



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

IT

ISSN 2314-9116

Relazione europea sulla droga

Tendenze e sviluppi

2015



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

Relazione europea sulla droga

Tendenze e sviluppi

2015

| Avvertenza

Questa pubblicazione dell'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA) è protetta da copyright. L'EMCDDA declina ogni responsabilità, reale o presunta, per l'uso che venga fatto delle informazioni contenute nel presente documento. Il contenuto della presente pubblicazione non rispecchia necessariamente il parere ufficiale dei partner dell'EMCDDA, degli Stati membri dell'Unione europea o di qualsiasi istituzione o agenzia dell'Unione europea.

Europe Direct è un servizio a vostra disposizione per aiutarvi a trovare le risposte ai vostri interrogativi sull'Unione europea

Numero verde unico (*): 00 800 6 7 8 9 10 11

(* Le informazioni sono fornite gratuitamente e le chiamate sono nella maggior parte dei casi gratuite (con alcuni operatori e in alcuni alberghi e cabine telefoniche il servizio potrebbe essere a pagamento).

Numerose altre informazioni sull'Unione europea sono disponibili su Internet consultando il portale Europa (<http://europa.eu>).

La presente relazione è disponibile in bulgaro, spagnolo, ceco, danese, tedesco, estone, greco, inglese, francese, croato, italiano, lettone, lituano, ungherese, olandese, polacco, portoghese, rumeno, slovacco, sloveno, finlandese, svedese, turco e norvegese. Tutte le traduzioni sono state effettuate dal Centro di traduzione degli organismi dell'Unione europea.

Lussemburgo: Ufficio delle pubblicazioni dell'Unione europea, 2015

ISBN 978-92-9168-803-6
doi:10.2810/371058

© Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2015
Riproduzione autorizzata con citazione della fonte.

Printed in Spain

STAMPATO SU CARTA SBIANCATA SENZA CLORO ELEMENTARE (ECF)



Osservatorio europeo delle
droghe e delle tossicodipendenze

Praça Europa 1, Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portogallo
Tel. +351 211210200
info@emcdda.europa.eu | www.emcdda.europa.eu
twitter.com/emcdda | facebook.com/emcdda

| Indice

5	Prefazione
9	Introduzione e ringraziamenti
11	SINTESI Dinamica del mercato della droga in Europa: influenze globali e differenze locali
19	CAPITOLO 1 L'offerta di droga e il mercato
39	CAPITOLO 2 Consumo di droga e problemi correlati
61	CAPITOLO 3 Risposta sociale e sanitaria ai problemi della droga
75	ALLEGATO Tabelle di dati nazionali

| Prefazione

Siamo orgogliosi di presentare la 20ª analisi annuale sulla situazione della droga in Europa, costituita dalla relazione europea sulla droga (EDR) 2015.

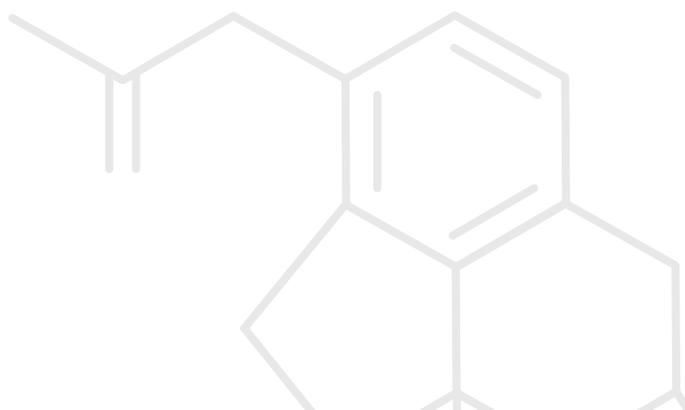
Quest'anno, la relazione "Tendenze e sviluppi" contiene una panoramica esaustiva del problema della tossicodipendenza in Europa e delle misure adottate per contrastarlo ed è al centro della serie di prodotti interconnessi comprendente il pacchetto EDR. Basata su dati europei e nazionali, presenta indicazioni di alto livello su tendenze, risposte e politiche chiave, oltre ad analisi approfondite di temi d'attualità. Il pacchetto include analisi completamente nuove sugli interventi psicosociali, le strutture per il consumo di droghe, l'abuso di benzodiazepine e le rotte del traffico di eroina.

Tuttavia, il pacchetto informativo multimediale integrato che costituisce oggi l'EDR, appare in contrasto con la relazione annuale dell'EMCDDA sulla situazione della droga, pubblicata nel 1996. Vent'anni fa, l'istituzione di sistemi di sorveglianza armonizzati tra i quindici Stati membri dell'UE dev'essere parsa una sfida sconcertante per l'EMCDDA. Pertanto, il fatto che i primi meccanismi di monitoraggio istituiti nel 1995 siano attualmente divenuti un sistema europeo che comprende 30 paesi, riconosciuto a livello globale, rappresenta un risultato impressionante.

Oltre a ritenere che l'EMCDDA abbia offerto un prezioso contributo ai progressi compiuti, riconosciamo anche che il nostro lavoro dipende dalla stretta collaborazione con i nostri partner. Fondamentalmente, l'analisi europea qui presentata è possibile perché gli Stati membri hanno investito nello sviluppo di solidi sistemi nazionali d'informazione sulle droghe.

La presente relazione si basa su dati raccolti dalla rete Reitox dei Punti Focali azionali, che collabora strettamente con esperti nazionali. L'analisi si avvale inoltre della collaborazione costante dei nostri partner europei: la Commissione europea, l'Europol, l'Agenzia europea per i medicinali e il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie. Desideriamo inoltre riconoscere il contributo di numerosi gruppi di ricerca e iniziative europei, senza i quali la nostra relazione sarebbe stata di gran lunga meno ricca.

Negli ultimi 20 anni la nostra Relazione è cambiata al punto da divenire irriconoscibile, ma sono mutate anche la portata e la natura del problema europeo della droga. Quando l'agenzia è stata istituita, l'Europa si trovava nel mezzo di una "epidemia" di eroina e l'esigenza di ridurre la trasmissione dell'HIV e dei decessi causati dall'AIDS erano i principali fattori trainanti della politica in materia di droga. Oggi, sia il consumo di eroina sia i problemi legati all'HIV rimangono d'importanza centrale per la nostra attività di segnalazione, ma si inseriscono in un contesto più ottimistico in termini di sviluppi e, più informato in termini di risposte efficaci della sanità pubblica. Tuttavia, il problema ora è molto più complesso, come dimostra il fatto che molte delle sostanze trattate nella presente relazione fossero praticamente sconosciute in Europa quando l'agenzia è stata istituita.



Oggi, i mercati europei delle droghe continuano a cambiare e ad evolversi rapidamente: nel 2014, ad esempio, sono state individuate più di cento nuove sostanze psicoattive e sono state condotte valutazioni dei rischi su sei nuove droghe — entrambe queste cifre rappresentano dei record. Per mantenere il passo con questi cambiamenti e garantire che l'analisi svolta sia informata sui nuovi sviluppi, l'EMCDDA continua a collaborare strettamente con ricercatori e professionisti del settore. In qualità di agenzia, abbiamo sempre riconosciuto l'importanza di fornire informazioni valide, tempestive e pertinenti alle nostre politiche. Confermiamo l'impegno di perseguire quest'obiettivo e di garantire che, indipendentemente dal tipo di problema da affrontare in materia di droghe, le risposte dell'Europa saranno sostenute da un sistema d'informazione sempre produttivo, pertinente e adeguato allo scopo.

João Goulão

Presidente del Consiglio di Amministrazione dell'EMCDDA

Wolfgang Götz

Direttore dell'EMCDDA

Introduzione e ringraziamenti

La presente relazione si basa sulle informazioni fornite all'EMCDDA dagli Stati membri dell'UE, dalla Turchia (paese candidato) e dalla Norvegia, sotto forma di relazioni nazionali.

Il suo obiettivo è fornire una panoramica e una sintesi della situazione europea nell'ambito della droga e le relative risposte. I dati statistici riportati si riferiscono al 2013 (o comunque all'anno più recente per il quale sono disponibili dati). L'analisi delle tendenze si basa solo su quei paesi che forniscono una quantità di dati sufficiente a descrivere i cambiamenti avvenuti durante il periodo specificato. Inoltre, il lettore deve tenere presente che monitorare i modelli e le tendenze di un comportamento nascosto e stigmatizzato, come il consumo di droghe, è un compito impegnativo, dal punto di vista pratico e metodologico. Perciò, ai fini dell'analisi della presente relazione, si è fatto ricorso a svariate fonti di dati. Benché si possano notare miglioramenti considerevoli, sia a livello nazionale sia per quanto riguarda i possibili risultati derivanti da un'analisi di portata europea, bisogna riconoscere le difficoltà metodologiche di questo settore. Occorre pertanto cautela nell'interpretazione dei dati, soprattutto quando si mettono a confronto i paesi in merito a ogni singola misura. Le avvertenze e le caratteristiche dei dati si possono reperire nella versione online della presente relazione e nel bollettino statistico, che contiene informazioni dettagliate su metodologia, caratteristiche dell'analisi e osservazioni sui limiti delle informazioni disponibili. Sono presenti inoltre informazioni sui metodi e sui dati impiegati per le stime a livello europeo, dove è possibile che siano state effettuate interpolazioni.

L'EMCDDA desidera ringraziare per il loro contributo alla pubblicazione della relazione:

- | i capi e il personale dei Punti Focali Nazionali Reitox;
- | i servizi e gli esperti di ogni Stato membro che si sono occupati della raccolta dei dati grezzi da usare per la relazione;
- | i membri del Consiglio di Amministrazione e del comitato scientifico dell'EMCDDA;
- | il Parlamento europeo, il Consiglio dell'Unione europea — in particolare il gruppo orizzontale "Droga" — e la Commissione europea;
- | il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), l'Agenzia europea per i medicinali (EMA) e l'Europol;
- | il gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, l'ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, l'ufficio regionale dell'OMS per l'Europa, l'Interpol, l'Organizzazione mondiale delle dogane, il progetto europeo di indagini scolastiche sull'alcol e altre droghe (ESPAD), il Sewage Analysis CORE Group Europe (SCORE) (Gruppo ristretto per l'analisi delle acque di scarico in Europa) e il consiglio svedese di informazione su alcol e altre droghe (CAN);
- | il Centro di traduzione degli organismi dell'Unione europea, Missing Element Designers, Nigel Hawtin e Composiciones Rali.

Punti Focali Nazionali Reitox

Reitox è la rete informativa europea sulle droghe e sulle tossicodipendenze. La rete è costituita da punti focali nazionali dislocati negli Stati membri dell'Unione europea, in Turchia (paese candidato), in Norvegia e presso la Commissione europea. I punti focali, di cui sono responsabili i rispettivi governi, sono le autorità nazionali che forniscono all'EMCDDA informazioni relative alle droghe. I recapiti per contattare i punti focali nazionali sono disponibili sul sito web dell'EMCDDA.

Sintesi

**Nell'analisi di quest'anno è evidente
quanto siano importanti i fattori
globali per l'offerta di droga
e i dibattiti politici**

Dinamica del mercato della droga in Europa: influenze globali e differenze locali

Le principali conclusioni dell'ultima analisi dell'EMCDDA sul problema della droga in Europa indicano una situazione in cui permangono modelli e tendenze a lungo termine, ma stanno emergendo nuovi sviluppi per quanto concerne i modelli di consumo e le risposte al problema. Nell'analisi di quest'anno è evidente quanto siano importanti i fattori globali per l'offerta di droga e i dibattiti politici, mentre sia i modelli di consumo sia le risposte a livello locale sono all'avanguardia delle nuove tendenze. Sta diventando più difficile definire il confine tra le categorie di mercato delle "vecchie" e nuove droghe, e così come le nuove droghe imitano sempre più spesso tipi di sostanze note, le iniziative in risposta alle nuove droghe possono rispecchiare quelle in risposta ai problemi causati dagli stupefacenti noti.

La cannabis al centro dell'attenzione

Mentre le iniziative in atto nel continente americano per regolamentare la vendita della cannabis e dei prodotti a base di cannabis stanno generando interesse e dibattiti a livello internazionale, in Europa la discussione sulla cannabis rimane ampiamente concentrata sui potenziali costi sanitari associati a questa droga. I nuovi dati sottolineano l'importanza del ruolo svolto dalla cannabis nelle statistiche sulla criminalità correlata alla droga, in cui l'80 % dei sequestri riguarda la cannabis, mentre il suo consumo o possesso per uso personale è all'origine di più del 60 % di tutte le segnalazioni di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti in Europa (cfr. figura). Inoltre, essendo aumentato il coinvolgimento della criminalità organizzata, la produzione e il traffico di questa droga sono considerati un settore di importanza crescente per le attività di contrasto. Esiste tuttavia una notevole differenza tra i paesi per quanto riguarda le prassi giudiziarie per i reati legati all'offerta di cannabis: gli esperti nazionali segnalano che un reato commesso per la prima volta e che sia legato all'offerta di un chilogrammo di cannabis può comportare pene che variano da meno di un anno fino a 10 anni di reclusione.

I nuovi dati indicano inoltre l'importanza crescente della cannabis nell'ambito dei sistemi di trattamento della tossicodipendenza, con un aumento del numero delle richieste di trattamento per problemi relativi a questa droga; aumento che deve essere compreso nel contesto dell'erogazione del servizio e della prassi di segnalazione. Per esempio, in alcuni paesi le segnalazioni da parte del sistema giudiziario penale riguardano un'elevata

percentuale dei pazienti in trattamento. I dati sono altresì influenzati dalle diverse definizioni e prassi nazionali relative a ciò che s'intende per trattamento di disturbi correlati alla cannabis, che possono variare da una breve seduta online fino all'assistenza residenziale. Anche la disponibilità di trattamento per i consumatori di cannabis sembra essere in via di mutamento, probabilmente a fronte di una maggiore sensibilizzazione sulla necessità dei servizi e, in alcuni paesi, di una capacità di trattamento che si sta rendendo disponibile grazie a un calo della domanda di servizi per altri tipi di stupefacenti. Per quanto riguarda i problemi legati alla cannabis, indipendentemente dal genere di trattamento gli elementi disponibili evidenziano l'utilità degli interventi psicosociali — questi approcci vengono esaminati in un'analisi che accompagna la presente relazione. Inoltre, dagli studi condotti negli ambienti di pronto soccorso emerge che sono in aumento i casi di gravi problemi di salute associati ai prodotti a base di cannabis ad alta potenza. Alla luce della maggiore disponibilità di tali prodotti, è chiaramente necessario migliorare il monitoraggio dei gravi problemi sanitari legati al consumo di questa droga.

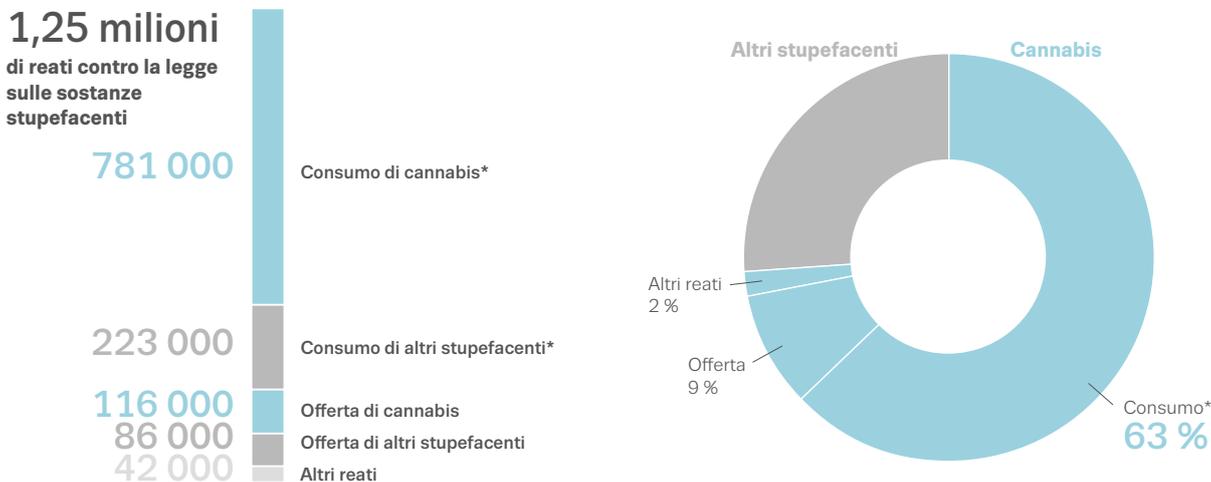
La concorrenza sul mercato determina la presenza di prodotti più forti?

Il ciclo di raccolta di dati di quest'anno ha riscontrato, nel medio e nel breve termine, un aumento della purezza e della potenza di tutte le sostanze stupefacenti più consumate in Europa. Ciò è probabilmente dovuto a motivi complessi, che sembrano comprendere sia l'innovazione tecnica sia la

concorrenza sul mercato. Nel caso della cannabis, laddove viene prodotta internamente, negli ultimi anni i prodotti in foglie ad alto tenore di THC hanno acquisito una crescente quota di mercato e, attualmente, i dati indicano un aumento della potenza della resina importata, probabilmente perché le prassi di produzione sono cambiate. L'innovazione nel mercato e l'aumento della purezza sono evidenti anche nel caso dell'MDMA. Dopo un periodo in cui le compresse vendute come "ecstasy" erano considerate dai consumatori prodotti di scarsa qualità e adulterati, come confermavano le prove forensi, ora l'MDMA in polvere e in compresse ad alta purezza è più diffusa. L'introduzione di MDMA ad alta purezza in polvere o in cristalli sembra una strategia deliberata per differenziare questa forma di MDMA e renderla più allettante per i consumatori. Analogamente, stanno comparando sul mercato compresse ad alto dosaggio con forme e loghi distinti, presumibilmente con lo stesso obiettivo. Lo scorso anno, l'EMCDDA e l'Europol hanno lanciato un allarme per denunciare i rischi sanitari legati al consumo di MDMA ad altissima purezza. Inoltre, sono stati lanciati allarmi anche per quanto riguarda le compresse vendute come ecstasy che invece contenevano PMMA, talvolta in combinazione con MDMA. Le caratteristiche farmacologiche di questa droga la rendono particolarmente preoccupante dal punto di vista della salute pubblica.

Per quanto concerne l'MDMA e le sostanze sintetiche in generale, la qualità e l'offerta del prodotto dipendono in gran parte dalla disponibilità dei precursori chimici. L'innovazione è evidente anche in questo settore, specialmente per quanto riguarda le prassi di produzione, e lo si può constatare in relazione ai processi di sintesi chimica e all'elevata capacità

LA MAGGIOR PARTE DEI REATI CONTRO LA LEGGE SULLE SOSTANZE STUPEFACENTI RIGUARDA LA CANNABIS



* Il "consumo" comprende reati connessi al consumo e alla detenzione di droga per uso personale.

di alcuni siti di produzione recentemente individuati. Si è anche ipotizzato che, in alcuni paesi, la disponibilità di nuove sostanze psicoattive possa avere una certa influenza. Per esempio, la disponibilità di catinoni e cannabinoidi sintetici di alta qualità è stata talvolta segnalata in concorrenza diretta agli stupefacenti noti di scarsa qualità e relativamente più costosi.

Cambiamenti nel mercato europeo dell'eroina

I problemi relativi all'eroina sono tuttora all'origine di una vasta quota dei costi sanitari e sociali legati alla droga in Europa, nonostante le recenti tendenze in questo settore siano relativamente positive. I dati recenti continuano a mostrare un calo della richiesta di trattamento e dei danni correlati all'eroina, ma alcuni indicatori di mercato destano preoccupazione. Le stime dell'ONU indicano un incremento sostanziale della produzione di oppio in Afghanistan, il paese da cui proviene la maggior parte dell'eroina consumata in Europa. È dunque possibile che si verifichi un potenziale effetto domino in merito alla disponibilità ed è preoccupante che, secondo le stime, sia in aumento la purezza di eroina disponibile in Europa. Secondo dati recenti, in alcuni paesi in cui è stato riscontrato un aumento della purezza è cresciuto anche il numero di decessi per overdose. Non è chiaro se questi aumenti siano collegati tra loro, ma la questione giustifica l'attenzione della ricerca. La natura clandestina del mercato delle droghe implica un'estrema cautela nell'analisi delle sue dinamiche. Nondimeno, emergono segnali di innovazione nell'offerta di eroina sui mercati europei e non è da escludere una ripresa di questa droga. Tra questi segnali di cambiamento figurano l'individuazione di laboratori di eroina in Europa (che in precedenza non erano stati rilevati) e le prove di un adeguamento delle rotte del traffico di eroina e del modus operandi dei gruppi criminali. Il transito di eroina dal Pakistan e dall'Afghanistan in Europa, attraverso l'Africa, continua a destare preoccupazione. I dati relativi ai sequestri evidenziano nettamente il ruolo svolto dalla Turchia come "porta" geografica per le droghe provenienti dall'Unione europea e ad essa dirette, mentre i sequestri di eroina avvenuti in tale paese si sono parzialmente ripresi rispetto al dato minimo registrato nel 2011. Questi temi vengono trattati in un'analisi sul traffico di eroina che accompagna la presente relazione.

I clienti più anziani comportano nuove sfide per i servizi

Ogni potenziale aumento della disponibilità di eroina va considerato nel contesto del ristagno generale della

domanda di questa tipologia di droga, dovuto in gran parte a un declino delle iniziazioni al consumo di eroina e al fatto che molte persone con problemi di eroina si sono sottoposte a trattamento. Oltre ai vantaggi terapeutici offerti dal trattamento, è probabile che il tasso generalmente elevato di copertura in Europa, stimato al 50 % dei casi o più, renda l'Unione europea un mercato più piccolo e potenzialmente meno interessante per chi fornisce questa droga. La dipendenza da eroina è una condizione cronica e le precedenti previsioni, secondo cui i servizi avrebbero dovuto adeguarsi alle esigenze di una coorte di consumatori meno giovane, sono suffragate dall'analisi riportata nella presente relazione. Pertanto, fornire una risposta adeguata a questo gruppo in termini sociali e sanitari rappresenta una sfida crescente per i servizi riguardanti le tossicodipendenze. Le risposte in tal senso sono ostacolate dai problemi incontrati da questa coorte in relazione al consumo prolungato di altre sostanze, tra cui il tabacco e l'alcol. Benché sia meno documentato, l'abuso di benzodiazepine presso i consumatori di stupefacenti ad alto rischio viene trattato in una nuova analisi che accompagna la presente relazione. L'abuso di benzodiazepine in combinazione con oppiacei è associato a un rischio elevato di overdose. L'elaborazione di risposte efficaci per ridurre i decessi per overdose resta una sfida politica fondamentale in Europa. Gli sviluppi del settore comprendono l'introduzione di strategie mirate, la realizzazione di programmi di distribuzione di naloxone e di iniziative di prevenzione per gruppi ad alto rischio. Alcuni paesi dispongono di una prassi consolidata che prevede "camere di consumo controllato", con l'intenzione di occuparsi dei consumatori di droga difficili da raggiungere e di ridurre i danni correlati agli stupefacenti, compresi i decessi per overdose. Un'analisi dei servizi offerti in queste strutture accompagna la presente relazione.

Storicamente, uno dei fattori determinanti delle politiche e delle risposte in materia di droga per quanto riguarda l'eroina, in particolare per l'assunzione per via parenterale, è stata l'esigenza di ridurre i comportamenti a rischio e la trasmissione dell'HIV. Le recenti epidemie e la situazione in alcuni paesi europei sottolineano la necessità di vigilare costantemente e garantire che i livelli dei servizi siano adeguati. Nondimeno, il quadro a lungo termine mostra un chiaro miglioramento generale e illustra l'impatto che può produrre l'erogazione di servizi di qualità elevata, un aspetto attinente agli sforzi profusi per far fronte ai tassi relativamente alti di epatite C tuttora riscontrati presso i consumatori di stupefacenti per via parenterale. In quest'ambito si stanno rendendo disponibili trattamenti nuovi ed efficaci, benché i costi siano elevati. Tuttavia, l'EMCDDA osserva che in alcuni paesi, anche grazie al sostegno a livello europeo, si sta cercando di migliorare la situazione.

La combinazione di comportamenti a rischio relativi alle abitudini sessuali e al consumo di droga: una questione sempre più preoccupante

Spesso le analisi situazionali qui presentate si concentrano sui confronti tra diversi paesi. È importante ricordare, tuttavia, che alcuni comportamenti rischiosi relativi al consumo di droga sono legati a fattori socio-culturali che non sono necessariamente caratteristici di un determinato paese. Ne sono un esempio alcune grandi città europee, dove ci si preoccupa per la diffusione del consumo di stimolanti per via parenterale presso piccoli gruppi di uomini omosessuali. Le pratiche che prevedono il cosiddetto "slamming" (ossia l'assunzione per via parenterale) di metamfetamina, catinoni e altre sostanze nel contesto dei "chem sex party" comportano conseguenze per la trasmissione dell'HIV e per i servizi di salute sessuale ed evidenziano la necessità di fornire risposte sistematiche in questo settore. Il fenomeno contrasta con la generale tendenza europea del consumo di droga per via parenterale, in calo presso la maggior parte delle popolazioni, e sottolinea l'esigenza generale di rivolgere maggiore attenzione al nesso tra le droghe e i comportamenti sessuali a rischio.

Internet e le app: i mercati emergenti delle droghe virtuali

Per quanto riguarda gli sviluppi in altri ambiti, emerge una tendenza crescente per i servizi relativi alle droghe e alla salute sessuale ad utilizzare Internet e le app come piattaforme per l'erogazione delle prestazioni. La fornitura di informazioni su droghe, programmi di prevenzione e servizi di assistenza si stanno trasferendo, in varia misura, da spazi fisici ad ambienti virtuali. Su questa falsariga, oggi molti programmi di trattamento della tossicodipendenza vengono messi a disposizione online, in modo da aumentarne l'accessibilità sia per i gruppi di nuovi destinatari sia per quelli già esistenti.

Sta aumentando anche la sensibilizzazione sul ruolo potenziale di Internet nell'offerta e nel commercio della droga. Sia le nuove sostanze psicoattive sia le droghe tradizionali vengono vendute sul web e nel deep web, benché non sia noto in che misura ciò avvenga. Considerando che nella maggior parte degli altri ambiti commerciali l'attività dei consumatori si sta spostando dai mercati fisici a quelli online, i mercati virtuali delle droghe possono diventare un settore importante su cui concentrare in futuro la nostra attività di monitoraggio, oltre ad essere probabilmente anche un settore decisivo per le politiche di controllo degli stupefacenti, dal momento che possono verificarsi rapidamente dei

cambiamenti quali l'introduzione di nuovi mercati e criptovalute. Sarà necessario adeguare i modelli normativi esistenti a un contesto globale e virtuale.

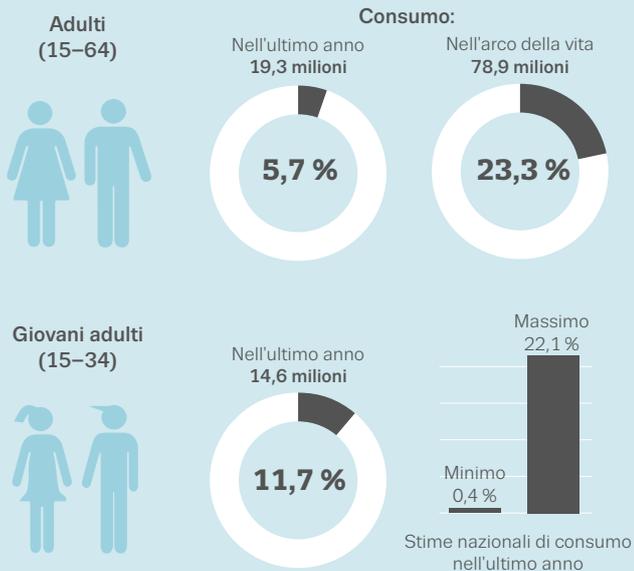
Prevalenza di nuove sostanze psicoattive: occorre migliorare le nostre conoscenze

Internet è stata anche un importante fattore di traino per lo sviluppo del mercato delle nuove sostanze psicoattive, sia direttamente - attraverso i negozi online - sia indirettamente, consentendo ai produttori di accedere facilmente ai dati farmaceutici e di ricerca, e offrendo ai potenziali consumatori un forum per lo scambio d'informazioni. In breve tempo la preoccupazione da parte del pubblico e della politica per il consumo di nuove sostanze psicoattive è cresciuta considerevolmente, ma le nostre conoscenze sul livello di consumo e sui relativi danni non hanno tenuto il passo con gli sviluppi. Questa situazione sta cominciando a cambiare, perché più di un paese sta cercando di valutare la prevalenza del consumo di tali sostanze. Effettuare stime in questo campo è impegnativo per ragioni metodologiche; finora le stime nazionali sono risultate difficili da confrontare. Tuttavia sono disponibili alcuni dati comparabili. Il recente Eurobarometro Flash sui giovani e le droghe, pur presentando limiti metodologici come strumento di stima della prevalenza, fornisce dati provenienti da tutti gli Stati membri dell'UE servendosi di un questionario standardizzato. Gli esiti dello studio indicherebbero che, nella maggior parte dei paesi, il consumo delle nuove sostanze psicoattive nell'arco della vita è rimasto a livelli bassi tra i giovani.

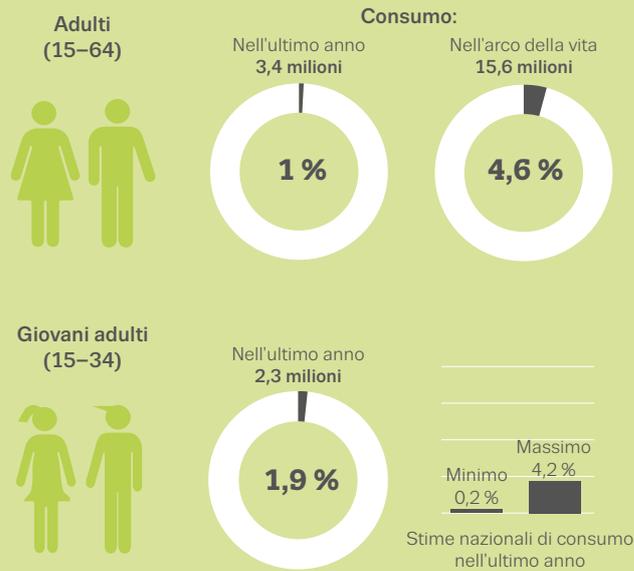
Altri studi che oggi si stanno rendendo disponibili forniscono informazioni su modalità particolari di consumo delle nuove sostanze psicoattive. Benché non si possano considerare rappresentativi, questi studi mostrano che il consumo delle nuove sostanze psicoattive avviene presso gruppi diversificati quali studenti, frequentatori di feste, psiconautidetenuti e consumatori di droghe per via parenterale. Si dispone di conoscenze sempre maggiori sui motivi alla base di tale consumo, che anche in questo caso sono vari e comprendono fattori quali lo status giuridico, la disponibilità e i costi, nonché il desiderio di non essere scoperti e le preferenze del consumatore per particolari proprietà farmacologiche. Vi è inoltre ragione di pensare che le nuove sostanze psicoattive siano servite come sostituti sul mercato in tempi di bassa disponibilità e scarsa qualità delle sostanze illecite note. Per esempio, la popolarità del mefedrone in alcuni paesi all'inizio di questo decennio è stata attribuita in parte alla scarsa qualità di stimolanti illeciti quali l'MDMA e la cocaina. Sarà interessante vedere se gli aumenti attualmente osservati

IN BREVE — STIME DEL CONSUMO DI DROGHE NELL'UNIONE EUROPEA

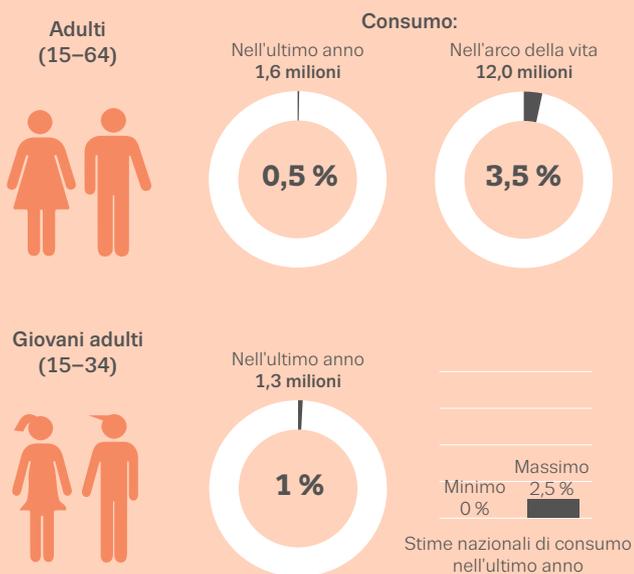
Cannabis



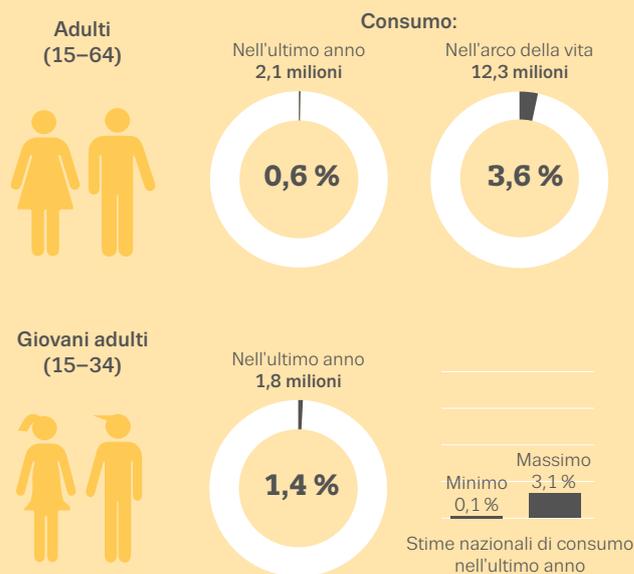
Cocaina



Amfetamine



Ecstasy

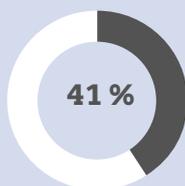


Oppiacei



Richieste di trattamento della tossicodipendenza

Principale sostanza stupefacente nel 41% circa delle richieste di trattamento della tossicodipendenza nell'Unione europea

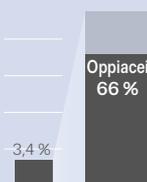


Trattamento

700 000 consumatori di oppiacei si sono sottoposti alla terapia sostitutiva nel 2013

Decessi

Il 3,4% di tutti i decessi di cittadini europei di età compresa tra 15 e 39 anni è dovuto a overdose da stupefacenti, nel 66% dei casi di overdose mortali si riscontra la presenza di oppiacei



NB: per la serie completa di dati e informazioni sulla metodologia cfr. il bollettino statistico online.

della potenza e del grado di purezza degli stupefacenti noti avranno o meno delle conseguenze per il consumo delle nuove sostanze psicoattive.

