

& Sintesi Punti salienti

Istituito a Lisbona nel 1994, l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (OEDT) si occupa della raccolta e diffusione di informazioni sui seguenti temi:

- * domanda di droghe e misure per la sua riduzione;
- * strategie e politiche nazionali e comunitarie;
- * cooperazione internazionale e distribuzione geopolitica dell'offerta di droghe;
- * controllo del traffico di narcotici, sostanze psicotropiche e precursori chimici;
- * implicazioni del fenomeno della droga per i paesi produttori, consumatori e di transito.

In linea con le priorità iniziali dell'OEDT, il presente rapporto si concentra sulle conoscenze acquisite in merito alla portata e alla natura della domanda di droghe (epidemiologia) nell'Unione europea e sulle misure volte a ridurla, trattando questi argomenti rispettivamente nei capitoli 1 e 2 della Parte I. Le strategie nazionali ed europee descritte nella Parte II indicano gli orientamenti da seguire per la riduzione della domanda e l'adozione di altre misure antidroga sul piano europeo.

In particolare, per questa prima relazione è importante non limitarsi a fornire i risultati conclusivi dei programmi di raccolta di informazioni dell'OEDT, ma anche consentire ai responsabili politici a livello nazionale ed europeo di comprendere l'infrastruttura dalla quale dipendono tali risultati, ossia le fonti di informazione e i centri specializzati che elaborano tale informazione

La Parte III indica le fonti di informazione esistenti in materia di epidemiologia e riduzione della domanda e valuta in che misura le informazioni raccolte e i meccanismi messi a punto dai principali partner internazionali dell'OEDT possono contribuire al raggiungimento degli obiettivi dell'Osservatorio. La Parte IV descrive la natura e le capacità dei punti focali nazionali che sostengono la Rete europea di informazione sulle droghe e le tossicodipendenze (REITOX) per poi passare a presentare una panoramica dei centri di documentazione sulle droghe dai quali dipendono, a loro volta, molti dei punti focali.

In generale, si pone l'accento sul fatto che questa prima relazione verte tanto sui risultati già ottenuti dalla attuale infrastruttura di informazione, quanto (se non di più) sugli interventi necessari per *migliorare* tale infrastruttura (soprattutto in termini di compatibilità transnazionale). Il processo avviato dall'OEDT e dai suoi maggiori partner internazionali, i punti focali nazionali, per raggiungere l'obiettivo di un sistema di informazione sulle droghe adatto a rispondere alle esigenze europee oltre che a quelle nazionali, non sarà rapido, né facile. Tuttavia, questa prima relazione fornisce informazioni sostanziali sufficienti per giustificare l'iniziativa e le aspettative che ne derivano.

1 Prevalenza e modelli di consumo

- In generale, la quota percentuale della popolazione adulta che dichiara di aver provato una droga illegale va dal 5-8 per cento circa di alcuni paesi all'11-16 per cento di altri, ma è comunque più elevata (10-20 per cento) tra i più giovani.
- Percentuali molto più basse della popolazione ammettono di aver assunto droghe negli ultimi 12 mesi. Per quanto concerne il consumo di cannabis, la cifra va dall'1 al 4-5 per cento circa, ma sale al 5-15 per cento nelle fasce di età più giovani.
- La cannabis rimane la droga illegale più diffusa in tutta l'Unione europea. Il modello di consumo più comune è quello occasionale o intermittente, piuttosto che l'assunzione frequente.
- Il consumo di cocaina è raro, ma nella maggior parte dei paesi si sono registrati modesti aumenti nella sua diffusione. Di solito, il consumo è intermittente e avviene in occasioni di eventi sociali. Recentemente, è emerso con evidenza il problema dell'uso di crack tra gruppi emarginati nelle aree urbane.
- In generale, è emerso che una quota pari o inferiore all'1 per cento circa della popolazione totale ha provato l'eroina. Tuttavia, i problemi connessi al consumo di eroina sono i più rilevanti. Il numero complessivo di eroinomani nell'Unione europea potrebbe aggirarsi tra 500.000 e un milione di persone.

