

Errata corrige
Relazione annuale sull'evoluzione
del fenomeno della droga nell'Unione europea - 2000
(testo corretto **sottolineato**)

Pagina 21, paragrafo intitolato **Sviluppi nei decessi correlati agli stupefacenti**

Primo puntino – Prima frase:

In Spagna, Francia e in parte anche in Germania (per quanto sia stato segnalato un recente aumento), Italia, Lussemburgo e Austria, il numero di decessi improvvisi correlati agli stupefacenti si è stabilizzato o è diminuito.

Pagina 28, paragrafo intitolato **Politiche nazionali in materia di stupefacenti**

Prima frase del quarto capoverso:

In Lussemburgo il coordinamento della politica in materia di stupefacenti è passato dal ministero della Giustizia al ministero della Sanità dopo le ultime elezioni parlamentari nel 1999. È attualmente in fase di discussione un progetto di legge per abolire le pene detentive e ridurre le ammende in caso di consumo e possesso per uso personale di cannabis e suoi derivati e per riesaminare le sanzioni in caso di consumo e possesso per uso personale di altre droghe.

Pagina 31, paragrafo intitolato **Malattie infettive**

Ultimo capoverso:

Il programma di vaccinazione contro l'epatite B condotto in Austria ha dato tuttavia buoni risultati e da Germania, Lussemburgo e Paesi Bassi provengono esperienze positive, anche tra consumatori ad alto rischio per via endovenosa.

Pagina 32, paragrafo intitolato **Consumatori problematici di stupefacenti**

Seconda frase del primo capoverso:

In Danimarca oltre il 75% e in Lussemburgo l'82% di coloro che entrano in terapia fa uso di più sostanze stupefacenti.

Pagina 33, paragrafo intitolato **Reinserimento**

Ultima frase del primo capoverso:

Grecia, Spagna, Irlanda, Lussemburgo, Austria, Portogallo e Finlandia hanno intensificato gli sforzi nel sostenere i tossicodipendenti a (re)integrarsi nella società e a stabilizzare i loro stili di vita.

Ultima frase del secondo capoverso:

Grecia, Spagna, Lussemburgo, Austria e Portogallo stanno moltiplicando le iniziative per dare una casa agli (ex) tossicodipendenti, in alloggi con un sostegno finanziario, in comuni appartamenti o presso famiglie.

Pagina 35, Tabella 1: Sostanze sostitutive utilizzate nell'UE

Prima riga - 'Buprenorfina', colonna 'Paesi in cui la sostanza è utilizzata':

Belgio, Danimarca, Francia, Italia, Lussemburgo, Austria, Regno Unito

Seconda riga - 'Deidrocodeina', colonna 'Paesi in cui la sostanza è utilizzata', cancellare Lussemburgo.

Pagina 36, Tabella 2: Introduzione delle terapie sostitutive nell'UE

Riga 'Lussemburgo', colonna 'Introduzione di altre sostanze sostitutive':

Mephenon® (1989), Metadone (1989) (c) e Buprenorfina (2000)

Pagina 37, Figura: Quadro generale delle terapie sostitutive nell'Unione europea

Riquadro sul Lussemburgo:

Mephenon®, Metadone e Buprenorfina (prescrizione dal 2000)

Pagina 40, Tabella 3: Programmi che rispondono alle diverse esigenze delle donne che consumano stupefacenti

Riga 'Lussemburgo', colonna 'Madri tossicomani e relativi figli', simbolo: **+**



2000

Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea



O . E . D . T .

Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

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 dell'UE 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 danese, olandese, inglese, finlandese, francese, tedesco, greco, italiano, portoghese, spagnolo e svedese. Tutte le traduzioni sono state effettuate dal Centro di traduzione degli organi dell'Unione europea. Un bollettino statistico dei dati epidemiologici sarà disponibile in inglese sul sito Internet (<http://www.emcdda.org>).

Una scheda bibliografica figura alla fine del volume.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, 2000

ISBN 92-9168-099-0

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2000

Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

Printed in Belgium



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

Prefazione	5
Ringraziamenti	6
CAPITOLO 1	7
Tendenze generali	7
Tendenze nel consumo di stupefacenti e relative conseguenze	7
Cannabis	7
Anfetamine ed ecstasy	7
Cocaina	7
Eroina	8
Consumo di droghe miste	8
Consumo problematico di stupefacenti e richiesta di trattamento	8
Decessi connessi alle droghe	9
Malattie infettive collegate alle droghe	9
Altri casi di morbosità	9
Tendenze nelle risposte al consumo di stupefacenti	10
Sviluppi nelle politiche e nelle strategie	10
Prevenzione della tossicodipendenza	10
Riduzione dei danni provocati dal consumo di stupefacenti	10
Trattamenti per la disintossicazione	11
CAPITOLO 2	
Prevalenza e modelli del consumo di stupefacenti	13
Prevalenza del consumo di stupefacenti	13
Consumo di stupefacenti tra la popolazione	13
Consumo di stupefacenti tra i giovani in età scolare	15
Stime nazionali del consumo problematico di stupefacenti	16
Conseguenze del consumo di stupefacenti sulla salute	17
Richieste di terapia	17
Decessi correlati agli stupefacenti	19
Mortalità tra i tossicodipendenti	21
Malattie infettive correlate alle droghe	22
Indicatori dell'applicazione della legge	23
«Arresti» per reati di droga	24
Dati relativi alle carceri	24
Indicatori del mercato degli stupefacenti: sequestri, prezzo, purezza	24
Cannabis	24
Eroina	25
Cocaina	25
Anfetamine, ecstasy e LSD	26

CAPITOLO 3	
Risposte istituzionali al consumo di stupefacenti	27
Sviluppi delle politiche e delle strategie	27
Politiche nazionali in materia di stupefacenti	27
Strategia dell'Unione europea in materia di droga (2000-2004)	29
Garanzia di qualità	29
Risposte alla riduzione della domanda	29
Prevenzione	29
Riduzione dei danni causati dal consumo di stupefacenti	31
Programmi terapeutici	32
CAPITOLO 4	35
Questioni specifiche	35
Terapie sostitutive	35
Sostanze sostitutive	35
Introduzione delle terapie sostitutive nell'UE	36
Diffusione e strutture dei servizi per le terapie sostitutive	37
Procedimenti giudiziari per reati di droga	37
Possesso di eroina	37
Reati contro la proprietà	38
Spaccio di stupefacenti	39
Problematiche relative alle donne tossicodipendenti e ai loro figli	39
Consumo di stupefacenti nella popolazione femminile	39
Malattie infettive	41
Gravidanza e donne con bambini	41
Terapie di disintossicazione	41
Prevenzione del consumo di stupefacenti nella popolazione femminile	42
CAPITOLO 5	
Il problema della droga nei paesi dell'Europa centrale e orientale	43
Prevalenza e modelli del consumo di stupefacenti	43
Cannabis	43
Oppiacei	44
Cocaina	45
Droghe sintetiche	46
Altre sostanze	46
Risposte	46
Risposte istituzionali e legislative	46
Riduzione della domanda e dell'offerta	47
Pubblicazioni dell'OEDT nel 2000	49
Punti focali Reitox	50

Prefazione

Con questa *Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea 2000*, l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) offre all'UE e ai suoi Stati membri una visione globale del fenomeno delle droghe e della tossicodipendenza in Europa all'inizio del nuovo millennio. Per poter intervenire in modo efficace è essenziale disporre di dati accurati: rispondendo alle esigenze di informazione degli organi decisionali a tutti i livelli, l'OEDT fornisce un contributo rilevante allo sviluppo delle politiche europee in materia di stupefacenti.

La relazione annuale, elaborata in stretta collaborazione con i punti focali della rete Reitox, sia nazionali sia della Commissione europea, e con altri importanti partner, costituisce il principale veicolo di informazioni dell'Osservatorio. I dati e le analisi contenuti in questo documento sono decisivi per programmare ed attuare le misure necessarie per affrontare adeguatamente il problema della droga a livello nazionale e comunitario.

Poiché i metodi di raccolta e di comparazione dei dati si differenziano tra i vari paesi europei, l'OEDT si è impegnato nello sviluppo di alcuni strumenti specifici per facilitare l'analisi di legislazioni, politiche e strategie adottate in materia di stupefacenti dagli Stati membri. A tal fine, è in corso la realizzazione di cinque indicatori epidemiologici armonizzati relativi al consumo di stupefacenti: indagini su tutta la popolazione, stime sulla prevalenza del consumo di stupefacenti, richiesta di trattamenti terapeutici, decessi connessi all'uso di droghe e malattie infettive correlate alla droga. Questi indicatori non solo forniscono informazioni fondamentali su aspetti chiave del fenomeno delle droghe, ma hanno anche una valenza strategica più ampia. Alla valutazione dell'incidenza della politica sul problema della droga viene attribuita un'importanza sempre maggiore ed è sulla base di questi cinque indicatori che essa verrà effettuata in futuro.

In occasione del vertice di Helsinki nel dicembre 1999, il Consiglio europeo ha formalmente adottato la Strategia dell'Unione europea in materia di droga (2000-2004). Il documento stabilisce sei obiettivi da conseguire entro la fine del periodo di riferimento:

- ridurre in misura rilevante la prevalenza del consumo di stupefacenti e il numero di nuovi consumatori di età inferiore ai 18 anni;

- abbassare in misura sostanziale l'incidenza degli effetti negativi per la salute legati al consumo di stupefacenti e i decessi correlati all'uso di droghe;
- aumentare in misura rilevante il numero di tossicodipendenti sottoposti con successo a trattamento;
- diminuire in misura sostanziale la reperibilità di droghe illecite;
- ridurre in misura rilevante i reati legati alla droga;
- ridurre in maniera consistente il riciclaggio di denaro sporco e il traffico illecito di sostanze chimiche per la produzione di droghe (precursori).

L'OEDT, in stretta collaborazione con la Commissione europea e con gli Stati membri dell'UE, si sta adoperando per porre in essere metodologie e strumenti necessari per realizzare, controllare e valutare la strategia nei prossimi cinque anni.

In linea con la politica di informazione sulla droga dell'UE, il Programma delle Nazioni Unite per il controllo internazionale della droga (UNDCP) è impegnato in un'azione concordata, attraverso il suo «documento di consenso di Lisbona» del gennaio 2000 che approva sette indicatori chiave armonizzati, intesa a promuovere a livello internazionale un'attività di raccolta dei dati che integri quella intrapresa a livello europeo dall'OEDT.

L'importanza del ruolo fondamentale che l'Osservatorio riveste a livello europeo nella raccolta di informazioni affidabili e comparabili in materia di stupefacenti ha trovato eco su scala internazionale nella Dichiarazione politica sui principi guida per la riduzione della domanda di stupefacenti, adottata in occasione della sessione speciale dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite sul problema della droga, svoltasi nel giugno 1998. Questo riconoscimento e la crescente enfasi posta sulla valutazione degli interventi per la riduzione della domanda quale fondamento per il buon esito di qualsiasi strategia nazionale e internazionale contro gli stupefacenti possono essere interpretati solo come importanti sviluppi in tale contesto. Mi auguro pertanto che anche la presente relazione rappresenti un passo avanti in questa direzione.

Georges Estievenart
Direttore esecutivo

Ringraziamenti

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

- i dirigenti e 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 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 e 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;
- Mike Ashton e Rachel Neaman;
- Andrew Haig & Associates, design e impaginazione.

Tendenze generali

Tendenze nel consumo di stupefacenti e relative conseguenze

Cannabis

La cannabis è ancora oggi la droga più diffusa e di maggior consumo nell'UE, il cui uso è aumentato in misura rilevante negli anni Novanta. La continua crescita cui si assiste in paesi che in passato registravano livelli inferiori di diffusione e una certa stabilizzazione nei paesi a maggiore prevalenza confermano la tendenza verso la convergenza già sottolineata lo scorso anno.

- Almeno 45 milioni di cittadini europei (il 18 % dei quali di età compresa tra i 15 e i 64 anni) hanno provato la cannabis almeno una volta. Circa 15 milioni (di cui il 6 % circa nella fascia di età 15-64) ne hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi.
- Il consumo è maggiore nei gruppi di fasce di età inferiori. Circa il 25 % dei giovani di 15-16 anni e il 40 % di coloro che hanno compiuto i 18 anni hanno provato la cannabis. Dal 1990 ad oggi in alcuni paesi il consumo è raddoppiato, in altri ha registrato un aumento meno marcato, mentre in alcuni si è stabilizzato.
- Il motivo principale per cui si prova la cannabis è la «curiosità» e il consumo è più saltuario che continuo.
- L'aumento rilevato lo scorso anno di coloro che entrano in terapia per la disintossicazione da cannabis viene confermato, soprattutto tra i consumatori più giovani. In molti casi si tratta di pazienti che fanno uso anche di altre sostanze.
- La cannabis rimane la sostanza principale alla base dei reati di droga, soprattutto nei casi correlati all'uso e al possesso piuttosto che in quelli legati al traffico. I

quantitativi di cannabis sequestrata sono aumentati in modo massiccio rispetto al 1997.

Anfetamine ed ecstasy

Le anfetamine e l'ecstasy sono le seconde sostanze più diffuse in Europa. Dopo l'aumento registrato negli anni Novanta, l'uso di ecstasy sembra stabilizzarsi o persino diminuire, mentre il consumo di anfetamine è stabile o in aumento.

- Dall'1 al 5 % degli individui di età compresa tra i 16 e i 34 anni ha fatto uso di anfetamine e/o ecstasy. Le percentuali sono più elevate se si restringono le fasce di età, ma di rado superano il 10 %.
- La percentuale di consumatori che richiedono di entrare in terapia per la disintossicazione da anfetamine o da altre sostanze stimolanti è bassa, ma in aumento in alcuni paesi.
- L'uso di questo tipo di droghe continua a spostarsi dalle grandi discoteche a locali distribuiti geograficamente in modo capillare, quali ritrovi, bar o ambienti privati.
- Si osserva la presenza di una più ampia gamma di droghe e di modelli di consumo, legati ai diversi gruppi sociali e agli stili di vita.
- Nel 1998 si sono stabilizzati sia il numero delle confische sia le quantità di anfetamine sequestrate. I sequestri di ecstasy sono stabili dal 1997, sebbene i dati relativi ai quantitativi sequestrati siano oscillanti.

Cocaina

Se da un lato il consumo di cocaina continua ad essere meno diffuso rispetto ad anfetamine o ecstasy, per contro il suo consumo è in aumento, soprattutto tra gruppi socialmente attivi, e si sta allargando ad una fascia di popolazione più ampia.

- Tra l'1 e il 16 % di coloro che rientrano nella fascia di età 16-34 anni, e dall'1 al 2 % dei giovani in età scolare hanno provato la cocaina almeno una volta, sebbene da alcune ricerche emerge che nella fascia 15-16 anni tale percentuale raggiunge il 4 %.
- I livelli di consumo più alti si registrano tra i giovani adulti che vivono nei centri urbani, hanno un'occupazione e un buon livello di vita sociale.
- Il consumo di cocaina è tendenzialmente saltuario; di solito tale sostanza viene inalata sotto forma di polvere.
- Molti consumatori in terapia per la disintossicazione da eroina assumono anche cocaina per via endovenosa o fumandola come «crack».
- Si sono osservati gravi problemi connessi al consumo di «crack», soprattutto tra le donne che si prostituiscono.
- La percentuale di consumatori che richiedono un trattamento per la disintossicazione da cocaina è in aumento in diversi paesi. Non è ancora chiaro se tale fenomeno sia legato al consumo di eroina o se derivi da un pesante uso ricreativo di altri stupefacenti.
- Nel 1998 sono continuati ad aumentare i sequestri di cocaina, mentre i dati relativi ai quantitativi sequestrati sono oscillanti.

Eroina

La tossicodipendenza da eroina rimane generalmente stabile. I consumatori noti sono in gran parte adulti con gravi problemi sociali, psichiatrici e di salute, sebbene si registrino casi di consumo di eroina anche tra gruppi di individui più giovani.

- L'esperienza dell'eroina rimane nel complesso percentualmente ridotta (dall'1 al 2 % nei giovani adulti) e indagini condotte nel mondo scolastico rivelano che gli studenti sono decisamente prudenti rispetto al suo utilizzo.
- Alcuni paesi registrano dal punto di vista aneddotico esperienze relative all'aumento del numero di giovani che fumano l'eroina; alcune indagini condotte nel mondo scolastico rivelano sperimentazioni più ampie.
- Il consumo di eroina viene registrato tra i giovani, che fanno un pesante uso ricreativo di sostanze stupefacenti, tra cui anfetamine, ecstasy e altri tipi di droghe.

Gli altri gruppi ad alto rischio includono le minoranze socialmente emarginate, i giovani senz'altro, gli adolescenti che hanno vissuto in istituto e i giovani delinquenti, i detenuti (soprattutto le donne) e coloro che operano nel mercato del sesso.

- A differenza di chi riprende le terapie, coloro che per la prima volta entrano in terapia per la disintossicazione da eroina sono più facilmente nuovi consumatori della sostanza, che fumano eroina piuttosto che assumerla per via endovenosa.
- I dati relativi ai sequestri di eroina e alle quantità interessate sono stabili in tutta l'UE, sebbene si registrino variazioni tra i diversi paesi.

Consumo di droghe miste

I modelli di consumo di sostanze «ricreative» e di «droghe del week-end» riguardano sempre più combinazioni di droghe lecite e illecite, compresi alcol e tranquillanti.

- Le indagini condotte nel mondo dei locali notturni rivelano un pesante consumo congiunto di diverse sostanze stupefacenti da parte di una minoranza di giovani.
- Si registra il consumo di droghe sintetiche come chetamina e gamma-idrossibutirrato (GHB), ma è molto meno diffuso del consumo di anfetamine o ecstasy.
- Più rilevante è l'aumento del consumo di cocaina, spesso insieme ad elevate quantità di alcolici.
- Tra i giovani in età scolare si registra spesso un abuso maggiore di sostanze volatili (benzine leggere, spray e colla) rispetto ad anfetamine ed ecstasy, con tendenza all'aumento in alcuni paesi.

Consumo problematico di stupefacenti e richiesta di trattamento

Nei paesi europei i modelli di consumo problematico di stupefacenti, spesso definiti come «dipendenza», soprattutto dall'eroina, sono in mutazione. Oltre alla dipendenza da eroina, si stanno affermando anche altri modelli di dipendenza che includono il consumo problematico di cocaina (spesso associato ad alcolici), la politossicomania dovuta all'uso di sostanze stupefacenti diverse, quali anfetamine, ecstasy e farmaci, e un pesante consumo della cannabis.

Tendenze generali

- Secondo le stime, l'UE conta una presenza di 1,5 milioni di consumatori problematici di droghe — principalmente eroina — (cioè da due a sette su 1 000 cittadini di età compresa tra i 15 e i 64 anni). Si ritiene che un milione di questi possa facilmente rientrare in quei criteri clinici che definiscono la dipendenza.
- La percentuale di consumatori che entrano in terapia per consumo di eroina è nel complesso in diminuzione, mentre si registra un certo aumento per le richieste di terapie per la disintossicazione da cocaina o cannabis, soprattutto tra i giovani.

Decessi connessi alle droghe

Nell'UE il numero di decessi improvvisi connessi alle droghe (overdose o avvelenamento) si è stabilizzato dopo il grosso aumento registrato nella seconda metà degli anni Ottanta e agli inizi degli anni Novanta. Le tendenze tuttavia variano a seconda del paese.

- Un tasso di mortalità stabile o in diminuzione può essere collegato alla prevalenza stabile o in diminuzione del consumo di eroina, ad un uso più consapevole o all'aumentata possibilità di accedere alle terapie, soprattutto ai programmi sostitutivi.
 - I paesi che ieri registravano un livello relativamente basso di decessi improvvisi connessi direttamente all'uso di sostanze stupefacenti (i casi di overdose) negli ultimi anni hanno assistito ad una crescita notevole dello stesso tipo di fenomeno. Questo può essere dovuto ad un aumento della prevalenza del consumo problematico di stupefacenti, ma anche al miglioramento delle relative pratiche di casistica.
 - Altri paesi continuano a registrare aumenti meno incisivi, ma comunque stabili, dei casi di morti improvvise.
 - Le cifre dei decessi correlati al consumo di stupefacenti sono notevolmente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne e rispecchiano la prevalenza maggiore di tossicodipendenti di sesso maschile.
 - La maggior parte dei decessi correlati alle droghe riguarda gli oppiacei, spesso in combinazione con sostanze alcoliche o tranquillanti. Alcuni paesi registrano dati significativi tra gli adolescenti di casi di decesso per consumo di sostanze volatili. I casi di morte per consumo di cocaina, anfetamine o ecstasy sono rari.
- Il tasso globale annuo di mortalità tra consumatori problematici di stupefacenti in alcuni paesi è diminuito, dopo diversi anni in cui questo dato ha continuato a crescere. Questo significa che i decessi per overdose e AIDS sono in diminuzione e che alcuni casi di decesso possono essere prevenuti.

Malattie infettive collegate alle droghe

Le tendenze generali di prevalenza dell'HIV e dell'epatite B e C tra i tossicodipendenti che assumono droga per via endovenosa appaiono relativamente stabili, sebbene si registri a livello locale un certo aumento nei casi di infezione da virus dell'HIV.

- L'incidenza di nuovi casi di AIDS varia enormemente da un paese all'altro, ma nel complesso continua a diminuire, probabilmente grazie alle nuove terapie che contribuiscono a ritardare la comparsa della malattia.
- La prevalenza di infezione da epatite C tra consumatori che assumono stupefacenti per via endovenosa è alta, tra il 50 e il 90 %, anche in quei paesi in cui è bassa la percentuale di casi di infezione da virus dell'HIV.
- Non è facile individuare le tendenze relative all'epatite B, poiché la presenza di anticorpi al virus può essere dovuta alla vaccinazione e non all'infezione.
- I comportamenti a rischio attraverso i quali è possibile trasmettere queste malattie sono motivo di preoccupazione. Tra i gruppi ad alto rischio figurano: i consumatori giovani che assumono le droghe per via endovenosa e non hanno partecipato alle precedenti campagne di informazione, le donne, che hanno maggior tendenza a scambiarsi le siringhe rispetto agli uomini, gli assuntori di eroina per via endovenosa che fanno anche uso di cocaina e i consumatori detenuti nelle carceri.

Altri casi di morbosità

I possibili danni cerebrali a lungo termine correlati al consumo di ecstasy sono oggetto di sempre maggiore preoccupazione.

- Un numero crescente di ricerche sugli animali e sull'uomo suggerisce che l'utilizzo costante di ecstasy provoca alterazioni funzionali e morfologiche in quelle parti del cervello che regolano le funzioni fisiologiche e psicologiche quali il sonno, l'appetito, l'umore, l'aggressività e la percezione.

- Alcune ricerche evidenziano un lieve deterioramento a livello cognitivo in chi consuma ecstasy in dosi massicce, ma la letteratura scientifica è contraddittoria in merito ad altre funzioni. Tra le altre questioni irrisolte vi è la determinazione della soglia del «pericolo» nella quantità assunta e dei danni correlati alla frequenza, nonché la reversibilità del danno.
- Un altro aspetto che suscita non poche preoccupazioni è il consumo di GHB, che in piccole dosi serve a ridurre la tensione, ma in quantità leggermente maggiori può causare intossicazioni potenzialmente letali, in particolare se assunto insieme a sostanze alcoliche e ad altri sedativi.

Tendenze nelle risposte al consumo di stupefacenti

Sviluppi nelle politiche e nelle strategie

La Spagna, la Francia, il Portogallo, il Regno Unito, nonché la stessa Unione europea, hanno adottato nuove strategie in materia di droga.

- Le politiche nazionali in materia di stupefacenti stanno assumendo un'impostazione più equilibrata e sono più mirate alla riduzione della domanda rispetto alla diminuzione dell'offerta.
- Il problema della droga è preso in esame nell'ambito di un contesto sociale più ampio; gli obiettivi comuni includono la prevenzione, la riduzione del danno e lo sviluppo di mezzi deterrenti contro la criminalità.
- Indagini accurate e comprovate scientificamente, mete chiare, obiettivi del rendimento misurabili e valutazione sono gli elementi fondamentali su cui si basano queste strategie.
- La depenalizzazione dei reati correlati al consumo di droga è sempre più diffusa. Sta crescendo il consenso attorno all'idea che i consumatori di stupefacenti non debbano essere incarcerati per la loro dipendenza, ed è sempre più frequente l'attuazione di provvedimenti legali alternativi.

Prevenzione della tossicodipendenza

La prevenzione della tossicodipendenza nelle scuole, negli ambienti ricreativi e tra i gruppi ad alto rischio è una priorità in tutti gli Stati membri dell'Unione.

- I programmi di prevenzione in materia di droga nelle scuole combinano all'informazione per gli studenti un

programma di sviluppo delle proprie capacità, per rafforzare valori quali la determinazione positiva di sé. Le campagne condotte dai gruppi di pari coinvolgono attivamente i giovani nell'attività di prevenzione nelle proprie scuole.

- È sempre maggiore lo sviluppo di programmi specifici di formazione e di orientamento per insegnanti e di iniziative rivolte ai genitori.
- L'impiego di Internet quale strumento educativo per studenti, insegnanti e genitori è in aumento.
- In alcuni paesi si stanno avviando corsi di prevenzione del consumo di stupefacenti per animatori e per chi lavora in locali notturni e birrerie.
- La prevenzione del consumo di droghe sintetiche sta assumendo un'impostazione sempre più professionale e combina all'informazione le attività di assistenza primaria, i consultori e a volte l'analisi delle pillole.
- Si sviluppano politiche trasversali a livello locale mirate ai giovani, per rispondere alle esigenze dei gruppi ad alto rischio.
- Urge procedere allo sviluppo di metodologie di valutazione per esaminare gli esiti delle attività di assistenza primaria con i gruppi ad alto rischio; l'OEDT si sta impegnando per colmare questa lacuna.