Continua a crescere il numero delle nuove sostanze psicoattive individuate sul mercato delle droghe

Mentre il consumo delle nuove sostanze psicoattive sembra complessivamente limitato, il ritmo con cui compaiono nuove droghe non si è ridotto. Le relazioni inviate al sistema di allerta rapido dell'UE indicano che la varietà e la quantità delle nuove sostanze psicoattive introdotte sul mercato europeo continuano ad aumentare. Nel 2014 sono state individuate per la prima volta 101 nuove sostanze psicoattive, ed è interessante notare come le nuove droghe immesse sul mercato, principalmente cannabinoidi sintetici, stimolanti, allucinogeni e oppiacei, rispecchino le sostanze note. Nella presente relazione, inoltre, l'EMCDDA fornisce nuovi dati sui sequestri di queste sostanze. È importante chiarire in questa sede che il metodo di raccolta dei dati differisce da quello impiegato per il regolare monitoraggio dei sequestri di droga e che le due serie di dati non sono direttamente comparabili.

Nel 2014 sono state condotte sei valutazioni di rischi, un numero senza precedenti che conferma quanto sia importante mantenere i riflettori puntati sulle sostanze che causano particolari danni. A ciò ha contribuito la maggiore disponibilità delle informazioni sia sui casi di ricoveri ospedalieri d'urgenza che in materia di tossicologia. Nonostante i miglioramenti registrati nel monitoraggio dei danni gravi correlati agli stupefacenti, la capacità ridotta in questo settore continua a limitare la nostra visione delle conseguenze per la salute pubblica legate non solo alle nuove sostanze psicoattive ma, più in generale, ai modelli contemporanei di consumo delle droghe.

La risposta sociale e sanitaria alle sfide poste dalle nuove droghe è emersa lentamente e in maniera frammentaria, ma ormai sta acquistando slancio. Questa risposta comprende una vasta gamma di iniziative che riflettono tutte le reazioni alle sostanze illecite note, dall'istruzione in materia di droghe alle attività di formazione, dagli interventi condotti da utenti su Internet a tutela dei consumatori ai programmi di scambio di aghi e siringhe basati su servizi di bassa soglia.

1

**L'Europa è un mercato importante
per le droghe, sostenuto sia dalla
produzione interna che dall'importazione
illecita di droghe da altre regioni**

L'offerta di droga e il mercato

Nel contesto globale, l'Europa è un mercato importante per le droghe, sostenuto sia dalla produzione interna che dall'importazione illecita di droghe da altre regioni. America Latina, Asia occidentale e Africa settentrionale sono importanti aree di approvvigionamento per le droghe che giungono in Europa, nonché per alcuni stupefacenti e precursori che transitano dall'Europa verso altri continenti. Anche l'Europa è una regione produttrice di cannabis e di droghe sintetiche, e la maggior parte della cannabis prodotta è destinata al consumo locale, mentre alcune droghe sintetiche vengono fabbricate per essere esportate in altre parti del mondo.

Monitoraggio dei mercati, dell'offerta e delle leggi in materia di droga

L'analisi riportata nel presente capitolo si basa su dati trasmessi riguardanti sequestri di droga, impianti di produzione smantellati, reati correlati alle sostanze stupefacenti, prezzi al dettaglio, purezza e potenza delle droghe. In alcuni settori, l'assenza dei dati di alcuni paesi relativi ai sequestri rende difficile l'analisi delle tendenze. Nella versione online del bollettino statistico è possibile trovare dati esaustivi e ampie note metodologiche. È opportuno notare che le tendenze possono essere influenzate da una serie di fattori tra cui i livelli di applicazione della legge e l'efficacia delle misure di interdizione.

Il capitolo riporta inoltre dati sui sequestri delle nuove sostanze psicoattive comunicati al sistema di allerta rapido dell'UE dai partner nazionali dell'EMCDDA e dell'Europol. Poiché queste informazioni sono tratte da segnalazioni di casi anziché da regolari sistemi di monitoraggio, queste stime rappresentano una statistica minima. I dati saranno influenzati da fattori quali la sensibilizzazione crescente su queste sostanze, il loro status giuridico mutevole e le prassi di segnalazione degli organismi preposti all'applicazione della legge. Una descrizione esaustiva del sistema di allerta rapido si può reperire sul sito dell'EMCDDA, alla pagina azione nel campo delle nuove droghe.

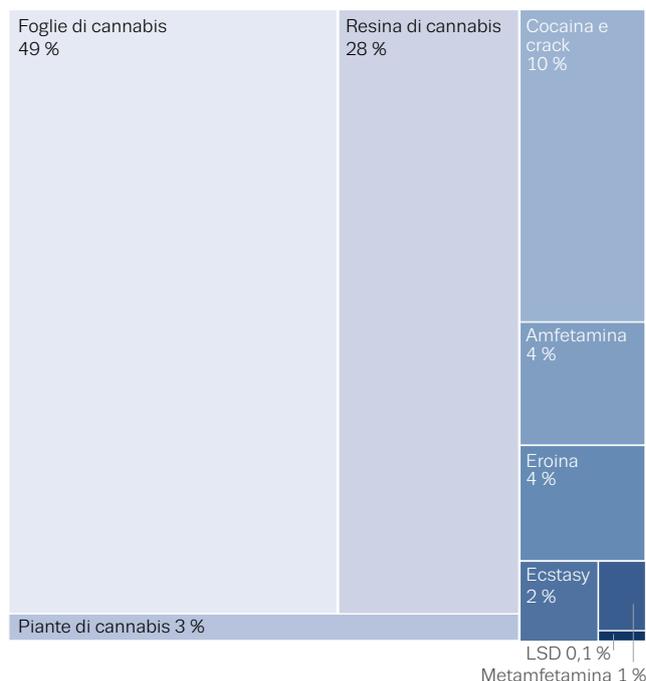
Nella banca dati giuridica europea sulle droghe sono disponibili dati esaustivi sulle leggi europee in materia di stupefacenti. L'applicazione di queste leggi viene monitorata attraverso le segnalazioni dei reati che le violano.

In molti paesi europei esistono dagli anni '70 e '80 mercati di dimensioni considerevoli per la cannabis, l'eroina e le amfetamine. Nel corso del tempo si sono affermate anche altre sostanze, tra cui l'MDMA negli anni '90 e la cocaina negli anni 2000. Il mercato continua ad evolversi e nell'ultimo decennio si è diffusa una vasta gamma di nuove sostanze psicoattive; anche la natura del mercato delle sostanze illecite è cambiata in seguito alla globalizzazione, alla tecnologia e a Internet. L'innovazione nella produzione della droga e nei metodi di traffico e la nascita di nuove rotte costituiscono ulteriori sfide.

Le misure volte a prevenire l'offerta delle droghe coinvolgono molti soggetti nell'ambito del governo e delle autorità di contrasto e spesso dipendono dalla cooperazione internazionale. Inoltre, la posizione adottata dai paesi si riflette nelle leggi nazionali sulla droga e i dati sugli arresti e sui sequestri rappresentano gli indicatori che meglio documentano gli sforzi per ridurre l'offerta di droga.

FIGURA 1.1

Percentuale di sequestri segnalati per le principali sostanze illecite (2013)



Sequestri di droga in Europa: domina la cannabis

Ogni anno in Europa si segnala all'incirca un milione di sequestri di sostanze illecite. Per la maggior parte si tratta di piccole quantità di droga confiscate ai consumatori, benché le partite di diversi chilogrammi di droga sequestrate a trafficanti e produttori rappresentino un'ampia percentuale della quantità complessiva di stupefacenti sequestrati.

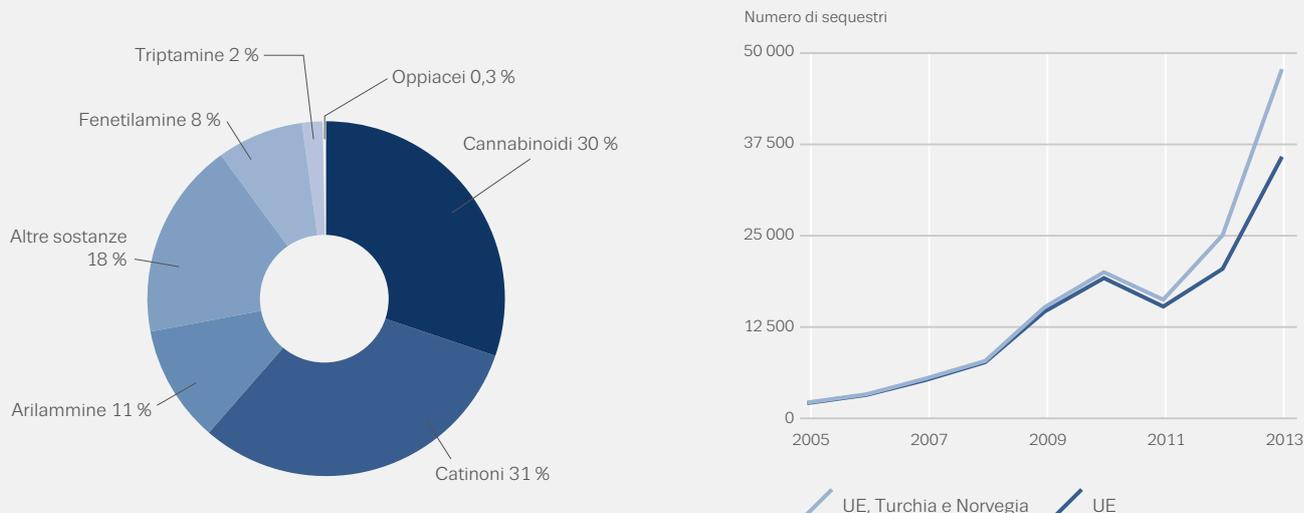
Con 8 sequestri su 10 in Europa, la cannabis è la sostanza che viene confiscata più frequentemente (figura 1.1), a dimostrazione della sua prevalenza relativamente alta in termini di consumo. Complessivamente la cocaina occupa il secondo posto, con oltre il doppio dei sequestri denunciati rispetto alle amfetamine o all'eroina. Il numero dei sequestri di ecstasy è relativamente basso.

Nel 2013 circa due terzi dei sequestri nell'Unione europea sono stati segnalati da due soli paesi, la Spagna e il Regno Unito, benché un numero di sequestri significativo sia stato denunciato anche da Belgio, Germania, Italia e quattro paesi nordici. Va notato che non sono disponibili dati recenti sul numero dei sequestri per la Francia e i Paesi Bassi — che in passato hanno segnalato un alto numero di sequestri — e per la Polonia. L'assenza di questi dati rende maggiormente incerta l'analisi qui presentata.

**Con 8 sequestri su 10 in Europa,
la cannabis è la sostanza
che viene confiscata
più frequentemente**

FIGURA 1.2

Numero di sequestri di nuove sostanze psicoattive notificate al sistema di allerta rapido dell'UE: disaggregazione per principale categoria di sostanza sequestrata nel 2013 (a sinistra) e tendenze (a destra)



Un altro paese importante per i sequestri di droga è la Turchia, dove parte della droga intercettata è destinata al consumo di altri paesi, sia in Europa sia in Medio Oriente.

Il capitolo riporta inoltre dati sul numero crescente di sequestri delle nuove sostanze psicoattive comunicato al sistema di allerta rapido dell'UE. Nel 2013 sono stati denunciati circa 35 000 sequestri, principalmente di cannabinoidi sintetici e catinoni (figura 1.2), una cifra che deve essere considerata una stima minima, data la mancanza di segnalazioni periodiche in questo settore. Occorre osservare che questi dati non sono direttamente comparabili a quelli su stupefacenti noti come la cannabis.

I prodotti a base di cannabis: un mercato diversificato

Nel mercato europeo della droga si trovano due prodotti principali della cannabis: foglie di cannabis (marijuana) e resina di cannabis (hashish). Le foglie di cannabis consumate in Europa sono coltivate internamente o importate da altri paesi. Gran parte della resina di cannabis viene importata via mare o per via aerea dal Marocco.

Nel 2009 il numero dei sequestri di foglie di cannabis in Europa ha superato quello dei sequestri di resina e il divario fra i due dati ha continuato ad aumentare (figura 1.3). Ciò è probabilmente dovuto, in larga misura, alla crescente disponibilità di foglie di cannabis prodotte internamente in molti paesi europei ed è confermato dall'aumento dei sequestri di piante di cannabis.

Nondimeno, la quantità di resina di cannabis sequestrata nell'Unione europea è assai più alta della quantità di foglie di cannabis (460 tonnellate contro 130 tonnellate). Questo dato si spiega in parte con il fatto che la resina di cannabis viene trasportata in grandi quantità su lunghe distanze e attraverso i confini nazionali, il che la espone maggiormente a misure di interdizione.

Il recente emergere di cannabinoidi sintetici ha aggiunto una nuova dimensione al mercato della cannabis. Negli ultimi anni sono stati individuati più di 130 cannabinoidi sintetici diversi. La maggior parte di queste sostanze sembra essere prodotta in Cina. Una volta spedite in Europa sotto forma di polvere, le sostanze chimiche vengono solitamente aggiunte a materiale vegetale e imballate per essere vendute come "droghe legali".

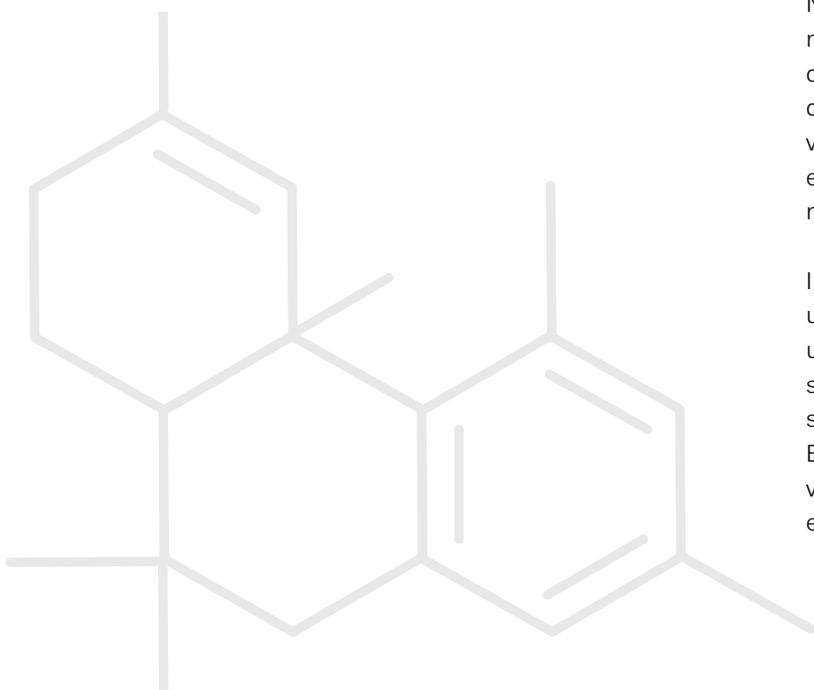
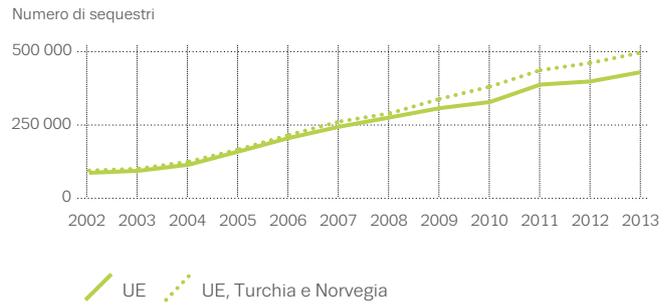
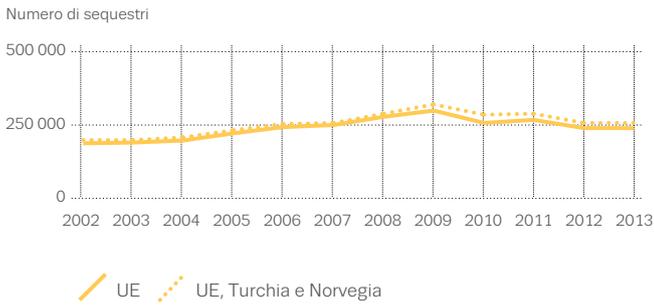
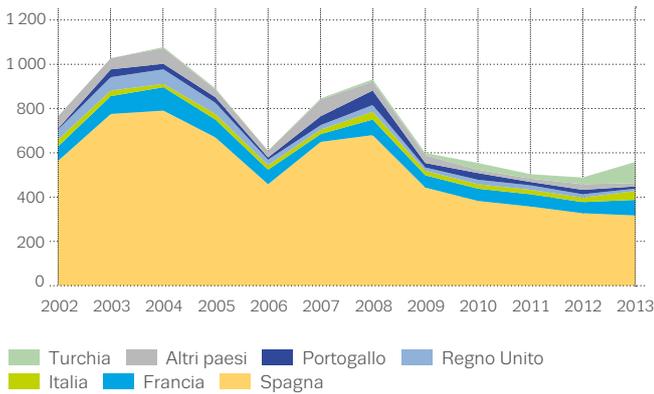


FIGURA 1.3

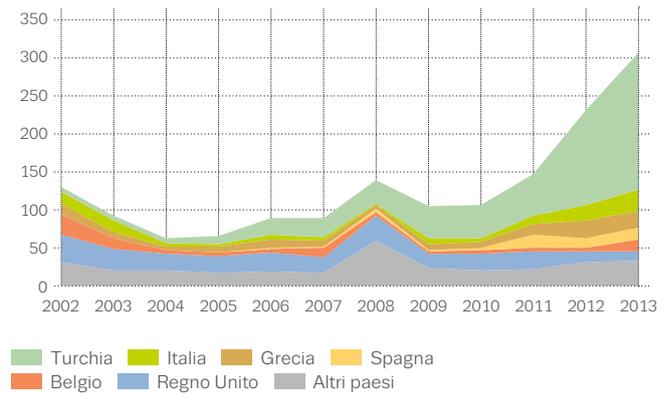
Tendenze nel numero di sequestri e nella quantità di cannabis sequestrata: resina (a sinistra) e foglie (a destra)



Resina (tonnellate)



Foglie (tonnellate)



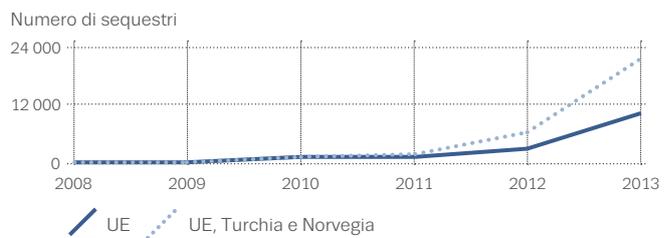
Nel 2013 sono stati segnalati nell'Unione europea 671 000 sequestri di cannabis (431 000 riguardanti foglie di cannabis e 240 000 riguardanti resina di cannabis). Sono stati effettuati altri 30 000 sequestri di piante di cannabis e, inoltre, nel 2013 i paesi dell'UE hanno comunicato più di 10 000 sequestri di cannabinoidi sintetici al sistema di allerta rapido, un dato in forte incremento rispetto ai livelli del 2011, e la Turchia ha denunciato altri 11 000 sequestri (cfr. figura 1.4).

Nell'analisi della quantità di cannabis sequestrata, un numero ristretto di paesi assume un'importanza notevole perché si trova sulle principali rotte del traffico di cannabis. La Spagna, per esempio, in quanto punto di accesso principale per la cannabis prodotta in Marocco, ha segnalato più di due terzi della quantità totale di resina sequestrata in Europa nel 2013 (figura 1.5). Per le foglie di cannabis, di recente sono stati segnalati sensibili aumenti in Grecia, Spagna e Italia e, negli ultimi anni, la Turchia ha sequestrato quantitativi di foglie di cannabis superiori a tutti gli altri paesi europei, e la quantità segnalata nel 2013 (180 tonnellate) è risultata superiore a quella di tutti gli Stati membri dell'UE.

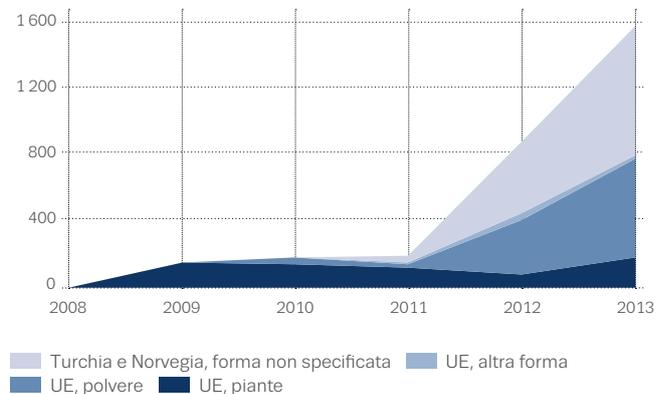
I sequestri di piante di cannabis possono essere considerati un indicatore della produzione interna di droga di un paese. I problemi metodologici implicano che i dati sui sequestri di piante di cannabis vadano presi con

FIGURA 1.4

Sequestri di cannabinoidi sintetici segnalati al sistema di allerta rapido dell'UE: numero di sequestri e quantità sequestrata (2013)



Chilogrammi



cautela; nondimeno, il numero delle piante sequestrate è salito da 1,5 milioni nel 2002 a 3,7 milioni nel 2013.

L'analisi delle tendenze indicizzate presso quei paesi che segnalano regolarmente i dati evidenzia un forte aumento della potenza (livello di tetraidrocannabinolo, THC) delle foglie e della resina di cannabis tra il 2006 e il 2013. Tra gli elementi che hanno determinato questo aumento si possono annoverare l'introduzione di tecniche di

produzione intensiva in Europa e, più recentemente, di piante particolarmente potenti in Marocco.

Anche le tendenze indicizzate dei reati contro la legge sugli stupefacenti che riguardano la cannabis mostrano sensibili aumenti tra il 2006 e il 2013.

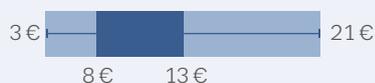
CANNABIS

Resina

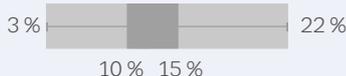
Sequestri



Prezzo (EUR/g)



Potenza (% THC)



Tendenze indicizzate: prezzo e potenza

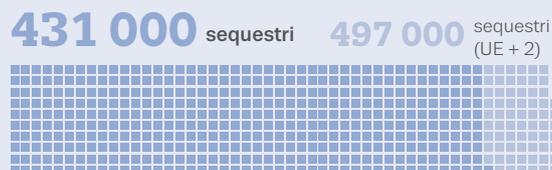


Piante di cannabis

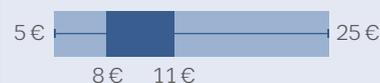
30 000 sequestri 3,7 milioni di piante sequestrate

Foglie

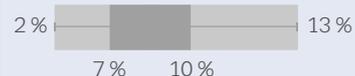
Sequestri



Prezzo (EUR/g)



Potenza (% THC)



Tendenze indicizzate: prezzo e potenza



Reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti

782 000 reati denunciati legati a consumo/detenzione di cannabis 116 000 reati denunciati legati all'offerta di cannabis

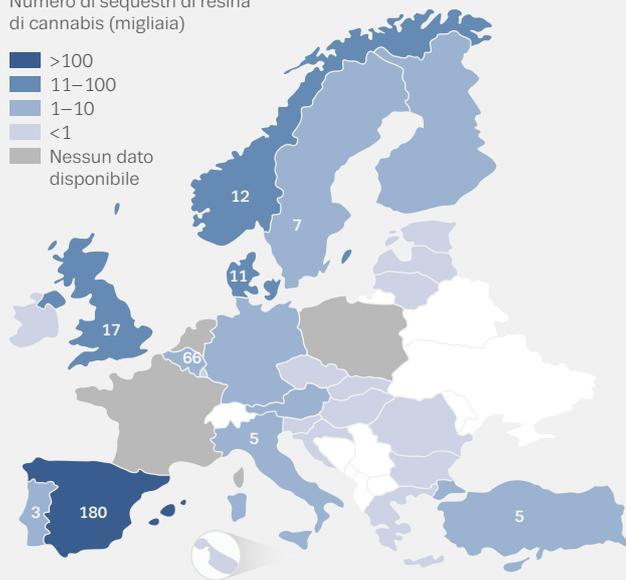


UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Le tendenze indicizzate per i reati si riferiscono ai casi riguardanti qualsiasi prodotto a base di cannabis. Prezzo e potenza dei prodotti a base di cannabis: valori medi nazionali – intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

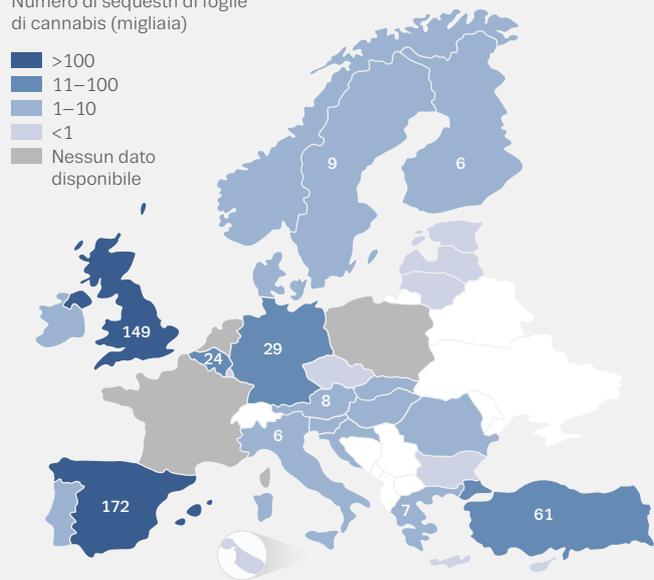
FIGURA 1.5

Sequestri di resina di cannabis e foglie di cannabis (2013)

Numero di sequestri di resina di cannabis (migliaia)

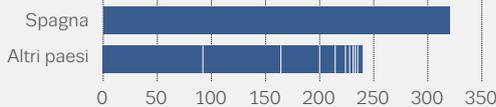


Numero di sequestri di foglie di cannabis (migliaia)

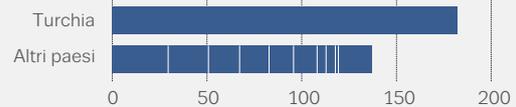


NB: numero di sequestri (in migliaia) per i 10 paesi con i valori più alti.

Quantità di resina di cannabis sequestrata (tonnellate)



Quantità di foglie di cannabis sequestrata (tonnellate)



Opiacei: un mercato in evoluzione?

L'eroina è l'oppiaceo più diffuso sul mercato europeo degli stupefacenti. Tradizionalmente l'eroina importata in Europa è di due tipi: il tipo più comune è l'eroina brown (forma chimica base), proveniente prevalentemente dall'Afghanistan; molto meno comune è l'eroina bianca (sotto forma di sali), che generalmente proviene dall'Asia sudorientale, ma adesso può anche essere prodotta in Afghanistan o in paesi vicini. Tra gli altri oppiacei sequestrati nel 2013 dagli organismi preposti all'applicazione della legge figurano l'oppio e prodotti medicinali quali la morfina, il metadone, la buprenorfina, il fentanil e il tramadol. Alcuni farmaci oppiacei possono essere stati dirottati da forniture farmaceutiche, mentre altri vengono fabbricati specificamente per il mercato illegale. Dal 2005 il sistema di allerta rapido dell'UE ha ricevuto preoccupanti segnalazioni relative a 14 nuovi oppiacei sintetici, comprendenti diversi tipi di sostanze non controllate a base di fentanil altamente potenti.

L'Afghanistan rimane il maggiore produttore illecito di oppio al mondo. Si ritiene che la maggior parte dell'eroina che si trova in Europa sia fabbricata in quel paese o nei vicini Iran o Pakistan. Secondo alcuni segnali, è possibile che le fasi finali della fabbricazione dell'eroina abbiano ora luogo in Europa, come indica la scoperta in Spagna di due

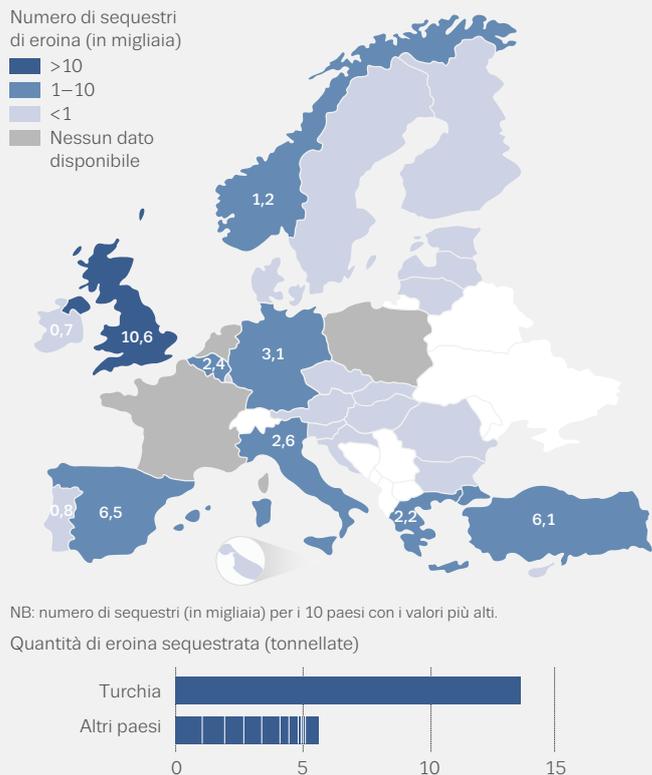
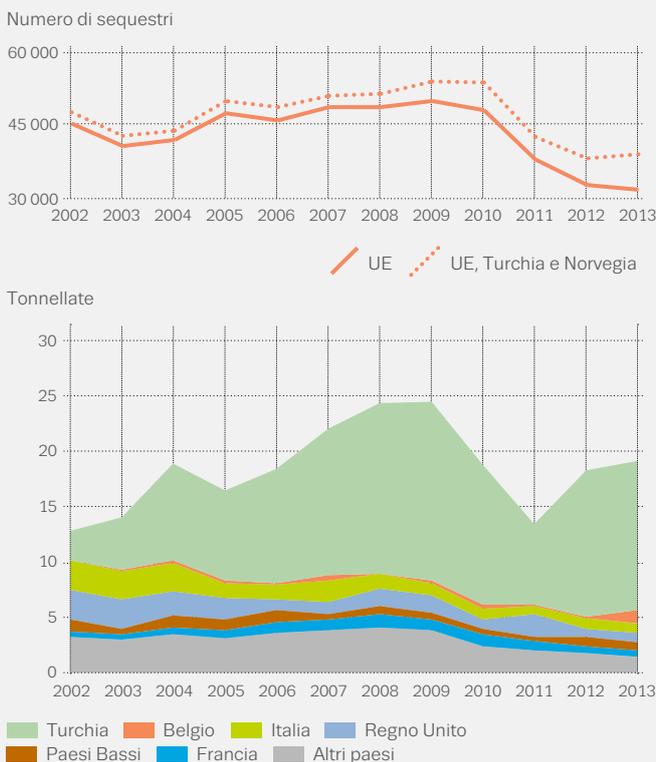
laboratori che convertivano la morfina in eroina nel 2013-2014. Tradizionalmente, la presenza di oppiacei illeciti provenienti dall'Europa si limita alla produzione di derivati domestici del papavero, segnalati in alcune zone dell'Europa orientale.

L'eroina entra in Europa attraverso quattro rotte di traffico. Le due più importanti sono la "rotta dei Balcani" e la "rotta meridionale". La prima corre attraverso la Turchia e nei paesi balcanici (Bulgaria, Romania o Albania) per poi giungere in Europa centrale, meridionale e occidentale. Le spedizioni di eroina dall'Iran e dal Pakistan possono entrare in Europa anche via mare o per via aerea, direttamente o transitando attraverso i paesi dell'Africa occidentale, meridionale e orientale. La rotta meridionale sembra aver acquisito importanza negli ultimi anni.

Dal 2010 l'Europa ha registrato un calo considerevole dei sequestri di eroina, dopo quasi un decennio di relativa stabilità. Sia il numero dei sequestri (32 000) che la quantità sequestrata nel 2013 (5,6 tonnellate) si attestano tra i dati più bassi comunicati nell'ultimo decennio. Il calo dei sequestri nell'Unione europea ha coinciso con l'aumento dell'importanza di quelli effettuati in Turchia (13,5 tonnellate nel 2013) dove ogni anno, a partire dal 2006, è stata sequestrata una quantità di eroina superiore a quella di tutti gli Stati membri dell'UE insieme (figura 1.6).

FIGURA 1.6

Numero di sequestri di eroina e quantità sequestrata: tendenze (a sinistra) e nel 2013 (a destra)



Oltre ai cali recenti del numero di sequestri di eroina, ne sono stati osservati altri nelle tendenze indicizzate dei prezzi e dei reati legati all'offerta di droga (cfr. infografica sull'eroina). I mercati di diversi paesi hanno registrato carenze di eroina nel 2010/2011, da cui pochi sembrano essersi ripresi completamente. Tuttavia, presso quei paesi

che segnalano regolarmente i dati, le tendenze indicizzate suggeriscono che nel 2013 la purezza dell'eroina in Europa è aumentata; inoltre, alcuni paesi hanno espresso preoccupazione per un possibile aumento della disponibilità. In Turchia, nel 2013 il numero dei sequestri è salito e la quantità sequestrata ha continuato ad

EROINA

Sequestri

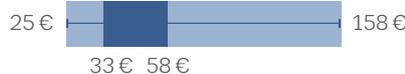
32 000 sequestri

39 000 sequestri (UE + 2)

5,6 tonnellate sequestrate

19,1 tonnellate sequestrate (UE + 2)

Prezzo (EUR/g)



Purezza (%)



Tendenze indicizzate: prezzo e purezza



Reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti

37 800 reati denunciati legati al consumo/alla detenzione di eroina

17 000 reati denunciati legati all'offerta di eroina



4 % di reati denunciati legati al consumo/alla detenzione

9 % di reati denunciati legati all'offerta

Tendenze indicizzate: reati legati a consumo/detenzione e offerta



UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza dell'eroina brown: valori medi nazionali - intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

aumentare rispetto ai livelli del 2012, mentre le Nazioni Unite segnalano un incremento sostanziale della produzione di oppio in Afghanistan. Nel complesso, vi sono segnali che indicano un possibile aumento della disponibilità di questa droga.

Cocaina: sequestri stabili e purezza in aumento

In Europa esistono due tipi di cocaina, il più comune dei quali è la polvere di cocaina (un sale cloridrato, HCl). Meno facilmente reperibile è la cocaina crack, che viene assunta inalandone il fumo (base libera). La cocaina è prodotta dalle foglie di coca, quasi esclusivamente in Bolivia, Colombia e Perù, e viene trasportata in Europa sia per via aerea sia via mare. I dati disponibili indicano che il traffico di cocaina in Europa si svolge principalmente nei paesi occidentali e meridionali: Spagna, Belgio, Paesi Bassi, Francia e Italia nel complesso rappresentano l'86 % delle 62,6 tonnellate di cocaina sequestrate nel 2013 (figura 1.7).

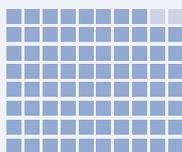
Nel 2013 sono stati segnalati circa 78 000 sequestri di cocaina nell'Unione europea, per un ammontare di 63 tonnellate di droga. Dal 2010 la situazione è relativamente stabile, benché il numero di sequestri e i quantitativi sequestrati si attestino su livelli sensibilmente più bassi rispetto ai valori di picco raggiunti nel 2006 e nel 2008

(figura 1.7). Mentre la Spagna resta il paese in cui viene sequestrata la maggior quantità di cocaina in Europa, ci sono segnali di una diversificazione in corso delle rotte del traffico in Europa, tra cui i sequestri recentemente denunciati nei porti del Mediterraneo orientale, del Mar Baltico e del Mar Nero. Nel complesso, le tendenze indicizzate suggeriscono che la purezza della cocaina sia aumentata negli ultimi anni, mentre il prezzo si è mantenuto relativamente stabile. Dal 2006 le tendenze indicizzate dei reati legati alla cocaina registrano un aumento.

