



emcdda.europa.eu

Drug and alcohol use among young people

EMCDDA 2003 selected issue

In EMCDDA 2003 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway

Capitolo 3

Questioni specifiche

In questo capitolo sono trattati tre aspetti specifici del problema della droga in Europa: consumo di droga e alcool tra i giovani, emarginazione e reinserimento sociale, spesa pubblica nel settore della riduzione della domanda di stupefacenti.

Il consumo di droga ed alcool tra i giovani

Spesso sono i giovani che anticipano i cambiamenti sociali; per questo motivo, la tendenza all'aumento del consumo di alcool e droghe illecite da parte dei giovani dell'Unione europea rappresenta un importante fenomeno sociale. L'inserimento dell'alcool in questa sezione della relazione è una novità e fa seguito alle preoccupazioni riguardanti i modelli complessi di consumo di sostanze stupefacenti e la relativa dipendenza, i danni alla salute ed i comportamenti penalmente rilevanti. Questi modelli di consumo di sostanze psicoattive presentano una particolare sfida per i responsabili politici, al fine di sviluppare una gamma di risposte adeguatamente ampia e tempestiva, per un'azione veramente efficace.

L'Unione europea si è posta l'obiettivo di ridurre in maniera significativa, nell'arco di cinque anni, la prevalenza del consumo di droghe illecite, nonché il numero delle nuove reclute, in particolare tra i giovani che hanno meno di 18 anni, sviluppando anche approcci innovativi alla prevenzione (COR 32).

Per la redazione di questo capitolo, i materiali consultati comprendono le Relazioni nazionali Reitox ed i dati provenienti dalle indagini sulla popolazione. Dati comparabili sui giovani si basano ampiamente sulle relazioni dal 1995 al 1999 (ESPAD, 1999) del progetto europeo di indagini nelle scuole (ESPAD), che ha riguardato gli studenti di 15-16 anni di nove Stati membri. I dati delle indagini ESPAD riguardanti i Paesi Bassi non sono strettamente comparabili con quelli di altri Stati membri partecipanti. Come referenze, sono state utilizzate anche ricerche già pubblicate, la cosiddetta letteratura «grigia»⁽¹⁵⁴⁾ e le pubblicazioni governative sul consumo di droghe ed alcool da parte dei giovani (in particolare di Francia e Regno Unito).

Prevalenza, atteggiamenti e tendenze

Prevalenza

Escludendo tabacco e caffeina, l'alcool è la sostanza psicoattiva maggiormente utilizzata dai giovani dell'UE. La percentuale degli studenti di 15-16 anni che si sono ubriacati almeno qualche volta varia dal 36 % in Portogallo all'89 % in Danimarca⁽¹⁵⁵⁾

(cfr. grafico 19)⁽¹⁵⁶⁾. La maggioranza dei giovani dell'UE non ha mai fatto uso di droghe illecite ma, tra chi ne ha fatto uso, la cannabis è la droga che ricorre più frequentemente, seguita da sostanze inalanti/solventi⁽¹⁵⁷⁾. Secondo l'indagine ESPAD, in Grecia e Svezia, l'esperienza una tantum di inalanti/solventi è pari o superiore all'esperienza una tantum di cannabis tra gli studenti di 15-16 anni⁽¹⁵⁸⁾.

Le indagini condotte nelle scuole a livello nazionale non misurano il consumo problematico di sostanze stupefacenti tra i giovani, ma sono una fonte utilissima per valutare il consumo sperimentale di droghe e gli atteggiamenti dei giovani. Sulla base delle relazioni Reitox ed ESPAD 1999, i livelli più bassi di prevalenza una tantum del consumo di cannabis si registrano in Portogallo (8 %), Svezia (8 %), Grecia (9 %) e Finlandia (10 %). I valori più elevati si registrano in Francia (35 %), Regno Unito (35 %), Irlanda (32 %) e Spagna (30 %). La dimensione dei campioni delle indagini nelle scuole si può trovare nella tabella statistica 3⁽¹⁵⁹⁾. Una puntuale comparabilità dei dati contenuti nella tabella è limitata, in quanto non tutti gli Stati membri hanno utilizzato i medesimi metodi di indagine nelle scuole.

Fra gli studenti di 15-16 anni, in generale, la prevalenza una tantum del consumo di cannabis, sostanze inalanti, tranquillanti e sedativi (senza prescrizione medica) è superiore rispetto al consumo di sostanze eccitanti ed allucinogeni. La popolazione scolastica che abbia sperimentato cocaina ed eroina è relativamente rara in tutta l'UE, con il consumo una tantum di queste droghe che va dallo 0 % al 4 % (tabella statistica 3).

La maggior parte dei giovani che hanno provato la cannabis ha anche una qualche esperienza di alcool e tabacco. I giovani che consumano ecstasy, anfetamine, cocaina ed allucinogeni tendono a formare un gruppo separato ed appartengono a gruppi sociali specifici. Il rapporto intercorrente tra il consumo di droghe diverse è illustrato nella tabella 15 OL (versione on line), la quale si basa sui dati di un'indagine condotta nelle scuole spagnole (Observatorio Español sobre Drogas, 2002)⁽¹⁶⁰⁾. Una sfida notevole è data dalla risposta alle complessità ed idiosincrasie di modelli diversi di consumo di droghe (Calafat e a., 1999; Parker e Eggington, 2002; Smit e a., 2002).

⁽¹⁵⁴⁾ Definita come «un documento che non è stato pubblicato da un giornale rivisto da pari». Per maggiori informazioni cfr. QED network journal (<http://qed.emcdda.eu.int/journal/bulletin27.shtml>).

⁽¹⁵⁵⁾ Sulla base delle risposte alla domanda «Si è ubriacato con bevande alcoliche?».

⁽¹⁵⁶⁾ Grafico 42 OL: Confronto tra consumo di alcool per ubriacarsi (binge drinking) e consumo di cannabis negli ultimi 30 giorni.