Riduzione dei danni provocati dal consumo di stupefacenti

La riduzione dei danni provocati dal consumo di stupefacenti è un elemento chiave delle strategie contro l'uso di sostanze stupefacenti adottate da molti Stati membri.

- In tutta Europa si sta imprimendo impulso ai programmi di distribuzione delle siringhe e si stanno intensificando le attività per far fronte alla diminuita consapevolezza dei rischi nell'assunzione di droghe per via endovenosa.
- Sono in aumento le attività di assistenza primaria e i servizi a bassa soglia a integrazione del lavoro svolto dai centri convenzionali per la disintossicazione da stupefacenti.
- La questione relativa ad appositi locali per iniettarsi gli stupefacenti, dove è possibile consumare tali sostanze in condizioni igieniche e controllate, è ancora un argomento controverso. È in corso uno studio finanziato dalla Commissione europea che ne sta valutando l'efficacia.

Tendenze generali

Trattamenti per la disintossicazione

In Europa si stanno sviluppando modelli di assistenza diversificati per far fronte all'aumento di richieste e alle diverse esigenze di coloro che richiedono una terapia contro la tossicodipendenza.

- Si è intensificata la collaborazione tra i servizi sociali e i servizi diretti ai giovani e i servizi convenzionali per tossicodipendenti, che da soli sono spesso inadeguati ad affrontare nuovi modelli di consumo di stupefacenti e gruppi destinatari.
- Esistono in Europa servizi specializzati per le donne, alcuni dei quali sono rivolti espressamente a donne incinte, con bambini o che si prostituiscono.
- I servizi di salute pubblica e i servizi psichiatrici sono sempre più coinvolti nelle terapie dirette a chi fa consumo di droghe miste.
- Aumentano le terapie sostitutive, anche nelle carceri, sia in termini di numero di pazienti che di sostanze usate.
- Si è notevolmente sviluppata la consapevolezza della necessità di programmi di reinserimento adeguati per i consumatori che terminano il trattamento di disintossicazione o escono dal carcere, o per quelli sottoposti a terapie sostitutive a lungo termine.
- Una percentuale rilevante di detenuti fa uso di stupefacenti e di conseguenza sono aumentate le possibilità di accedere alle terapie per evitare una ricaduta nel consumo di droghe illecite e nella criminalità.

Prevalenza e modelli del consumo di stupefacenti

Questo capitolo offre una visione globale della prevalenza, dei modelli e delle conseguenze del consumo di stupefacenti in Europa, basata su indagini, statistiche periodiche e altre ricerche. L'attenzione maggiore è riservata ai dati nazionali, il che potrebbe nascondere fenomeni locali o emergenti.

Prevalenza del consumo di stupefacenti

Consumo di stupefacenti tra la popolazione

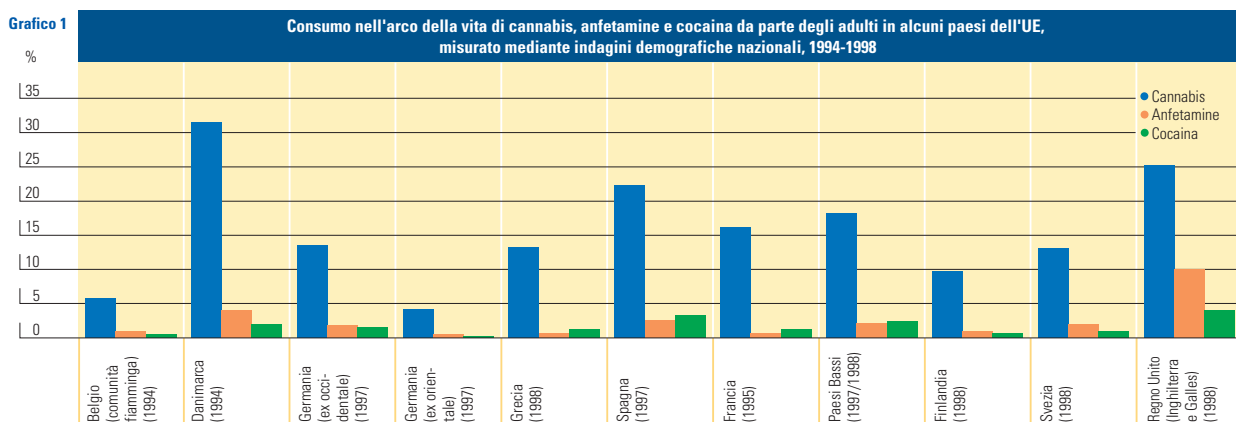
Negli anni Novanta, 11 Stati membri hanno condotto ricerche a livello nazionale sul consumo di stupefacenti tra la popolazione. I dati raccolti forniscono informazioni utili su sostanze quali la cannabis, il cui consumo è relativamente diffuso e non fortemente stigmatizzato, ma sono meno affidabili per quei modelli di consumo nascosti, ad esempio l'assunzione di eroina per via endovenosa.

Il confronto diretto tra livelli di consumo negli Stati membri andrebbe fatto con cautela, soprattutto nei casi in cui le variazioni non sono significative. Le differenze sociali (come il livello di urbanizzazione) o i fattori di natura culturale (compresi gli atteggiamenti sul problema

della droga) possono incidere notevolmente sui risultati, anche quando le ricerche vengono condotte con metodologie simili.

Modelli del consumo di stupefacenti

La cannabis è la sostanza più usata nell'Unione europea. Il consumo nell'arco della vita (qualsiasi uso nella vita di un individuo) tra gli adulti varia dal 10 % in Finlandia al 20-30 % in Danimarca, Spagna e Regno Unito (cfr. grafico 1). L'assunzione di anfetamine riguarda generalmente dall'1 al 4 % degli adulti, con un picco del 10 % nel Regno Unito. Tra lo 0,5 e il 4 % degli adulti europei ha provato l'ecstasy, e tra lo 0,5 e il 3 % ha fatto uso di cocaina. L'esperienza dell'eroina è più difficile da valutare a causa della sua bassa prevalenza e della sua natura più nascosta, ma nel complesso è inferiore all'1 % degli adulti.

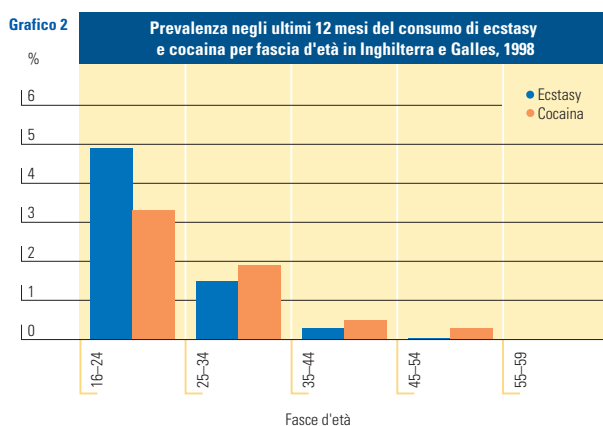


La cannabis è la sostanza illecita più diffusa nell'UE

Note: — Dati relativi alle ultime indagini nazionali disponibili in ciascun paese.
 — Le fasce d'età sono dai 15 ai 18 anni e dai 59 ai 69 anni. La variazione delle fasce d'età può influire sulle differenze tra un paese e l'altro.
 Fonti: Relazioni nazionali Reitox 1999, relative a inchieste effettuate tra la popolazione o articoli di riviste scientifiche.

Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea — 2000

Il consumo di droghe illecite si concentra tra i giovani adulti di età compresa tra i 16-18 anni e i 34-39 anni, con percentuali doppie o anche superiori rispetto a quelle che riguardano l'intera popolazione adulta (cfr. grafico 2). In Finlandia e Svezia, il 16-17 % dei giovani adulti ha fatto uso di cannabis, mentre in Danimarca e nel Regno Unito il dato raggiunge circa il 40 %. Dall'1 al 5 % dei giovani adulti ha provato anfetamine ed ecstasy; i dati del Regno Unito sono tuttavia più elevati, rispettivamente pari al 16 e all'8 %. La cocaina è stata assunta dall'1 al 6 % dei giovani adulti europei.

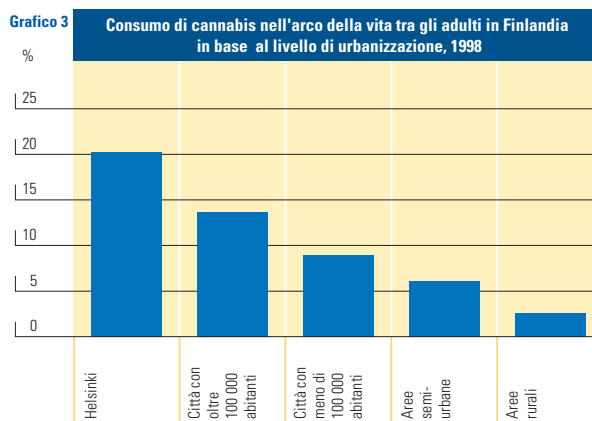


Il consumo di ecstasy e cocaina è un fenomeno giovanile che diminuisce con l'età

Fonte: Relazione nazionale 1999 relativa al Regno Unito, tratta da Ramsay, M., e Partridge, S., Drug misuse declared in 1998: Results from the British Crime Survey (London, Home Office, 1999).

I dati disponibili di alcuni paesi rivelano che il consumo di stupefacenti è molto più elevato nelle zone urbane, sebbene si registri una certa diffusione anche nelle zone rurali (cfr. grafico 3). Le variazioni nelle cifre nazionali possono dipendere in larga misura dalla percentuale di popolazione rurale e urbana di ciascun paese: i paesi con

una percentuale di popolazione urbana maggiore tendono ad avere dati nazionali globali del consumo di stupefacenti più elevati.

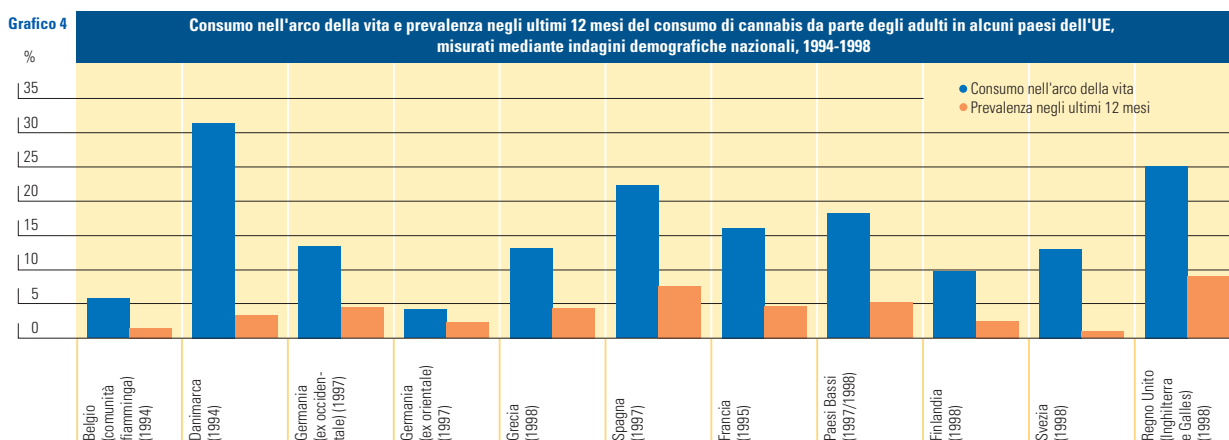


L'uso di sostanze illecite è più elevato nelle aree urbane

Fonte: Relazione nazionale 1999 della Finlandia, tratto da Partanen, J., e Metso, L., Suomen toinen huumeaalto (la seconda ondata finlandese di tossicodipendenza), Yhteiskuntapolitiikka (2) 1999.

Il dato che indica l'esperienza nell'arco della vita è un indicatore di valore secondario rispetto al consumo recente di stupefacenti, in quanto comprende tutti coloro che hanno fatto uso di droghe, anche se il fatto è limitato a una sola volta o risale al passato rispetto all'epoca di raccolta dei dati. Il consumo nell'anno precedente (prevalenza negli ultimi 12 mesi) è un dato più preciso sul consumo recente di stupefacenti (cfr. grafico 4).

Il consumo di cannabis negli ultimi 12 mesi si attesta tra l'1 e il 9 % degli adulti europei, e tra il 2 e il 20 % (sebbene nella maggior parte dei casi non superi il 10 %) dei giovani adulti. Il consumo di altre sostanze illecite difficilmente supera l'1 % tra gli adulti e non raggiunge il 3 % tra i giovani adulti.



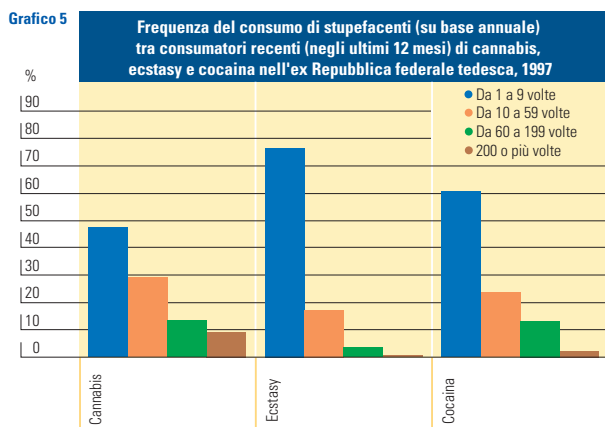
Il consumo recente di stupefacenti è di gran lunga inferiore al consumo nell'arco della vita

Note: — Dati relativi alle ultime indagini demografiche disponibili in ciascun paese.

— La fascia d'età è compresa tra 15-18 e 59-69 anni. Variazioni nelle fasce d'età possono influire sulle differenze tra un paese e l'altro.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox 1999, tratte da relazioni relative ad indagini o articoli di riviste scientifiche.

Prevalenza e modelli del consumo di stupefacenti



Le sostanze illecite più comuni sono generalmente consumate in modo discontinuo più che frequentemente

Fonte: Relazione nazionale della Germania, 1999, tratto da Kraus, L., e Bauernfeind, R., Representative survey on the consumption of psychoactive substances in the German adult population, (BUND) 1997 (Monaco: Istituto per la ricerca terapeutica, 1998). Le frequenze sono state raggruppate dall'OEDT dalla loro distribuzione originale. Le percentuali sono presentate come percentuali valide, escludendo le risposte negative (cocaina 17,5%, ecstasy 2,2% e la cannabis 0,7%).

Alcune indagini indicano che gran parte delle persone che hanno di recente fatto uso di stupefacenti ne hanno fatto tendenzialmente un uso occasionale (cfr. grafico 5).

Gli sviluppi nel consumo di stupefacenti

Negli anni Novanta, diversi paesi hanno condotto più di un'indagine demografica, ma solo Germania, Spagna, Svezia e Regno Unito hanno completato alcune serie di indagini comparabili.

In questo decennio l'esperienza di cannabis nell'arco della vita è aumentata nella maggior parte dei paesi e la tendenza sembra essere quella della convergenza. Nei paesi in cui la prevalenza era a livelli bassi nei primi anni del decennio (ad esempio in Grecia, Finlandia e Svezia), l'aumento è stato

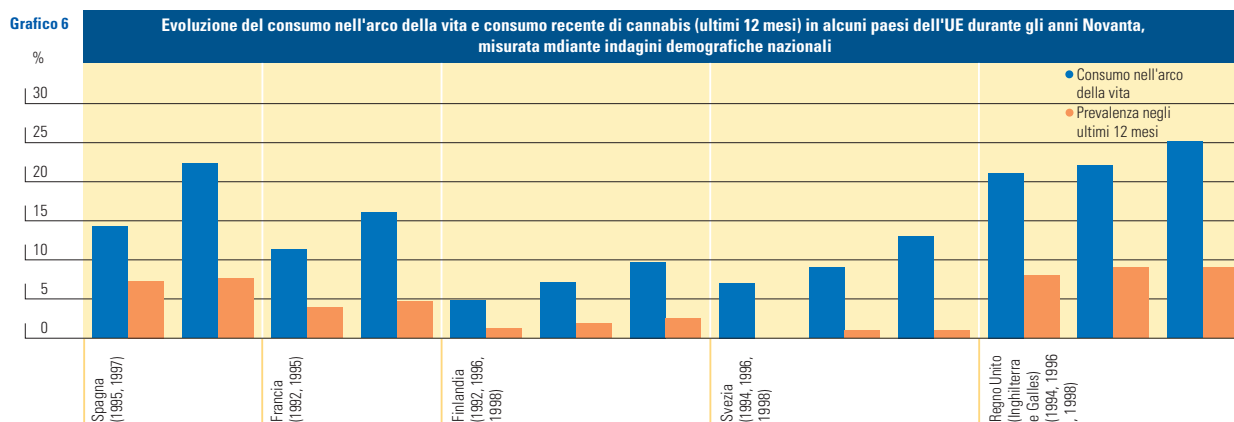
proporzionalmente maggiore rispetto a quei paesi in cui all'inizio i valori della prevalenza erano più elevati (ad esempio in Danimarca, Germania e Regno Unito).

L'aumento del dato relativo all'esperienza di cannabis nell'arco della vita non implica necessariamente una crescita parallela del consumo recente (cfr. grafico 6). Il dato di prevalenza negli ultimi 12 mesi è in generale aumentato molto meno rispetto all'esperienza nell'arco della vita: questo implica che gli aumenti registrati sono relativi a un consumo principalmente occasionale e che molti di coloro che hanno provato la sostanza sembrano non continuare a consumarla nel più lungo termine.

Le tendenze nell'uso di altre sostanze stupefacenti sono più difficili da registrare, in quanto la prevalenza è minore. Alcuni sviluppi ben documentati, quali il recente aumento nel consumo di ecstasy tra i giovani, perdono di valore tra i dati che riguardano l'intera popolazione. Nel corso di tutti gli anni Novanta in alcuni paesi il consumo di anfetamine, ecstasy e cocaina è aumentato, moderatamente ma non in modo continuo: è in evidenza il dato del consumo di ecstasy, rispetto ad anfetamine o cocaina, tra i giovani adulti.

Consumo di stupefacenti tra i giovani in età scolare

Negli anni Novanta quasi tutti i paesi dell'Unione europea hanno condotto studi nazionali nelle scuole, in molti casi come parte del progetto europeo di indagini scolastiche (ESPAD) sull'alcol e altre droghe. Le ricerche, effettuate nel 1995 e ripetute nel 1999, sono state incentrate sul consumo di stupefacenti almeno una volta nella vita tra i giovani di età compresa tra i 15 e i 16 anni, ma il confronto diretto dei dati deve essere fatto con una certa cautela ⁽¹⁾.



Sebbene un numero crescente di persone hanno sperimentato la cannabis, il numero di consumatori attuali non aumenta di pari passo

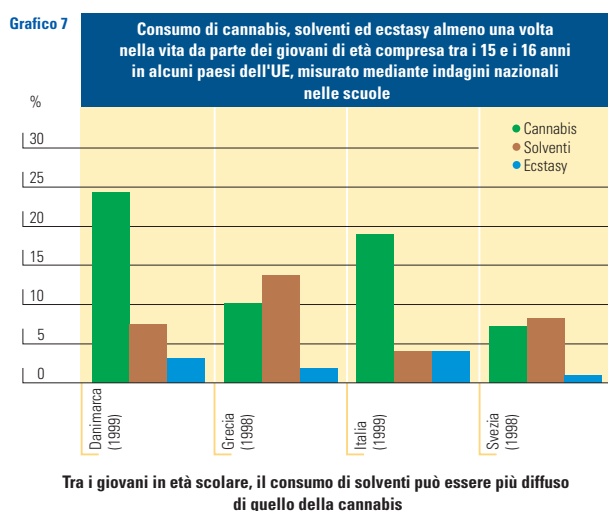
Nota: Relazioni nazionali Reitox 1999, tratte da relazioni di indagini o articoli di riviste scientifiche.

(1) Tutti i dati relativi ai giovani in età scolare presentati in questa relazione si riferiscono a ragazzi di 15-16 anni, per ragioni di coerenza con le indagini ESPAD. I risultati delle ricerche del 1999 non sono ancora interamente disponibili.

Come nel caso degli adulti, le percentuali di prevalenza nell'arco della vita sono indicative come dato di sperimentazione. Al di là delle variazioni metodologiche e contestuali, le minime differenze di età tra gli appartenenti a questa fascia incidono in misura maggiore sui dati.

I modelli del consumo di stupefacenti

La cannabis è la sostanza illecita più ampiamente diffusa tra i giovani in età scolare. Il suo consumo almeno una volta nella vita varia dal 5-7 % di Portogallo e Svezia al 30-40 % di Irlanda, Paesi Bassi e Regno Unito. In alcuni paesi, tuttavia, in questa fascia di età è più comune l'uso di solventi (cfr. grafico 7).



Note: — Dati relativi alle ultime indagini nazionali nelle scuole disponibili.
— I paesi presentati qui mostrano schemi divergenti del consumo di stupefacenti tra i giovani in età scolare. Altri Stati membri possono presentare livelli più elevati o inferiori di consumo di cannabis, solventi ed ecstasy.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox, tratte da relazioni di indagini o articoli di riviste scientifiche.

L'assunzione di anfetamine riguarda dall'1 al 7 % dei giovani in età scolare, il consumo di ecstasy dal 2 all'8 %, mentre i dati relativi alla cocaina sono assestati tra l'1 e il 4 %. Alcuni studi condotti nel Regno Unito rivelano un consumo di anfetamine ed ecstasy più elevato.

Gli sviluppi nel consumo di stupefacenti

Negli anni Novanta in quasi tutti i paesi dell'UE l'esperienza di cannabis nell'arco della vita tra la popolazione scolastica è notevolmente aumentata. Se da un lato è cresciuto anche il consumo di solventi, anfetamine, ecstasy e cocaina, la loro prevalenza rimane molto inferiore rispetto a quella della cannabis.

Stime nazionali del consumo problematico di stupefacenti

Metodologia e definizioni

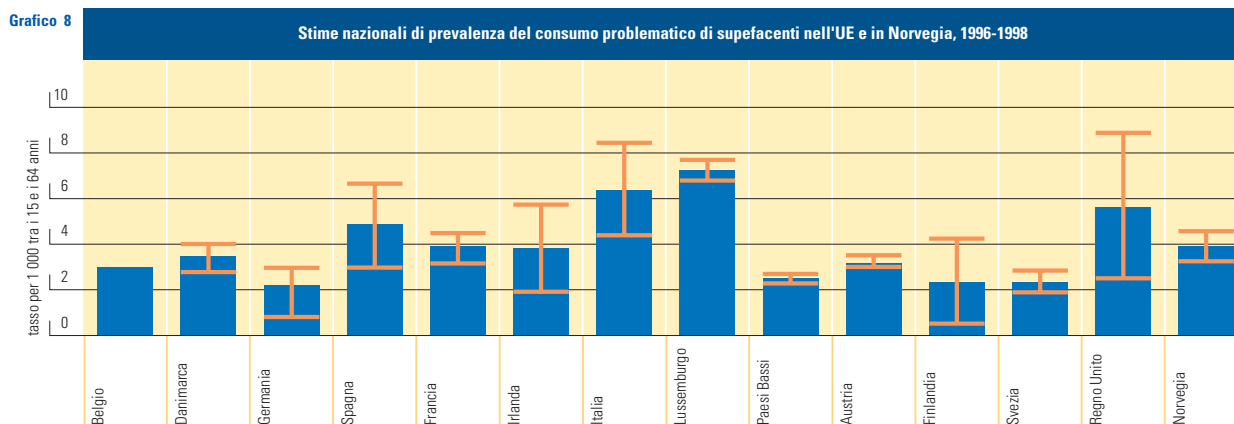
Per «consumo problematico di stupefacenti» si intende in questo caso «il consumo regolare/di lunga data o per via endovenosa di oppiacei, cocaina e/o anfetamine». Questa definizione operativa esclude ecstasy e cannabis e il consumo irregolare di qualsiasi sostanza. Le stime nazionali si riferiscono al periodo 1996-1998, ad eccezione di Austria (1995) e Svezia (1992), che non disponevano di dati più recenti (cfr. grafico 8). Le percentuali di prevalenza sono state ricalcolate per la fascia di età compresa tra i 15 e i 64 anni, e quindi non sono direttamente confrontabili con quanto riportato nella relazione annuale dell'OEDT del 1999. Le stime si basano principalmente su modelli statistici che includono gli indicatori relativi agli stupefacenti e comprendono:

- un metodo con indicatore a più variabili;
- cattura-rilascio;
- tre moltiplicatori basati sui dati delle forze di polizia, i dati delle terapie e i tassi di mortalità;
- un metodo moltiplicatore che utilizza le cifre stimate dei consumatori per via endovenosa con HIV/AIDS in combinazione con le percentuali di casi di HIV/AIDS tra gli assuntori di droga per via endovenosa.

L'intervallo di valori illustrato nel grafico 8 si basa sui dati minori e maggiori per ogni paese ottenuti con metodi diversi. Le tecniche non si riferiscono sempre allo stesso gruppo bersaglio, ad esempio la stima mediante un calcolo a risalire copre solamente i consumatori di droghe per via endovenosa. Il dato inferiore dell'intervallo indica l'assunzione di oppiacei per via endovenosa, mentre il dato superiore include altre forme di consumo problematico, quali l'uso regolare per via non endovenosa di oppiacei, cocaina o anfetamine.