COCAINA

Sequestri

78 000
sequestri



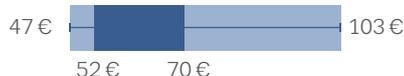
80 000
sequestri (UE + 2)

62,6
tonnellate sequestrate

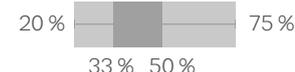


63,2
tonnellate sequestrate (UE + 2)

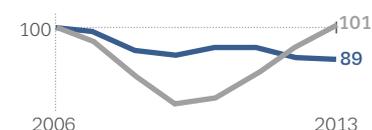
Prezzo (EUR/g)



Purezza (%)



Tendenze indicizzate: prezzo e purezza



Reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti

72 300

reati denunciati legati al consumo/alla detenzione di cocaina



7 %

di reati denunciati legati al consumo/alla detenzione

29 900

reati denunciati legati all'offerta di cocaina



15 %

di reati denunciati legati all'offerta

Tendenze indicizzate: reati legati a consumo/detenzione e offerta



UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza della cocaina: valori medi nazionali – intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

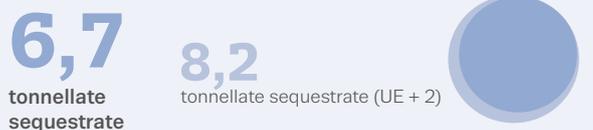
Nel 2013 gli Stati membri dell'UE hanno segnalato 34 000 sequestri di amfetamina, per un totale di 6,7 tonnellate. La Germania, i Paesi Bassi e il Regno Unito hanno fornito più della metà della quantità totale di amfetamina sequestrata. Dopo un periodo di relativa stabilità, si è verificato un aumento della quantità di amfetamina sequestrata nel 2013 (figura 1.8). Il numero dei sequestri di metamfetamina è di gran lunga più basso e rappresenta circa un sesto di tutti i sequestri di amfetamine del 2013, con 7 000 sequestri segnalati nell'Unione europea, per una quantità pari a 0,5 tonnellate (figura 1.9). Dal 2002 si registrano tendenze in aumento sia per il numero che per la quantità della metamfetamina sequestrata.

Solitamente la purezza media denunciata per i campioni di metamfetamina è superiore a quella dei campioni di amfetamina, e nonostante le più recenti tendenze indicizzate, nei paesi che segnalano regolarmente i dati, suggeriscano che la purezza dell'amfetamina sia aumentata, la purezza media di questa sostanza resta relativamente bassa.

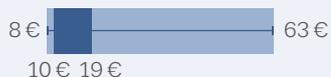
AMFETAMINE

Amfetamina

Sequestri



Prezzo (EUR/g)



Purezza (%)



Tendenze indicizzate: prezzo e purezza

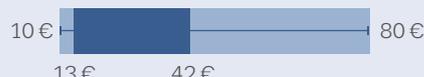


Metamfetamina

Sequestri



Prezzo (EUR/g)



Purezza (%)



UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza delle amfetamine: valori medi nazionali - intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore. Le tendenze indicizzate non sono disponibili per la metamfetamina.

Reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti



Tendenze indicizzate: reati legati a consumo/detenzione e offerta



FIGURA 1.8

Numero di sequestri di amfetamina e quantità sequestrata: tendenze (a sinistra) e nel 2013 o nell'anno più recente (a destra)

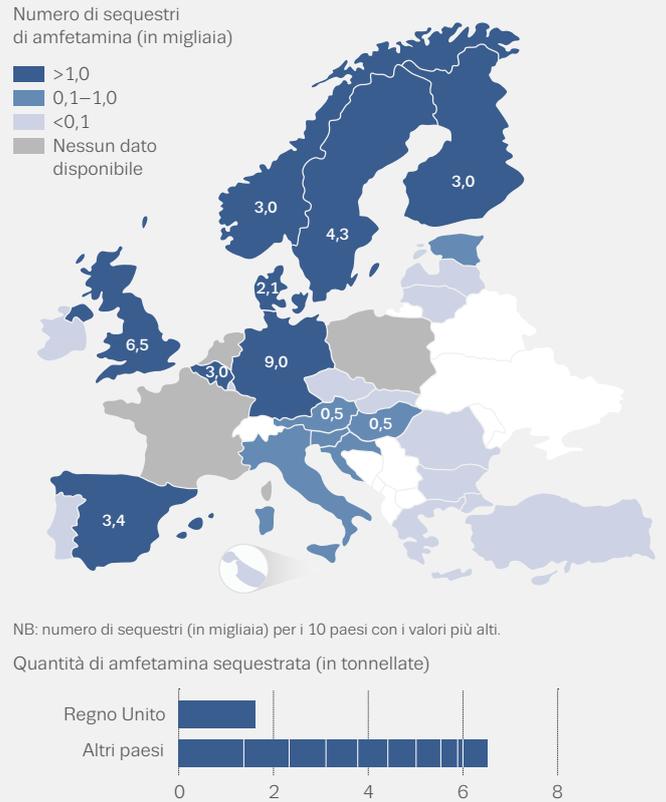
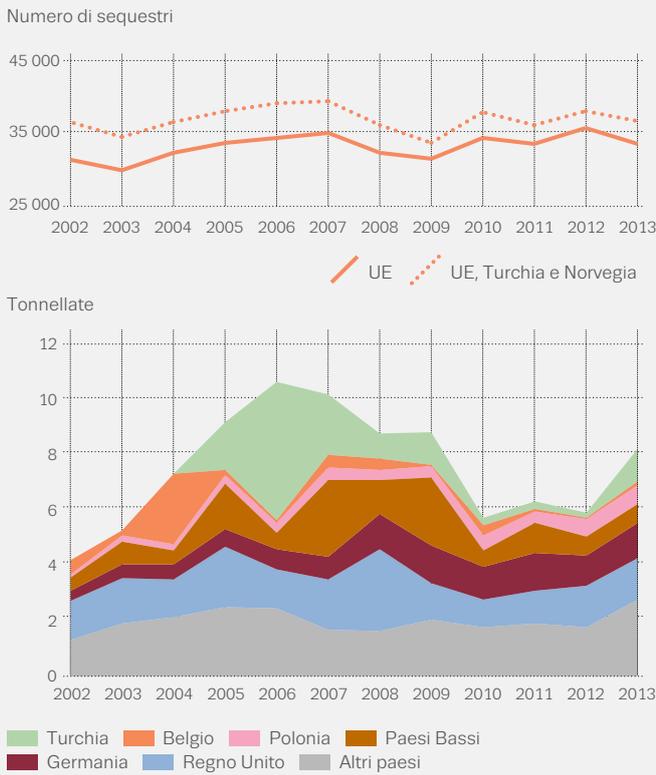
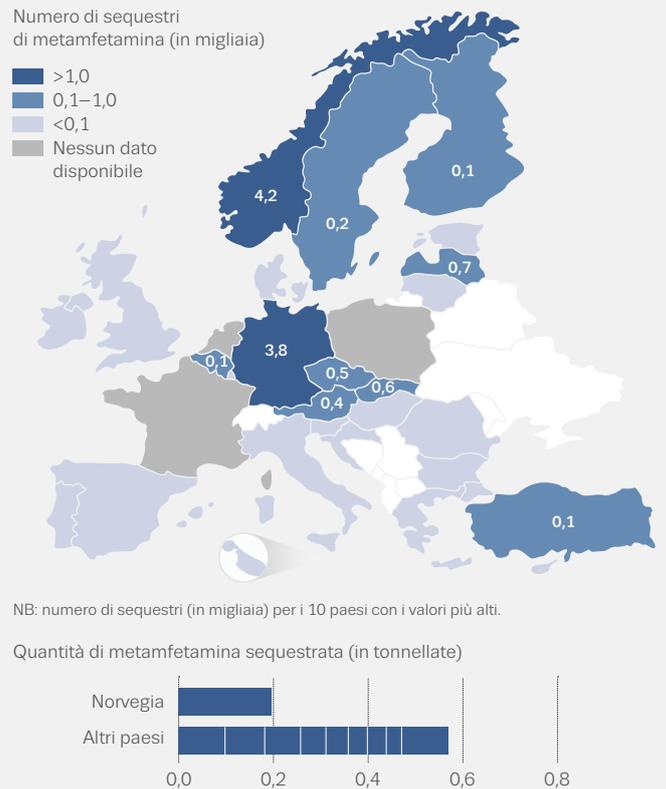
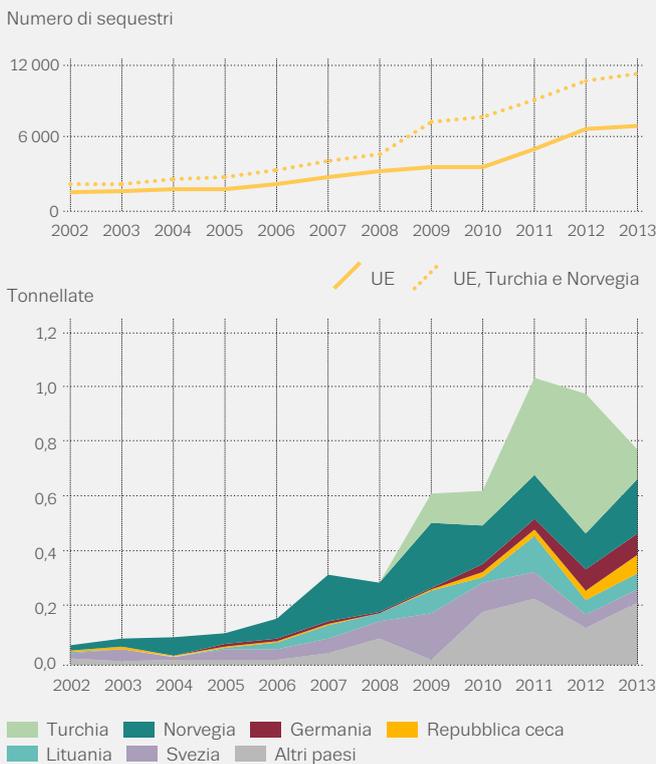


FIGURA 1.9

Numero di sequestri di metamfetamina e quantità sequestrata: tendenze (a sinistra) e nel 2013 o nell'anno più recente (a destra)



MDMA/ecstasy: aumentano i prodotti ad alta purezza

La sostanza sintetica MDMA (3,4-metilenediossimetamfetamina) è chimicamente correlata alle amfetamine, ma in una certa misura differisce per i suoi effetti. Storicamente, le compresse di ecstasy sono il principale prodotto dell'MDMA sul mercato, benché spesso possano contenere una gamma di sostanze simili all'MDMA e sostanze chimiche non correlate. Dopo un periodo di segnalazioni in base a cui la maggioranza delle compresse vendute come ecstasy in Europa conteneva dosi ridotte di MDMA o non ne conteneva affatto, i dati recenti indicano la possibilità che questa situazione stia cambiando. I nuovi dati suggeriscono un aumento della disponibilità di compresse ad alto contenuto di MDMA e dell'MDMA in polvere o in cristalli.

In Europa la produzione di MDMA appare concentrata nei Paesi Bassi e in Belgio, i paesi che hanno storicamente denunciato il maggior numero di siti di produzione di sostanze stupefacenti. Dopo il declino della produzione di MDMA alla fine dello scorso decennio ci sono stati segnali di una ripresa, come dimostrano le segnalazioni di impianti di produzione su vasta scala recentemente smantellati in Belgio e nei Paesi Bassi.

Valutare le tendenze recenti relative ai sequestri di MDMA è difficile perché mancano i dati di alcuni paesi che probabilmente contribuiscono al numero totale in misura significativa. Per quanto riguarda il 2013, non ci sono dati disponibili sui Paesi Bassi e non è noto il numero dei sequestri avvenuti in Francia e in Polonia. Nel 2012 i Paesi Bassi hanno segnalato il sequestro di 2,4 milioni di compresse di MDMA e, se si può presupporre che il dato per il 2013 sia simile, si può stimare che in quell'anno siano stati sequestrati 4,8 milioni di compresse di MDMA nell'Unione europea, ossia circa il doppio del quantitativo sequestrato nel 2009. È degno di nota che la quantità di MDMA attualmente sequestrata in Turchia (4,4 milioni di compresse di MDMA) è pari al totale sequestrato in tutti gli Stati membri dell'UE. Ciò induce a domandarsi se queste sostanze fossero destinate all'uso domestico o all'esportazione nell'Unione europea o altrove (figura 1.10).

Anche le tendenze indicizzate dei reati legati all'MDMA evidenziano un recente aumento. Presso i paesi che segnalano regolarmente i dati, dal 2010 le tendenze indicizzate mostrano un incremento del contenuto di MDMA, mentre la disponibilità di prodotti ad alto contenuto di MDMA ha indotto l'Europol e l'EMCDDA a lanciare allarmi congiunti nel 2014. Considerati complessivamente, questi indicatori del mercato dell'MDMA indicano tutti un recupero rispetto al valore minimo raggiunto circa 5 anni fa.

ECSTASY

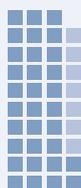
Sequestri

13 400
sequestri

18 000
sequestri (UE + 2)

4,8
milioni di compresse sequestrate

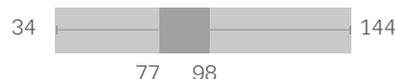
9,3
milioni di compresse sequestrate (UE + 2)



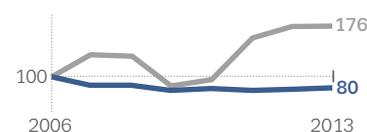
Prezzo (EUR/compressa)



Purezza (mg MDMA/compressa)



Tendenze indicizzate: prezzo e purezza



Reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti

11 000

reati denunciati legati al consumo/alla detenzione di ecstasy

3 700

reati denunciati legati all'offerta di ecstasy



1 %

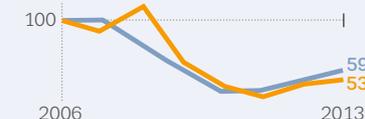
di reati denunciati legati al consumo/alla detenzione



2 %

di reati denunciati legati all'offerta

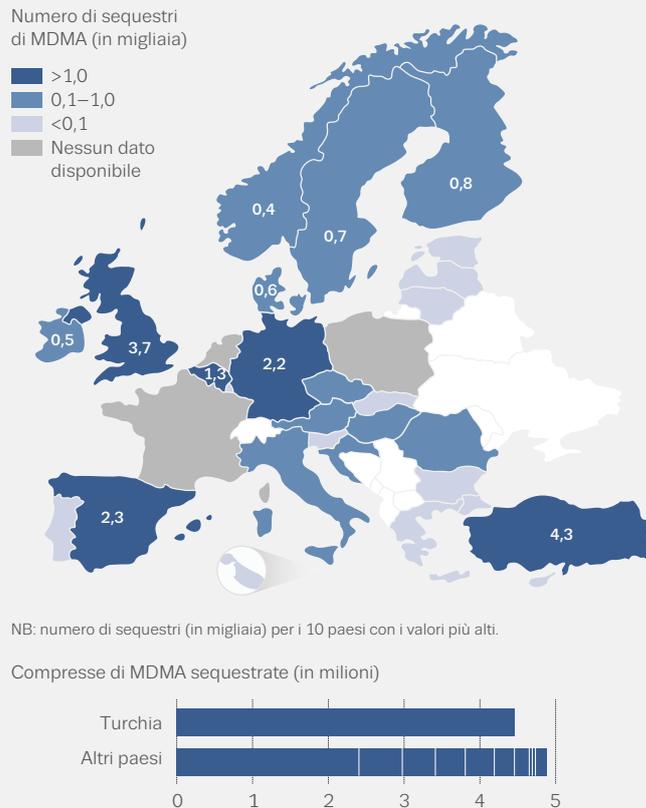
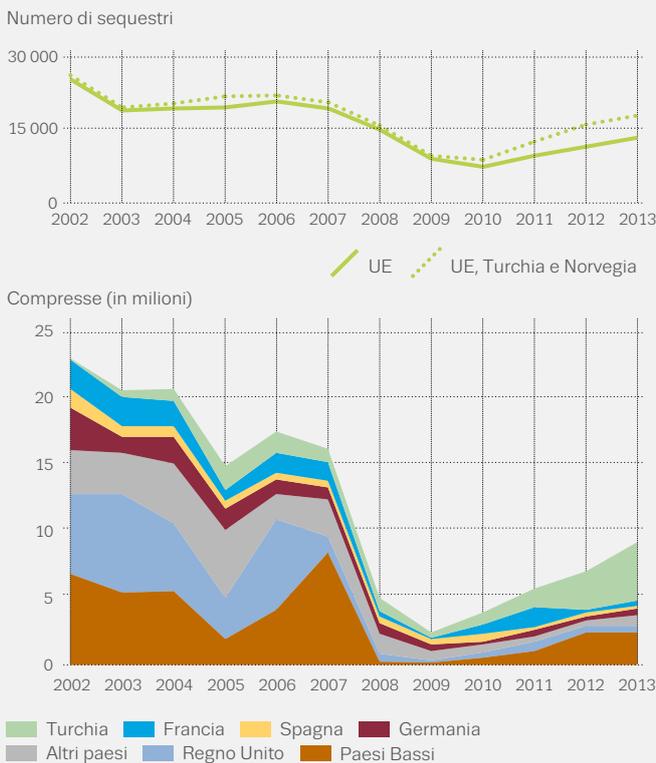
Tendenze indicizzate: reati legati a consumo/detenzione e offerta



UE + 2 si riferisce a Stati membri dell'UE, Turchia e Norvegia. Prezzo e purezza dell'ecstasy: valori medi nazionali – intervallo minimo, massimo e interquartile. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore.

FIGURA 1.10

Numero di sequestri di MDMA e compresse sequestrate: tendenze (a sinistra) e nel 2013 o nell'anno più recente (a destra)



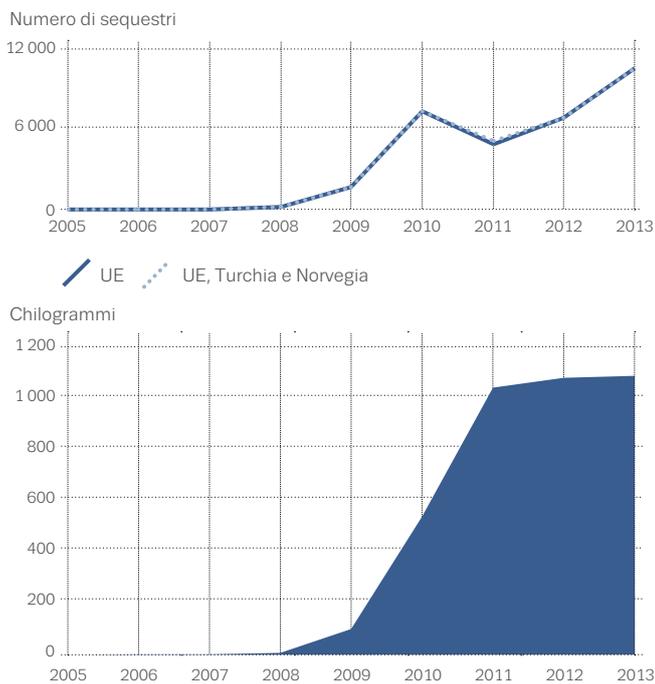
Nuovi stimolanti sul mercato delle sostanze illecite

Introdotti inizialmente come nuove sostanze psicoattive, non controllate dalle leggi sugli stupefacenti, catinoni sintetici quali mefedrone, pentedrone e MDPV (3,4-metilenediossirovalerone) sono diventati una costante sul mercato delle sostanze illecite in alcuni paesi europei. I catinoni vengono usati in modo simile, e spesso in modo intercambiabile, rispetto ad altri stimolanti come l'amfetamina e l'MDMA. Nella maggior parte dei casi sono disponibili in polvere o in compresse. La produzione di catinoni sembra aver luogo principalmente in Cina e in India; queste sostanze sono poi importate in Europa, dove vengono confezionate e commercializzate come "droghe legali" o vendute sul mercato delle sostanze illecite. Il sistema di allerta rapido ha identificato più di 70 nuovi catinoni in Europa e nel 2013 sono stati segnalati al sistema oltre 10 000 sequestri di catinoni sintetici (figura 1.11).

I catinoni vengono usati in modo simile, e spesso in modo intercambiabile, rispetto ad altri stimolanti come l'amfetamina e l'MDMA

FIGURA 1.11

Sequestri di catinoni sintetici segnalati al sistema di allerta rapido dell'UE: numero di sequestri e quantità sequestrata (2013)



Nuove sostanze psicoattive: un mercato sempre più diversificato

Nello scorso decennio la disponibilità di nuove sostanze psicoattive sul mercato europeo delle droghe è rapidamente aumentata, come evidenziano i dati in crescita relativi ai sequestri denunciati al sistema di allerta rapido e attraverso meccanismi standard di monitoraggio. Queste nuove droghe includono sostanze, sintetiche e naturali, che non sono controllate dal diritto internazionale e spesso vengono prodotte con l'intento d'imitare gli effetti delle droghe controllate. Solitamente le sostanze chimiche vengono importate da fornitori extraeuropei e in seguito preparate, imballate e commercializzate in Europa. Sempre più spesso, tuttavia, nei laboratori clandestini europei si producono nuove droghe che sono vendute direttamente sul mercato.

Per evitare i controlli, i prodotti sono spesso muniti di un'etichetta contenente informazioni ingannevoli, per esempio "sostanze chimiche destinate alla ricerca", con clausole di esclusione della responsabilità in cui si afferma che il prodotto non è destinato al consumo umano. Queste sostanze sono vendute da dettaglianti online e negozi specializzati e vengono fornite sempre più spesso attraverso gli stessi canali impiegati per l'offerta di sostanze illecite. Questo mercato, al pari del suo rapporto col mercato illecito, è di tipo dinamico ed è caratterizzato dalla continua introduzione di nuovi prodotti e misure di

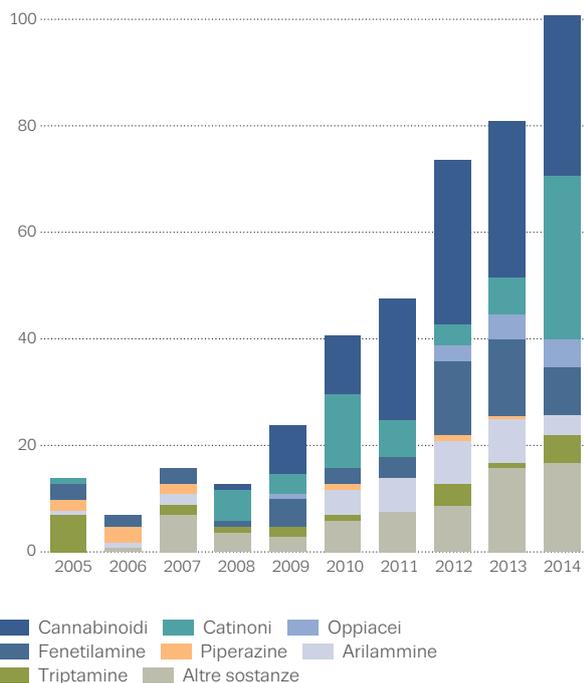
controllo. I cannabinoidi sintetici e i catinoni sintetici costituiscono i gruppi di nuove sostanze psicoattive sequestrate più frequentemente, a dimostrazione della domanda relativamente alta di cannabis e di stimolanti sul mercato delle sostanze illecite.

Al pari del numero di sequestri delle nuove sostanze stupefacenti denunciati ogni anno in Europa, anche quello delle nuove sostanze individuate continua a crescere. Nel 2014, gli Stati membri hanno segnalato al sistema di allerta rapido dell'UE 101 nuove sostanze psicoattive che non erano state denunciate in precedenza. Ciò equivale a un aumento del 25 % rispetto al dato del 2013 (figura 1.12). Trentuno di queste sostanze sono catinoni sintetici, che pertanto costituiscono la categoria più vasta di nuove droghe identificate in Europa nel 2014, seguita da trenta cannabinoidi sintetici. Tuttavia, altri 13 composti non sono facilmente classificabili in alcuno dei gruppi di sostanze monitorati. Quattro delle nuove sostanze psicoattive segnalate nel 2014 vengono usate come principi attivi in ambito medico. Il sistema di allerta rapido dell'UE sta attualmente monitorando più di 450 nuove sostanze psicoattive.

Nel 2014, gli Stati membri hanno segnalato al sistema di allerta rapido dell'UE 101 nuove sostanze psicoattive che non erano state denunciate in precedenza

FIGURA 1.12

Numero e categorie delle nuove sostanze psicoattive notificate al sistema di allerta rapido dell'UE (2005-2014)



Nuove sostanze psicoattive sottoposte a valutazione dei rischi in Europa nel 2014

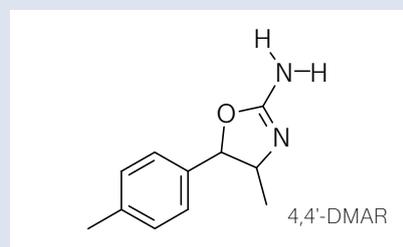
Esiste un meccanismo dell'UE per identificare, valutare e possibilmente controllare le nuove sostanze psicoattive in Europa. Nel 2014 è stata effettuata la valutazione dei rischi di sei nuove sostanze psicoattive (cfr. tabella 1.1). Queste nuove droghe sono comparse in Europa negli ultimi anni e sono state correlate all'aumento delle segnalazione di danni, compresi ricoveri in ospedale e decessi. Dal febbraio 2015, quattro delle sei sostanze sono state assoggettate a misure di controllo in tutta Europa.

Nel 2014 è stata effettuata la valutazione dei rischi di sei nuove sostanze psicoattive

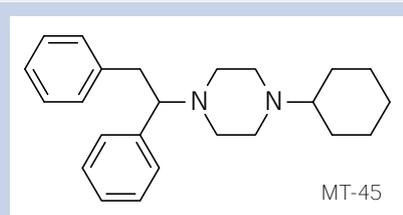
TABELLA 1.1

Valutazione dei rischi di nuove sostanze psicoattive effettuate nel 2014

Nel settembre 2014 sono state condotte valutazioni dei rischi a livello europeo su 4,4'-DMAR e MT-45, che si sono aggiunte alle quattro valutazioni dei rischi effettuate nell'aprile del 2014 su 25I-NBOMe (un analogo della fenetilamina con effetti allucinogeni, venduto come alternativa "legale" all'LSD), AH-7921 (un oppiaceo sintetico), MDPV (un catinone sintetico derivato) e metoxetamina (un'arilcicloesilamina strettamente correlata alla chetamina e commercializzata come sua alternativa "legale").



4,4'-DMAR è una sostanza psicostimolante immessa sul mercato delle droghe dell'UE almeno dal dicembre 2012 e individuata in nove Stati membri. Nel 20 % circa dei casi la sostanza 4,4'-DMAR era presente in associazione ad altri stupefacenti (prevalentemente stimolanti). È stata rilevata in 31 decessi in Ungheria, Polonia e Regno Unito, in un periodo di 12 mesi.



MT-45 è un oppiaceo sintetico con potenza analgesica analoga alla morfina, individuato per la prima volta nell'ottobre 2013. È stato riscontrato in 28 decessi, e 12 intossicazioni non letali in Svezia, in un periodo di nove mesi. In 19 dei casi di decesso, MT-45 è stato indicato come la causa della morte o come una delle sostanze che vi hanno contribuito.

Risposte giuridiche ai mercati delle droghe in evoluzione

La rapida diffusione di nuove sostanze psicoattive e la varietà dei prodotti disponibili hanno messo a dura prova i responsabili politici europei. A livello di UE, esiste dal 1997 un sistema di sorveglianza collegato a un meccanismo giuridico di controllo, il sistema di allerta rapido dell'UE, che nel 2005 è stato potenziato. L'attuale sistema è stato rivisto ed è in discussione la proposta di un nuovo quadro giuridico.

A livello nazionale, è stata adottata una serie di misure per controllare le nuove sostanze e si possono identificare tre tipi generali di risposta giuridica. In alcuni paesi sono state utilizzate leggi esistenti relative a questioni non correlate alle droghe controllate, come la legislazione in materia di sicurezza dei consumatori; in altri, leggi o procedure esistenti in materia di droghe sono state ampliate o adattate; in altri ancora, è stata elaborata una nuova normativa. Se da un lato si riscontra un'ampia varietà nella definizione dei reati e delle sanzioni, dall'altro le risposte tendono a concentrarsi sull'offerta anziché sul possesso di queste sostanze.

Internet, un mercato per le droghe nuove e per quelle note

Da qualche tempo si riconosce che Internet rappresenta un mercato importante per la vendita di nuove sostanze psicoattive agli europei. Nel 2013, uno studio rapido dell'EMCDDA ha individuato 651 siti web che vendevano "droghe legali" agli europei e le ricerche mirate su Internet condotte nel 2014 hanno identificato siti che commerciavano droghe specifiche come l'oppiaceo sintetico MT-45, talvolta in partite da un chilogrammo.

Internet e i social media sono divenuti sempre più importanti nel mercato delle sostanze illecite. Stanno emergendo i cosiddetti mercati grigi, siti online che vendono nuove sostanze psicoattive e che operano sia sul web di superficie che nel deep web (una parte di Internet che non è accessibile attraverso i motori di ricerca standard), dove la vendita di droghe può aver luogo nell'ambito di mercati, reti decentrate e fra persone. Particolare attenzione hanno destato i criptomercati della droga come Silk Road, Evolution e Agora, mercati online che sono accessibili solo mediante l'uso di software di cifratura, con un alto livello di anonimato. I criptomercati, al pari dei mercati online come eBay, forniscono a venditori e acquirenti un'infrastruttura per effettuare transazioni e servizi quali la valutazione del venditore e dell'acquirente e l'hosting di forum di discussione. Si utilizzano

criptovalute (come Bitcoin) per facilitare transazioni anonime e si ricorre a imballaggi discreti per agevolare il trasporto di piccole quantità di droghe attraverso canali commerciali consolidati. Tra i vari prodotti pubblicizzati sui criptomercati, quelli indicati come i più diffusi sono sostanze illecite note e farmaci prescritti. È dimostrato che molte sostanze illecite acquistate nel deep web sono destinate alla rivendita.

Un altro sviluppo riguarda l'offerta di droga e la condivisione di stupefacenti o le esperienze con le droghe tramite i social media, tra cui le applicazioni mobili. Questo settore è ancora scarsamente conosciuto e difficile da monitorare. Nel complesso, la crescita di mercati delle droghe online e virtuali rappresenta una grande sfida per le politiche per l'applicazione della legge e il controllo degli stupefacenti. Il fatto che produttori, fornitori, dettaglianti, servizi di website-hosting e di pagamento possano essere ubicati in paesi diversi rende particolarmente difficoltoso il controllo dei mercati delle droghe online.

Internet rappresenta un mercato importante per la vendita di nuove sostanze psicoattive agli europei

Iniziative in risposta all'offerta di droga: principi comuni, ma prassi divergenti

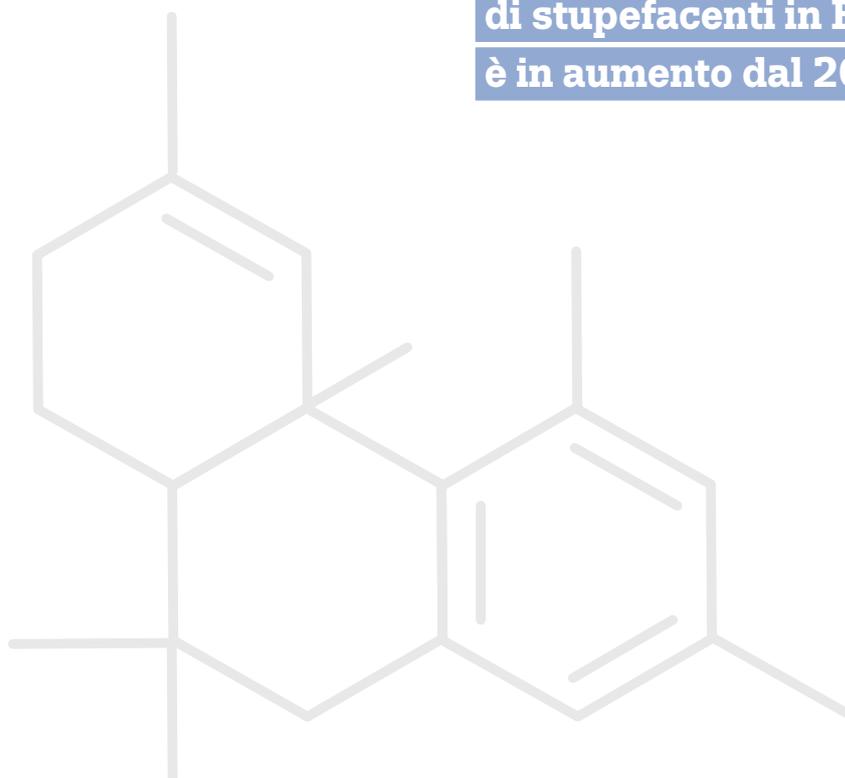
Gli Stati membri adottano misure per prevenire l'offerta di sostanze illecite nell'ambito di tre convenzioni delle Nazioni Unite, che definiscono un quadro internazionale per il controllo della produzione, del commercio e della detenzione di oltre 240 sostanze psicoattive. Ogni paese è tenuto a considerare l'offerta non autorizzata un reato penale. Lo stesso vale per la detenzione di droga per il consumo personale, benché alle condizioni dei "principi costituzionali e concetti fondamentali del sistema giuridico" di ciascun paese. Questa clausola non è stata interpretata in maniera uniforme, come risulta evidente dai differenti approcci giuridici nei paesi europei e altrove.

L'applicazione delle norme per frenare l'offerta e il consumo di droga viene monitorata attraverso i dati sulle segnalazioni di reati contro la legge sulle sostanze stupefacenti. Complessivamente, il numero dei reati denunciati relativi all'offerta di stupefacenti in Europa è in aumento dal 2006. Secondo le stime, nel 2013 sono stati segnalati 230 000 reati relativi all'offerta, la maggior parte dei quali (57 %) correlati alla cannabis. Nello stesso anno, su 1,1 milioni di reati denunciati riguardanti il consumo di droghe oppure la detenzione a scopo di consumo, tre quarti (76 %) erano relativi alla cannabis.

Grandi differenze nelle prassi giudiziarie in Europa

L'offerta non autorizzata di stupefacenti è un reato in tutti i paesi europei, ma le sanzioni previste dalla legge variano da uno Stato all'altro. In alcuni paesi un reato relativo all'offerta può essere punito con un ampio ventaglio di pene (fino all'ergastolo). Altri paesi distinguono tra reati lievi e gravi, in base a fattori quali la quantità o il tipo di droga scoperta, variando di conseguenza le pene massime e minime. Una recente analisi degli scenari condotta dall'EMCDDA ha riscontrato che non vi è una relazione chiara tra le sanzioni massime contemplate dalla legge e le sentenze pronunciate dai tribunali e che le sanzioni previste per i reati di traffico di stupefacenti variano da un paese all'altro. Per esempio, chi ha commesso per la prima volta un reato di questo tipo legato al traffico di un chilogrammo di cannabis può essere condannato alla reclusione per un periodo che varia da meno di un anno in alcuni paesi fino a 10 anni in altri. Analogamente, a seconda del paese, il traffico di 1 kg di eroina potrebbe comportare una pena da 2 a 15 anni.