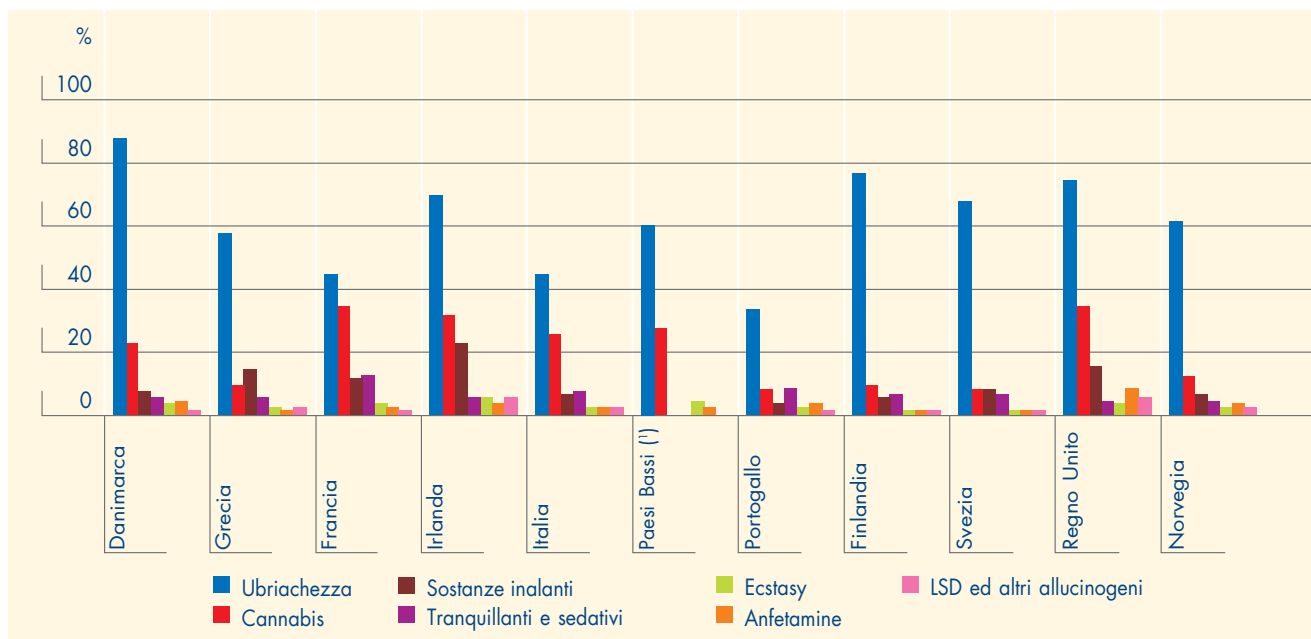
⁽¹⁵⁷⁾ Sulla base delle risposte alla domanda «Ha sniffato una sostanza (colla, aerosol ecc.) per andare su di giri?».

⁽¹⁵⁸⁾ Tabella statistica 3: Indagine nelle scuole — Prevalenza una tantum tra gli studenti di 15-16 anni d'età (versione on line).

⁽¹⁵⁹⁾ Tabella statistica 3: Indagine nelle scuole — Prevalenza una tantum tra gli studenti di 15-16 anni d'età (versione on line).

⁽¹⁶⁰⁾ Cfr. tabella 15 OL: Consumo di sostanze diverse tra gli studenti delle scuole spagnole (14-18 anni) (versione on line).

Grafico 19: Prevalenza una tantum di ubriachezza e consumo di sostanze illecite (studenti di 15-16 anni)



(1) Comparabilità limitata.

Fonte: ESPAD, Progetto europeo di indagini nelle scuole (1999).

Un livello più elevato di consumo di droghe tra la popolazione maschile rispetto a quella femminile è più marcato tra gli adulti piuttosto che tra gli studenti delle scuole. Tuttavia, tra gli studenti delle scuole, le differenze tra i due sessi sono più evidenti in Grecia, Francia, Italia e Portogallo. Un'eccezione è data dal fatto che il consumo di tranquillanti e sedativi senza prescrizione medica, nonché di alcool insieme con «pillole», è in genere superiore tra le ragazze.

Si registrano variazioni nella prevalenza anche tra regioni di uno stesso Stato membro. In Germania, il divario tra Est ed Ovest si sta riducendo più velocemente tra gli studenti che non tra gli adulti. Altri aspetti della prevalenza di sostanze stupefacenti, come la diffusione della cannabis nelle aree rurali, sono analoghi a quelli osservati nelle popolazioni meno giovani.

Atteggiamenti

I comportamenti nei confronti delle varie droghe possono aiutare a prevedere la futura prevalenza del consumo di droghe. Nel 1999, ubriacarsi una volta alla settimana suscitava disapprovazione, con percentuali molto variabili, relativamente basse in Danimarca (32 %) ed elevate in Italia (80 %). Per quanto riguarda la sperimentazione di cannabis, il campo di variazione della disapprovazione è meno ampio, con un minimo in Francia (42 %) ed un massimo in Portogallo (79 %) e Svezia (78 %) (161). I comportamenti aiutano a prevedere l'evoluzione, però intervengono anche altri fattori. In tutti gli Stati membri, la disapprovazione e la percezione del «grande rischio» relativo

alla sperimentazione di droghe come ecstasy, cocaina ed eroina è in genere molto elevata tra gli studenti delle scuole che hanno 15-16 anni. Riguardo l'ecstasy la disapprovazione varia dal 71 % in Grecia al 90 % in Danimarca.

Tendenze

Cresce la preoccupazione per l'aumentato livello dell'ubriachezza e dell'uso massivo di alcool a fini ricreativi (162). Tra il 1995 ed il 1999, la Grecia, la Francia e la Norvegia hanno segnalato un marcato incremento dell'esperienza una tantum della sbornia (cfr. grafico 20). Per gli Stati membri che non partecipano alle indagini ESPAD non sono disponibili dati realmente comparabili circa il consumo di alcool; i dati tendenziali di Germania (1973-2001) e Spagna (1994-2000) mostrano però una recente diminuzione del consumo di alcool da parte dei giovani (*Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung*, 2002; *Observatorio Español sobre Drogas*, 2002). Tuttavia, se il consumo totale probabilmente è in diminuzione, il consumo di alcool per «far festa» tende ad aumentare.

Nel corso degli anni Novanta, la prevalenza una tantum del consumo di cannabis è aumentata in maniera tale da poter essere descritta come «diffusa» in un certo numero di Stati membri. Tuttavia, nel 1999 il consumo di cannabis tra i giovani in Irlanda, Paesi Bassi e Regno Unito risultava già diminuito. Ciò può indicare che in questi paesi la prevalenza ha raggiunto la saturazione, con una tendenza alla stabilizzazione su livelli del 30 % circa.

(161) Cfr. grafico 43 OL: Percentuale di studenti di 15-16 anni che disapprovano ubriacarsi in confronto a provare cannabis ed ecstasy (versione on line).

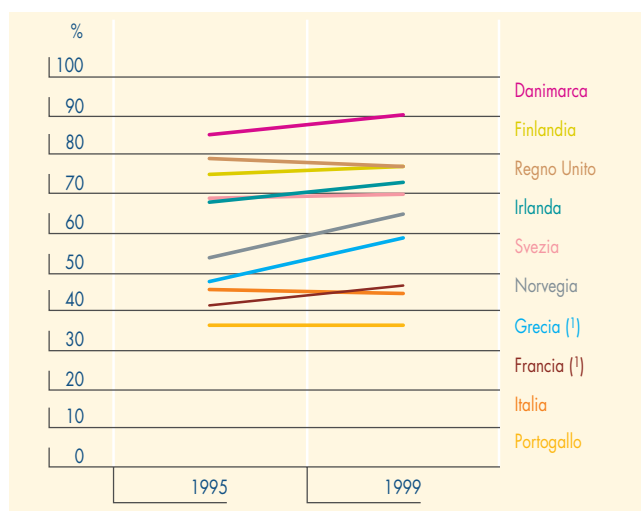
(162) Grafico 44 OL: Variazione nel bere 5 o più bicchieri di seguito durante gli ultimi 30 giorni.

