



## COMUNICATO dell'agenzia europea delle droghe di Lisbona

---

### RELAZIONE ANNUALE 2003 SULLA SITUAZIONE DELLA DROGA NELL'UE E IN NORVEGIA **L'OEDT invita ad un "cauto ottimismo", ma senza enfasi**

(22.10.2003 LISBONA/**EMBARGO 10:00 ORA OEC**) Nonostante alcuni segnali positivi nell'evoluzione del problema della droga in Europa, l'Agenzia europea delle droghe oggi invita alla cautela. In alcune aree stanno sorgendo nuovi problemi e pare che nulla faccia prevedere un rilevante calo del consumo di droga.

Tali indicazioni vengono segnalate dall'**OEDT di Lisbona** nel momento del lancio della **Relazione annuale 2003: evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia** a Strasburgo.

Il **direttore dell'Agenzia, Georges Estievenart**, oggi ha detto: "Sebbene vi sia qualche motivo di cauto ottimismo quando si analizza il problema della droga in Europa, è tuttavia oltremodo preoccupante constatare che l'impatto degli interventi sul consumo pesante e di lunga durata o sul consumo regolare di droga non sia ancora sufficiente per un numero ancora troppo elevato di giovani in molti paesi dell'**UE**. In aggiunta a ciò, dai nostri indicatori emerge ancora una tendenza all'aumento dell'uso di droga, nonché l'evidenziarsi di nuovi problemi, come il consumo crescente di cocaina in alcune grandi città europee."

Il **presidente del consiglio di amministrazione dell'OEDT, Marcel Reimen**, ha aggiunto poi: "Si deve tuttavia notare che in Europa si sta sviluppando un approccio più coordinato al problema della droga, facilitando la comprensione sugli interventi più efficaci; il coordinamento delle iniziative di lotta alla droga nei singoli paesi e tra paesi è stata riconosciuta come una componente indispensabile per un'efficace politica sulle droghe".

### **Una visione generale della situazione della droga nell'UE**

#### **1 persona su 5 ha fatto uso di cannabinoidi e la domanda di trattamento aumenta**

Da indagini condotte tra il 2000 ed il 2002 risulta che in Europa almeno un adulto su 5 (il 20%) ha fatto uso di cannabinoidi almeno una volta nella vita. Per i giovani tra 15 e 34 anni i dati sono generalmente più elevati, fino al 44% – **Spagna** (35%), **Francia** (40%), **Regno Unito** (42%) e **Danimarca** (44%). Le stime dell'uso recente (anno precedente) in questa fascia di età vanno, nella maggior parte dei paesi, dal 5% al 20%. Con i valori più alti figurano **Spagna** (17%), **Irlanda** (17%), **Regno Unito** (19%) e **Francia** (20%), i più bassi: **Svezia** (1%), **Finlandia** (5%), **Portogallo** (6%) e **Norvegia** (8%).

L'uso una tantum e quello recente è spesso molto elevato specialmente tra i giovani di sesso maschile. Un nuovo problema sottolineato nella relazione è che attualmente un gruppo non cospicuo ma significativo sembra far uso di cannabinoidi in modo regolare ed intenso. Da uno studio **francese** del 2001 risulta che oltre la metà degli uomini di 18 anni ha usato cannabinoidi, 13,8% dei quali in modo intenso, ossia più di 20 volte nel mese precedente. (Cfr. comunicato sulle droghe e i giovani).

L'Agenzia segnala che è necessario approfondire le ricerche sull'aumento dei soggetti inviati ai servizi specializzati per tossicodipendenti per uso di cannabinoidi dal 1996. Attualmente risulta la sostanza riportata più frequentemente dopo l'eroina tra i clienti dei servizi; i consumatori di cannabinoidi rappresentano il 12% di tutti i clienti ed il 25% dei nuovi clienti nell'**UE**.

---

L'Europa resta il più grande mercato del mondo per la resina di cannabinoidi (hashish) e conta i tre quarti dei quantitativi sequestrati in tutto il mondo. È in aumento anche la disponibilità di cannabinoidi sotto forma di erba (marijuana) coltivata nell'UE. I dati indicano che la potenza media dei cannabinoidi (quantità del suo ingrediente psicoattivo, il tetraidrocannabinolo – THC) nell'UE è aumentata e ora va dal 5% al 10% tanto per la resina quanto per l'erba. Alcuni campioni però sono molto più forti ed hanno un contenuto di THC che arriva fino al 30%, con possibili conseguenze negative in termini di salute pubblica.