**Complessivamente,
il numero dei reati
denunciati relativi all'offerta
di stupefacenti in Europa
è in aumento dal 2006**



I sequestri e il controllo dei precursori chimici

I precursori di droghe sono sostanze chimiche che possono essere utilizzate per la fabbricazione di droghe illecite. Impedire la deviazione dall'uso lecito è un aspetto importante degli sforzi internazionali nella lotta alla produzione degli stupefacenti. La maggior parte dei precursori di droghe presentano usi industriali legittimi, come la produzione di plastiche, di prodotti medicinali e cosmetici. Per esempio l'efedrina, un ingrediente dei farmaci freddi e decongestionanti, può essere utilizzata per produrre metamfetamina. La produzione e il commercio dei precursori chimici non possono essere vietati per via dei loro usi legittimi. Invece, i precursori di droghe vengono controllati monitorandone la produzione e il commercio leciti.

I dati degli Stati membri dell'UE sui sequestri e sulle spedizioni intercettate di precursori di droghe confermano l'impiego sia di sostanze classificate che non classificate per la produzione di droghe illecite nell'Unione europea (tabella 1.2). Nel 2013, più di 48 000 kg del pre-precursore APAAN (alfa-fenilacetacetone) sono stati sequestrati ai sensi delle legislazioni nazionali, un quantitativo sufficiente a produrre oltre 22 tonnellate di amfetamina e metamfetamina. Per aumentare i poteri di intervento su

questa sostanza da parte degli organismi preposti all'applicazione della legge, nel dicembre 2013 l'APAAN è stato classificato come precursore chimico dalla legislazione UE e a livello internazionale nell'ottobre 2014. Ingenti sequestri di precursori dell'MDMA confermano il ritorno della produzione su vasta scala di ecstasy destinata all'Unione europea. Nel 2013, sono stati sequestrati 5 061 kg di PMK (3,4 metilenediossifenil-2-propanone) e 13 836 litri di safrolo, che insieme sarebbero in grado di produrre circa 170 milioni di compresse di ecstasy.

La nuova legislazione dell'UE è stata introdotta nel 2013 allo scopo di rafforzare i controlli sul commercio di alcuni precursori di droghe, sia all'interno dell'Unione europea sia tra gli Stati membri e i paesi terzi. Fra le misure introdotte si annoverano controlli più severi sul commercio di anidride acetica (una sostanza chimica necessaria per la produzione di eroina), di efedrina e pseudoefedrina - precursori dell'amfetamina. La nuova legislazione ha inoltre introdotto un meccanismo di risposta rapida alla diversione delle sostanze non classificate.

TABELLA 1.2

Sintesi dei sequestri e delle spedizioni bloccate di precursori utilizzati per la produzione di determinate droghe sintetiche in Europa (2013)

Precursore/pre-precursore	Sequestri		Spedizioni bloccate ⁽¹⁾		TOTALE	
	Casi	Quantità	Casi	Quantità	Casi	Quantità
MDMA o sostanze correlate						
PMK (litri)	12	5 061	0	0	12	5 061
Safrolo (litri)	4	13 837	1	574	5	14 411
Isosafrolo (litri)	1	10	0	0	1	10
Piperonale (kg)	5	5	5	1 400	10	1 404
PMK-glicidato (kg)	5	2 077	0	0	5	2 077
Amfetamina e metamfetamina						
BMK (litri)	5	32	0	0	5	32
PAA, acido fenilacetico (kg)	1	97	6	225	7	322
Efedrina, sfusa (kg)	15	13	0	0	15	13
Pseudoefedrina, sfusa (kg)	11	64	0	0	11	64
APAAN (kg)	71	48 802	0	0	71	48 802

⁽¹⁾ Una spedizione "bloccata" è una spedizione che è stata rifiutata, sospesa o volontariamente annullata dall'esportatore a causa di un sospetto di sviamento a fini illeciti.

Fonte: Commissione europea.

MAGGIORI INFORMAZIONI

Pubblicazioni dell'EMCDDA

2015

Heroin trafficking routes, prospettive sulle droghe.

New psychoactive substances in Europe. An update from the EU Early Warning System.

The Internet and drug markets, relazioni tecniche.

2014

Cannabis markets in Europe: a shift towards domestic herbal cannabis, prospettive sulle droghe.

Exploring methamphetamine trends in Europe, documenti dell'EMCDDA

Risk assessment report of a new psychoactive substance: 1-cyclohexyl-4-(1, 2-diphenylethyl) piperazine (MT-45), valutazioni dei rischi.

Risk assessment of 4-methyl-5-(4-methylphenyl)-4, 5-dihydrooxazol-2-amine (4, 4'-dimethylaminorex, 4, 4'-DMAR, valutazioni dei rischi.

Report on the risk assessment of 1-(1, 3-benzodioxol-5-yl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one (MDPV) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, valutazioni dei rischi.

Report on the risk assessment of 2-(3-methoxyphenyl)-2-(ethylamino)cyclohexanone (methoxetamine) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, valutazioni dei rischi.

Report on the risk assessment of 2-(4-iodo-2, 5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine (25I-NBOMe) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, valutazioni dei rischi.

Report on the risk assessment of 3, 4-dichloro-N-[[1-(dimethylamino)cyclohexyl]methyl]benzamide (AH-7921) in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, valutazioni dei rischi.

Report on the risk assessment of 4-methylamphetamine in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, valutazioni dei rischi.

Report on the risk assessment of 5-(2-aminopropyl) indole in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, valutazioni dei rischi.

2013

Synthetic cannabinoids in Europe, prospettive sulle droghe.

Synthetic drug production in Europe, prospettive sulle droghe.

2012

Cannabis production and markets in Europe, approfondimenti.

2011

Recent shocks in the European heroin market: explanations and ramifications, relazioni relative alle riunioni sulle ultime tendenze.

Report on the risk assessment of mephedrone in the framework of the Council Decision on new psychoactive substances, valutazioni dei rischi.

Rispondere alle nuove sostanze psicoattive, focus sulle droghe.

2010

Risk assessment of new psychoactive substances — operating guidelines.

Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed Europol

2014

Relazione annuale sull'attuazione della decisione del Consiglio 2005/387/JHA.

2013

EU Drug markets report: a strategic analysis.

Amphetamine: a European Union perspective in the global context.

2010

Cocaine: a European Union perspective in the global context.

2009

Methamphetamine: a European Union perspective in the global context.

Tutte le pubblicazioni sono disponibili alla pagina www.emcdda.europa.eu/publications

2

**La prevalenza del consumo
di cannabis è circa cinque
volte superiore a quella
di altre sostanze**

Consumo di droga e problemi correlati

In un'analisi di alto livello dei modelli e delle tendenze del consumo di droga e dei danni correlati agli stupefacenti, è utile distinguere tre ampi gruppi di sostanze: prodotti a base di cannabis, diversi stimolanti e oppiacei. La prevalenza del consumo di cannabis è circa cinque volte superiore a quella di altre sostanze e negli ultimi anni il numero dei consumatori in trattamento per problemi correlati alla cannabis è aumentato. Benché il consumo di eroina e di altri oppiacei rimanga relativamente modesto, queste continuano a essere le droghe maggiormente associate alla morbilità, alla mortalità e al costo del trattamento correlati al consumo di droga in Europa.

Il monitoraggio del consumo di droga e dei problemi correlati

I cinque indicatori epidemiologici principali dell'EMCDDA costituiscono la base per il monitoraggio del consumo di droga e dei problemi correlati in Europa. Questi indicatori comprendono dati che coprono stime del consumo in ambienti ricreativi (basate principalmente su indagini), stime del consumo ad alto rischio di stupefacenti, decessi correlati alla droga, malattie infettive correlate alla droga e richieste di trattamento della tossicodipendenza. Considerati nell'insieme, rappresentano i pilastri che sostengono l'analisi europea delle tendenze e degli sviluppi del consumo di droga e dei danni correlati agli stupefacenti. Le informazioni tecniche sugli indicatori sono reperibili online alla pagina accesso agli indicatori principali e nel bollettino statistico. Nel presente capitolo, i dati relativi agli indicatori principali sono integrati da dati supplementari forniti dai punti focali Reitox e da altre fonti.

L'uso di droga è inoltre caratterizzato da modelli diversi di consumo, che vanno da quello sperimentale e occasionale a quello abituale, fino alla dipendenza. In generale, il consumo di stupefacenti è solitamente maggiore tra i maschi, e questa differenza è in genere accentuata da modelli di consumo più assiduo e regolare. I vari modelli di consumo sono associati a diversi livelli di rischio e danno; un consumo più frequente, dosi elevate, l'uso simultaneo di diverse sostanze e l'assunzione per via parenterale sono tutti associati a gravi rischi per la salute.

Quasi un europeo su quattro ha provato sostanze illecite

Secondo le stime, oltre 80 milioni di adulti (ossia almeno un quarto della popolazione adulta nell'Unione europea) hanno provato sostanze illecite nel corso della vita. La sostanza stupefacente più consumata è la cannabis (75,1 milioni), mentre le stime sono inferiori per il consumo di altre droghe nell'arco della vita: 14,9 milioni per la cocaina, 11,7 milioni per le amfetamine e 11,5 milioni per l'MDMA. I livelli di consumo dichiarati variano in misura considerevole tra i diversi paesi, da circa un terzo degli adulti in Danimarca, Francia e Regno Unito all'8% o meno di uno su dieci in Bulgaria, Romania e Turchia.

Il consumo di cannabis aumenta nei paesi nordici

La cannabis è la sostanza illecita con la maggiore probabilità di essere utilizzata da tutte le fasce di età. Questa sostanza viene generalmente assunta inalando il fumo e, in Europa, miscelandola con il tabacco, e i modelli di consumo vanno dal consumatore occasionale a quello abituale e dipendente.

Si stima che 14,6 milioni di giovani europei (15–34 anni), pari all'11,7 % di questa fascia d'età, abbiano consumato cannabis nell'ultimo anno (di cui 8,8 milioni di età compresa tra i 15 e i 24 anni, ossia il 15,2 % di questa fascia d'età).

Alcuni paesi dispongono di dati sufficienti d'indagine per consentire un'analisi statistica delle tendenze di lungo periodo nel consumo di cannabis tra i giovani adulti (15–34 anni) nell'ultimo anno. Le indagini sulle popolazioni di Germania, Spagna e Regno Unito hanno segnalato una prevalenza della cannabis in calo o stabile durante lo scorso decennio. Di contro, si può osservare una prevalenza in aumento per la Bulgaria, Francia e tre paesi nordici (Danimarca, Finlandia, Svezia). Inoltre, secondo la sua indagine più recente, la Norvegia ha registrato un nuovo picco del 12%, benché l'attuale serie temporale risulti insufficiente per effettuare un'analisi statistica delle tendenze.

Nell'insieme, i risultati dell'indagine più recente continuano a indicare modelli divergenti per il consumo di cannabis nell'ultimo anno (figura 2.1). Dei paesi che hanno svolto indagini a partire dal 2012, quattro hanno segnalato stime più basse, due le hanno dichiarate stabili e otto hanno indicato stime più elevate rispetto all'indagine precedente confrontabile. Attualmente poche indagini nazionali segnalano il consumo di cannabinoidi sintetici; comunque, quando ciò accade, i livelli di prevalenza relativi all'ultimo anno sono generalmente bassi.

FIGURA 2.1

Prevalenza del consumo di cannabis tra i giovani adulti (15–34) nell'ultimo anno: dati più recenti (in alto); paesi con tendenze statisticamente significative (al centro e in basso)

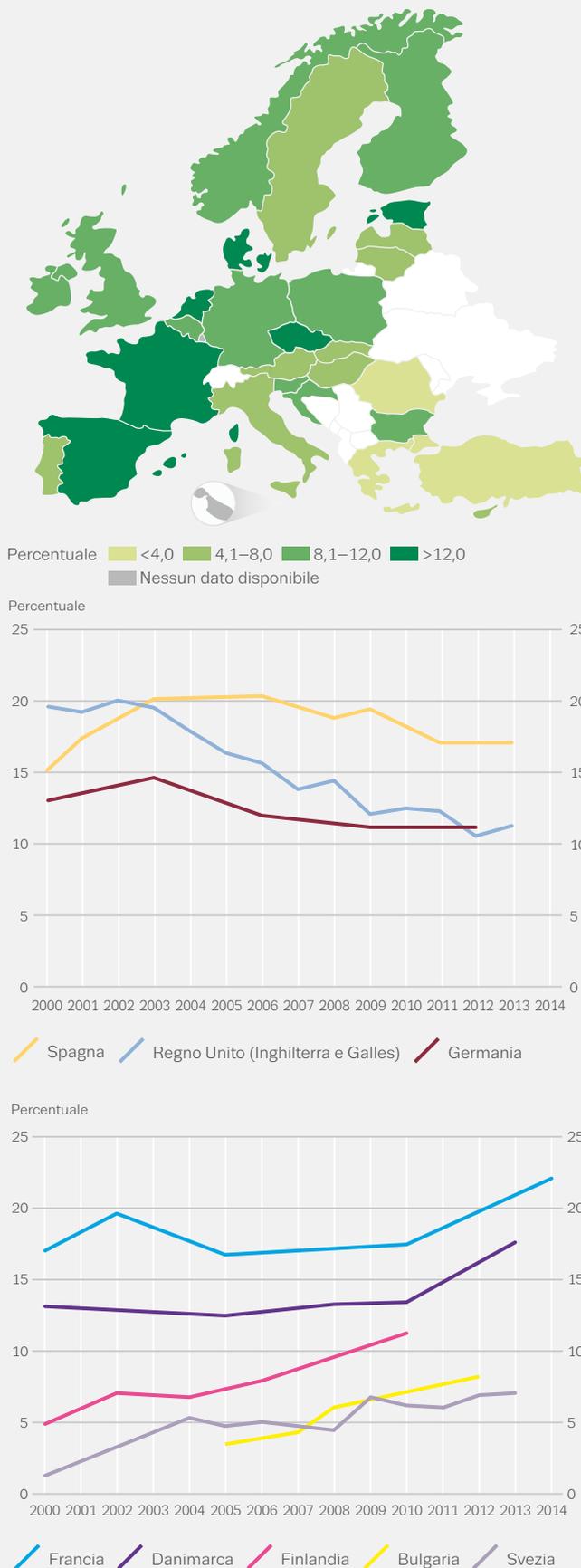
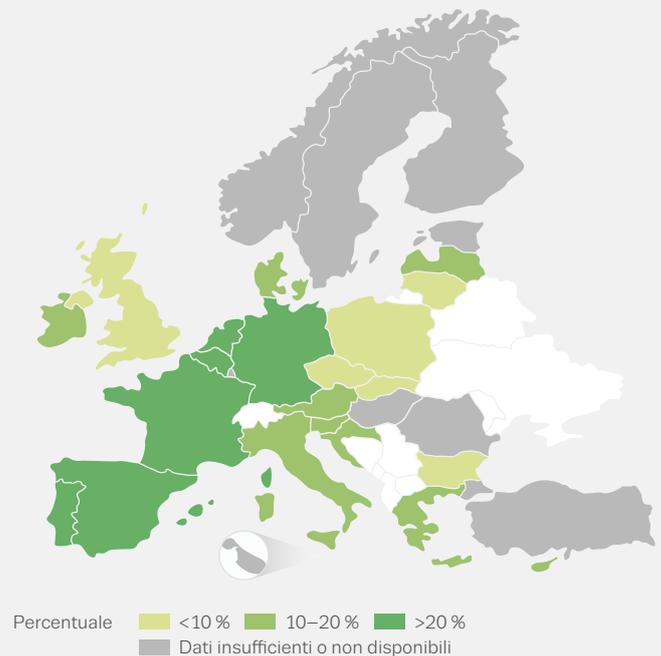


FIGURA 2.2

Percentuale di consumatori di cannabis (15–64) nell'ultimo mese che hanno consumato la sostanza quotidianamente o quasi quotidianamente



Consumo di cannabis fra gli studenti

Il monitoraggio del consumo di droghe tra gli studenti offre una visione importante degli attuali comportamenti a rischio dei giovani. In Europa, lo studio del progetto europeo di indagini scolastiche sull'alcol e altre droghe (ESPAD) permette di analizzare le tendenze nel corso del tempo relative al consumo di droghe tra gli studenti di 15-16 anni. Secondo l'ultimo ciclo di raccolta dei dati (2011), la maggior parte del consumo di sostanze illecite in questo gruppo riguarda la cannabis: circa il 24 % dichiara di averla consumata una volta nella vita, un dato che oscilla dal 5 % della Norvegia al 42 % della Repubblica ceca. La prevalenza del consumo di sostanze illecite diverse dalla cannabis era di gran lunga inferiore.

Nei sette Paesi che hanno riferito di aver condotto indagini scolastiche a livello nazionale dopo lo studio ESPAD (2011), le tendenze della prevalenza del consumo di cannabis tra gli studenti mostrano differenze considerevoli.

Preoccupazioni relative ai consumatori di cannabis

Una minoranza di consumatori di cannabis consuma questa sostanza in modo intensivo. Con l'espressione consumo quotidiano o quasi quotidiano di cannabis s'intende un consumo su 20 o più giorni nell'ultimo mese. In base alle indagini sulla popolazione generale, si stima che quasi l'1 % degli adulti europei sono consumatori quotidiani o quasi quotidiani di cannabis. Circa tre quarti di queste persone rientra nella fascia d'età compresa fra i 15 e i 34 anni e più di tre quarti sono di sesso maschile.

Benché il consumo quotidiano di cannabis sia raro presso la popolazione generale, del 3 % circa di adulti fra i 15 e i 64 anni che ha fatto uso di cannabis nell'ultimo mese, circa un quarto ha consumato la sostanza quotidianamente o quasi quotidianamente. Questa proporzione varia sensibilmente da paese a paese (cfr. figura 2.2). Nei Paesi che hanno svolto un numero sufficiente di indagini per individuare tali tendenze, nell'ultimo decennio la quota di consumatori quotidiani o quasi quotidiani tra tutti gli adulti si è mantenuta stabile.

La cannabis è la droga segnalata più frequentemente come motivo principale per sottoporsi per la prima volta al trattamento della tossicodipendenza in Europa, anche se il concetto di trattamento per i consumatori di cannabis varia considerevolmente da un paese all'altro. Il totale dei pazienti segnalati sottoposti a trattamento per la prima volta è salito da 45 000 a 61 000 tra il 2006 e il 2013. Considerando i pazienti recidivi, nel 2013 la cannabis era la seconda droga segnalata più frequentemente da tutti

i pazienti in trattamento (123 000, ossia il 29 %). Tuttavia, si riscontrano sensibili differenze a livello nazionale per quanto riguarda le segnalazioni di cannabis come droga primaria, con percentuali che vanno dal 3 % dei pazienti in trattamento in Lituania a più del 60 % in Danimarca e Ungheria. Questa eterogeneità può essere dovuta a vari fattori. Per esempio, circa un quarto dei pazienti (23 000) in trattamento in Europa a causa del consumo di cannabis come droga primaria è stato segnalato dai sistemi giudiziari penali; la quota varia da meno del 5 % di consumatori di cannabis come droga primaria in Bulgaria, Estonia, Lettonia e Paesi Bassi, fino a più dell'80 % in Ungheria.

La cannabis è la droga segnalata più frequentemente come motivo principale per sottoporsi per la prima volta al trattamento della tossicodipendenza in Europa

Emergenze ospedaliere associate al consumo di cannabis

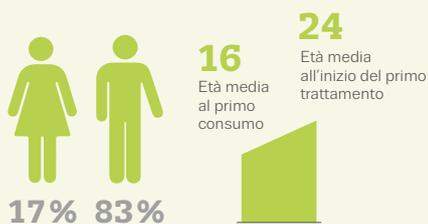
Benché siano rare, possono insorgere emergenze acute dopo il consumo di cannabis, specie in dosi elevate. Nei paesi a più alta prevalenza, tali emergenze rappresentano una percentuale considerevole di quelle correlate alle droghe. Uno studio recente ha individuato un aumento del numero di emergenze associate alla cannabis tra il 2008 e il 2012 in 11 dei 13 paesi europei analizzati. In Spagna, per esempio, il dato relativo a queste emergenze è aumentato da 1 589 (pari al 25 % di tutte le emergenze correlate alle droghe) nel 2008 a 1 980 (pari al 33 %) nel 2011.

European Drug Emergencies Network (Euro-DEN), che monitora l'insorgere delle emergenze correlate alle droghe in 16 strutture di 10 paesi europei, ha segnalato che una percentuale compresa tra il 10 % e il 48 % (in media il 16 %) di tutte le insorgenze riguardava la cannabis, benché altre sostanze fossero presenti nel 90 % di questi casi. Più frequentemente, oltre alla cannabis venivano rilevati alcol, benzodiazepine e stimolanti. Tra i problemi segnalati più spesso figuravano quelli neuro-comportamentali (agitazione, aggressività, psicosi e ansia) e il vomito. Nella maggior parte dei casi, i pazienti sono stati dimessi senza che fosse necessario ricoverarli.



CONSUMATORI DI CANNABIS IN TRATTAMENTO

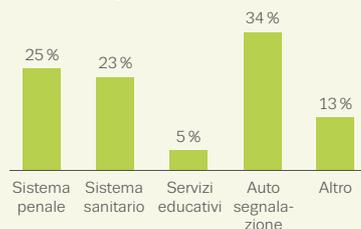
Caratteristiche



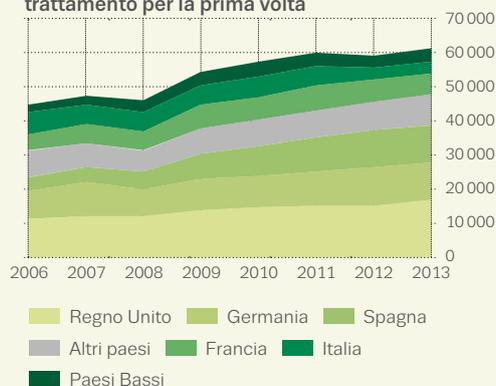
Frequenza di consumo nell'ultimo mese



Fonte di segnalazione



Tendenze relative ai pazienti sottoposti al trattamento per la prima volta



NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti in trattamento per i quali la cannabis è la droga primaria. Le tendenze riguardano i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta per i quali la cannabis è la droga primaria. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore. Fonte di segnalazione: il "sistema penale" include gli organi giurisdizionali, di polizia e i mezzi di prova; il "sistema sanitario" include i medici generici, i centri di trattamento della tossicodipendenza e i servizi sanitari, medici e sociali; "auto segnalazione" include il paziente, la famiglia e gli amici.

Cocaina: lo stimolante più diffuso in Europa

La polvere di cocaina viene soprattutto sniffata o assunta per inalazione, ma talvolta viene assunta anche per via parenterale, mentre il crack solitamente si fuma. Tra i consumatori abituali si può fare un'ampia distinzione tra i consumatori socialmente più integrati, che spesso sniffano la polvere di cocaina in contesti ricreativi, e i consumatori emarginati, che assumono la cocaina per via parenterale o fumano il crack, spesso insieme ad oppiacei. Il consumo abituale di cocaina è stato associato a dipendenza e a problemi cardiovascolari, neurologici e mentali, nonché a un alto rischio di incidenti. I rischi sanitari maggiori, tra cui la trasmissione di malattie infettive, sono associati all'assunzione di cocaina per via parenterale e al consumo di crack.

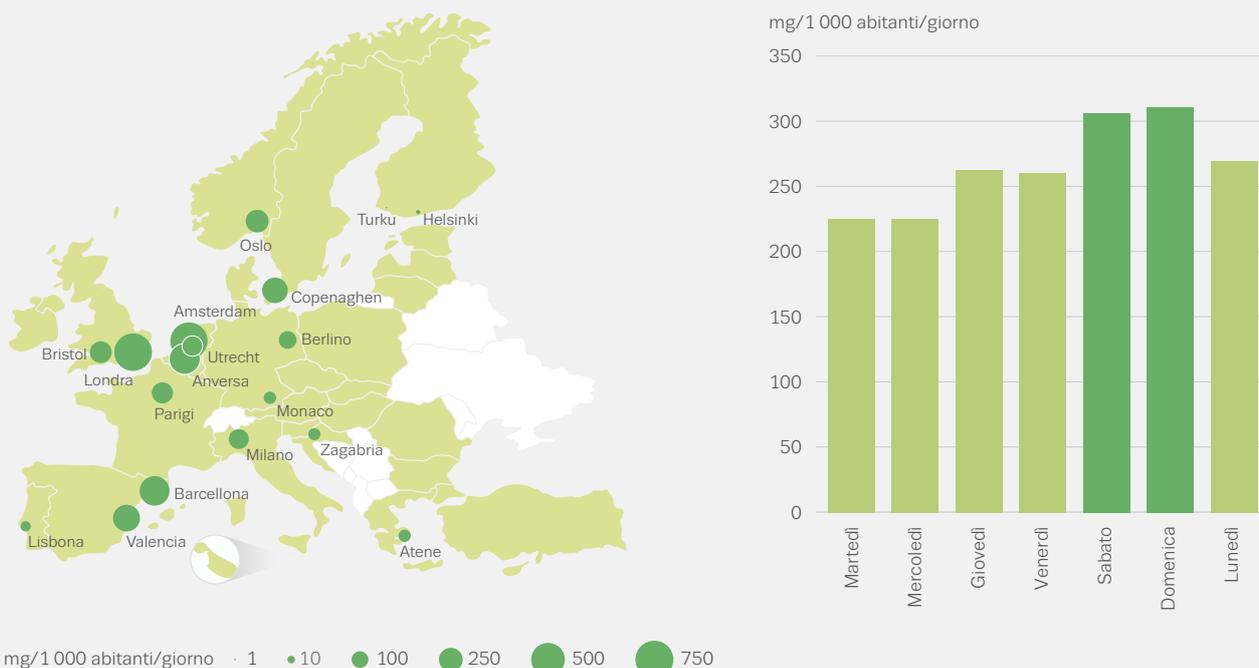
La cocaina è lo stimolante illecito consumato più frequentemente in Europa, benché la maggior parte dei consumatori si trovi in un numero relativamente ridotto di paesi, come dimostrano i dati delle indagini, in base a cui il consumo di cocaina è più diffuso nei paesi meridionali e occidentali d'Europa.

Si stima che circa 2,3 milioni di giovani di età compresa tra 15 e 34 anni (l'1,9 % di questa fascia d'età) abbiano consumato cocaina nel corso dell'ultimo anno. Molti consumatori di cocaina fanno uso di questa droga in contesti ricreativi, con picchi di consumo nei fine settimana e nei periodi di vacanza. I dati delle analisi delle acque di scarico nell'ambito di uno studio condotto nel 2014 in diverse città europee confermano che vi sono differenze nei modelli di consumo quotidiano. Maggiori concentrazioni di benzoilecgonina, il principale metabolita della cocaina, sono state rinvenute in campioni raccolti durante il fine settimana (figura 2.3).

Solo alcuni paesi hanno segnalato una prevalenza nell'ultimo anno del consumo di cocaina tra i giovani adulti superiore al 3 % (figura 2.4). Tra questi paesi, la Spagna e il Regno Unito hanno osservato tendenze in aumento statisticamente significative per la prevalenza fino al 2008, dopo di che il trend è cambiato, assestandosi su livelli stabili o calando. Al di sotto del 3 % di prevalenza, i dati più recenti di Irlanda e Danimarca segnalano diminuzioni, che finora non sono però statisticamente percepibili, mentre le indagini condotte in Francia fino al 2014 mostrano che il consumo tende ad aumentare.

FIGURA 2.3

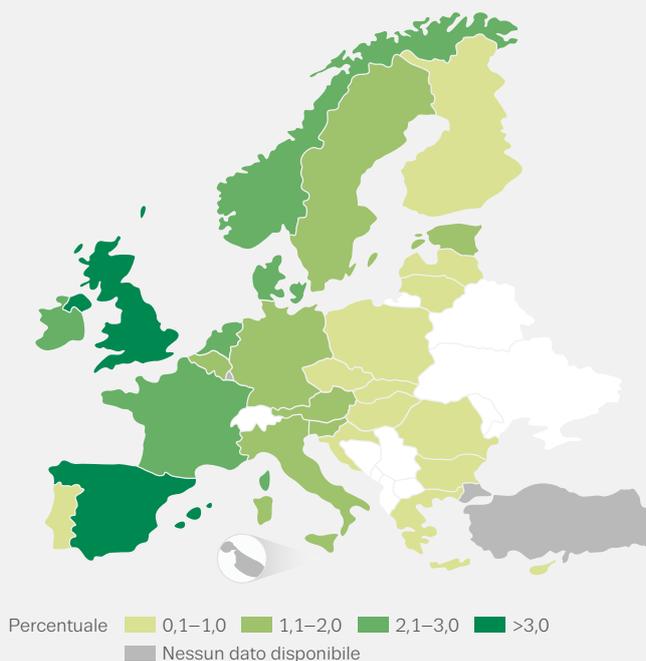
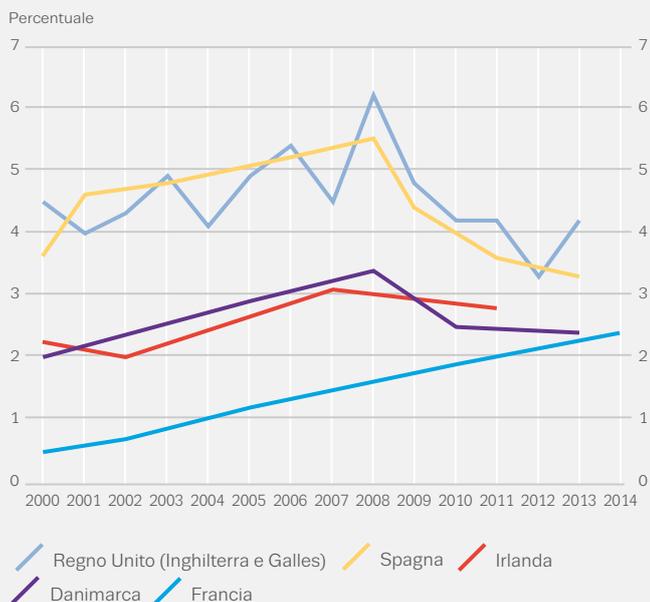
Residui di cocaina nelle acque reflue: in città europee selezionate (a sinistra) e medie giornaliere (a destra)



NB: quantità media giornaliera di cocaina in milligrammi per 1 000 abitanti. I campioni sono stati prelevati in città europee selezionate nel corso di una settimana nel 2014. Fonte: Sewage Analysis Core Group Europe (SCORE).

FIGURA 2.4

Prevalenza del consumo di cocaina tra i giovani adulti (15–34) nell'ultimo anno: tendenze selezionate (a sinistra) e dati più recenti (a destra)



I cali del consumo di cocaina sono osservabili nei dati più recenti; dei Paesi che hanno presentato indagini a partire dal 2012, nove hanno segnalato stime più basse e tre hanno dichiarato stime più elevate rispetto all'indagine precedente confrontabile.

Costante calo della richiesta di trattamento per consumo di cocaina

La prevalenza di forme problematiche di consumo di cocaina in Europa è difficile da valutare perché solo quattro paesi dispongono di stime recenti e, per motivi metodologici, queste stime non sono facili da comparare. Nel 2012, nella popolazione adulta, la Germania ha stimato "problemi di dipendenza dalla cocaina" pari allo 0,20 %. Nel 2013 l'Italia ha presentato una stima pari allo 0,23 % per coloro che "necessitano di trattamento per consumo di cocaina" e la Spagna ha stimato un "consumo di cocaina ad alto rischio" pari allo 0,29 %. Per il periodo 2011-2012 il Regno Unito ha stimato un consumo di crack nella popolazione adulta in Inghilterra pari allo 0,48 % e la maggioranza degli interessati era costituita anche da consumatori di oppiacei.

La cocaina è stata indicata come la droga primaria dal 13 % di tutti i pazienti segnalati che si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza nel 2013 (55 000) e dal 16 % di coloro che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta (25 000). Si osservano variazioni tra i diversi paesi, con più del 70 % di tutti i consumatori di cocaina segnalati soltanto da tre paesi (Spagna, Italia, Regno Unito). Secondo i dati più recenti, il numero di consumatori di cocaina che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta si è stabilizzato intorno a 24 000; questo numero è calato dopo aver raggiunto un picco di 38 000 nel 2008. Nel 2013, 6 000 consumatori che si sono sottoposti a trattamento in Europa hanno dichiarato il crack come droga primaria, di cui oltre la metà nel Regno Unito (3 500) e la maggior parte dei rimanenti (2 200) in Spagna, Francia e Paesi Bassi.

Interpretare i dati disponibili sulla mortalità associata alla cocaina è impegnativo, in parte perché è probabile che questa droga influisca su alcuni decessi attribuiti a problemi cardiovascolari. Nondimeno, nel 2013 sono stati segnalati oltre 800 decessi associati al consumo di cocaina (dati di 27 paesi). La maggior parte di questi

decessi sono stati attribuiti a overdose, mentre in molti casi sono state individuate anche altre sostanze, in particolare oppiacei. A livello europeo, per via di problemi relativi alla qualità dei dati, non è stato possibile formulare osservazioni sulle tendenze. Tuttavia, alcuni paesi dispongono di informazioni, seppur limitate. Per esempio, tra il 2012 e il 2013 il numero dei decessi in occasione dei quali è stata rilevata la presenza di cocaina è aumentato da 174 a 215 nel Regno Unito e da 19 a 29 in Turchia.

Nel 2013 sono stati segnalati oltre 800 decessi associati al consumo di cocaina

Amfetamine: il consumo è stabile in molti paesi

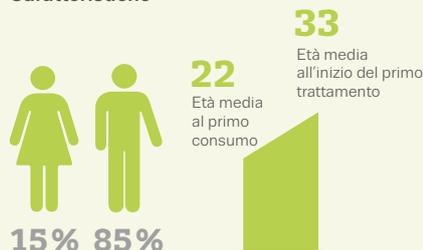
L'amfetamina e la metamfetamina, due stimolanti strettamente correlati, sono entrambe consumate in Europa, benché l'amfetamina sia di gran lunga la più diffusa. Il consumo di metamfetamina è tradizionalmente limitato alla Repubblica ceca e, più di recente, alla Slovacchia, benché vi siano segnali di un aumento del consumo in altri paesi. In alcune serie di dati non è possibile distinguere queste due sostanze; in tali casi, si utilizza il termine generico "amfetamine".

Entrambe queste droghe si possono assumere per via orale o nasale; inoltre, in alcuni paesi l'assunzione per via parenterale è comune tra consumatori ad alto rischio. La metamfetamina si può anche fumare, ma questa modalità di assunzione non è segnalata frequentemente in Europa.

