



## COMUNICATO dell'agenzia europea delle droghe di Lisbona

---

### RELAZIONE ANNUALE 2004: "QUESTIONI SPECIFICHE"

#### **È in aumento il numero dei giovani che entrano in terapia per la cannabis: l'OEDT cerca di capirne il perché**

(25.11.2004 LISBONA **EMBARGO 10H00 OEC/Ora di Bruxelles**) In molti paesi dell'UE i centri terapeutici specializzati nel trattamento delle tossicodipendenze segnalano un aumento del numero dei consumatori di cannabis. Nel complesso, la cannabis è diventata, dopo l'eroina, la droga primaria per la quale i consumatori chiedono aiuto con maggiore frequenza.

Questo andamento è rivelato nella **Relazione annuale 2004 sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea ed in Norvegia**, presentata oggi a **Bruxelles** dall'agenzia europea delle droghe (OEDT) di Lisbona. In una sezione dedicata alle "problematiche legate alla cannabis nel loro contesto", la relazione esamina le problematiche legate alla crescente domanda di trattamento per la sostanza illecita più prodotta, smerciata e consumata del mondo.

"Capire perché un numero sempre maggiore di consumatori di cannabis, in molti paesi europei, si rivolge ai centri terapeutici è cruciale per la politica della salute, afferma il **presidente dell'OEDT, Marcel Reimen**. "È solo perché il consumo della cannabis è in aumento in quasi tutti i paesi dell'Unione europea? Oppure entrano in gioco altri fattori, come modelli di consumo diversi, una maggiore potenza, una più accurata segnalazione dei dati o la tendenza di alcuni paesi a dirottare i consumatori di cannabis dal sistema giudiziario penale ai servizi terapeutici e sociali? Capire questo fenomeno è di importanza cruciale per sviluppare risposte adeguate al consumo della cannabis".

#### **Cambiano i modelli di consumo: è in aumento il consumo regolare e intensivo di cannabis**

La maggior parte dei consumatori di cannabis ne fa uso in maniera soltanto occasionale o per periodi di tempo limitati. Le preoccupazioni nascono dall'esistenza di un gruppo ristretto, ma significativo e tendenzialmente crescente, composto prevalentemente di giovani di sesso maschile che ne fanno un uso più frequente. Secondo una stima di massima dell'OEDT, i consumatori giornalieri di cannabis sono tre milioni in tutta l'UE.

Dalla relazione che viene oggi presentata emerge che, nella maggior parte dei paesi, le stime del consumo corrente di cannabis (ultimi 30 giorni) vanno dal 3% al 12% dei giovani adulti (d'età compresa tra 15 e 34 anni) e dall'1% al 7% di tutta la popolazione adulta (d'età compresa tra 15 e 64 anni). I valori più alti sono segnalati nella **Repubblica ceca**, in **Spagna**, **Francia**, **Irlanda** e **Regno Unito**. Dalle indagini emerge che una percentuale di giovani adulti compresa tra lo 0,9% ed il 3,7% fa un uso intensivo di questa droga (tutti i giorni o quasi). Tra i giovani di sesso maschile la percentuale del consumo quotidiano può essere anche superiore: un'indagine condotta in **Francia** nell'arco di un anno su giovani della fascia 17-19 anni segnala un consumo quotidiano del 9,2% dei ragazzi e del 3,3% delle ragazze.

L'OEDT non ha trovato prove precise dell'esistenza di un collegamento diretto tra l'aumento del consumo regolare ed intensivo di cannabis e l'aumento della domanda di intervento terapeutico. Tuttavia, in questo

ambito d'indagine, i dati sono piuttosto scarsi e l'esistenza di un legame non può essere esclusa. Sono necessarie con urgenza ulteriori ricerche sull'entità del fenomeno, in particolare sull'evoluzione dei danni sociali o alla salute che inducono i consumatori di cannabis a chiedere aiuto.

### La questione del principio attivo: la cannabis sta diventando più potente?

Si è ipotizzato che il numero crescente di persone che chiedono di entrare in terapia per problemi dovuti alla cannabis sia in parte collegato all'aumento della potenza della sostanza. Da alcune segnalazioni sembra emergere che la cannabis oggi disponibile è fino a 10 volte più forte di quanto non fosse in passato. La relazione oggi presentata chiarisce la questione, sulla base di recenti risultati scientifici elaborati sui dati disponibili <sup>(1)</sup> (la potenza della cannabis è definita come la quantità di ingrediente attivo primario  $\Delta^9$ -tetraidrocannabinolo (THC) presente nella sostanza).