### Anfetamine e ecstasy – l'UE zona chiave per la produzione ed il consumo

L'Europa è sempre una zona chiave per la produzione e il consumo di anfetamine e ecstasy. Dopo i cannabinoidi, sono le droghe illecite più usate, con una percentuale di consumo una tantum tra gli adulti che va dallo 0,5% al 5%.

Sebbene il consumo di ecstasy continui ad essere molto frequente tra i giovani delle realtà urbane d'Europa (gli studi indicano un consumo molto elevato in alcuni gruppi, quali i frequentatori di feste), nella popolazione generale non si riscontra un aumento significativo. I decessi legati all'ecstasy, sebbene oggetto di grande risonanza nei media, sono ancora piuttosto rari, ma tendono ad aumentare. Questa droga viene riportata in meno del 2% delle segnalazioni totali di decessi droga-correlati. (Nel 2000 i decessi droga-correlati nell'UE erano stimati a 8 756)

Le anfetamine rappresentano circa un terzo delle persone trattate per problemi di droga in **Finlandia** e in **Svezia** e il 9% in **Germania**, ma nel resto dell'UE rappresentano in genere meno dell'1%.

L'uso di metanfetamine è stato segnalato soltanto di recente e in modo sporadico nell'UE, mentre in **Asia** e negli **Stati Uniti** il consumo di questa droga è in generale aumento ed è fonte di gravi problemi. Tuttavia, proprio a causa di tali problemi e delle gravi conseguenze sulla salute pubblica, è necessario mantenere un atteggiamento vigilante rispetto al problema a livello europeo.

I sequestri di anfetamine e di ecstasy sono aumentati notevolmente nell'UE nell'ultimo decennio, sebbene ora sembrano più stabili. Circa il 99% delle pastiglie analizzate nell'ultimo anno in **Germania**, **Spagna**, **Portogallo**, **Regno Unito** e **Norvegia** contengono MDMA o i suoi analoghi MDEA e MDA e, in alcuni casi, una serie di altre sostanze. Il prezzo medio delle pastiglie di ecstasy nel 2001 è diminuito nella maggior parte dei paesi.

### Cocaina – Un problema diffuso nell'UE

Quasi tutti i paesi si dichiarano preoccupati per l'aumento del consumo di cocaina, che secondo le indagini si verifica soprattutto nel **Regno Unito** e in misura minore in **Danimarca**, **Germania**, **Spagna** e **Paesi Bassi**. Dai dati del 2000–2002 risulta che l'esperienza una tantum interessa dall'1% al 9% delle persone di età compresa tra 15 e 34 anni e che il suo consumo è concentrato nelle grandi città; per tale ragione l'aumento potrebbe non riflettersi in modo adeguato nei dati nazionali. L'aumento del consumo è confermato anche dai risultati tossicologici di analisi di casi di overdose, di sequestri di droga e di studi di gruppi ad alto rischio.

Il numero totale di sequestri di cocaina nell'UE è aumentato costantemente dal 1980 con un incremento più marcato nel 2001. Negli ultimi anni i prezzi "di strada" si sono stabilizzati o sono diminuiti in tutti i paesi, salvo in **Norvegia**, dove sono aumentati. La purezza della cocaina si mantiene generalmente stabile negli **Stati membri**, sebbene nel 2001 siano stati segnalati aumenti in **Danimarca**, **Germania**, **Portogallo** e **Regno Unito**.

Il ricorso al trattamento terapeutico per consumo di cocaina risulta relativamente elevato nei **Paesi Bassi** (30%) e in **Spagna** (19%), più basso in **Germania**, **Italia**, **Lussemburgo** e **Regno Unito** (6–7%) forse a causa di una minore disponibilità di questo tipo di trattamento. La prevalenza di crack (o cocaina base) è tuttora bassa, con un consumo prevalentemente limitato alle comunità marginali di alcune città, ad es. in **Germania**, **Paesi Bassi** e **Regno Unito**, che provoca problemi gravi ma molto circoscritti.

## La metà dei paesi segnala un aumento nelle stime del consumo problematico di stupefacenti

Il consumo problematico di stupefacenti è caratterizzato dal consumo cronico di oppiacei nella maggior parte dei paesi, ad eccezione di **Svezia** e **Finlandia** dove le anfetamine hanno un ruolo rilevante. Le stime nazionali del consumo problematico di droga variano da 2 a 10 casi per 1000 adulti, il che corrisponde a circa 1–1,5 milioni di europei. Le percentuali più alte sono segnalate in **Italia, Lussemburgo, Portogallo e Regno Unito** (6–10 casi per 1000 adulti). Le percentuali più basse sono riportate in **Germania, Paesi Bassi e Austria** (3 casi per 1000 adulti).