L'Italia ha utilizzato cinque metodi, la Danimarca, la Germania, la Francia, l'Irlanda, la Finlandia e il Regno Unito ne hanno applicati tre, la Spagna, il Lussemburgo e i Paesi Bassi due, mentre il Belgio, l'Austria, la Svezia e la Norvegia ne hanno potuto applicare solo uno. Sebbene il ricorso a diversi metodi indipendenti consenta una verifica incrociata delle singole stime e possa portare a stime generali più attendibili, un raffronto tra paesi non è ancora evidente dato che non tutti i paesi hanno potuto applicare tutti i metodi.

Prevalenza e modelli del consumo di stupefacenti



La prevalenza del consumo problematico di stupefacenti sembra essere relativamente simile in gran parte dei paesi

Note: — Tutte le stime si basano su un periodo di 12 mesi compreso tra il 1996 e il 1998, tranne per l'Austria (1995), l'Irlanda (1995-96) e la Svezia (1992). La Grecia e il Portogallo non sono state in grado di presentare tali stime.
— Belgio: le stime comprendono solo i tossicomani per via endovenosa e quindi presentano una sottostima del consumo problematico di stupefacenti.
— Irlanda: i dati della polizia comprendono il 7% di consumatori di non oppiacei, il 10% identificati grazie al possesso (quindi non necessariamente consumatori) e il 5% identificati in altri modi non specificati.
— Svezia (1992): da 1 700 a 3 350 eroinomani; da 8 900 a 12 450 altri tossicomani di altre sostanze, in gran parte assuntori di anfetamine per via endovenosa (tranne i dipendenti della cannabis).
— Laddove disponibili, le stime sono fornite come l'intervallo tra il risultato più elevato e quello inferiore dei calcoli indipendenti.
— Le differenze dipendono dalle fonti dei dati e i presupposti. Si vedano le tavole statistiche al sito www.emcdda.org.

Fonte: Progetto OEDT CT.99.RTX.05, coordinato dall'Istituto per la ricerca terapeutica, Monaco.

Stime nazionali di prevalenza

Nonostante i limiti, le percentuali di prevalenza appaiono più alte in Spagna, Italia, Lussemburgo e Regno Unito (circa cinque-sette consumatori problematici di stupefacenti ogni 1 000 abitanti di età compresa tra i 15 e i 64 anni, con uno spettro compreso tra il 2,3 e l'8,9) e più basse in Belgio, Germania, Paesi Bassi, Austria, Finlandia e Svezia (circa due-tre su 1 000, con un intervallo compreso tra lo 0,5 e il 5,7). Le percentuali intermedie si registrano in Danimarca, Spagna, Francia, Irlanda e Norvegia. Il Portogallo e la Grecia non hanno fornito le proprie stime.

Questi dati sembrano indicare che non ci sia un forte rapporto diretto tra la prevalenza del consumo problematico di stupefacenti e le politiche nazionali in materia di droga, poiché i diversi paesi sembrano presentare livelli simili di uso di stupefacenti, spesso moderati, indipendentemente dal fatto che le politiche perseguite siano più liberali o restrittive. Le politiche in materia di stupefacenti possono tuttavia avere una certa rilevanza nel limitare le conseguenze del consumo problematico, come i casi di malattie infettive o di overdose.

Anche le variabili demografiche, quali la fascia di età, la densità della popolazione e il rapporto tra popolazione urbana e rurale, possono incidere sui dati della prevalenza, e i fattori socioeconomici, come la disoccupazione, il livello di istruzione e il reddito, sono in relazione con i livelli di prevalenza solo in alcuni casi, ma non in tutti. Anche i fattori relativi alla diffusione geografica, come le rotte del traffico illecito, possono influenzare in qualche modo l'analisi dei dati (cfr. riquadro 1).

Conseguenze del consumo di stupefacenti sulla salute

Richieste di terapia

Le caratteristiche dei pazienti che entrano in terapia, ad esempio il rapporto tra consumatori di stupefacenti per via endovenosa o di oppiacei, sono indicatori potenziali di tendenze più ampie nel consumo problematico di droghe. Possono tuttavia prodursi distorsioni, quali una rappresentazione sovrastimata di assuntori per via endovenosa, che maggiormente necessitano di terapie, oppure una rappresentazione sottostimata di consumatori di cocaina, per la scarsa disponibilità di servizi di trattamento di disintossicazione.

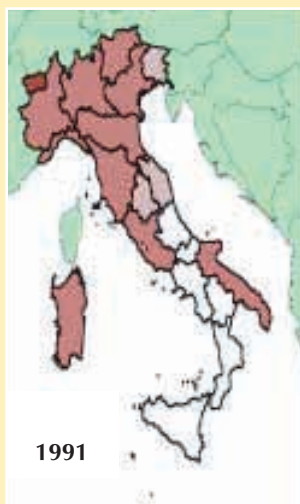
Modelli del consumo di stupefacenti tra i pazienti in terapia

Nonostante le differenze esistenti tra le politiche di assistenza e le procedure di registrazione dei dati, si osservano in Europa aspetti comuni e divergenti che non possono essere attribuiti alla metodologia.

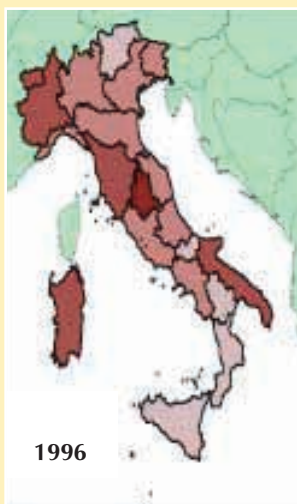
Tra il 65 e il 95 % dei pazienti entra in terapia per la disintossicazione da oppiacei (principalmente eroina). Le cifre sono inferiori solamente nella comunità fiamminga belga, in Finlandia e in Svezia.

La cocaina è la droga principale in meno del 10 % dei casi in trattamento, tranne in Spagna (11 %) e nei Paesi Bassi (17 %). La cocaina è spesso la seconda droga usata da pazienti che entrano in terapia per disintossicazione da eroina (tra il 15 e il 60 %, nei casi in cui il dato è disponibile).

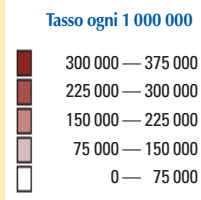
Diffusione geografica del consumo problematico di eroina in Italia



1991



1996



Nel 1996 la diffusione si è stabilizzata ed è persino diminuita nelle regioni in cui in origine aveva registrato un aumento più rapido. La prevalenza di pazienti in terapia ha continuato ad aumentare in altre zone, dove nei primi anni Novanta era rimasta a livelli bassi.

In Italia, la grande diffusione dell'eroina ha portato, nei primi anni Novanta, ad un aumento della richiesta di assistenza per consumo problematico di eroina. L'entità del fenomeno trova un riscontro indiretto nei dati della prevalenza di pazienti in terapia, che mostrano una diffusione dal Nord verso il Sud e dalle regioni di confine verso l'interno.

La diffusione geografica del consumo problematico di eroina sembra aver seguito in Italia le principali rotte del traffico illecito di stupefacenti (ad esempio, dai Balcani attraverso la Grecia fino in Puglia), nonché un movimento di allontanamento dalle grandi città verso i centri più piccoli delle zone rurali.

Fonte: Progetto dell'OEDT CT.98.EP.04, coordinato dalla Università di Keele, Regno Unito. Cartina fornita dall'Università «Tor Vergata» di Roma.

Le anfetamine, l'ecstasy e gli allucinogeni sono le principali sostanze in meno dell'1-2 % dei casi in terapia, anche se il dato relativo alle anfetamine è maggiore nella comunità fiamminga belga, in Finlandia, in Svezia e nel Regno Unito.

La cannabis figura come droga principale per il 10-15 % dei tossicodipendenti ammessi al trattamento, con un picco del 20 % circa nella comunità fiamminga belga, in Danimarca e in Finlandia, e spesso è la seconda droga tra i pazienti consumatori di oppiacei. I pazienti in terapia per disintossicazione da cannabis sono molto più giovani rispetto a quelli trattati per disintossicazione da oppiacei (cfr. grafico 9), il che suggerisce il profilarsi di gruppi con caratteristiche sociali e personali diverse.

La percentuale di assunzione per via endovenosa tra i pazienti in terapia è estremamente eterogenea, dal 14 % di consumatori di eroina nei Paesi Bassi all'84 % in Grecia. La Francia, l'Italia e il Lussemburgo registrano, tra i pazienti in terapia per disintossicazione da oppiacei, oltre il 70 % di consumatori che assumono le sostanze per via endovenosa, mentre in altri paesi le cifre variano tra il 30 e il 60 %. Le ragioni di queste differenze non sono ancora chiare, ma potrebbero risalire a tradizioni locali o culturali, o a fattori di mercato come la disponibilità relativa di eroina da fumare o da iniettarsi.

I pazienti che entrano in terapia sono tendenzialmente di sesso maschile e di età compresa tra i 20 e i 40 anni. L'Irlanda ha il tasso di età media più basso (24,3 anni), mentre la Danimarca ha il più elevato (32,5 anni).

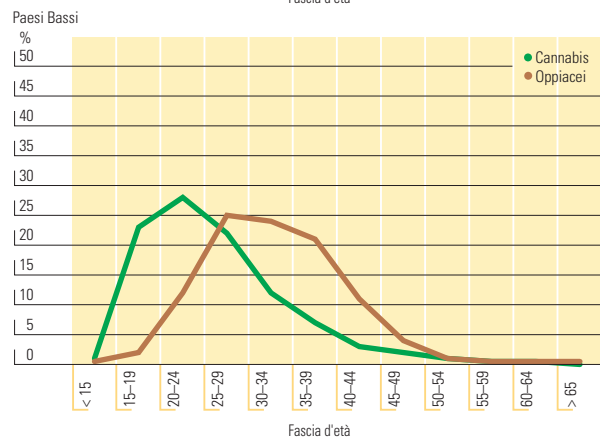
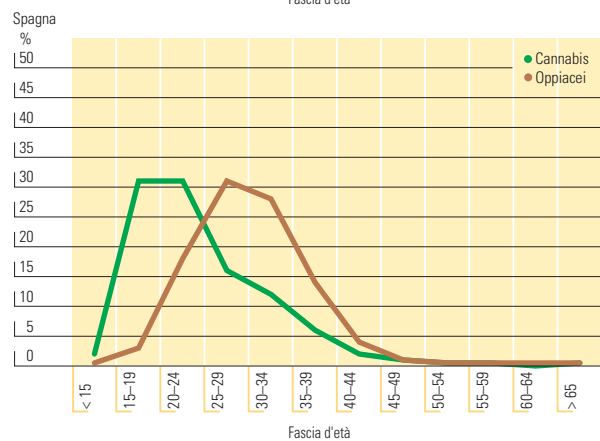
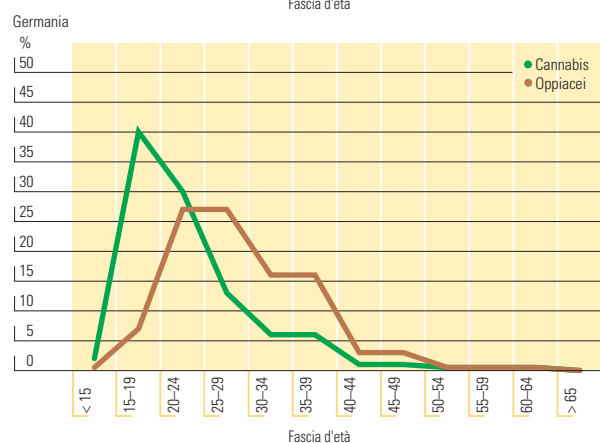
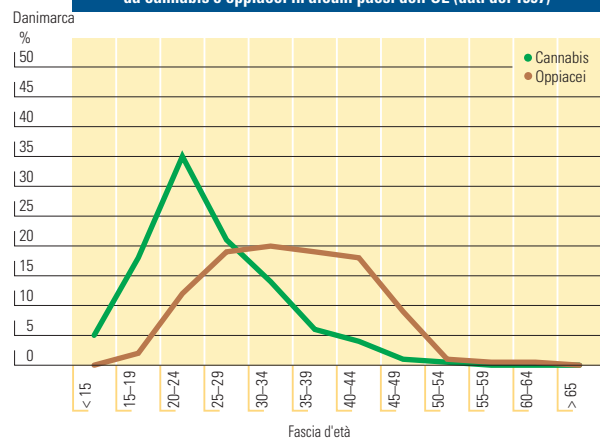
Sviluppi nel profilo dei pazienti che entrano in terapia

Nonostante i notevoli miglioramenti nell'attività di raccolta dei dati relativi ai trattamenti, solo pochi paesi sono in grado di individuare per il momento tendenze regolari in questo ambito. Per converso, spesso è possibile mettere a confronto le caratteristiche di coloro che entrano in terapia per la prima volta con quelle dell'insieme della popolazione trattata, al fine di identificare alcune tendenze.

Negli ultimi anni molti Stati membri registrano un modesto aumento nella percentuale di pazienti in terapia per disintossicazione da cannabis e cocaina e una parallela diminuzione del numero di richieste di assistenza per consumo di oppiacei (cfr. grafico 10). La percentuale di pazienti in terapia per disintossicazione da anfetamine è bassa, ma in aumento tra le nuove richieste di trattamento. Se da un lato queste variazioni possono indicare un vero e proprio attestarsi di nuovi sviluppi, l'aumento di pazienti in terapia per disintossicazione da cannabis e cocaina può rispecchiare in parte la diminuzione del numero di casi di richiesta di assistenza per consumo di oppiacei tra i nuovi pazienti in terapia.

Prevalenza e modelli del consumo di stupefacenti

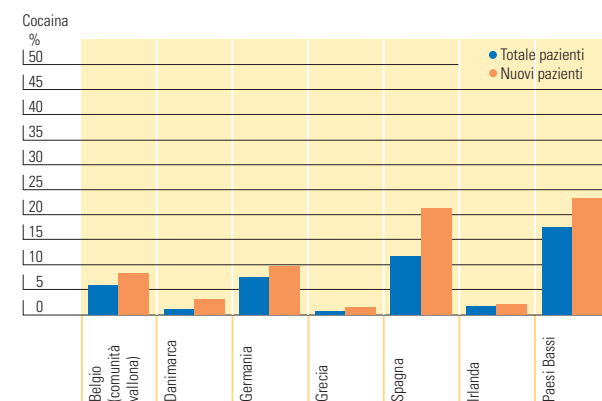
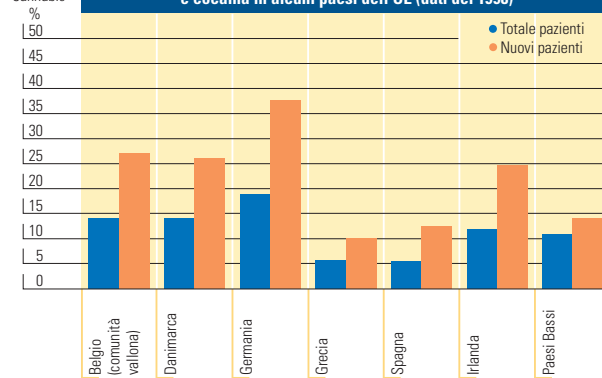
Grafico 9 Ripartizione per età dei pazienti in terapia per disintossicazione da cannabis o oppiacei in alcuni paesi dell'UE (dati del 1997)



Vi sono diverse sottocategorie in terapia?

Fonte: Progetto OEDT CT.98.EP.10, coordinato dall'Istituto per la ricerca terapeutica, Monaco.

Grafico 10 Pazienti in terapia per disintossicazione da cannabis e cocaina in alcuni paesi dell'UE (dati del 1998)



Il numero di pazienti in terapia per disintossicazione da cannabis è in aumento

Fonte: Relazioni nazionali Reitox 1999, tratte dai sistemi nazionali di comunicazione dei dati in campo terapeutico.

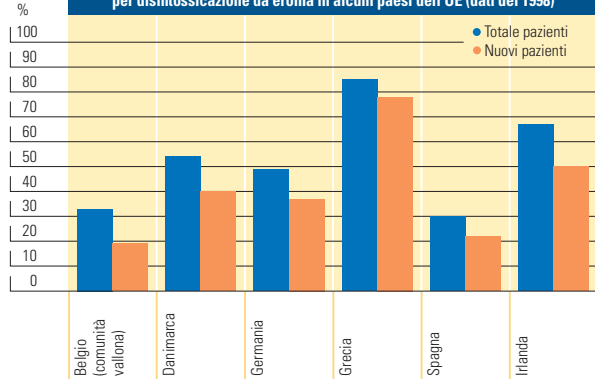
Negli anni Novanta la percentuale di assuntori per via endovenosa tra gli eroinomani in terapia è diminuita in molti paesi e non è in aumento. Anche la percentuale di consumatori per via endovenosa tra i nuovi pazienti in cura per dipendenza da eroina, in rapporto a tutti i casi di trattamento per disintossicazione da eroina, è marcatamente inferiore in tutti i paesi in cui il dato è disponibile (cfr. grafico 11). Nella maggior parte dei casi, i nuovi pazienti fumano o «sniffano» l'eroina e una percentuale rilevante di coloro che attualmente non assumono la droga per via endovenosa lo facevano in precedenza. Se da un lato questo dato può indicare che i modelli di consumo sono in mutamento, è anche vero che alcuni fumatori attuali potrebbero in futuro assumere l'eroina per via endovenosa.

Decessi correlati agli stupefacenti

Metodologia e definizioni

Le statistiche nazionali sui decessi connessi alle droghe si riferiscono generalmente ai casi di morte improvvisa correlata direttamente all'assunzione di droga (overdose), sebbene la Danimarca, la Germania, il Portogallo e la Svezia utilizzano definizioni in qualche modo più ampie.

Grafico 11 Percentuale di consumatori per via endovenosa tra i pazienti in terapia per disintossicazione da eroina in alcuni paesi dell'UE (dati del 1998)



Tra i pazienti in terapia per disintossicazione da eroina, il numero di consumatori per via endovenosa è in diminuzione

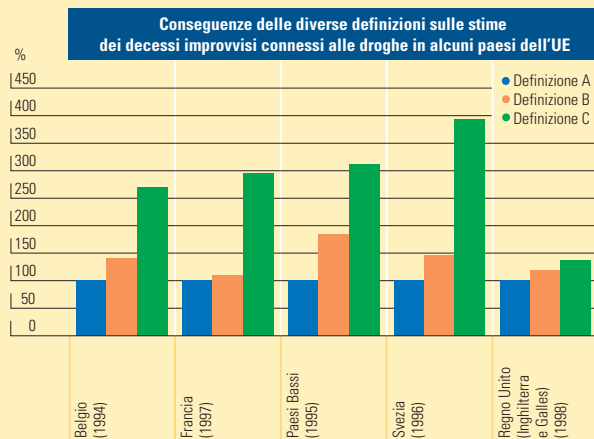
Fonte: Relazioni nazionali Reitox 1999, tratte dai sistemi nazionali di comunicazione dei dati in campo terapeutico.

I decessi associati in via indiretta agli stupefacenti (casi di morte per AIDS, incidenti stradali, atti di violenza o suicidio) sono valutati in maniera differente e non sono trattati in questa parte.

È tuttavia fuorviante confrontare direttamente le statistiche nazionali relative ai decessi connessi alle droghe data la mancanza di definizioni e metodologie armonizzate. L'OEDT sta lavorando in collaborazione con Eurostat, con l'Organizzazione mondiale della sanità e con gli Stati membri dell'UE al fine di migliorare questa situazione (cfr. riquadro 2). Ciononostante se le definizioni e i metodi rimangono coerenti tra i diversi paesi, le statistiche possono essere utili per indicare alcune tendenze nel tempo.

Conseguenze delle diverse definizioni sulle stime dei decessi improvvisi connessi alle droghe in alcuni paesi dell'UE

L'uso, all'interno di uno stesso paese, di definizioni restrittive o più ad ampio raggio in merito ai decessi correlati agli stupefacenti produce stime molto differenti tra loro.



Tasso indicizzato su una definizione restrittiva (A = 100 %)

Nota: I dati provengono da registri generali relativi alla mortalità.
 Definizione A: psicosi da stupefacenti, tossicodipendenza, uso senza dipendenza di stupefacenti e avvelenamento accidentale causato dal consumo di oppiacei, cocaina, stimolanti, cannabis o allucinogeni.
 Definizione B: quanto contemplato in A più avvelenamento volontario (suicidio) o avvelenamento con intento indeterminato causato dal consumo delle stesse droghe oggetto di abuso.
 Definizione C: quanto contemplato in B più i casi di decesso causati da barbiturici, benzodiazepine, altri sedativi e sonniferi.

Fonte: Progetto dell'OEDT CT.98.EP.11, coordinato dall'Istituto Trimbos, Utrecht.

Le definizioni A, B e C sono state sviluppate a scopi metodologici come parte del progetto OEDT CT.98.EP.11. Esse si riferiscono a casi la cui principale causa di decesso corrisponde alla casistica stabilita dalla nona edizione della Classificazione internazionale delle malattie (CIM-9). Le cause esogene di decesso (avvelenamento) sono state selezionate in combinazione con la natura dei casi dell'incidente per indicare la relativa sostanza usata. La definizione A, più restrittiva, equivale al 100 % in ogni

paese e le definizioni B e C, di più ampio raggio, sono espresse in valore percentuale rispetto ad A.

Le attuali «definizioni nazionali» dei decessi correlati agli stupefacenti non corrispondono tuttavia esattamente ai gruppi A, B o C qui riportati. Le definizioni nazionali dei Paesi Bassi e del Regno Unito, ad esempio, danno risultati abbastanza simili alla definizione A, mentre la definizione della Svezia fornisce dati che si situano tra le definizioni B e C. In Svezia i casi sono inoltre selezionati utilizzando sia le cause principali del decesso che quelle semplicemente secondarie e non esclusivamente le cause principali come stabilito dal progetto dell'OEDT. Questa impostazione produce una stima «nazionale» più elevata, poiché vengono inclusi non solo i casi di morte improvvisa (overdose), ma anche quelli indirettamente correlati al consumo di stupefacenti.

Anche quando viene applicato lo stesso insieme di codici di casistica (le definizioni A, B o C dell'OEDT), i dati demografici possono ancora risultare non completamente raffrontabili tra loro, a causa delle differenze che sussistono nelle percentuali di autopsia o nell'utilizzo di informazioni di medicina legale nella codifica del tipo di decesso.

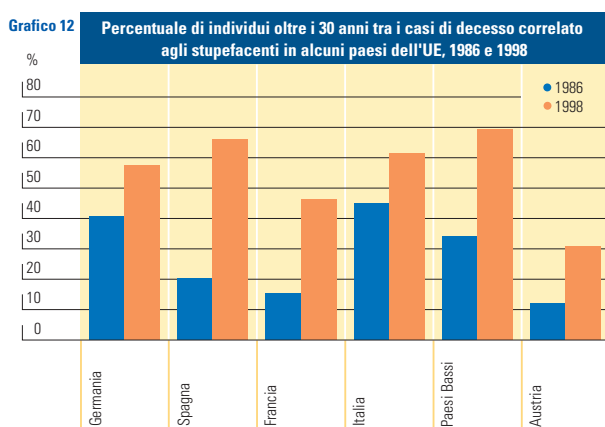
Percentuali dei decessi correlati agli stupefacenti su 100 000 abitanti, secondo le definizioni A, B e C

	A	B	C
Belgio (1994)	0,9	1,2	2,1
Francia (1997)	0,3	0,3	0,7
Paesi Bassi (1995)	0,2	0,5	0,8
Svezia (1996)	1,5	1,9	3,6
Regno Unito (Inghilterra e Galles) (1998)	2,2	2,7	2,9

Caratteristiche dei decessi correlati agli stupefacenti

Gli oppiacei sono la droga principale nella maggior parte dei decessi correlati agli stupefacenti. La presenza di altre sostanze, in particolare l'alcol e le benzodiazepine, aumenta il rischio di morte per intossicazione da oppiacei. In molti di questi casi, tuttavia, la morte sopravviene fino a tre ore dopo il consumo, cosa che rende possibile l'intervento medico. I decessi improvvisi correlati esclusivamente a cocaina, anfetamine o ecstasy sono piuttosto rari, benché ricevano ampia risonanza.

La maggior parte dei decessi per uso di oppiacei si registra tra tossicomani di età superiore ai 20 o ai 30 anni che assumono droghe per via endovenosa, solitamente dopo diversi anni di consumo. Come nel caso dei pazienti che entrano in terapia, in molti paesi dell'UE si osserva una tendenza ben definita all'aumento dell'età media tra i consumatori di oppiacei deceduti (cfr. grafico 12).



È evidente un netto aumento dell'età dei casi di decesso correlato alla droga

Note: — I dati relativi all'Italia si riferiscono al 1993 e al 1998, mentre quelli relativi all'Austria agli anni 1989 e 1998.
— I dati relativi all'Austria si riferiscono alla fascia d'età compresa tra i 35 e i 64 anni, mentre per la Germania a soggetti a partire dai 30 anni.
— Le proporzioni sono state calcolate a partire dal totale dei due gruppi di età.

Fonte: Relazioni nazionali Reitox 1999, tratte dai registri nazionali di mortalità o altri registri speciali (di polizia o forensi).

In alcuni paesi è stato evidenziato il potenziale ruolo del metadone relativamente ai decessi correlati alle droghe. Le indagini rivelano che i trattamenti sostitutivi riducono i rischi di morte per uso di stupefacenti. Tuttavia, poiché le terapie sostitutive basate sul metadone sono notevolmente aumentate in Europa (cfr. capitolo 4), gli esami tossicologici dei casi di overdose, di decessi per AIDS o di incidenti rivelano una presenza di metadone, a prescindere dal fatto che esista tra i due dati una relazione causale. Alcune ricerche condotte a livello locale indicano che è molto probabile che le morti improvvise dovute al consumo di metadone riguardino in realtà metadone per scopi terapeutici rubato o immesso sul mercato clandestino.