Ci sono anche indicazioni di una stabilizzazione del consumo una tantum di ecstasy, a livelli molto inferiori rispetto alla cannabis. Nel caso del Regno Unito, la diminuita prevalenza una tantum della cannabis e dell'ecstasy è stata accompagnata da un diminuzione della disponibilità percepita ⁽¹⁶³⁾ ⁽¹⁶⁴⁾ e da un aumento della disapprovazione ⁽¹⁶⁵⁾. Nel 1999, la percentuale degli studenti che percepivano come elevato il rischio di provare una o due volte l'ecstasy era massima nei due Stati membri (Irlanda e Regno Unito) in cui era massima anche la prevalenza una tantum di ecstasy ⁽¹⁶⁶⁾ e dove ad un numero relativamente piccolo di decessi correlati ad ecstasy era stata data ampia copertura da parte dei mass-media. La copertura da parte dei mass-media, unitamente ad un'immagine sempre più negativa, sembra aver influenzato il calo della prevalenza del consumo di ecstasy in questi due Stati membri.

I giovani si giudicano l'un l'altro sulla base dell'immagine, dello stile e del possesso di status simbol. Questi simboli di status, che possono comprendere le droghe, mutano continuamente. Attualmente l'immagine negativa degli eroinomani e la facile accessibilità di altre droghe sono fattori importanti rispetto alle scelte in materia di droghe (FitzGerald e a., 2003). Un'analisi recentemente effettuata su testi che parlano di droga nell'ambito della musica popolare di lingua inglese, dagli anni Sessanta in poi, ha rivelato che oggi i musicisti tendono di più che nel passato a condannare i danni provocati dalla cannabis ⁽¹⁶⁷⁾ (Markert, 2001).

Grafico 20: Prevalenza una tantum di (A) ubriachezza, (B) consumo di cannabis e (C) consumo di ecstasy, gli studenti di 15-16 anni

Grafico 20 (A): Ubriachezza



(!) I dati per Francia e Grecia per il 1995 sono basati su indagini del 1993.
Fonte: ESPAD, Progetto europeo di indagini nelle scuole (1995 e 1999).

I risultati di una recente indagine, condotta in 10 città dell'UE su 878 giovani fino a 19 anni d'età, mostrano una possibile tendenza del filone culturale urbano più rappresentativo a diminuire il consumo di anfetamine ed ecstasy, aumentando invece il consumo di cocaina. Il campione però non era sufficientemente grande o sufficientemente rappresentativo per trarre conclusioni definitive. Da questo studio è emerso anche che gli intervistati spendono più soldi per l'alcool che non per sostanze stupefacenti o per una qualsiasi altra categoria di consumo nel tempo libero, come ingressi a discoteche, club o cinema, telefonia cellulare e tabacco (Calafat e a., 2003) ⁽¹⁶⁸⁾.

Grafico 20 (B): Consumo di cannabis

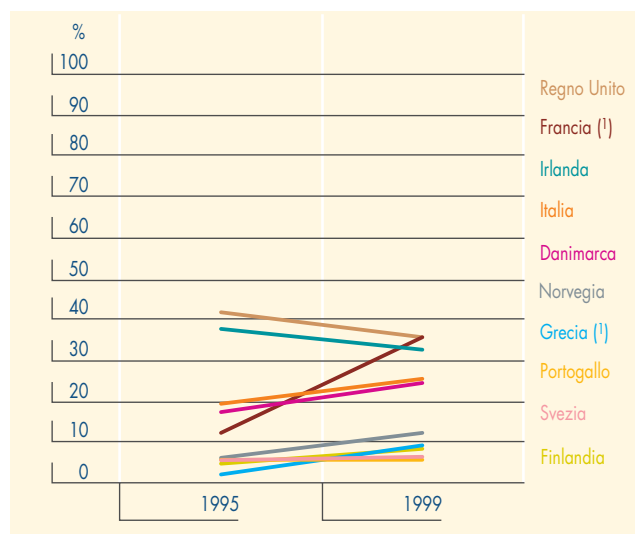
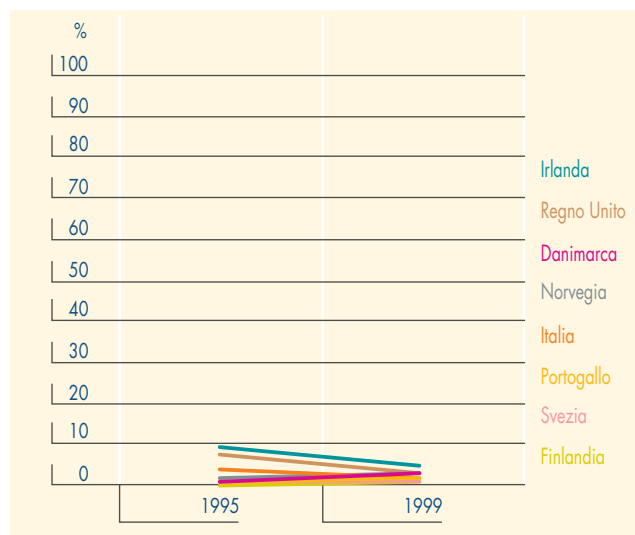


Grafico 20 (C): Consumo di ecstasy



⁽¹⁶³⁾ Sulla base delle risposte alla domanda se la droga sia reperibile «molto facilmente» o «abbastanza facilmente».

⁽¹⁶⁴⁾ Grafico 45 OL: Variazione della disponibilità percepita di (A) cannabis e (B) ecstasy (versione on line).

⁽¹⁶⁵⁾ Grafico 46 OL: Variazione della percentuale di giovani di 15-16 anni che disapprovano (A) ubriacarsi una volta la settimana oppure (B) provare la cannabis una o due volte oppure (C) provare l'ecstasy una o due volte (versione on line).

⁽¹⁶⁶⁾ Grafico 47 OL: Percentuale degli studenti di 15-16 anni che percepiscono un «grosso rischio» associato a provare ecstasy una o due volte e prevalenza del consumo una tantum di ecstasy (versione on line).

⁽¹⁶⁷⁾ Grafico 48 OL: Percentuale delle immagini positive associate alla musica popolare contemporanea, dagli anni Sessanta agli anni Novanta (versione on line).

⁽¹⁶⁸⁾ Grafico 49 OL: Euro spesi ogni weekend dai giovani di 13-19 anni in 10 città dell'UE nel 2001-2002 (versione on line).

