefacente, come è dimostrato dal crescente numero di sequestri di più di una droga.

La lotta contro il traffico organizzato di sostanze stupefacenti è una priorità per gli Stati membri. In parecchi Stati membri si stanno facendo sforzi notevoli per migliorare le banche dati e le tecniche di analisi dei reati, assegnando anche risorse aggiuntive. Nel medesimo tempo, è in aumento la cooperazione internazionale, con il coinvolgimento di alcune organizzazioni internazionali, come l'Interpol e l'Organizzazione mondiale delle dogane.

Un'accresciuta cooperazione internazionale è il risultato dell'istituzione di specifiche task force, come quella creata allo scopo di raccogliere ed elaborare tutte le informazioni riguardanti il traffico di sostanze stupefa-

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

centi lungo la via della seta e che attualmente coinvolge l'Interpol, l'Europol, l'Organizzazione mondiale delle dogane (OMD) ed il Bundeskriminalamt tedesco (BKA). Nell'ambito di questo programma, il BKA sta svolgendo analisi basate su informazioni fornite da altri membri della task force. Un altro esempio è l'operazione «Road Runner II», finanziata dalla Commissione europea, volta ad un'azione di vigilanza per combattere il traffico delle sostanze stupefacenti lungo la rotta dei Balcani. Questa operazione ha determinato il sequestro di quantità significative di sostanze stupefacenti, con la partecipazione dei 15 Stati membri dell'Unione europea e di 13 paesi dell'Europa centrale ed orientale (cfr. <http://www.europol.eu.int>).

La lotta contro la diversione dei prodotti chimici e dei precursori in regime di controllo è una parte importante dell'accresciuta cooperazione internazionale. Si ritiene che 1 500 tonnellate di anidride acetica su una produzione annua globale di 2,5 milioni di tonnellate siano oggetto di diversione per la preparazione di eroina. Circa il 20 % della produzione globale di anidride acetica avviene nell'Unione europea.

L'operazione «Topaz» (topazio), un'iniziativa contro la diversione dell'anidride acetica, include un sistema volto ad identificare l'origine dei prodotti chimici sequestrati. Questa operazione ha consentito di intervenire su 11 carichi con quasi 230 tonnellate di anidride acetica, che avrebbero potuto essere utilizzate per la produzione di 55-230 tonnellate di eroina. Il volume del commercio internazionale legale è stato nel 2001 di circa 180 000 tonnellate. Dato che la maggior parte dei carichi non va direttamente dal paese produttore al paese di destinazione, sono necessarie risorse aggiuntive per garantire un adeguato livello di vigilanza. Il Consiglio internazionale per il controllo dei narcotici (INCB) ha rilevato che alcune importanti autorità nazionali, come quelle olandesi, che controllano una quota rilevante delle operazioni di transito, hanno aumentato in maniera significativa le risorse destinate allo scopo (cfr. <http://www.undcp.org>).

Il programma internazionale di vigilanza concernente il permanganato di potassio ha portato alla confisca di 1 100 tonnellate di questo prodotto chimico. I programmi di vigilanza riguardanti il permanganato di potassio hanno portato ad una situazione in cui le notifiche di esportazione dai principali paesi esportatori devono essere comunicate preventivamente. L'operazione «Purple» (porpora), che è cominciata nel 2000, ha continuato ad aumentare i risultati nel corso del 2001, con il fermo di 17 carichi destinati al mercato illecito, che rappresentavano 1 100 tonnellate di prodotti chimici. Nel 2000, i carichi fermati erano stati 13 e le tonnellate sequestrate 655. Nel

2001, il volume del commercio legale internazionale relativo al permanganato di potassio ha rappresentato circa 19 000 tonnellate. Nel 2000, il volume era stato di 11 000 tonnellate. Questo programma ha consentito inoltre l'identificazione di nuovi metodi e di nuove rotte per la diversione di questo prodotto chimico, senza imporre indebiti ritardi al traffico internazionale lecito. Tuttavia, l'INCB ha rilevato un costante aumento nel numero e nel volume dei carichi verso paesi che non partecipano all'operazione «Purple» (cfr. la relazione 2001 INCB sui precursori, <http://www.undcp.org>).

La cooperazione tra le autorità doganali ed il gruppo d'azione finanziaria internazionale dell'OCSE sul riciclaggio dei capitali (FATF) gioca un ruolo molto importante nelle misure contro il riciclaggio del denaro sporco. Nel novembre 2000, la convenzione delle Nazioni Unite contro la criminalità organizzata transfrontaliera ha riconosciuto l'importanza di misure concernenti l'individuazione e la vigilanza dei flussi transfrontalieri di denaro e titoli. L'importanza dei flussi finanziari relativi al traffico di sostanze stupefacenti è stata riconosciuta dalle organizzazioni internazionali che cooperano nella lotta contro il riciclaggio di denaro sporco (cfr. la relazione 2001-2002 FATF, <http://www.oecd.org/FATF>). Quale esempio dell'importanza della cooperazione regionale, si può sottolineare l'operazione «Goldfinger», che coinvolge le autorità doganali delle regioni del Baltico ed è dedicata alla raccolta di informazioni relative ad operazioni di importo superiore a 10 000 dollari. Le principali conclusioni che si possono trarre da questa operazione sono l'effetto deterrente che la cooperazione regionale tra le autorità doganali ha sulle attività di riciclaggio di denaro sporco e le grandi divergenze esistenti nella legislazione nazionale in materia di flussi finanziari (cfr. la relazione 2000 «Dogane e stupefacenti», <http://www.wcoomd.org>).

Le principali attività del gruppo d'azione finanziaria internazionale sul riciclaggio dei capitali (FATF) hanno riguardato la diffusione del messaggio contro il riciclaggio di denaro sporco a tutti i continenti ed a tutte le regioni del globo, per migliorare l'applicazione da parte dei membri delle quaranta raccomandazioni FATF adottate nel 1990 e modificate nel 1996, oltre che per rafforzare l'esame dei metodi di riciclaggio di denaro sporco e delle relative contromisure. Nel giugno 2000, il FATF ha avviato la sua azione contro i paesi ed i territori non cooperativi (PTNC), intesa ad individuare i paesi ed i territori che non rispettano i criteri del FATF contro il riciclaggio di denaro. Il FATF ha inoltre promosso la creazione ed il rafforzamento di organi FATF di stile regionale. L'indagine annuale sulle tipologie di riciclaggio di denaro sporco, che nel 2001 è stata presieduta dalla

Risposte al consumo di stupefacenti

Norvegia, si è incentrata su una serie di aspetti principali quali: on line banking e casinò su Internet; fondazioni; veicoli non aziendali e riciclaggio di denaro sporco; avvocati, notai, commercialisti ed altri liberi professionisti; il ruolo del denaro contante nelle modalità di riciclaggio del denaro sporco ed il riciclaggio di denaro legato al terrorismo. Infine, alla Banca centrale europea ed all'Europol è stato riconosciuto lo status di osservatori all'interno del FATF (cfr. <http://www.oecd.org/FATF>).

Referenze e fonti — Capitolo 2

Relazioni nazionali sullo stato delle tossicodipendenze (2001) di tutti gli Stati membri dell'UE e della Norvegia.

Beenackers, E. M. Th. (2000): *Effectiviteit van sanctieprogramma's: bowstenen voor een toetingskader; Een literatuuronderzoek (Onderzoekennotities 2000/1)*, Den Haag, Ministerie van Justitie/Weten schappelijk Onderzoeks- en documentatiecentrum (WODC) (*).

Dolan, K., Kimber, J., Fry, C., Fitzgerald, J., McDonald, D. e Trautmann, F. (2000), «Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injection centres in Australia» in *Drug and Alcohol Review*, vol. 19, pagg. 337-346.

DPAS Home Office Drugs Prevention Advisory Service (2000), «Criminal Justice — A golden opportunity» in *Access*, Issue 1, pagg.1-2.

Europol (2001): *European Union situation report on drug production and drug trafficking, 2000-2001*, Europol, The Hague.

OEDT (2002), *Focus sulle droghe — Briefing n. 2: I tossicodipendenti e la legge nell'UE*, OEDT, Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, 2002, Lussemburgo.

OEDT (2002), *Focus sulle droghe — Briefing n. 4: L'assunzione di droga per via parenterale*, OEDT, Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, Lussemburgo.

Rete europea sulla prevenzione di HIV/AIDS ed epatite nelle carceri (2001), Final Progress Report, Bonn e Marsiglia.

Feistritzer, G. (2001), *Suchtmittel und Drogenpolitik. Bevölkerungsbefragung Wien, Februar 2001*, IFES, Vienna.

Hope, V., Judd, A., Hickman, M. e a. (2001), «Prevalence of hepatitis C among injection drug users in England and Wales: is harm reduction working?» in *American Journal of Public Health*, vol. 91, Issue 1, pagg. 38-42.

Hunt, N., Stillwell, G., Taylor, C. e Griffiths, P. (1998), «Evaluation of a brief intervention to reduce initiation into injecting» in *Drugs: education, prevention and policy*, vol. 5 (2), pagg. 185-194.

Hunt, N., Britton, J., Derricott, J. e Preston, A. (2001), *Making harm reduction work: harm reduction and injecting drug users*, DrugScope, Department of Health & University of Kent, Londra e Canterbury.

Hunter, G. M., Stimson, G.V., Judd, A., Jones, S. e Hickman M. (2000), «Measuring injecting risk behaviour in the second decade of harm reduction: a survey of injecting drug users in England» in *Addiction*, vol. 95, pagg. 1351-1361.

Setbon, M. en De Calan, J. (2000): *L'injonction thérapeutique: évaluation du dispositif légal de prise en charge des usagers de drogues interpellés*, CNRS-GAPP/OFDI, Paris (*).

Skolverket, (2000), «Undervisningen om tobak, alkohol och andra droger» in *Nationella kvalitetsgranskningar 1999*, Skolverket, Stockholm.

Smyth, B., McMahon, J., O'Connor, J. e Ryan, J. (1999), «Knowledge regarding hepatitis C among injecting drug users» in *Drugs: education, prevention and policy*, vol. 6 (2), pagg. 257-264 (*).

Stöver, H. (2002) «Consumption rooms — Between health orientation and public order» in *Journal of drug issues* (in stampa).

Turnbull, P., McSweeney, T., e Hough, M. (2000), «Drug Treatment and Testing Orders — The 18-Month Evaluation» in *Research Findings No. 128*, Home Office Research Development and Statistics Directorate, Londra.

Vermeulen, K. T., Hendriks, V. M. en Zomerveld, R. (1999): *Dranbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiebele verslaafden*, Den Haag, Parnassia Addiction Research Centre (PARC) (*).

Wiessing, L. G., Denis, B., e Guttormsson, U. e a. (2001), «Estimating coverage of harm reduction measures for injection drug users in the European Union» in *Proceedings of 2000 global research network meeting on HIV prevention in drug-using populations*, Third annual meeting, Durban, South-Africa, 5-7 luglio 2000, National Institute on drug abuse — National Institutes of health — U.S. Department of Health and Human Services.

Winstock, A. R., Wolff, K., e Ramsey, J. (2001), «Ecstasy pill testing: harm minimisation gone too far?» in *Addiction*, vol. 96, pagg. 1139-1148.

OMS (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, World Health Organization, Programme on substance abuse, Division of mental health and prevention of substance abuse, Ginevra.

(*) Citata nella relazione nazionale.

Questioni specifiche

Questo capitolo illustra tre questioni specifiche riguardanti il problema della droga in Europa: poliassunzione, terapie di successo e consumo di stupefacenti nelle carceri.

Poliassunzione

L'ampia definizione di «poliassunzione» utilizzata da molti Stati membri corrisponde all'uso di più di una droga o tipo di droga da parte del medesimo individuo, consumata contemporaneamente oppure in sequenza (come da definizione contenuta nel lessico dell'OMS). In Europa il concetto di poliassunzione è nato negli anni Settanta. Nella sua accezione più ampia, questo termine significa il consumo di una droga illecita più un'altra droga lecita o illecita. Tuttavia, esistono considerevoli differenze nelle sostanze considerate e nell'arco temporale impiegati dai diversi Stati membri. Le differenze tendono a dipendere dai dati disponibili e dalla percezione dei rischi associati a particolari sostanze o combinazioni. Le sostanze considerate sono di solito le principali droghe illecite, l'alcool ed i farmaci. A volte vengono incluse anche le bevande isotoniche e la Francia include il tabacco. L'arco temporale dell'assunzione varia da un minimo di sei ore a un massimo corrispondente all'intera vita di un individuo.

In base alla definizione di poliassunzione, tutti i consumatori di droghe illecite sarebbero poliassuntori perché quasi sempre assumono alcool e/o tabacco in alcuni momenti della loro vita. Anche quando la poliassunzione di sostanze stupefacenti viene definita in rapporto alla più ristretta gamma delle «droghe illecite», le combinazioni e le modalità di uso variano così tanto che non ha molto senso adottare una definizione standard. Al fine di affrontare le preoccupazioni di carattere generale circa la poliassunzione di sostanze stupefacenti nell'UE, ci concentriamo sui rischi acuti della salute.

Vi è un generale consenso sul fatto che la poliassunzione di sostanze stupefacenti assolve a quattro funzioni principali: massimizza gli effetti, bilancia o controlla gli effetti negativi e sostituisce gli effetti ricercati. Le informazioni

circa le funzioni della combinazione di droghe particolari si basa su descrizioni, fatte da chi ne fa uso, dei tentativi di avere e prolungare esperienze piacevoli (Seppälä 1999; Strang e a., 1993). Le sostanze di cui si fa uso dipendono dalla disponibilità locale, dalla moda e dalle prassi locali di prescrizione, se includono le droghe mediche prescritte ai consumatori di stupefacenti in terapia (in Germania, Francia, Irlanda e Regno Unito).

Rischi per la salute

Le combinazioni di sostanze stupefacenti identificate nei casi di mortalità e di overdose forniscono indicazioni di rischi particolari associati alla commistione di sostanze stupefacenti (cfr. riquadro, pag. 44).

I rischi per la salute che sono associati alla combinazione di sostanze psicotrope non dipendono soltanto dalle proprietà farmacologiche e dalla quantità delle sostanze consumate, ma anche da una serie di caratteristiche individuali, di fattori sociali ed ambientali.