Gli effetti avversi per la salute correlati alle amfetamine comprendono problemi cardiovascolari, polmonari,

CONSUMATORI DI COCAINA IN TRATTAMENTO

Caratteristiche



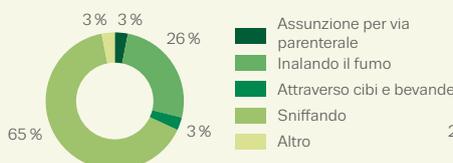
Frequenza di consumo nell'ultimo mese



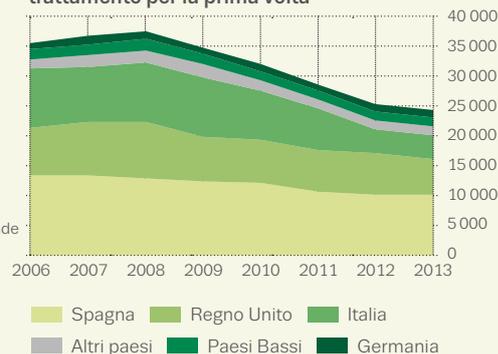
Fonte di segnalazione



Metodo di assunzione



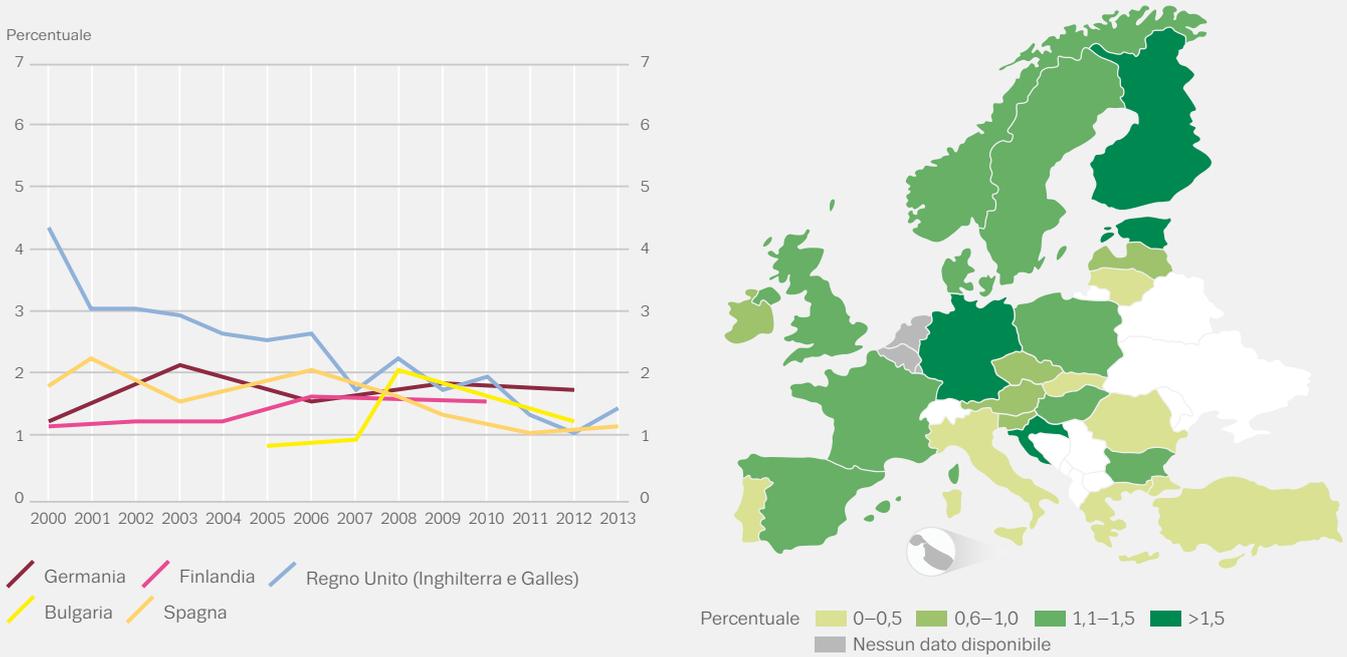
Tendenze relative ai pazienti sottoposti al trattamento per la prima volta



NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti in trattamento per i quali la cocaina/crack è la droga primaria. Le tendenze riguardano i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta per i quali la cocaina/crack è la droga primaria. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore. Fonte di segnalazione: il "sistema penale" include gli organi giurisdizionali, di polizia e i mezzi di prova; il "sistema sanitario" include i medici generici, i centri di trattamento della tossicodipendenza e i servizi sanitari, medici e sociali; "auto segnalazione" include il paziente, la famiglia e gli amici.

FIGURA 2.5

Prevalenza del consumo di amfetamine tra i giovani adulti (15–34) nell'ultimo anno: tendenze selezionate (a sinistra) e dati più recenti (a destra)



neurologici e mentali, mentre come nel caso di altre droghe l'assunzione per via parenterale rappresenta un fattore di rischio per le malattie infettive. Come per altri stimolanti, i decessi correlati alle amfetamine possono essere difficili da individuare. Tuttavia, ogni anno ne viene segnalato un piccolo numero.

Si stima che nell'ultimo anno 1,3 milioni (1,0 %) di giovani adulti (15-34) abbiano consumato amfetamine. Le stime più recenti della prevalenza a livello nazionale vanno dallo 0,1 % all'1,8 % (figura 2.5). I dati disponibili indicano che, dal 2000 circa, la situazione riguardante le tendenze nel consumo si è mantenuta relativamente stabile nella maggior parte dei paesi europei, con eccezioni rappresentate dalla Spagna e dal Regno Unito, dove dal 2000 si può osservare un calo statisticamente rilevante per quanto riguarda la prevalenza.

Nuovi modelli relativi al consumo problematico di amfetamine

In merito al consumo prolungato e cronico e all'assunzione per via parenterale di amfetamina, sono stati riscontrati dei problemi nei paesi dell'Europa del Nord. Per contro, i problemi correlati al consumo di metamfetamina nel lungo periodo sono risultati più evidenti in Repubblica ceca e Slovacchia. Le stime del consumo problematico segnalate da questi paesi presso gli adulti di età compresa tra 15 e 64 anni sono pari allo 0,48 % circa per la Repubblica ceca (2013) e allo 0,21 % per la Slovacchia (2007). In Repubblica ceca, tra il 2007 e 2013, è stato rilevato un aumento sensibile (da circa 20 000 a più di 34 000 casi) del consumo problematico o ad alto rischio di metamfetamina, in particolare assunta per via parenterale. Secondo indicazioni recenti, il consumo di metamfetamina



si sta diffondendo in altri paesi e presso nuove popolazioni: il consumo di questa sostanza è stato segnalato in paesi che confinano con la Repubblica ceca (Germania, Austria), in alcune zone dell'Europa meridionale (Grecia, Cipro, Turchia) e in paesi dell'Europa settentrionale (Lettonia, Norvegia). Un nuovo modello di consumo di metamfetamina viene costantemente segnalato in alcuni paesi europei, dove la droga viene assunta per via parenterale, spesso insieme ad altri stimolanti, tra piccoli gruppi di uomini omosessuali. I cosiddetti "slamming party" rappresentano un problema a causa della combinazione di comportamenti a rischio relativi sia alle abitudini sessuali sia al consumo di droga.

percentuale significativa delle richieste di primo trattamento segnalate soltanto in Germania, Lettonia e Polonia. I pazienti in trattamento che hanno segnalato la metamfetamina come droga primaria sono concentrati in Repubblica ceca e Slovacchia, che insieme rappresentano il 95 % degli 8 000 consumatori di metamfetamina in Europa. Si segnalano incrementi nel numero di pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta per consumo di amfetamina innanzitutto in Germania, Repubblica ceca e Slovacchia.

In Europa il 7 % circa dei pazienti che si sono sottoposti a un trattamento specialistico della tossicodipendenza nel 2013 segnala le amfetamine (amfetamina e metamfetamina) come droga primaria; si tratta approssimativamente di 29 000 pazienti, 12 000 dei quali sono entrati in trattamento per la prima volta nella vita. I consumatori primari di amfetamine costituiscono una

CONSUMATORI DI AMFETAMINE IN TRATTAMENTO

Caratteristiche



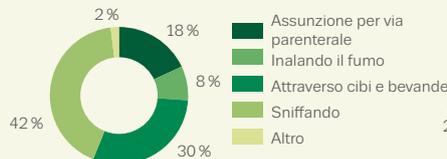
Frequenza di consumo nell'ultimo mese



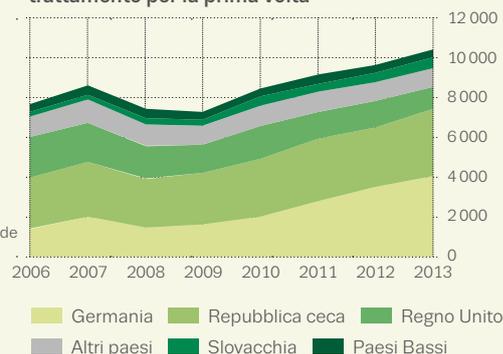
Fonte di segnalazione



Metodo di assunzione



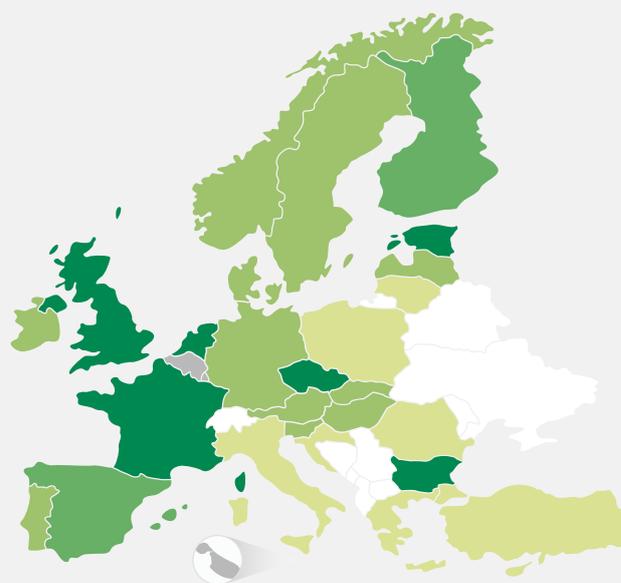
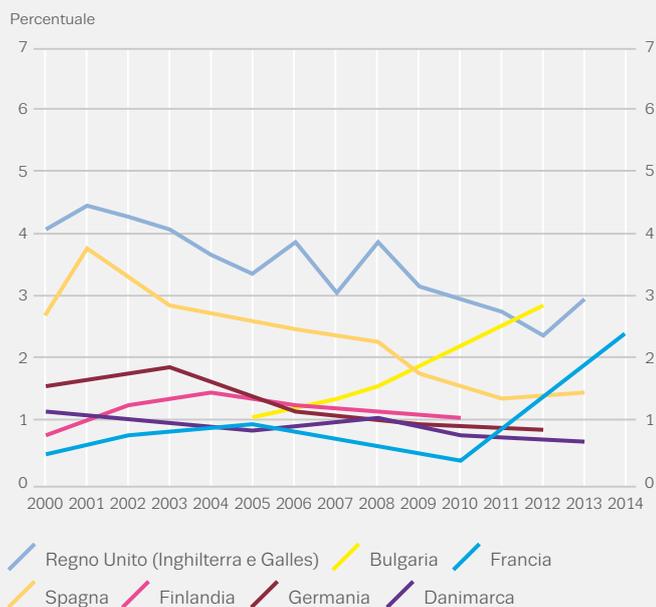
Tendenze relative ai pazienti sottoposti al trattamento per la prima volta



NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti in trattamento per i quali l'amfetamina è la droga primaria. Le tendenze riguardano i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta per i quali l'amfetamina è la droga primaria. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore. Fonte di segnalazione: il "sistema penale" include gli organi giurisdizionali, di polizia e i mezzi di prova; il "sistema sanitario" include i medici generici, i centri di trattamento della tossicodipendenza e i servizi sanitari, medici e sociali; "auto segnalazione" include il paziente, la famiglia e gli amici.

FIGURA 2.6

Prevalenza del consumo di ecstasy tra i giovani adulti (15–34) nell'ultimo anno: tendenze selezionate (a sinistra) e dati più recenti (a destra)



Percentuale

- 0–0,5
- 0,6–1,0
- 1,1–2,0
- >2,0
- Nessun dato disponibile

Consumo di MDMA/ecstasy

L'MDMA (3,4-metilenediossimetamfetamina) viene consumata soprattutto in compresse, ma ora è sempre più diffusa anche in cristalli e in polvere; le compresse vengono solitamente deglutite ma, sotto forma di polvere, la droga viene anche assunta per inalazione. I problemi che si associano al consumo di questo stupefacente comprendono ipertermia acuta, aumento del battito cardiaco e insufficienza multiorgano, mentre il consumo prolungato è stato correlato a problemi epatici e cardiaci. I decessi associati a questa droga rimangono relativamente modesti e sono talvolta causati da altre sostanze vendute come MDMA. Sono sorte recentemente preoccupazioni per via di gravi problemi legati a dosi elevate di MDMA in compresse e in polvere. Inoltre, nel 2014 sono stati lanciati allarmi per la presenza di compresse d'ecstasy che contenevano alte concentrazioni di PMMA, una droga con un profilo di sicurezza preoccupante.

Storicamente, la maggior parte delle indagini europee raccoglie dati sul consumo di ecstasy anziché su quello di MDMA. Si stima che 1,8 milioni di giovani di età compresa tra 15 e 34 anni (l'1,4 % di questa fascia di età) abbiano consumato ecstasy nell'ultimo anno, con stime nazionali che variano dallo 0,1 % al 3,1 %. Tra i paesi che dispongono di dati sufficienti per esaminare le tendenze a livello statistico, si può rilevare un calo della prevalenza a partire dal 2000 in Germania, Spagna e Regno Unito. La Danimarca presenta un modello simile di calo della

prevalenza, ma con un livello di certezza statistica inferiore (figura 2.6). Per contro, in Bulgaria permane un modello di prevalenza che è stimato in aumento. Tra i Paesi che hanno svolto nuove indagini a partire dal 2012, i risultati sono divergenti: sei hanno stimato una prevalenza minore e sette hanno segnalato stime più elevate rispetto all'indagine precedente confrontabile. Il consumo di ecstasy è raramente segnalato come motivo per sottoporsi al trattamento della tossicodipendenza, essendo responsabile di meno dell'1 % (circa 600 casi) di pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta nel 2013.

Storicamente, la maggior parte delle indagini europee raccoglie dati sul consumo di ecstasy anziché su quello di MDMA

FIGURA 2.7

GHB, chetamina e allucinogeni suscitano tuttora preoccupazioni in alcuni paesi

In Europa vengono consumate alcune altre sostanze psicoattive con proprietà allucinogene, anestetiche e depressive, tra cui LSD (dietilammide dell'acido lisergico), chetamina, GHB (gamma-idrossibutirrato) e funghi allucinogeni.

Negli ultimi due decenni, presso diversi sottogruppi di consumatori di droga in Europa, è stato segnalato l'uso in ambienti ricreativi di chetamina e GHB (compreso il suo precursore GBL, gammabutirrolattone). Vi è una crescente consapevolezza dei problemi sanitari correlati a queste sostanze, ad esempio i danni alla vescica associati a un consumo prolungato di chetamina. La perdita di conoscenza, la sindrome da astinenza e la dipendenza sono rischi legati al consumo di GHB, con alcune richieste di trattamento segnalate in Belgio, Paesi Bassi e Regno Unito.

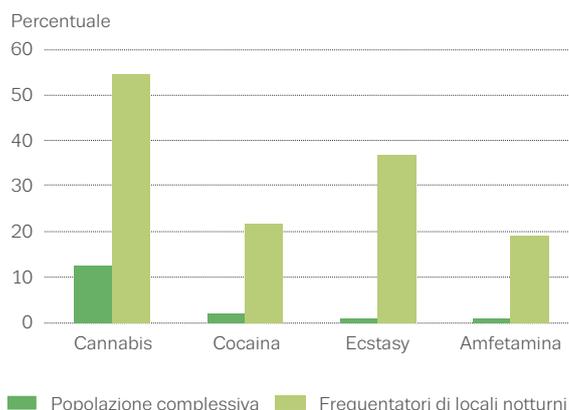
Laddove disponibili, le stime nazionali sulla prevalenza del consumo di GHB e chetamina negli adulti e nella popolazione scolastica rimangono basse. Nelle sue indagini più recenti, la Norvegia ha segnalato una prevalenza del consumo di GHB dello 0,1 % tra gli adulti (15-64) nell'ultimo anno, mentre in Danimarca e in Spagna tale prevalenza è stata dichiarata dallo 0,3 % dei giovani di età compresa tra 15 e 34 anni, e nel Regno Unito l'1,8 % dei giovani tra 16 e 24 anni ha dichiarato di aver consumato chetamina nell'ultimo anno, una tendenza che si mantiene stabile dal 2008.

I livelli generali di prevalenza del consumo di funghi allucinogeni e LSD in Europa sono generalmente bassi e stabili ormai da qualche anno. Tra i giovani adulti (15-34), le stime d'indagini nazionali relative alla prevalenza nell'ultimo anno sono inferiori all'1 % per entrambe le sostanze.

Si riscontrano livelli più alti di consumo di stupefacenti tra i frequentatori di locali notturni

Com'è noto, vi sono alcuni contesti sociali particolarmente associati a livelli elevati di consumo di droga e alcol. Solitamente, le indagini riguardanti i giovani frequentatori di eventi notturni mostrano livelli di consumo di stupefacenti più elevati rispetto alla popolazione generale. Ciò si può ricavare dalle informazioni tratte dal Global Drug Survey (indagine globale sulle droghe svolta su Internet), nell'ambito di cui l'EMCDDA ha commissionato una speciale analisi sul consumo di stupefacenti presso i giovani adulti che si sono autodefiniti frequentatori assidui di locali notturni (ovvero persone che vi si recano

Prevalenza nell'ultimo anno tra i giovani adulti (15-34): popolazione generale e frequentatori di locali notturni (10 paesi)



Fonte: Global Drug Survey 2014 (indagine globale sulle droghe) e le più recenti indagini sulla popolazione generale per i seguenti paesi: Belgio, Germania, Irlanda, Spagna, Francia, Ungheria, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Regno Unito. Amfetamine: tranne Belgio e Paesi Bassi. Ecstasy: tranne Paesi Bassi.

almeno una volta ogni tre mesi). L'analisi è stata effettuata su un campione di 25 790 giovani di 10 paesi europei e di età compresa tra 15 e 34 anni. Occorre osservare che il campione che ha risposto a un'indagine online sulle droghe è autoselezionato e non è rappresentativo e, pertanto, i risultati vanno interpretati con cautela. In questo campione, a seconda della sostanza, la prevalenza nell'ultimo anno è risultata da 4 a circa 25 volte superiore a quella riscontrata presso il gruppo della stessa fascia d'età nella popolazione generale dell'Unione europea. Raggruppando i paesi disponibili per ogni sostanza stupefacente e confrontando la media ponderata ricavata dalle indagini sulla popolazione generale (IPG), circa il 55 % dei frequentatori assidui di locali ha dichiarato di aver consumato cannabis nell'ultimo anno (contro una media ponderata delle IPG del 12,9 %), con cifre elevate per altre sostanze illecite: 22 % per la cocaina (IPG 2,4 %); 19 % per le amfetamine (IPG 1,2 %); 37 % per l'ecstasy (IPG 1,5 %) (figura 2.7). Sono stati segnalati i livelli di prevalenza nell'ultimo anno presso i frequentatori di locali anche per altre droghe, tra cui la chetamina (11 %), il mefedrone (3 %), i cannabinoidi sintetici (3 %) e il GHB (2 %).

Un numero limitato di frequentatori di locali ha dichiarato di aver avuto problemi legati al consumo di stupefacenti: in tali casi, la cannabis e l'ecstasy sono state le droghe più frequentemente associate all'insorgenza di emergenze acute per questo gruppo.

Il consumo di "droghe legali" tra i giovani

La prevalenza del consumo di nuove sostanze psicoattive in Europa è difficile da determinare. Quando queste

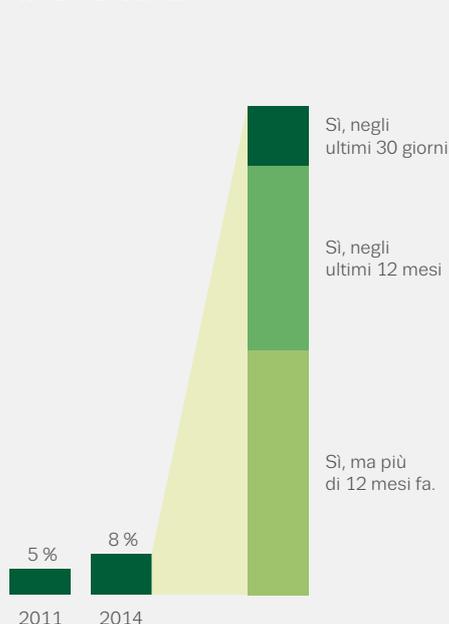
FIGURA 2.8

Disponibilità e consumo di "droghe legali", definite come nuove sostanze che imitano gli effetti delle sostanze illecite

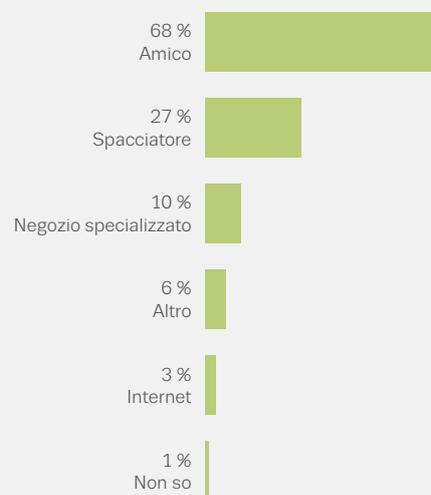
Quanto sarebbe facile o difficile reperire tali sostanze entro 24 ore?



Ne hai mai fatto uso?



Se hai fatto uso di queste sostanze negli ultimi 12 mesi, come te le sei procurate?



(È possibile selezionare più risposte)

Fonte: Flash Eurobarometer 401.

sostanze vengono considerate da indagini condotte a livello nazionale, la mancanza di una metodologia comune comporta che i dati siano raramente confrontabili tra i paesi e i problemi di definizione complicano ulteriormente le cose, specialmente perché lo status giuridico delle sostanze può cambiare rapidamente. Nondimeno, l'Eurobarometro Flash sui giovani e la droga del 2014, un'indagine telefonica su 13 128 giovani adulti dei 28 Stati membri e di età compresa tra 15 e 24 anni, fornisce alcune indicazioni sul consumo di queste sostanze. Rispondendo a una domanda sulla disponibilità percepita, circa due terzi degli intervistati hanno ritenuto difficile o impossibile procurarsi "droghe legali", con cui si intendono nuove sostanze che imitano gli effetti delle sostanze illecite. Nonostante si trattasse soprattutto di un'indagine attitudinale, l'Eurobarometro comprendeva una domanda sul consumo delle "droghe legali". Attualmente questi dati rappresentano la sola fonte d'informazioni a livello UE su questo tema, anche se occorre interpretarne con cautela i risultati per ragioni metodologiche. Nel complesso, l'8 % degli intervistati ha segnalato di aver consumato "droghe legali" nell'arco della vita e il 3 % ha dichiarato di averne fatto uso nell'ultimo anno (figura 2.8). Questo dato rappresenta un aumento rispetto al 5 % che ne ha segnalato il consumo nell'arco della vita in un'indagine analoga del 2011. I livelli di consumo più alti nell'ultimo anno sono stati dichiarati da giovani irlandesi (9 %), mentre l'uso di "droghe legali" nell'ultimo anno non è stato segnalato nei campioni di Cipro e Malta. Il 68 % degli

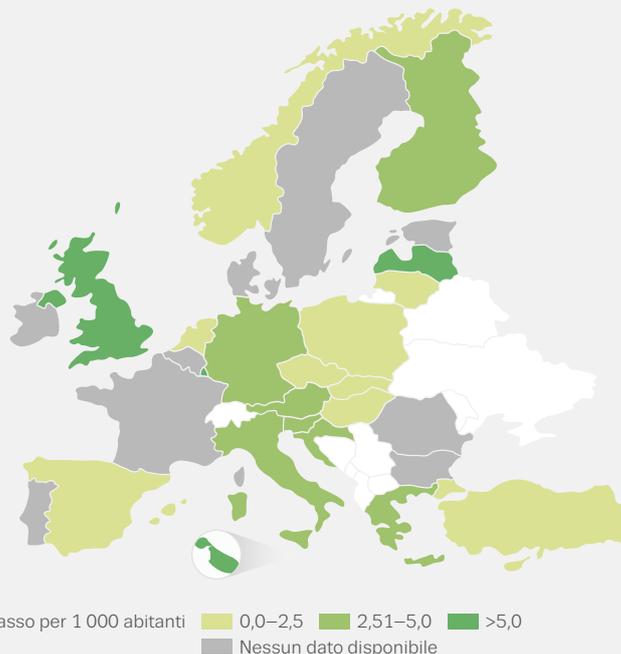
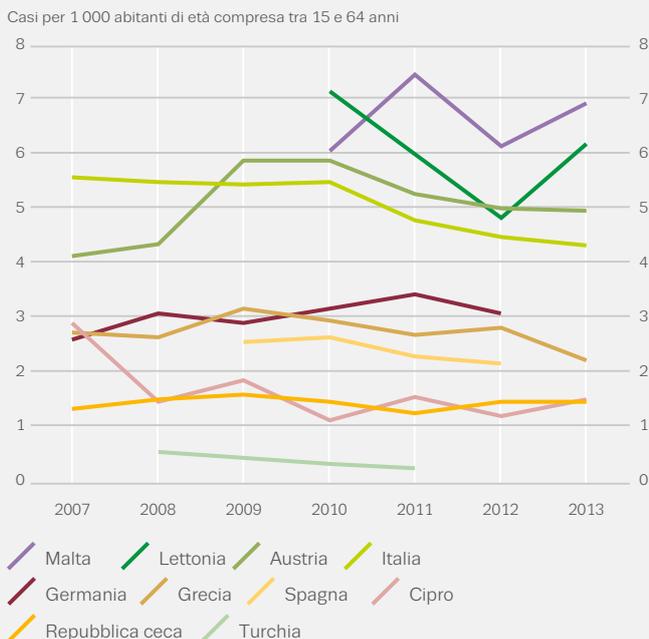
intervistati che hanno affermato di averle consumate nell'ultimo anno ha ricevuto la sostanza da un amico.

È interessante considerare i risultati dell'Eurobarometro insieme a quelli di altre indagini, notando che vengono impiegati metodi e poste domande differenti. Dal 2011 nove paesi europei segnalano stime a livello nazionale sul consumo delle nuove sostanze psicoattive o "droghe legali" (esclusi GHB e chetamina). La prevalenza nell'ultimo anno del consumo di queste sostanze tra i giovani adulti (di età compresa tra 15 e 24 anni) varia dal 9,7 % in Irlanda allo 0,2 % in Portogallo. Occorre osservare che in entrambi i paesi sono state introdotte misure per limitare la disponibilità diretta delle "droghe legali" tramite la chiusura dei negozi che vendevano questi prodotti. Nell'ambito di queste indagini, sono disponibili dati per il Regno Unito (Inghilterra e Galles) sul consumo di mefedrone. Nell'indagine più recente (2013-2014), il consumo di questa droga nell'ultimo anno tra i giovani di età compresa tra i 16 e i 24 anni era stimato all'1,9 %; questo dato si è mantenuto stabile rispetto all'anno precedente, ma è inferiore in confronto al 4,4 % del 2010-2011, prima che venissero introdotte misure di controllo.

Pur non trattandosi di un fenomeno diffuso, l'assunzione per via parenterale di catinoni sintetici viene costantemente segnalata in alcune popolazioni specifiche, tra cui consumatori di oppiacei per via parenterale, pazienti in trattamento in alcuni paesi e piccoli gruppi di

FIGURA 2.9

Stime nazionali relative alla prevalenza del consumo di oppiacei ad alto rischio nell'ultimo anno: tendenze (a sinistra) e dati più recenti (a destra)



uomini omosessuali. In Ungheria, in Romania e nel Regno Unito è stato segnalato un aumento delle richieste di trattamento per problemi associati al consumo di catinoni sintetici. Nel Regno Unito (Inghilterra), il numero di pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta che dichiarano di fare uso (a qualunque livello) di mefedrone è salito da 900 a 1 630 tra il 2011-2012 e il 2012-2013; il dato si è stabilizzato a 1 641 nel 2013-2014.

Oppiacei: 1,3 milioni di consumatori problematici

Il consumo illecito di oppiacei è ancora responsabile di una percentuale sproporzionatamente alta della mortalità e della morbidità dovuta al consumo di droga in Europa. Il principale oppiaceo consumato in Europa è l'eroina, che si può fumare o assumere per inalazione o per via parenterale. Si fa abuso anche di altri oppiacei sintetici, come la buprenorfina, il metadone e il fentanil.

La prevalenza media annuale del consumo ad alto rischio di oppiacei tra gli adulti (15-64 anni) nel 2013 è stimata all'incirca allo 0,4 % (4 casi per 1 000 abitanti), l'equivalente di 1,3 milioni di consumatori problematici di oppiacei in Europa. Le stime relative alla prevalenza del consumo ad alto rischio di oppiacei variano, a seconda del paese, da meno di uno a circa otto casi per 1 000 abitanti di età compresa tra 15 e 64 anni. Tra il 2006 e il 2013 dieci Paesi hanno effettuato stime ripetute relativamente al consumo ad alto rischio di oppiacei, che indicano tendenze relativamente stabili (figura 2.9).

I consumatori di oppiacei (soprattutto di eroina) come droga primaria rappresentano il 41 % di tutti i consumatori di stupefacenti che nel 2013 si sono sottoposti a trattamento specialistico della tossicodipendenza in Europa (175 000 pazienti) e il 20 % di quelli che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta (31 000 pazienti). Il numero dei nuovi pazienti eroinomani si è più che dimezzato nel 2013 (23 000) dopo aver toccato l'apice nel 2007 (59 000). Nel complesso, sembra probabile che le nuove iniziazioni al consumo di eroina siano diminuite e che questo cominci ora a influire sulla richiesta di trattamento.

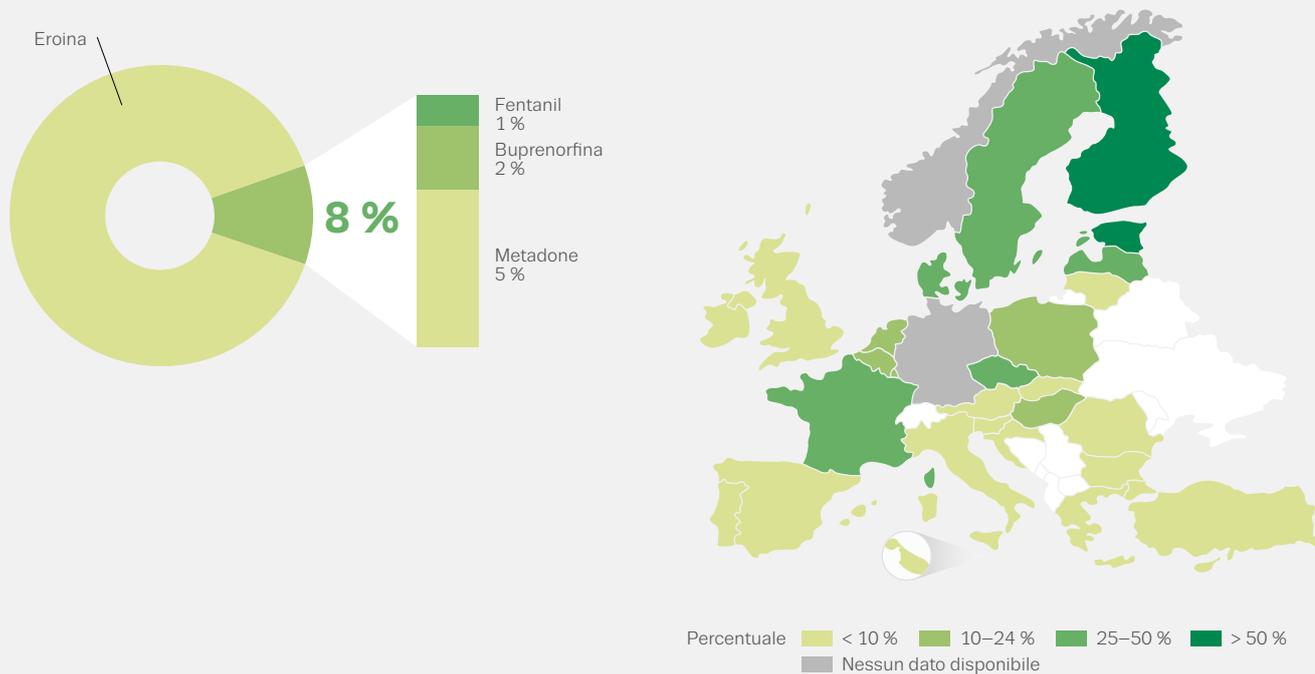
Oppiacei diversi dall'eroina: una preoccupazione crescente

In poco più di un terzo (11) dei paesi europei, nel 2013 oltre il 10 % di tutti i consumatori di oppiacei che si sono sottoposti al trattamento specializzato lo ha fatto per problemi correlati principalmente ad oppiacei diversi dell'eroina (figura 2.10). Queste sostanze includono il metadone, la buprenorfina e il fentanil. In generale, il metadone è l'oppiaceo diverso dall'eroina il cui abuso è dichiarato più frequentemente, seguito dalla buprenorfina;

Il principale oppiaceo consumato in Europa è l'eroina

FIGURA 2.10

Pazienti in trattamento per consumo di oppiacei come droga primaria: per tipo di oppiacei (a sinistra) e percentuale che segnala oppiacei diversi dall'eroina (a destra)



queste sostanze riguardano rispettivamente il 60 % e il 30 % di tutte le richieste di trattamento dei consumatori che segnalano oppiacei diversi dall'eroina come droga primaria. In alcuni paesi queste droghe sono ormai gli oppiacei più comuni oggetto di consumo problematico. In Estonia, per esempio, la maggior parte dei pazienti sottoposti a trattamento che segnalano gli oppiacei come droga primaria faceva uso illecito di fentanil, mentre in Finlandia è noto che la maggior parte dei consumatori di oppiacei assume la buprenorfina come droga primaria.