Quasi tutti gli Stati membri dell'UE (Belgio, Danimarca, Germania, Spagna, Francia, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi, Austria, Portogallo e Regno Unito) segnalano crescenti preoccupazioni circa un possibile aumento del mercato della cocaina di base e del crack per i giovani consumatori problematici di stupefacenti. Ulteriori informazioni sull'andamento della disponibilità si possono trovare a pag. 36

Iniziazione, modelli e fattori di rischio

In generale, la probabilità che i giovani di 12-18 anni si ubriachino o si vedano offrire cannabis, oppure una qualsiasi altra droga illecita, nonché la loro disponibilità a provarle, aumenta rapidamente con l'età. Questo fenomeno è qui illustrato dai dati dell'indagine francese Escapad (Beck, 2001). Il grafico 21 A mostra che, fra i ragazzi di 13-14 anni, la percentuale di chi ha avuto un'esperienza una tantum di ubriachezza è del 15,9 %, mentre la percentuale di chi ha sperimentato la cannabis è del 13,8 %. Fra i giovani di 17-18 anni queste percentuali salgono rispettivamente al 64,5 % ed al 55,7 %.

Da una recente indagine sulla popolazione giovanile dell'UE, emerge che la principale motivazione per cominciare a provare la droga è la «curiosità» (EORG, 2002). Fra coloro che sperimentano droghe, la maggioranza non ne continua il consumo su base regolare. In una minoranza, piccola ma significativa, il consumo registra un'escalation a livelli intensivi. Questo fenomeno è illustrato nel grafico 21 B, il quale mostra la distribuzione del consumo di cannabis tra la popolazione generale dei diciottenni in Francia. Le indagini fra la popolazione generale mostrano che l'esperienza una tantum del consumo di droghe illecite è sensibilmente superiore all'uso recente o corrente⁽¹⁶⁹⁾. Informazioni comparabili sui modelli d'uso tra i consumatori regolari di stupefacenti sono meno sviluppate che nel campo della ricerca sull'alcool. Questo fattore limita la comprensione dei modelli di consumo degli stupefacenti e, conseguentemente, l'elaborazione di risposte efficaci. In alcuni Stati membri si stanno esaminando le definizioni di «consumo problematico di cannabis»; è stata avanzata l'ipotesi che le persone che abbiano fatto uso di cannabis 20 volte o più nel corso del mese precedente siano maggiormente a rischio di evolvere in un modello di consumo problematico (Beck, 2001; Relazione nazionale olandese). Con questa definizione, nei Paesi Bassi una persona su cinque che abbia fatto uso di cannabis nel corso del mese precedente può essere classificata «a rischio». Secondo il grafico 21 B, in Francia il 13,3 % dei diciottenni, rispetto al 3,6 % soltanto delle diciottenni, rientra nella categoria «a rischio».

Una delle principali preoccupazioni in merito alla sperimentazione della cannabis riguarda il cosiddetto «effetto gateway»⁽¹⁷⁰⁾. Tuttavia, l'associazione tra consumo di cannabis e consumo di altre sostanze illecite è complessa e non riconducibile ad un semplice modello deterministico. Un modello alternativo, il modello del «fattore comune», dimostra come le correlazioni tra il consumo di cannabis e quello di altre droghe pesanti siano dovute ad una gamma di fattori comuni di rischio, fra cui la

Grafico 21: Consumo di cannabis tra i giovani di 17-18 anni nel 2001. (A) Età di iniziazione al consumo. (B) Livello di consumo.

Grafico 21 (A): Età di iniziazione all'ubriachezza ed al consumo di cannabis tra i giovani di 17-18 anni in Francia nel 2001

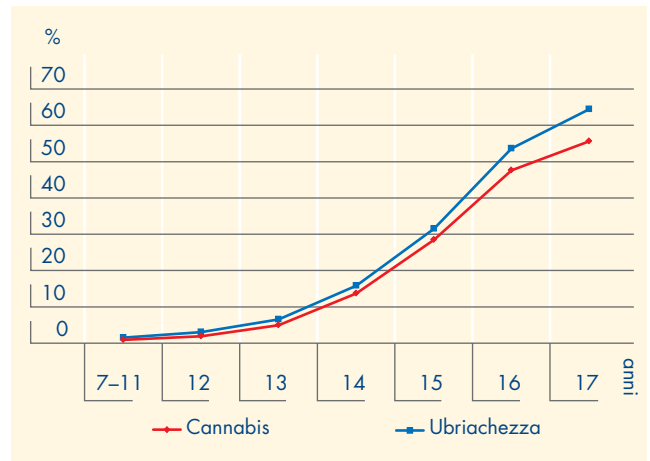
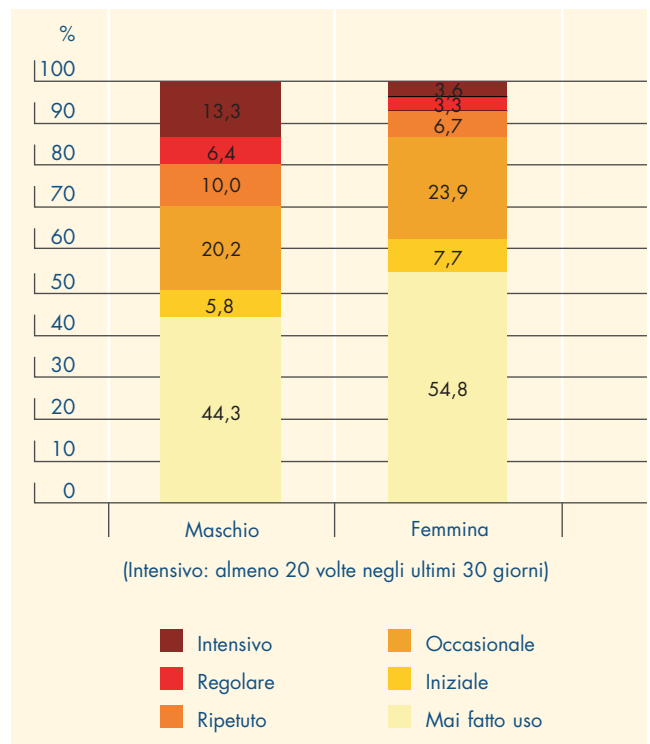


Grafico 21 (B): Livello del consumo di cannabis tra i giovani di 18 anni in Francia nel 2001



Fonti: Escapad (2001), OFDT, Campioni rappresentativi nazionali.

vulnerabilità, l'accesso alle sostanze stupefacenti e la propensione a farne uso. I risultati derivanti da studi su gruppi definiti (coorti) mostrano che il consumo di droghe illecite è raramente il primo segnale di disagio tra gli adolescenti. Il consumo di alcool, il

⁽¹⁶⁹⁾ Cfr. grafico 1 OL: Modelli di consumo della cannabis tra la popolazione generale: esperienza una tantum rispetto all'uso corrente (ultimi 30 giorni), indagine nazionale sulla prevalenza (del consumo di stupefacenti) 2001 (Paesi Bassi).