Sviluppi nei decessi correlati agli stupefacenti

In molti paesi i decessi improvvisi correlati alle droghe sono nettamente aumentati dalla fine degli anni Ottanta fino alla metà degli anni Novanta. Da allora il dato si è stabilizzato nell'UE, ma si possono ancora individuare alcune tendenze nazionali divergenti.

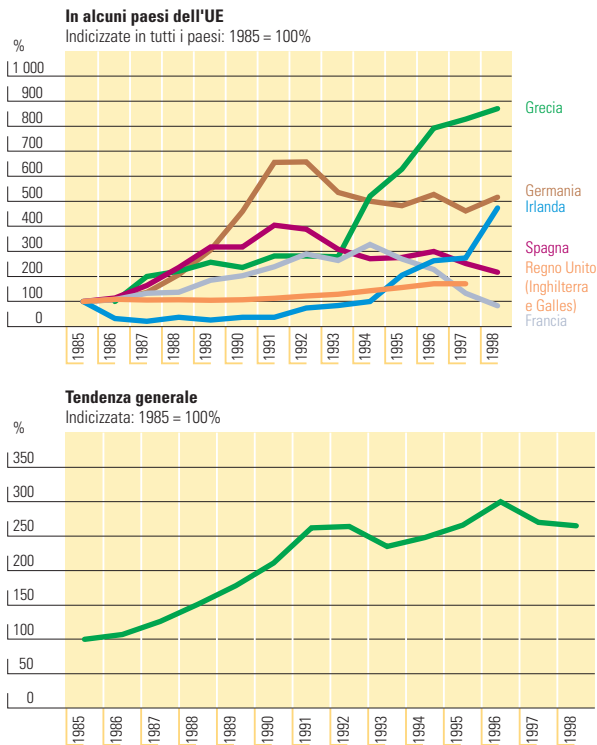
- In Spagna, Francia e in parte anche in Germania (per quanto sia stato segnalato un recente aumento), Italia e Austria, il numero di decessi improvvisi correlati agli stupefacenti si è stabilizzato o è diminuito. Questo dato può indicare livelli diversi di consumo problematico di stupefacenti, la riduzione del consumo per via endovenosa e/o la maggiore possibilità di accesso alle terapie, comprese quelle sostitutive.
- Dopo i pochi decessi rilevati nei primi anni Novanta la Grecia, l'Irlanda e il Portogallo hanno da allora registrato un notevole aumento. Questo risultato può essere attribuito al consumo crescente di eroina, ma può anche rispecchiare il fatto che sono migliorate le procedure relative alla casistica.
- Dopo i numerosi casi di decesso correlato agli stupefacenti registrati nei primi anni Novanta, il dato continua ad aumentare in Svezia, Regno Unito e, più moderatamente, in Danimarca. È necessario indagare ulteriormente per comprendere i motivi di questa tendenza.

Mortalità tra i tossicodipendenti

L'accertamento della mortalità e delle cause di decesso tra i consumatori problematici di stupefacenti rende più semplice programmare e valutare gli interventi di salute pubblica e integra le statistiche relative ai decessi connessi agli stupefacenti. Il rischio di mortalità viene valutato seguendo per diversi anni gruppi di tossicodipendenti, solitamente consumatori di oppiacei in terapia (studi di coorte).

I risultati indicano che i tassi di mortalità tra i consumatori di oppiacei sono superiori fino a 20 volte rispetto a gruppi di età equivalenti della popolazione generale. Tra le donne, le percentuali possono essere oltre 30 volte superiori rispetto alle donne della stessa età che non consumano droghe. Valori così elevati rispecchiano cause quali overdose, incidenti, suicidi o malattie infettive. La mortalità tra coloro che consumano stupefacenti per via endovenosa è da due a quattro volte maggiore rispetto a chi non ricorre a questo tipo di assunzione, mentre la mortalità tra consumatori affetti dal virus dell'HIV è da due a sei volte più alta rispetto ai consumatori che non hanno contratto l'infezione.

Grafico 13 Tendenze dei casi di decesso improvviso connesso alla droga, dal 1985 al 1998



I casi di decesso correlato alla droga si sono stabilizzati in tutta l'UE, nonostante le tendenze divergenti in alcuni paesi

Note: — Solo alcuni paesi sono presentati qui per illustrare tendenze nazionali divergenti.
— Sono riportate variazioni percentuali relative alle cifre del 1985. Per la Grecia, la serie inizia nel 1986 per evitare distorsioni.
— In alcuni paesi con una tendenza all'aumento, tale aumento può attribuirsi in parte ad una migliore informazione.
— Non tutti i paesi hanno fornito i dati relativi a tutti gli anni, ma se ne è tenuto conto nell'analisi.

Fonte: Relazioni nazionali Reitox 1999, tratte dai registri nazionali di mortalità o dai registri speciali (di polizia o forense).

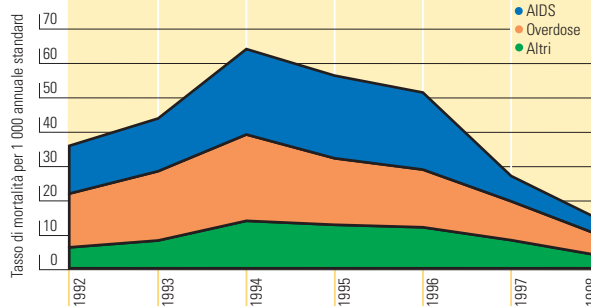
Gli studi di coorte in una ricerca condotta in diversi centri e coordinata dall'OEDT mostrano notevoli differenze nella mortalità e nelle cause di decesso tra le diverse località. Nelle città con un alto tasso di infezione da HIV tra i tossicodipendenti, dalla metà degli anni Ottanta l'impatto dell'AIDS ha provocato un aumento dei tassi di mortalità. A Barcellona (cfr. grafico 14) la mortalità ha raggiunto un livello di oltre 50 decessi all'anno su 1 000 consumatori dal 1992 al 1996, prima di registrare una netta diminuzione associata ad un calo dei decessi per AIDS (probabilmente a causa delle nuove terapie anti-retrovirali) e, in misura minore, delle morti per overdose.

Malattie infettive correlate alle droghe

HIV e AIDS

Le notevoli differenze nella prevalenza di infezione da HIV tra tossicodipendenti per via endovenosa, dall'1 % nel Regno Unito al 32 % della Spagna (cfr. grafico 15), non trovano spiegazione nella diversità delle fonti e dei metodi di raccolta dei dati.

Grafico 14 Evoluzione dei tassi di mortalità per cause specifiche a Barcellona tra coorti di tossicodipendenti in centri terapeutici, 1992-98



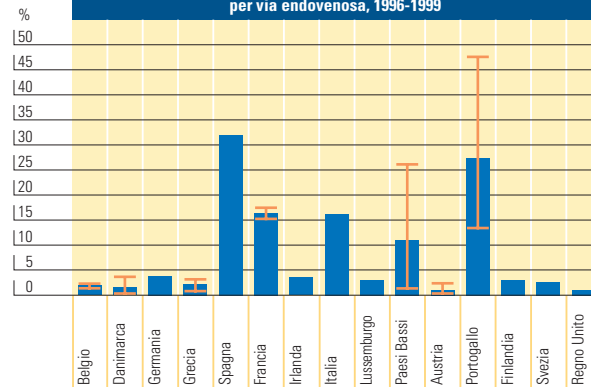
La mortalità tra i casi di consumo problematico di stupefacenti varia nel tempo e può diminuire

Note: Per questa coorte l'overdose indica i decessi classificati sotto i codici da E850.0 a E859.9 della Classificazione internazionale delle malattie, IX edizione (ICD-9).

Fonte: Progetto OEDT CT.98.EP.12, coordinato dall'Osservatorio epidemiologico Regione Lazio, Roma.

Fin dalla metà degli anni Novanta la prevalenza dell'HIV sembra essersi stabilizzata nella maggior parte dei paesi, dopo una netta diminuzione che ha fatto seguito alla prima grande epidemia tra i tossicodipendenti negli anni Ottanta. Continuano a verificarsi tuttavia nuovi casi di infezione, che controbilanciano il declino nella diffusione dovuto ai decessi. In alcune zone, la prevalenza può persino essere in aumento. In Finlandia, i casi di infezione da HIV tra i tossicodipendenti sono considerevolmente aumentati dal 1998 (i dati non sono riportati in questa relazione). Negli ultimi mesi del 1998 la diffusione dell'HIV a livello locale in un gruppo di tossicodipendenti (la maggior parte dei quali assuntori per via endovenosa) a Lisbona era del 48 %: il dato, più elevato rispetto agli studi condotti in precedenza, suggerisce casi di trasmissione recente.

Grafico 15 Diffusione dell'infezione da HIV tra i tossicodipendenti per via endovenosa, 1996-1999



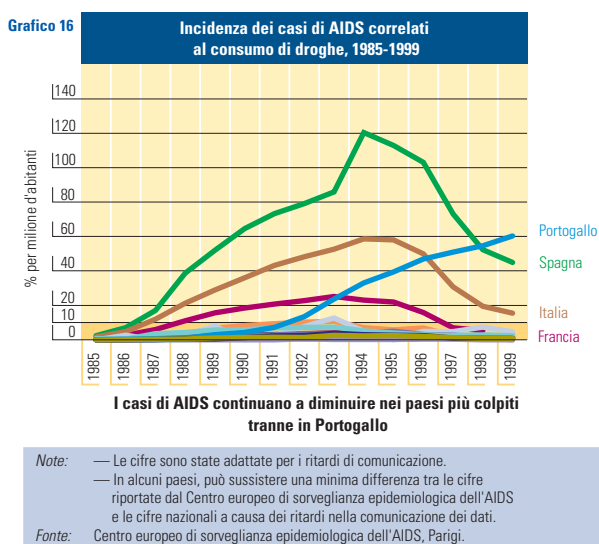
La diffusione dell'infezione da HIV varia notevolmente da un paese all'altro e all'interno di uno stesso paese

Note: Il confronto è limitatamente valido perché le cifre provengono da fonti diverse e riflettono metodi differenti. Per le note metodologiche, cfr. le tabelle statistiche al sito www.emcdda.org.
Le cifre relative alla Danimarca, ai Paesi Bassi e alla Finlandia e le cifre elevate relative all'Austria e al Portogallo sono a livello locale. Quelle per la Germania e l'Italia si riferiscono al numero di consumatori di oppiacei in terapia e alla prevalenza sottostimata tra i tossicodipendenti per via endovenosa.

Fonti: Per le fonti, si vedano le tabelle statistiche al sito www.emcdda.org

Prevalenza e modelli del consumo di stupefacenti

Anche l'incidenza dei nuovi casi di AIDS è molto diversa nei vari paesi, sebbene la tendenza generale indichi una diminuzione (cfr. grafico 16), probabilmente grazie al risultato di nuove terapie che ritardano la comparsa della malattia. Il fatto che in Portogallo le percentuali di nuovi casi di AIDS non siano in diminuzione potrebbe essere imputato al basso livello di fruizione della terapia e/o dell'aumento delle infezioni da HIV. Anche la percentuale di tossicodipendenti tra tutti i casi cumulativi di AIDS è estremamente diversa nei vari paesi e riflette le oscillazioni nella relativa prevalenza di tossicodipendenti nella diffusione dell'AIDS.



Epatite B e C

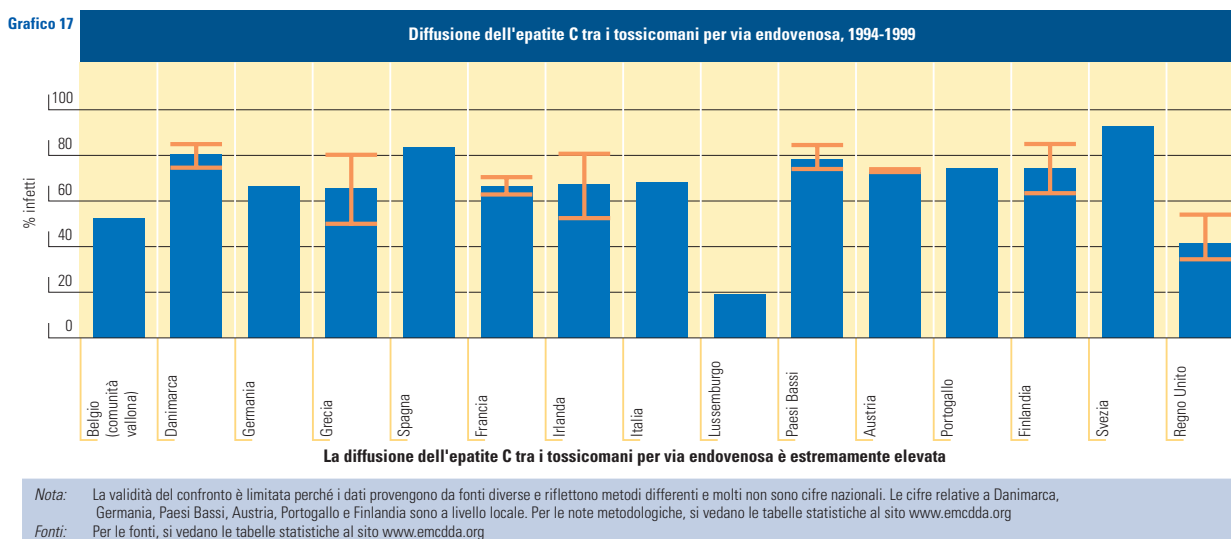
L'infezione da epatite C nei tossicodipendenti è più diffusa e uniforme nell'UE rispetto all'epatite B. Se la prevalenza di anticorpi dell'epatite B registra percentuali tra il 20 e il 70 %, la prevalenza dell'infezione da epatite C oscilla dal 20 % circa a oltre il 90 % perfino nei paesi con bassi tassi di infezione da HIV, come la Grecia (cfr. grafico 17).

Nella maggior parte dei paesi, l'accresciuta reperibilità di aghi e siringhe sterili, la maggior disponibilità di preservativi, i servizi di sostegno e diagnosi dell'HIV e le terapie con sostanze sostitutive sono elementi che hanno contribuito a tenere sotto controllo la trasmissione del virus dell'HIV tra i tossicodipendenti per via endovenosa. Se questi interventi possono anche contribuire a ridurre l'infezione da epatite C tra i consumatori di droghe per via endovenosa, non sono tuttavia sufficienti per prevenirne la diffusione. La persistenza dell'infezione da epatite C tra i nuovi consumatori per via endovenosa richiede risposte più innovative. Si impone altresì un sistema di sorveglianza a livello dell'UE.

Quanto all'epatite B, la disponibilità di nuovi dati è limitata e per questo i risultati non sono presentati in questa relazione. La prevalenza di anticorpi totali non è un parametro soddisfacente, poiché il dato può essere dovuto a vaccinazioni, o ad infezioni passate, attuali o croniche. Tuttavia, il numero di tossicodipendenti per via endovenosa che non hanno anticorpi dell'epatite B indicano una popolazione a rischio che trarrebbe non poco beneficio dalle vaccinazioni. Coloro che mantengono il virus e possono essere contagiosi possono essere identificati mediante uno specifico marker sierologico (l'antigene superficiale dell'epatite B HbsAg). I dati sui livelli dell'antigene HBsAg saranno riportati nelle prossime relazioni annuali.

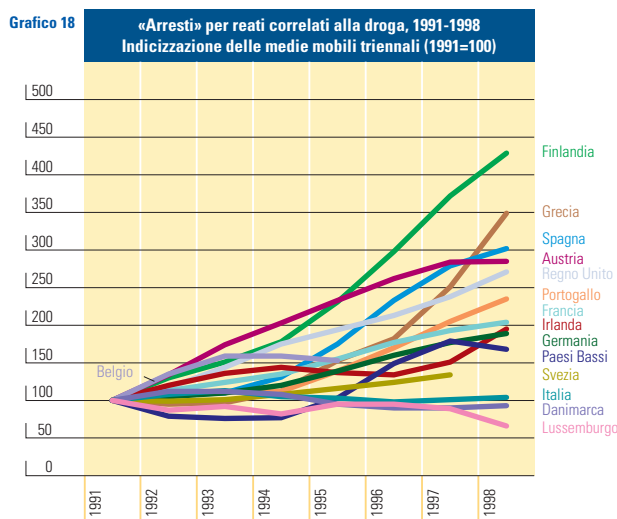
Indicatori dell'applicazione della legge

I dati correlati al mondo degli stupefacenti, ottenuti dai registri degli organi per l'applicazione della legge, rispecchiano le differenze nella legislazione nazionale, nonché nelle risorse impiegate e nelle priorità. Sebbene le diverse procedure di verbalizzazione e definizioni impediscano l'accurata comparazione dei dati, vengono illustrate, quando possibile, alcune tendenze.



«Arresti» per reati di droga

Gli «arresti» (2) per tutti i reati di droga hanno registrato una costante crescita in Europa dalla metà degli anni Ottanta, con un netto aumento a partire dal 1994. La Grecia, la Spagna, i Paesi Bassi, il Portogallo e la Finlandia registrano le più alte percentuali di aumento recente, mentre in Danimarca e Lussemburgo i livelli si sono stabilizzati.



Gli «arresti» per i reati correlati alla droga sono in aumento in gran parte dei paesi

Note: — Sono stati introdotti i valori reali per tutti i paesi nel 1998 e per la Svezia nel 1997 dato che i dati disponibili non consentono di calcolare le medie mobili in tali casi.
— La serie è interrotta per il Belgio nel 1996 e 1997 per mancanza di dati. Il valore relativo al 1998 è «193».
— Il dato relativo al 1998 per la Grecia si riferisce al numero di accuse.

Fonte: Relazioni nazionali Reitox, 1999.

Nel 1998 la cannabis è stata la sostanza più comune degli «arresti» per reati di droga, costituendo il 39 % di tutti gli «arresti» di questo genere in Irlanda e l'85 % in Francia. In Italia, Lussemburgo e Portogallo dal 40 al 60 % degli «arresti» riguardava l'eroina, mentre in Svezia il 55 % interessava le anfetamine, un dato leggermente più alto rispetto a quello della cannabis. Nei Paesi Bassi la maggior parte degli «arresti» correlati agli stupefacenti riguarda le droghe pesanti (sostanze diverse dalla cannabis).

In tutti i paesi che penalizzano il possesso e/o il consumo di stupefacenti (3), questo genere di reati era prevalente nel 1997 e nel 1998 — dal 61 % di tutti i reati correlati agli stupefacenti del Portogallo all'87 % dell'Austria (anche se questo dato comprende il traffico di piccole quantità). In Lussemburgo la maggior parte degli «arresti» attiene a consumo e spaccio.

Dati relativi alle carceri

Raramente si raccolgono dati sistematici sul consumo di stupefacenti nelle carceri, e gran parte delle informazioni provengono da studi ad hoc condotti a livello locale. Se da un lato un'elevata percentuale di trattenuti e condannati — fino al 90 % in alcuni casi — è costituita da tossicodipendenti, le cifre relative ai consumatori problematici sono inferiori, e vanno dal 20 al 50 % della popolazione carceraria totale in quasi tutti gli Stati membri.

Consumo di stupefacenti in carcere

Alcune indagini condotte nella maggior parte dei paesi dell'UE studiano il fenomeno del consumo di stupefacenti all'interno delle carceri (4). Alcuni detenuti cominciano a fare uso di droghe in carcere; il carcere si rivela inoltre il luogo dell'iniziazione al consumo di stupefacenti per via endovenosa. Sebbene questo genere di assunzione sembri meno frequente in carcere rispetto al mondo esterno, in talune prigioni fino al 70 % di coloro che fanno uso di droghe per via endovenosa si scambia gli aghi e il materiale per iniettarsi.

Indicatori del mercato degli stupefacenti: sequestri, prezzo, purezza

Se da un lato i sequestri di stupefacenti possono indicare indirettamente la fornitura e la reperibilità di determinate sostanze, essi riflettono anche le priorità e le strategie dell'applicazione della legge, nonché la possibilità di confisca delle diverse sostanze. È difficile procedere ad un'analisi delle quantità sequestrate (cfr. grafico 19), poiché possono oscillare in seguito a pochi sequestri eccezionalmente voluminosi. Il numero dei sequestri (cfr. grafico 20), che in molti paesi comprende una percentuale rilevante di operazioni di minore entità effettuate sul mercato finale, può invece indicare con maggior precisione le tendenze della disponibilità di sostanze sul mercato interno. I dati delle confische devono essere analizzati insieme ad altri indicatori del mercato quali il prezzo, la purezza, la reperibilità e la struttura del mercato. Questi dati sono ancora molto scarsi a livello nazionale, motivo per cui è tuttora difficile tracciare un quadro accurato del mercato degli stupefacenti.

Cannabis

In tutti i paesi dell'UE, ad esclusione del Portogallo, la cannabis riguarda il maggior numero di sequestri. Dal 1985 il numero delle confische di cannabis è costante-

(2) I diversi Stati membri interpretano la definizione «arresti» per reati di droga in modo differente. Il termine, infatti, si può applicare ad esempio in caso di colpevolezza presunta o per accuse di reati connessi alla normativa riguardante gli stupefacenti.

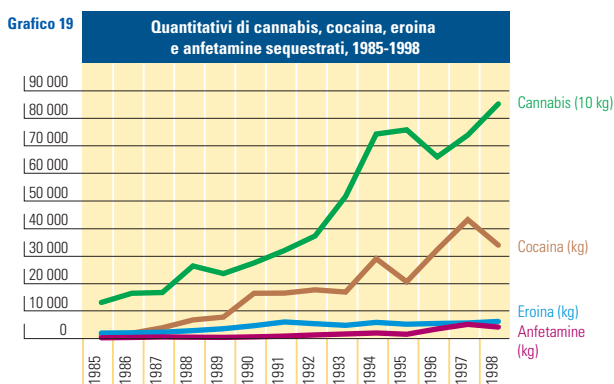
(3) Dati non disponibili per Danimarca e Italia.

(4) Per le fonti, consultare le tabelle statistiche sul sito www.emcdda.org

Prevalenza e modelli del consumo di stupefacenti

mente aumentato, e più marcatamente dal 1997. Anche i quantitativi coinvolti sono aumentati, nonostante un calo nel 1996, raggiungendo il picco di 853 tonnellate nel 1998. Nel 1998 la Spagna è risultata il paese con i maggiori quantitativi di cannabis confiscati, anche se il Regno Unito ha registrato un numero totale di sequestri doppio rispetto alla Spagna.

I prezzi della cannabis sono generalmente stabili in tutta l'UE. In Germania la purezza della cannabis, calcolata secondo la percentuale di sostanza psicoattiva tetraidrocannabinolo (THC), oscillava da meno del 3 % al 20 % nel 1998, con quasi la metà dei campioni di hashish analizzati contenenti tra il 6 e il 9 % di THC.



Si è registrato un netto aumento dei quantitativi di cannabis e cocaina sequestrati negli anni Novanta

Note: — In mancanza di dati disponibili, le cifre riportate rappresentano sottostime.
— I dati relativi ai sequestri di cannabis nel 1998 in Belgio non sono disponibili.
— I dati relativi ai sequestri di anfetamine dal 1996 al 1998 in Belgio e nel 1998 in Austria non sono disponibili.

Fonte: Relazioni nazionali Reitox, 1999.

Eroina

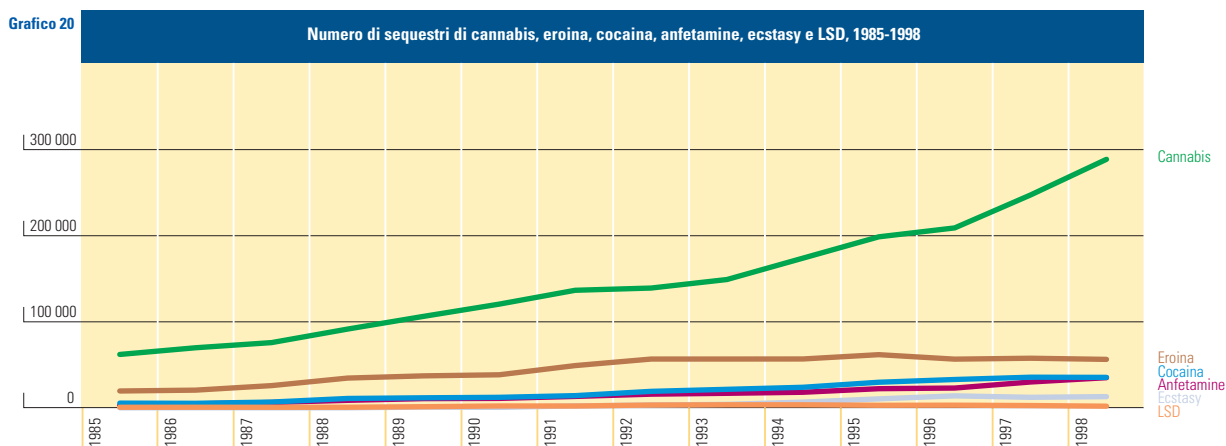
Dopo gli aumenti registrati dal 1985 al 1991-1992, in tutta Europa si sono stabilizzati sia il numero dei sequestri di eroina che i quantitativi confiscati, con alcune variazioni tra i diversi paesi. Dal 1995 il numero dei sequestri è nettamente diminuito in Danimarca, Germania, Francia, Italia, Lussemburgo e Austria, ma è aumentato in Irlanda, Finlandia, Svezia e Regno Unito. Anche i quantitativi confiscati sono stati variabili, con alcune diminuzioni in Germania, Francia e Finlandia negli ultimi tre anni. Nel 1998 i Paesi Bassi hanno sequestrato un terzo della quantità totale di eroina confiscata nell'UE, mentre il Regno Unito, seguito dalla Spagna, ha registrato il numero più elevato di operazioni di sequestro.