Nel contesto dei «sistemi di allerta rapida», aumenta la preoccupazione riguardo al mix potenziale di sostanze psicoattive contenute nelle pasticche vendute come ecstasy, le quali, nonostante ciò non sia nelle intenzioni di chi ne fa uso, possono costituire rischi per la salute in relazione alla poliassunzione. Per esempio, in Danimarca nel corso del 2001 dal 10 % al 32 % delle pasticche analizzate conteneva più di una sostanza attiva. Queste pasticche contenevano essenzialmente MDMA e PMA, PMMA, MDE e MDA (Danimarca). In Francia, due terzi di un campione analizzato di pasticche vendute come ecstasy contenevano MDMA combinata con altri ingredienti attivi, in gran parte medicinali.

Overdose fatale e non fatale

Nel corso dell'ultimo decennio, l'attenzione che la stampa ha dedicato ai morti per droga si è concentrata essen-

Esempi di combinazione di stupefacenti considerate ad alto rischio

- Mentre è difficile avere una overdose con benzodiazepine soltanto, la combinazione di una dose importante di benzodiazepine con una quantità importante di alcool o di un oppiaceo come l'eroina o il metadone può essere fatale.
- Quando l'ecstasy viene usata insieme con l'alcool i rischi per la salute aumentano, perché l'alcool modifica la regolazione termica ed aumenta la disidratazione.
- Quando la cocaina è combinata con l'alcool, la combinazione può essere più direttamente tossica per il cuore e per il fegato rispetto alla cocaina o all'alcool assunti separatamente. L'alcool è spesso presente nei casi di arresto cardiaco dovuto a cocaina.
- L'uso combinato di diversi stimolanti, fra cui le bevande isotoniche, può portare ad un'iperattività del sistema simpatico, la quale può comportare complicanze a livello di regolazione termica e funzionamento cardiaco.

Fonti: Leccese e a., 2000; DrugScope 2001.

zialmente sui rari casi di morte per ecstasy (Belgio, Danimarca, Italia e Regno Unito). In genere la stampa non è interessata alla morte dei consumatori problematici di stupefacenti. Gran parte dei 7 000 - 8 000 decessi improvvisi per droga (overdose) registrati ogni anno nell'UE sono maschi che hanno fatto uso di oppiacei per molti anni (cfr. la sezione «Decessi correlati agli stupefanti» per maggiori dettagli).

I risultati delle analisi tossicologiche delle overdose fatali o non fatali associate⁽⁵³⁾ all'uso di droghe illecite non sono granché disponibili, ma là dove ci sono essi rivelano sistematicamente che la maggior parte dei decessi è associata all'uso di eroina per via parenterale insieme con altre sostanze stupefacenti. Uno studio recente su 153 consumatori di stupefacenti del Regno Unito che avevano avuto una overdose non fatale ha rivelato che in 111 casi (73 %) si era fatto uso di più di una droga (Neale, 2001). Nelle overdose fatali, almeno un'altra

sostanza stupefacente (oppure l'alcool) è coinvolta in oltre il 50 % dei casi nel Regno Unito e fino al 90 % in Irlanda. Le benzodiazepine, l'alcool, il metadone e la cocaina sono le sostanze che con maggiore frequenza si trovano combinate con oppiacei; una spiegazione comune per l'overdose in questione è che sono queste combinazioni ad averla provocata (ONS, 2000a e 2000b; Farrell, 1989; Bennett e Higgins, 1999; Strang e a., 1999; Taylor e a., 1996)⁽⁵⁴⁾.

I decessi dovuti alla cocaina, alle anfetamine o alla MDMA (ecstasy) in assenza di oppiacei o benzodiazepine non sono frequenti e di solito si riscontrano in combinazione con altre sostanze stupefacenti o con l'alcool.

Altri rischi

La poliassunzione di sostanze stupefacenti è considerata inoltre un rischio particolarmente elevato in quanto rende pericolosa la guida, ma i dati dell'UE sulla poliassunzione in relazione alla guida sono molto limitati. Comportamenti violenti o aggressivi sono stati recentemente associati a modelli caratterizzati da un maggior uso di alcool associato a sostanze stimolanti (Snippe e Bieleman 1997; Vermaas 1999).

Tendenze

In alcuni paesi il numero di eventi fatali che rappresentano le conseguenze più gravi della poliassunzione di sostanze stupefacenti è in continuo aumento. Le sostanze individuate più spesso sono le combinazioni di morfina, benzodiazepine ed alcool, con recenti aumenti nazionali o locali di cocaina segnalati in Francia, Italia, Paesi Bassi, Regno Unito e Spagna (cfr. la sezione «Decessi correlati agli stupefanti» per maggiori dettagli).

Preoccupazione per i gruppi a rischio

La preoccupazione sociale e pubblica in merito al decesso per droga, l'overdose e le malattie infettive associate a modelli di poliassunzione di sostanze stupefacenti generalmente si concentra su due gruppi che sono distinti rispetto al tipo delle sostanze e delle combinazioni di cui fanno uso, oltre che rispetto agli ambienti dove avviene la loro assunzione.

- I maggiori rischi per la salute scientificamente dimostrati si hanno fra i consumatori problematici di stupefacenti, particolarmente coloro i quali fanno uso di oppiacei e di altre droghe per via parenterale.

⁽⁵³⁾ Si ritiene che una droga sia implicata, o associata, quando dà riscontri positivi alle analisi tossicologiche, oppure quando viene provato che un certa droga è stata consumata prima della morte. Questo non significa inferire che la droga è stata la causa della morte. Può implicare che quella droga ha agito come concausa della morte.

⁽⁵⁴⁾ La tabella 12 OL fornisce un esempio del numero di sostanze stupefacenti che intervengono nei decessi correlati all'assunzione di oppiacei in Irlanda (versione on line).

Questioni specifiche

- A livello di mass media e di grande pubblico, ci si preoccupa anche del rischio di morte e di overdose per chi fa un uso ricreativo di sostanze stupefacenti: soggetti che non sono tossicodipendenti ed il cui consumo di droghe illecite è in gran parte limitato a specifici ambienti sociali oppure ad una certa fase della vita. Questa preoccupazione è esagerata, visto il numero piuttosto basso dei decessi.

Per i consumatori problematici, viene usato un indicatore indiretto, che è dato dal numero e dalle caratteristiche dei pazienti che chiedono la terapia nei centri specializzati europei. Per chi fa un uso ricreativo di sostanze stupefacenti, sono disponibili i risultati di una vasta indagine europea in nove città europee, oltre che una serie di indagini ad hoc tra i frequentatori di circoli privati.

Consumatori problematici di stupefacenti

Dagli anni Settanta in poi si è visto che i consumatori problematici di stupefacenti hanno adeguato gli ingredienti del loro «menù» di sostanze stupefacenti in rapporto alla loro disponibilità sul mercato ed ai diversi stadi della loro vita. Possono sostituire la sostanza che non è disponibile con un'altra, che non necessariamente è dello stesso tipo (Haw, 1993; Strang e a., 1993; Fountain e a., 1999).

La poliassunzione di sostanze stupefacenti tra pazienti in terapia

A livello europeo, i dati desunti dalle terapie forniscono informazioni sulla droga primaria e sulla droga secondaria: la droga primaria è la «droga che provoca al paziente la maggior parte dei problemi»⁽⁵⁵⁾ mentre la droga secondaria è la droga più problematica subito dopo quella primaria. Il sistema informativo europeo, che si basa sul protocollo relativo all'indicatore della domanda di trattamento, il quale registra per ogni persona fino a quattro sostanze, potrebbe dare un'indicazione indiretta della poliassunzione problematica di sostanze stupefacenti⁽⁵⁶⁾, per quanto sia limitato ai tossicodipendenti in terapia.

La maggior parte dei pazienti in terapia fa uso di droghe secondarie combinate con la droga principale (83,2 %) (grafico 23). Molti paesi segnalano un aumento della poliassunzione⁽⁵⁷⁾.

I modelli più diffusi di poliassunzione problematica di sostanze stupefacenti sono: eroina con altri oppiacei, come metadone «dirottato» o benzodiazepine; oppiacei con cocaina, cannabis, stimolanti o alcool; cocaina con alcool o stimolanti⁽⁵⁸⁾.

I modelli d'uso variano considerevolmente da un paese all'altro e tra i sessi. I dati disponibili mostrano che in alcuni paesi prevale un unico modello, mentre altri paesi presentano diverse combinazioni di sostanze stupefacenti. Dai dati a disposizione risulta che i modelli omogenei si trovano in alcuni paesi, per esempio Grecia ed Italia, per quanto riguarda la distribuzione della droga primaria, dove l'eroina viene assunta congiuntamente a ipnotici, sedativi, altri oppiacei o cannabis. Nei Paesi Bassi e in Spagna, dove è abbastanza elevata la percentuale dei pazienti che chiede di entrare in terapia per la cocaina in quanto droga primaria, la cocaina appare anche di frequente come droga secondaria, in combinazione con l'eroina o altri stimolanti.

Grafico 23 A

Percentuale dei clienti in terapia che consumano più di una droga

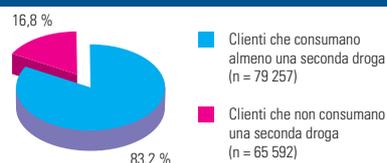
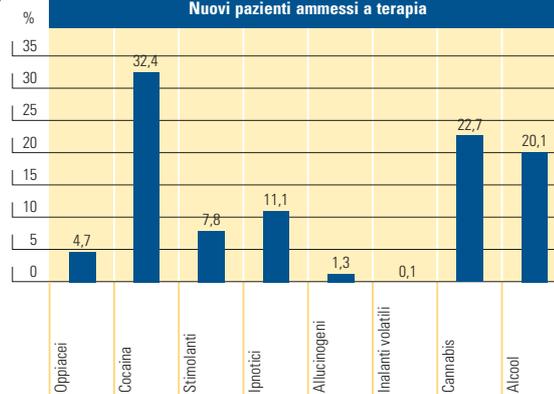


Grafico 23 B

Seconda droga più problematica Nuovi pazienti ammessi a terapia



Fonte: Dati 2000 dell'indicatore della domanda di trattamento presso i centri terapeutici ambulatoriali. Relazioni nazionali Reitox 2001.

⁽⁵⁵⁾ Nel protocollo standard 2.0 dell'indicatore della domanda di trattamento, voce 14, la droga primaria viene definita come «la droga che provoca al paziente la maggior parte dei problemi», mentre la voce 19, altra (= secondaria) droga in aggiunta alla droga primaria, sta ad indicare il consumo di più di una droga (cfr. sito web: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf).

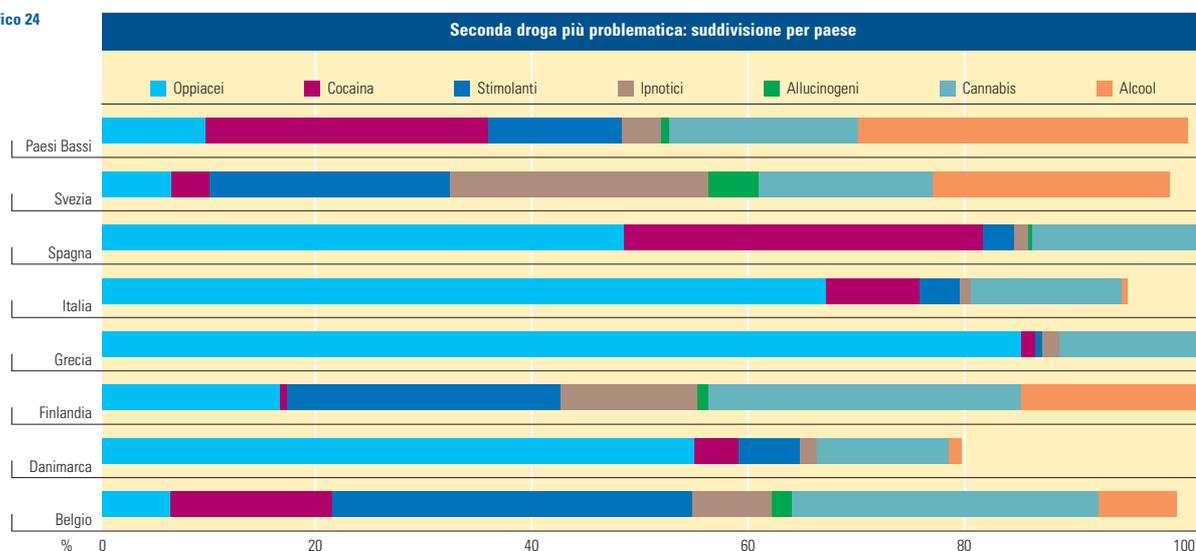
⁽⁵⁶⁾ I paesi dove vi è disponibilità di dati in materia sono: Belgio, Grecia, Finlandia, Italia, Paesi Bassi, Spagna, Svezia.

⁽⁵⁷⁾ Cfr. relazioni nazionali Reitox, sezione sulla domanda di trattamento, capitolo 1, grafico 6: «Tutti i pazienti ammessi a terapia».

⁽⁵⁸⁾ Grafico 16 OL: Modelli comuni di combinazione di stupefacenti: la droga più problematica assunta insieme con la droga secondaria (versione on line).

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

Grafico 24



Fonte: Dati 2000 dell'indicatore della domanda di trattamento presso i centri terapeutici ambulatoriali. Relazioni nazionali Reitox 2001.

Per quanto riguarda la distribuzione tra i sessi, i poliassuntori in terapia sono principalmente uomini, specialmente fra coloro che fanno uso di eroina insieme con oppiacei, cocaina o alcool. Tra coloro che fanno uso di sostanze stimolanti insieme con la cannabis, oppure di stimolanti insieme con altre sostanze (ipnotici/sedativi, sostanze volatili), la percentuale delle donne è più elevata ⁽⁵⁹⁾.

Le persone che associano la cannabis alla loro droga principale sono principalmente d'età compresa tra 15 e 24 anni; i poliassuntori di oppiacei e cocaina sono più anziani (da 20 a 39 anni) e coloro i quali fanno uso di altre droghe insieme con alcool sono i più anziani in assoluto tra i poliassuntori in terapia ⁽⁶⁰⁾.

Dai dati disponibili, si possono identificare i seguenti modelli d'uso tra i pazienti in terapia:

- i pazienti più anziani, principalmente maschi, che fanno uso di oppiacei come droga principale combinata con altri oppiacei o con la cannabis;
- i pazienti più giovani, sia maschi che femmine, che fanno uso di cannabis e stimolanti combinati con alcool o altre sostanze (come gli allucinogeni);
- i maschi sotto i 30 anni, che fanno uso di cocaina combinata con alcool ed altri stimolanti;
- i maschi da 20 a 39 anni, che fanno uso di eroina e cocaina.