Non è facile fare previsioni ed i risultati devono essere interpretati con cautela, tuttavia i dati disponibili suggeriscono un aumento dalla metà degli anni '90 in almeno la metà dei 16 paesi che hanno fornito dati. Otto paesi segnalano stime maggiori per il consumo problematico di stupefacenti: **Germania, Spagna, Italia, Lussemburgo, Finlandia, Svezia, Belgio e Norvegia**, dei quali, gli ultimi due per consumo per via parenterale.

Circa il 60% dei consumatori problematici di stupefacenti sono assuntori abituali per via parenterale (circa 600 000– 900 000). Le percentuali di consumo per via parenterale tra i consumatori di oppiacei in terapia sono diminuite in alcuni paesi negli anni '90 ma il calo è stato, in generale, modesto e in alcuni casi si è osservato un aumento.

## La prevenzione delle malattie è sempre fondamentale

La prevalenza dell'HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale varia notevolmente all'interno dell'UE: da circa l'1% nel **Regno Unito** ad oltre il 30% in **Spagna**. In alcuni paesi si riscontrano localmente percentuali di oltre il 25% in determinati gruppi. Si tratta prevalentemente di casi di epidemia in corso piuttosto che di nuovi casi di infezione, benché siano stati segnalati alcuni aumenti anche tra questi ultimi. La prevenzione continua ad essere estremamente importante per proteggere le persone che hanno rapporti sessuali o assumono droghe per via parenterale con tossicodipendenti infetti.

I dati nazionali sulla prevalenza dell'HIV, sebbene si mantengano in generale stabili, possono nascondere notevoli variazioni a livello locale e tra determinati gruppi. Negli ultimi anni è stato segnalato un aumento dell'HIV tra consumatori di stupefacenti per via parenterale in **Spagna, Irlanda, Italia, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Finlandia e Regno Unito**.

Nella relazione si osserva che i costi a lungo termine dell'infezione da virus dell'epatite C sono probabilmente considerevoli tanto sul piano della spesa di assistenza sanitaria quanto su quello della sofferenza personale. I tassi di prevalenza tra i consumatori attuali e precedenti di droga per via parenterale sono estremamente alti in tutti i paesi (40–90%) ed il fatto che siano elevati tra i più giovani indica che molti contraggono ancora rapidamente il virus dell'epatite C dopo un breve periodo di assunzione per via parenterale, il che evidenzia la necessità di interventi tempestivi.

## La maggior parte delle vittime di overdose sono giovani

Nell'ultimo decennio sono stati segnalati da 7 000 a 9 000 decessi droga-correlati nell'UE ed in **Norvegia** e la tendenza è all'aumento; i più colpiti sono i giovani sui 20 e 30 anni. In quasi tutti i paesi, nella maggior parte dei decessi (oltre l'80%) sono presenti gli oppiacei, spesso combinati con altre sostanze, ad es. alcol, benzodiazepine o cocaina. Un rischio particolare nei casi di overdose di eroina è l'uso simultaneo di alcol o sedativi, come pure una tolleranza diminuita, come risulta dall'elevato tasso di overdose tra coloro che escono dal carcere.

## Risposte alla sfida della droga – questioni chiave

### Si fanno strada le risposte strategiche e giuridiche

Nella relazione si afferma che le misure politiche in materia di droga nell'UE e in **Norvegia** sono finalizzate ai risultati e agli interventi concreti. Tuttavia, benché quasi tutti i 16 paesi siano dotati di sistemi di strategia e coordinamento in tale settore, la valutazione dei risultati non è ancora abbastanza diffusa.

I paesi continuano a modificare la legislazione per facilitare il trattamento e la riabilitazione dei consumatori di droga e dei tossicodipendenti (ad es. **Germania, Grecia, Lussemburgo e Finlandia**). Sono stati potenziati anche i sistemi di monitoraggio del traffico e dei consumatori di stupefacenti, di fronte al generale aumento della consapevolezza in materia di sicurezza in Europa. Per esempio, sono aumentati i poteri legali per il controllo e l'indagine di dati e telecomunicazioni in **Danimarca, Portogallo e Finlandia**, mentre nei **Paesi Bassi** sono attualmente permessi i controlli a raggi 'X' e ad ultrasuoni delle persone sospettate di avere ingerito pacchetti di droga.

L'anno scorso alcuni **Stati membri dell'UE (Danimarca, Irlanda, Paesi Bassi e Regno Unito)** hanno emanato provvedimenti legislativi per minimizzare le ripercussioni sociali dell'uso di stupefacenti mediante controlli più severi delle offese e dei reati contro l'ordine pubblico.