L'**OEDT** afferma che dal calcolo generale della potenza dei prodotti derivati dalla cannabis disponibili sul mercato europeo non risulta un significativo aumento della potenza. Ciò sembra derivare dal fatto che, in gran parte dei paesi dell'**UE**, la cannabis importata (in foglie e sotto forma di resina) domina il mercato e la sua effettiva potenza è rimasta relativamente stabile per molti anni (circa 6%–8%). I **Paesi Bassi** sono l'unico paese in cui si registri un significativo aumento della potenza effettiva (stimata a 16%), attribuibile pressoché interamente al maggior consumo di cannabis in foglie prodotta in loco e coltivata facendo ricorso a tecniche idroponiche intensive.

La produzione locale delle piante di cannabis è oggi diffusa in tutti i paesi europei ed è in generale sempre di potenza elevata, spesso da due a tre volte superiore rispetto alle foglie di cannabis importate da paesi del **Nord Africa**, dei **Caraibi** e dell'**Estremo oriente**. Tuttavia, nell'**UE** la quota di mercato della cannabis di produzione domestica/di potenza elevata è ritenuta modesta, anche se suscettibile di aumento in alcuni paesi. Nei **Paesi Bassi** si calcola che i derivati della cannabis di produzione locale costituiscano più della metà del mercato nazionale della cannabis.

Non è chiaro fino a che punto il consumo di cannabis di potenza elevata determini maggiori danni per la salute, ma un impatto negativo non può essere escluso, afferma l'**OEDT**. Le patologie acute (quali attacchi di panico e problemi psicologici minori) potrebbero diventare più frequenti tra i consumatori di cannabis di potenza elevata e ciò potrebbe ripercuotersi sulla domanda di trattamento. Ciò significa che, nei prossimi anni, la priorità dovrà essere quella di monitorare con rigore le tendenze del mercato, i danni correlati alla salute, nonché i livelli di concentrazione di THC.

“Non dobbiamo essere né troppo allarmisti né troppo indulgenti sulla questione della potenza della cannabis oggi disponibile” afferma il **direttore dell'OEDT, Georges Estievenart**. “La quota di mercato della cannabis di potenza elevata resta relativamente modesta, ma la situazione può cambiare e generare gravi problemi in termini di ripercussioni negative sulla salute pubblica”.

### I dati relativi agli interventi terapeutici registrano un aumento ma con marcate differenze tra i vari paesi

Dai dati più recenti raccolti nei centri terapeutici ambulatoriali dell'**UE**, emerge che circa il 12% di tutti i pazienti in trattamento ed il 30% dei nuovi pazienti sono oggi registrati come consumatori di cannabis in quanto droga problematica principale. Il numero dei consumatori di cannabis registrati dal sistema sanitario è aumentato costantemente dalla metà degli anni Novanta, quando soltanto il 9% delle nuove domande di trattamento risultava legato al consumo di cannabis (dati del 1996).

Fatta eccezione per la **Grecia** e per il **Regno Unito**, tutti i paesi segnalano un incremento percentuale dei pazienti che fanno uso di cannabis rispetto ai nuovi pazienti ammessi al trattamento, ma il quadro è tutt'altro che omogeneo. Ciò è dovuto non soltanto a differenze nel numero delle persone che chiedono di essere assistite, ma anche a differenze nell'offerta di servizi, nelle prassi seguite dalle autorità giudiziarie e nelle procedure di segnalazione.

La percentuale massima dei nuovi pazienti che chiedono di entrare in terapia per il consumo di cannabis è riscontrata in **Germania** (48%), mentre la minima è registrata in **Lituania** (prossima allo zero). In **Danimarca, Francia, Finlandia e Svezia** si tratta di almeno un terzo, mentre nella **Repubblica ceca**, nei **Paesi Bassi**, in **Spagna** ed in **Slovenia** è di oltre 20%. Complessivamente, l'aumento della domanda per il trattamento da cannabis è meno evidente nei nuovi **Stati membri dell'UE**, anche se in alcuni paesi sono stati notati degli aumenti. Anche negli **Stati Uniti** è stato registrato un aumento della domanda di trattamento: il numero dei pazienti ammessi per marijuana è salito da circa 20 000 nel 1992 a 90 000 nel 2000.