Consumatori di stupefacenti ad uso ricreativo

La prevalenza della poliassunzione di sostanze stupefacenti è più elevata tra i giovani che frequentano circoli privati e discoteche che non fra i giovani che frequentano altri ambienti: si tratta, in particolare, dell'uso di alcool, cannabis e sostanze stimolanti (Calafat e a., 1999; ESPAD, 2000). È anche dimostrato, più o meno in tutta Europa e pur con differenze geografiche, che la prevalenza della poliassunzione di sostanze stupefacenti ad uso ricreativo è più elevata tra i maschi e tra chi fa un uso regolare di cannabis, piuttosto che tra le donne e tra chi fa un uso occasionale di cannabis. Un ampio studio europeo sui consumatori di stupefacenti in alcuni ambienti di vita notturna, condotto nel 1998, ha mostrato che circa la metà di tutti i consumatori di stupefacenti che frequentano party techno aveva segnalato l'uso combinato di alcool e cannabis, seguito da alcool ed ecstasy e poi da cannabis ed ecstasy (Calafat e a., 1999). La tabella 1 mostra che l'uso ricreativo di sostanze stupefacenti è fortemente dominato dall'alcool. La maggioranza di coloro che fanno uso di sostanze stupefacenti nel tempo libero non consuma grandi quantità di droghe illecite e di alcool commiste tra di loro; gli studi suggeriscono comunque che la percentuale delle persone che adottano modelli di consumo «pesanti» è in aumento e sta crescendo la preoccupazione circa i rischi per la salute ed il potenziale lesivo a lungo termine derivanti da modelli specifici di uso ricreativo di sostanze stupefacenti (Club Health, 2002; Hunt, 2002; McElrath e McEvoy, 1999; Reitox).

La poliassunzione pesante di sostanze stupefacenti negli ambienti del tempo libero è associata alla ripetuta espo-

⁽⁵⁹⁾ Grafico 17 OL: Seconda droga più problematica — Suddivisione per sesso (% sul totale distinto per tipologia di droga) (versione on line).

⁽⁶⁰⁾ Grafico 18 OL: Seconda droga più problematica — Suddivisione per età (versione on line).

Questioni specifiche

Tabella 1

Combinazioni di droghe utilizzate da consumatori di stupefacenti ad uso ricreativo nella stessa notte	
	%
Alcool e cannabis	50,6
Alcool ed ecstasy	11,9
Alcool, cannabis ed ecstasy	10,4
Cannabis ed ecstasy	8,4
Alcool e cocaina	7,8
Cannabis ed ecstasy, alcool e cocaina	7,8
Cannabis, alcool e cocaina	2

Fonte: Calafat e a. (1999), *Night life in Europe and recreative drug use*, Irefrea e Commissione europea, Valencia.

sizione alla disponibilità di stupefacenti ed all'immagine positiva che il mix di stupefacenti ha tra i pari. Tuttavia, l'uso pesante di sostanze stupefacenti è in genere delimitato a particolari eventi sociali, a periodi di vacanza o nel corso di fasi della vita in cui prevale l'aspetto sociale ed il contatto esterno (Bellis e a., 2000).

Alcuni Stati membri (Francia ed Italia) hanno segnalato un aumento dell'eroina fumata. Negli ultimi anni, è emersa una particolare preoccupazione riguardo alle persone che fumano eroina per abbandonare l'ecstasy, ma la relativa dimostrazione è mista o contraddittoria. Per esempio, alcuni studi condotti in Irlanda in ambienti terapeutici e carcerari segnalano che circa la metà dei consumatori di stupefacenti intervistati aveva fumato eroina per «scendere» dall'ecstasy, mentre le indagini condotte tra i consumatori di stupefacenti ad uso ricreativo e gli studenti di 15-16 anni rivelano che l'eroina continua ad avere un'immagine molto negativa (ESPAD, 2000).

Mercato locale

Poche ricerche sono state condotte sui mercati di sostanze stupefacenti dell'UE; non è pertanto possibile fornire dettagli accurati sulle combinazioni di stupefacenti che sono disponibili sui mercati locali.

In termini di «piazze», i mass media del Regno Unito segnalano regolarmente lo spaccio di ecstasy, anfetamine, cocaina in polvere e cannabis nei circoli privati e nei bar per la popolazione che li frequenta. Tuttavia, una ricerca condotta nei Paesi Bassi ha mostrato che molti giovani frequentatori di circoli privati reperiscono la droga tramite gli amici piuttosto che dagli spacciatori. Alcune delle «piazze» frequentate da chi compra e vende eroina, cocaina crack e farmaci sostitutivi (come le benzodiazepine) sono ben note, ma sono di solito diverse da quelle dei frequentatori dei circoli privati. Sostanze diverse vengono vendute in «piazze» diverse: alcune sono specializzate in farmaci sostitutivi «dirottati», mentre altre trattano essenzialmente eroina e/o

cocaina crack. Nel caso dei farmaci sostitutivi «dirottati», la distribuzione è fatta da un gran numero di persone, ognuna delle quali vende una parte o tutti i farmaci sostitutivi che le sono stati prescritti (Edmunds e a., 1996; Fountain e a., 1999).

Interventi per poliassuntori

Si possono distinguere due gruppi di riferimento ai quali sono destinati gli interventi: i poliassuntori problematici d'età più avanzata ed i giovani consumatori di stupefacenti ad uso ricreativo.

I poliassuntori problematici d'età più avanzata

Tra i poliassuntori problematici d'età più avanzata, la prevenzione dei danni correlati all'uso di sostanze stupefacenti riveste una particolare importanza in considerazione delle possibili conseguenze inattese. I messaggi comprendono la fornitura ai tossicodipendenti di conoscenze adeguate sugli effetti di specifiche sostanze stupefacenti, sulle conseguenze dell'uso di più di una sostanza stupefacente e sulla gestione delle emergenze.

Si è visto che la poliassunzione è più difficile da trattare rispetto all'uso di una singola sostanza stupefacente. Gli Stati membri non segnalano programmi terapeutici specifici per particolari combinazioni di sostanze stupefacenti, ma quasi tutti i servizi sono aperti ai poliassuntori. L'accento è posto più sui comportamenti che non sulle sostanze. Tuttavia, nelle terapie acute e nelle detossificazioni la poliassunzione può essere piuttosto rilevante.

La combinazione di eroina e benzodiazepine ha implicazioni per l'efficacia del trattamento. Se viene affrontato l'uso di oppiacei, trascurando invece l'uso contemporaneo di benzodiazepine, è possibile che l'efficacia di un trattamento sostitutivo, per esempio con metadone, sia ridotta. Nel Regno Unito, le linee guida ufficiali riguardanti le prescrizioni (dipartimento della Sanità e a., 1999) sottolineano il fatto che ai poliassuntori non dovrebbero essere prescritte sostanze stimolanti.

In tutti i paesi eccetto la Svezia, un problema considerevole consiste nel tener sotto controllo le sostanze diverse dagli oppiacei nei trattamenti medicalmente assistiti, per esempio con metadone. In altri paesi, il vantaggio di intrattenere contatti regolari con i tossicodipendenti che seguono programmi sostitutivi è ovviamente considerato più importante dello svantaggio derivante dall'uso concomitante di altre sostanze stupefacenti. In Svezia, tuttavia, i poliassuntori non sono accettati nei trattamenti con metadone, a prescindere dalla gravità del problema legato all'eroina.

Tra i poliassuntori viene spesso diagnosticata una comorbidità psichiatrica. L'Austria, la Danimarca, i Paesi Bassi e

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

la Svezia segnalano un numero elevato e forse in aumento di poliassuntori ricoverati in ospedali psichiatrici.

Sono poche le ricerche riguardanti l'efficacia delle terapie per i poliassuntori. In genere, la personalizzazione del trattamento per ogni caso specifico contribuisce al successo del trattamento stesso. Nel Regno Unito, lo studio NTORS ha rilevato che dopo un anno chi faceva uso di oppiacei ed insieme, al momento iniziale, faceva uso frequente di stimolanti aveva mostrato considerevoli progressi in termini di ridotti livelli di oppiacei e di ricorso a stimolanti (Gossop e a., 1998). In Grecia, si segnala che gli interventi terapeutici sostitutivi contribuiscono alla riduzione della poliassunzione (Kethea e NSPH, 2001).

Lo sviluppo di speciali programmi terapeutici per gruppi specifici, quali i poliassuntori, è considerato un'esigenza nella relazione nazionale tedesca, mentre il Regno Unito suggerisce di divulgare gli esempi di buona prassi. La Finlandia afferma l'esigenza di formazione: alcune attività formative rivolte al personale terapeutico riguardanti l'approccio ai poliassuntori sono già in corso.

I consumatori di stupefacenti ad uso ricreativo

Alcuni paesi (Francia, Italia e Spagna,) hanno varato grandi campagne sui mass media per ammonire contro l'uso di più di una droga negli ambienti ricreativi. In Italia la campagna è stata appoggiata da iniziative locali nel quadro d'importanti manifestazioni per la gioventù. Non sempre le sostanze specifiche vengono citate e le conseguenze del loro uso non sono espresse con chiarezza. In altri paesi (Austria, Belgio, Germania, Paesi Bassi e Regno Unito) questi avvertimenti e consigli per la salute vengono trasmessi mediante operatori del settore, tra pari o all'interno di gruppi di sostegno psicologico.

I progetti riguardanti l'analisi delle pasticche possono informare gli utenti circa il contenuto pericoloso o inatteso delle pasticche, in loco, mediante pubblicazioni e poster, oppure tramite Internet. Per esempio, nell'autunno 2000, il progetto austriaco *ChEck iT!* ha scoperto che molte pasticche vendute come ecstasy contenevano PMA/PMMA ed ha immediatamente diffuso avvertimenti in loco e tramite Internet (Kriener e a., 2001). Nel novembre 2001, il progetto olandese DIMS, per esempio, ha fornito un'allerta rapida relativamente a pasticche contenenti PMA.

Il trattamento rivolto a consumatori di più di una droga in ambienti ricreativi è virtualmente inesistente. Una ragione potrebbe essere data dal fatto che la maggior parte dei servizi per le tossicodipendenze sono attrezzati soltanto per trattare i problemi legati agli oppiacei ed alle forme gravi di dipendenza.

Riflessioni politiche

I rituali ed i controlli sociali che i poliassuntori impiegano per avere gli effetti cercati, pur riducendo simultaneamente il rischio, devono essere studiati per arrivare ad una migliore comprensione delle circostanze sociali ed ambientali che concorrono al rischio tra i diversi gruppi che fanno uso di sostanze stupefacenti (Boys e a., 2000; Decorte, 1999; Akram e Galt, 1999).

La prevenzione, specialmente negli ambienti ricreativi, dovrebbe includere linee guida chiare e consigli sui rischi derivanti dall'uso di più di una droga. Sono necessarie maggiori conoscenze *evidence-based* per accertare quale sia l'assistenza migliore da dare ai poliassuntori e specialmente ai poliassuntori problematici affetti da turbe mentali.

Per una migliore comprensione dei rischi farmaco-tossicologici derivanti da specifiche combinazioni, è prioritario che i medici seguano i pazienti con sospette intossicazioni da sostanze stupefacenti e forniscano informazioni *evidence-based* circa i danni alla salute acuti ed a lungo termine.

Terapie di successo

Nel piano d'azione dell'UE sulle droghe (2000-2004), il terzo obiettivo della strategia è quello di «aumentare, in maniera rilevante, il numero di tossicodipendenti sottoposti con successo a trattamento». Non esistono dati aggregati a livello europeo per misurare direttamente il grado di conseguimento di questo obiettivo. Tuttavia, molte valutazioni sono state effettuate in tutta Europa, indagando se e quale tipo di terapia funzioni. I risultati di terapie che hanno avuto successo sono qui presentati per tipologia di intervento: trattamento di detossificazione, trattamento in situazione di astinenza e trattamento medicalmente assistito. I criteri del successo variano a seconda della tipologia del trattamento e sono correlati inoltre al reinserimento sociale ed alla riabilitazione dopo la terapia.

Treatmento di detossificazione

Il trattamento di detossificazione è generalmente considerato un primo passo per un processo terapeutico completo. Questo intervento mira in primo luogo ad arrivare al punto in cui il paziente è fisicamente in astinenza e non desidera più droghe illecite e, in secondo luogo, al trasferimento/rinvio del paziente al trattamento in situazione d'astinenza. In Svezia e Finlandia questo processo è un pre-requisito per iniziare il trattamento con metadone.

Valutazioni del trattamento di detossificazione sono state effettuate in tutti gli Stati membri ed in Norvegia; cionò-

Questioni specifiche

nostante, è nell'insieme il tipo di trattamento oggetto di un minor numero di valutazioni. Complessivamente, il trattamento di detossificazione con farmaci quali il naltrexone, la clonidina, la lofexidina e la buprenorfina si sono dimostrati efficaci nel diminuire i segni ed i sintomi della detossificazione, per quanto gli effetti sui diversi tipi di sintomi da detossificazione varino da un farmaco all'altro (Greenstein e a., 1997). Il metadone viene ampiamente utilizzato per trattare i sintomi della detossificazione, per quanto i risultati della ricerca suggeriscano che la forza del metadone si esplica nella terapia di mantenimento.

Il trattamento di detossificazione senza uso di farmaci, noto anche come *cold turkey* (tacchino freddo), esiste, per quanto la sua diffusione non sia realmente nota. Non ci sono neppure notizie sugli effetti e sui risultati di terapie di detossificazione non medicalmente assistite, rispetto a quelle medicalmente assistite. Il concetto emerso di recente di «detossificazione rapida» con naltrexone sotto anestesia dovrebbe essere oggetto di indagini più approfondite.

Un intervento effettuato in Portogallo, con la somministrazione congiunta di naltrexone e psicoterapia, ha rivelato che dopo tre mesi c'erano stati sensibili miglioramenti nelle variabili socio-demografiche e psicologiche, così come nel comportamento a rischio (Costa, 2000). Un esperimento effettuato in Germania ha detossificato con naltrexone, in regime di sedazione profonda o anestesia, alcuni soggetti che facevano uso di metadone. La soddisfazione dei pazienti è stata buona, ma il 50 % ha segnalato un grave disagio nel primo mese successivo all'intervento. Sei mesi dopo le dimissioni, un terzo dei pazienti non aveva consumato droghe pesanti (Tretter e a., 2001).

Per quanto alcuni interventi di detossificazione siano stati oggetto di valutazione, è necessaria una conoscenza più approfondita circa i pro ed i contro delle diverse modalità e su quale tipo di trattamento di detossificazione debba essere utilizzato per quale tipo di paziente.