Il prezzo di vendita dell'eroina ai consumatori sembra essere costante in Belgio, Irlanda e Lussemburgo e si sta stabilizzando, dopo un calo, in Germania. La Spagna e il Regno Unito registrano un aumento di reperibilità di eroina a buon mercato, soprattutto del tipo «brown», che si fuma nel Regno Unito.

Il grado di purezza dell'eroina varia da una percentuale inferiore al 20 % in Germania e Grecia al 35-40 % in Irlanda e nel Regno Unito. La Danimarca registra un grado di purezza che supera in media il 60 %.

Cocaina

Nel 1998 le operazioni di sequestro di cocaina nell'UE hanno continuato ad aumentare fino ad un totale di 35 060. Questa tendenza è evidente in quasi tutti gli Stati membri, in particolar modo in Spagna, Irlanda e Regno Unito. I quantitativi sequestrati variano, anche se la tendenza generale è in crescita. In confronto al 1997, la



La sostanza illecita sequestrata più di frequente è la cannabis, seguita dall'eroina

Note: — Dati non disponibili per la Grecia; per la Danimarca e il Portogallo i dati sono disponibili solo a partire dal 1988, dal 1997 per i Paesi Bassi e dal 1993 al 1996 per la Finlandia.
— I dati relativi ai sequestri di anfetamine non sono disponibili dal 1996 per il Belgio e per il 1998 per i Paesi Bassi e l'Austria.
— Gran parte delle serie di dati relativi ai sequestri di ecstasy iniziano nei primi anni Novanta, tranne che per Spagna, Francia, Italia e Regno Unito. Non sono disponibili i dati del Belgio per il 1996 e il 1997, per il 1998 per i Paesi Bassi, mentre i dati del 1998 del Belgio comprendono le anfetamine.
— Il numero di sequestri di ecstasy è sovrastimato dal 1985 al 1994, poiché i dati relativi alla Spagna comprendono anche i sequestri di LSD.
— I dati relativi ai sequestri di LSD nei Paesi Bassi e in Finlandia per il 1998 non sono disponibili.

Fonte: Relazioni annuali Reitox, 1999.

cocaina sequestrata complessivamente nell'UE nel 1998 è diminuita del 21 % fino a 34 tonnellate, rispecchiando principalmente il calo dei quantitativi confiscati in Spagna e Portogallo. Nel 1998 le quantità maggiori sono state sequestrate in Spagna e nei Paesi Bassi.

Il prezzo della cocaina è generalmente stabile nell'UE, ma è in calo in Germania e nel Regno Unito. La purezza al dettaglio varia dal 50 al 60 %, ad eccezione della Grecia, dove oscilla dal 5 al 10 %, e l'Irlanda, che nel 1998 ha segnalato un grado di purezza del 38 %.

Anfetamine, ecstasy e LSD

Dopo un costante aumento sin dalla metà degli anni Ottanta, il numero delle operazioni di sequestro di anfetamine nell'UE si è attestato nel 1998 a circa 35 000, con oltre la metà delle operazioni condotte nel Regno Unito. I Paesi Bassi e il Regno Unito registrano i maggiori quantitativi di anfetamine sequestrate, sebbene un calo del 45 % nelle quantità confiscate nel Regno Unito nel 1998 abbia fatto sì che il totale dell'Unione europea diminuisse del 19 % fino a quattro tonnellate circa. In Finlandia, Svezia e Regno Unito le anfetamine sono la seconda sostanza più comunemente sequestrata, dopo la cannabis.

Da quando sono stati registrati i primi sequestri tra la fine degli anni Ottanta fino alla metà degli anni Novanta, le operazioni di sequestro di ecstasy sono aumentate costantemente, per poi diminuire o stabilizzarsi nella

maggior parte degli Stati membri nel 1997 e 1998. Il numero di pasticche sequestrate è aumentato notevolmente fino a raggiungere un picco di 9,9 milioni nel 1996, prima di scendere a 4,2 milioni nel 1997 e poi aumentare di nuovo nel 1998 fino a 6,2 milioni. I quantitativi maggiori sono stati sequestrati nel Regno Unito, seguito dai Paesi Bassi e dalla Francia.

Sia il numero dei sequestri che i quantitativi confiscati di LSD (dietilammide dell'acido lisergico) sono aumentati fino al 1993, ma da allora sono nel complesso diminuiti, al di là delle oscillazioni dei singoli paesi. I sequestri di LSD sono meno frequenti rispetto a quelli di anfetamine o ecstasy.

Negli ultimi anni Novanta i prezzi delle anfetamine e dell'ecstasy sono diminuiti, ma oggi sembrano stabilizzarsi in alcuni Stati membri.

Il grado di purezza delle anfetamine varia dal 6 % in Irlanda al 100 % in Grecia. Per contro, la composizione delle pasticche vendute come «ecstasy» si differenzia enormemente. La maggior parte di esse contiene MDMA o sostanze simili (MDEA, MDA), ma possono comprendere anche altri ingredienti attivi quali le anfetamine o la caffeina, quando non ne sono interamente costituite. Le caratteristiche fisiche delle pasticche spesso non sono indicative della loro composizione, poiché per contenuti diversi possono essere utilizzati la stessa forma o lo stesso logo.

Risposte istituzionali al consumo di stupefacenti

Questo capitolo riporta un quadro globale degli sviluppi delle politiche e delle strategie nazionali e comunitari in materia di droghe e tratta i relativi aspetti correlati al livello di garanzia della qualità. Vengono valutate inoltre le risposte offerte al problema della droga dai settori dell'istruzione, della sanità, dell'assistenza sociale e del sistema penale.

Sviluppi delle politiche e delle strategie

Politiche nazionali in materia di stupefacenti

Le politiche nazionali in materia di stupefacenti stanno diventando più equilibrate nell'approccio e pongono maggiormente l'accento sulla riduzione della domanda piuttosto che sulla riduzione dell'offerta. La prevenzione e la riduzione dei danni correlati al consumo di stupefacenti sono gli aspetti più comuni, e le strategie adottate ultimamente da Spagna, Francia, Portogallo e Regno Unito, nonché dalla stessa Unione europea, mostrano la tendenza ad inserire il problema della droga in un contesto più ampio che comprende gli aspetti legati alla povertà, alla disoccupazione e all'emarginazione sociale.

Gli elementi chiave di queste strategie in materia di droga sono:

- analisi e dimostrazione scientifiche quali basi del processo decisionale;
- priorità chiare e obiettivi comuni;
- obiettivi del rendimento per valutare i progressi;
- metodi di valutazione per misurare l'efficacia delle strategie.

Il coordinamento a livello nazionale, regionale e locale è fondamentale; i coordinatori nazionali infatti gestiscono e si assumono la responsabilità politica dell'attuazione degli interventi. In Germania, Italia e Lussemburgo, dove la priorità si è spostata da politiche di tipo repressivo

verso la prevenzione e l'assistenza, la responsabilità delle politiche in materia di stupefacenti è passata dal ministero dell'Interno a quelli della Sanità e/o degli Affari sociali. I servizi terapeutici sono sempre più integrati nei settori dell'assistenza sanitaria e sociale e del sistema penale; vi è inoltre un buon livello di cooperazione tra le autorità politiche e gli esperti a livello locale e tra le autorità nazionali, regionali e locali.

I nuovi aspetti della politica tedesca sull'uso di sostanze stupefacenti, approvata nel febbraio 2000, riguardano la riduzione dei danni correlati al consumo di droghe e l'assistenza ai consumatori più svantaggiati, ad esempio attraverso l'istituzione di un contesto legale per locali appositi per iniettarsi gli stupefacenti. La strategia in materia di droghe per il periodo 2000-2008 adottata dalla Spagna il 17 dicembre 1999 con un accordo trasversale, attribuisce priorità alla prevenzione e prevede quindi obiettivi del rendimento, l'istituzione di nuovi centri di monitoraggio nelle regioni autonome e l'elaborazione di piani d'azione a livello locale. Il piano d'azione triennale francese (1999-2001), adottato il 16 giugno 1999, prevede per i giovani forme di prevenzione fondate su dati concreti, informazione pubblica, formazione, assistenza e nuovi orientamenti dell'azione penale. La nuova strategia del Portogallo, approvata il 22 aprile 1999, pone l'accento su prevenzione, assistenza e reinserimento sociale. La strategia del Regno Unito per il periodo 1998-2008 è incentrata sul consumo di stupefacenti tra i giovani, sulla possibilità di accesso alle terapie, sulla riduzione della criminalità e sulla reperibilità/fornitura delle sostanze stupefacenti. L'obiettivo di questa politica è di ridurre del 50 % entro il 2008 l'accesso dei giovani alle droghe, nonché di diminuire i casi di espul-

sione dalle scuole e l'assenteismo o il licenziamento dal posto di lavoro per cause correlate all'utilizzo di stupefacenti. Si pone inoltre l'obiettivo di ridurre del 25 % entro il 2002 i casi di decesso correlato alle droghe.

Nelle loro nuove strategie, la Spagna e la Francia includono le sostanze lecite e illecite, ponendo l'accento sui comportamenti legati all'uso di droghe e non sulla sostanza che si consuma. Questo atteggiamento era già chiaro, ad esempio, nelle politiche di prevenzione di Germania, Austria e Svezia sin dagli anni Ottanta. L'Osservatorio nazionale olandese sulle droghe istituito dal ministero della Sanità, che ha iniziato ad occuparsi degli aspetti correlati al consumo di stupefacenti nel 1999 sotto il patronato dell'Istituto dei Paesi Bassi per la salute mentale e le dipendenze, ha competenze sia in materia di droghe illecite che di alcol.

Quanto all'esercizio dell'azione penale contro i reati di droga, in tutti gli Stati membri si preferisce ricorrere a misure alternative alla detenzione, nei casi in cui non sia strettamente necessaria una pena detentiva. Parallelamente, sta diventando sempre più diffusa la depenalizzazione dei reati legati al consumo di stupefacenti. Questi orientamenti indicano che cresce il consenso riguardo all'idea che il carcere non sia una soluzione adeguata per chi ha problemi di droga. La strada della terapia, invece, sembra essere la risposta che riscuote maggior sostegno, anche quando la gravità del reato rende inevitabile la detenzione.

Una direttiva belga del 1998 sancisce che il possesso di cannabis per uso personale deve essere considerato come «la priorità minima» del sistema penale. Allo stesso modo, una direttiva del giugno 1999 del ministero della Giustizia francese raccomanda agli organi giudiziari di ricorrere ad ammonimenti e diffide verbali piuttosto che alla detenzione per i consumatori di stupefacenti — in particolare gli assuntori occasionali di cannabis — che non abbiano commesso altri reati collegati. In Germania il dibattito sullo status legale della cannabis si è intensificato in seguito alla richiesta nel 1994, da parte della Corte costituzionale federale, di uniformare i criteri in base ai quali perseguire o meno l'uso personale di questa sostanza. Nel marzo 2000 il governo del Regno Unito ha annunciato l'avvio di sperimentazioni scientifiche sulla prescrizione di cannabis; i risultati sono attesi per il 2002.

In Lussemburgo si discute attualmente un disegno di legge per depenalizzare il consumo e il possesso per uso personale di sostanze «a rischio ridotto», quali la canna-

bis. Anche la strategia adottata dal Portogallo contempla la depenalizzazione del consumo o del possesso di stupefacenti per uso personale ⁽⁵⁾: i relativi reati infatti sono soggetti a sanzioni amministrative (quali ammende, ritiro della patente di guida o del passaporto), secondo l'esempio dei provvedimenti introdotti in Spagna nel 1992 e in Italia nel 1993.

Prevenzione della criminalità

Il piano triennale della Francia è incentrato sul traffico illecito, soprattutto di droghe sintetiche. Nel 1999 i Paesi Bassi hanno cercato di aumentare il controllo del traffico illecito sui confini nazionali, prolungando al contempo le condanne per spaccio di cannabis e proibendo la coltivazione al chiuso di piante di cannabis. Nel 1999 in Irlanda è stato istituito un Consiglio per la criminalità affinché collaborasse alla definizione, inter alia, della politica per la prevenzione della criminalità correlata agli stupefacenti. Nello stesso anno, una legge sul sistema penale imponeva una condanna minima obbligatoria di 10 anni per il possesso di stupefacenti per un valore superiore ai 12 700 euro, sebbene la dipendenza fosse considerata tra le circostanze attenuanti. In Finlandia, la proposta nel 1999 di un emendamento alla legge sulle forze di polizia raccomandava l'utilizzo delle nuove tecnologie per le operazioni «sotto copertura» e la sorveglianza tecnica attraverso i sistemi di telecomunicazione.

Destano crescente preoccupazione anche gli altri reati connessi al consumo di stupefacenti quali il disturbo della quiete pubblica, i reati contro la proprietà, le aggressioni e i casi di violenza. Una valutazione della politica olandese in materia di turbative generiche ha evidenziato la necessità di provvedimenti a più ampio raggio rivolti ai forti consumatori di stupefacenti, nonché ai frequentatori di locali notturni e ai senzatetto.

Reperibilità di sostanze stupefacenti nelle carceri

In Finlandia, un emendamento del giugno 1999 alla legge sull'applicazione delle pene ha aumentato i poteri delle autorità carcerarie per il controllo dell'introduzione illecita di sostanze stupefacenti nelle carceri, concedendo alle autorità di sottoporre ad analisi quei detenuti sospettati di reati legati alle droghe o di essere sotto l'effetto di stupefacenti e che ricevono visite non controllate. Sempre nel 1999 il Regno Unito ha introdotto alcuni provvedimenti per impedire il contrabbando di droga all'interno delle carceri e negli istituti di custodia per minori, vietando l'accesso a qualsiasi visitatore che sia stato trovato in possesso di sostanze stupefacenti.

(5) Se un reato viene depenalizzato, non è più soggetto a sanzioni di natura penale. Il reato in questione deve invece rispondere a sanzioni di tipo amministrativo, come le ammende, o ad altre limitazioni di determinati diritti, quali il ritiro della patente di guida o del passaporto. In portoghese, il termine «descriminalização» (ingl., «decriminalisation») ha lo stesso significato di «despenalização» (ingl., «depenalisation») nel senso qui indicato.

Strategia dell'Unione europea in materia di droga (2000-2004)

La Strategia dell'Unione europea in materia di droga (2000-2004), approvata dal Consiglio europeo di Helsinki il 1o dicembre 1999, identifica sei obiettivi principali da conseguire nell'arco di cinque anni:

- ridurre in misura rilevante, nell'arco di cinque anni, la prevalenza del consumo di droghe illecite e il numero di nuovi consumatori, soprattutto tra i giovani di età inferiore ai 18 anni;
- abbassare in misura sostanziale l'incidenza dei danni causati alla salute dall'uso di stupefacenti (quali l'HIV, l'epatite B e C, la tubercolosi) e il numero di decessi correlati all'uso di droga;
- aumentare in misura rilevante il numero di tossicodipendenti sottoposti con successo a trattamento;
- diminuire considerevolmente la reperibilità di droghe illecite;
- ridurre in misura rilevante il numero di reati legati alla droga;
- ridurre in maniera consistente il riciclaggio di denaro sporco e il traffico illecito di sostanze chimiche per la produzione di droghe («precursori»).

Nel documento si sottolinea inoltre l'importanza del rafforzamento della cooperazione tra gli Stati membri per meglio attuare le disposizioni del trattato di Amsterdam, entrato in vigore nel maggio 1999, e per incentivare l'effettiva applicazione della legge in tutta Europa.

Il documento pone particolare attenzione sulla valutazione dei risultati e invita l'OEDT ad accertarsi dell'attuazione della strategia. Secondo l'OEDT questo compito sarà reso più difficile dal fatto che i dati di partenza sono incompleti e che alcuni paesi non hanno realizzato i meccanismi di raccolta e valutazione dei dati necessari per ottenere informazioni affidabili.

Garanzia di qualità

Al controllo dell'evoluzione del problema delle droghe e alla fissazione di indicatori per la diffusione e l'impatto delle strategie viene attribuita un'importanza sempre maggiore, come rispecchiato ultimamente dai piani d'azione adottati da Spagna, Francia, Portogallo e Regno Unito, e dalla strategia stessa dell'UE. In Belgio e Lussemburgo è attualmente in corso la valutazione del piano d'azione nazionale, mentre in Svezia una commissione governativa si occuperà di stimare i risultati della politica nazionale in materia di stupefacenti entro la fine del 2000.

Gli investimenti per la ricerca e la formazione relative alla valutazione sono in aumento in tutta Europa. In Germania, nei Paesi Bassi, in Austria e nel Regno Unito sono in corso di attuazione alcune procedure formali di garanzia della qualità per migliorare l'efficacia della prevenzione e dell'assistenza in materia di stupefacenti, quali l'introduzione di schemi di accreditamento, il monitoraggio dei progressi e la disposizione di programmi di formazione. La maggior parte degli attuali schemi di valutazione riguarda singoli programmi di prevenzione e terapia, ma nel loro insieme possono costituire la base per analisi complessive più sofisticate.

In molti paesi sono stati intensificati i programmi di formazione che si rivolgono a specialisti in materia di prevenzione e assistenza, ma anche, e sempre più, a operatori non specifici del settore in contatto con situazioni problematiche relative alla droga, quali il personale dell'assistenza sanitaria di base, farmacisti, insegnanti, animatori giovanili, forze di polizia, personale carcerario e persone che operano nel settore del volontariato.

Lo scambio di informazioni è un prerequisito fondamentale per un processo decisionale consapevole all'interno e tra gli Stati membri. A questo scopo, si sta sviluppando la rete di collegamenti nazionali e regionali, l'impiego di siti Internet e di basi di dati nazionali, nonché progetti transnazionali quali Pevnet, che coinvolge i Paesi Bassi, la Finlandia e il Regno Unito. La base di dati europea dell'OEDT sulle attività finalizzate alla riduzione della domanda di droghe (EDDRA), disponibile sul sito www.emcdda.org, assume un'importanza sempre maggiore quale strumento di garanzia di qualità.

Nella ricerca sul mondo degli stupefacenti, sussistono ancora grosse lacune in tutti gli Stati membri ed è evidente l'esigenza di maggiori finanziamenti per questo settore. Di recente in Germania, nei Paesi Bassi e in Finlandia sono stati avviati o sono in fase di elaborazione alcuni programmi di ricerca sulle tossicodipendenze. In Germania, nei Paesi Bassi e in Svezia sono state create nuove figure di esperti al fine di migliorare i fondamenti scientifici delle politiche in materia di droghe.

Risposte alla riduzione della domanda

Prevenzione

Prevenzione del consumo di stupefacenti nelle scuole

La prevenzione del consumo di stupefacenti nelle scuole è una priorità per tutti gli Stati membri. I programmi che uniscono all'informazione per gli studenti uno sviluppo delle proprie capacità, per consolidare valori quali la

determinazione positiva di sé, sono sempre più frequenti. I programmi condotti da gruppi di coetanei che coinvolgono attivamente i giovani in attività di prevenzione nelle proprie scuole sono in aumento in Danimarca, Italia, Austria e Svezia. Le valutazioni condotte in Grecia, Spagna e nei Paesi Bassi dimostrano che queste iniziative di prevenzione, con la dovuta formazione degli insegnanti e l'adeguato supporto dei genitori e della comunità nel suo complesso, sono efficaci, almeno a breve e medio termine.

In Germania, nei Paesi Bassi e nel Regno Unito sono stati elaborati orientamenti che propongono soluzioni mirate alle scuole, affinché si intervenga in modo adeguato nei confronti degli studenti con problemi di droga. Le assenze ingiustificate, l'espulsione o la sospensione dalla scuola, sono strumenti che non sortiscono alcun risultato poiché i ragazzi che non sono a scuola corrono un rischio ancor maggiore di fare uso di stupefacenti.

Oltre ad informare, le attività che si rivolgono ai genitori pongono come priorità le competenze nel rapporto interpersonale e nella comunicazione. Alcuni di questi programmi sono condotti da esperti, mentre altri promuovono più semplicemente il dialogo tra genitori. Sebbene la valutazione di queste iniziative sia tendenzialmente scarsa, alcune ricerche in Danimarca, Germania e Grecia hanno rivelato che oltre il 50 % dei partecipanti ha affermato che le proprie capacità nel ruolo di genitori ne hanno beneficiato.

Quanto alla riduzione dell'emarginazione sociale, l'Irlanda e il Regno Unito hanno introdotto programmi di intervento diretto per sostenere le famiglie più vulnerabili dal punto di vista sociale. Questo genere di iniziative è relativamente nuovo e non sono ancora disponibili dati di valutazione.

Internet è uno strumento sempre più utilizzato nella prevenzione del consumo di stupefacenti, con siti dedicati ai giovani che forniscono informazioni e servizi «chat» su questioni relative alla droga, nonché consigli per i genitori. Anche gli insegnanti possono scaricare materiale da Internet e scambiare le proprie esperienze con altri mediante gruppi di discussione on line.

Prevenzione del consumo di stupefacenti negli ambienti ricreativi

Agli animatori giovanili che operano in contesti ricreativi, quali centri giovanili e associazioni sportive, si richiede sempre più di essere in grado di intervenire sin da subito qualora si presentassero problemi connessi alle droghe. Nel 1999 in Germania 1 500 animatori giovanili appar-

tenenti ad associazioni sportive hanno frequentato seminari specializzati sulla prevenzione del consumo di stupefacenti. In Belgio, Germania, Francia e Paesi Bassi, oltre ad osservare la politica generale dell'astinenza, gli animatori giovanili sono in grado di offrire assistenza ai consumatori occasionali di droghe a basso rischio per ridurre le possibilità di intensificazione del consumo di stupefacenti. Valutare i risultati di questi programmi è assai difficoltoso, poiché gli obiettivi e i gruppi destinatari variano nel tempo. Più discutibili, in termini di efficacia e sostenibilità, sono gli eventi straordinari come le manifestazioni o i saloni per i giovani, in aumento negli ultimi anni.

L'uso «ricreativo» di stupefacenti da parte dei giovani in Europa continua a spostarsi dai grandi raduni per eventi musicali a situazioni geograficamente meno definite, quali locali, bar o feste private. Fornire informazioni in merito rimane la misura di prevenzione più diffusa in Europa, seguita da servizi di consulenza sul posto, attività di assistenza primaria e servizi in caso d'urgenza. I consumatori di droghe sintetiche, che spesso si considerano bene informati in materia di stupefacenti e non si rendono conto che il loro consumo potrebbe essere problematico, di rado ricorrono ai servizi terapeutici tradizionali, mentre gli interventi a livello personale e le attività di assistenza primaria sembrano essere più adeguati alle loro esigenze. In Austria si sta considerando la possibilità di istituire un centro di orientamento specifico per i consumatori di droghe sintetiche.

Anche il personale di locali notturni e discoteche può assumere un ruolo fondamentale nella prevenzione del consumo di stupefacenti. In Irlanda, nei Paesi Bassi e nel Regno Unito si è avviata la distribuzione, al personale di ritrovi e locali, di materiale relativo a come trattare i casi di consumo di stupefacenti, nonché proposte di politiche di prevenzione delle droghe.

L'analisi in loco delle pillole è stata attuata in vari modi in Germania, Francia, Paesi Bassi e Austria. L'analisi delle pastiglie vendute sul mercato delle droghe «ricreative» ha rivelato che fino al 19 % di queste contengono sostanze quali caffeina o efedrina oppure non contengono affatto sostanze attive. Spesso, tuttavia, l'analisi delle pasticche avviene in una «zona grigia» legale, poiché il ritiro, l'analisi e il deposito di sostanze illecite, anche se solo per scopi di laboratorio, sono considerati atti di violazione della legge. In Austria l'analisi delle pillole è condotta come studio di ricerca. Nei Paesi Bassi sono stati sviluppati criteri che regolano la qualità delle analisi, distinguendo chiaramente le funzioni di monitoraggio e di riduzione dei danni.

Gruppi ad alto rischio

Tra i gruppi ad alto rischio nel consumo di stupefacenti figurano le minoranze etniche, i giovani socialmente emarginati e/o senz'atletto, gli adolescenti che hanno vissuto l'esperienza degli istituti e i giovani delinquenti, e chi opera nel mercato del sesso. A livello locale, vi è uno sviluppo crescente di politiche generali rivolte a bambini e ragazzi, e gli organismi di coordinamento trasversale — con sostegno finanziario, consulenze metodologiche e formazione provenienti da fonti centrali o regionali — sono invitati ad intervenire con piani d'azione specifici per rispondere alle esigenze della propria comunità. In Danimarca, Spagna, Irlanda, Finlandia e Regno Unito, le questioni relative al consumo di stupefacenti sono affrontate di pari passo con l'emarginazione sociale, la piccola criminalità, i casi di violenza e le turbative dell'ordine pubblico.

Il carattere a lungo termine di progetti di questo genere è implicito sin dalla loro ideazione e sostenere un adeguato livello di cooperazione rappresenta una sfida fondamentale. La valutazione di queste attività di comunità è solo agli inizi, i dati della frequenza scolastica, le statistiche delle forze di polizia e le cifre delle terapie di disintossicazione possono contribuire a verificare la loro efficacia.