⁽¹⁷⁰⁾ Si basa sull'ipotesi che di per sé il consumo di cannabis aumenti il rischio di iniziazione alle droghe pesanti.

comportamento antisociale, le assenze ingiustificate da scuola ed il coinvolgimento in reati spesso si manifestano prima del consumo di cannabis⁽¹⁷¹⁾. È raro che gli adolescenti facciano uso di sostanze illecite senza l'esposizione concomitante ad altri consumatori illeciti; credono che i vantaggi potenziali del consumo superino i costi potenziali (Engineer e a., 2003). L'effetto *gateway* può essere dimostrato dal fatto che la cannabis porta i consumatori al contatto con il mercato illecito, aumentando l'accesso ad altre droghe illecite e costituendo una piattaforma di accettabilità per il ricorso ad altre droghe illecite (Grant e Dawson, 1997; Petraitis e a., 1998; Adalbjarnardottir e Rafnsson, 2002; Brook e a., 2002; Morral e a., 2002; Parker e Eggington, 2002; Pudney, 2002; Shillington e Clapp, 2002).

Nei Paesi Bassi, un'indagine fra i giovani realizzata nel 1999 ha riscontrato che la maggioranza dei giovani consumatori di cannabis aveva acquistato la cannabis da amici (46 %) e *in coffee shop* (37 %) (De Zwart e a., 2000).

L'identificazione di una serie di fattori di rischio che possono influenzare sia l'iniziazione al consumo di stupefacenti, sia una sua escalation, nell'ambito di una popolazione di adolescenti caratterizzata da estrema eterogeneità, è un approccio che ha cominciato a prendere piede. Questi fattori vanno, senza soluzione di continuità, dall'individuo alla comunità locale, dalla comunità locale ai fattori macro-ambientali; inoltre è probabile che essi siano diversi per il consumo problematico di stupefacenti, piuttosto che per il consumo di stupefacenti ad uso ricreativo.

Fattori di rischio

Indagini mirate hanno mostrato che alcuni gruppi particolari di giovani presentano livelli molto più elevati di consumo di stupefacenti rispetto alla popolazione nazionale generale. Si tratta spesso di giovani che sono stati espulsi oppure sono soliti fare assenze ingiustificate dalla scuola, sono stati coinvolti in reati, sono senza fissa dimora oppure sono scappati da casa, i loro fratelli maggiori sono consumatori di stupefacenti (Lloyd, 1998; Swadi, 1999; Goulden e Sondhi, 2001; Hammersley e a., 2003). L'indagine condotta nel Regno Unito nel 1998/99 sugli stili di vita dei giovani ha rivelato che la prevalenza del consumo di stupefacenti, nel Regno Unito, è significativamente superiore tra questi gruppi più vulnerabili⁽¹⁷²⁾. La dimensione a livello nazionale di questi gruppi vulnerabili suggerisce che le indagini attualmente condotte nelle scuole tendono a sottostimare la prevalenza, in quanto non riescono ad identificare le popolazioni di adolescenti ad alto rischio che non frequentano l'ambiente scolastico. Attualmente dati comparabili a livello UE sui «gruppi vulnerabili» sono scarsi. I giovani che di notte frequentano particolari ambienti musicali rappresentano un altro gruppo vulnerabile. I collegamenti tra specifiche culture giovanili e droghe sono ben documentati, anche recentemente, rispetto alla diffusione del consumo di ecstasy (MDMA) (Griffiths e a., 1997; Springer e a., 1999). Negli ambienti techno, la prevalenza di consumo di ecstasy va dal 12,5 % (Atene) all'85 % (Londra), rispetto ad una prevalenza di consumo dell'1 % (Grecia)

e dell'8 % (Regno Unito) tra la popolazione giovane adulta generale (OEDT, 2002a).

La comunità locale

In questi ultimi anni è stata dedicata maggior attenzione alle componenti sociali, economiche e culturali, fra cui l'ambiente fisico (Spooner e a., 2001; Lupton e a., 2002). Spesso i problemi legati alla droga si concentrano in determinate aree geografiche e situazioni abitative. Per esempio, la relazione nazionale irlandese cita il fatto che i bambini partecipanti ai *focus group* raccontavano di incontrare regolarmente dei tossicodipendenti; occasionalmente, riferivano inoltre di aver visto attrezzature varie per la droga sulle scale o nelle parti condominiali comuni (balconate). I genitori che vivono in queste aree hanno espresso estrema ansia circa l'elevato livello di esposizione dei figli alle droghe (O'Higgins, 1999).

Decessi ed emergenze negli ospedali

Tra chi ha meno di 20 anni, i decessi correlati all'uso di droghe o all'alcool sono relativamente rari. Tuttavia, nel corso degli anni Novanta il numero dei decessi correlati all'uso di stupefacenti tra i giovani dell'UE è aumentato costantemente. In totale, tra il 1990 ed il 2000 sono stati registrati nell'UE 3 103 decessi tra i giovani⁽¹⁷³⁾. Quando però si vanno a calcolare gli anni di aspettativa di vita perduti, la perdita comparabile di anni per la morte di una persona giovane è maggiore rispetto a quella di una persona più anziana⁽¹⁷⁴⁾. Informazioni dettagliate sui decessi correlati all'uso di stupefacenti si possono trovare alle pagg. 28-32. Il Regno Unito è l'unico Stato membro che segnali i decessi specificatamente correlati all'inalazione di sostanze volatili. Nell'arco di 18 anni si sono verificati 1 707 decessi specificatamente correlati a questo fenomeno. La maggioranza di questi decessi ha colpito giovani d'età compresa tra 15 e 19 anni (Field-Smith e a., 2002). Nonostante l'attenzione dedicata dai mass-media ai decessi correlati all'ecstasy, le sostanze inalanti costituiscono probabilmente per gli adolescenti un rischio per la salute superiore al consumo di altre forme di consumo di droga.

Nell'UE non vengono raccolti dati di routine sulle emergenze ospedaliere correlate agli stupefacenti, a causa della natura nascosta del consumo di droghe illecite o del consumo di alcool insieme ad altre droghe, nonché della mancanza di analisi tossicologiche (Tait e a., 2002). I dati limitati disponibili suggeriscono che l'alcool, in alcuni Stati membri, pesa di più sui servizi sanitari del consumo di droghe illecite. L'OMS stima che nei paesi sviluppati l'alcool sia responsabile ogni anno del 10-11 % di tutte le malattie e di tutti i decessi (Rehn e a., 2001). Per esempio, da un'indagine danese condotta nel 2001 tra i giovani è emerso che meno diciassettenni avevano segnalato di essere andati in ospedale per problemi correlati agli stupefacenti, che essere andati in ospedale per problemi correlati all'alcool (Relazione nazionale danese). In Irlanda, uno studio regionale condotto per tre mesi sui pazienti ricoverati in ospedale ha rivelato che quasi tutti i 55 giovani pazienti ricoverati, d'età compresa tra

⁽¹⁷¹⁾ Grafico 50 OL: Percentuale degli studenti di 15-16 anni che si sono ubriacati o hanno provato la cannabis a 13 anni o prima (versione on line).