Trattamento in situazione di astinenza

Il trattamento in situazione di astinenza applica tecniche psicosociali affinché, in un primo tempo, il paziente abbandoni l'uso di droghe e poi, nel lungo periodo, non le desideri più. Il criterio primario di successo per il trattamento in situazione di astinenza è il completamento del trattamento senza far uso di sostanze stupefacenti, come da programma, anche se altri criteri, quali miglioramenti nel benessere psicologico, sociale ed economico sono anch'essi essenziali. Importanti effetti di *spin-off* (distacco) sono una riduzione dei comportamenti delit-

tuosi ed a rischio, nonché il miglioramento della salute e del benessere generale del paziente.

Le valutazioni degli interventi in situazioni di astinenza che sono state effettuate hanno mostrato che, in misura maggiore o minore, questo tipo di trattamento riesce a conseguire gli obiettivi precitati (Gossop e a., 2001). I risultati della valutazione variano notevolmente, ma in genere dal 30 % al 50 % dei pazienti che iniziano un trattamento in situazione di astinenza lo completano con successo. Uno studio danese è giunto alla conclusione che, a seconda del tipo di trattamento in situazione di astinenza, l'indice di completamento con successo può variare dal 17 % al 58 % dei pazienti che sono entrati in terapia (Pedersen, 2000).

Un altro principio ampiamente riconosciuto è che la durata del trattamento è strettamente commisurata al risultato del trattamento stesso: in altre parole, quanto maggiore è la durata del trattamento in situazione di astinenza, tanto migliore è il risultato. Questo principio è suffragato dallo studio tedesco, il quale suggerisce che gli indici di conservazione/durata del trattamento in situazione di astinenza sono correlati ai risultati (Sonnag, D., Künzel, J., 2000). Alcune ricerche hanno cercato di identificare la soglia a partire dalla quale è probabile che i risultati possano migliorare. Uno studio ha riscontrato che i pazienti che rimangono in trattamento in situazione di astinenza in regime residenziale per 90 giorni conseguono risultati migliori, un anno dopo le dimissioni, in termini di astinenza da oppiacei e sostanze stimolanti, oltre che di riduzione dell'assunzione di stupefacenti per via parenterale, rispetto a coloro i quali sono usciti prima di 90 giorni (Gossop e a., 1998). Questo è confermato da uno studio greco, il quale ha riscontrato che i pazienti che hanno lasciato il trattamento entro i primi tre mesi hanno diminuito, dopo le dimissioni, il consumo di eroina soltanto dell'11 %, rispetto al 76 % di coloro i quali erano rimasti almeno un anno (Kethea, 2001).

Per quanto riguarda la questione dell'efficacia nel lungo periodo, uno studio austriaco è giunto alla conclusione che un programma terapeutico incentrato su interventi di carattere sociale e psicoterapico aumenta sensibilmente la competenza sociale e la soddisfazione soggettiva dei pazienti, il che dà luogo ad una certa stabilità a lungo termine dei pazienti stessi (Wirth, 2001).

La ricerca nazionale sui risultati dei trattamenti (NTORS) è stata avviata nel 1994 su richiesta del ministero britannico della Sanità, per valutare l'efficacia dei servizi di trattamento per l'abuso di droghe nel Regno Unito. Nel 1995 NTORS ha individuato 1 075 pazienti per il pro-

getto e li ha seguiti per i cinque anni successivi. È stato selezionato un campione stratificato casuale di 650 pazienti, i quali sono stati seguiti in quattro diverse modalità di trattamento: ospedaliero, riabilitazione residenziale, riduzione con metadone o mantenimento con metadone. Il principale risultato dello studio è che gli individui trattati migliorano effettivamente alcuni parametri, come la quantità assunta di sostanze stupefacenti, la frequenza dei «buchi», la condivisione degli aghi e la salute psicologica. La coorte complessiva aggregata ha mostrato statisticamente miglioramenti significativi nella quantità di eroina assunta: circa il 75 % faceva un uso regolare di eroina prima di iniziare rispetto al 40 % circa 4-5 anni dopo. L'uso regolare di metadone non su prescrizione era sceso dal 30 % circa prima di iniziare a meno del 10 % e la condivisione degli aghi era scesa dal 20 % circa prima di iniziare al 5 % circa. La salute psicologica ha mostrato anch'essa, statisticamente, significativi miglioramenti tra la situazione prima di iniziare e la situazione 4-5 anni dopo.

Il trattamento in situazione di astinenza è stato oggetto di valutazione in tutta Europa, con l'applicazione di metodologie diverse; sono state inoltre acquisite considerevoli conoscenze, specialmente nel corso dell'ultimo decennio. Tuttavia, permangono aree in cui sono necessarie ulteriori ricerche per rispondere ai fenomeni che sono emersi di recente. Un esempio riguarda l'efficacia del trattamento in situazione di astinenza per chi fa uso in maniera predominante di cocaina e per chi fa uso di anfetamine, nonché per altri gruppi specifici della popolazione. Inoltre, ci sono pochi studi su larga scala sul numero di soggetti che, dopo aver completato con successo la terapia, rimangono in situazione di astinenza in una prospettiva più a lungo termine.

Trattamento medicalmente assistito

Il trattamento medicalmente assistito (che comprende il trattamento sostitutivo) fa uso, nella terapia dei pazienti, di farmaci agonisti o antagonisti. I farmaci agonisti (ad esempio il metadone) attivano i recettori di oppiacei nel cervello e gli antagonisti (ad esempio il naltrexone) limitano o eliminano gli effetti di altre droghe illecite assunte. Lo scopo del trattamento medicalmente assistito può essere l'astinenza, ma anche quello di mantenere il paziente in trattamento medico a lungo termine. Qualunque sia l'obiettivo finale, l'astinenza oppure la riduzione degli effetti nocivi della tossicodipendenza, gli obiettivi intermedi comuni comprendono: riduzione del consumo di droghe illecite e del rischio di malattie infettive; miglioramento della situazione mentale e fisica del paziente; riduzione dei reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza.

Il mantenimento con metadone è il tipo maggiormente diffuso di trattamento medicalmente assistito. Come implica il termine «mantenimento», l'obiettivo di questo tipo di intervento terapeutico non è l'astinenza, bensì far proseguire al paziente una terapia di mantenimento, riducendo con ciò la sua attività delittuosa, i comportamenti a rischio (e conseguentemente il rischio di contrarre malattie infettive), nonché migliorando la salute ed il comportamento sociale.

Il trattamento medicalmente assistito è stato ampiamente oggetto di valutazione in tutta Europa ed in genere ha dimostrato la sua efficacia nel conseguire alcuni obiettivi, quali la riduzione del consumo di droghe illecite, dei comportamenti a rischio e della criminalità. In particolare, sono stati oggetto di valutazione gli interventi terapeutici medicalmente assistiti con metadone, che sono stati trovati efficaci in rapporto a questi obiettivi (Lowinson e a., 1997; OEDT, 2000), per quanto anche la buprenorfina abbia dimostrato la propria efficacia. Un esame strutturato della letteratura riguardante i test con buprenorfina ha riscontrato che la sua forza principale risiede nel fatto di abbassare il rischio di overdose ed il livello di consumo parallelo di droghe illecite (Berglund e a., 2001). Sia per il metadone che per la buprenorfina, si è dimostrato che è imperativo usare dosaggi sufficienti per assicurare risultati positivi.

Nonostante questi apparenti «successi», alcuni paesi ritengono che né il metadone né la buprenorfina abbiano sufficientemente migliorato il benessere generale dei tossicodipendenti da strada in situazione di particolare marginalità, per cui hanno cercato altre alternative.

Nel febbraio 2002 sono stati pubblicati i risultati di un test controllato randomizzato con la prescrizione contemporanea di eroina ai pazienti trattati con metadone. Il target di riferimento dell'intervento era formato da consumatori di eroina d'età più avanzata, in situazione di grave tossicodipendenza, che non avevano tratto sufficiente beneficio dal trattamento di mantenimento con metadone. Allo scopo di definire questo target di riferimento, è stato individuato un insieme di criteri di inclusione ed esclusione ed i soggetti sono stati selezionati dal sistema locale di registrazione dei pazienti in trattamento metadonico. Sono stati selezionati in totale 625 pazienti provenienti da sei unità terapeutiche ubicate nei Paesi Bassi, i quali sono stati suddivisi in maniera casuale tra un gruppo sperimentale ed un gruppo di controllo. In primo luogo, i pazienti sono stati suddivisi in rapporto alla modalità di somministrazione, per via inalatoria o iniettiva, e poi sono stati suddivisi in rapporto all'intervento: quelli che avrebbero ricevuto soltanto metadone e quelli che avrebbero ricevuto una combinazio-

Questioni specifiche

ne di metadone ed eroina. Il principale risultato dello studio è che per i consumatori di eroina d'età più avanzata, in situazione di grave tossicodipendenza, la somministrazione di metadone più eroina è stata più efficace del trattamento con il metadone soltanto, a prescindere dalla modalità di somministrazione. Lo studio ha dimostrato inoltre che, al termine del test, il 30 % dei pazienti del gruppo sperimentale non rispondeva più ai criteri dell'inclusione (la loro condizione generale era migliorata considerevolmente), mentre nel gruppo di controllo tale percentuale era dell'11 % (van den Brink e a., 2002).

In Germania, un test che prevede la prescrizione di eroina ad uso medico per i dipendenti da oppiacei è stato elaborato e messo a punto nell'arco degli ultimi due anni. Il test, che è cominciato nella primavera 2002, durerà per tre anni, con la partecipazione di sette città tedesche. La principale domanda cui deve essere data una risposta è se ed a quali condizioni la prescrizione di eroina ad un gruppo di soggetti dipendenti da oppiacei in situazione di grave marginalità possa contribuire a migliorare la loro situazione in termini sanitari, sociali e giuridici. I pazienti che partecipano al test verranno suddivisi casualmente in un gruppo sperimentale ed in un gruppo di controllo. Questi gruppi saranno poi suddivisi in due gruppi che riceveranno tipi diversi di intervento psicosociale: un gruppo «gestione del caso» e l'altro «psicoeducazione». Lo studio dovrebbe servire ad approfondire la conoscenza dell'intervento psicosociale e della sua efficacia nel trattamento della dipendenza da oppioidi (<http://www.heroinstudie.de/>).

In Danimarca è stato varato per il 2000-2002 un progetto alternativo riguardante l'eroina mirato ad avviare progetti pilota speciali destinati ai tossicodipendenti in terapia metadonica, con il ricorso a massicce attività di carattere psicosociale. La valutazione, quantitativa e qualitativa, studierà la misura in cui possono essere conseguiti risultati, sotto forma di un migliore funzionamento sociale, mentale, della salute, di una riduzione del consumo di stupefacenti, di una riduzione delle malattie infettive e della criminalità, nonché di un'estensione della rete di relazione.

Conclusioni e prospettive future

Il successo dipende dalle finalità di un determinato intervento terapeutico e conseguentemente deve essere valutato in rapporto agli obiettivi predeterminati. C'è già una notevole mole di ricerche che, se si vanno a confrontare gli obiettivi con i risultati, ha consentito di acquisire

conoscenze sull'efficacia/successo di vari tipi di trattamento.

Per esempio, un risultato importante è che i tassi di conservazione (in terapia) sono cruciali per il risultato o «successo» del trattamento, ma occorre raccogliere informazioni su come conservare i pazienti in terapia oppure, in altre parole, sugli elementi terapeutici che sono cruciali per aumentare l'indice di conservazione. L'identificazione del «principio attivo» di ogni tipo di trattamento è un compito difficile, ma è essenziale per migliorare il rendimento dei servizi terapeutici, migliorando con ciò i risultati.

Tuttavia, avere le conoscenze teoriche è una cosa e metterle in pratica è un'altra. Un esempio di questo è l'importanza degli interventi psicosociali di accompagnamento nel quadro del trattamento medicalmente assistito, i quali, secondo molte ricerche, contribuiscono al successo del trattamento stesso ma, ciononostante, continuano a non essere adeguatamente messi in pratica.

Negli ultimi anni, è stata data molta enfasi sull'allargamento dei servizi terapeutici e questo, in grande misura, è stato fatto. Il problema oggi è quello di ampliare il ventaglio dei servizi terapeutici e di mettere a punto gli interventi stessi, aumentandone con ciò il «successo».

Consumo di stupefacenti nelle carceri

La presenza e l'uso di sostanze stupefacenti hanno radicalmente cambiato la realtà carceraria nell'arco degli ultimi due decenni ed oggi tutti i paesi europei si trovano di fronte, nelle carceri, a grossi problemi dovuti alle sostanze stupefacenti ed alle malattie infettive ad esse correlate.

La domanda di stupefacenti nelle carceri ⁽⁶¹⁾

Le informazioni nazionali di routine sull'uso, sui modelli e sulle conseguenze delle sostanze stupefacenti tra i detenuti sono rare. La maggior parte dei dati che sono disponibili nell'UE proviene da studi ad hoc svolti a livello locale tra un piccolo campione di detenuti. Questo rende l'estrapolazione molto difficile.

La prevalenza dei consumatori di stupefacenti nelle carceri

La popolazione carceraria può essere considerata un gruppo ad alto rischio in termini di uso di sostanze stupefacenti. In effetti, rispetto alla comunità, in carcere i

(61) Cfr. anche la tabella: Percentuale dei tossicodipendenti nella popolazione carceraria dell'UE (versione on line).

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

consumatori di stupefacenti sono sovrarappresentati. La percentuale della popolazione carceraria dell'UE che ha segnalato di aver fatto uso di droghe illecite varia, a seconda dei penitenziari e dei paesi, dal 29 % all'86 % (oltre il 50 % nella maggior parte degli studi) (grafico 25). Come avviene nella comunità, la cannabis è la sostanza d'uso più frequente, ma molti studi mostrano anche livelli elevati di esperienza di eroina (in alcuni casi, intorno al 50 % della popolazione carceraria).

Secondo studi diversi, i detenuti che segnalano un uso più regolare e/o nocivo, come l'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa, l'uso regolare o la dipendenza, rappresentano dal 9 % al 69 % della popolazione carceraria.

Livello del consumo di stupefacenti dentro il carcere

La detenzione non implica la cessazione del consumo di stupefacenti. La maggior parte dei consumatori di stupefacenti tende ad interrompere o a ridurre l'uso di sostanze stupefacenti dopo la carcerazione a causa della bassa disponibilità di droghe illecite. Tuttavia, alcuni soggetti continuano a far uso di stupefacenti, talvolta in misura ancora maggiore, mentre altri cominciano proprio dopo la carcerazione.

Il consumo di stupefacenti dentro il carcere risulta andare dal 16 % al 54 % della popolazione carceraria, mentre il consumo regolare di stupefacenti varia dal 5 % al 36 %. Tra lo 0,3 % ed il 34 % della popolazione carceraria ha assunto stupefacenti per via parenterale durante la detenzione.