- A partire dalla fine degli anni ottanta, tra i giovani si è diffuso il consumo di anfetamine, ecstasy e a volte LSD. Nella fascia di età compresa tra i 18 e i 20 anni, hanno assunto anfetamine il 3-4 per cento dei giovani in alcuni paesi e il 9-10 per cento in altri; percentuali analoghe della popolazione giovanile hanno assunto ecstasy e LSD.
- Nella seconda metà degli anni ottanta, in molti paesi si è registrato un notevole incremento del numero dei decessi connessi all'uso di droghe e in alcuni casi tale numero potrebbe aumentare di nuovo.
- È stato registrato un crescente abuso di medicinali insieme con problemi derivanti dalla combinazione di droghe, ma in generale, è l'eroina che rappresenta il problema principale per i nuovi aspiranti a terapia; le anfetamine sono particolarmente diffuse nell'Europa settentrionale.
- In media, i tossicodipendenti che si sottopongono per la prima volta a terapie di disintossicazione sono di età compresa tra i 20 e i 30 anni e per almeno due terzi sono di sesso maschile.

- Esistono notevoli differenze nei tassi di diffusione di HIV e AIDS tra i tossicodipendenti che si drogano per via endovenosa. Il tasso di nuove infezioni da HIV è calato, ma si continuano ad adottare comportamenti che favoriscono la trasmissione del virus.

Parte I

Domanda di droghe e Riduzione della domanda

- Dagli anni ottanta la maggior parte dei paesi hanno visto aumentare il numero totale di

tossicodipendenti rappresentano il 30-40 per cento della popolazione carceraria.

2 Riduzione della domanda

- La maggior parte degli Stati membri dell'UE hanno aumentato gli investimenti a favore della riduzione della domanda e tutti concordano che si tratta di una responsabilità multidisciplinare e comunitaria. Questa filosofia trova riscontro in una prevalenza di iniziative decentrate.
- Quella di prevenire il consumo di droghe è una priorità universale. Tutti i paesi dell'UE tendono ad adottare strategie incentrate sui fattori che inducono all'assunzione di droghe o mirate alla protezione dei giovani nei confronti del consumo di droghe, spostando l'accento dalla realtà della droga ad una visione più ampia delle influenze in ambito familiare e sociale.
- I programmi di sensibilizzazione nelle scuole sono la forma di prevenzione primaria più diffusa in Europa e spesso sono una componente obbligatoria dell'insegnamento secondario.
- La prevenzione primaria appare maggiormente efficace se avviata presto e portata avanti ininterrottamente fino alla scuola secondaria. Occuparsi dei comportamenti dei giovani nei confronti delle droghe e di se stessi sembra migliorare i risultati. Gli esperti favoriscono i programmi che affrontano il problema delle droghe illegali nel contesto delle sostanze legalmente disponibili e della promozione della salute in generale.
- Le campagne attraverso i mass media contribuiscono ad aumentare la consapevolezza, ma non inducono da sole a cambiare i comportamenti, né danno luogo a evoluzioni significative negli atteggiamenti. Gli Stati membri che promuovono campagne attraverso i mass media spesso si pongono l'obiettivo di sensibilizzare il pubblico o di trasmettere informazioni.
- Il trattamento nella sequenza classica è stato sostituito da forme di assistenza molto più flessibili e differenziate. Ormai il trattamento comprende una gamma completa di servizi di assistenza sanitaria e sociale che mirano ad aiutare i tossicodipendenti a cessare a drogarsi ed a far fronte all'astinenza e/o a ridurre i rischi di abuso di droga.
- Le comunità terapeutiche sono più diffuse nei paesi dell'Europa meridionale che in quelli dell'Europa settentrionale. I programmi tendono ormai a prevedere permanenze più brevi, maggiore professionalità, terapie personalizzate e la preparazione dei pazienti alla ripresa di una vita normale, una volta ultimata la terapia.
- Gli studi consistenti sugli effetti dei trattamenti sono pochi. Il fattore di previsione più affidabile è costituito dal completamento del programma; quanto più a lungo si mantiene l'astinenza, tanto maggiori sono le probabilità di riuscire a continuare.
- Molte politiche nazionali mirano a prevenire (ulteriori) danni tra i consumatori di droghe. Di solito, esse si focalizzano sulla riduzione dei rischi per la salute, in particolare il rischio di contrarre HIV e altre infezioni, e l'incoraggiamento a cominciare la terapia di disintossicazione ad uno stadio precoce.