I consumatori ad alto rischio di oppiacei: una popolazione che invecchia

Tra i consumatori di oppiacei che si sottopongono a trattamento spiccano due tendenze: il calo del loro numero e l'aumento dell'età media (figura 2.11). Tra il 2006 e il 2013, l'età media dei consumatori che si sono sottoposti a trattamento per problemi correlati all'uso di oppiacei è cresciuta di 5 anni. Durante lo stesso periodo, l'età media dei decessi indotti da stupefacenti (che sono principalmente correlati agli oppiacei) è aumentata da 33 a 37 anni. In Europa un numero rilevante di consumatori problematici di oppiacei in un contesto di poliassunzione prolungata ha ora un'età compresa tra 40 e 50 anni. Cattive condizioni di vita e di salute, il consumo di tabacco e alcol e il deterioramento legato all'età del sistema immunitario fanno sì che questi consumatori

FIGURA 2.11

Tendenze nella struttura dell'età di pazienti in trattamento per droga primaria, 2006 e 2013

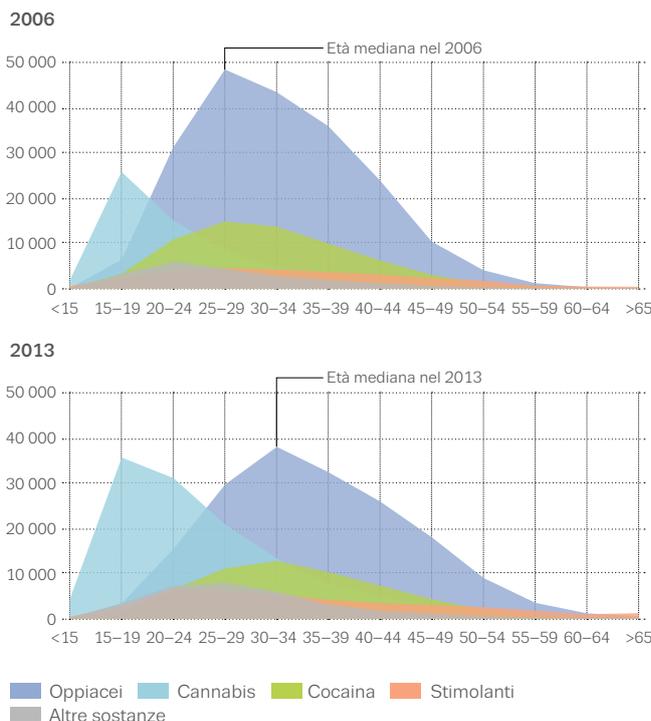


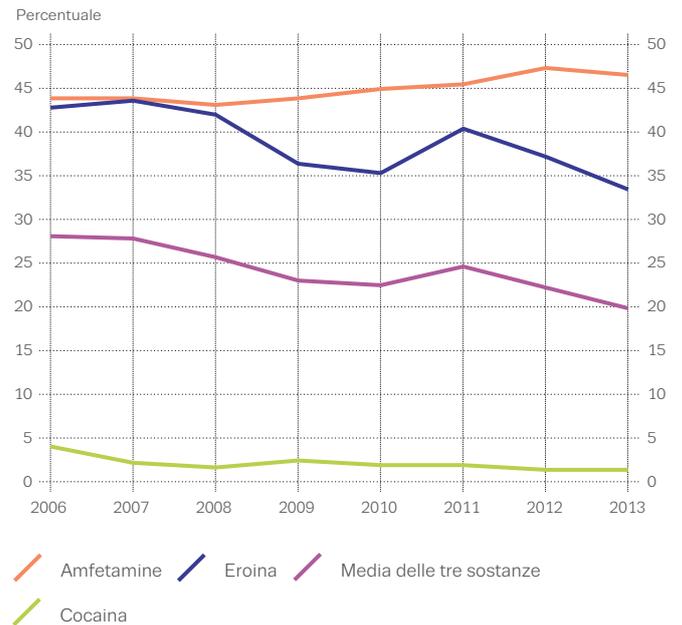
FIGURA 2.12

siano esposti a una serie di problemi sanitari cronici, tra cui si annoverano problemi cardiovascolari e polmonari dovuti al consumo cronico di tabacco e all'assunzione di droga per via parenterale. I consumatori a lungo termine di eroina segnalano inoltre dolori cronici e l'infezione con il virus dell'epatite li può esporre maggiormente al rischio di cirrosi o di altri problemi epatici. Gli effettivi cumulativi della poliassunzione, dell'overdose e delle infezioni nel corso di molti anni accelerano l'invecchiamento fisico di questi consumatori, con un impatto crescente sui servizi di trattamento e di sostegno sociale.

Consumo di stupefacenti per via parenterale: in calo sul lungo periodo

I consumatori di sostanze stupefacenti per via parenterale figurano fra i soggetti che corrono il rischio più elevato di andare incontro a problemi di salute, tra cui infezioni trasmissibili per via ematica oppure overdose da stupefacenti. L'assunzione per via parenterale è comunemente associata al consumo di oppiacei, benché in alcuni paesi l'assunzione per via parenterale di anfetamine costituisca un grave problema. Quattordici paesi dispongono di stime recenti sulla prevalenza del consumo di stupefacenti per via parenterale, che varia da meno di uno a circa nove casi per 1 000 abitanti di età compresa fra 15 e 64 anni.

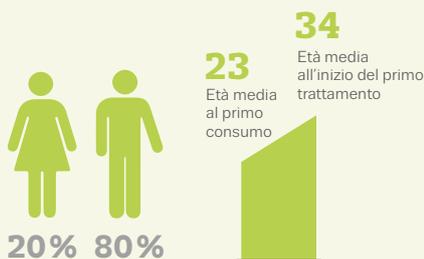
Pazienti sottoposti a trattamento per la prima volta che indicano la via parenterale come metodo principale di assunzione della loro droga primaria



Tra coloro che si sottopongono a trattamento specialistico per la prima volta segnalando le amfetamine come droga primaria, il consumo per via parenterale come modalità principale di assunzione è dichiarato nel 46 % dei casi, con una tendenza generale stabile (figura 2.12). Ogni anno più

CONSUMATORI DI EROINA IN TRATTAMENTO

Caratteristiche



Frequenza di consumo nell'ultimo mese



Pazienti sottoposti al trattamento per la prima volta

18%



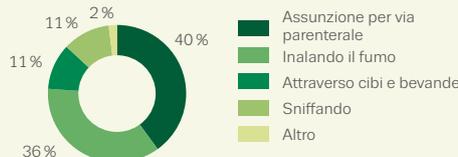
Pazienti che si sono già sottoposti al trattamento

82%

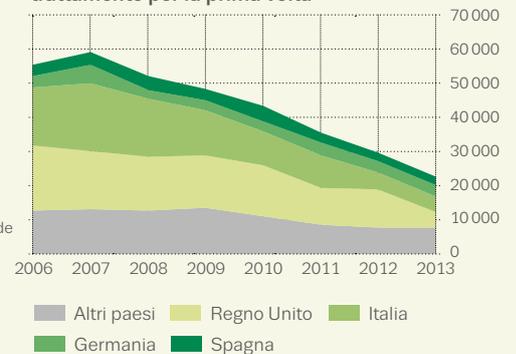
Fonte di segnalazione



Metodo di assunzione



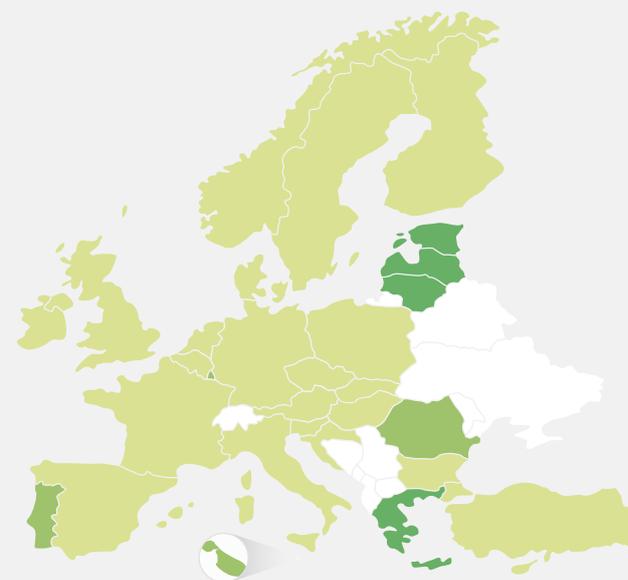
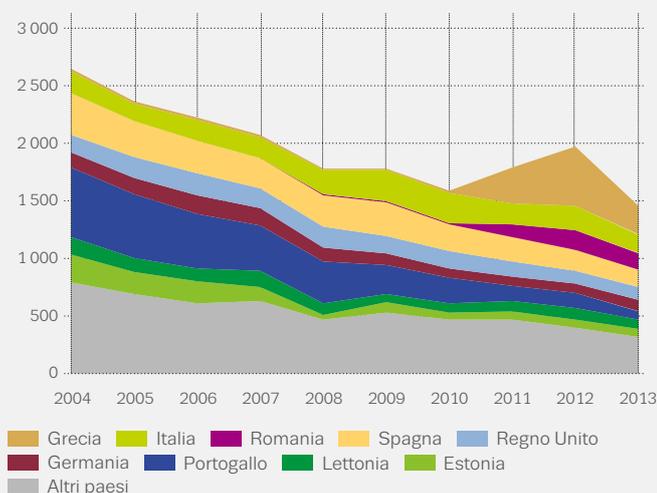
Tendenze relative ai pazienti sottoposti al trattamento per la prima volta



NB: le caratteristiche riguardano tutti i pazienti in trattamento per i quali l'eroina è la droga primaria. Le tendenze riguardano i pazienti che si sono sottoposti a trattamento per la prima volta per i quali l'eroina è la droga primaria. I paesi compresi nella statistica variano per indicatore. Fonte di segnalazione: il "sistema penale" include gli organi giurisdizionali, di polizia e i mezzi di prova; il "sistema sanitario" include i medici generici, i centri di trattamento della tossicodipendenza e i servizi sanitari, medici e sociali; "auto segnalazione" include il paziente, la famiglia e gli amici.

FIGURA 2.13

Nuove infezioni da HIV diagnosticate e correlate al consumo di stupefacenti per via parenterale: tendenze in numero di casi (a sinistra) e dati più recenti (a destra)



Casi per milione di abitanti <5,0 5,1–10,0 >10,0

NB: dati per il 2013 (fonte: ECDC).

del 70 % di questi casi viene segnalato dalla Repubblica ceca, dove la tendenza è in aumento. Per quanto riguarda gli altri Paesi europei, il consumo per via parenterale come modalità principale di assunzione per i nuovi consumatori di amfetamina è in calo. Tra i pazienti che si sottopongono a trattamento specialistico per la prima volta e segnalano l'eroina come droga primaria, si registra un calo del consumo per via parenterale come modalità principale di assunzione (33 % contro il 43 % del 2006). I livelli di assunzione per via parenterale fra i consumatori di eroina variano a seconda del paese, dall'8 % nei Paesi Bassi al 100 % in Lituania. Se si considerano insieme le tre principali sostanze stupefacenti assunte per via parenterale, presso i pazienti che si sottopongono a trattamento specialistico per la prima volta si segnala il calo (dal 28 % nel 2006 al 20 % nel 2013) di questo consumo come modalità principale di assunzione.

Frenata epidemia in Grecia: calano i nuovi casi di HIV tra i consumatori per via parenterale

L'assunzione di stupefacenti per via parenterale continua a svolgere un ruolo centrale nella diffusione delle infezioni trasmissibili per via ematica, tra cui l'epatite C (HCV) e, in alcuni paesi, il virus dell'immunodeficienza umana (HIV). Fra tutti i casi di HIV identificati in Europa di cui si conosce il veicolo di trasmissione, la percentuale attribuibile al consumo di stupefacenti per via parenterale si

è mantenuta bassa e stabile (meno dell'8 % nell'ultimo decennio).

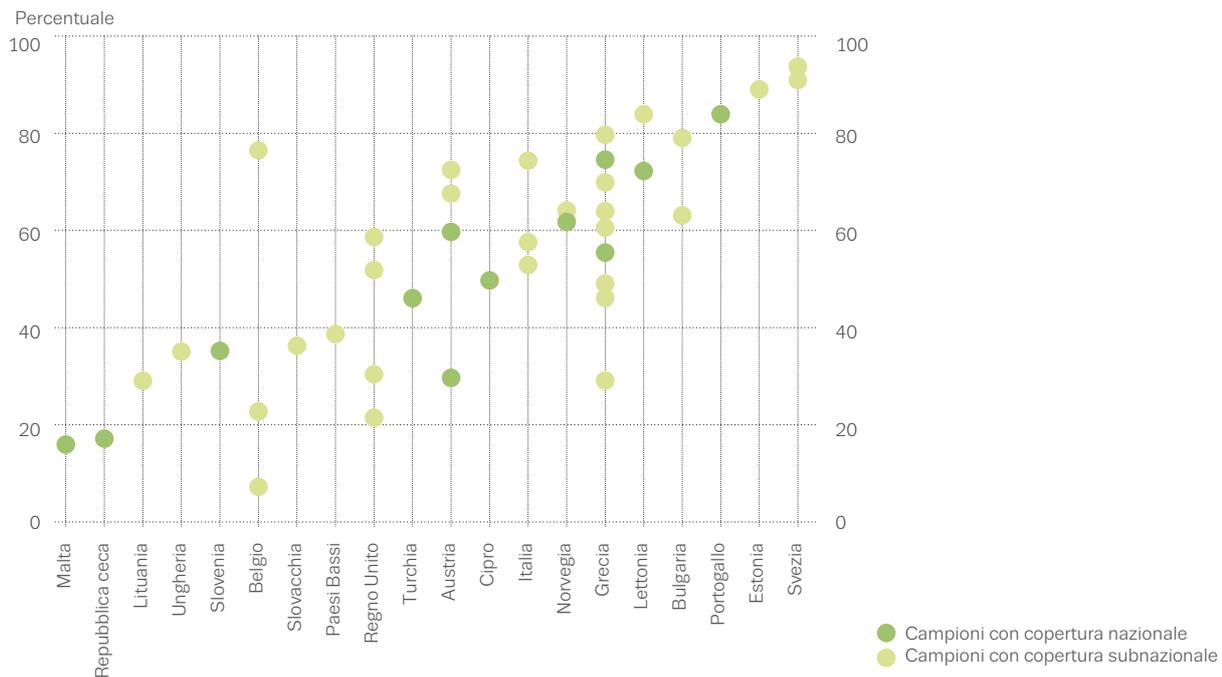
Secondo i dati più recenti, l'aumento delle nuove diagnosi di HIV in Europa in seguito alle epidemie scoppiate in Grecia e in Romania si è arrestato e il totale dei casi nell'UE è sceso tornando ai livelli pre-epidemici (figura 2.13). I dati provvisori del 2013 indicano 1 458 nuovi casi segnalati rispetto ai 1 974 del 2012, registrando un'inversione della tendenza all'aumento osservata a partire dal 2010. Questa diminuzione si spiega ampiamente con i cali registrati in Grecia (dove il numero di nuovi casi si è più che dimezzato dal 2012 al 2013) e, in misura minore, con quelli registrati in Romania. Benché le epidemie sembrano aver raggiunto l'apice in questi due paesi, il numero delle nuove diagnosi nel 2013 rimane almeno 10 volte superiore ai livelli pre-epidemici del 2010.

Nel 2013 il tasso medio delle nuove diagnosi di HIV segnalate e attribuite all'assunzione di stupefacenti per via parenterale è stato pari a 2,5 per milione di abitanti, con tassi che nei tre Stati baltici presentano valori da 8 a 22 volte superiori alla media dell'UE. In altri paesi, come Spagna e Portogallo, che in passato hanno sperimentato periodi con tassi d'infezione elevati, le tendenze nei tassi di nuove diagnosi segnalate sono in costante calo.

Una diagnosi precoce e una cura tempestiva e adeguata sono importanti per prevenire la progressione

FIGURA 2.14

Prevalenza degli anticorpi anti-HCV tra i consumatori di sostanze stupefacenti per via parenterale (2012/2013)



dall'infezione da HIV all'AIDS. Nel 2013 sono stati denunciati in Europa 769 nuovi casi di AIDS attribuibili al consumo di stupefacenti per via parenterale. I numeri relativamente elevati di nuove diagnosi registrate in Bulgaria, Lettonia, Grecia e Romania inducono a ipotizzare che in questi paesi occorra potenziare le iniziative di prevenzione dell'AIDS e i trattamenti dell'HIV.

La mortalità correlata all'HIV è una delle cause di morte indirette più documentate fra i consumatori di stupefacenti. Secondo la stima più recente, nel 2010 in Europa circa 1 700 persone sono morte a causa dell'infezione da HIV/AIDS contratta in seguito al consumo di stupefacenti per via parenterale, e la tendenza è al ribasso.

Epatite e altre infezioni associate al consumo di stupefacenti

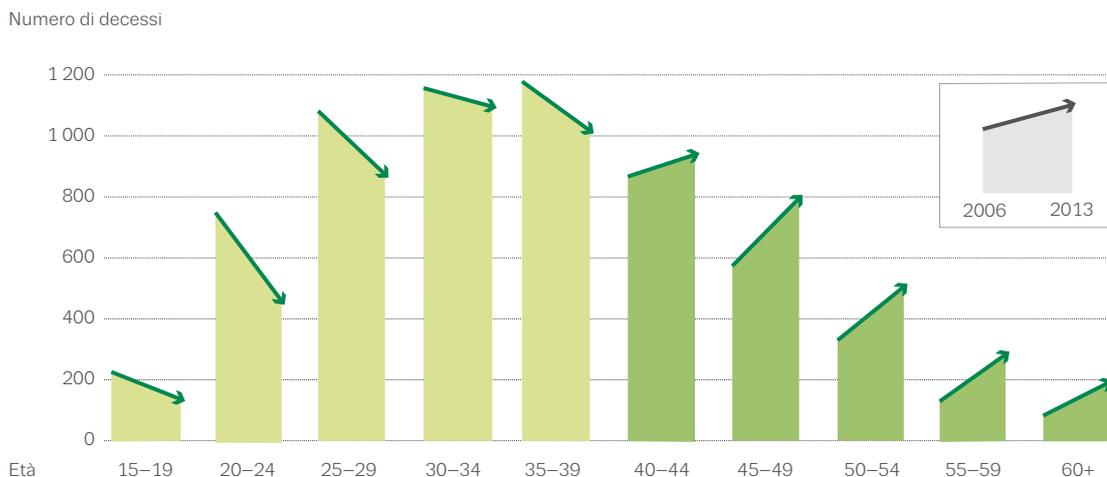
L'epatite virale, in particolare l'infezione causata dal virus dell'epatite C (HCV), mostra una prevalenza elevata nei consumatori di droga per via parenterale in tutta Europa. Ciò può comportare gravi conseguenze nel lungo termine, perché l'infezione da HCV, spesso aggravata dal forte consumo di alcol, potrebbe essere responsabile di un numero crescente di casi di cirrosi, di cancro al fegato e di decessi tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale.

I livelli di anticorpi anti-HCV fra i campioni nazionali di consumatori di droga per via parenterale esaminati nel 2012–2013 variano dal 14 % all'84 %; cinque dei dieci paesi che dispongono di dati nazionali segnalano un tasso di prevalenza superiore al 50 % (figura 2.14). Tra i paesi che dispongono di dati sulle tendenze nazionali per il periodo 2006–2013, un calo della prevalenza dell'HCV nei consumatori di droga per via parenterale è stato segnalato soltanto in Norvegia, mentre in altri sei paesi si è osservato un incremento.

Il consumo di droga può rappresentare un fattore di rischio per altre malattie infettive tra cui l'epatite A e B, le malattie sessualmente trasmissibili, la tubercolosi, il tetano e il botulismo. In Europa sono stati segnalati casi sporadici di botulismo da ferita tra i consumatori di droga per via parenterale. In Norvegia, tra settembre e novembre 2013, sono stati denunciati sei casi confermati. Due gruppi di casi di botulismo da ferita (in Norvegia e Scozia) sono stati identificati nel dicembre 2014 e sono attualmente sotto esame (2015).

FIGURA 2.15

Numero di decessi indotti da stupefacenti per gruppo di età nel 2006 e nel 2013



Decessi correlati alle sostanze stupefacenti

Il consumo di sostanze stupefacenti è una delle principali cause di mortalità evitabile tra i giovani europei, sia direttamente in seguito a overdose (decessi indotti da stupefacenti) sia indirettamente in seguito a malattie, incidenti, violenze e suicidi connessi al consumo di stupefacenti. La maggior parte degli studi di coorte sui consumatori problematici di stupefacenti evidenzia tassi di mortalità che oscillano tra l'1 e il 2 % l'anno e, secondo le stime, ogni anno in Europa muoiono circa 10 000 - 20 000 consumatori di oppiacei. In generale, i consumatori di oppiacei hanno una probabilità 10 volte superiore di morire rispetto ai propri coetanei dello stesso sesso. Un recente studio multicentrico dell'EMCDDA basato su dati di nove paesi europei ha riscontrato che la maggior parte dei decessi tra i consumatori problematici di stupefacenti è prematura ed evitabile. Lo studio ha registrato 2 886 decessi su un campione di oltre 31 000 partecipanti, con un tasso annuo di mortalità generale pari a 14,2 casi per 1 000 abitanti. La causa del decesso è stata identificata nel 71 % dei casi e metà di questi decessi è stata attribuita a cause esterne, soprattutto all'overdose e, in misura minore, al suicidio, mentre l'altra metà è stata attribuita a cause somatiche tra cui l'infezione da HIV/AIDS e patologie circolatorie e respiratorie.

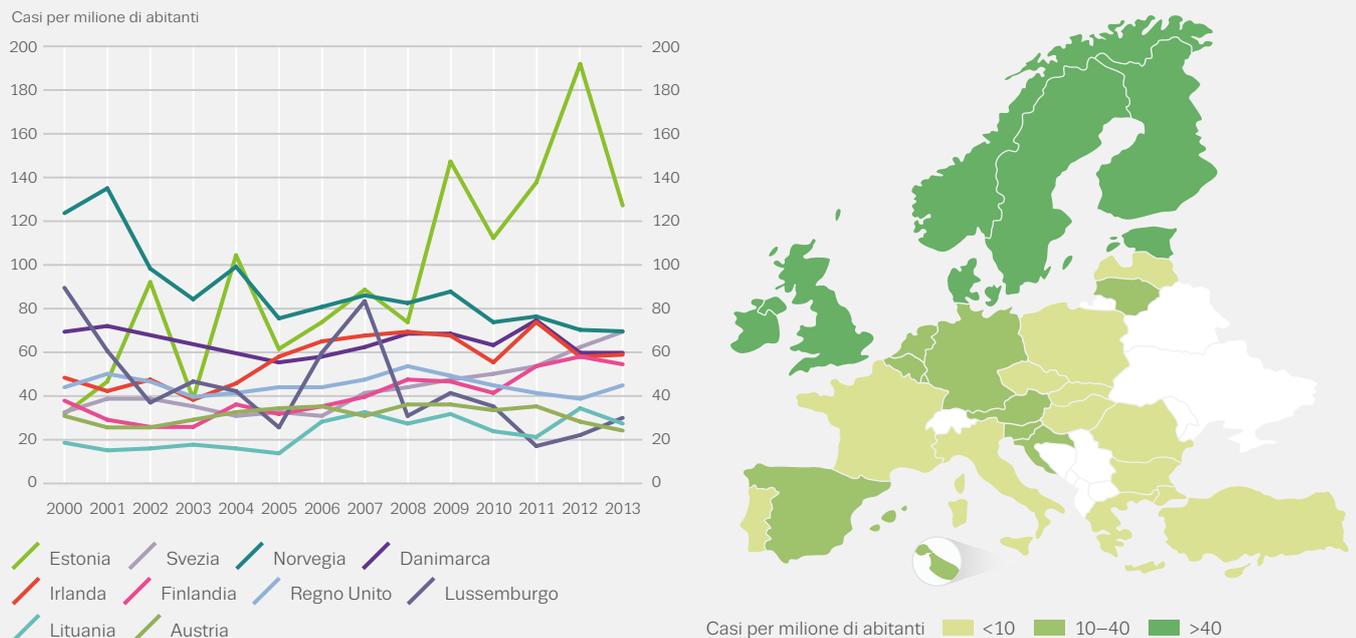
Decessi per overdose: incrementi recenti in alcuni paesi

In generale, l'overdose continua ad essere la principale causa di morte tra i consumatori problematici di stupefacenti e più di tre quarti delle vittime di overdose sono di sesso maschile (78 %). Spesso sono i decessi correlati al consumo di stupefacenti tra gli individui molto giovani a essere motivo di preoccupazione, ma solo l'8 % dei decessi per overdose segnalati in Europa nel 2013 riguarda soggetti di età inferiore ai 25 anni. Tra il 2006 e il 2013 si può individuare un modello in cui al calo dei decessi per overdose tra i consumatori più giovani di stupefacenti fa riscontro l'aumento dei decessi tra i consumatori più anziani (figura 2.15). Ciò riflette l'invecchiamento della popolazione europea dei consumatori di oppiacei, che sono i più esposti al rischio di decesso per overdose.

La maggior parte dei paesi ha segnalato un tendenziale aumento dei decessi per overdose dal 2003 al 2008-2009 circa, quando i livelli generali si sono dapprima stabilizzati per poi cominciare a scendere. Occorre cautela nell'interpretare i dati relativi all'overdose, e in particolare il totale cumulativo dell'UE, per diversi motivi, tra cui la sistematica omissione delle segnalazioni in alcuni paesi e i ritardi causati dalle procedure di registrazione, per quanto riguarda il numero dei casi e i valori complessivi a livello nazionale. Per via di questi ritardi, il totale dei casi nell'UE per l'anno in corso è un valore provvisorio che viene riveduto quando si rendono disponibili nuovi dati. La stima a livello di UE per il 2013 è di almeno 6 100 decessi, una

FIGURA 2.16

Tassi di mortalità indotta dagli stupefacenti tra gli adulti (15-64): tendenze selezionate (a sinistra) e dati più recenti (a destra)



NB: tendenze per i dieci paesi che hanno segnalato i tassi più alti nel 2013.

cifra in leggero aumento rispetto al dato rivisto del 2012. Sono particolarmente preoccupanti i netti aumenti indicati dai dati più recenti di alcuni paesi che dispongono di sistemi di segnalazione relativamente solidi, tra cui Germania, Svezia e Regno Unito. Anche la Turchia sta registrando valori in aumento, ma ciò può essere dovuto in parte a un miglioramento delle segnalazioni.

L'eroina o i suoi metaboliti sono presenti in gran parte dei casi segnalati di overdose mortali in Europa, spesso in associazione con altre sostanze. Nel Regno Unito (Inghilterra) e in Turchia l'aumento dei decessi segnalati è da attribuirsi in ampia misura a quelli correlati al consumo di eroina. Oltre a quest'ultima, nelle relazioni tossicologiche di solito sono presenti altri oppiacei, quali metadone, buprenorfina, fentanil e tramadol, sostanze che, in alcuni paesi, sono responsabili di una quota consistente dei decessi per overdose.

Per il 2013, in Europa il tasso medio di mortalità per overdose è stimato in 16 decessi per milione di abitanti di età compresa fra 15 e 64 anni. I tassi di mortalità nazionali variano notevolmente e sono influenzati da fattori quali la prevalenza e i modelli di consumo di stupefacenti, in particolare l'assunzione per via parenterale e il consumo di oppiacei, le caratteristiche della popolazione dei consumatori di droghe, la disponibilità e la purezza degli stupefacenti, le prassi di segnalazione e l'erogazione dei servizi. Sono stati segnalati tassi superiori a 40 decessi per

milione di abitanti in sette paesi, con i tassi più alti dichiarati in Estonia (127 per milione), Norvegia (70 per milione) e Svezia (70 per milione) (figura 2.16). Benché sia difficile eseguire confronti tra i vari Stati a causa delle differenze a livello nazionale nelle pratiche di codifica e di segnalazione, oltre che per via dell'omissione delle segnalazioni, l'analisi delle tendenze nei singoli paesi è una risorsa preziosa. Il tasso medio di mortalità per overdose ha registrato recenti miglioramenti in Estonia, anche se i valori rimangono otto volte superiori alla media UE. I decessi per overdose sono soprattutto correlati all'assunzione per via parenterale di fentanil, un oppiaceo estremamente potente.

L'eroina o i suoi metaboliti sono presenti in gran parte dei casi segnalati di overdose mortali in Europa

Le nuove droghe causano un numero crescente di danni e decessi correlati al consumo di sostanze stupefacenti

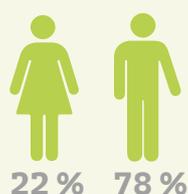
In generale, in Europa emerge in modo sempre più chiaro il ruolo svolto dalle nuove sostanze psicoattive nelle emergenze ospedaliere e in taluni decessi indotti da stupefacenti. Nel 2014 il sistema di allerta rapido dell'UE ha lanciato 16 allarmi in relazione alle nuove sostanze monitorate dal meccanismo, molti dei quali riguardavano gravi episodi avversi quali decessi. Una recente analisi a cura dell'European Drug Emergencies Network, che monitora l'insorgere delle emergenze in 10 paesi europei, ha rilevato che il 9 % di tutte le emergenze correlate alle droghe riguardava nuove sostanze psicoattive, principalmente catinoni. Inoltre, il 12 % di tutte le insorgenze aveva che fare con il GHB o il GBL, mentre il 2 % riguardava la chetamina.

Recenti segnalazioni di effetti avversi acuti associati ai cannabinoidi sintetici indicano che, in alcuni casi, il consumo di queste sostanze può causare gravi conseguenze per la salute, tra cui la morte. Un'analisi del 2015 ha indicato che gli effetti avversi più comuni per la salute associati ai cannabinoidi sintetici sono tachicardia, estrema agitazione e allucinazioni.

Valutare la rilevanza tossicologica di tutte le sostanze nell'ambito di un decesso è spesso complicato, soprattutto se si considera che nella maggior parte dei decessi indotti da stupefacenti le sostanze consumate sono molteplici. Questi problemi sono aggravati dalle nuove droghe, che possono essere difficili da individuare ed essere escluse dagli strumenti di screening comunemente utilizzati. Nonostante queste limitazioni vi sono alcuni dati disponibili. In Ungheria, per esempio, sono state individuate nuove sostanze psicoattive in circa la metà dei decessi indotti da stupefacenti che sono stati segnalati nel 2013 (14 casi su 31), sempre in presenza di altre sostanze. Vengono raccolte segnalazioni di casi anche dal sistema di allerta rapido, nel quadro della valutazione dei rischi condotta sulle nuove droghe. Questi dati indicano il ruolo svolto da alcune nuove sostanze psicoattive nella morbilità e nella mortalità correlate agli stupefacenti: per esempio, il catinone sintetico MDPV, individuato per la prima volta nel 2008, era stato riscontrato in 99 decessi all'epoca della sua valutazione di rischi, nel 2014.

DECESSI INDOTTI DAGLI STUPEFACENTI

Caratteristiche



Età media al decesso

37

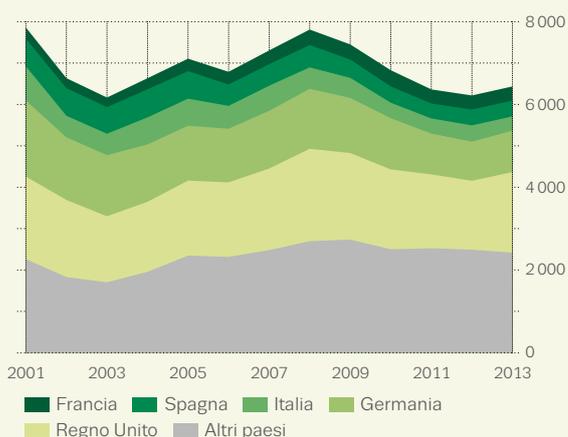
Decessi con presenza di oppiacei



Età al decesso



Tendenze nei decessi per overdose



MAGGIORI INFORMAZIONI

Pubblicazioni dell'EMCDDA

2015

Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health, documenti EMCDDA.

Misuse of benzodiazepines among high-risk drug users, prospettive sulle droghe.

2014

Injection of cathinones, prospettive sulle droghe.

2013

Characteristics of frequent and high-risk cannabis users, prospettive sulle droghe.

Emergency health consequences of cocaine use in Europe, prospettive sulle droghe.

Trends in heroin use in Europe — what do treatment demand data tell us?, prospettive sulle droghe.

2012

Driving under the influence of drugs, alcohol and medicines in Europe: findings from the DRUID project, Thematic paper.

Fentanyl in Europe, studio dell'EMCDDA sulle ultime tendenze.

Prevalence of daily cannabis use in the European Union and Norway, documento tematico.

2011

Mortality related to drug use in Europe, argomento selezionato.

2010

Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe, argomento selezionato.

Trends in injecting drug use in Europe, argomento selezionato.

2009

Polydrug use: patterns and responses, argomento selezionato.

2008

A cannabis reader: global issues and local experiences, volume 2, parte I: Epidemiology, e parte II: Health effects of cannabis use, Monographs.

Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed ESPAD

2012

Sintesi. Relazione ESPAD 2011.

Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed ECDC

2012

HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania.

Tutte le pubblicazioni sono disponibili alla pagina www.emcdda.europa.eu/publications

3

**Il presente capitolo prende in esame
le politiche e gli interventi intesi
alla prevenzione, al trattamento
e alla riduzione dei danni correlati
al consumo di stupefacenti**

Risposta sociale e sanitaria ai problemi della droga

Il presente capitolo prende in esame le politiche e gli interventi intesi alla prevenzione, al trattamento e alla riduzione dei danni correlati al consumo di stupefacenti e si concentra sulla portata degli approcci comuni adottati dai Paesi, valutando in che misura le loro informazioni si basano su dati probanti e se i servizi disponibili corrispondono alle necessità stimate. Fra le principali aree politiche monitorate a livello europeo rientrano le strategie e i piani d'azione nazionali in materia di droga, nonché bilanci e spesa pubblica relativi alla droga.

Il monitoraggio della risposta sociale e sanitaria

I dati utilizzati provengono dal gruppo di lavoro di esperti e dai punti focali dell'EMCDDA, integrati da relazioni sulla richiesta di trattamento, sull'offerta di terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei, nonché sulla fornitura di aghi e siringhe. I giudizi degli esperti forniscono informazioni aggiuntive sulla disponibilità di servizi laddove non siano disponibili serie di dati più formalizzate. Inoltre, il capitolo contiene informazioni derivanti dall'analisi dei dati scientifici in merito all'efficacia degli interventi di sanità pubblica.

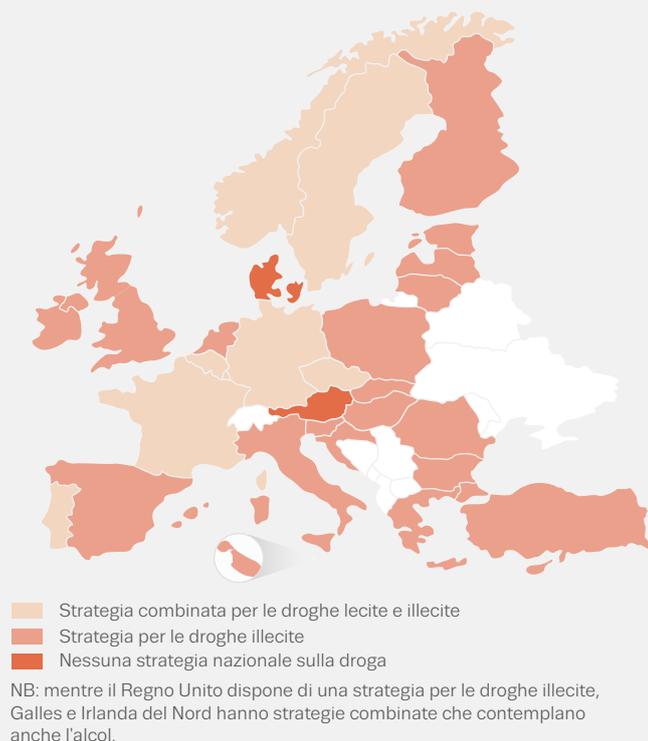
Altre informazioni sono reperibili sul sito dell'EMCDDA alle sezioni profili della risposta sociale e sanitaria, bollettino statistico, portale delle migliori prassi e leggi e politiche europee in materia di droga.