In carcere avviene anche l'iniziazione al consumo di stupefacenti ed al «buco». Secondo numerosi studi con-

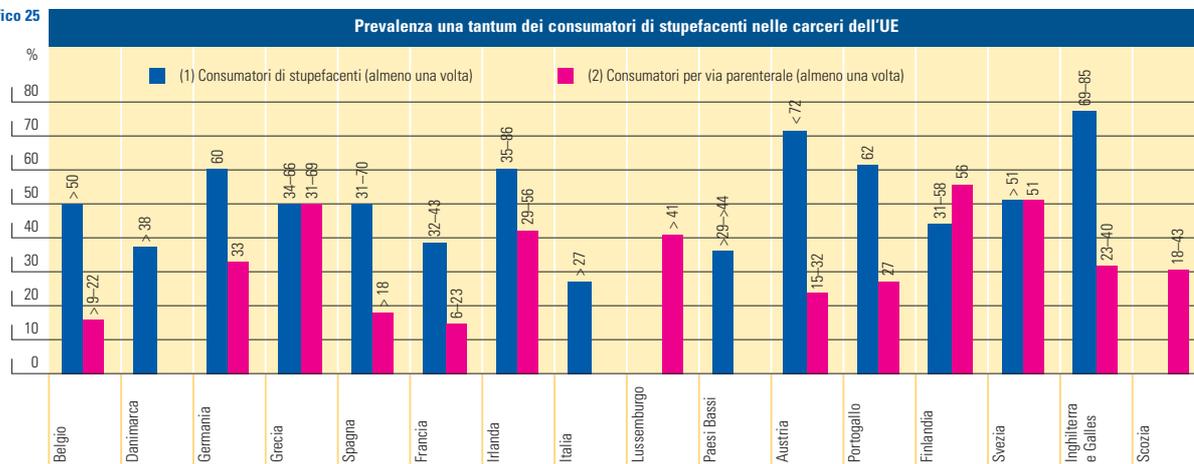
dotti in Austria, Belgio, Francia, Germania, Irlanda, Italia, Portogallo, Spagna e Svezia tra il 3 % ed il 26 % dei consumatori di stupefacenti dentro il carcere segnala di aver fatto uso di sostanze stupefacenti per la prima volta in carcere, mentre tra lo 0,4 % ed il 21 % dei detenuti tossicodipendenti per via parenterale ha iniziato a farlo nel carcere stesso (RN, 2001; WIAD-ORS, 1998).

Le donne tossicodipendenti nelle carceri

Benché il numero delle donne in prigione sia inferiore a quello degli uomini, il consumo di stupefacenti sembra essere particolarmente acuto tra la popolazione carceraria femminile. Dove ci sono dati disponibili, essi indicano una percentuale più elevata di tossicodipendenti tra le donne detenute, considerando la prevalenza negli ultimi 6 mesi del consumo di stupefacenti in Danimarca, la prevalenza nell'ultimo anno ed una tantum del consumo di eroina in Irlanda, nonché la percentuale dei detenuti che hanno problemi di droga o gravi problemi di droga in Svezia.

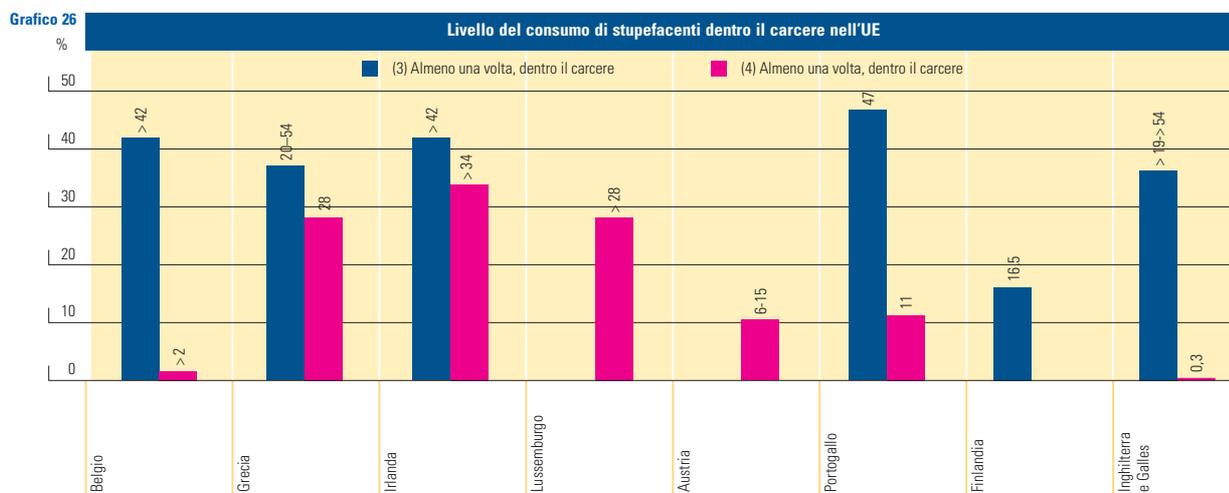
Per quanto riguarda il comportamento a rischio dentro il carcere, gli studi effettuati in Germania (RN, 2001) e Francia (WIAD-ORS, 2001) mostrano una percentuale più elevata di detenute che si spartiscono la droga, condividono l'occorrente per iniettarsela e si prostituiscono tra le tossicodipendenti piuttosto che tra i tossicodipendenti. Altri studi effettuati in Austria (RN, 2001), in Inghilterra e Galles (WIAD-ORS, 2001) segnalano invece una maggiore condivisione dell'occorrente per l'iniezione all'interno della popolazione carceraria maschile.

Grafico 25



NB: I valori del grafico sono stati tratti da dati forniti da indagini o studi effettuati negli Stati membri. La versione on line della relazione fornisce dettagli sulle fonti originali dei dati. (1) (2): cfr. versione on line per spiegazioni.
 Fonti: Punti focali nazionali Reitox; cfr. anche la tabella on line: Percentuale dei tossicodipendenti nella popolazione carceraria dell'UE.

Questioni specifiche



NB: I valori del grafico sono stati tratti da dati forniti da indagini o studi effettuati negli Stati membri. La versione on line della relazione fornisce dettagli sulle fonti originali dei dati. (3) (4): cfr. versione on line per spiegazioni.

Fonti: Punti focali nazionali Reitox; cfr. anche la tabella on line: Percentuale dei tossicodipendenti nella popolazione carceraria dell'UE.

Conseguenze sanitarie e giuridiche

Comportamenti a rischio

Studi condotti in Austria, Belgio, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo e Regno Unito (RN, 2001) mostrano che un'elevata percentuale dei detenuti tossicodipendenti per via parenterale condivide l'occorrenza per l'iniezione. Dentro il carcere, l'uso di stupefacenti per via endovenosa è spesso associato alla condivisione del relativo occorrente e, in alcuni casi, fino al 100 % dei consumatori per via parenterale segnalano comportamenti di questo tipo. Uno studio condotto in Lussemburgo (RN, 2001) segnala che nel 70 % dei casi le siringhe vengono lavate soltanto con acqua e nel 22 % dei casi non vengono pulite per nulla. I dati disponibili mostrano che la condivisione dell'occorrenza per le iniezioni dentro il carcere è più frequente che nella comunità.

Uno studio policentrico realizzato in alcuni penitenziari di Belgio, Francia, Germania, Italia, Portogallo, Spagna e Svezia nel 1996-1997 (WIAD-ORS, 2001) segnala un maggior numero di tatuaggi e piercing fatti durante la detenzione tra i consumatori per via parenterale, rispetto a quelli che non fanno uso di stupefacenti per via parenterale. In Belgio, Germania, Portogallo e Svezia i consumatori per via parenterale segnalano inoltre un livello più elevato di rapporti sessuali non protetti tra di loro; il dato è inferiore in altri paesi.

Malattie infettive

I dati riguardanti l'HIV ed il virus dell'epatite C tra i detenuti tossicodipendenti per via parenterale sono disponibili per Belgio, Francia, Germania, Irlanda, Lussemburgo

e Spagna (soltanto per il virus dell'epatite C) (RN, 2001). Provergono da studi locali realizzati in pochi penitenziari e pertanto non sono rappresentativi del dato nazionale. Nelle carceri in cui è stata condotta l'indagine, la prevalenza dell'HIV tra i consumatori per via parenterale varia tra lo 0 % ed il 13 %. La positività al virus dell'epatite C è molto superiore tra i consumatori per via parenterale, tra il 14 % ed il 100 %, a seconda dell'istituto carcerario e del paese. Come nella comunità, la prevalenza dell'HIV e del virus dell'epatite C è superiore tra i consumatori per via parenterale.

Sanzioni per l'uso/possesso di sostanze stupefacenti

I detenuti che vengono trovati in possesso di droghe illecite sono di solito oggetto di sanzione e vengono puniti ai sensi del regolamento carcerario. L'incidente può essere riportato nella scheda personale del detenuto. Le sanzioni applicate più diffuse comprendono la restrizione dei diritti (visite di amici o familiari, telefonate), la privazione dei permessi d'uscita, l'espulsione dai settori specializzati nei trattamenti e/o la punizione in cella d'isolamento.

Il possesso può avere conseguenze sull'esecuzione della sentenza di condanna. Per esempio, in Danimarca c'è il rischio, dopo aver scontato due terzi della pena, che non venga concessa la scarcerazione preventiva e condizionale sulla parola. Nel Regno Unito, quando si riscontra la positività di un test delle urine, la pena può essere allungata di qualche giorno o più.

I detenuti trovati in possesso di sostanze stupefacenti possono anche essere deferiti all'autorità giudiziaria e sottoposti a procedimento al di fuori dell'ambiente carcerario.

Disponibilità ed offerta di sostanze stupefacenti dentro il carcere

Disponibilità di sostanze stupefacenti

L'accesso a droghe illecite è molto più difficile dentro il carcere che non nella comunità. Tuttavia, si segnala che le droghe illecite sono facilmente reperibili nelle carceri per chi voglia farne uso: in gran parte cannabis, eroina e farmaci (benzodiazepine), ma pagando si può ottenere qualsiasi cosa.

I detenuti segnalano notevoli variazioni nella qualità, nella continuità e nel prezzo delle droghe illecite dentro il carcere. I prezzi delle sostanze stupefacenti sono stimati essere da due a quattro volte superiori rispetto all'ambiente esterno, il che rende le sostanze stupefacenti da 10 a 20 volte più costose in termini di potere di spesa. Forme di pagamento diverse dal denaro sono abbondantemente usate: scambio di servizi (prostituzione, pulizia della cella) oppure beni (carte telefoniche, tabacco), e/o partecipazione alla distribuzione di droga.

Contrabbando e spaccio

Ci sono molteplici modi per far entrare la droga in carcere. Tutti i contatti con il mondo esterno sono occasioni per contrabbandare sostanze stupefacenti dentro il carcere: durante le visite (sugli abiti dei visitatori o nelle cavità del loro corpo, dentro il cibo), durante i trasferimenti o il trasporto in tribunale per le fasi dibattimentali, dopo un permesso di uscita, mediante la posta (pacchetti). Le sostanze stupefacenti possono essere lanciate oltre il muro di cinta all'interno di palline. Sono anche contrabbandate dal personale carcerario.

La distribuzione e lo spaccio di stupefacenti variano da un carcere all'altro e da un paese all'altro. Il Belgio segnala (RN 2001) che lo spaccio avviene sia a livello individuale sia mediante reti piramidali nelle quali (come avviene nella comunità) gli spacciatori di alto livello organizzano il commercio di droga ma non ne fanno uso essi stessi. La Germania cita (RN 2001) casi di spaccio su piccola scala, che vedono coinvolti molti detenuti attraverso numerosi canali, senza però un'organizzazione centrale. Uno studio recentemente condotto in Irlanda nel carcere di Mountjoy (RN 2001) mostra un sistema basato su accordi personali: chi ha accesso alla droga nella comunità, la fa entrare in carcere e la distribuisce alla propria rete personale. Il commercio di sostanze stupefacenti dentro il carcere è segnalato essere molto più stressante che non nella comunità, in quanto porta ad intimidazione, pressione psicologica e criminalità.

Per impedire il contrabbando di sostanze stupefacenti, sono adottate numerose misure, di routine o quando ci

sono sospetti. Queste misure comprendono la perquisizione delle celle, la perquisizione personale dopo i permessi di uscita, l'interdizione a ricevere pacchetti, il monitoraggio delle visite e la predisposizione di una rete a copertura dei cortili frequentati dai detenuti. Il Regno Unito ha recentemente introdotto misure per ridurre l'offerta, aumentando per esempio l'uso dei cani per individuare e scoprire gli spacciatori ed impedendo l'accesso ai visitatori che sono stati trovati a contrabbandare in carcere sostanze stupefacenti.

I sequestri di droghe illecite dentro il carcere o all'ingresso sono segnalati da molti paesi: di solito si tratta di piccole quantità. Durante le ispezioni sono stati trovati anche l'occorrente per le iniezioni, chillum (pipe corte, generalmente di creta, usate per fumare cannabis) ed altre attrezzature.

La politica per la riduzione della domanda nelle carceri

Le misure correnti in materia di riduzione della domanda all'interno delle carceri consistono prevalentemente nello scoraggiare il consumo di stupefacenti mediante maggiori controlli, come perquisizioni della cella e test casuali antidroga, insieme con sanzioni o perdite di privilegi. In Svezia, per esempio, i detenuti sono sottoposti in media a due o tre test delle urine al mese.

Dovendo affrontare un numero crescente di consumatori di stupefacenti, i sistemi carcerari hanno creato unità specializzate per l'assistenza ai tossicodipendenti (per esempio nei Paesi Bassi), hanno servizi centralizzati per le tossicodipendenze in alcune carceri specifiche (Austria e Irlanda), oppure hanno «importato» l'esperienza maturata da strutture esterne per l'assistenza ai tossicodipendenti.

Dal 1995, è stata rilevata un'espansione dei servizi per i tossicodipendenti nelle carceri (Ambrosini, 2001) e sono state introdotte misure per prevenire la trasmissione delle malattie infettive. Rispetto alla comunità, però, il ritardo è considerevole. L'attuale offerta di servizi di assistenza ai tossicodipendenti non è all'altezza delle esigenze potenziali dei tossicodipendenti, i quali sono stimati rappresentare oltre il 50 % della popolazione carceraria.