- La prescrizione di metadone nel lungo periodo è prevista in tutti gli Stati membri dell'UE, ma variano ampiamente la portata, i criteri di ammissione dei pazienti a questo trattamento e la misura della regolamentazione ufficiale esistente. Recentemente, in diversi stati questa pratica ha avuto una rapida espansione.
- La mancanza di conoscenze e l'insicurezza spesso impediscono ai medici generici di dedicarsi alle attività di prevenzione o di

trattamento della tossicodipendenza, privando i consumatori di droghe di tutta la gamma di servizi generali di assistenza sanitaria e sociale che sono a disposizione del resto della popolazione. Questa constatazione è in parte sintomatica dell'esigenza di varare programmi di formazione professionale in tutti gli Stati membri.

3 Strategie nazionale

- Nell'UE, le strategie nazionali contro la droga di solito tendono a mantenere un certo equilibrio tra le politiche volte a ridurre la domanda di droga e quelle mirate alla riduzione dell'offerta.
- Sul piano amministrativo, un'esigenza fondamentale è la creazione di strutture capaci di coordinare le politiche dei vari ministeri nazionali, nonché di coordinare l'attività dell'amministrazione nazionale con quella delle autorità regionali.
- Le politiche nazionali sono sempre più determinate da orientamenti politici di tipo sovranazionale o da obblighi nazionali derivanti dall'adesione alle convenzioni delle Nazioni Unite. Tuttavia, le leggi sulla droga variano considerevolmente nei diversi Stati membri dell'UE.
- Il consumo di stupefacenti è sempre prevenuto indirettamente vietandone il possesso, ma sono meno della metà gli Stati

direttamente. Alcuni stati puniscono il possesso di droga per uso personale soltanto con sanzioni amministrative.

- Lo studio delle strategie e delle legislazioni nazionali nell'ambito dell'Unione europea può servire ai singoli paesi per capire in che modo altri Stati membri dell'UE organizzano le proprie strategie e per ampliare la prospettiva sulle opzioni politiche disponibili.

4 Azione condotta dall'Unione Europea

- Dal 1987, la Comunità europea in quanto tale partecipa direttamente all'attività internazionale contro la droga.

Parte II

Strategie antidroga

- L'idea che il nuovo mercato unico richiedesse un livello elevato di coordinamento ha determinato la messa a punto di piani d'azione europei contro la droga e per sostenerli si è ritenuto essenziale istituire un centro europeo di informazione sulle droghe.

- L'entrata in vigore del Trattato sull'Unione europea, nel 1993, ha offerto l'occasione per adottare un approccio completamente integrato, con la stesura di un nuovo piano per il periodo 1995-1999.
- L'Unione europea può affrontare il problema della droga principalmente su due piani: innanzitutto, nell'ambito di quelle politiche in cui le istituzioni comunitarie sono autorizzate a rappresentare gli Stati membri e in secondo luogo mediante la cooperazione tra Stati membri. Il primo caso si riferisce ai settori della sanità pubblica, del riciclaggio di denaro e del dirottamento di precursori chimici; nel secondo caso, si tratta di azioni in materia di politica estera e di sicurezza, e di giustizia e affari interni.

- Nel 1995 l'UE ha speso 27,9 milioni di ECU per azioni di lotta contro la droga, di cui circa metà all'interno dell'Unione e metà all'esterno.
-
- In entrambe le riunioni che ha tenuto nel 1995, il Consiglio europeo ha affrontato il problema della droga, confermandone la rilevanza. Le iniziative prese in tale anno hanno consentito progressi significativi nel coordinamento e nella cooperazione tra i funzionari di polizia e hanno inserito la lotta alla droga nell'ordine del giorno dei convegni internazionali cui ha partecipato la Comunità.

5 Epidemiologia

- Delle informazioni epidemiologiche di sufficiente qualità e pertinenza, consentono ai responsabili delle politiche di monitorare l'impatto dei loro interventi, di individuare esigenze non soddisfatte e fattori di rischio, di valutare l'economicità di modi alternativi di rispondere a tali esigenze e di provvedere di conseguenza allo stanziamento di risorse.
- L'applicazione dell'epidemiologia al consumo illecito di droga è relativamente recente; la complessità dell'analisi è ulteriormente accresciuta dalla necessità di valutare l'abuso di droga a livello europeo, in quanto i dati dei vari Stati membri devono essere compatibili.
- I dati più utilizzati per la valutazione del

richieste di cure, decessi per droga, arresti, sequestri di droga e indagini nei nuclei familiari e nelle scuole.

- Le indagini sono lo strumento principale per valutare la portata del consumo di droga tra la popolazione. Le indagini periodiche più comuni prendono come campioni di riferimento la popolazione generica e gli studenti, ma poiché gli Stati membri utilizzano metodologie differenti i dati non sono comparabili.