Strategie nazionali e locali in materia di droga

La strategia europea in materia di droga per il periodo 2013–2020 e i relativi piani d'azione forniscono il quadro per un intervento coordinato nei confronti dei problemi di droga in Europa. In ciascun paese questo si riflette nelle strategie nazionali in materia di droga e nei piani e quadri di bilancio corrispondenti. Questi documenti, di limitata validità temporale, solitamente contengono una serie di principi, obiettivi e priorità generali, specificando le azioni e le parti responsabili della loro attuazione. Attualmente, tutti i paesi dispongono di una strategia nazionale sulle droghe e in tutti, tranne due, tale strategia è riportata in un documento strategico sulle droghe a

FIGURA 3.1

Strategie e piani d'azione nazionali in materia di droga: disponibilità e portata



livello nazionale. Fanno eccezione l'Austria, dove la strategia in materia di stupefacenti è integrata nei piani regionali, e la Danimarca, che affronta la questione in una serie di azioni e documenti politici. Sono otto i Paesi che hanno adottato strategie e piani d'azione nazionali estesi sia alle droghe lecite sia a quelle illecite (figura 3.1). Molti paesi hanno esaminato strategie e piani d'azione sulle droghe, in genere nell'intento di valutare i cambiamenti nella situazione complessiva in materia di droga e il livello di attuazione conseguito.

In Europa le autorità cittadine sono spesso responsabili del coordinamento di politiche locali sulla droga, talvolta con bilanci stanziati ad hoc. In molti paesi esistono anche documenti di pianificazione strategica allo scopo di sostenere l'attuazione delle politiche. Un recente studio dell'EMCDDA ha evidenziato la presenza di una strategia dedicata in materia di droga in 10 capitali, in alcuni casi con un piano d'azione corrispondente. Alcune di queste presentano un'ampia copertura, mentre altre sono incentrate su aspetti specifici come i decessi per overdose, il consumo di GHB o problemi connessi alla legalizzazione delle droghe. In alcune città, prive di una strategia specifica in materia di droghe, gli obiettivi politici pertinenti sono stati integrati in strategie più ampie, relative alla sanità locale o alla riduzione della criminalità. In altre, i problemi connessi alle sostanze stupefacenti facevano parte di documenti politici regionali o nazionali di più ampia portata.

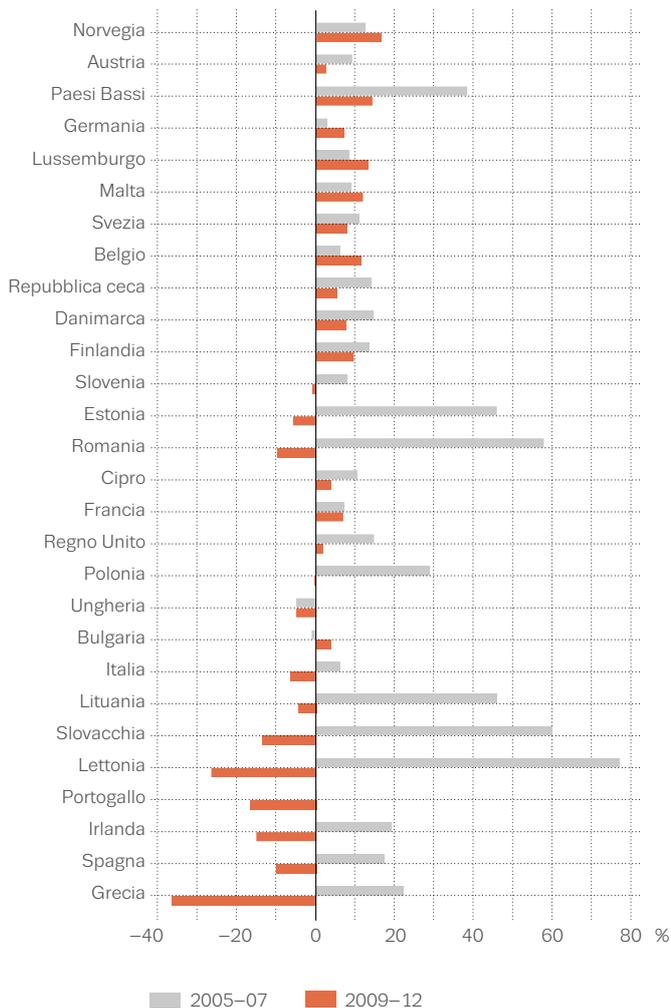
L'impatto delle misure di austerità sui finanziamenti per gli interventi sanitari

Le informazioni disponibili sulla spesa pubblica relativa alla droga in Europa, a livello locale e nazionale, restano limitate ed eterogenee. Per i 18 paesi che hanno elaborato stime negli ultimi 10 anni, la spesa pubblica relativa alla droga è calcolata tra lo 0,01 % e lo 0,5 % del prodotto interno lordo e gli interventi sanitari rappresentano tra il 24 % e il 73 % della spesa totale nell'ambito della droga. Le differenze esistenti in termini di portata e qualità delle stime rende difficile confrontare la spesa dedicata al problema della droga nei vari paesi.

Sulla scia della recessione economica del 2008, molti governi europei hanno imposto misure di consolidamento fiscale, spesso definite misure di austerità; l'entità e l'impatto della flessione economica, le tempistiche e la portata degli interventi fiscali differiscono notevolmente tra i paesi. In molti casi, le misure di austerità hanno portato a riduzioni della spesa pubblica nell'ambito di attività governative che comprendono la maggior parte delle iniziative in materia di stupefacenti. L'analisi effettuata dall'EMCDDA indica che in generale i tagli hanno colpito maggiormente il settore sanitario rispetto ad altri ambiti, come l'ordine pubblico, la sicurezza o la protezione sociale. I dati relativi al periodo 2009-2012 illustrano una diminuzione della spesa pubblica per la sanità in gran parte dei paesi, rispetto al periodo 2005-2007 antecedente la crisi, con riduzioni superiori a 10 punti percentuali in molti stati europei, a prezzi costanti (figura 3.2). Dal momento che la spesa sanitaria correlata alle droghe rappresenta una percentuale ridotta della spesa sanitaria totale (spesso inferiore all'1 %), da questi dati non è possibile dedurre direttamente le tendenze nei finanziamenti in materia. Tuttavia, è probabile che le riduzioni dei finanziamenti in ambito sanitario abbiano un impatto negativo sulle iniziative in materia di droga e la relazione dell'EMCDDA indica che i finanziamenti alle attività di ricerca e prevenzione in tale settore possono aver subito un duro colpo.

FIGURA 3.2

Stime della crescita cumulata della spesa pubblica nel settore sanitario (2005–2007 e 2009–2012), a prezzi costanti



Fonte: Eurostat

La prevenzione del consumo di stupefacenti e dei problemi connessi alla droga tra i giovani rappresenta un obiettivo politico essenziale

Prevenire il consumo di stupefacenti tra i giovani

La prevenzione del consumo di stupefacenti e dei problemi connessi alla droga tra i giovani rappresenta un obiettivo politico essenziale e uno dei pilastri della strategia europea in materia di droga per il periodo 2013–2020. La prevenzione in questo settore comprende un’ampia gamma di approcci. Le strategie ambientali e universali sono dirette all’intera popolazione, la prevenzione selettiva si concentra sui gruppi vulnerabili, più esposti al rischio di problemi di tossicodipendenza, mentre la prevenzione “mirata” è rivolta agli individui a rischio. Negli ultimi dieci anni è aumentata la disponibilità di norme di qualità a sostegno degli interventi e delle migliori prassi. Il progetto europeo sulle norme di qualità in materia di prevenzione delle tossicodipendenze fornisce gli strumenti per sostenere l’attuazione delle norme in questo settore.

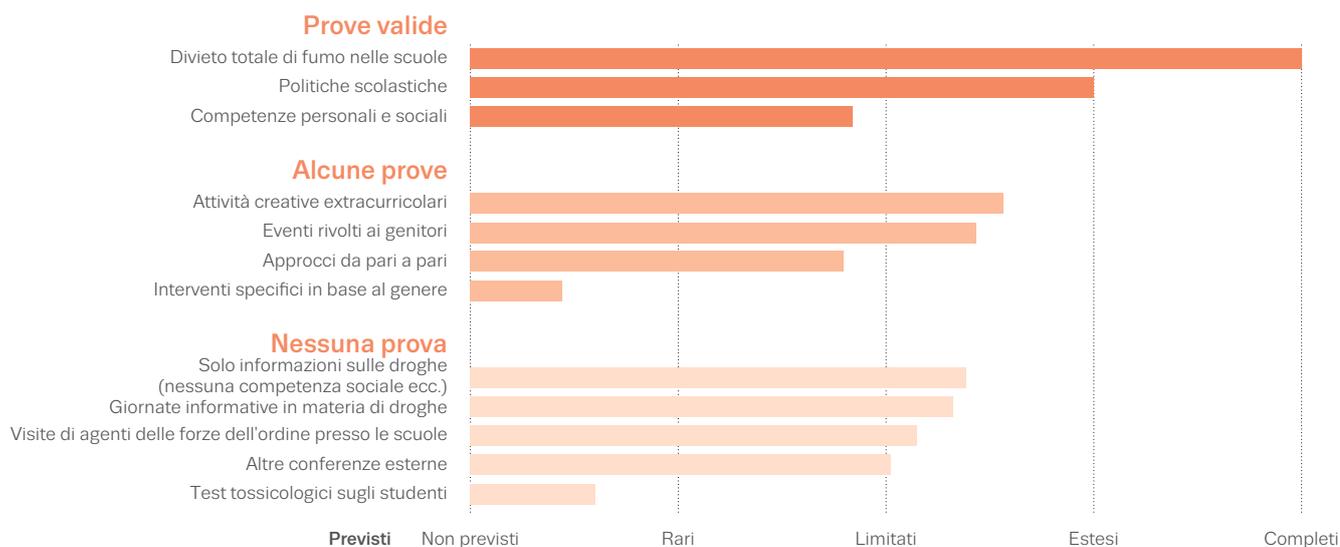
Sono disponibili dati relativamente affidabili per alcuni approcci alla prevenzione che potrebbero essere applicati in ambito scolastico. I paesi riferiscono un’attuazione diffusa dei divieti di fumo nelle scuole e di politiche scolastiche in materia di stupefacenti - approcci per cui esistono elementi di prova - ma sembrano essere piuttosto comuni anche gli interventi di prevenzione basati esclusivamente sull’offerta di informazioni (figura 3.3). Fornire informazioni sulla salute può essere importante in termini educativi, ma i dati a disposizione non sono sufficienti per affermare che questa forma di prevenzione abbia un impatto sul comportamento dei futuri consumatori di stupefacenti.

In alcuni istituti scolastici si adottano approcci di individuazione e intervento tempestivi, spesso attraverso un’assistenza psicologica ai giovani consumatori di tali sostanze. Un programma canadese (Preventure), rivolto a giovani consumatori di alcol alla ricerca di sensazioni forti, è stato valutato positivamente ed è stato adattato al contesto di Repubblica Ceca, Paesi Bassi e Regno Unito.

Per quanto riguarda gli interventi di prevenzione diretti a gruppi vulnerabili specifici, gli approcci più adottati sembrano essere quelli rivolti a famiglie con problemi di abuso di sostanze, gli interventi a favore di alunni con problemi scolastici e sociali e di giovani delinquenti. Un programma degno di nota rivolto a giovani autori di reati è FreD, che prevede una serie di interventi basati su un manuale ed è attuato in 15 Stati membri dell’UE. Le valutazioni di questo programma indicano un calo dei tassi di recidiva.

FIGURA 3.3

Interventi a livello scolastico per prevenire il consumo di sostanze: attuazione e prove di efficacia (medie europee sulla base di giudizi degli esperti, 2013)



NB: le affermazioni relative agli elementi di prova si basano sul portale delle migliori prassi dell'EMCDDA e sulle norme dell'UNODC (Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine) in materia di dati probatori.

Nuove droghe e nuove sfide

Nei paesi europei, le risposte iniziali alla comparsa di nuove sostanze psicoattive sono state prevalentemente di natura normativa, nel tentativo di contrastarne l'offerta mediante strumenti legislativi. Tuttavia, si presta sempre più attenzione allo sviluppo di attività educative e di prevenzione mirate, nonché di attività di formazione e sensibilizzazione rivolte agli operatori del settore. Inoltre, tra i servizi attivi negli ambienti ricreativi e della vita notturna si riscontra una tendenza a integrare le risposte alle nuove sostanze negli approcci consolidati. Internet acquisisce un'importanza sempre maggiore quale piattaforma informativa e di assistenza, come dimostrato dall'uso di interventi di "assistenza online" per raggiungere i nuovi gruppi di destinatari. Tra gli esempi si segnalano le iniziative condotte da consumatori di stupefacenti, quali forum e blog, che forniscono informazioni e consigli a tutela dei consumatori. In alcuni casi, questi interventi sono stati collegati a servizi che effettuano test su droghe e pillole, i cui risultati e messaggi di riduzione del danno sono stati divulgati online.

Attualmente, in Europa, le nuove sostanze psicoattive non sono associate a una richiesta significativa di trattamento specializzato, sebbene in alcuni paesi si riscontri lo sviluppo di servizi in tal senso. La comparsa di nuove sostanze stupefacenti si è manifestata in modi diversi nei singoli paesi e le risposte a livello nazionale riflettono tali differenze. In Ungheria e Romania, dove è stato segnalato il consumo di catinoni per via parenterale, i programmi di scambio di aghi e siringhe svolgono un ruolo essenziale. Nel Regno Unito, in cui si registra un consumo notevole di mefedrone, i centri di recupero specializzati in "droghe da discoteca" si stanno occupando di questo gruppo di pazienti e sono in fase di elaborazione linee guida per i trattamenti relativi a questa tipologia di stupefacenti.

Internet acquisisce un'importanza sempre maggiore quale piattaforma informativa e di assistenza

FIGURA 3.4

Numero di pazienti in trattamento per tossicodipendenza in Europa nel 2013, suddivisi per scenario

Centri ambulatoriali



Strutture ospedaliere

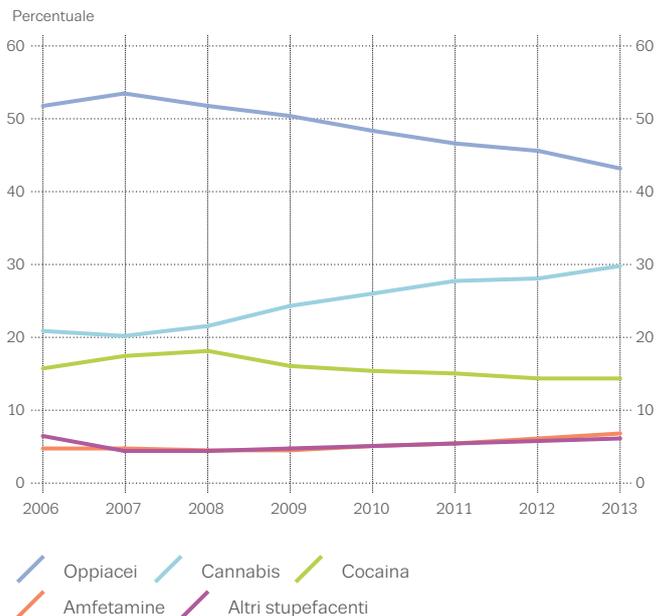


Il trattamento della tossicodipendenza viene erogato per lo più in centri ambulatoriali

In Europa, nella maggior parte dei casi il trattamento della tossicodipendenza avviene in strutture ambulatoriali e i consumatori di stupefacenti sono per lo più affidati a unità ambulatoriali specialistiche, seguite da centri sanitari generici (figura 3.4). Tra questi figurano gli studi di medici generici, con il ruolo di prescrivere terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei in alcuni grandi paesi, come Germania e Francia. Un numero ragguardevole di trattamenti in Europa viene erogato in strutture ospedaliere, come centri ospedaliere residenziali (ad esempio cliniche psichiatriche), comunità terapeutiche e centri specializzati di trattamento residenziale. L'importanza relativa delle cure fornite in contesti ospedalieri o ambulatoriali nei sistemi sanitari nazionali varia enormemente a seconda del paese. Inoltre, diversi paesi dispongono di servizi a bassa soglia e, sebbene molti non forniscano trattamenti strutturati, in alcuni paesi come Francia e Repubblica ceca queste

FIGURA 3.5

Tendenze nei pazienti che si sottopongono a trattamento specialistico della tossicodipendenza, ripartiti in base alla droga primaria



strutture sono considerate parte integrante del sistema nazionale.

Si stima che 1,6 milioni di persone siano state sottoposte a trattamento per il consumo di sostanze illecite in Europa (1,4 milioni nell'Unione europea) nel corso del 2013. Questa cifra supera le stime del 2012 di 0,3 milioni. L'aumento è in parte dovuto a metodi di segnalazione migliorati e alla disponibilità di nuovi dati, in particolare all'inclusione di 200 000 pazienti ambulatoriali dalla Turchia.

Dai dati relativi al monitoraggio delle richieste di trattamento emerge che, dopo gli oppiacei, i consumatori di cannabis e cocaina costituiscono il secondo e il terzo gruppo più consistente tra i pazienti che si sottopongono a trattamento specializzato (figura 3.5). Gli interventi di assistenza psicosociale rappresentano la modalità più utilizzata con questo tipo di pazienti.

In Europa, nella maggior parte dei casi il trattamento della tossicodipendenza avviene in strutture ambulatoriali

Terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei: la modalità più comune, ma i numeri sono in calo

I consumatori di oppiacei rappresentano il gruppo più consistente sottoposto a trattamento specializzato in Europa e sfruttano gran parte delle risorse disponibili in materia. Il trattamento più frequente in caso di dipendenza da oppiacei è la terapia sostitutiva, di solito associata ad interventi di assistenza psicosociale. Questo approccio è avallato dai dati disponibili, con risultati positivi in termini di mantenimento in trattamento, riduzione del consumo illecito di oppiacei, comportamenti a rischio segnalati, nonché riduzioni dei danni e della mortalità correlati agli stupefacenti.

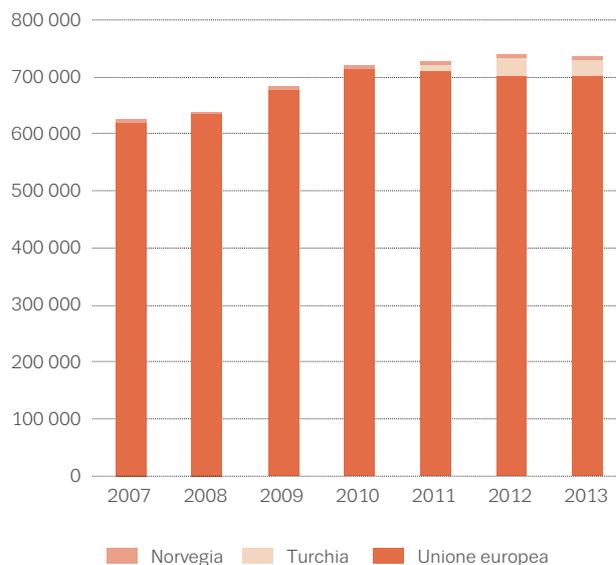
Il metadone è il farmaco sostitutivo prescritto più comunemente, assunto da oltre due terzi (69 %) dei pazienti in trattamento, mentre la buprenorfina viene prescritta al 28 % dei pazienti e rappresenta il principale farmaco sostitutivo in sei paesi. Altre sostanze, come morfina a rilascio lento o diacetilmorfina (eroina), sono prescritte solo occasionalmente in Europa e, secondo le stime, sono assunte dal 3 % circa di pazienti in terapia sostitutiva.

Secondo le stime, nel 2013 il numero di consumatori di oppiacei sottoposti a terapia sostitutiva nell'Unione europea era pari a 700 000 e si osserva una leggera tendenza al ribasso dal 2011 (figura 3.6). Tra il 2010 e il 2013 le diminuzioni relative più consistenti sono state registrate in Repubblica ceca (41 %, secondo le stime), Cipro (39 %) e Romania (36 %). Mentre gli aumenti relativi più pronunciati nello stesso periodo sono stati osservati in Polonia (80 %), partendo da un livello basso, e Grecia (59 %). Se si includono anche i dati relativi a Turchia e Norvegia, le stime del 2013 per i pazienti in terapia sostitutiva aumentano a 737 000.

I consumatori di oppiacei rappresentano il gruppo più consistente sottoposto a trattamento specializzato in Europa

FIGURA 3.6

Tendenze nel numero di pazienti in terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei



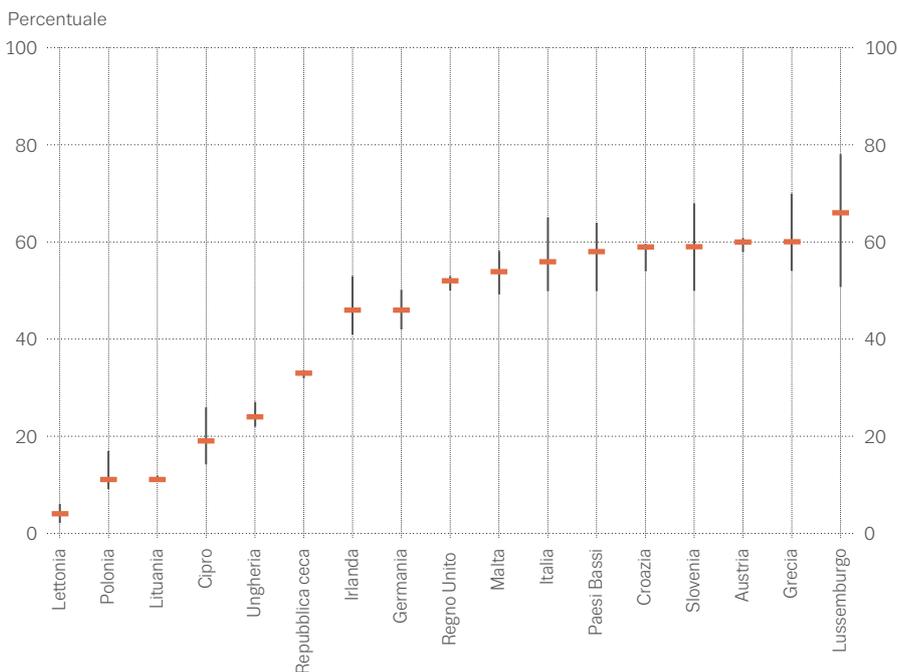
Oltre la metà dei consumatori di oppiacei è in terapia sostitutiva

Si stima che il tasso di copertura della terapia sostitutiva degli oppiacei, ossia la percentuale di coloro che necessitano del trattamento, sia superiore al 50 % dei consumatori problematici di oppiacei in Europa. Questa stima va presa con cautela per motivi metodologici, ma in molti paesi la maggioranza dei consumatori di oppiacei è (o è stata) in contatto con i servizi di trattamento della tossicodipendenza. Tuttavia, a livello nazionale permangono ancora differenze notevoli in termini di copertura, con le stime inferiori segnalate in Lettonia, Polonia e Lituania (circa il 10 % o meno) (figura 3.7).

Sebbene siano meno comuni, i trattamenti alternativi per consumatori di oppiacei sono disponibili in tutti i paesi europei. Nei 10 paesi che hanno fornito dati sufficienti, il tasso di erogazione dei trattamenti senza farmaco sostitutivo in generale varia dal 4 % al 71 % di tutti i consumatori problematici di oppiacei sottoposti a trattamento.

FIGURA 3.7

Percentuale di consumatori problematici di oppiacei in terapia sostitutiva (stima)



NB: i dati sono evidenziati come stime puntuali e intervalli di incertezza.

FIGURA 3.8

Rispondere a diverse esigenze attraverso interventi mirati

Gli interventi mirati possono facilitare l'accesso al trattamento e permettere di soddisfare le esigenze di gruppi differenti. Le informazioni disponibili suggeriscono che questo tipo di approccio è attualmente il più comune per i giovani tossicodipendenti, i soggetti segnalati dal sistema giudiziario penale e le donne incinte (figura 3.8). Risultano meno frequenti i programmi rivolti nello specifico a tossicodipendenti senza fissa dimora, più anziani, a tossicodipendenti lesbiche, gay, bisessuali e transgender, sebbene molti paesi segnalino la necessità di tali misure.

Disponibilità di programmi di trattamento per gruppi destinatari in Europa (giudizi degli esperti, 2013)

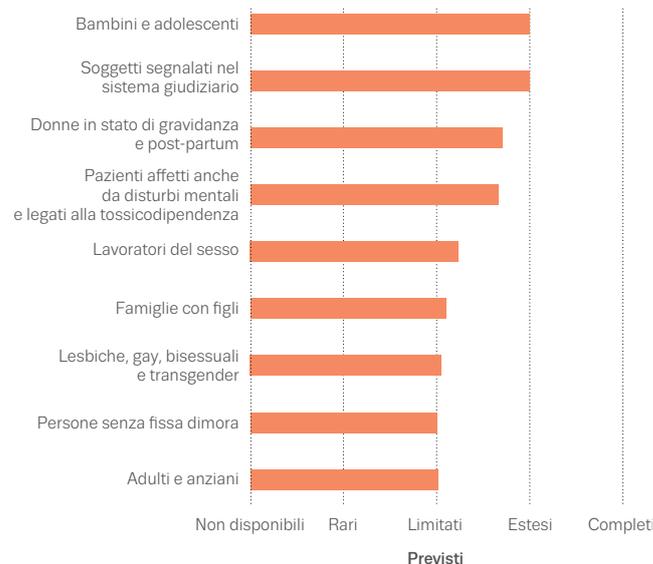
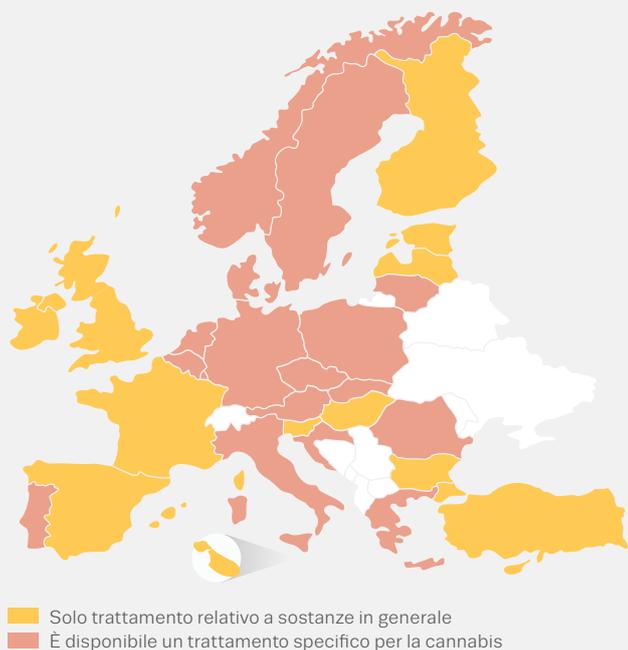


FIGURA 3.9

Presenza di programmi di trattamento specializzati per consumatori di cannabis nei paesi europei



Trattamenti specifici per la cannabis in metà dei paesi

Sono in aumento in Europa i trattamenti specifici per la cannabis, con circa la metà dei paesi che ne segnala l'esistenza. In altri casi, il trattamento per la cannabis è integrato in programmi generici relativi al consumo di sostanze (figura 3.9). I servizi per i consumatori di cannabis sono vari: da brevi interventi online a trattamenti di lungo periodo presso centri specializzati. Sebbene la maggior parte dei trattamenti per questa categoria avvenga in comunità o strutture ambulatoriali, non si tratta della regola; infatti un paziente su 5, tra coloro che si sottopongono a trattamento specializzato presso centri ospedalieri, soffre di problemi correlati principalmente alla cannabis.

Il trattamento di problemi associati al consumo di cannabis si avvale di approcci psicosociali; per gli adolescenti si ricorre a interventi basati sulla famiglia, mentre per gli adulti sono previsti interventi di tipo cognitivo-comportamentale. I dati a disposizione sostengono l'uso di una terapia cognitivo-comportamentale associata a colloqui motivazionali e approcci di gestione delle emergenze. Inoltre, alcuni elementi promuovono l'uso della terapia familiare multidimensionale per i giovani consumatori di cannabis.

Gli interventi basati su Internet si sono ampliati e hanno raggiunto la portata geografica dei programmi relativi alla

cannabis. Questi interventi offrono un modo nuovo di interagire con le persone che soffrono di problemi connessi alla droga e sono in grado di raggiungere gruppi di utenti che non sono attualmente in contatto con i servizi specializzati.

Trattamenti personalizzati per tossicodipendenti meno giovani

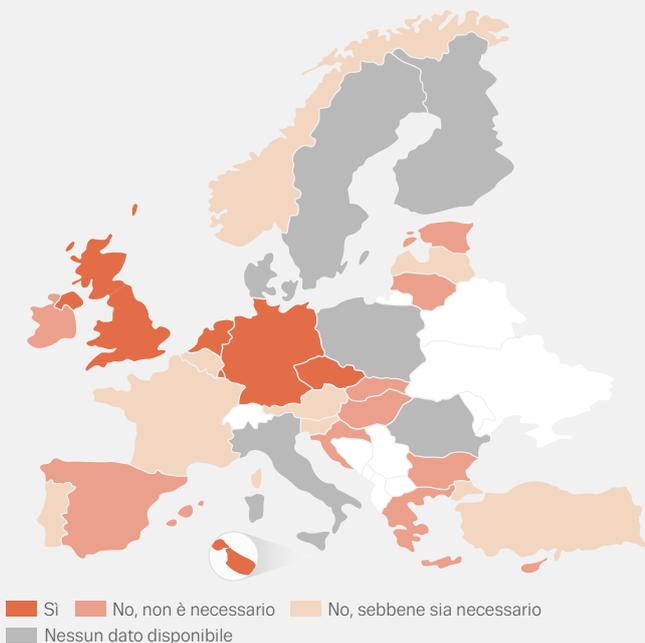
Le tendenze demografiche nella popolazione europea di consumatori problematici di stupefacenti solleva questioni importanti in merito all'adeguatezza dei trattamenti diretti ai pazienti meno giovani. Presto la maggior parte dei consumatori problematici di oppiacei sottoposti a trattamento sarà compresa nella fascia di età superiore a 40 anni. Oltre ai problemi di salute connessi alla droga, i consumatori di oppiacei devono far fronte sempre più frequentemente a problemi di salute correlati all'invecchiamento, spesso aggravati dallo stile di vita. Occorrono pertanto linee guida che tengano conto del mutamento demografico europeo riguardante i consumatori problematici di oppiacei. Questo agevolerà una pratica clinica efficace, dal momento che i problemi relativi a interazioni tra droghe, metodi di assunzione, dosi per il consumo a domicilio e terapia del dolore diventano più complessi e rilevanti.

Pochi paesi segnalano la disponibilità di programmi mirati per i tossicodipendenti più anziani. Questo gruppo di pazienti è generalmente integrato nei servizi esistenti per il trattamento delle tossicodipendenze (v. la figura 3.10). Tuttavia, Germania e Paesi Bassi hanno istituito case di riposo per rispondere alle esigenze di questa categoria di persone. In futuro, sarà necessario modificare ed elaborare programmi di cura e trattamento affinché questa coorte meno giovane possa ricevere un livello appropriato di cure. A tale scopo, probabilmente sarà necessario prevedere una formazione professionale e modifiche nell'erogazione delle cure. Poiché questo gruppo è relativamente poco seguito nell'ambito del sistema sanitario generale e raramente prende parte ai trattamenti per le infezioni correlate al consumo di droga, emerge chiaramente l'importanza di un approccio multidisciplinare che prosegua dopo il trattamento.

**Pochi paesi segnalano
la disponibilità di programmi
mirati per i tossicodipendenti
più anziani**

FIGURA 3.10

Disponibilità di programmi mirati per i tossicodipendenti più anziani (giudizi degli esperti, 2013)



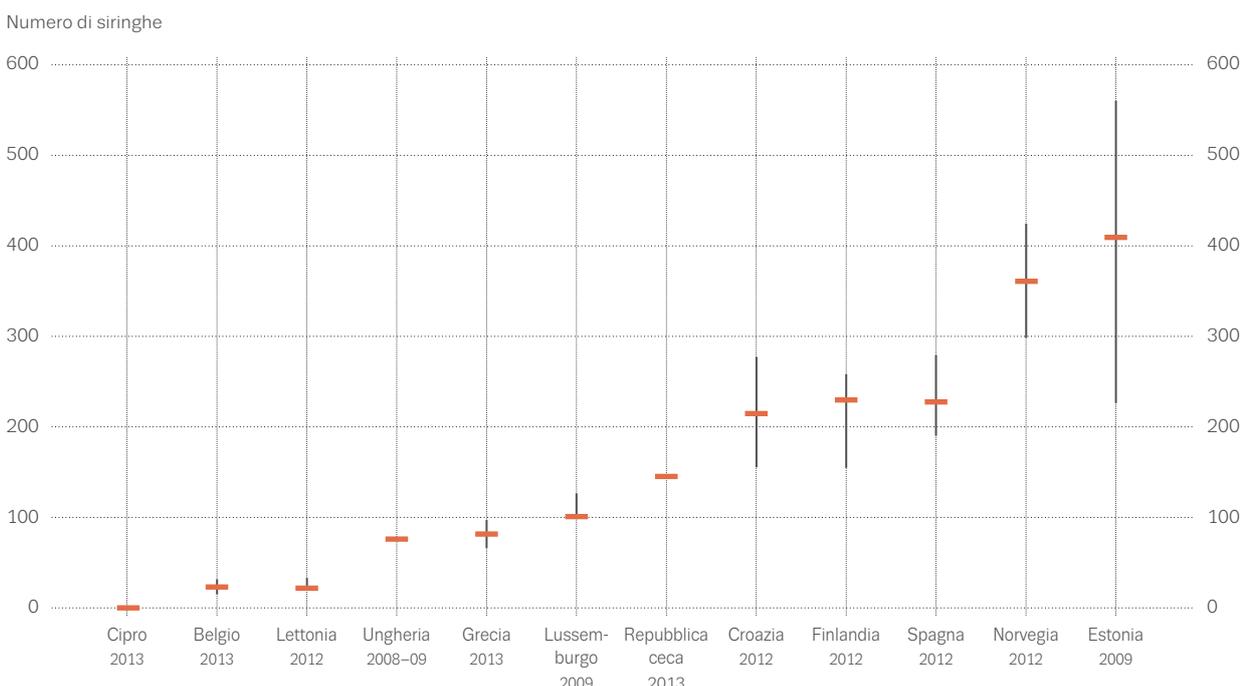
Prevenzione della diffusione di malattie infettive

I consumatori di stupefacenti, in particolare per via parenterale, rischiano di contrarre malattie infettive attraverso la condivisione del materiale utilizzato per l'assunzione della droga e in seguito a rapporti sessuali non protetti. Prevenire la trasmissione dell'HIV, dell'epatite virale e di altre infezioni rappresenta quindi un obiettivo importante per le politiche europee in materia di stupefacenti. Nel caso dei consumatori di oppiacei per via parenterale, la terapia sostitutiva riduce i comportamenti a rischio e alcuni studi indicano un aumento dell'effetto protettivo se è associata a programmi di fornitura di aghi e siringhe.