### La terapia sostitutiva è aumentata di un terzo negli ultimi cinque anni

Negli ultimi cinque anni l'offerta di trattamento sostitutivo è aumentata del 34% nell'UE e in **Norvegia**. Attualmente sono circa 400 000 le persone che ricevono un trattamento sostitutivo nei 16 paesi europei. Oltre il 60% dei centri di trattamento (circa 250 000) si trova in **Spagna, Francia e Italia**. L'aumento maggiore si è verificato nei paesi in cui l'offerta era inizialmente più bassa (ad es. **Grecia, Irlanda, Portogallo, Finlandia e Norvegia**).

La sostanza più comunemente usata per questo tipo di trattamento è il metadone, ma si sta verificando un aumento dell'uso di buprenorfina. L'eroina viene prescritta nell'ambito del trattamento in **Regno Unito** ed è in fase di sperimentazione scientifica in **Germania** e nei **Paesi Bassi**, in **Spagna** è ancora in fase preliminare.

### La riduzione del danno è ora ampiamente diffusa

La prevenzione e riduzione del danno alla salute nell'ambito della tossicodipendenza è ormai parte integrante della risposta al problema della droga in tutta Europa.

Lo scambio di siringhe per prevenire la diffusione di malattie infettive attraverso l'iniezione di droga è ora una pratica ampiamente diffusa ed è accessibile nell'UE e in **Norvegia**, sebbene in misura minore in **Grecia** e in **Svezia**. Nel complesso, l'accesso ad attrezzature sterili è ancora migliorato negli ultimi cinque anni. I servizi di scambio siringhe sono in funzione sistematicamente soltanto nelle prigioni **spagnole**.

Dalla metà degli anni '90, la base di evidenza scientifica ("evidence-base") delle misure mediche ed educative per prevenire i decessi legati alla droga si è ampliata notevolmente e la riduzione del numero di decessi viene considerata un obiettivo sempre più facile da raggiungere. La diminuzione dei decessi legati alla droga figura ora tra le priorità delle nuove strategie nazionali in materia di droga in **Germania, Grecia, Irlanda, Lussemburgo, Portogallo, Finlandia e Regno Unito**. Tra le strategie innovative si possono annoverare la formazione alla sensibilizzazione sui rischi e il pronto soccorso tra i consumatori di stupefacenti per prevenire i casi di overdose mortale. Inoltre in **Germania, Spagna e Paesi Bassi** sono state organizzate sale per il consumo di droghe ("drug-consumption rooms") sotto il controllo di professionisti.

Un'altra nuova iniziativa importante in atto in tutta Europa è l'assistenza medica ai tossicodipendenti attraverso servizi a bassa soglia destinati alle persone senza fissa dimora o che conducono una vita precaria.

## Prevenzione nelle scuole – priorità alla qualità degli interventi

La prevenzione nelle scuole è sempre al centro delle attività indirizzate ai giovani, in genere a partire dall'età preadolescenziale. Sebbene sia stata ampiamente dimostrata l'efficacia della prevenzione nelle scuole, la sua realizzazione non è molto diffusa nella maggior parte dei paesi. Soltanto in pochi, ad es. in **Spagna, Grecia e Irlanda**, questi programmi sono inseriti sistematicamente nei curricula scolastici. **Francia e Svezia** riportano che stanno analizzando i sistemi di prevenzione nelle scuole secondo criteri scientifici, mettendo in tal modo apertamente in discussione attività tuttora in corso che tuttavia non corrispondono a prassi verificate come metodologie efficaci.

## Carenza di servizi nel sistema di giustizia penale

Nella relazione viene riportato che i sistemi di trattamento e riduzione del danno diffusi nelle comunità sono pressoché inaccessibili ai tossicodipendenti in carcere. Nelle nuove politiche del sistema penale, si stanno introducendo interventi di alternativa al carcere rivolti ai tossicodipendenti; i tossicodipendenti in carcere vengono inviati ad un il trattamento semiobbligatorio o allo svolgimento di servizi a favore della comunità; in tal modo si soddisfano meglio le esigenze dei tossicodipendenti carcerati e si evita al tempo stesso che i giovani consumatori di droga restino in contatto con altri criminali in prigione. Tuttavia, non è ancora scientificamente provato che tali interventi alternativi al carcere siano efficaci. Il ricorso ad essi è inoltre stimolato dal grande affollamento delle carceri europee.