Parte III

Fonti di informazione

- Per valutare la diffusione di modelli di consumo di droga più pesanti, più problematici e meno comuni, di solito è necessario adottare metodi alternativi per l'analisi delle popolazioni occulte.

- La ripetizione di studi o indagini è un metodo efficace per verificare le tendenze

rivelate anche servendosi di vari indicatori indiretti basati su dati di routine provenienti dai centri di assistenza sociale o dalle forze di polizia.

- E' in via di miglioramento la qualità dei dati basati su servizi o casi connessi con la tossicologia, quali trattamento o morbilità; in generale le indagini sono di buona qualità, ma di utilità limitata come strumenti di monitoraggio delle tendenze, perché in genere non vengono ripetute regolarmente e non è facile raggruppare o confrontare i risultati.
- Spesso sono disponibili dati basati sui ricoveri ospedalieri. Per quanto concerne le malattie connesse al consumo di droghe, le informazioni più complete sono quelle sull'AIDS. Per la raccolta di dati sui decessi per droga vengono utilizzati criteri e definizioni diversi.
- Nella maggior parte degli Stati membri i dati provenienti dalle autorità giudiziarie e di polizia sono accessibili nell'ambito del sistema generale di raccolta delle informazioni; tuttavia, le differenze tra i sistemi giudiziari penali ne impediscono la comparabilità.
- Benché la compatibilità dei dati tra i paesi dell'UE sia molto limitata, è possibile individuare alcuni nuclei utilizzabili come punti di partenza per promuovere una maggiore compatibilità in termini di indicatori e di Stati membri.
- Attraverso l'analisi di analogie e differenze di significati nelle diverse nazioni si potrebbe arrivare a stabilire di comune accordo le aree in cui è possibile migliorare la compatibilità, sempre nei limiti derivanti dalle differenze esistenti in fatto di politiche, leggi e metodi terapeutici.
- Il passo successivo sarebbe la selezione di

messa a punto di protocolli analoghi a quello del Gruppo Pompidou sulla domanda di trattamento.

6 Riduzione della domanda

- La realizzazione di uno studio generale è ostacolata dalla mancanza di un'opinione concorde sul significato di "riduzione della domanda". I confini tra prevenzione primaria, prevenzione secondaria e trattamento sono poco chiari e soggetti a diverse interpretazioni. Questa stessa terminologia non è universalmente accettata. Un compito prioritario dell'Osservatorio consiste proprio nel superare questi ostacoli.
- Le informazioni sui programmi di riduzione della domanda sono di difficile accesso. In molti casi i programmi coinvolgono le autorità e le organizzazioni più disparate e sono di carattere prettamente locale, piuttosto che organizzati su base nazionale, per cui si riduce lo stimolo a produrre una documentazione adeguata a livello nazionale.
- I programmi scolastici sembrano essere la forma meglio documentata di prevenzione primaria del consumo di droghe. Solo per questo tipo di iniziative e per i programmi di prevenzione generale sono più di dieci gli Stati membri che dichiarano di disporre di dati centralizzati. In tutti gli altri casi, sono al massimo sei i paesi dove le informazioni sono centralizzate presso il punto focale nazionale.
- Solo cinque Stati membri hanno dichiarato di disporre di informazioni sui programmi terapeutici, ma questa cifra così bassa può dipendere da una certa confusione in merito alla categoria. Nove Stati membri dispongono di informazioni sui programmi

- Per la maggior parte, gli Stati membri hanno accesso a una o più basi di dati sui programmi di riduzione della domanda o ne stanno realizzando una propria. L'applicazione sistematica di criteri di qualità prima di inserire nuove informazioni nelle basi di dati sembra poco diffusa, ma alcuni paesi stanno prendendo misure per porre rimedio alla situazione.
- Le tecnologie utilizzate per la trasmissione delle informazioni ai punti focali sono relativamente rudimentali. Per lo più, i punti focali ricevono informazioni esclusivamente su supporto cartaceo.
- Le valutazioni affidabili degli effetti dei programmi di riduzione della domanda sono poche. I pianificatori e i finanziatori dei programmi devono essere incoraggiati a prevedere una fase di valutazione.
- E' raro che le informazioni relative a diversi programmi o paesi vengano presentate in un formato comune, che consenta un confronto tra i vari approcci.
- Il miglioramento della raccolta di informazioni richiede sistemi più avanzati di trasmissione dei dati, mentre per una maggiore comparabilità è necessario un consenso sulla terminologia utilizzata.