In tutti gli Stati membri sono stati avviati progetti specifici rivolti ai nuovi giovani consumatori di stupefacenti. Poiché questi assuntori presentano spesso anche problemi correlati alla salute, all'istruzione, alla sfera penale e sociale, è necessario il coinvolgimento di molti servizi diversi, la cui cooperazione ha un'importanza vitale. È inoltre essenziale riuscire ad individuare per tempo i modelli del nuovo consumo di stupefacenti e dei nuovi gruppi a rischio.

Gli operatori delle unità di strada e delle unità mobili si rivolgono molto spesso a giovani tossicodipendenti occasionali nei loro luoghi di incontro. In Grecia e Finlandia, sono stati creati locali che rimangono aperti fino a tarda notte o altri luoghi di ritrovo per i giovani a rischio, talvolta persino gestiti dai giovani stessi. Queste forme di attività di assistenza primaria sono estremamente difficili da valutare, poiché spesso gli obiettivi, le metodologie e i protagonisti non sono chiaramente definiti, a causa della complessità intrinseca del compito stesso. È forte l'esigenza di stabilire metodi di valutazione per le attività di assistenza primaria e l'OEDT sta mettendo a punto alcuni orientamenti per colmare questa lacuna.

Riduzione dei danni causati dal consumo di stupefacenti

Malattie infettive

La comparsa dell'HIV negli anni Ottanta ha prodotto l'introduzione di programmi di distribuzione di siringhe che sono tuttora in corso in tutti gli Stati membri, sebbene con alcune differenze. Nella maggior parte dei paesi sembra essere diminuito l'utilizzo comune degli aghi tra tossicodipendenti, con un aumento parallelo nel numero di siringhe distribuite. Nel 1999 in Finlandia è stata data priorità assoluta a questo genere di programmi, in seguito a un aumento significativo dei casi di infezione da HIV. In Belgio, Spagna e Finlandia, i farmacisti ricevono una formazione specifica in merito a servizi di consulenza sulla salute connessi ai programmi di distribuzione delle siringhe. In Spagna e in Francia, ad esempio, le farmacie fungono da «centri di servizi a bassa soglia», con la distribuzione di siringhe e di sostanze sostitutive.

I dati mostrano un'ampia diffusione in Europa dell'epatite C, anche in paesi con basse percentuali di casi di infezione da HIV. Le uniche misure preventive utilizzabili al momento consistono nell'intensificare la distribuzione di aghi e siringhe, nonché nell'educare i consumatori di stupefacenti a non utilizzare in comune materiale per le iniezioni, e a non fare uso di sostanze per via endovenosa. Recentemente, il tentativo condotto in Austria di fornire interferone nelle strutture a bassa soglia si è rivelato fallimentare.

Il programma di vaccinazione contro l'epatite B condotto in Austria ha dato tuttavia buoni risultati e da Germania e Paesi Bassi provengono esperienze positive, anche tra consumatori ad alto rischio per via endovenosa.

Sono state espresse preoccupazioni in merito alla diminuzione della consapevolezza del rischio e all'aumento dei comportamenti a rischio tra i giovani consumatori di droghe per via endovenosa, che possono non aver beneficiato delle campagne informative condotte in seguito all'impennata dei casi di infezione da HIV alla fine degli anni Ottanta e nei primi anni Novanta. Alcuni studi pubblicati nel 1998 rivelano l'efficacia degli sforzi intrapresi nel Regno Unito per rendere i tossicodipendenti consapevoli dei pericoli insiti nell'incoraggiare chi non fa uso di sostanze per via endovenosa a cominciare ad iniettarsi.

Attività di assistenza primaria e servizi a bassa soglia

Nell'ultimo decennio le attività di assistenza primaria e i servizi a bassa soglia per l'assistenza ai tossicodipendenti che non sono ancora o non sono più in terapia, sono stati

introdotti come complemento dei centri di terapia convenzionali. Questi servizi hanno lo scopo di prevenire ulteriori peggioramenti delle condizioni sociali e di salute dei consumatori di stupefacenti e di motivarli a richiedere un trattamento di disintossicazione.

Le unità mobili di intervento diretto forniscono informazioni, aghi e siringhe sterili, primo soccorso, interventi e servizi d'urgenza nei luoghi in cui i consumatori di stupefacenti si incontrano o a particolari gruppi bersaglio, come chi è dedito alla prostituzione. In Francia, Irlanda e Paesi Bassi queste unità mobili possono anche distribuire metadone.

L'istituzione di servizi a bassa soglia è in aumento in tutti gli Stati membri — sebbene in Grecia e Finlandia siano stati introdotti solo in tempi recenti per rispondere alla crescente preoccupazione riguardo ai consumatori socialmente emarginati — e attraggono un numero crescente di fruitori. A seconda delle particolari esigenze dei consumatori di stupefacenti e delle risorse disponibili, i servizi a bassa soglia forniscono cibo, bevande e servizi igienici, assistenza psicologica, sociale e medica, aghi e siringhe sterili, strutture per dormire e talvolta metadone.

Le attività di assistenza primaria e i servizi a bassa soglia sono forniti anche da associazioni gestite da ex tossicodipendenti, il cui operato riscuote molta fiducia tra i consumatori attuali. Le associazioni di questo genere meglio avviate, come Mainline ad Amsterdam o Brugerforeningen a Copenaghen, lavorano in collaborazione con i servizi di assistenza ufficiali e mettono a punto progetti specifici, ad esempio quelli rivolti alle donne tossicomani.

Locali appositi per iniettarsi gli stupefacenti

I locali per iniettarsi gli stupefacenti forniscono un ambiente in cui è possibile fare uso di sostanze in condizioni igieniche e controllate, riducendo così i rischi di trasmissione delle malattie infettive e di overdose fatali. Sebbene questi locali siano stati istituiti in quattro città tedesche sin dal 1994, essi hanno acquisito uno statuto legale solo il 25 febbraio 2000, quando è stata modificata la legge sugli stupefacenti ed è stata introdotta una normativa quadro che stabilisce i requisiti minimi per le strutture e la gestione di questi locali. La normativa prevede che la decisione finale spetti a ciascun stato federale. Nei Paesi Bassi, invece, questi contesti esistono da diversi decenni. Un nuovo spazio da utilizzarsi a questo scopo sarà aperto nel 2000 a Madrid, mentre in Lussemburgo e Austria la questione è ancora al vaglio. Una ricerca finanziata dalla Commissione europea sta al momento esaminando se e in quale modo i locali per iniettarsi riducono effettivamente i comportamenti a rischio, migliorano e mantengono le

condizioni di salute e allentano la tensione nelle comunità locali che solitamente assistono a scene aperte di consumo di stupefacenti.

Ambiente carcerario

Le condizioni del consumo di stupefacenti tra detenuti contribuiscono in misura maggiore alla diffusione delle malattie infettive rispetto alle condizioni del mondo esterno. Nel 1999 l'Istituto penitenziario spagnolo ha raccomandato la distribuzione di siringhe in tutte le carceri nel tentativo di ridurre i danni causati dallo scambio di aghi infetti. Inoltre il 6,6 % della popolazione carceraria spagnola è stata sottoposta a terapie anti-retrovirali. In alcune carceri tedesche è stato avviato un progetto per ridurre la trasmissione delle malattie infettive, che comprende anche la distribuzione di siringhe.

Programmi terapeutici

Primi stadi della dipendenza da stupefacenti

Il numero di coloro che fanno richiesta di terapie di disintossicazione da anfetamine, cocaina e cannabis, nonché dei fumatori di eroina, è aumentato in tutta Europa. Questo dato lancia una sfida ai servizi terapeutici convenzionali, che spesso non sono all'altezza di intervenire su questi nuovi modelli di consumo di stupefacenti ad un primo stadio. Si osserva un aumento della cooperazione con i servizi sociali e delle politiche giovanili e con i servizi psichiatrici, ad esempio in Germania, nei Paesi Bassi e in Austria. Nel Regno Unito sono stati pubblicati gli orientamenti del 1999 per trattare i giovani di età inferiore ai 16 anni e quelli di 16-18 anni.

Negli ultimi cinque anni Germania, Lussemburgo e Paesi Bassi si sono occupati di mettere a punto interventi specifici rivolti alle minoranze etniche e agli immigrati. Il consumo di stupefacenti è piuttosto diffuso presso alcuni sottogruppi etnici che poco si rivolgono ai servizi terapeutici, per problemi di lingua o per tabù culturali. Tra le alternative più promettenti figurano gli approcci di gruppi di coetanei, mediante il coinvolgimento delle associazioni etniche e la diffusione di informazioni nelle relative lingue. Alcune ricerche in questo ambito sono in corso tra la popolazione rom in Spagna, la popolazione portoghese in Lussemburgo e tra i molucchesi e i nordafricani nei Paesi Bassi.

Consumatori problematici di stupefacenti

In tutti i paesi, i servizi terapeutici si occupano sempre più del consumo combinato di droghe miste. In Danimarca oltre il 75 % di coloro che entrano in terapia fa uso di più sostanze stupefacenti. La Germania registra il consumo problematico di sostanze sostitutive come il metadone e la codeina (le terapie sostitutive sono

discusse più dettagliatamente nel capitolo 4 e non vengono prese in considerazione in questo ambito).

Non è chiaro quale sia la risposta dei servizi terapeutici di fronte a queste nuove sfide. Le relazioni nazionali suggeriscono che i metodi più diffusi sono i trattamenti psicosociali in generale e talvolta le terapie psichiatriche, sebbene nessun paese indichi con precisione quali siano i metodi e gli obiettivi delle terapie. Grecia, Austria e Finlandia registrano una crescita e una diversificazione dei servizi terapeutici nel periodo in esame e Lussemburgo e Portogallo stanno pianificando una espansione analoga. Il piano d'azione triennale della Francia in materia di stupefacenti sottolinea l'importanza di collegare i servizi terapeutici per problemi di alcol con quelli che si occupano del consumo di droghe illecite. Da un'indagine olandese condotta nel 1998-1999 emerge che la combinazione delle strutture terapeutiche (assistenza passo a passo, compreso il reinserimento) può avere effetti positivi sulla dipendenza e sulla recidività penale. Lo studio di ricerca nazionale sui risultati delle terapie (NTORS) svolto dal Regno Unito sul lungo termine e su vasta scala rivela che dopo due anni le terapie condotte sia con metadone che senza sostanze sostitutive hanno prodotto tassi di astinenza considerevolmente più elevati, un consumo meno frequente tra coloro che continuano ad assumere droghe e solamente circa un quinto del campione che continua a consumare quotidianamente oppiacei.

La duplice diagnosi, ossia la coincidenza di problemi legati al consumo di stupefacenti e di problemi psichiatrici, è percepita sempre più diffusamente come un problema in Danimarca, nei Paesi Bassi e in Svezia. Analogamente, i paesi con una lunga tradizione di consumo problematico di stupefacenti, come i Paesi Bassi e il Regno Unito, devono prendere in considerazione la questione dei tossicodipendenti che invecchiano e che presentano problemi di salute molto gravi, nonché condizioni psicologiche e sociali molto difficili. In risposta al loro ruolo sempre più rilevante in un sistema di assistenza diversificato, nei Paesi Bassi e nel Regno Unito sono stati elaborati alcuni orientamenti per i medici di base e per il personale dell'assistenza sanitaria pubblica che lavorano con consumatori problematici di stupefacenti.

Alternative terapeutiche alla detenzione carceraria

Nel complesso, tutti gli Stati membri concordano sul fatto che i consumatori di stupefacenti non debbano essere incarcerati a causa dei loro problemi di dipendenza. In tutta Europa si stanno quindi attuando diverse forme di alternativa al carcere, che vanno dall'espletamento di lavori socialmente utili a trattamenti ambulatoriali o residenziali (per maggiori dettagli, cfr. capitolo 4). Sono

in corso numerosi studi per valutare i risultati di questo genere di interventi.

Programmi terapeutici in carcere

In tutti i paesi dell'UE sono disponibili terapie per i detenuti che fanno uso di sostanze stupefacenti e in Spagna, Germania e Austria è in aumento il ricorso in carcere a terapie sostitutive con metadone. La valutazione dei risultati delle terapie condotte in carcere, tuttavia, non è univoca. Alcuni studi rilevano una sostanziale riduzione sia del consumo di stupefacenti che della criminalità, mentre altri sostengono che sia necessario condurre studi più differenziati per giungere a conclusioni più affidabili. Tra gli ostacoli all'efficacia delle terapie in carcere si segnalano il sovraffollamento, la scarsa formazione del personale carcerario — anche se vi sono possibilità, ad esempio in Spagna e in Italia, di ottenere una formazione specialistica — e il mancato seguito dopo l'uscita dal carcere.

Reinserimento

I consumatori di stupefacenti che sono stati in carcere, hanno seguito terapie di disintossicazione oppure sono ancora in terapia sostitutiva a lungo termine spesso hanno un basso livello di istruzione e di formazione professionale, e non hanno un'occupazione né un alloggio: tutti questi fattori mettono gravemente in discussione il loro reinserimento sociale. Grecia, Spagna, Irlanda, Austria, Portogallo e Finlandia hanno intensificato gli sforzi nel sostenere i tossicodipendenti a (re)integrarsi nella società e a stabilizzare i loro stili di vita.

Germania, Grecia, Spagna e Irlanda forniscono sia un'istruzione di base che corsi di formazione professionale nei settori dell'artigianato, dell'agricoltura e dell'informatica. Germania, Grecia, Spagna, Irlanda, Austria e Portogallo registrano programmi di occupazione sovvenzionati per (ex) tossicodipendenti, sotto forma di progetti specifici per promuoverne l'integrazione nel mercato del lavoro o come schemi di occupazione sovvenzionati. Il programma della Commissione europea Integra sostiene il reinserimento sociale dei giovani mediante una politica di formazione e lavoro. Grecia, Spagna, Austria e Portogallo stanno moltiplicando le iniziative per dare una casa agli (ex) tossicodipendenti, in alloggi con un sostegno finanziario, in comuni appartamenti o presso famiglie.

La valutazione di questi programmi di reinserimento ha indicato risultati promettenti con basse percentuali di abbandono. Il sostegno ai detenuti che fanno uso di stupefacenti quando escono dal carcere è fondamentale, forse ancor più di quello rivolto a chi abbandona l'assistenza terapeutica, al fine di prevenire i casi di overdose e di promuovere l'integrazione sociale.

Questioni specifiche

Questo capitolo mette in evidenza tre aspetti specifici correlati al problema degli stupefacenti in Europa: le terapie sostitutive, la persecuzione dei reati di droga e i problemi relativi alle donne che consumano stupefacenti e ai loro bambini.

Terapie sostitutive

Le terapie sostitutive sono state utilizzate per la prima volta nell'UE alla fine degli anni Sessanta, in risposta al crescente consumo di oppiacei. Con la diffusione di questo genere di consumo si sono sviluppati anche i servizi di terapie sostitutive, anche se le procedure con cui applicarle erano, e sono tuttora, estremamente differenti. Anche la normativa in materia, le procedure per la prescrizione delle sostanze sostitutive e l'organizzazione complessiva dei servizi differiscono considerevolmente tra i vari paesi dell'UE.

Ai consumatori di stupefacenti in terapie di questo genere viene prescritta una sostanza «sostitutiva» simile o identica alla droga normalmente consumata. Esiste una distinzione tra la disintossicazione (graduale riduzione della quantità di stupefacente fino a livello zero) e il mantenimento (assunzione di una quantità sufficiente a ridurre i comportamenti a rischio e altri danni relativi sul lungo periodo). I consumatori di eroina (o di altri oppia-

cei) sono i pazienti principali, mentre ai consumatori di sostanze diverse dagli oppiacei di solito vengono prescritte sostanze sostitutive allo scopo di ottenere la disintossicazione. Questa sezione si occupa esclusivamente di terapie per dipendenza da oppiacei.

Sostanze sostitutive

Le sostanze sostitutive possono essere agoniste (che attivano i recettori degli oppiacei nel cervello creando così il medesimo effetto dell'assunzione) oppure agoniste-antagoniste (che nell'attivare i recettori degli oppiacei nel cervello limitano o eliminano al contempo gli effetti di altri oppiacei o oppioidi assunti in aggiunta). Alcune sostanze, come la buprenorfina, combinano caratteristiche agonistiche e antagonistiche. Le sostanze sostitutive utilizzate per le terapie di disintossicazione da eroina sono altri oppiacei (sostanze derivate dal papavero da oppio, come la morfina o la codeina, o l'eroina prodotta dalla morfina) oppure oppioidi (sostanze sintetiche che producono effetti simili a quelli degli oppiacei, come la buprenorfina e il metadone).

Tabella 1

Sostanze sostitutive utilizzate nell'UE				
Sostanza sostitutiva	Caratteristiche della sostanza	Paesi in cui la sostanza è utilizzata ⁽¹⁾	Costo medio stimato per una settimana di terapia (in euro) ⁽²⁾	Utilizzo per disintossicazione o mantenimento
Buprenorfina	Oppioide agonista-antagonista ad azione di lunghissima durata	Belgio, Danimarca, Francia, Italia, Austria, Regno Unito	65	Entrambi
Dihydrocodéine	Oppioide agonista «debole», semi-sintetico, di breve efficacia	Belgio, Germania, Lussemburgo	40	Entrambi
Eroina	Oppiaceo agonista «forte», di breve efficacia	Paesi Bassi, Regno Unito	200	Mantenimento
LAAM	Oppioide agonista sintetico, ad azione di lunghissima durata	Danimarca, Germania, Spagna, Portogallo	45	Entrambi
Méphénon®	Oppioide agonista sintetico, ad azione di lunga durata	Lussemburgo	8	Entrambi
Metadone	Oppioide agonista sintetico, ad azione di lunga durata	Tutti gli Stati membri	20	Entrambi
Morfina ad azione lenta	Oppiaceo agonista ad azione di lunga durata	Austria	40	Entrambi

⁽¹⁾ Le sostanze sostitutive utilizzate in meno di 20 casi non sono riportate in questa tabella.

⁽²⁾ Pari al mantenimento di un consumatore di: 8 mg al giorno di buprenorfina, 1 500 mg al giorno di diidrocodéina, 400 mg al giorno di eroina, 350 mg alla settimana di LAAM, 10 pillole al giorno di Méphénon®, 50 mg al giorno di metadone, o 400 mg al giorno di morfina ad azione prolungata.

Ogni sostanza sostitutiva funziona per diversi periodi di tempo e questo dato influisce sul modo di somministrazione delle diverse sostanze. La sostanza con l'effetto di maggiore durata è il levo-alfa-acetil-metadolo (LAAM), che può essere assunto anche solo tre volte alla settimana. La morfina ad azione lenta può essere presa a giorni alterni, mentre il metadone e il MephenonR (metadone in pillole) devono essere assunti quotidianamente. L'eroina e la diidrocodaina devono essere assunte almeno due volte al giorno.

Dalla tabella 1 si evince che il metadone è ancora la sostanza sostitutiva più comunemente utilizzata nell'UE, anche se non più in maniera esclusiva come in passato. Sono poi apparse altre sostanze che, al di là delle diverse caratteristiche, sono impiegate nei trattamenti sia di disintossicazione sia di mantenimento.

Introduzione delle terapie sostitutive nell'UE

In seguito ad una sperimentazione nel periodo 1994-1997, che consisteva nel prescrivere eroina a consumatori cronici di stupefacenti a fini principalmente di mantenimento, la Svizzera continua ad utilizzare l'eroina come sostanza alternativa al metadone. L'esperimento svizzero ha avviato intense discussioni in merito alla prescrizione di eroina in tutti gli Stati membri. Sebbene siano state proposte simili sperimentazioni in diversi paesi, solo i Paesi Bassi ne hanno effettivamente avviata una nel 1997,

mentre in Germania il contesto legale per sperimentazioni di questo genere è stato approvato solo nel 1999. Le esperienze francesi con la buprenorfina nel 1996 hanno dato il via a esperimenti simili su scala ridotta in Danimarca (1998), Germania (1999) e Austria (1997) e hanno consentito l'approvazione di leggi che ne autorizzano la vendita nel Regno Unito (1999) e in Germania (2000). Le sperimentazioni con il LAAM si sono diffuse dal Portogallo (1994) alla Spagna (1997) e alla Danimarca (1998).

Se da un lato la tabella 2 indica di nuovo la predominanza del metadone, essa dimostra anche quanto tempo sia trascorso prima che il metadone fosse adottato in tutti i paesi dell'UE. Sebbene in molti paesi le sostanze sostitutive più recenti siano utilizzate per ora in via solo sperimentale, il loro ruolo acquista sempre più rilevanza.

Da uno studio di valutazione della terapia ambulatoriale di metadone, condotto tra il 1995 e il 1999 in Germania dall'Istituto per la ricerca terapeutica di Monaco, è emerso che parallelamente alla diminuzione del consumo di droga sono migliorati nello stesso arco di tempo le capacità e le relazioni sociali.

Nel 1997 una ricerca olandese ha rivelato che fino al 90 % dei pazienti in terapia con una dose media giornaliera di 50 mg di metadone faceva uso anche di cocaina ed eroina e il 70 % consumava alcolici. I primi risultati di un'indagine avviata dal ministero della Sanità sugli effetti di diversi dosaggi di metadone su gruppi che fanno un uso saltuario di stupefacenti mostrano che il gruppo cui era prescritta una dose maggiore diveniva più stabile e mostrava più raramente un deterioramento delle condizioni sociali e di salute, se non più spesso un relativo miglioramento delle stesse.

In Austria, uno studio di valutazione del 1997 ha riportato la possibilità di prescrivere buprenorfina a donne incinte, poiché i bambini nati da madri in terapia con questa sostanza non rivelano sindromi di astinenza da oppiacei, come invece accade ai figli di madri in terapia di metadone.

Mentre le sperimentazioni di sostituzione con il LAAM nei Paesi Bassi sono fallite nei primi anni Novanta per mancanza di tossicodipendenti disposti a partecipare, in Portogallo si sono invece registrati risultati complessivamente positivi, con il 64 % dei 99 partecipanti che ha deciso di continuare il programma. In un programma di post assistenza condotto su 38 pazienti, il 61 % non ha dimostrato recidività.

Tabella 2

Introduzione delle terapie sostitutive nell'UE		
Stato membro	Introduzione delle terapie a base di metadone	Introduzione di altre sostanze sostitutive (1)
Belgio	1994	Consumo occasionale di buprenorfina (2), diidrocodaina
Danimarca	1970	Buprenorfina (2) (3) e LAAM (entrambe nel 1998) (3)
Germania	1992	Diidrocodaina (1985), eroina (1999) (3), LAAM (1999), buprenorfina (2000) (2)
Grecia	1993	Nessun'altra sostanza prescritta
Spagna	1983	LAAM (1997)
Francia	1995	Buprenorfina (1996) (2)
Irlanda	1970	Pas de prescription d'autres produits
Italia	1975	Buprenorfina (1999) (2) (3)
Lussemburgo	1989	Diidrocodaina (1994) (3), méphénon® (4)
Paesi Bassi	1968	Eroina (1997) (2)
Austria	1987	Morfina ad azione lenta (1997), buprenorfina (1997) (2) (3)
Portogallo	1977	LAAM (1994) (3)
Finlandia	1974	Buprenorfina (1997) (2)
Svezia	1967	Nessun'altra sostanza prescritta
Regno Unito	1968	Buprenorfina (1999) (2)

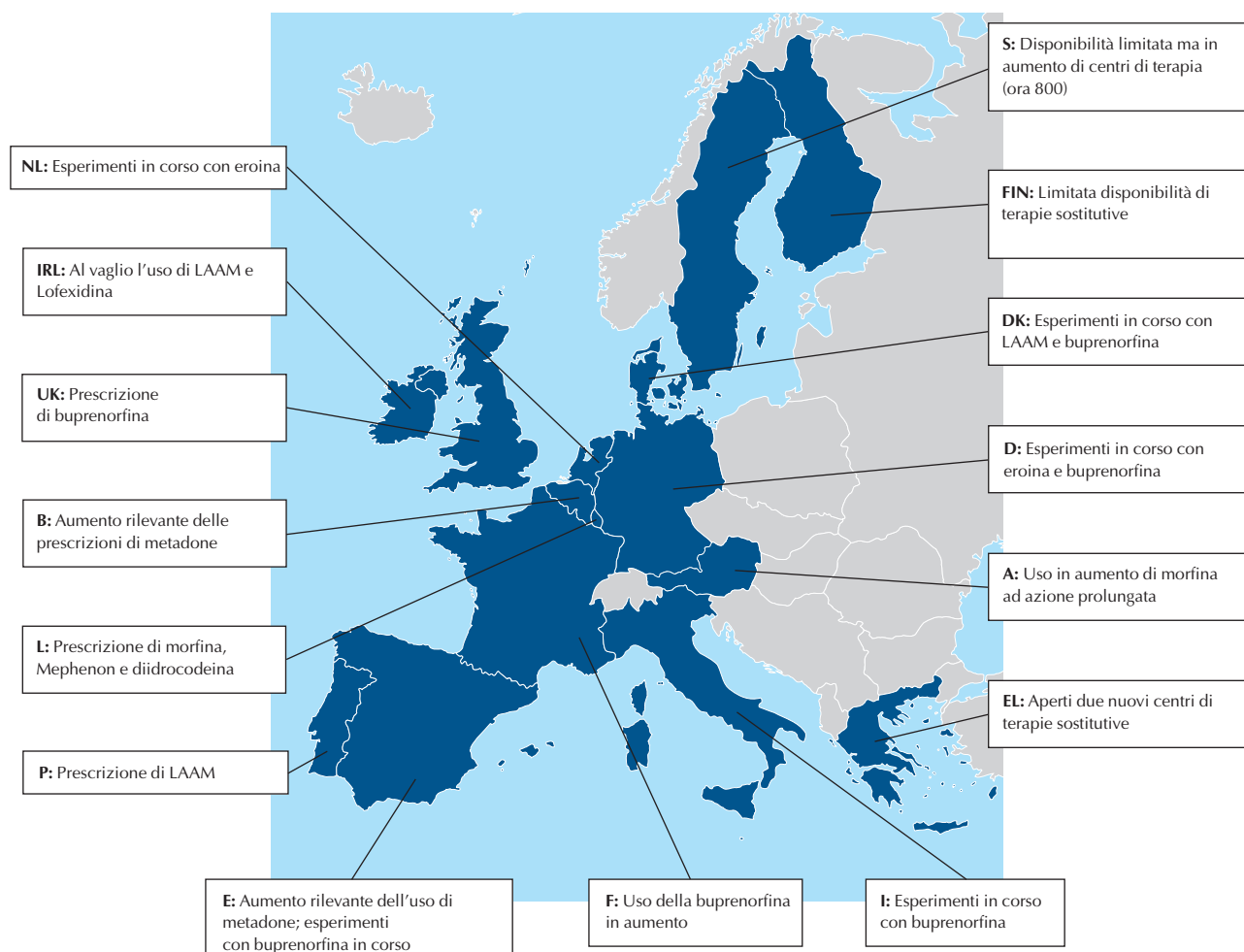
(1) Le date si riferiscono all'anno in cui è stata adottata la decisione a livello politico di prescrivere la sostanza.