## Grave carenza di valutazione

Nella relazione si osserva che nell'UE spesso si valutano più sistematicamente le risposte innovative e controverse che i tipi di prevenzione e trattamento più tradizionali. Nella valutazione intermedia del piano d'azione dell'UE in materia di lotta alla droga (2002–2004) svolta dalla **Commissione europea** nel 2002 si osserva che gli **Stati membri** attribuiscono crescente priorità alla riduzione della domanda, ma notano con rammarico che le risposte spesso non sono valutate in modo sistematico.

## Questioni specifiche

*La relazione di oggi approfondisce tre questioni specifiche: consumo di droga ed alcool tra i giovani (cfr. comunicato a parte); emarginazione e reinserimento sociale; e spesa pubblica nel settore della riduzione della domanda di stupefacenti.*

### Emarginazione e reinserimento sociale

Nella relazione si analizza tanto il consumo di droga tra le popolazioni socialmente escluse (detenuti, immigranti, senzatetto, professionisti del sesso e giovani vulnerabili) quanto l'esclusione sociale tra i tossicodipendenti.

Da alcuni studi risulta che fino al 54% dei detenuti segnala di fare uso di droga in carcere e fino al 34% di farlo per via parenterale. Non è scientificamente provato che il consumo di droga da parte degli immigranti sia più elevato rispetto alla popolazione generale, sebbene alcuni studi mostrino una maggiore prevalenza di consumo *problematico* di stupefacenti in specifici gruppi etnici minoritari. Tra i fattori di svantaggio figurano: disoccupazione, scarse risorse economiche, problemi di alloggio e di lingua. **Danimarca, Francia, Paesi Bassi e Regno Unito** segnalano che fino all'80% delle persone senza fissa dimora che vivono in ospizi sono tossicodipendenti e che tale percentuale è anche più elevata per i senzatetto. La droga più comune tra la persone senza fissa dimora è l'eroina.

Per quanto riguarda l'esclusione sociale tra i tossicodipendenti, nella relazione si osserva che nel 2001 oltre il 50% di tutti i clienti in trattamento nell'UE ha un basso livello di scolarità ed è molto elevato il tasso di abbandono e esclusione scolastici.

Il tasso di disoccupazione tra i consumatori di droga è più alto rispetto alla popolazione generale (il 47% tra i clienti in trattamento contro l'8% nella popolazione generale). Fino al 77% delle persone in trattamento

sopravvivono grazie a sussidi sociali e spesso contraggono debiti. Le condizioni di vita sono spesso molto carenti: il 10% dei pazienti vive in alloggi precari e l'8% in centri di assistenza sociale. Si stima che fino al 29% dei tossicodipendenti siano senza fissa dimora. Tra gli interventi di integrazione sociale figurano misure destinate a migliorare le condizioni di istruzione, abitazione e occupazione dei consumatori di stupefacenti. Tali interventi sono spesso diretti anche ad altri gruppi socialmente esclusi.

### **Spesa pubblica – Le stime indicano una spesa di almeno 2,3 miliardi di euro**

Nella relazione viene analizzata la spesa pubblica diretta nel settore della riduzione della domanda di stupefacenti sostenuta nel 1999 nei **15 Stati membri dell'UE** e in **Norvegia**. Sebbene i dati a tale riguardo non siano ancora completi, l'**OEDT** calcola una cifra di almeno 2,3 miliardi di euro spesi direttamente per la riduzione della domanda, ma in realtà è probabile che questa spesa sia molto più alta. Se si fa un confronto tra prevenzione e trattamento per quanto riguarda la spesa per la riduzione della domanda di stupefacenti, risulta che la prevenzione riceve una percentuale di fondi molto minore rispetto ad altri interventi.

Nella relazione si afferma che i decisori politici mostrano attualmente maggiore interesse nei confronti delle analisi della spesa pubblica, che utilizzano sia per impostare il processo decisionale che per misurare l'efficienza. Tanto i sistemi di ricerca quanto quelli di informazione in questo settore sono ancora in fase di sviluppo e devono essere completati se si vogliono ottenere dati precisi sulla spesa totale dell'Europa in materia di droga.

---

#### **Note per gli editori:**

- **Relazione annuale 2003: evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia** (nelle 11 lingue dell'UE ed in norvegese al seguente indirizzo: <http://annualreport.emcdda.eu.int>).
- **Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union** (Relazione annuale 2003: evoluzione del fenomeno della droga nei paesi aderenti e nei paesi candidati all'adesione all'Unione europea) (in inglese al seguente indirizzo: <http://candidates.emcdda.eu.int>).
- I **comunicati** stampa possono essere scaricati al seguente indirizzo: [http://www.emcdda.eu.int/infopoint/news\\_media/newsrelease.cfm](http://www.emcdda.eu.int/infopoint/news_media/newsrelease.cfm)