⁽¹⁷²⁾ Grafico 51 OL: Confronto del consumo di droga tra gruppi vulnerabili (versione on line).

⁽¹⁷³⁾ Grafico 52 OL: Decessi improvvisi correlati agli stupefacenti segnalati nell'UE tra i giovani fino a 19 anni d'età (versione on line).

⁽¹⁷⁴⁾ L'attuale aspettativa media di vita nell'UE è di 75 anni per gli uomini e di 80 anni per le donne.

10 e 18 anni, erano entrati in ospedale per abuso di alcool o per deliberato autoavvelenamento (Mid-Western Health Board, 2002; segnalato nella Relazione nazionale irlandese).

Risposte giuridiche e raccomandazioni

In quasi tutti gli Stati membri, la disponibilità di alcool è controllata mediante monopolio statale o sistema di licenza. Nella maggior parte degli Stati membri dell'UE, sono stati fatti dei tentativi per controllare la disponibilità di alcool per i giovani applicando limiti d'età (di solito 16 o 18 anni) alle vendite di alcolici fuori e dentro i locali. Il Portogallo ha introdotto limiti d'età in termini relativamente recenti, nel gennaio 2002. I limiti alla pubblicità degli alcolici variano dal divieto totale a codici di autodisciplina, all'assenza totale di limiti (Rehn e a., 2001; Bye, 2002). Nel Regno Unito, la vendita di gas per accendini ai minori di 18 anni è stata limitata da una legge denominata «Cigarette Lighter Refill (safety) Regulations 1999» (Field-Smith et al. 2002). A seguito di questa normativa, insieme con campagne informative mirate ai genitori, si ritiene di aver conseguito una diminuzione dei decessi. Esistono alcune varianti legislative, ma poco si sa della prassi. Un esempio di una nuova iniziativa volta ad affrontare questioni pratiche si può ritrovare in Germania, che ha recentemente introdotto la cosiddetta legge sul «succo di mela», che impone ai bar di offrire una bevanda analcolica ad un prezzo più basso della bevanda alcolica più economica (Relazioni nazionali tedesca e olandese). Nel Regno Unito, i dettaglianti stanno varando un nuovo programma, con il sostegno del governo, che prevede il rilascio di una speciale «tessera» per i giovani clienti finalizzata all'applicazione dei limiti d'età rispetto all'acquisto di alcool e sostanze volatili (BBC News).

In questi ultimi anni, i Paesi Bassi hanno aumentato i controlli nei *coffee shop*, il che ha portato alla chiusura dei *coffee shop* vicini alle scuole in cui si vendeva cannabis. Nei Paesi Bassi, chi ha meno di 18 anni non può comprare cannabis. La pubblicità dei prodotti derivati dalla cannabis è vietata e, in questi ultimi anni, il controllo più stringente dei *coffee shop* ha ridotto in maniera significativa il numero dei clienti con meno di 18 anni (Relazione annuale olandese). A Copenaghen, in Danimarca, la polizia ha fatto chiudere circa 50 club di cannabis da quando è entrata in vigore la legge che vieta i visitatori in determinati locali (Relazione annuale danese).

Recentemente, in Irlanda e Regno Unito sono state adottate alcune iniziative volte a ridurre i problemi collegati a droghe ed alcool tra i giovani. In Irlanda, per esempio, il *Children's Bill* (1999) pone a carico dei genitori la responsabilità del controllo dei figli. Per i genitori le sanzioni prevedono il trattamento terapeutico, se essi stessi fanno uso di sostanze, o corsi di formazione al proprio ruolo di genitori. I bambini non adeguatamente seguiti possono essere passibili di «coprifuoco notturno». Sempre in Irlanda sono applicate dalla polizia due misure di ordine pubblico nazionale:

l'operazione Oíche indirizzata al consumo di alcool da parte dei minorenni, al consumo illecito di droga e alla vendita di alcool ai minorenni e l'operazione Encounter indirizzata al comportamento antisociale in strada, nei locali pubblici autorizzati, nei nightclub e nei fast food. Per ulteriori dettagli sulle risposte giuridiche, cfr. pag. 42.

Esigenze e risposte senza soluzione di continuità

Uno degli obiettivi principali dell'UE per contrastare l'abuso di sostanze stupefacenti ed alcool è quello di realizzare interventi adeguati che abbiano l'impatto più efficace possibile. Le strategie d'intervento si concentrano principalmente su cinque ampi gruppi bersaglio, in parte sovrapposti: (1) giovani in età scolastica; (2) giovani che fanno un uso sperimentale e ricreativo di stupefacenti; (3) giovani che vivono in aree socialmente svantaggiate; (4) giovani coinvolti in reati; (5) giovani che necessitano di trattamento per droghe ⁽¹⁷⁵⁾.

Giovani in età scolastica

La prevenzione nelle scuole è una risposta ampiamente utilizzata per questo gruppo di riferimento. Maggiori dettagli si possono trovare a pag. 45.

A livello di politiche scolastiche, svariati Stati membri hanno varato raccomandazioni su come reagire in caso di incidenti per droga e nei confronti di studenti che fanno uso di stupefacenti. In Francia, grande attenzione è posta sui «Punti di riferimento per la prevenzione dei comportamenti a rischio nelle scuole» ed alla risoluzione dei problemi mediante servizi di consulenza mirati. L'accento principale è posto sulla formazione professionale del personale scolastico, affinché sia in grado di gestire i comportamenti giovanili devianti. In Austria e Germania, i programmi STEP-by-STEP ⁽¹⁷⁶⁾ aiutano gli insegnanti ad identificare gli alunni che fanno uso di stupefacenti e ad intervenire presso di loro. In Norvegia, è stato varato un manuale atto allo scopo.

Nel Regno Unito, il *Drug Prevention Advisory Service* ha valutato un programma di prevenzione mirato ai giovani espulsi dalle scuole ed è giunto alla conclusione che i programmi sulle droghe sono sì assolutamente necessari, ma che i periodi brevi di educazione in materia non sono sufficienti. Molti dei giovani cui si era rivolto il programma assumevano già sostanze stupefacenti, il che implica che i programmi dovrebbero essere realizzati ad un'età più bassa e dovrebbero identificare e trattare con chiarezza le varie problematiche. La nuova normativa nazionale portoghese in materia di prevenzione prevede lo stanziamento di 400 000 euro all'elaborazione di programmi scolastici alternativi e a corsi precoci di formazione professionale per chi ha abbandonato la scuola. Quasi tutte le comunità autonome spagnole hanno attivato programmi di questo tipo. In Grecia sono in corso iniziative d'intervento precoce a favore di consumatori di droga adolescenti e delle loro famiglie (terapia di famiglia) come pure a favore di adolescenti che hanno problemi con la legge.

⁽¹⁷⁵⁾ Grafico 53 OL: Prevenzione selettiva — Obiettivi degli interventi (versione on line).