(2) La buprenorfina è impiegata sotto forma di SubutexR e non TemgesicR, poiché quest'ultimo contiene solo piccole quantità della sostanza.

(3) Solo in via sperimentale.

(4) Data non nota.

Quadro generale delle terapie sostitutive nell'Unione europea



Diffusione e strutture dei servizi per le terapie sostitutive

Nonostante la generale espansione nell'UE negli ultimi trent'anni, le terapie sostitutive sono ancora poco diffuse in alcune regioni e in alcuni ambienti. Ad esempio, in Grecia, Finlandia e Svezia questo genere di servizi ha una copertura geografica limitata e può non essere in grado di raggiungere potenziali pazienti in distretti diversi. Anche la possibilità di ottenere terapie sostitutive in carcere è un dato molto variabile, sia tra i diversi Stati membri sia all'interno di ogni singolo paese.

Pochi Stati membri registrano un limitato utilizzo di terapie sostitutive residenziali, nonostante esistano teoricamente all'interno dell'UE le condizioni per realizzarle. L'assistenza sostitutiva, invece, è quasi esclusivamente un servizio di tipo ambulatoriale, probabilmente perché le terapie ambulatoriali sono meno dispendiose rispetto a quelle residenziali, ma anche perché gli effetti sulla vita quotidiana dei pazienti sono minimi. L'ambiente ambulatoriale, tuttavia, non risponde al fatto che i tossicodipendenti in terapia sostitutiva possono essere individui relati-

vamente ben equilibrati e spesso con un'occupazione come anche soggetti di strada emarginati ed estremamente svantaggiati, che potrebbero richiedere un'assistenza più approfondita rispetto a quanto non possa offrire una struttura ambulatoriale.

Nonostante i notevoli passi avanti che sono stati fatti negli ultimi cinque anni in materia di valutazione delle terapie sostitutive, la maggior parte degli Stati membri registra ancora uno scarso livello di controllo della qualità, del monitoraggio e della valutazione dei risultati dei singoli programmi.

Procedimenti giudiziari per reati di droga

Possesso di eroina

In 11 Stati membri, le autorità giudiziarie che perseguono il possesso di modiche quantità di eroina o di sostanze simili devono verificare se la sostanza è destinata o meno al consumo personale. Il possesso per uso esclusivamente personale è considerato un reato meno grave rispetto al

possesso per altri scopi e la sentenza varia in media dalle sanzioni amministrative (come il ritiro della patente di guida o del passaporto) alle ammende, alla detenzione fino a 12 mesi.

Nella pratica può tuttavia risultare impossibile stabilire criteri comuni per i procedimenti giudiziari, anche all'interno di uno stesso paese, poiché le autorità devono tenere in considerazione una gamma di fattori molto ampia, tra cui le normative specifiche nazionali in materia di stupefacenti, lo status del singolo imputato di reato, nonché il luogo e il momento in cui è avvenuto il reato.

È tuttavia possibile individuare alcuni elementi comuni. In generale, per i reati minori commessi da incensurati, come il possesso di quantità molto ridotte per uso personale, sono previsti ammonimenti, diffide e sequestro della sostanza, piuttosto che punizioni più severe. In Danimarca, tuttavia, i consumatori in possesso di una singola dose per uso personale possono conservarla. In questi casi il sequestro è considerato controproducente, poiché con tutta probabilità il consumatore commetterebbe un reato per procurarsi un'altra dose.

Il possesso di eroina, che è una sostanza che dà altissima dipendenza, è un reato che con tutta probabilità viene ripetuto e per questo la recidività rappresenta un grave problema. Nella maggior parte degli Stati membri i recidivi vanno incontro a provvedimenti più severi, quali libertà vigilata o pene detentive, nel caso in cui il reato reiterato riguardi quantità «considerevoli».

Il possesso di sostanze stupefacenti come l'eroina è tuttora punito in modo notevolmente diverso nei paesi dell'UE. In Danimarca, ad esempio, un reato del genere può essere colpito da ammenda o ammonimento. In Grecia il possesso di modiche quantità di cannabis può essere punito in alcuni casi più severamente rispetto al possesso di piccole quantità di eroina: questa differenza è giustificata dal fatto che l'eroina è una sostanza che dà molta assuefazione, per cui il consumatore ha maggiore necessità fisiche rispetto a chi assume cannabis. Nei Paesi Bassi il possesso di piccole quantità di droghe «pesanti» per uso personale non è un reato generalmente perseguibile, mentre in Finlandia chi consuma droghe «pesanti» è più soggetto a procedimenti giudiziari rispetto ai consumatori di droghe «leggere», ma le azioni legali variano a seconda del tribunale.

Reati contro la proprietà

In tutti gli Stati membri i reati contro la proprietà per procurarsi il denaro necessario all'acquisto di stupefacenti sono considerati crimini gravi e il fatto che l'imputato sia un tossicodipendente non costituisce un'atte-

nuante. L'accusa, tuttavia, sarà diversa a seconda delle condizioni sia del reato sia dell'imputato.

I tossicodipendenti che rubano sostanze stupefacenti dalle farmacie o beni dalle abitazioni private al fine di procurarsi il denaro necessario all'acquisto della droga rappresentano il caso più comune di azione legale. Quanto alla sentenza di condanna, la pena detentiva potrà essere inflitta a seconda dell'entità del furto e se sia stato fatto uso o meno della violenza, dato che costituisce una seria aggravante. In Irlanda, ad esempio, il possesso di una siringa con l'intenzione di provocare o minacciare di provocare danni alla persona o intimidazioni può essere punito con una pena che va dai 12 mesi di detenzione all'ergastolo. I furti di lieve entità come il taccheggio — o furti «minori», secondo la definizione del diritto nazionale — sono puniti con condanne meno severe a patto che l'imputato si sottoponga a terapie di disintossicazione.

Se un furto minore è commesso da un individuo senza precedenti di reati contro la proprietà e senza gravi problemi di dipendenza, la risposta più comune è una pena condizionale aggiuntiva di un'ammenda, anche se il carcere rimane sempre una possibilità. Se, tuttavia, l'imputato presenta gravi problemi di tossicodipendenza e accetta di sottoporsi a una terapia di disintossicazione, la risposta più probabile consiste nella libertà vigilata, nella sospensione della pena e nell'obbligo di terapia.

La terapia come alternativa alla pena è un principio fondamentale nella maggior parte degli Stati membri e sta alla base della politica nazionale austriaca in materia di stupefacenti. Spesso si applicano la libertà vigilata o la sospensione della pena e l'esito positivo della terapia consente l'archiviazione del caso. In Danimarca i risultati di una sperimentazione condotta tra il 1995 e il 1998 di casi in cui la condanna di imputati tossicodipendenti è sostituita dalla terapia sono relativamente positivi. Sebbene molti dei partecipanti al programma siano poi ricaduti nel consumo di droga almeno una volta, nessuno di loro ha commesso un reato durante il periodo di sperimentazione. In Irlanda, un programma pilota per tribunali in materia di stupefacenti consentirà alle giurisdizioni di imporre la terapia ai tossicomani e attribuirà loro la piena responsabilità della valutazione dei progressi. Allo stesso modo, il programma del Regno Unito del 1998 Drug Treatment and Testing Order (DTTO) mira a ridurre la criminalità attraverso l'assegnazione di terapie da parte dei tribunali e il reinserimento sociale, ordinato e verificato sistematicamente dai tribunali e supervisionato dai servizi di libertà vigilata. Anche nei casi in cui sia comminata una pena detentiva, un numero sempre più elevato di paesi ha migliorato le strutture per i trattamenti terapeutici nelle carceri.

Spaccio di stupefacenti

Vendere stupefacenti per procurarsi il denaro necessario a soddisfare il consumo di droga è un comportamento comune tra i tossicodipendenti in tutta Europa ed è considerato un reato grave in tutti i paesi, in qualsiasi circostanza. Tuttavia, l'entità del reato è tenuta in considerazione nell'assegnazione della pena, che varia tra i diversi paesi e va dall'ammenda a un limitato periodo di detenzione fino all'ergastolo (Regno Unito).

Nonostante i dati molto eterogenei che provengono da tutti i paesi europei, si possono individuare diversi elementi comuni che influiscono sull'entità della pena comminata per lo spaccio di stupefacenti.

Quantitativi e clienti

Nella maggior parte degli Stati membri la sola vendita di piccoli quantitativi di droga è considerata una circostanza attenuante in confronto al traffico illecito su larga scala. In Grecia, i consumatori di stupefacenti che si scambiano modiche quantità di droga, delle quali sia dimostrato l'utilizzo esclusivo per il consumo personale, possono andare incontro a una pena di sei mesi di detenzione, che può essere commutata in ammenda o ottenere il beneficio della sospensione. I tossicodipendenti coinvolti nel traffico di considerevoli quantitativi di stupefacenti vanno incontro a pene pari a fino a otto anni di carcere, mentre i trafficanti non tossicomani rischiano il carcere a vita. In Svezia le condanne variano dai due mesi fino a un massimo di due-tre anni di carcere, a seconda delle quantità di droga smerciate. La fornitura di sostanze stupefacenti a fini non commerciali è considerata un'attenuante, ad esempio nel Regno Unito.

Livello di dipendenza

In tutti gli Stati membri, il livello di tossicodipendenza dell'imputato può influire sulla scelta di imporre o meno provvedimenti di carattere terapeutico in alternativa al carcere.

Tipo di sostanza

A livello giudiziario esiste una distinzione tra le sostanze stupefacenti più pericolose e che danno assuefazione, quali l'eroina, e quelle meno dannose e meno correlate alla dipendenza, come la cannabis. In Grecia, le forze di polizia hanno praticamente stabilito alcune priorità riguardo al traffico di stupefacenti, a seconda della gravità dei danni associati a ciascuna sostanza. L'eroina è considerata la sostanza più pericolosa e maggiormente soggetta ad azioni penali, seguita da cocaina, droghe sintetiche e cannabis. In Lussemburgo, l'attuale modifica della normativa sugli stupefacenti prevede l'istituzione di

un nuovo sistema di gravità delle sentenze che rispecchi il pericolo rappresentato dalle diverse sostanze.

Recidività

La reiterazione del reato può comportare condanne sempre più pesanti in quasi tutti gli Stati membri. In Danimarca lo spaccio reiterato di sostanze molto pericolose può comportare una condanna fino a sei anni di carcere. Se sono coinvolti quantitativi «considerevoli», la sentenza può essere aggravata fino a un massimo di 10 anni. In Lussemburgo le condanne per la vendita di qualsiasi genere di stupefacenti vanno da uno a cinque anni di detenzione e/o prevedono un'ammenda. Per i recidivi le condanne possono essere raddoppiate se il reato è commesso nei cinque anni successivi alla prima imputazione. Poiché lo spaccio di stupefacenti è il modo più diffuso tra i tossicodipendenti per procurarsi denaro, seguito dai piccoli furti o dai furti con scasso, i tossicomani sono i più esposti alla recidività. Anche se questo genere di reiterazione di reato è giustificato dalla dipendenza fisica, la risposta sarà più probabilmente una pena detentiva severa che non la terapia.

Nell'UE, sebbene le autorità giudiziarie possano considerare come un'attenuante il possesso di piccoli quantitativi di stupefacenti per uso personale, in genere la linea di demarcazione tra possesso e traffico sembra essere molto labile. Se da un lato è possibile applicare condanne diverse per i due reati, dall'altro non sono ancora stati stabiliti parametri adeguati a distinguere chiaramente tra i due casi e lo stesso reato può avere conseguenze diverse. Provvedimenti quali la terapia in alternativa al carcere sono presenti in tutti gli Stati membri, ma la loro efficacia non è ancora stata valutata a livello comunitario.

Problematiche relative alle donne tossicodipendenti e ai loro figli

Fino ad oggi gli aspetti specifici connessi alle donne e al consumo di stupefacenti non sono stati esaminati sistematicamente dai sistemi di informazione comunitari sul problema della droga. La maggior parte degli Stati membri risponde tuttavia alle esigenze delle donne tossicodipendenti mediante programmi specializzati, sebbene diversi nella diffusione e nelle priorità.

Consumo di stupefacenti nella popolazione femminile

Nel complesso, gli uomini fanno un maggior consumo di droghe illecite rispetto alle donne. Le differenze nel tipo di consumo tra uomini e donne sono tuttavia complesse e

dipendono dalla sostanza utilizzata e dall'età, dal gruppo, dal grado di istruzione e dalla situazione geografica del consumatore. Sebbene i ragazzi facciano maggiore uso di cannabis delle ragazze, nella fascia di età compresa tra i 15 e i 16 anni, la differenza è minima o inesistente. Tra i 20 e i 24 anni, invece, il consumo tra i maschi è più significativo. Le differenze legate al sesso nella prevalenza del consumo negli ultimi 12 mesi e nell'uso di droghe specifiche sono ancora più marcate.

Il fatto che la prima esperienza di consumo di stupefacenti sia anticipata nelle ragazze si spiega in linea di massima con il fatto che hanno di solito fidanzati di età maggiore, che a volte le spingono a provare la droga. Con l'avanzare dell'età, si stabiliscono e si rafforzano le differenze relative al sesso nei modelli di consumo di stupefacenti.

Sebbene l'utilizzo generale di stupefacenti sia più diffuso tra gli uomini rispetto alle donne, sussistono fattori legali, culturali, geografici e connessi al grado di istruzione che provocano un aumento di prevalenza tra le donne. Le differenze tra uomini e donne nel consumo di stupefacenti sono più profonde dove esistono forti sanzioni legali, nonché tra i giovani che abbandonano precocemente la scuola e tra la popolazione rurale. Tali divergenze sono meno evidenti dove c'è un'accettazione diffusa e un maggior utilizzo di droghe quali la cannabis. In Grecia nel 1998, il consumo di stupefacenti (soprattutto di cannabis) è stato più elevato tra gli uomini rispetto alle donne. Il consumo da parte delle donne si è tuttavia sestuplicato rispetto al 1984, mentre quello degli uomini ha subito un aumento inferiore a tre volte.

Profondamente diverso rispetto alle droghe illecite è il consumo di farmaci, come le benzodiazepine, la cui diffusione è maggiore tra le donne rispetto agli uomini; la differenza inoltre tende ad accentuarsi con l'età. In rapporto alle droghe illecite, il ruolo sociale relativamente irrilevante associato al consumo lecito e illecito di medicine è notevole, sebbene un uso costante comporti considerevoli conseguenze sulla salute.

Il numero di detenute in Europa è in costante aumento. In Spagna il numero di donne in carcere è quasi triplicato negli ultimi dieci anni. Sebbene gli imputati condannati per droga siano solo in piccola percentuale di sesso femminile, i dati che provengono da Irlanda e Regno Unito rivelano livelli significativi di consumo problematico di stupefacenti tra le donne che entrano in carcere, in particolare di sostanze quali eroina, metadone e benzodiazepine. Le strutture terapeutiche nei carceri femminili sono differenti e le indicazioni per le terapie di disintossicazione da benzodiazepine, per prevenire i danni legati all'immediata sospensione della sostanza, non sembrano essere altrettanto valide quanto quelle per le terapie della dipendenza da oppiacei.

La mortalità correlata direttamente al consumo di sostanze stupefacenti illecite sembra essere inferiore tra le donne rispetto agli uomini, anche tenendo in considerazione le differenze di prevalenza legate al sesso (in media, le donne costituiscono solo il 20 % dei decessi correlati alla droga). Una spiegazione soddisfacente ai dati più elevati di mortalità tra gli uomini può essere fornita dall'analisi dei fattori contestuali e qualitativi che riguardano i decessi correlati agli stupefacenti.

Tabella 3

	Programmi che rispondono alle diverse esigenze delle donne che consumano stupefacenti				
	Donne incinte	Prostitute	Madri tossicomani e relativi figli	Detenute	Ragazze in età scolare e adolescenti
Belgio	++	-	++	-	-
Danimarca	++	+	+	-	-
Germania	-	+	++	+	+
Grecia	+	+	+	-	-
Spagna	-	++	+	+	-
Francia	+	+	-	-	-
Irlanda	+	++	+	+	-
Italia	-	+	++	-	+
Lussemburgo	-	+	-	-	-
Paesi Bassi	-	+	+	-	-
Austria	++	+	++	-	+
Portogallo	++	+	+	+	-
Finlandia	-	-	+	-	-
Svezia	++	-	+	-	++
Regno Unito	++	++	++	++	++

Note: -: Informazioni non disponibili o nessun programma segnalato.
 +: Almeno un programma segnalato.
 ++: Più di un programma segnalato.

Fonti: Relazioni nazionali Reitox 1999; Dagmar Hedrich, Community-based services for female drug users in Europe, gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, relazione inedita, dicembre 1999.

Malattie infettive

Sotto il profilo aneddotico, Germania, Francia, Irlanda e Regno Unito mostrano una certa preoccupazione di fronte all'aumento dei casi di infezione da HIV e epatite B in alcuni gruppi di donne che fanno uso di stupefacenti. Sebbene non esistano dati concreti che giustifichino tale preoccupazione, si può ipotizzare che sia imputabile a una maggior diffusione di comportamenti a rischio tra le donne nello scambio di materiali da iniettarsi, o di rapporti sessuali non protetti.

Le donne tossicomane commettono meno reati contro la proprietà rispetto agli uomini, mentre è più usuale che si prostituiscano per procurarsi il denaro necessario all'acquisto della droga: la prostituzione è un'affermata fonte di reddito per il 60 % delle donne che fanno uso di stupefacenti. Negli anni Ottanta e Novanta l'aumento dei casi di infezione da HIV tra le donne europee e i loro neonati ha avviato l'istituzione di programmi di screening sistematici per l'HIV e, in alcuni casi, per l'epatite B e C, nei servizi prenatali di Germania, Francia, Irlanda e Regno Unito. La possibilità che le donne trasmettano le malattie infettive ai propri clienti ha sempre destato preoccupazione e il rapporto tra consumo di droga da parte delle donne e prostituzione ha contribuito, con quasi assoluta certezza, all'aumento dei servizi di riduzione dei danni rivolti alle donne che si prostituiscono e dei servizi terapeutici per quelle che consumano stupefacenti. Sono stati istituiti per le donne diversi servizi di assistenza primaria e strutture a bassa soglia, che forniscono sostegno, informazioni e consigli pratici per rapporti sessuali più sicuri e per un consumo di stupefacenti più consapevole. I gruppi di autoaiuto, come Mainline ad Amsterdam, promuovono attività rivolte alle donne tra cui servizi di parrucchiere, programmi di autodifesa e teatro.

Gravidanza e donne con bambini

Le donne incinte che consumano oppiacei costituiscono un gruppo sociale per il quale si ritiene sempre più necessario offrire un livello particolarmente elevato di intervento e di sostegno. La maggior parte dei paesi dell'UE riconosce che i bambini nati da queste donne possono inoltre aver bisogno di un'assistenza medica specifica. In tutti gli Stati membri, alle donne incinte viene offerta una via preferenziale per l'accesso alle terapie e in Belgio, Danimarca, Francia, Irlanda, Austria, Portogallo e Svezia sono stati messi a punto appositi servizi specialistici. Nel complesso, la disintossicazione non è raccomandata per le donne incinte e l'alternativa delle terapie sostitutive è all'esame scientifico. Molte di queste donne, tuttavia, non hanno stili di vita compatibili con i regolari

programmi di assistenza alla maternità oppure temono il giudizio degli altri se vi partecipano.

I bambini nati da donne tossicomane sono in aumento: essi corrono il grosso rischio di sviluppare a propria volta problemi di dipendenza. Si rivolge un'attenzione sempre maggiore alle conseguenze sui figli del consumo e della dipendenza da stupefacenti dei genitori. Le indagini sono diverse nei metodi e nei risultati. Alcune partono dal presupposto che i problemi che riguardano i figli di madri tossicodipendenti sono inevitabili e molteplici, mentre altre rivelano che non ci sono differenze nei problemi affettivi, comportamentali e di apprendimento tra figli di madri tossicodipendenti e figli di madri che non assumono droghe e che appartengono allo stesso strato sociale. Altre ricerche evidenziano gli aspetti simili che si riscontrano in figli di donne tossicodipendenti e di donne alcoliste. Sono state individuate alcune soluzioni per ridurre tali conseguenze, come modificare le condizioni di vita, aumentare le relazioni sociali e offrire strutture terapeutiche.

Il periodo di tempo in cui i bambini rimangono a vivere con le madri tossicodipendenti varia enormemente nell'UE e non sono ancora state definite, o realizzate sistematicamente nella pratica, politiche chiare sull'allontanamento dei figli dalle madri tossicomane. In Danimarca e Svezia, che attuano schemi di affidamento dei bambini ad altre famiglie, sembra esserci un mutamento di direzione: si offre sostegno alle madri tossicodipendenti per consentire loro di rimanere con i propri figli, o almeno dare maggior stabilità al rapporto tra genitori e figli. Invece, i paesi dell'area meridionale dell'Europa (Grecia, Spagna, Italia e Portogallo) si affidano tendenzialmente alle tradizionali strutture della famiglia allargata per garantire ai bambini un'assistenza adeguata.

Terapie di disintossicazione

Il rapporto tra consumatori in terapia di sesso femminile e maschile è generalmente inferiore a 1:3. Le donne che entrano in terapia sono tendenzialmente più giovani degli uomini e la percentuale di donne in terapia rispetto agli uomini diminuisce con l'avanzare dell'età. Ciò può riflettere alcune differenze tra uomini e donne in terapia connesse all'età, un cambiamento nelle modalità di consumo di stupefacenti da parte delle donne o entrambe le cose. In generale, si ritiene che tali cifre indichino il fatto che i dati spesso sottostimano la rappresentazione di donne con problemi di droga. In Belgio un'indagine cumulativa ha rivelato una percentuale più alta di donne rispetto agli uomini tra i consumatori problematici di

stupefacenti, a differenza delle cifre ufficiali provenienti dai servizi terapeutici. Uno dei motivi principali cui imputare il basso livello di presenza femminile tra i pazienti in terapia è la maternità: dal 18 al 75 % delle donne trattate ha almeno un figlio. Inoltre spesso le donne sono troppo occupate nella cura dei figli per seguire un programma terapeutico, oppure temono di essere etichettate «inadatte» al ruolo di madri e di essere separate dai bambini se partecipano ai programmi.

Solo pochi paesi, come la Germania e il Portogallo, offrono servizi specifici alle detenute, anche se un'alta percentuale di queste fa uso di stupefacenti. In Portogallo, due carceri forniscono servizi di asilo nido che consentono ai bambini di rimanere con le madri.

Prevenzione del consumo di stupefacenti nella popolazione femminile

In Germania, Austria e Svezia i programmi di prevenzione del consumo di stupefacenti si rivolgono in maniera specifica alle donne molto giovani e alle ragazze in età scolare. Queste iniziative spesso si concentrano sull'identità femminile e su come rifiutare le offerte di stupefacenti da fidanzati e da altri amici del gruppo di pari.

Le limitate informazioni presentate in questa relazione dimostrano come, a differenza delle risposte al consumo maschile di stupefacenti che si occupano tendenzialmente delle conseguenze legate alla giustizia penale, le risposte al consumo femminile di droghe sembrano fondarsi maggiormente sulle conseguenze preoccupanti del proprio consumo sugli altri: sui bambini nel caso di madri tossicomani e sugli uomini nel caso di donne tossicodipendenti che si prostituiscono.

Il problema della droga nei paesi dell'Europa centrale e orientale

L'integrazione nella presente relazione annuale di dati relativi al problema della droga nei paesi dell'Europa centrale e orientale (PECO) ⁽⁶⁾ rispecchia la crescente cooperazione tra l'OEDT e i paesi candidati all'adesione ⁽⁷⁾.

Poiché la cooperazione con Cipro, Malta e Turchia è ancora in fase iniziale, questo capitolo si occupa dei PECO che partecipano al progetto europeo Phare per i sistemi informativi in materia di stupefacenti ⁽⁸⁾.

I problemi connessi al consumo di stupefacenti nei PECO sono stati complessivamente limitati fino ai mutamenti geopolitici del 1989. L'aumentata permeabilità dei confini, la maggiore circolazione di persone e merci e un declino dei valori sociali tradizionali sono elementi che hanno provocato sia l'insorgere di nuovi problemi che l'aggravarsi di quelli già esistenti. Sebbene nei primi anni Novanta si sia registrato un aumento dei traffici illeciti nella regione, questo dato ha avuto conseguenze

immediate relativamente modeste sul consumo nazionale di stupefacenti. Da allora, tuttavia, il fenomeno delle droghe si è diffuso in tutti i contesti della società.