Poiché molti tossicodipendenti ritornano in carcere varie volte con gli stessi problemi, se non di più, legati al consumo di stupefacenti ed a malattie infettive, le amministrazioni carcerarie hanno dovuto riconoscere l'esigenza di affrontare all'interno dell'ambiente carcerario la tossicodipendenza, l'uso di sostanze stupefacenti, i rischi correlati e le conseguenze per la salute in maniera più sistematica. Un recente sviluppo intervenuto in molti

Questioni specifiche

paesi dell'UE, che riflette questo fatto, è l'adozione di vere e proprie «strategie carcerarie in materia di stupefacenti», l'elaborazione di direttive sull'assistenza e sul trattamento dei tossicodipendenti, oppure lo sviluppo di standard di qualità per servizi specifici ⁽⁶²⁾. Le strategie carcerarie in materia di stupefacenti coprono di solito una serie di misure per fornire un trattamento ai detenuti, scoraggiare il consumo di stupefacenti e ridurre l'offerta di sostanze stupefacenti.

Assistenza ai tossicodipendenti

I servizi di assistenza sanitaria nelle carceri sono tradizionalmente forniti dal personale sanitario del carcere, sotto l'autorità del ministero della Giustizia, ma i sistemi carcerari in tutta l'UE ed in Norvegia si appoggiano in grande misura su risorse ed esperienze esterne per l'assistenza ai tossicodipendenti. Cercando di arrivare ad una «equivalenza di cura» tra la comunità ed il carcere (Consiglio d'Europa, 1993; OMS, 1993), la Francia (nel 1994) e l'Italia (nel 2000) hanno trasferito al ministero della Sanità la responsabilità per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, coinvolgendo pertanto per legge le strutture di assistenza sanitaria locali e regionali. Accordi concreti di cooperazione tra il sistema giudiziario ed i servizi sanitari pubblici o non governativi sono stati introdotti anche in Irlanda (1999), Portogallo (1999) e Spagna (2000), per aumentare la qualità e la copertura dell'assistenza ai tossicodipendenti in carcere.

Specialisti esterni in materia di tossicodipendenza rivestono un ruolo importante nel sostegno ai tossicodipendenti, nella maggior parte, se non in tutti i sistemi carcerari europei. Tuttavia, l'indice di copertura delle carceri ed il livello dei servizi variano considerevolmente da un paese all'altro e all'interno dello stesso paese. Notevoli eccezioni in termini di copertura sono: la Scozia, dove vi sono consulenti in materia di droga in ogni carcere, la Spagna, dove i servizi di assistenza per i tossicodipendenti sono disponibili in 71 carceri su 73; la Svezia, dove nel 2000 un terzo del numero stimato di detenuti con problemi di droga era coperto da programmi di motivazione al trattamento; e l'Inghilterra ed il Galles, dove dal 1999 tutte le carceri dispongono di équipe specializzate esterne (CARAT — Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare Services) miranti a coprire le esigenze dei detenuti tossicodipendenti, dall'inizio fino all'assistenza a posteriori, per quanto l'impossibilità di far ricorso a misure alternative alla detenzione sembri essere un intoppo (Spacca, 2002). In Scozia, attualmente i carcerati possono usufruire di cure transitorie durante le prime 12 settimane dalla scarcerazione, per facilitare il reinserimento in società.

I servizi forniti dalle strutture esterne sono informazioni ed educazione di carattere generale in merito alla prevenzione, programmi di motivazione al trattamento e di preparazione alla scarcerazione, fra cui il rinvio al trattamento in comunità terapeutica ed alla successiva assistenza. In Belgio e Grecia, le organizzazioni non governative (ONG) sono finora le principali fornitrici dei pochi servizi offerti ai detenuti tossicodipendenti. In Germania, la storia dell'attività dentro il carcere di strutture esterne e di servizi specializzati interni per le tossicodipendenze risale alla metà degli anni Ottanta; nel 2000, più di 350 consulenti in materia hanno fornito i loro servizi alle carceri tedesche; tuttavia, la copertura di questo servizio varia tra un Land e l'altro. Nel 2000, il coinvolgimento di professionisti esterni è continuato ad essere una tendenza importante in Francia; in Italia, i servizi pubblici per le tossicodipendenze hanno rilevato un notevole incremento del numero di pazienti, in considerazione delle loro nuove responsabilità riguardanti i detenuti. La strategia nazionale spagnola sulle droghe (2000-2008) ha definito come prioritaria la partecipazione di specialisti esterni per l'assistenza ai tossicodipendenti nelle carceri; piani pluriennali di cooperazione tra le carceri e le ONG hanno fatto sì che più della metà del personale che opera nei servizi di assistenza ai tossicodipendenti (GAD) nelle carceri spagnole sia costituito da esperti esterni provenienti da ONG.

Servizi forniti

Materiale informativo scritto sulle droghe e sulle malattie infettive ad esse correlate sembra disponibile nella maggior parte delle carceri dell'UE ed in Norvegia; tuttavia, le opportunità sistematiche e ripetute di affrontare con un colloquio individuale le questioni legate alla prevenzione sono rare e spesso dipendono da strutture esterne o da singoli membri del personale carcerario.

La detossificazione viene in genere offerta mediante servizi carcerari di carattere medico, oppure nell'ambito di infermerie specializzate nella detossificazione, ma spesso mancano linee guida relativamente alla qualità. Un programma grazie al quale 1 200 – 1 500 detenuti all'anno hanno ricevuto servizi di detossificazione è stato descritto come fornito «in maniera essenzialmente non strutturata e senza vigilanza, senza follow-up o pianificazione a medio-lungo termine» (dipartimento di Giustizia, eguaglianza e riforma della legge, 1999). Comunque, cominciano ad essere introdotti standard di qualità: per esempio l'ordinanza per i servizi carcerari del dicembre 2000 prevede che tutte le carceri dell'Inghilterra e del Galles offrano servizi qualificati di detossificazione.

⁽⁶²⁾ Tabella 13 OL: Strategie recenti in materia di stupefacenti nelle carceri, direttive ministeriali e standard di servizio nell'UE ed in Norvegia (versione on line).

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

In alcuni paesi, le agenzie esterne sono anch'esse direttamente coinvolte nell'offerta di trattamenti a lungo termine delle tossicodipendenze. Esempi sono i piccoli programmi intramurali per i tossicodipendenti in Danimarca ed in Norvegia, che sono gestiti da strutture esterne specializzate («modello importazione»), e le terapie sostitutive nelle carceri spagnole, francesi ed italiane. L'alta copertura raggiunta in Spagna è dovuta al massiccio coinvolgimento di servizi esterni per le tossicodipendenze.

Nove paesi dell'UE hanno programmi terapeutici strutturati orientati all'astinenza dentro le carceri e la Norvegia fornisce un programma di motivazione al trattamento. Il numero complessivo dei posti disponibili, rispetto al numero stimato di detenuti che hanno problemi legati alla droga, è molto basso. Tuttavia, nel 2000 in Spagna 8 984 detenuti hanno partecipato a 18 programmi di trattamento in situazione di astinenza; in Inghilterra e Galles nel 2000-2001 sono stati registrati 3 100 nuovi ingressi nei 50 programmi di trattamento intensivo. In Svezia, il 10 % delle strutture carcerarie, con una capacità di 500 detenuti, è riservato in particolare al trattamento volontario o obbligatorio dei tossicodipendenti (Lýsen, 2001); in Finlandia, il 18 % dei neodetenuti partecipa a programmi di riabilitazione per alcool o droga (Jungner, 2001). Nel carcere austriaco Favoriten, che è specializzato esclusivamente nell'assistenza ai tossicodipendenti, sono a disposizione 110 posti per il trattamento; la Danimarca ha 30 posti e l'Irlanda 9. Il programma norvegese di motivazione al trattamento può prendere in carico 18 detenuti all'anno (63).

Eccetto la Grecia, la Svezia e due Länder della Germania (Baviera e Baden-Württemberg), la terapia sostitutiva è ora disponibile nelle carceri di tutti i paesi dell'UE ed in Norvegia. Tuttavia, anche nei paesi in cui un'alta percentuale di consumatori problematici di stupefacenti nella comunità è in terapia sostitutiva, le carceri seguono spesso una politica di detossificazione. Per esempio, si ritiene che gli indici delle carceri situate in Germania e nei Paesi Bassi siano compresi tra l'1 % ed il 4 % (Stöver, 2001; WIAD-ORS, 2001) rispetto alla copertura stimata del 30-50 % nella comunità. La maggior parte delle politiche di mantenimento condotte nelle carceri indicano il trattamento soltanto durante i periodi di detenzione brevi, per le tossicodipendenti in gravidanza e per chi ha un lungo passato di tossicodipendenza o per chi ha gravi problemi di salute mentale o fisica. L'iniziazione alla terapia sostitutiva in carcere è rara, per quan-

to sia legalmente possibile nella maggior parte dei paesi. La maggiore eccezione è data dalla Spagna, dove gli indici relativi alle terapie sostitutive all'interno ed all'esterno delle carceri corrispondono (64).

Dieci paesi dell'UE e la Norvegia dispongono di unità o carceri dove viene praticato il trattamento in situazione di astinenza. In alcuni casi, l'obiettivo non è soltanto quello di proteggere dalla droga i detenuti non tossicodipendenti, ma anche quello di fornire un trattamento a chi già lo è. I detenuti che seguono una terapia sostitutiva con metadone sono di solito esclusi dalle unità in cui viene praticato il trattamento in situazione di astinenza. I venti dipartimenti in cui viene praticato il trattamento in situazione di astinenza nelle carceri olandesi possono ospitare 446 detenuti; tuttavia, un terzo di tale capacità è rimasto inutilizzato nel 1999. La Svezia ha 356 posti in unità che praticano il trattamento in situazione di astinenza; in Finlandia, dove attualmente il 10 % di tutte le infermerie delle carceri pratica il trattamento in situazione di astinenza, si prevede un'espansione al 50 %. Il Portogallo ha aperto recentemente sette unità di trattamento in situazione di astinenza con 195 posti, un'esperienza che è stata valutata come un «grande successo», ed ha in programma altre due unità. Da un'analisi delle ricerche sulla cura delle tossicodipendenze nelle carceri (Rigter, 1998) risulta tuttavia che mancano risultati attendibili e validi a livello mondiale.

Prevenzione delle malattie infettive

La prevenzione della trasmissione di malattie infettive mediante il sangue durante la detenzione è diventata un obiettivo prioritario per numerosi sistemi carcerari europei, tenuto conto anche del sensibile incremento della spesa farmaceutica per il trattamento di infezioni correlate agli stupefacenti (ad esempio, l'HAART, o terapia anti-retrovirus ad alta qualità, l'interferone) che le carceri devono sostenere.

Molti paesi mirano a seguire i principi generali e le raccomandazioni specifiche fatte dall'OMS nelle loro linee guida sull'infezione da HIV e sull'AIDS in carcere (OMS, 1993). Numerose misure di riduzione del rischio sono di difficile attuazione, poiché hanno implicazioni politiche, incontrano la resistenza del personale e sono percepite come inadeguate nell'ambiente carcerario. Nella tabella che segue vengono presentate alcune misure di prevenzione tratte dalle linee guida dell'OMS e la misura in cui i paesi dell'UE e la Norvegia le applicano. Per quanto la copertura di queste misure appaia ancora insufficiente in

(63) Tabella 14 OL: Trattamento orientato all'astinenza ed unità che praticano il trattamento in situazione di astinenza (*drug-free*) nelle carceri, in alcuni paesi dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

(64) Tabella 15 OL: Terapia sostitutiva nelle carceri dell'UE ed in Norvegia (versione on line).

Questioni specifiche

Tabella 2

Panoramica di alcune misure volte a prevenire le malattie a trasmissione sanguigna nelle carceri dell'UE ed in Norvegia				
	Informazione/educazione	Vaccinazione epatite B	Fornitura di disinfettanti	Scambio di aghi/siringhe
Belgio	++ Ma non in tutte le carceri	+ Protocollo in fase di studio da parte del ministero della Sanità	+	0
Danimarca	0	++ Ma la copertura è molto bassa (2 %)	++ Con istruzioni per l'uso	0
Germania	+	n.d.	+	+
Grecia	+ Ma soprattutto a cura di agenzie esterne	+ Soltanto 1 carcere	+ Solo un carcere	0
Spagna	++	++ Ed è incoraggiata	++	++
Francia	+	++	++	0
Irlanda	0	++	+ Ma ++ raccomandata dal gruppo del riesame dell'assistenza sanitaria nelle carceri, 2001	0 Il gruppo del riesame dell'assistenza sanitaria nelle carceri non raccomanda lo scambio di aghi/siringhe a causa del rischio di abuso (aggressione)
Italia	0	n.d. (vaccinazione obbligatoria a 12 anni, tutta la popolazione, introdotta all'inizio degli anni Novanta)	++	0
Lussemburgo	+	++	0	0 In discussione
Paesi Bassi	+	++	++	0
Austria	+	+ (!)	++ Con istruzioni su come effettuare la pulizia	0
Portogallo	+	++ Programma di vaccinazione nazionale	++ In pratica: +	0 In discussione
Finlandia	+	++	++	0
Svezia	0 dipende dal carcere	0 In attesa di una decisione sull'introduzione generalizzata della vaccinazione	0	0
Regno Unito	+	++ (Scozia)	++ Inghilterra/Galles: non di facile accesso. Dopo uno studio pilota, è stato messo a disposizione del disinfettante in pastiglie Scozia: ++ con istruzioni per l'uso	0
Norvegia	n.d.	n.d.	0 Le autorità sanitarie hanno chiesto alle carceri di mettere a disposizione disinfettanti clorati	0

NB: n.d. = informazioni non disponibili.

Informazione/educazione

- 0 Materiale scritto non specifico.
- + Materiale scritto specificatamente elaborato per le carceri.
- ++ Materiale specifico più formazione per un uso sicuro.

Vaccinazione contro l'epatite

- 0 Non disponibile sistematicamente.
- + Disponibile in poche carceri.
- ++ Disponibile in tutte le carceri.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox, 2001.

European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons (1998), *Annual Report to the EC, WIAD*, Bonn e ORS, Marsiglia.

(!) Spirig, H. & Ess-Dietz, O (2001), «Preventive measures in Austrian Prisons» in *Rete europea sulla prevenzione di HIV/AIDS ed epatite nelle carceri*, Final Progress Report, WIAD, Bonn e ORS, Marsiglia, pagg. 234-300.

Disinfettanti

- Non disponibili.
- + In alcune carceri.
- ++ In tutte le carceri (almeno in teoria).