⁽¹⁷⁶⁾ Cfr. EDDRA, http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36.

Giovani che fanno un uso sperimentale e ricreativo di stupefacenti

Sempre di più si riconoscono i danni potenziali provocati dal consumo di alcool e droghe illecite nella vita di una percentuale, piccola ma significativa, della popolazione giovanile. Uno degli obiettivi principali per un'azione più efficace sono i gruppi vulnerabili di giovani che consumano alcool e sperimentano droghe a fini ricreativi nell'incoscienza dei rischi cui vanno incontro con i loro modelli di consumo delle sostanze, o nell'incapacità di controllarli (overdose, incidenti, comportamenti criminali, violenza, perdita della capacità di studiare o lavorare, infezioni sessualmente trasmesse e, a lungo termine, danni alla salute a carico di fegato/cervello ecc.) (Boys e a., 1999; Parker e Egginton, 2002). Nell'Unione europea cresce la preoccupazione circa i mutati modelli di consumo di alcool e droghe a fini ricreativi, particolarmente per quanto riguarda i rischi per la salute delle donne. Le strutture ricreative, come bar, discoteche, club sportivi e club giovanili sembrerebbero essere ambienti adeguati per la prevenzione in materia di droga, in quanto garantiscono il contatto con un gran numero di giovani, molti dei quali fanno uso di sostanze stupefacenti o sono, in questo senso, a rischio⁽¹⁷⁷⁾. Si avverte l'esigenza urgente di documentazione di carattere metodologico, con un'ampia valutazione degli interventi effettuati in questi ambienti.

In Francia, nel 2001, già il 30 % dei dipartimenti aveva adottato azioni di prevenzione oppure forniva interventi di primo soccorso nei luoghi da ballo. In Irlanda, in un'amministrazione sanitaria regionale, è al personale dei night club ed ai soci dei club che si rivolge il progetto *The sound decisions*⁽¹⁷⁸⁾. In Lussemburgo però non esiste un contesto legale che autorizzi i servizi che si occupano di droga ad intervenire nei night club.

Nei Paesi Bassi, per affrontare gli incidenti provocati dalle droghe che possono verificarsi in ambienti ad uso ricreativo, si organizzano corsi di formazione per formatori in tecniche di primo soccorso.

L'iniziativa olandese *Going out and drugs* comprende interventi in ambienti diversi dalla scuola dove i giovani fanno uso di droghe, come *coffee shop*, discoteche, feste private e club, nonché nei luoghi ove si tengono eventi musicali di grande richiamo.

Svariati progetti si rivolgono ai consumatori di stupefacenti nel mondo delle manifestazioni musicali per minimizzare i rischi derivanti dal consumo lecito ed illecito di sostanze stupefacenti. A volte il personale che si occupa di questi progetti si reca nei diversi luoghi in cui si tengono gli eventi musicali con una roulotte, per mettere a disposizione un ambiente tranquillo per consigli informali. I progetti possono avvalersi anche di linee telefoniche dedicate o siti web⁽¹⁷⁹⁾.

Nel quadro dell'EDDRA si è provveduto a predisporre su questi progetti un panorama ed un'analisi degli esempi di prevenzione

negli ambienti delle feste private⁽¹⁸⁰⁾. Un panorama dei progetti e delle politiche correnti figura in alcune tabelle on line⁽¹⁸¹⁾.

Specifici servizi di consulenza ad hoc e test delle pastiglie in loco durante gli eventi rave — secondo uno studio finanziato di recente dalla Commissione — sono efficaci per raggiungere quei giovani che, pur consumando sostanze stupefacenti regolarmente, non si considerano tossicodipendenti e pertanto non si metterebbero in contatto con i servizi istituzionali in materia di droga. Lo studio ha dimostrato anche che il test delle pastiglie non è controindicato rispetto agli interventi di prevenzione orientati all'astinenza⁽¹⁸²⁾. In Austria e Spagna, questi servizi si sono andati espandendo, mentre nei Paesi Bassi si limitano ai servizi che rispondono a standard elevati di accuratezza metodologica.

Un'altra serie di interventi coinvolge gruppi di coetanei, gruppi di autoaiuto ed alternative al consumo di sostanze stupefacenti, come informazione e sostegno psicosociale, nonché coinvolgimento in attività culturali o sportive (per esempio, campi estivi in Grecia). In Spagna, esistono da alcuni anni in tutto il paese programmi alternativi per il tempo libero.

In Norvegia, Svezia e Danimarca, i «corvi della notte» sono volontari adulti che pattugliano le strade del centro città durante le sere e le notti dei week-end. La loro missione è di essere visibili e disponibili nei confronti dei giovani. L'idea è che la loro presenza riduca la probabilità di violenza e danni.

Giovani che vivono in aree socialmente svantaggiate

In Svezia, la commissione antidroga ha esaminato la letteratura di ricerca sulle risposte di carattere preventivo (Narkotikakommissionen, 2000) ed è giunta alla conclusione che sono necessari tre tipi di intervento: iniziative specifiche rivolte ai soggetti più poveri; iniziative generali per migliorare la sanità pubblica ed iniziative miranti ad aiutare le famiglie vulnerabili.

L'Irlanda, il Portogallo ed il Regno Unito sono gli unici Stati membri che abbiano individuato particolari aree allo scopo di attuare in queste ultime programmi specifici. Il fondo *Young People's Facilities and Services Fund* (YPFSF) (fondo per strutture e servizi destinati ai giovani) mira ad attirare i giovani «a rischio» che vivono in aree svantaggiate verso strutture ed attività suscettibili di allontanarli dai pericoli dell'abuso di sostanze. Nel Regno Unito, il progetto *Positive Futures* opera in 57 aree svantaggiate per indirizzare allo sport giovani vulnerabili, distogliendoli da droghe e criminalità. I primi risultati sono incoraggianti e mostrano una riduzione dell'attività criminale e delle assenze ingiustificate da scuola, con una maggiore consapevolezza sociale. Il progetto *Health Action Zones* (HAZ) è il frutto di collaborazione tra più agenzie; queste zone di intervento sanitario corrispondono ad alcune delle aree più svantaggiate dell'Inghilterra, allo scopo di affrontare le disuguaglianze sanitarie mediante programmi di

⁽¹⁷⁷⁾ Grafico 54 OL: Prevenzione mirata a gruppi bersaglio in strutture ricreative (versione on line).

⁽¹⁷⁸⁾ Cfr. http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=356.

⁽¹⁷⁹⁾ Cfr. <http://www.emcdda.eu.int/responses/infosites.shtml>.

⁽¹⁸⁰⁾ Cfr. http://eddra.emcdda.eu.int:8008/FurtherReading/eddra_party_settings.pdf.