### **Il profilo dei consumatori di cannabis in terapia – giovani, socialmente più integrati, generalmente di sesso maschile**

Rispetto ai pazienti in trattamento per altri problemi di droga, i nuovi pazienti che entrano in terapia per la cannabis tendono ad essere più giovani (hanno in media 22–23 anni) e sono prevalentemente di sesso maschile (83%). Soltanto un numero relativamente modesto di giovanissimi entra nei centri terapeutici specializzati in tossicodipendenze ma, tra questi, la cannabis è spesso segnalata come la droga problematica primaria. La cannabis è responsabile di quasi tutte (80%) le domande di trattamento provenienti dai soggetti con meno di 15 anni d'età e del 40% delle domande provenienti da pazienti d'età compresa tra 15 e 19 anni.

Dalla relazione emerge che il 45% dei pazienti in trattamento per cannabis fa parte della popolazione scolastica, contro l'8% circa di chi è in trattamento per altri problemi di droga; un altro 24% ha un'occupazione, mentre i pazienti per eroina sono in prevalenza disoccupati. In generale, i giovani trattati per uso di cannabis hanno una dimora fissa poiché molti di loro vivono ancora con i genitori. La maggior parte di questi consumatori si rivolge al centro terapeutico spinto dalla famiglia o dagli amici, dai servizi sociali o dagli organi giudiziari penali; molto meno numerosi sono quelli che vi si rivolgono spontaneamente.

In Europa, la maggioranza (84%) dei consumatori di eroina che entra in terapia ne fa un uso quotidiano. Nel caso della cannabis, circa la metà ne fa un uso regolare (il 36% tutti i giorni ed il 17% da 2 a 6 volte la settimana). L'altra metà segnala modelli di consumo più sporadici: il 15% dichiara di farne uso meno di una volta a settimana ed il 28% non ne ha fatto uso nel mese precedente l'inizio della terapia. Tra i pazienti in trattamento, la percentuale più elevata di consumatori quotidiani di cannabis è segnalata nei **Paesi Bassi** (80%) mentre la percentuale più elevata di consumatori occasionali è segnalata in **Germania** (41%), paese che registra anche la percentuale più elevata di nuovi pazienti per cannabis.

### **La risposta alle esigenze dei consumatori di cannabis in trattamento**

“Per l'elaborazione di risposte efficaci è fondamentale riuscire a comprendere le necessità di chi chiede aiuto per problemi legati alla cannabis”, afferma la relazione. I pazienti per cannabis presentano modelli di consumo diversi rispetto a chi fa uso di altre droghe, ma ci sono anche notevoli differenze fra gli stessi consumatori di cannabis, tra i quali emergono almeno due gruppi.

Il primo gruppo è formato da soggetti piuttosto giovani, solitamente indirizzati al centro terapeutico dalla famiglia o dalla scuola: consumano la cannabis da sola o unita ad alcool o sostanze stimolanti. Il secondo gruppo è formato da soggetti leggermente meno giovani, che solitamente sono inviati al centro terapeutico dalla giustizia penale o dai servizi sanitari: hanno maggiore esperienza di altre droghe illecite e tendono a sovrapporsi alla popolazione che fa uso cronico di sostanze stupefacenti. Le esigenze terapeutiche dei due gruppi sono pertanto molto diverse.

I centri terapeutici di alcuni paesi – **Danimarca, Germania, Grecia, Francia, Paesi Bassi, Austria, Svezia e Norvegia** – offrono servizi ritagliati sulle esigenze dei consumatori di cannabis. Complessivamente, però, in Europa non sono abbastanza sviluppati le opzioni terapeutiche specialistiche ed i modelli di assistenza per i pazienti consumatori di cannabis. Un tema importante sollevato nella relazione che viene presentata oggi riguarda la “opportunità” di inserire i consumatori occasionali di cannabis in centri specializzati per le tossicodipendenze, dove possano entrare in contatto con eroinomani cronici o con poliassuntori. La relazione afferma: “poiché i centri terapeutici specializzati sono spesso strutturati in maniera tale da venire incontro alle

esigenze di una popolazione spesso eterogenea ed emarginata, la loro utilità per chi ha problemi meno gravi, come i consumatori di cannabis, è discutibile”. Per trattare con successo chi ha problemi dovuti al consumo di cannabis è fondamentale individuare soluzioni e percorsi terapeutici più adeguati.