Prevalenza e modelli del consumo di stupefacenti

Cannabis

Indagini nella popolazione scolastica

Le indagini condotte tra i giovani in età scolare indicano che la prevalenza del consumo di stupefacenti almeno una volta nella vita tra i ragazzi di 15-16 anni è notevolmente aumentata tra il 1994 e 1999. I dati sulla prevalenza del consumo di cannabis almeno una volta nella vita, raccolti in un periodo di diversi anni con il progetto europeo di indagini scolastiche (ESPAD) sull'alcol e altre droghe, rivelano che la cannabis è la sostanza più comunemente usata, nonostante le differenze tra i vari paesi.

Richieste di terapia

Mentre la maggior parte delle iniziative terapeutiche nei PECO si concentra sui consumatori problematici di oppiacei, Albania, Ungheria e Slovacchia registrano richieste di terapia per consumo problematico di canna-

Tendenze generali

- La percentuale della popolazione generale, in particolare i giovani in età scolare, che ha provato sostanze illecite almeno una volta è in aumento.
- L'età del primo consumo o del primo contatto con sostanze lecite e illecite si sta abbassando.
- La richiesta di trattamenti per la dipendenza da oppiacei è in aumento.
- I modelli di consumo sono in mutamento: maggiore diffusione dell'eroina importata e da usare per via endovenosa, che sostituisce gli oppiacei prodotti localmente.
- Il consumo di stupefacenti si sta diffondendo dai principali centri urbani a tutte le regioni.
- Aumentano sia gli arresti per droga che i sequestri di sostanze stupefacenti.

⁽⁶⁾ I PECO sono: Albania, Bulgaria, Bosnia-Erzegovina, Repubblica ceca, Estonia, ex Repubblica iugoslava di Macedonia (FYROM), Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Romania, Slovacchia e Slovenia.

⁽⁷⁾ I paesi candidati sono: Bulgaria, Repubblica ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Romania, Slovacchia e Slovenia, Cipro, Malta e Turchia.

⁽⁸⁾ I dati provengono dalle relazioni nazionali del 1998 e 1999 del programma Phare dell'UE in materia di stupefacenti e possono solo essere considerati come dati riassuntivi delle tendenze regionali generali. Dati non disponibili per Bosnia ed Erzegovina.

Tabella 4

Prevalenza del consumo di stupefacenti almeno una volta nella vita da parte dei giovani di età compresa tra i 15 e i 16 anni in quattro PECO, 1994-1999							
Paese	Sostanza	Prevalenza nell'arco della vita (%)					
		1994	1995	1996	1997	1998	1999
Lituania	Tutte le sostanze illecite	n.d.	3,2	n.d.	26,0 ⁽¹⁾	13,3 ⁽²⁾	n.d.
	Cannabis	n.d.	1,0	n.d.	n.d.	27,1 ⁽²⁾	n.d.
Repubblica ceca	Tutte le sostanze illecite	26,4	n.d.	n.d.	43,6	n.d.	n.d.
	Cannabis	21,5	n.d.	n.d.	35,4	n.d.	n.d.
Slovacchia	Cannabis	8,1	12,4	n.d.	n.d.	19,7	23,0
Ungheria	Tutte le sostanze illecite	n.d.	4,8	n.d.	n.d.	12,5	n.d.
	Cannabis	n.d.	4,5	n.d.	n.d.	11,5	n.d.

(¹) Solo Vilnius.
(²) Studenti tra i 15 e i 17 anni, solo Klaipeda.
n.d. = dati non disponibili.

bis. Nella Repubblica ceca il numero dei nuovi pazienti tra i consumatori problematici di cannabis è aumentato negli ultimi quattro anni. Perché i programmi terapeutici possano rispondere in maniera adeguata, è ora necessario condurre studi clinici ed etnografici di qualità più elevata in merito a questa tendenza, che è stata osservata anche nell'UE.

Reperibilità

Il numero crescente delle operazioni di sequestro di marijuana e di piante di cannabis indica che il traffico e la produzione locale sono in aumento nella maggior parte dei paesi, sebbene questa tendenza potrebbe anche corrispondere a una migliore applicazione della legge.

Oppiacei

Richieste di terapia

Gli oppiacei usati nei PECO comprendono l'eroina, il cui consumo era irrilevante nella regione fino ai primi anni Novanta, e le sostanze derivate dalla produzione interna, come il «Kompot» o la paglia di papavero. La morfina e altri oppiacei, tra cui l'idrocodeina, possono essere

inseriti in un secondo gruppo, ma sono presenti solo in un numero limitato di PECO (il consumo di idrocodeina si registra solo in Ungheria).

Sebbene i dati non siano registrati in modo sistematico o armonizzato, la richiesta di terapia di disintossicazione dal consumo di oppiacei è evidentemente aumentata dal 1993 in tutti i PECO.

In 8 dei 12 paesi per i quali vi è disponibilità di dati, dal 70 al 90 % dei pazienti registrati in terapia tra il 1995 e il 1998 consumava oppiacei. Valori inferiori si registrano nella Repubblica ceca (17 %), in Ungheria (34,7 %) e in Lettonia (49,4 %).

Quasi tutti i paesi registrano una diminuzione dell'età media dei consumatori di oppiacei in terapia. I gruppi di età maggiormente a rischio sono quelli compresi tra i 15 e i 19 anni e tra i 20 e i 24 anni, fasce considerevolmente più basse rispetto all'UE.

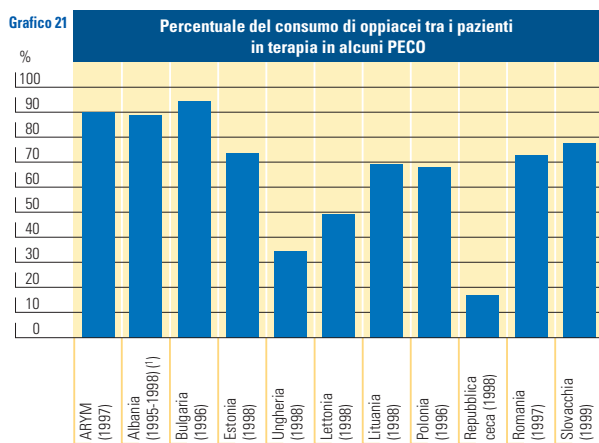
Nella Repubblica ceca l'età media dei consumatori problematici di stupefacenti che entrano in terapia è

Tabella 5

Numero di richieste di terapia nei PECO dal 1993 (tutte le sostanze)						
Paese	Anno					
	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Albania ⁽¹⁾	n.d.	n.d.	27	63	334	523
Bulgaria	n.d.	n.d.	254	449	n.d.	n.d.
Estonia	n.d.	246	366	755	n.d.	n.d.
Ex Repubblica iugoslava di Macedonia	82	116	242	301	431	n.d.
Lettonia	n.d.	1 084	1 289	1 517	1 738	1 970
Lituania	n.d.	n.d.	n.d.	1 804	2 871	2 862
Polonia	3 783	4 107	4 223	4 772	n.d.	n.d.
Repubblica ceca ⁽²⁾	n.d.	n.d.	2 470	3 252	3 132	3 858
Romania	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	646	n.d.
Slovacchia	n.d.	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199
Slovenia ⁽²⁾	141	187	125	309	n.d.	n.d.
Ungheria	n.d.	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957

(¹) I dati dell'Albania provengono da un solo ospedale.
(²) Prima richiesta di terapia.
n.d. = dati non disponibili.

Il problema della droga nei paesi dell'Europa centrale e orientale



(*) Media relativa al periodo 1995-1998.

diminuita da 22,8 nel 1995 a 20,6 nel 1998. Oltre il 75 % dei nuovi pazienti ha cominciato a consumare droghe prima dei 19 anni e oltre il 12 % prima dei 15 anni. La stessa tendenza si registra negli Stati baltici. In Lettonia il 41 % di tutti i pazienti registrati in programmi di terapia ha meno di 19 anni e il 22 % meno di 15. L'Albania e l'Ungheria registrano inoltre un'alta percentuale di pazienti tra i 15 e i 19 anni, nonché un aumento tra quelli compresi nella fascia d'età 20-24 anni.

Consumo di stupefacenti per via endovenosa

Il consumo di stupefacenti per via endovenosa è un grave problema nella regione ed è generalmente, ma non solo, associato all'utilizzo di eroina. Esistono tuttavia alcune variazioni tra i diversi paesi.

In Albania l'87,2 % di tutti i pazienti in terapia consuma eroina, da sola o combinata ad altre sostanze, ma il consumo di stupefacenti per via endovenosa è diminuito dal 29 % del 1995 al 19,3 % del 1998. Per contro, nella Repubblica ceca la percentuale di tossicodipendenti è aumentata dal 55 % nel 1997 al 62 % nel 1998. Ciononostante l'eroina riguarda solo il 17 % del totale dei casi di consumo problematico di stupefacenti del paese. Nel 1998 il 26,3 % di tutti i pazienti registrati in programmi di terapia in Ungheria erano tossicodipendenti e l'86 % di tutti i consumatori di eroina ne facevano uso per via endovenosa. In Polonia solo il 50 % dei pazienti in terapia nel 1997 consumava stupefacenti per via endovenosa e questo dato sembra essere ancora notevolmente diminuito da allora.

Consumo di eroina e di sostanze locali

Il consumo di eroina ha registrato un picco nella maggior parte dei PECO tra il 1994 e il 1995 e di nuovo tra il 1997 e il 1998. Questo aumento rispecchia un incremento della reperibilità, che a propria volta ha prodotto un calo nel consumo di oppiacei più «tradizionali», prodotti localmente.

L'Albania e la Lettonia hanno registrato un rapido aumento del consumo di eroina nel 1998, mentre dal 1997 al 1998 in Estonia è stato osservato uno spostamento delle preferenze dalla paglia di papavero verso l'eroina. In Ungheria la percentuale di tossicodipendenti in terapia soprattutto per consumo di oppiacei è passata dal 21,5 % del 1994 al 34,7 % del 1998. Parallelamente, il consumo di sedativi è diminuito dal 27,8 % al 12,2 %, e il consumo di sostanze volatili dal 15,7 % al 3,4 %. In Polonia la percentuale di consumatori di oppiacei prodotti localmente (la cosiddetta eroina «polacca») è nettamente calata, mentre il tasso di assuntori di eroina è in aumento. La Slovacchia ha registrato un incremento del consumo di eroina tra i pazienti in terapia e precisamente dal 37 % del 1993 all'86 % del 1994.

Influenze geografiche e sociali

Dal 1996 il consumo di oppiacei nei PECO si è diffuso dalle principali zone urbane a gran parte delle regioni. Nel 1994 in Slovacchia solo il 35 % dei pazienti in terapia per dipendenza da eroina non proveniva da Bratislava, mentre il dato è salito al 47 % e al 60 %, rispettivamente nel 1995 e nel 1996.

In Polonia si registrano differenze nel consumo di oppiacei tra le principali città. Ad esempio, il 70 % di tutti i pazienti in terapia a Varsavia e a Cracovia è costituito da consumatori di oppiacei principali. Tuttavia, a Cracovia la maggior parte dei tossicomani fa uso di oppiacei prodotti localmente, mentre a Varsavia la sostanza più diffusa è l'eroina.

All'interno dei PECO si registrano anche variazioni di consumo tra i diversi gruppi etnici. Nella ex Repubblica iugoslava di Macedonia, ad esempio, i dati del 1998 rilevano che i giovani macedoni tendono a consumare l'eroina per via endovenosa mentre il gruppo etnico degli albanesi preferisce fumarla. Differenze simili si registrano con la minoranza russa negli Stati baltici e nella comunità rom in Bulgaria.

Malattie correlate alla droga

Il consumo di cocaina è relativamente raro nei PECO, ma con l'accresciuta reperibilità della sostanza sono aumentati anche diffusione, traffico illecito e operazioni di sequestro. Rispetto ad altre sostanze la cocaina è piuttosto costosa e il suo consumo è tendenzialmente limitato alle fasce sociali ad alto reddito.

Cocaina

Il consumo di cocaina è relativamente raro nei PECO, ma con l'accresciuta reperibilità della sostanza sono aumentati anche diffusione, traffico illecito e operazioni di sequestro. Rispetto ad altre sostanze la cocaina è piuttosto

sto costosa e il suo consumo è tendenzialmente limitato alle fasce sociali ad alto reddito.

Droghe sintetiche

Negli ultimi quattro anni tutte le droghe sintetiche sono diventate più popolari — in particolare nei tre Stati baltici, nella Repubblica ceca, in Ungheria, Polonia, Slovacchia e Slovenia — e sono diventate parte integrante della cultura giovanile da discoteca.

Poiché i consumatori di droghe sintetiche non si considerano tendenzialmente «consumatori di stupefacenti» o «tossicodipendenti», e quindi raramente cercano assistenza, è difficile ottenere una visione d'insieme accurata in merito alla diffusione delle sostanze sintetiche nei PECO. I dati disponibili sia sul numero delle operazioni di sequestro che sui quantitativi di droga confiscati sembrano tuttavia indicare che la diffusione di queste sostanze sia ampiamente sottovalutata.

Il consumo di anfetamine e di stimolanti simili a queste sostanze è in aumento nei PECO, seppure con modelli differenti. Nella Repubblica ceca il consumo di pervitin, una metamfetamina, rappresenta il problema più grave del paese in materia di droga (il 68 % di tutti i consumatori problematici di stupefacenti). Tra il 1994 e il 1997 il suo uso è quasi triplicato tra i giovani in età scolare. In Ungheria il consumo problematico di anfetamine (soprattutto per via endovenosa) rappresenta il 15,2 % di tutte le richieste di terapia di disintossicazione. In Lituania le anfetamine sono comparse sul mercato nero nel 1996 e sono consumate in pillole o per via endovenosa. In Polonia è in aumento l'offerta di anfetamine ai giovani che non hanno mai fatto uso di droghe. Nel 1997 la Romania ha registrato sequestri rilevanti di anfetamine.

Altre sostanze

Tra le altre droghe usate nei PECO, sebbene con diversi gradi di diffusione, figurano sedativi e tranquillanti, sostanze da consumare per inalazione e sostanze volatili.

In Ungheria il consumo di sedativi e benzodiazepine rappresenta il 26 % di tutti i dati statistici relativi alle terapie del 1998, e il 17,9 % in Romania (1997). Nel 1998 in Lettonia il 34,2 % di tutti i casi di consumo di sostanze psicotrope riguardava sostanze volatili, mentre i sedativi erano pari al 10,1 %. In Slovacchia, la percentuale di consumatori di sostanze volatili tra tutti i pazienti in terapia era del 10-11 % nel periodo 1994-1998, mentre il consumo di sedativi rappresentava il 6 % di tutte le richieste di terapia del 1998. Un'indagine nazionale sui quindici condotta nel 1995 in Slovenia ha rilevato una

percentuale rilevante di abuso di colla e di altre sostanze, nonché di tranquillanti, soprattutto tra le ragazze.

Nel complesso, il consumo di stupefacenti nei PECO è in continuo aumento.

Risposte

Negli ultimi cinque anni la maggior parte dei PECO ha cercato di affrontare il problema della droga attraverso provvedimenti istituzionali e legislativi, attività di riduzione della domanda (principalmente prevenzione e terapia) e applicazione della legge.

Risposte istituzionali e legislative

Le risposte legislative continuano a prevedere l'integrazione dell'acquis communautaire nelle normative nazionali dei dieci paesi candidati. Dal 1996 sono stati adottati nei PECO diversi nuovi provvedimenti — in materia di riciclaggio di denaro, controllo dei precursori chimici, alternative alla detenzione, consumo, produzione e traffico di sostanze illecite — nonché convenzioni internazionali e riforme del codice penale.

Tuttavia, l'istituzione formale di un nuovo contesto giuridico non è che un primo passo, rimangono grandi sfide da affrontare: sarà necessario definire come applicare le nuove normative, nonché destinare i fondi e le risorse umane necessarie per tradurre in realtà questi principi e per controllarne l'attuazione. In alcuni casi emerge la necessità di ulteriori analisi delle tendenze legislative e di una maggiore cooperazione, per evitare discrepanze tra le politiche degli Stati membri dell'UE e i paesi candidati.

Se, da un lato, vi è stata l'istituzione di strutture interministeriali per coordinare il controllo degli stupefacenti in tutti i PECO, dall'altro, le frequenti riorganizzazioni di queste strutture, e la mancanza di fondi, hanno evidenziato la necessità di consolidare il coordinamento nazionale. Nonostante questi frequenti mutamenti, però, i sottocomitati e i gruppi di lavoro hanno apportato un notevole contributo alla stesura di progetti legislativi, e di suggerimenti per le politiche nazionali in materia di stupefacenti.

Molti PECO stanno sviluppando strategie in materia di stupefacenti per diversi settori di intervento ma, a causa delle scarse condizioni socioeconomiche, e delle molteplici sfide di natura politica e di altro genere che essi devono affrontare, non sempre hanno avuto la possibilità

Il problema della droga nei paesi dell'Europa centrale e orientale

di destinare le risorse di bilancio necessarie per conseguire questi obiettivi.

Riduzione della domanda e dell'offerta

Sin dai primi anni Novanta con l'aumento di traffici di droga transfrontalieri, di riciclaggio di denaro e di dirottamento di precursori chimici è stato imperativo rivolgere una maggiore attenzione all'applicazione della legge nei PECO. I controlli sulle partite di droghe illecite sono stati rafforzati grazie al sostegno del programma Phare dell'UE.

Le attività di riduzione della domanda sono state realizzate in tutti i PECO con il sostegno attivo di organizzazioni e programmi internazionali, tra cui l'assistenza tecnica del programma Phare dell'UE per i progetti di riduzione della domanda di stupefacenti, il gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, l'Organizzazione mondiale della sanità ed ESPAD.

Molti professionisti che operano nel settore degli stupefacenti in questa regione europea hanno ottenuto la formazione necessaria grazie a queste organizzazioni, e nuovi documenti e strumenti metodologici sono stati adattati e tradotti da materiale elaborato nell'UE. Sono stati inoltre

creati programmi di prevenzione e terapeutici, sulla base delle competenze disponibili nei PECO.

Nonostante questi sforzi la riduzione della domanda di stupefacenti rimane una priorità minore in gran parte dei PECO, come emerge dalla ripartizione delle risorse tra i settori dell'applicazione della legge e della riduzione della domanda, che privilegia il primo a scapito del secondo.

La scarsità delle risorse e la difficile situazione socioeconomica dei singoli paesi hanno in parte fatto sì che i finanziamenti ottenuti dalle organizzazioni internazionali influenzassero le priorità relative alle azioni da sviluppare. Ne è risultato, nonostante la competenza degli operatori del settore, che alcune attività hanno avuto un impatto limitato sulla situazione del paese.

Tutte le forme di intervento devono essere integrate in strategie nazionali e regionali più coerenti ed efficaci, basate su una più profonda conoscenza degli aspetti più problematici del fenomeno degli stupefacenti. Di conseguenza, il rafforzamento dei punti focali nazionali modello in ogni PECO e la partecipazione dei paesi candidati alle attività dell'OEDT potrebbero apportare considerevoli vantaggi al processo decisionale di questi paesi.



Pubblicazioni dell'OEDT nel 2000

Pubblicazioni on line

Pubblicazioni annuali

Statistical bulletin

on line sul sito www.emcdda.org
(disponibile in inglese)

Pubblicazioni su carta

Pubblicazioni annuali

Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea — 2000

(disponibile nelle 11 lingue ufficiali dell'UE)

1999 - General report of activities

(disponibile in inglese, francese e tedesco)

Newsletter

DrugNet Europe, nn. dal 21 al 26

(rivista bimestrale, disponibile in inglese, francese, tedesco, portoghese)

Serie di monografie scientifiche

Methods to integrate epidemiological indicators to address policy-related questions on drug use

Scientific monograph n. 6
(disponibile in inglese)

Evaluation: A key tool for improving drug prevention

Scientific monograph n. 5
(disponibile in inglese)

Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research

Scientific monograph n. 4
(disponibile in inglese)

Serie di approfondimenti

Reviewing current practice in drug substitution treatment in Europe

Insights n. 3
(disponibile in inglese)

Punti focali Reitox

Belgique/België

Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (Scientific Institute of Public Health)
Denise Walckiers
Rue Juliette Wytman 14/Juliette Wytmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: birn@iph.fgov.be
<http://www.iph.fgov.be/reitox>

Danmark

Sundhedsstyrelsen (National Board of Health)
Vibeke Graff
Amaliegade 13
Postboks 2020
DK-1012 København K
Tlf. (45) 33 91 16 01
Fax (45) 33 93 16 36
E-post: vig@sst.dk
kag@sst.dk
<http://www.sst.dk>

Deutschland

Deutsche Referenzstelle der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht DBDD c/o IFT Institut für Therapieforschung (German Focal Point of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction c/o Institute for Therapy Research)
Roland Simon
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-Mail: simon@dbdd.de
<http://www.ift.de>

Greece

University Mental Health Research Institute (UMHRI)
Anna Kokkevi
Vassilisis Sophias Avenue 72
PO Box 66517
GR-15601 Athens
Tel. (30-1) 653 69 02
Fax (30-1) 653 72 73
E-mail: akokke@mail.ariadne-t.gr
<http://business.hol.gr/~umhri>

European Commission

Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Unit
JA1/A/4
Timo Jetsu
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx-46 5/93)
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: timo.jetsu@cec.eu.int
http://europa.eu.int/comm/justice_home/unit/unit4_en.htm

ΕΛΛΑΔΑ

Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής (ΕΠΙΨΥ)
Άννα Κοκκεβή
Βασιλίσσης Σοφίας 72
TΘ 66517
15 601 Αθήνα
Τηλ. (30-1) 653 69 02
Φαξ (30-1) 653 72 73
E-mail: akokke@mail.ariadne-t.gr
<http://business.hol.gr/~umhri>

España

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD)
Ministerio del Interior
[National Plan on Drugs]
Camilo Vázquez Bello
C/ Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: cvazquez@pnd.mir.es
<http://www.mir.es/pnd/index.htm>

France

Observatoire français des drogues et des toxicomanies (French Observatory for Drugs and Drug Addiction — OFDT)
Jean-Michel Costes
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tél. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland

Health Research Board
Drug Misuse Research Division
Roselyn Moran
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 extn 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Rmoran@HRB.ie
<http://www.hrb.ie>

Italia

Presidenza del Consiglio dei ministri, dipartimento per gli affari sociali, ufficio per il coordinamento delle attività di prevenzione e recupero delle tossicodipendenze
Franco Scarpino
Via Veneto, 56
I-00187 Roma
Tel. (39) 06 48 16 14 95
Fax (39) 06 482 49 34
E-mail: puntofocale@affarisociali.it
<http://www.affarisociali.it>

Luxembourg

Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg (Health Directorate, EMCDDA Focal Point, Luxembourg)
Alain Origer
Allée Marconi
Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tél. (352) 47 85 625
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu
<http://www.relis.lu>

Nederland

Trimbos-instituut (Netherlands Institute of Public Health and Addiction)
Franz Trautmann
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
Nederland
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl
<http://www.trimbos.nl>

Österreich

Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Austrian Health Institute ÖBIG)
Sabine Haas
Stubenring 6
A-1010 Wien
Tel. (43-1) 515 61 160
Fax (43-1) 513 84 72
E-Mail: haas@oebig.at

Portugal

Instituto Português da Droga e da Toxicodipendência (Portuguese Institute for Drug and Drug Addiction)
Elza Pais
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000-179 Lisboa
Tel.: (351) 213 10 41 00
Fax: (351) 213 10 41 90
E-mail: maria@ipdt.pt
<http://www.ipdt.pt>

Suomi/Finland

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus (National Research and Development Centre for Welfare and Health — STAKES)
Ari Virtanen
PL 220
FIN-00531 Helsinki
P./tfn (358-9) 39 67 23 78
F./fax (358-9) 39 67 23 24
Sähköposti: ari.virtanen@stakes.fi
<http://www.stakes.fi>

Sverige

Folkhälsoinstitutet (National Institute of Public Health)
Bertil Pettersson
S-103 52 Stockholm
Tfn (46-8) 56 61 35 00
Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: bertil.pettersson@fhi.se
<http://www.fhi.se>

United Kingdom

DrugScope
Nicholas Dorn
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: nicholas@isdd.co.uk
<http://www.drugscope.org.uk/index.html>

Norge (Observer)

Norwegian Directorate for the Prevention of Alcohol and Drug Problems
Stein Berg
PO Box 8152 Dep.
N-0033 Oslo
Tfn (47-22) 24 65 00
Fax (47-22) 24 65 25
E-mail: Ingvild.Hoel@RusDir.dep.telemax.no

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze

Relazione annuale sull'evoluzione del fenomeno della droga nell'Unione europea — 2000

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee

2000 — 50 pagg. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-099-0

Qualche informazione sull'OEDT

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) è uno degli 11 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 del 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 e analisi dei dati esistenti;
- miglioramento della metodologia di comparazione dei dati;
 - diffusione dei dati;
- cooperazione con enti e organizzazioni europei e internazionali e con i paesi terzi.

L'OEDT opera esclusivamente nel campo dell'informazione.

L'OEDT on line

Per cercare informazioni dettagliate sul consumo di stupefacenti in Europa, pubblicazioni nelle 11 lingue ufficiali dell'Unione europea (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:

<http://www.emcdda.org>



UFFICIO DELLE PUBBLICAZIONI UFFICIALI
DELLE COMUNITÀ EUROPEE

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-099-0



9 789291 680993 >