Scambio di aghi/siringhe

- 0 Non disponibile.
- + Programma in poche carceri.
- ++ Programma in tutte le carceri.

molti paesi, alcuni progressi sono stati fatti ⁽⁶⁵⁾. I programmi di scambio degli aghi vengono attuati adesso in tutte le carceri spagnole ⁽⁶⁶⁾, mentre in Lussemburgo ed in Portogallo si sta discutendo sulla loro introduzione. Un maggior numero di paesi raccomanda che i detenuti possano avere accesso a disinfettanti clorati diluiti e l'applicazione di questa misura ha registrato alcuni miglioramenti.

Referenze e fonti — Capitolo 3

Akram, G., e Galt, M. (1999), «A profile of harm-reduction practices and co-use of illicit and licit drugs amongst users of

dance drugs» in *Drugs: education, prevention and policy*, vol. 6 (2), pagg. 215-225.

Ambrosini, F. (2001), «Europäisches Netzwerk zur Drogen- und AIDS-Hilfe im Strafvollzug», in Jacob, J., Keppler, K. and Stöver, H. (eds) in *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug*, Deutsche AIDS-Hilfe, Berlino, pagg. 106-113.

Beenackers, E. M. Th. (2000), *Effectiviteit van sanctieprogramma's: bouwstenen voor een toetsingskader; Een literatuuronderzoek (Onderzoeksnotities 2000/1)*, Den Haag, Ministerie van Justitie/Weten schappelijk Onderzoeks- en documentatiecentrum (WODC) (*).

Bellis, M.A., Hale, G., Bennett, A., Chaudry, M., e Kilfoyle, M. (2000), «Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international nigh-

⁽⁶⁵⁾ Per informazioni sulla situazione fino al 2000, cfr. http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific_demand.html#table2

⁽⁶⁶⁾ Eccetto le carceri situate a Ceuta e Melilla. La comunità autonoma della Catalogna ha una propria competenza sulla gestione delle carceri.

2002 Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

- liffe resort» in *International Journal of Drug Policy*, vol. 11, pagg. 235-244 (*).
- Bennett, G. A. e Higgins, D. S. (1999), «Accidental overdose among injecting drug users in Dorset, UK» in *Addiction*, vol. 94 (8), pagg. 1179-1189.
- Berglund, M., Andréasson, S., Franck J., Fridell, M., Håkanson, I., Johansson, B.A., Lindgren, A., Lindgren, B., Nicklasson, L., Rydberg, U., Salaspuro, M., Thelander, S. e Öjehagen, A. (2001), *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem*, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Svezia.
- Boys, A., Fountain, J., Marsden, J., Griffiths, P., Stillwell, G. e Strang, J. (2000), *Drug decisions: a qualitative study of young people*, Health Education Authority, Londra.
- Calafat, A., Bohm, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M. P., Tossmann, P., van de Wijngaart, G e Zavatti, P. (1999), *Night life in Europe and recreative drug use*, Irefrea e Commissione europea, Valencia.
- Club Health Conference Proceedings (2002), *2nd International Conference on nightlife substance use and related health issues*, 24-27 marzo 2002, Rimini, Regione Emilia-Romagna e John Moores University.
- Consiglio d'Europa (1993), *Recommendation No.R (93)6 of the Committee of Ministers to Member States concerning prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including AIDS and related health problems in prison*, Consiglio d'Europa, Strasburgo.
- Costa, N., Padua, J., e Correia, M. (2000), «Um ano de Nal-trexona» in *Toxicodependências*, vol. 6 (1), pagg. 51-60.
- Darke, S., Ross, J., Zador, D. e Sunjic S. (2000), «Heroin-related deaths in New South Wales, Australia, 1992-1996» in *Drug and alcohol dependence*, vol. 60, pagg. 141-150.
- Decorte, T. (1999), «Informal Control Mechanisms among Cocaine and Crack Users in the Metropolitan Area of Antwerp», Doctoral Thesis, Faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leuven, Leuven.
- Department of Justice Equality and Law Reform (1999), «Drug misuse and drug treatment in the prison system: draft action plan» (non pubblicato) (*).
- DHSSPS (Department of Health, Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services) (1999), *Drug misuse and dependence: Guidelines on clinical management*, The Stationery Office, Londra.
- Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A. and Alcabes, P. (1998), «Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV» in *AIDS*, vol. 12 (suppl. A), pagg. 217-230.
- DrugScope (2001), *Drug abuse briefing: a guide to the non-medical use of drugs in Britain*, eighth edition, DrugScope, Londra (*).
- Edmunds, M., Hough, M. e Urquia, N. (1996), *Tackling local drug markets, crime detection and prevention series paper 80*, Home Office Police Research Group, Londra (*).
- ESPAD (2000), relazione 1999 «Alcohol and other drug use among students in 30 European countries», Consiglio svedese per l'informazione sull'alcool e altre droghe (CAN), gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa.
- Europol (2001), *European Union situation report on drug production and drug trafficking, 2000-01*, Europol, L'Aia.
- Farrell, M. (1989), «Ecstasy and the Oxygen of Publicity» in *British Journal of addiction*, vol. 84, pag. 943.
- Fountain, J., Griffiths, P., Farrell, M., Gossop, M. e Strang, J. (1999), «Benzodiazepines in polydrug-using repertoires: the impact of the decreased availability of temazepam gel-filled capsules» in *Drugs: education, prevention and policy*, vol. 6 (1), pagg. 61-69 (*).
- Gossop, M., Marsden, J. e Stewart, D. (1998), *NTORS at one year — The National Treatment Outcome Research Study*, Department of Health, Londra.
- Gossop, M., Marsden, J. e Stewart, D. (2001), *NTORS after five years. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake*, National Treatment Outcome Research Study, National Addiction Centre, Londra.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A. e Segar, G. (1998), «Substance use, health and social problems of clients at 54 drug treatment agencies: intake data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)» in *British Journal of Psychiatry*, vol. 173.
- Greenstein, R. A., Fudala, P. J. e O' Brien, C. P. (1997), «Alternative pharmacotherapies for opiate addiction», articolo in *Substance abuse — A comprehensive textbook*, USA.
- Haw, S. (1993), *Pharmaceutical drugs and illicit drug use in the Lothian region*, Centre for HIV/AIDS and Drug Studies (CHADS), City Hospital, Edimburgo.
- Heroinstudie (2002), sito web ufficiale contenente informazioni sugli esperimenti condotti in Germania con l'eroina: <http://www.heroinstudie.de>
- Hunt, N. (2002), «Preliminary results from the 2001 UK Mixmag drug use survey», *2nd International Conference on nightlife substance use and related health issues*, 24-27 marzo 2002, Rimini, Regione Emilia-Romagna e John Moores University.
- Jungner, M. (2001), «Treatment of intoxicating substance misuse in Finnish prisons» in *Connections, The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison*, Issue 9 & 10, novembre 2001, pagg. 12-13.
- KETHEA — NSPH (2001), «Effectiveness-evaluation of the KETHEA's Therapeutic Communities. Therapy Centre for Dependent Individuals (KETHEA)», National School of Public Health, Section of Sociology (NSPH), Atene.
- Kriener, H., Billet, R., Gollner, C., Lachout, S., Neubauer, P., e Schmid, R. (2001), «An inventory of on-site pill testing interventions in the EU», OEDT, Lisbona.
- Leccese, A.P., Pennings, E.J.M. e De Wolff, F.A. (2000), *Combined use of alcohol and psychotropic drugs. A review of the literature*, Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL), Leiden (*).
- Lowinson, H. L., Payte, F. T., Salsitz, E., Joseph, H., Marion, I. J. e Dole, V. P. (1997), «Methadone maintenance», articolo in *Substance abuse — A comprehensive textbook*, USA.
- Lýsen, L. (2001), «The Swedish system and the experiences at the Gävle prison — Management of drug problems in prison» in *Connections, The Newsletter of the European network of drug and HIV/AIDS services in prison*, Issue 9 & 10, novembre 2001, pagg.10-11.
- McElrath, K. and McEvoy, K. (1999), *Ecstasy use in Northern Ireland*, Queen's University, Belfast.
- Neale, J. (2001), «Don't overdo it: overdose prevention and extent» in *Druglink*, vol. 16, luglio/agosto 2001, pagg. 18-22.
- OEDT (2000), *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union*, Lussemburgo, Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee.
- OMS (1994), *Lexicon of alcohol and drug terms* (*).
- ONS (Office for National Statistics) (2000a), «ONS drug-related deaths database: first results for England and Wales, 1993-7» in *Health Statistics Quarterly*, n. 5 (Spring 2000), pagg. 57-60, Office for National Statistics, Londra (*).

Questioni specifiche

- ONS (Office for National Statistics) (2000b), «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1994-1998» in *Health Statistics Quarterly*, n. 7 (Autumn 2000), pagg. 59-62, Office for National Statistics, Londra.
- ONS (Office for National Statistics) (2000c), «Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1995-1999» in *Health Statistics Quarterly*, n. 9 (Spring 2001), pagg. 70-72, Office for National Statistics, Londra.
- Pedersen, M. U. (2000), *Stofmisbrugere før under efter behandling*, Center for Rusmiddelforskning.
- Programma globale dell'OMS sull'AIDS (1993), *Guidelines on HIV infection and AIDS in prison*, WHO/GPA/DIR/93.3 (e ristampa UNAIDS/99.47/E). Il file Pdf può essere scaricato da: <http://www.unaids.org/bestpractice/collection/subject/sector/key/prisons.html>
- Relazioni nazionali Reitox, 2001.
- Rete europea sulla prevenzione di HIV/AIDS ed epatite nelle carceri, *Final Progress Report*, WIAD Bonn e ORS, Marsiglia, dicembre 2001.
- Rigter, H. (1998), *Effecten van justitiële drang en dwang bij de behandeling van verslaafden*, Trimbos-instituut, Utrecht (*).
- RN 2001 = Relazioni nazionali 2001 all'OEDT da questi paesi: capitolo 13 (eccetto 12 per la Norvegia e 18 per la Finlandia).
- Seppälä, P. (1999), *Kielletyt aineet ja niiden merkitys tekno-kulttuurissa* (Sostanze proibite e loro attinenza con la cultura techno), *Yhteiskuntapolitiikka*, 64, (4), pagg. 359-368 (*).
- Setbon, M., De Calan, J. (2000), *L'injonction thérapeutique: évaluation du dispositif légal de prise en charge des usagers de drogues interpellé*, CNRS-GAPP/OFTD, Parigi (*).
- Snippe, J. e Bieleman, B. (1997), «Opiate users and crime in the Netherlands» in Korf, D. and Riper, H. eds, in *Illicit drug use in Europe: proceedings of the 7th Conference on drug use and drug policy*, University of Amsterdam (SISWO), Amsterdam.
- Sonntag, D., Künzel, J. (2000), «Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?» in *Sucht*, vol. 46 (Sonderheft 2).
- Spacca, E. (2002), Personal communication by Edoardo Spacca, coordinator of the European network of drug services in prison (ENDSP) based at Cranstoun Drug Services, Londra.
- Stöver, H. (2001), *Assistance to drug users in European Union prisons: an overview study*, Relazione scientifica OEDT, Lisboa e Londra.
- Strang, J., Griffiths, P., Powis, B., Fountain, J., Williamson, S., e Gossop, M. (1999), «Which drugs cause overdose amongst opiate misusers? Study of personal and witnessed overdoses» in *Drug and alcohol review*, vol. 18, pagg. 253-261 (*).
- Strang, J., Seivewright, N. e Farrell, M. (1993), «Oral and intravenous abuse of benzodiazepines» in Hallstrom, C. (ed), in *Benzodiazepine dependence*, Oxford University Press, Oxford.
- Taylor, A., Frischer, M. e Goldberg, D. (1996), «Non-fatal overdosing is related to polydrug use in Glasgow», «Letter to the editor» in *British Medical Journal*, vol. 313, 30 novembre 1996, pagg. 1140-1141.
- Tretter, F., Küfner, H., Kümmler, P., Beloch, E., Drobik, U., Burkhardt, D., Walcher, S. (2001), «Katamnese nach antagonistisch-induziertem narkosegestütztem Opiatentzug» in *Sucht*, vol. 47 (3), pagg. 189-200.
- Turnbull, P., Mc Sweeney, T. e Hough, M. (2000): «Drug Treatment and Testing Orders - the 18-Month Evaluation» in *Research Findings No. 128*, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, Londra.
- Ulteriori informazioni sui servizi per i tossicodipendenti nelle carceri sono messi a disposizione dalla rete europea dei servizi per i tossicodipendenti nelle carceri (ENDSP, ex ENDHASP) sul sito web <http://www.cranstoun.org>
- Van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Huijsman, I. A. and Ree, J. M. V. (2002), «Medical co-prescription of heroin — Two randomised controlled trials», Central Committee on the treatment of heroin addicts (CCBH), Paesi Bassi.
- Vermaas, P. (1999), «Drugs en geweld, «Poligebruikers» zijn onvoorspelbaar en agressief» in *Algemeen Politieblad*, n. 10 (*).
- Vermeulen, K. T., Hendriks, V. M. and Zomerveld, R. (1999), *Drangbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden*, Den Haag, Parnassia Addiction Research Centre (PARC) (*).
- WIAD-ORS, European network on HIV/AIDS and hepatitis prevention in prisons (2001), *Final Progress Report*, WIAD, Bonn e ORS, Marsiglia.
- Wirth, U. (2001), «Der Verlauf der Drogenabhängigkeit nach der stationären Behandlung, Eine Studie des Anton-Proksch-Instituts», Anton-Proksch-Institut, Vienna.

(*). Citate nelle relazione nazionale.