### La tessera mancante nel puzzle

La relazione afferma che i consumatori di cannabis trattati in strutture specialistiche rappresentano una “percentuale non irrisoria” delle nuove domande di trattamento e formano un sottogruppo distinto della popolazione complessiva in terapia: questo è un fatto che non si può ignorare. Ciò mostra altresì che, per quanto il consumo intensivo di cannabis sia relativamente raro, il consumo diffuso di questa droga significa che un numero considerevole di giovani può essere interessato dal fenomeno. Potenzialmente, l’impatto in termini di salute pubblica potrebbe essere considerevole. “Molti importanti interrogativi...restano tuttora senza risposta” e va rilevato che non tutti i paesi dispongono dei dati necessari per una corretta valutazione della situazione attuale.

**Georges Estievenart** afferma: “Abbiamo stabilito che il consumo regolare di cannabis è in aumento e abbiamo fatto luce sui timori riguardanti la potenza della cannabis. Sappiamo anche da studi clinici che alcuni consumatori di cannabis possono subire danni alla salute acuti e cronici, mentre altri non sembrano avvertire danni a lungo termine. Ma ci manca ancora un tassello fondamentale del puzzle che ci permetterebbe di comprendere l’impatto dei nuovi modelli di consumo della cannabis nell’UE, in particolare per quanto riguarda i servizi terapeutici. Quello che ci manca sono i dati che ci consentirebbero di misurare l’entità dei problemi che incontrano i consumatori regolari. Sono le informazioni cruciali per sviluppare, indirizzare ed attuare risposte terapeutiche efficaci contro l’uso della droga più diffusa in Europa”.

## COMORBILITÀ

### La maggior parte dei tossicodipendenti in terapia presenta problemi psichiatrici

Il consumo di sostanze stupefacenti si accompagna spesso ad un’ampia serie di altre problematiche, quali le malattie infettive (HIV, HCV) e le difficoltà sociali. Molto meno riconosciuti sono però i problemi di salute mentale legati alla tossicodipendenza, che possono complicare la prestazione terapeutica.

Secondo la relazione, un gran numero, probabilmente in aumento, di tossicodipendenti oggi in terapia sono affetti da “comorbidità” psichiatrica (una combinazione di abuso di sostanze stupefacenti e problemi psichiatrici). Risulta che una percentuale compresa tra il 50% ed il 90% di questi soggetti soffre di disturbi della personalità e che all’incirca un quinto mostra problemi psichiatrici più seri.

Purtroppo, né i servizi terapeutici per tossicodipendenze né gli ambulatori psichiatrici riescono ad individuare i pazienti affetti da comorbidità, perché questa condizione è notoriamente difficile da diagnosticare. La tossicodipendenza e i comportamenti distruttivi spesso mascherano veri e propri disturbi della personalità e le sindromi psichiatriche spesso sono erroneamente interpretate come stati indotti da sostanze stupefacenti. Anche la mancanza di formazione è un ostacolo: i professionisti in psichiatria e in terapia delle tossicodipendenze e viceversa spesso mancano di formazione nel settore e quindi non sono preparati per affrontare il fenomeno della comorbidità e la totalità dei problemi del paziente. Conseguentemente, i pazienti sono spesso rinviiati da un servizio all’altro (sindrome della “*revolving door*” o porta girevole), il che può compromettere il beneficio dell’intervento terapeutico e provocare tassi elevati di abbandono e di frustrazione tanto per il paziente quanto per chi lo assiste.

La relazione sottolinea l’esigenza di un approccio basato sulla gestione dei singoli casi altamente strutturato e integrato, che sia mirato all’individuo e continuativo. La relazione afferma tuttavia che: “Nella maggioranza dei paesi ci sono soltanto alcuni programmi integrati specializzati, o unità, per i pazienti con comorbidità; la disponibilità è ben lungi dall’essere adeguata alla domanda”. Alcuni passi avanti nel campo della formazione sono registrati in **Italia** e nei **Paesi Bassi** dove si tengono corsi di formazione sulla comorbidità cui partecipano congiuntamente il personale che si occupa di salute mentale ed il personale che si occupa di

tossicodipendenze. Altri paesi segnalano interventi formativi “in-service”, ma la loro attuazione è “aleatoria e non uniforme”.