livello internazionale

- I sei principali partner internazionali dell'OEDT sono PNUCID, Gruppo Pompidou, OMS, Interpol, Europol e Organizzazione doganale mondiale.
- Queste organizzazioni dispongono di alcuni dei sistemi informativi più vasti e tecnologicamente più avanzati del mondo in merito a diversi aspetti dell'abuso di stupefacenti, che potrebbero fungere da punti di partenza per migliorare la qualità e la comparabilità delle informazioni epidemiologiche nell'Unione europea.
- Tuttavia, date le notevoli differenze tra i sistemi di raccolta e di analisi dei dati e lo scarso sviluppo delle reciproche interfacce, la possibilità di integrarli in un quadro europeo generale è limitata.
- In parte, il problema è dovuto alle diverse sfere di competenza delle organizzazioni, che per la maggior parte si limitano alle droghe illegali, benché in alcuni casi queste ultime vengano considerate nel contesto del consumo di sostanze in generale e della sanità.
- Invece di creare un ulteriore sistema per la collazione dei rapporti nazionali, l'OEDT potrebbe contribuire al meglio favorendo una partecipazione maggiore e più uniforme

degli Stati membri ai sistemi internazionali già esistenti.

7

Scambi tra livello nazionale e

Parte IV

Strutture di Informazione

8

Punti Focali Nazionali

- I punti focali sono i centri chiave per la raccolta e lo scambio di informazioni delle

le tossicodipendenze (REITOX), creata a sostegno dell'attività dell'OEDT.

- I punti focali sono quasi tutti centri

riguarda il ruolo specifico di punto focale, si stanno ancora mettendo a punto le strutture e le funzioni adeguate per rispondere alle esigenze emergenti.

- Tuttavia, è opinione concorde che essere punto focale significhi innanzitutto coordinare le proprie reti nazionali d'informazione per soddisfare l'esigenza dell'OEDT di disporre di un nucleo fondamentale di dati, di rapporti annuali nazionali sulla droga e di reti nazionali d'informazione.
- Le reti nazionali che devono sostenere i punti focali sono diverse e si trovano in fasi di sviluppo differenti. La maggior parte di esse dipendono da un ristretto numero di partner chiave.
- I punti focali che si trovano all'esterno delle amministrazioni nazionali e/o che ricevono dati prevalentemente in forma aggregata sono meno suscettibili di influenzare la qualità, la presentazione e la compatibilità transnazionale delle informazioni che gestiscono.
- I punti focali nazionali possono valorizzare le iniziative europee nel campo della droga contribuendo ad aumentare la compatibilità e la comparabilità delle informazioni a livello europeo, armonizzando le procedure di raccolta, memorizzazione, elaborazione e diffusione dei dati.
- Presumibilmente i punti focali sono ormai ad uno stadio di sviluppo in cui è fondamentale che Stati membri e OEDT concordino i rispettivi ruoli e competenze e stabiliscano le modalità dei finanziamenti europei e nazionali.

europea dispone almeno di un abbozzo di centro di documentazione specializzato in materia di droghe.

- La natura, le dimensioni e la portata dei centri sono molto diverse. Alcuni paesi dispongono di servizi ben sviluppati e consolidati, ma parecchi sono ancora agli inizi.
- Nell'insieme, la trattazione della materia è sufficiente per fornire un servizio completo di documentazione sulle droghe e le tossicodipendenze a livello europeo.
- L'accesso elettronico alle informazioni è limitato ad una minoranza di Stati membri.
- Attualmente le risorse e i livelli in fatto di tecnologia della comunicazione, professionalità e standardizzazione sono al di sotto di quelli necessari per creare e sostenere una rete di documentazione efficace di portata europea.
- Le iniziative a livello europeo potrebbero liberare delle risorse, riducendo le sovrapposizioni, e migliorare i servizi incoraggiando la standardizzazione e il collegamento in rete dei centri di documentazione in tutta l'Unione europea.
- L'OEDT potrebbe fungere da "stanza di compensazione" europea per le informazioni su programmi di ricerca e iniziative concernenti il fenomeno della droga, in collaborazione con la Commissione europea e le reti e i centri di cooperazione per la ricerca.

9

Centri di Documentazione

- Ogni Stato membro dell'Unione