Punti focali Reitox

Belgium — Ms Denise Walckiers
Scientific Institute of Public Health
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Brussels
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Denmark — Mr Thomas Clement
National Board of Health Islands Brygge, 67, Postbox 1881
DK-2300 Copenhagen S
Tel. (45) 72 22 74 00
Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen
E-mail: kag@sst.dk

Germany — Mr Roland Simon
Institute for Therapy Research
Parzivalstraße 25
D-80804 Munich
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-mail: Simon@ifit.de

Greece — Ms Manina Terzidou
University of Mental Health
Research Institute (UMHRI)
(Office: 12 Eginitou Street)
GR-115 28 Athens
Tel. (30-10) 653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73

Postal address
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66517 — Papagou
Post Office
GR-15 601 Athens
E-mail: ektepn@hol.gr

Spain — Ms Elena Garzon
Government Delegation to the
National Plan on Drugs
(DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: egarzon@pnd.mir.es
Ms Ana Andres Ballesteros —
Tel. (34) 915 37 26 86
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France — Mr Jean Michel Costes
French Observatory for Drugs
and Drug Addiction
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland — Mr Hamish Sinclair
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 ext. 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie
Mary O'Brien
Tel. (353-1) 676 11 76 ext. 163
E-mail: Mobrien@hrb.ie

Italy — Ms Annalisa Vittore
Ministry of Labour and Social
Policies
Department of Social and
Previdential Policies
Directorate-General for Drug
Addiction and for the National
Observatory
Via Fornovo, 8, Pal. B
I-00187 Rome
Tel. (39) 06 36 75 48 01
Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: svittore@minwelfare.it
Silvia Zanone
E-mail: szanone@minwelfare.it

Luxembourg — Mr Alain Origer
Direction de la Santé —
EMCDDA Focal Point
Luxembourg
Allée Marconi, Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tel. (352) 478 56 25
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Netherlands — Mr Franz Trautmann
Trimbos Instituut
Netherlands Institute of Mental
Health and Addiction
Da Costakade 45, PO Box 725
3500 AS Utrecht
Netherlands
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Austria — Ms Sabine Haas
ÖBIG — Austrian Health
Institute
Stubenring 6
A-1010 Vienna
Tel. (43-1) 515 61-160
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Portugal — Dr Elza Pais
Instituto Português da Droga e
da Toxicodependência (IPDT)
Av. João Crisostomo, 14
P-1000-179 Lisbon
Tel. (351) 213 10 41 00
Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Elza.Pais@ipdt.pt
Dr Maria Moreira
Tel. (351) 213 10 41 26
E-mail: Maria.Moreira@ipdt.pt

Finland — Mr Ari Virtanen
National Research and
Development Centre for Welfare
and Health
PO Box 220
(Office: Siltasaarekatu 18 A)
FIN-00531 Helsinki
Tel. (358-9) 396 71
Fax (358-9) 76 13 07
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sweden — Mr Bertil Pettersson
National Institute of Public
Health
S-103 52 Stockholm
(Office: Olof Palmes gata 17)
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobile: (46) 704 83 35 13
E-mail: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom — Mr Axel Klein
DrugScope
Waterbridge House
32-36 Loman Street
London SE1 OEE
United Kingdom
Tel. (44-20) 79 28 12 11
Fax (44-20) 79 28 17 71
E-mail: axelk@Drugscope.org.uk

Norway — Mr Knut Brofoss
National Research Centre
(SIRUS) — SIFA
PB 565 Sentrum
N-0105 Oslo
(Office: Øvre Slottsgate 2B
N-0157 Oslo
Tel. (47) 22 34 04 00
Fax (47) 22 34 04 01
Mr Odd Hordvin (Coordinator
NFP)
E-mail: odd@sirus.no

European Commission — Mr Timo Jetsu
European Commission
Justice and Home Affairs DG — Drugs Coordination Unit
LX46, 3/186
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

2002 — Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee

2002 — 60 pagg. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-131-8

Venta • Salg • Verkauf • Πωλήσεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning
<http://eur-op.eu.int/general/en/s-ad.htm>

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy

Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
B-1190 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 538 43 08
Fax (32-2) 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be
URL: <http://www.jean-de-lannoy.be>

**La librairie européenne/
De Europese Boekhandel**

Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
B-1040 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 295 26 39
Fax (32-2) 735 08 60
E-mail: mail@libeurop.be
URL: <http://www.libeurop.be>

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad

Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 552 22 11
Fax (32-2) 511 01 84
E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S

Herstedvang 12
DK-2620 Albertslund
Tlf. (45) 43 63 23 00
Fax (45) 43 63 19 69
E-mail: schultz@schultz.dk
URL: <http://www.schultz.dk>

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH

Vertriebsabteilung
Amsterdamer Straße 192
D-50735 Köln
Tel. (49-221) 97 66 80
Fax (49-221) 97 66 82 78
E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de
URL: <http://www.bundesanzeiger.de>

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA

International Bookstore
Panepistimiou 17
GR-10564 Athina
Tel. (30-1) 331 41 80/112/3/4/5
Fax (30-1) 325 84 99
E-mail: elebooks@netor.gr
URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado

Trafalgar, 27
E-28071 Madrid
Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
913 84 17 15 (suscripción)
Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
913 84 17 14 (suscripción)
E-mail: clientes@com.boe.es
URL: <http://www.boe.es>

Mundi Prensa Libros, SA

Castelló, 37
E-28001 Madrid
Tel. (34) 914 36 37 00
Fax (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
URL: <http://www.mundiprensa.com>

FRANCE

Journal officiel

Service des publications des CE
26, rue Desaix
F-75727 Paris Cedex 15
Tél. (33) 140 58 77 31
Fax (33) 140 58 77 00
E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
URL: <http://www.journal-officiel.gouv.fr>

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop

270 Lower Rathmines Road
Dublin 6
Tel. (353-1) 496 73 98
Fax (353-1) 496 02 28
E-mail: hanna@iol.ie

ITALIA

Licosa SpA

Via Duca di Calabria, 1/1
Casella postale 552
I-50125 Firenze
Tel. (39) 055 64 83 1
Fax (39) 055 64 12 57
E-mail: licosa@licosa.com
URL: <http://www.licosa.com>

LUXEMBOURG

Messageries du livre SARL

5, rue Raiffeisen
L-2411 Luxembourg
Tél. (352) 40 10 20
Fax (352) 49 06 61
E-mail: mail@mdl.lu
URL: <http://www.mdl.lu>

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers

Christoffel Plantijnstraat 2
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
Tel. (31-70) 378 98 80
Fax (31-70) 378 97 83
E-mail: sdu@sdu.nl
URL: <http://www.sdu.nl>

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª

Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 60037
P-2700 Amadora
Tel. (351) 214 95 87 87
Fax (351) 214 96 02 55
E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA

Sector de Publicações Oficiais
Rua da Escola Politécnica, 135
P-1250-100 Lisboa Codex
Tel. (351) 213 94 57 00
Fax (351) 213 94 57 50
E-mail: spoce@incm.pt
URL: <http://www.incm.pt>

SUOMI/FINLAND

**Akateeminen Kirjakauppa/
Akademiska Bokhandeln**

Keskuskatu 1/Centralgatan 1
PL/PB 128
FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
P./tfn (358-9) 121 44 18
F./fax (358-9) 121 44 35
Sähköposti: sps@akateeminen.com
URL: <http://www.akateeminen.com>

SVERIGE

BTJ AB

Traktörvägen 11-13
S-221 82 Lund
Tlf. (46-46) 18 00 00
Fax (46-46) 30 79 47
E-post: btjeu-pub@btj.se
URL: <http://www.btj.se>

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd

Customer Services
PO Box 29
Norwich NR3 1GN
Tel. (44) 870 60 05-522
Fax (44) 870 60 05-533
E-mail: book.orders@theso.co.uk
URL: <http://www.itsofficial.net>

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blöndal

Skólavörðustíg, 2
IS-101 Fleykjavík
Tel. (354) 552 55 40
Fax (354) 552 55 60
E-mail: bokabud@simnet.is

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz

c/o OSEC Business Network Switzerland
Stampfenbachstraße 85
PF 492
CH-8035 Zürich
Tel. (41-1) 365 53 15
Fax (41-1) 365 54 11
E-mail: eics@osec.ch
URL: <http://www.osec.ch/eics>

BĂLGARIJA

Euopress Euromedia Ltd

59, blvd Vitosha
BG-1000 Sofia
Tel. (359-2) 980 37 66
Fax (359-2) 980 42 30
E-mail: Milena@mbox.cit.bg
URL: <http://www.euopress.bg>

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry

PO Box 21455
CY-1509 Nicosia
Tel. (357-2) 88 97 52
Fax (357-2) 66 10 44
E-mail: demetrap@ccci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda

(Estonian Chamber of Commerce and Industry)
Toom-Kooli 17
EE-10130 Tallinn
Tel. (372) 646 02 44
Fax (372) 646 02 45
E-mail: einfo@koda.ee
URL: <http://www.koda.ee>

HRVATSKA

Mediatrade Ltd

Pavla Hatza 1
HR-10000 Zagreb
Tel. (385-1) 481 94 11
Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service

Szt. István krt.12
III emelet 1/A
PO Box 1039
H-1137 Budapest
Tel. (36-1) 329 21 70
Fax (36-1) 349 20 53
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
URL: <http://www.euroinfo.hu>

MALTA

Miller Distributors Ltd

Malta International Airport
PO Box 25
Luqa LQA 05
Tel. (356) 66 44 88
Fax (356) 67 67 99
E-mail: gwirth@usa.net

NORGE

Swets Blackwell AS

Hans Nielsen Hauges gt. 39
Boks 4901 Nydalen
N-0423 Oslo
Tel. (47) 23 40 00 00
Fax (47) 23 40 00 01
E-mail: info@no.swetsblackwell.com
URL: <http://www.swetsblackwell.com.no>

POLSKA

Ars Polona

Krakowskie Przedmiescie 7
Skr. pocztowa 1001
PL-00-950 Warszawa
Tel. (48-22) 826 12 01
Fax (48-22) 826 62 40
E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia

Str.Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
RO-70184 Bucuresti
Tel. (40-1) 315 44 03
Fax (40-1) 312 96 46
E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR

Nám. Slobody, 19
SK-81223 Bratislava
Tel. (421-7) 54 41 83 64
Fax (421-7) 54 41 83 64
E-mail: europ@tbb1.sltk.stuba.sk
URL: <http://www.sltk.stuba.sk>

SLOVENIJA

GV Založba

Dunajska cesta 5
SLO-1000 Ljubljana
Tel. (386) 613 09 1804
Fax (386) 613 09 1805
E-mail: europ@gvestnik.si
URL: <http://www.gvzaložba.si>

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS

100, Yil Mahallesi 34440
TR-80050 Bağcilar-Istanbul
Tel. (90-212) 629 46 89
Fax (90-212) 629 46 27
E-mail: aktuel.info@dunya.com

ARGENTINA

World Publications SA

Av. Cordoba 1877
C1120 AAA Buenos Aires
Tel. (54-11) 48 15 81 56
Fax (54-11) 48 15 81 56
E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
URL: <http://www.wpbooks.com.ar>

AUSTRALIA

Hunter Publications

PO Box 404
Abbotsford, Victoria 3067
Tel. (61-3) 94 17 53 61
Fax (61-3) 94 19 71 54
E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões

Rua Bittencourt da Silva, 12 C
CEP
20043-900 Rio de Janeiro
Tel. (55-21) 262 47 76
Fax (55-21) 262 47 76
E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
URL: <http://www.incm.com.br>

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.

3020, chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
Tel. (1-418) 658 37 63
Fax (1-800) 567 54 49
E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd

5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
Ottawa, Ontario K1J 9J3
Tel. (1-613) 745 26 65
Fax (1-613) 745 76 60
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
URL: <http://www.renoufbooks.com>

EGYPT

The Middle East Observer

41 Sherif Street
Cairo
Tel. (20-2) 392 69 19
Fax (20-2) 393 97 32
E-mail: inquiry@meobserver.com
URL: <http://www.meobserver.com.eg>

MALAYSIA

EBIC Malaysia

Suite 45.02, Level 45
Plaza MBf (Letter Box 45)
8 Jalan Yap Kwan Seng
50450 Kuala Lumpur
Tel. (60-3) 21 62 92 98
Fax (60-3) 21 62 61 98
E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV

Río Pánuco, 141
Colonia Cuauhtémoc
MX-06500 México, DF
Tel. (52-5) 533 56 58
Fax (52-5) 514 67 99
E-mail: 101545.2361@compuserve.com

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa

PO Box 781738
2146 Sandton
Tel. (27-11) 884 39 52
Fax (27-11) 883 55 73
E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

**The European Union Chamber of
Commerce in Korea**

5th Fl. The Shilla Hotel
202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
Seoul 100-392
Tel. (82-2) 22 53-5631/4
Fax (82-2) 22 53-5635/6
E-mail: eucock@eucock.org
URL: <http://www.eucock.org>

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka

Trans Asia Hotel
115 Sir Chittampalam
A. Gardiner Mawatha
Colombo 2
Tel. (94-1) 074 71 50 78
Fax (94-1) 44 87 79
E-mail: ebicsl@slnet.lk

T'AI-WAN

Tycoon Information Inc

PO Box 81-466
105 Taipei
Tel. (886-2) 87 12 88 86
Fax (886-2) 87 12 47 47
E-mail: euitupe@ms21.hinet.net

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates

4611-F Assembly Drive
Lanham MD 20706-4391
Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
E-mail: query@bernan.com
URL: <http://www.bernan.com>

ANDERE LÄNDER

OTHER COUNTRIES
AUTRES PAYS

**Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer
Wahl/Please contact the sales office of
your choice/Veuillez vous adresser au
bureau de vente de votre choix**

Office for Official Publications of the European
Communities
2, rue Mercier
L-2985 Luxembourg
Tel. (352) 29 29-42455
Fax (352) 29 29-42758
E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
URL: publications.eu.int

Qualche informazione sull'OEDT

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) è uno dei 12 organismi decentrati creati dall'Unione europea per condurre ricerche specialistiche in campo tecnico o scientifico.

L'obiettivo principale dell'Osservatorio, istituito nel 1993 e reso operativo nel 1995, consiste nel fornire «informazioni obiettive, affidabili e comparabili a livello europeo sul fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze nonché sulle loro conseguenze». Le informazioni di carattere statistico, documentario e tecnico che l'OEDT raccoglie, analizza e divulga, hanno lo scopo di offrire al pubblico — esponenti del mondo della politica, esperti nel settore delle droghe e della tossicodipendenza in Europa o gli stessi cittadini europei — una visione globale del fenomeno delle droghe e della tossicodipendenza in Europa.

Le principali funzioni svolte dall'Osservatorio sono:

- raccolta ed analisi dei dati esistenti;
- miglioramento della metodologia di comparazione dei dati;
- diffusione dei dati;
- cooperazione con enti ed organizzazioni europee ed internazionali e con i paesi terzi.

L'OEDT opera esclusivamente nel campo dell'informazione.

L'OEDT on line

Una versione on line, interattiva, della relazione annuale 2001 è disponibile anche sul sito Internet (<http://annualreport.emcdda.eu.int>) in 12 lingue. Questa versione fornisce collegamenti alle fonti di dati, alle relazioni ed ai documenti di riferimento che sono stati utilizzati per redigere la presente relazione.

Per cercare informazioni dettagliate sul consumo di stupefacenti in Europa, pubblicazioni nelle 11 lingue ufficiali dell'Unione europea e in norvegese (di cui è possibile scaricare i file), collegamenti ai centri specializzati di informazione sulle droghe in Europa e nel mondo e libero accesso a banche di dati specializzate, consultare il sito Internet dell'OEDT (<http://www.emcdda.eu.int>).



UFFICIO DELLE PUBBLICAZIONI UFFICIALI
DELLE COMUNITÀ EUROPEE

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-131-8



9 789291 681310