“La cooperazione ed il coordinamento tra i vari servizi, a tutti i livelli del processo di cura, sono essenziali per il corretto trattamento della comorbilità e per garantire una continuità tra assistenza e post-assistenza” afferma **Georges Estievenart**. “Si tratta di un’attività che richiede tempo ed impegno di risorse umane ed organizzative, ma che in ultima analisi presenta un buon rapporto costi-benefici”. È attualmente in corso uno studio della Commissione europea sui servizi per pazienti affetti da comorbilità in sette istituti psichiatrici europei: i risultati sono attesi nel 2005.

## VALUTAZIONE DELLE STRATEGIE NAZIONALI IN MATERIA DI DROGA

### Le politiche in materia di droga sono più affidabili che mai

Nell’UE le politiche nazionali in materia di droga sono oggi “più affidabili che mai”, afferma la relazione. Ventidue paesi (Norvegia compresa) hanno adottato strategie nazionali in materia di sostanze stupefacenti e molti considerano la valutazione una priorità per la della misurazione dell’efficienza e della gestione finanziaria.

In un capitolo appositamente dedicato alla valutazione delle strategie nazionali in materia di sostanze stupefacenti, la relazione afferma che attualmente la maggioranza dei paesi provvede alla valutazione degli interventi, mentre alcuni – **Spagna, Francia, Irlanda e Portogallo** – si spingono oltre, cercando di valutare l’efficacia delle proprie politiche nei confronti del fenomeno stesso della droga (valutazione dell’impatto). La volontà politica di attuare interventi su base scientifica è già di per sé un risultato importante. In pratica però, dice la relazione, non sono segnalati paesi che valutino integralmente l’impatto dei propri sforzi sul fenomeno in materia di droga. È difficile rintracciare i nessi causali tra una politica e la situazione della droga: il quadro è spesso confuso da fattori socioeconomici e da più ampi fattori sociali.

Gli esperti ed i professionisti del settore concordano sul fatto che, per valutare scientificamente una linea strategica, gli obiettivi devono essere definiti in maniera chiara, quantificabile e priva di ambiguità; devono essere accompagnati anche da indicatori di produzione per misurare i risultati conseguiti. Finora soltanto pochissimi paesi – **Spagna e Irlanda** – si basano su indicatori di questo tipo.

Nonostante alcune lacune nella acquisizione delle informazioni, la relazione afferma: “La diffusione di una cultura del monitoraggio e della valutazione ha contribuito alla conoscenza della problematica delle droghe nell’UE: è ora possibile prendere decisioni con maggiore cognizione di causa...Molti progetti ed interventi specifici nel campo delle droghe contengono già un elemento di valutazione che, se verrà esteso ai principali interventi politici, contribuirà progressivamente alla misurazione dell’efficacia delle strategie nazionali europee in materia di droga”.

---

### Note:

Per i comunicati stampa in 20 lingue, nonché per **Relazione annuale, Bollettino statistico, Sintesi per paese e Relazioni nazionali Reitox** cfr. <http://annualreport.emcdda.eu.int> – <http://emcdda.kpnqwest.pt>

(<sup>1</sup>) *An oversight of cannabis potency in Europe*, OEDT Insights N. 6, 2004, redatto dal dott. Leslie A. King sotto la direzione di Paul Griffiths e di Chloé Carpentier dell’OEDT (si può scaricare dall’indirizzo <http://www.emcdda.eu.int>). Le informazioni sulla potenza di prodotti a base di cannabis nei paesi europei derivano: da una rassegna della letteratura scientifica e tecnica in materia, da relazioni degli Stati membri dell’UE (Tabella standard 14, nel quadro della loro partecipazione al sistema europeo di monitoraggio sulle sostanze stupefacenti OEDT–Reitox); da informazioni ottenute da un questionario ad hoc inviato ad esperti in medicina legale, tossicologia e test che rivelano la presenza di sostanze stupefacenti. Allo studio hanno contribuito gli esperti di 13 paesi dell’UE.