⁽¹⁸¹⁾ Tabella 16 OL: Principali parametri quantitativi di prevenzione nelle strutture ricreative; tabella 17 OL: Attività di prima assistenza/prevenzione nelle strutture ricreative; tabella 18 OL: Panoramica delle misure politiche e normative per la prima assistenza/prevenzione nelle strutture ricreative (versione on line).

⁽¹⁸²⁾ Cfr. http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828.

modernizzazione dell'assistenza sanitaria e sociale, per coprire un ampio spettro di giovani vulnerabili ritenuti a rischio di abuso di droghe (130 progetti ed iniziative in 26 HAZ). Il progetto *Connexions* è un servizio di sostegno e consulenza del Regno Unito che si rivolge a giovani fra 13 e 19 anni: comprende l'individuazione dei giovani a rischio e prevede il rinvio a servizi specializzati in materia di droga. Nel 2002, queste forme di collaborazione sono state 27, mentre altre 20 dovrebbero essere attivate entro il 2003.

Nel Regno Unito tutti i gruppi d'azione operanti nel campo delle droghe (DAT) hanno svolto nel 2001 una valutazione delle esigenze dei giovani e devono pianificare, mediante i programmi relativi all'abuso di sostanze da parte dei giovani (YPSMPS), servizi per i giovani, che vanno dalla prevenzione generale al trattamento dell'abuso di sostanze e che si basano sulle esigenze locali.

In Austria, per i giovani, operano in strada appositi centri mobili, in stretta collaborazione con altre organizzazioni di assistenza, per fornire un aiuto allo stadio iniziale agli adolescenti ed ai giovani adulti che fanno uso di stupefacenti. In futuro la copertura geografica di questi centri dovrebbe aumentare ⁽¹⁸³⁾.

In Finlandia, i *Walkers youth cafés*, ⁽¹⁸⁴⁾ che forniscono interventi allo stadio iniziale, operano attualmente in 24 località. Un ruolo importante è svolto da volontari adulti opportunamente formati, sostenuti da operatori professionisti nel campo della gioventù. Si è cercato di trasformare questi *youth cafés* in punti di incontro sicuri. Analogamente, in Irlanda, in un'amministrazione sanitaria regionale, è stato creato un *Health Advice Café* che mira a fornire ai giovani un mix di servizi, cioè prevenzione ed accesso diretto ai servizi sanitari.

In Norvegia, la maggior parte dei comuni prevede servizi di prima assistenza (operatori di strada). Gli obiettivi comprendono vari interventi di prevenzione rivolti ai bambini più grandi ed ai giovani, nonché servizi di consulenza e di rinvio alle strutture che offrono sostegno e trattamento terapeutico.

Giovani coinvolti in reati

Alcuni Stati membri forniscono sostegno mirato, corsi di formazione e programmi di prima assistenza per i giovani a rischio, come i giovani coinvolti in reati. Una delle conseguenze principali di queste iniziative è stata la riduzione del numero dei giovani cui è stata comminata una sentenza di condanna penale.

Gli interventi prevedono alternative all'applicazione della legge ed alle strategie punitive, allo scopo di ridurre o prevenire la possibilità che i giovani entrino nella spirale del crimine, con conseguenze irreversibili. Nel Regno Unito, le *Youth Offending Teams* sono squadre formate da operatori nel campo della droga che procedono ad una valutazione dei giovani coinvolti in reati per abuso di droga e, se del caso, propongono interventi di prevenzione. In Lussemburgo il progetto *MSF Youth Solidarity* (solidarietà per i giovani), opera in maniera analoga, in diretta

collaborazione con i magistrati dei tribunali minorili e le forze di polizia competenti.

In Germania, il progetto FRED mira ad intervenire in fase iniziale presso i consumatori di stupefacenti segnalati per la prima volta ⁽¹⁸⁵⁾. In Finlandia i progetti di applicazione della legge seguono i medesimi principi.

Giovani che necessitano di servizi terapeutici

La domanda di trattamento per droga è un indicatore significativo di tossicodipendenza e di bisogno acuto. Nel 2001 nell'UE, i giovani d'età fino a 19 anni rappresentavano meno del 10 % della domanda totale segnalata di trattamento terapeutico specializzato. Circa la metà di questi giovani era in terapia per la cannabis in quanto droga principale. Quasi un quarto era in terapia per problemi da oppiacei, mentre il resto era equamente diviso tra trattamento per uso di cocaina e trattamento di altre sostanze eccitanti. Tuttavia, esistono variazioni di carattere nazionale; per esempio, in Irlanda la percentuale dei giovani in trattamento è superiore a quella di qualsiasi altro paese dell'UE. Il trattamento terapeutico per chi ha meno di 18 anni è complicato da questioni di assenso dei genitori e di preoccupazioni circa la prescrizione di sostanze sostitutive, in assenza di adeguate ricerche sugli effetti collaterali di tali sostanze in questa fascia d'età. La maggior parte dei giovani in terapia per gravi problemi da droga frequenta ambienti terapeutici non dedicati.

In alcuni paesi sono stati sviluppati servizi terapeutici specializzati. Per esempio, nei Paesi Bassi c'è una piccola clinica dedicata a giovani di 13-18 anni. In Finlandia, un'enfasi particolare è data al trattamento psicosociale sostenuto ed intensivo, senza soluzione di continuità, accompagnato dal necessario trattamento terapeutico istituzionale. Sulla base di informazioni del 1999, le unità terapeutiche per i giovani tossicodipendenti erano 6, per un totale di 40 posti letto. Inoltre, i riformatori avevano tre unità specializzate nel trattamento per droga, per un totale di 23 posti letto. In Lussemburgo c'è un centro specializzato: il 43 % dei pazienti ha meno di 16 anni. In Grecia, gli interventi precoci mirano ai tossicodipendenti adolescenti ed alle rispettive famiglie (famiglie in terapia) e agli adolescenti che hanno problemi con la giustizia.

In Svezia, i giovani d'età compresa tra 12 e 21 anni affetti da gravi problemi psicosociali, spesso associati ad elementi di comportamento criminale ed uso di sostanze psicoattive, possono essere ricoverati in istituti di cura senza il loro consenso. I metodi terapeutici comprendono la terapia ambientale, la terapia della famiglia funzionale, la terapia comportamentale cognitiva e, per l'abuso di sostanze, il metodo dei 12 passi. I giovani coinvolti in reati, in alternativa al carcere, ricevono trattamenti assistenziali istituzionali chiusi per giovani ⁽¹⁸⁶⁾ sulla base di una legge specifica, *Care of Young Persons (Special Provisions) Act*. Per ulteriori informazioni sulle risposte al trattamento, cfr. pag. 49.

⁽¹⁸³⁾ Cfr. «Auftrieb» all'indirizzo http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2086.

⁽¹⁸⁴⁾ Cfr. http://www.aseanlapset.fi/walkers-nuorisokahvilat/walkers-kahvilat_suomessa/.

⁽¹⁸⁵⁾ Cfr. EDDRA, http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091.

⁽¹⁸⁶⁾ Cfr. <http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87>.