Tra il 2007 e il 2013 il numero di siringhe distribuite attraverso programmi specializzati è passato da 43 milioni a 49 milioni in 24 paesi, che rappresentano il 48 % della popolazione dell'UE. A livello nazionale emerge un'immagine differente: circa metà dei paesi segnala un aumento nella distribuzione di siringhe, mentre l'altra metà indica una riduzione. Nei 12 paesi per i quali sono disponibili stime recenti di prevalenza del consumo per via parenterale, il numero riportato di siringhe distribuite nell'ambito di programmi specializzati nel 2013 andava da meno di una siringa a Cipro a più di 300 per consumatore in Estonia e Norvegia (figura 3.11).

FIGURA 3.11

Numero di siringhe fornite attraverso programmi specializzati per ciascun consumatore di stupefacenti per via parenterale (stima)



NB: i dati sono evidenziati come stime puntuali e intervalli di incertezza.

FIGURA 3.12

Sintesi degli indicatori di potenziali rischi elevati di infezioni da HIV tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale



- Fattori di rischio presenti: aumento significativo delle segnalazioni di casi di HIV o della prevalenza di HIV o HCV; incremento del rischio di trasmissione; scarsa copertura degli interventi.
- Possibili fattori di rischio presenti: prevalenza di HIV o HCV o rischio di trasmissione che mostrano un aumento a livello subnazionale o un aumento consistente ma non significativo a livello nazionale.
- Nessuno dei seguenti fattori di rischio è stato identificato: aumento delle segnalazioni di casi di HIV o prevalenza di HIV o HCV; aumento del rischio di trasmissione; scarsa copertura degli interventi.
- Informazioni non disponibili a ECDC o EMCDDA.

Per maggiori informazioni, si veda la tabella integrativa online.

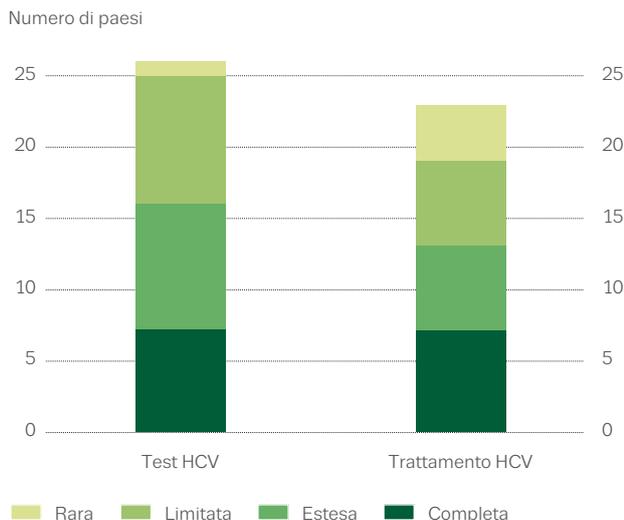
Sebbene in Europa si riscontri una maggiore diffusione delle misure di prevenzione dell'HIV, una parte significativa della popolazione di consumatori di droghe per via parenterale continua ad avere un accesso limitato ai servizi. La figura 3.12 presenta una panoramica di alcuni indicatori di alto livello dei potenziali rischi. Sulla base di questa semplice analisi, risulta che in circa un terzo dei paesi sono presenti rischi elevati, con la conseguente necessità di una vigilanza costante e di un aumento della diffusione delle misure di prevenzione dell'HIV.

Migliora il trattamento dell'epatite C

Per il virus dell'epatite C si applicano misure di prevenzione simili a quelle previste per la trasmissione dell'HIV. A livello politico, un numero crescente di paesi ha adottato o sta elaborando strategie specifiche per l'epatite C. Negli ultimi anni le iniziative volte a fornire test e assistenza sull'epatite C a consumatori di stupefacenti per via parenterale sono aumentate, ma restano ancora limitate. Sono stati introdotti nuovi strumenti diagnostici (come il Fibroscan) e, grazie a nuovi farmaci, è stato possibile ridurre la durata del trattamento e gli effetti collaterali negativi, facilitando la conformità. Tuttavia, nonostante le crescenti prove che dimostrano l'efficacia del trattamento antivirale per l'epatite C presso i consumatori di stupefacenti per via parenterale, in alcuni paesi i livelli di disponibilità segnalati restano bassi (v. la figura 3.13); questo potrebbe essere in parte dovuto ai costi elevati dei nuovi farmaci.

FIGURA 3.13

Disponibilità del test per il virus dell'epatite C e del relativo trattamento (giudizi degli esperti, 2013)



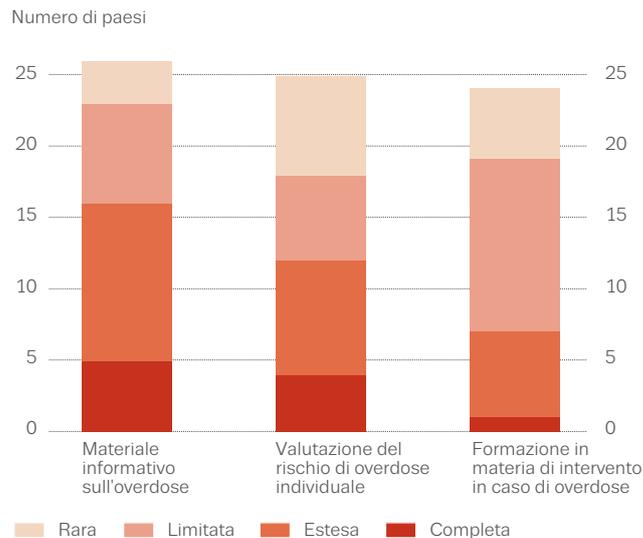
Prevenzione delle overdose e dei decessi correlati alla droga

La necessità di ridurre il numero delle overdose mortali e di altri decessi correlati alla droga rimane una sfida importante per la politica sanitaria pubblica in Europa. Le risposte mirate in questo campo si concentrano sulla prevenzione del rischio di overdose o sul miglioramento delle probabilità di sopravvivere in simili casi. Il trattamento della tossicodipendenza, soprattutto la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei, previene le overdose e riduce il rischio di mortalità dei consumatori di stupefacenti.

Nell'ambito di una selezione d'interventi volti a prevenire i decessi correlati alla droga, la fornitura di materiali e informazioni sulla prevenzione delle overdose sembra essere la risposta più frequente (figura 3.14). Una formazione specifica per rispondere alle overdose che preveda la somministrazione di naloxone, un antagonista oppiaceo, può salvare delle vite in tali situazioni. Tuttavia questo tipo di risposta è meno comune. Le nuove linee guida dell'OMS raccomandano che le persone che potrebbero dover far fronte a un'overdose abbiano accesso al naloxone e siano in grado di somministrarlo, affinché possano intervenire in casi di sospetta overdose da oppiacei. Attualmente esistono programmi relativi al naloxone in sette paesi, con progetti istituiti negli ultimi anni in Danimarca, Estonia e Norvegia, paesi in cui si registrano tassi elevati di overdose. Un recente studio scozzese (Regno Unito) ha dimostrato che aumentare la fornitura di kit di naloxone per i detenuti "a rischio" al momento della scarcerazione implicava una notevole riduzione dei decessi correlati agli oppiacei nelle prime quattro settimane dal rilascio.

FIGURA 3.14

Disponibilità di risposte in merito ai decessi indotti da stupefacenti (giudizi degli esperti, 2013)



Uno degli obiettivi delle strutture per il consumo controllato di stupefacenti è ridurre i casi di overdose e aumentare le probabilità di sopravvivenza nell'eventualità in cui si verificano. Attualmente sei paesi dispongono di tali strutture (circa 70 in tutto). Negli ultimi anni una serie di strutture sono state chiuse per via del calo della domanda.

La salute dei detenuti nelle carceri: necessaria una risposta globale

Tra i detenuti si segnalano tassi di consumo di stupefacenti nell'arco della vita più alti di quelli riscontrati tra la popolazione generale e modelli di consumo più dannosi; studi recenti indicano infatti che una percentuale di detenuti compresa tra il 6% e il 31% ha assunto stupefacenti per via parenterale almeno in un'occasione. Con l'ingresso in carcere, la maggior parte dei consumatori

Il trattamento della tossicodipendenza, soprattutto la terapia sostitutiva per la dipendenza da oppiacei, previene le overdose e riduce il rischio di mortalità dei consumatori di stupefacenti

riduce o interrompe il consumo di stupefacenti; non è raro tuttavia che le sostanze illecite riescano a entrare nelle prigioni, cosicché alcuni carcerati continuano o cominciano a consumare droghe durante il periodo di detenzione. Si riscontrano numerosi casi di epatite C e di altre malattie infettive tra i detenuti. L'alta incidenza di problemi connessi alla droga tra i detenuti indica che la valutazione delle condizioni di salute al momento dell'ingresso in carcere è particolarmente importante. L'OMS ha recentemente raccomandato l'adozione di un pacchetto di misure preventive, che prevede test gratuiti e volontari per le malattie infettive, la distribuzione di preservativi e strumenti sterili per il consumo parenterale di stupefacenti, il trattamento delle malattie infettive e della tossicodipendenza.

Molti paesi hanno istituito partenariati interagenzia tra i servizi sanitari delle carceri e gli erogatori dei medesimi servizi a livello territoriale, al fine di garantire l'educazione sanitaria e il trattamento all'interno del carcere, e di assicurare la continuità dell'assistenza dall'inizio della detenzione alla scarcerazione. In genere, la gestione dei servizi sanitari nelle carceri resta una competenza dei ministeri della Giustizia o dell'Interno. In alcuni paesi tuttavia il ministero della Salute ha ora assunto la responsabilità dell'erogazione dei servizi sanitari all'interno delle carceri, favorendo potenzialmente una maggiore integrazione con i servizi sanitari generali nella comunità.

Tra i paesi monitorati dall'EMCDDA, 26 su 30 segnalano la disponibilità di terapie sostitutive per la dipendenza da oppiacei nelle carceri, ma tre di questi paesi non hanno segnalato alcuna attività nel 2013. In generale, il livello di copertura dei detenuti è in aumento e riflette la disponibilità diffusa di questo tipo d'intervento sul territorio. Esistono alcune limitazioni in termini di ammissibilità: per esempio in Repubblica ceca e Lettonia il trattamento è offerto soltanto ai detenuti che ne fruivano già prima dell'ingresso in carcere. La fornitura di strumenti puliti per il consumo parenterale di stupefacenti è meno comune; soltanto quattro Paesi hanno segnalato la disponibilità di siringhe nelle carceri.

L'alta incidenza di problemi connessi alla droga tra i detenuti indica che la valutazione delle condizioni di salute al momento dell'ingresso in carcere è particolarmente importante

MAGGIORI INFORMAZIONI

Pubblicazioni dell'EMCDDA

2015

Preventing fatal overdoses: a systematic review of the effectiveness of take-home naloxone, EMCDDA Papers.

Drugs policy and the city in Europe, documenti EMCDDA.

Treatment of cannabis-related disorders in Europe, approfondimenti.

Drug consumption rooms, prospettive sulle droghe.

Psychosocial interventions, prospettive sulle droghe.

2014

Cocaine: drugs to treat dependence?, prospettive sulle droghe.

Drug policy profiles — Austria, EMCDDA Papers.

Drug policy profiles — Poland, EMCDDA Papers.

Health and social responses for methamphetamine users in Europe, prospettive sulle droghe.

Internet-based drug treatment, prospettive sulle droghe.

2013

Can mass media campaigns prevent young people from using drugs?, prospettive sulle droghe.

Drug policy advocacy organisations, documenti EMCDDA.

Drug policy profiles: Ireland.

Drug prevention interventions targeting minority ethnic populations, documenti tematici.

Drug supply reduction and internal security, documenti EMCDDA.

Hepatitis C treatment for injecting drug users, prospettive sulle droghe.

Legal approaches to controlling new psychoactive substances, prospettive sulle droghe.

Models for the legal supply of cannabis: recent developments, prospettive sulle droghe.

North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?, Thematic papers.

Preventing overdose deaths in Europe, prospettive sulle droghe.

The new EU drugs strategy (2013–20), prospettive sulle droghe.

2012

Riduzione della domanda: prove globali per azioni locali, focus sulle droghe.

Guidelines for the evaluation of drug prevention: a manual for programme planners and evaluators (second edition), manuali.

New heroin-assisted treatment, approfondimenti.

Prisons and drugs in Europe: the problem and responses, argomenti selezionati.

Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment, approfondimenti.

2011

Drug policy profiles: Portugal.

European drug prevention quality standards, manuali.

Guidelines for the treatment of drug dependence: a European perspective, argomenti selezionati.

2010

Harm reduction: evidence, impacts and challenges, monografie.

Treatment and care for older drug users, argomenti selezionati.

Pubblicazioni congiunte EMCDDA ed ECDC

2011

ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs.

Tutte le pubblicazioni sono disponibili alla pagina www.emcdda.europa.eu/publications

Allegato

I dati nazionali presentati in questa sede provengono dal bollettino statistico dell'EMCDDA, di cui costituiscono una sottoserie: sul bollettino sono reperibili ulteriori dati, anni, note e metadati

TABELLA A1

OPPIACEI

Paese	Stima del consumo problematico di oppiacei casi per 1 000	Indicatore di richiesta di trattamento, droga primaria						Pazienti in terapia sostitutiva valore numerico
		Consumatori di oppiacei in % dei pazienti sottoposti a trattamento			% di consumatori di oppiacei per via parenterale (principale metodo di assunzione)			
		Tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento	Pazienti sottoposti al trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti al trattamento	Tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento	Pazienti sottoposti al trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti al trattamento	
		% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	
Belgio	–	30,8 (2 816)	13 (416)	39 (2 024)	20,1 (547)	14,1 (57)	21,5 (420)	17 482
Bulgaria	–	88,8 (1 744)	79,3 (211)	95,2 (954)	73,8 (876)	68,8 (141)	74,4 (585)	3 563
Repubblica ceca	1,5–1,5	17,2 (1 681)	7,8 (362)	25,6 (1 319)	89,4 (1 493)	86,9 (312)	90,1 (1 181)	3 500
Danimarca	–	17,5 (663)	7,1 (102)	26,3 (502)	23 (20)	33,9 (193)	–	7 600
Germania	2,8–3,4	37,1 (29 891)	13,7 (3 217)	–	–	–	–	77 300
Estonia	–	92,9 (403)	81 (102)	98,6 (284)	84,8 (339)	90,2 (92)	83 (235)	1 166
Irlanda	–	51,3 (4 451)	29,7 (1 032)	66,8 (3 291)	41,3 (1 762)	33,7 (344)	43,6 (1 362)	9 640
Grecia	2,0–2,6	69,3 (3 367)	54,9 (1 145)	80 (2 194)	36,8 (1 227)	32,8 (372)	39,1 (850)	9 973
Spagna	1,7–2,6	26,8 (13 333)	11,4 (2 866)	43,7 (10 050)	17,8 (2 195)	11 (295)	19,6 (1 859)	69 111
Francia	–	43,1 (15 641)	27,1 (2 690)	53,5 (11 275)	14,2 (1 836)	6,8 (172)	–	163 000
Croazia	3,2–4,0	80,4 (6 315)	24 (270)	90 (5 992)	73,7 (4 581)	42,6 (104)	75,1 (4 446)	6 357
Italia	3,8–4,9	54,7 (18 072)	37,2 (4 782)	65,7 (13 290)	57 (9 678)	44,4 (1 906)	61,3 (7 772)	94 376
Cipro	1,2–2,1	26,5 (270)	7,7 (37)	43,8 (232)	48,1 (126)	40 (14)	49,3 (112)	180
Lettonia	4,1–9,7	52,1 (783)	19,7 (104)	69,6 (679)	63,7 (495)	84,6 (88)	60,5 (407)	328
Lituania	2,3–2,4	86,8 (1 918)	62,8 (214)	91,9 (1 671)	–	100 (140)	–	592
Lussemburgo	5,0–7,6	50,2 (145)	42,1 (8)	49,8 (116)	48,2 (68)	28,6 (2)	47 (54)	1 254
Ungheria	0,4–0,5	5,9 (236)	2,1 (54)	13,6 (160)	70,1 (157)	60,4 (32)	71,8 (112)	786
Malta	6,5–7,7	74,8 (1 352)	33,7 (67)	79,9 (1 285)	61,8 (816)	54,2 (32)	62,2 (784)	1 078
Paesi Bassi	1,1–1,5	10,2 (1 195)	5,1 (343)	17 (852)	4,6 (51)	5,4 (16)	4,3 (35)	8 185
Austria	4,9–5,1	52 (1 537)	29,5 (361)	67,9 (1 176)	43,4 (536)	31,1 (100)	47,8 (436)	24 027
Polonia	0,4–0,7	26,4 (724)	8,2 (91)	39,3 (621)	58 (391)	43,4 (36)	60,3 (349)	1 725
Portogallo	–	54,3 (1 634)	27,3 (380)	77,6 (1 254)	15,9 (238)	11,2 (38)	17,3 (200)	16 858
Romania	–	48,8 (802)	33,6 (240)	63,3 (543)	84,5 (622)	84,8 (189)	84,8 (420)	387
Slovenia	4,3–5,8	81,5 (234)	60,6 (57)	91,7 (176)	48,7 (113)	36,8 (21)	52,3 (91)	4 065
Slovacchia	1,0–2,5	24,7 (558)	16 (185)	34,1 (363)	66,8 (367)	48,4 (89)	76,4 (272)	408
Finlandia	3,8–4,5	64,2 (706)	40,4 (65)	69,2 (619)	81,6 (567)	73 (46)	82,5 (504)	2 439
Svezia	–	27,3 (7 760)	17,2 (2 211)	35,7 (5 549)	59,6 (140)	33,3 (11)	63,9 (129)	3 425
Regno Unito	7,9–8,4	50,3 (49 871)	19,7 (6 813)	66,6 (42 636)	34,5 (16 871)	22,5 (1 484)	36,3 (15 191)	172 513
Turchia	0,2–0,5	76,3 (5 542)	68 (2 540)	85,1 (3 002)	39,7 (2 201)	29,3 (745)	48,5 (1 456)	28 656
Norvegia	1,9–3,1	26,9 (2 266)	–	–	–	–	–	7 055
Unione europea	–	41 (168 102)	18,7 (28 425)	57,1 (109 107)	38,2 (46 285)	28,4 (6 153)	43,3 (37 806)	701 449
UE, Turchia e Norvegia	–	41,3 (175 910)	19,9 (30 965)	57,6 (112 109)	30,4 (48 486)	28,5 (6 898)	43,5 (39 262)	737 160

L'anno e il metodo di stima per il consumo problematico di oppiacei variano in base al paese.

L'indicatore della richiesta di trattamento monitora i pazienti sottoposti a trattamento nell'arco di un determinato anno.

TABELLA A2

COCAINA

Paese	Stime di prevalenza			Indicatore di richiesta di trattamento, droga primaria					
	Popolazione complessiva		Popolazione scolastica	Consumatori di cocaina in % dei pazienti sottoposti al trattamento			% di consumatori di cocaina per via parenterale (principale metodo di assunzione)		
	Nell'arco della vita: adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi: giovani adulti (15-34)	Nell'arco della vita: studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento	Pazienti sottoposti al trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti al trattamento	Tutti i pazienti	Pazienti sottoposti al trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti al trattamento
%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio	–	2,0	2	15,6 (1 430)	15,2 (488)	15,9 (825)	6 (83)	1,3 (6)	7,1 (57)
Bulgaria	0,9	0,3	4	0 (0)	2,6 (7)	0,3 (3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Repubblica ceca	0,4	0,3	1	0,2 (19)	0,3 (12)	0,1 (7)	11,1 (2)	16,7 (2)	0 (0)
Danimarca	5,2	2,4	2	5,1 (193)	5,8 (84)	5,2 (99)	10,1 (17)	0 (0)	–
Germania	3,4	1,6	3	5,9 (4 788)	5,6 (1 322)	–	–	–	–
Estonia	–	1,3	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	–	–	–
Irlanda	6,8	2,8	3	7,8 (680)	9,2 (320)	6,6 (324)	1,7 (11)	0,3 (1)	2,9 (9)
Grecia	0,7	0,2	1	5,1 (250)	5,9 (122)	4,6 (127)	19,8 (49)	12,4 (15)	27 (34)
Spagna	10,3	3,3	3	39,2 (19 497)	40,2 (10 142)	38,5 (8 855)	2 (365)	1 (95)	3 (260)
Francia	5,4	2,3	4	6,4 (2 311)	4,1 (411)	7,5 (1 573)	9,9 (192)	4,1 (16)	–
Croazia	2,3	0,9	2	1,5 (119)	2,6 (29)	1,3 (84)	0,9 (1)	0 (0)	1,2 (1)
Italia	4,2	1,3	1	25,8 (8 529)	31,4 (4 037)	22,2 (4 492)	3,5 (289)	2,9 (114)	4 (175)
Cipro	1,3	0,6	4	12,2 (124)	9,3 (45)	14,7 (78)	5,8 (7)	0 (0)	9,3 (7)
Lettonia	1,5	0,3	4	0,3 (5)	0,8 (4)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Lituania	0,9	0,3	2	0,6 (14)	1,8 (6)	0,3 (5)	–	–	–
Lussemburgo	–	–	–	17,3 (50)	10,5 (2)	18 (42)	39,1 (18)	–	39 (16)
Ungheria	0,9	0,4	2	2 (81)	2,4 (60)	1,4 (17)	8,9 (7)	8,3 (5)	5,9 (1)
Malta	0,5	–	4	14,4 (260)	32,2 (64)	12,2 (196)	25,6 (65)	11,3 (7)	30,2 (58)
Paesi Bassi	5,2	2,4	2	26,5 (3 113)	22,2 (1 494)	32,3 (1 619)	0,3 (8)	0,3 (4)	0,3 (4)
Austria	2,2	1,2	–	10,2 (301)	11,8 (145)	9 (156)	7,6 (18)	2,7 (3)	12,2 (15)
Polonia	0,9	0,3	3	2,4 (67)	1,9 (21)	2,8 (44)	6,3 (4)	4,8 (1)	7,3 (3)
Portogallo	1,2	0,4	4	12,9 (388)	17,2 (239)	9,2 (149)	4,1 (14)	1,9 (4)	7,7 (10)
Romania	0,3	0,2	2	0,7 (11)	1,3 (9)	0,2 (2)	–	–	–
Slovenia	2,1	1,2	3	3,5 (10)	6,4 (6)	2,1 (4)	30 (3)	16,7 (1)	50 (2)
Slovacchia	0,6	0,4	1	0,6 (13)	0,4 (5)	0,8 (8)	8,3 (1)	0 (0)	14,3 (1)
Finlandia	1,7	0,6	1	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	100 (1)	–	–
Svezia	–	1,2	1	0,8 (236)	1,2 (151)	0,5 (85)	6,3 (2)	0 (0)	18,2 (2)
Regno Unito	9,5	4,2	2	12,9 (12 756)	17,1 (5 888)	10,7 (6 851)	1,7 (204)	0,5 (29)	2,6 (175)
Turchia	–	–	–	1,1 (81)	1,1 (41)	1,1 (40)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Norvegia	4,2	2,2	1	0,9 (79)	–	–	–	–	–
Unione europea	4,6	1,9	–	13,5 (55 246)	16,5 (25 113)	13,4 (25 646)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	13 (55 406)	16,2 (25 154)	13,2 (25 686)	2,8 (1 361)	1,3 (303)	3,6 (830)

Le stime relative alla prevalenza per la popolazione generale derivano da indagini nazionali rappresentative. L'anno e il metodo d'indagine variano in base al paese. Le stime relative alla prevalenza per la popolazione scolastica derivano da indagini scolastiche a livello nazionale o dal progetto ESPAD.

TABELLA A3

AMFETAMINE

Paese	Stime di prevalenza			Indicatore di richiesta di trattamento, droga primaria					
	Popolazione complessiva		Popolazione scolastica	Consumatori di amfetamine in % dei pazienti sottoposti al trattamento			% di consumatori di amfetamine per via parenterale (principale metodo di assunzione)		
	Nell'arco della vita: adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi: giovani adulti (15-34)	Nell'arco della vita: studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento	Pazienti sottoposti al trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti al trattamento	Tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento	Pazienti sottoposti al trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti al trattamento
%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio	-	-	2	10,1 (925)	9,1 (292)	11 (574)	13,3 (118)	5,3 (15)	17,7 (97)
Bulgaria	1,2	1,3	5	4,7 (93)	10,9 (29)	1,8 (18)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Repubblica ceca	1,1	0,7	2	70,3 (6 865)	74,2 (3 431)	66,7 (3 434)	78,6 (5 365)	72,6 (2 473)	84,5 (2 892)
Danimarca	6,6	1,4	2	9,5 (358)	10,3 (149)	8,9 (170)	3,1 (9)	0 (0)	-
Germania	3,1	1,8	4	14,9 (12 026)	18,7 (4 365)	-	-	-	-
Estonia	-	2,5	3	3 (13)	5,6 (7)	1,4 (4)	76,9 (10)	57,1 (4)	100 (4)
Irlanda	4,5	0,8	2	0,6 (52)	0,9 (32)	0,4 (18)	5,9 (3)	9,7 (3)	0 (0)
Grecia	0,1	0,1	2	0,2 (12)	0,3 (7)	0,2 (5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Spagna	3,8	1,2	2	1 (512)	1,2 (307)	0,8 (186)	0,6 (3)	0,7 (2)	0,6 (1)
Francia	2,2	0,7	4	0,3 (98)	0,2 (22)	0,3 (60)	22,5 (18)	15,8 (3)	-
Croazia	2,6	1,6	1	0,9 (69)	2 (22)	0,7 (46)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Italia	1,8	0,1	1	0,2 (51)	0,3 (37)	0,1 (14)	2 (1)	2,9 (1)	0 (0)
Cipro	0,7	0,4	4	2,6 (26)	1,7 (8)	3,4 (18)	7,7 (2)	0 (0)	11,1 (2)
Lettonia	2,2	0,6	4	15,1 (227)	21 (111)	11,9 (116)	68,2 (152)	64,2 (70)	71,9 (82)
Lituania	1,2	0,5	3	3,4 (76)	10 (34)	1,9 (34)	-	-	-
Lussemburgo	-	-	-	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-	-
Ungheria	1,8	1,2	6	11,6 (461)	11,6 (297)	11 (130)	15,3 (68)	11,3 (33)	24,2 (30)
Malta	0,3	-	3	0,2 (4)	0 (0)	0,2 (4)	25 (1)	-	25 (1)
Paesi Bassi	3,1	-	1	6,5 (760)	6,6 (445)	6,3 (315)	0,6 (4)	0,5 (2)	0,7 (2)
Austria	2,5	0,9	-	3,4 (102)	4,7 (58)	2,5 (44)	1,2 (1)	2 (1)	0 (0)
Polonia	2,9	1,4	4	25,9 (711)	25,8 (287)	26,5 (419)	10,8 (76)	3,9 (11)	15,7 (65)
Portogallo	0,5	0,1	3	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)	0 (0)	-
Romania	0,1	0,0	2	0,5 (8)	1 (7)	0 (0)	-	-	-
Slovenia	0,9	0,8	2	0,7 (2)	1,1 (1)	0,5 (1)	-	-	-
Slovacchia	0,5	0,3	1	43,2 (978)	46,4 (535)	39,9 (425)	31,8 (300)	27,1 (142)	38 (154)
Finlandia	2,3	1,6	-	11 (121)	11,8 (19)	10,8 (97)	76,7 (89)	52,6 (10)	81,9 (77)
Svezia	-	1,3	0	0,4 (112)	0 (6)	0,7 (105)	78,3 (83)	80 (4)	78 (78)
Regno Unito	11,1	1,5	1	2,7 (2 725)	3,1 (1 058)	2,6 (1 656)	24 (607)	13 (125)	31,1 (482)
Turchia	0,1	0,1	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)	-	-	-
Norvegia	3,7	1,1	1	13,1 (1 104)	-	-	-	-	-
Unione europea	3,5	1,0	-	6,7 (27 389)	7,6 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)
UE, Turchia e Norvegia	-	-	-	6,7 (28 493)	7,4 (11 567)	4,1 (7 894)	47 (6 910)	41,9 (2 899)	53,6 (3 967)

TABELLA A4

ECSTASY

Paese	Stime di prevalenza			Indicatore di richiesta di trattamento, droga primaria		
	Popolazione complessiva		Popolazione scolastica	Consumatori di ecstasy in % dei pazienti sottoposti al trattamento		
	Nell'arco della vita: adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi: giovani adulti (15-34)	Nell'arco della vita: studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento	Pazienti sottoposti al trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti al trattamento
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio	–	–	2	0,5 (43)	0,7 (23)	0,4 (19)
Bulgaria	2,0	2,9	4	0,1 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Repubblica ceca	5,1	3,0	3	0,1 (8)	0,1 (4)	0,1 (4)
Danimarca	2,3	0,7	1	0,3 (13)	0,5 (7)	0,3 (5)
Germania	2,7	0,9	2	–	–	–
Estonia	–	2,3	3	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Irlanda	6,9	0,9	2	0,5 (43)	0,8 (27)	0,3 (16)
Grecia	0,4	0,4	2	0,2 (8)	0,2 (5)	0,1 (3)
Spagna	4,3	1,5	2	0,3 (134)	0,4 (103)	0,1 (29)
Francia	4,2	2,3	3	0,5 (186)	0,2 (22)	0,6 (122)
Croazia	2,5	0,5	2	0,3 (27)	0,6 (7)	0,3 (19)
Italia	1,8	0,1	1	0,2 (55)	0,2 (23)	0,2 (32)
Cipro	0,9	0,3	3	0,1 (1)	0 (0)	0,2 (1)
Lettonia	2,7	0,8	4	0,2 (3)	0,4 (2)	0,1 (1)
Lituania	1,3	0,3	2	0 (1)	0 (0)	0,1 (1)
Lussemburgo	–	–	–	0,3 (1)	0 (0)	0,4 (1)
Ungheria	2,4	1,0	4	1,7 (69)	1,7 (43)	2 (23)
Malta	0,7	–	3	1,2 (22)	3,5 (7)	0,9 (15)
Paesi Bassi	6,2	3,1	4	0,6 (67)	0,8 (55)	0,2 (12)
Austria	2,3	1,0	–	0,8 (23)	1,1 (13)	0,6 (10)
Polonia	1,1	0,3	2	0,2 (6)	0,1 (1)	0,3 (5)
Portogallo	1,3	0,6	3	0,2 (5)	0,4 (5)	0 (0)
Romania	0,7	0,4	2	0,1 (1)	0,1 (1)	0 (0)
Slovenia	2,1	0,8	2	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Slovacchia	1,9	0,9	0	0,1 (2)	0,1 (1)	0,1 (1)
Finlandia	1,8	1,1	2	0,3 (3)	0,6 (1)	0,2 (2)
Svezia	–	1,0	1	0 (3)	0 (1)	0 (1)
Regno Unito	9,3	3,0	2	0,3 (325)	0,7 (232)	0,1 (92)
Turchia	0,1	0,1	2	0,8 (55)	1,1 (41)	0,4 (14)
Norvegia	2,3	1,0	1	0 (0)	–	–
Unione europea	3,6	1,4	–	0,3 (1 050)	0,4 (583)	0,2 (415)
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	0,3 (1 105)	0,4 (624)	0,2 (429)

TABELLA A5

CANNABIS

Paese	Stime di prevalenza			Indicatore di richiesta di trattamento, droga primaria		
	Popolazione complessiva		Popolazione scolastica	Consumatori di cannabis in % dei pazienti sottoposti a trattamento		
	Nell'arco della vita: adulti (15-64)	Negli ultimi 12 mesi: giovani adulti (15-34)	Nell'arco della vita: studenti (15-16)	Tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento	Pazienti sottoposti al trattamento per la prima volta	Pazienti che si sono già sottoposti al trattamento
	%	%	%	% (valore numerico)	% (valore numerico)	% (valore numerico)
Belgio	14,3	11,2	21	33,6 (3 077)	54,3 (1 744)	23,1 (1 201)
Bulgaria	7,5	8,3	22	3,9 (77)	4,5 (12)	1,8 (18)
Repubblica ceca	22,8	21,6	42	11 (1 077)	16,5 (763)	6,1 (314)
Danimarca	35,6	17,6	18	63,4 (2 397)	72,6 (1 048)	55,5 (1 061)
Germania	23,1	11,1	19	36,3 (29 252)	56,1 (13 138)	–
Estonia	–	13,6	24	3,7 (16)	12,7 (16)	0 (0)
Irlanda	25,3	10,3	18	28,9 (2 511)	47 (1 631)	16 (790)
Grecia	8,9	3,2	8	21,5 (1 045)	35,4 (737)	11 (302)
Spagna	30,4	17,0	28	29,9 (14 869)	43,6 (10 982)	14,8 (3 402)
Francia	40,9	22,1	39	44,1 (16 020)	62,5 (6 206)	32,3 (6 804)
Croazia	15,6	10,5	18	13,3 (1 047)	58,4 (658)	5,7 (381)
Italia	21,7	8,0	16	17,4 (5 766)	28 (3 593)	10,7 (2 173)
Cipro	9,9	4,2	7	56,8 (579)	80,5 (388)	35,3 (187)
Lettonia	12,5	7,3	24	27,3 (411)	51,4 (272)	14,3 (139)
Lituania	10,5	5,1	20	2,9 (65)	11,7 (40)	1,3 (23)
Lussemburgo	–	–	–	31,1 (90)	47,4 (9)	30,5 (71)
Ungheria	8,5	5,7	19	61 (2 429)	70 (1 787)	43,4 (511)
Malta	4,3	–	10	7,9 (142)	25,1 (50)	5,7 (92)
Paesi Bassi	25,7	13,7	27	47,8 (5 613)	56,7 (3 826)	35,7 (1 787)
Austria	14,2	6,6	14	30 (887)	50,6 (620)	15,4 (267)
Polonia	12,2	8,1	23	33,4 (914)	51,6 (575)	20,3 (321)
Portogallo	9,4	5,1	16	26,8 (806)	48,4 (674)	8,2 (132)
Romania	1,6	0,6	7	17 (279)	27,3 (195)	7,9 (68)
Slovenia	15,8	10,3	23	12,5 (36)	31,9 (30)	3,1 (6)
Slovacchia	10,5	7,3	16	24,6 (557)	32 (369)	16,6 (177)
Finlandia	18,3	11,2	12	14,6 (161)	34,2 (55)	10,8 (97)
Svezia	–	7,1	5	13,2 (3 763)	22,4 (2 881)	5,7 (882)
Regno Unito	29,9	11,2	22	26,8 (26 618)	48,6 (16 775)	15,3 (9 771)
Turchia	0,7	0,4	4	12,7 (920)	17,5 (653)	7,6 (267)
Norvegia	23,3	12,0	5	20,3 (1 705)	–	–
Unione europea	23,3	11,7	–	29,4 (120 504)	45,5 (69 074)	16,2 (30 977)
UE, Turchia e Norvegia	–	–	–	28,9 (123 129)	44,8 (69 727)	16,1 (31 244)

TABELLA A6

ALTRI INDICATORI

	Decessi indotti dagli stupefacenti (15–64 anni di età)	Diagnosi di HIV attribuite all'assunzione di stupefacenti per via parenterale (ECDC)	Stima del consumo di stupefacenti per via parenterale	Siringhe distribuite attraverso programmi specializzati
Paese	casi per milione di abitanti (valore numerico)	casi per milione di abitanti (valore numerico)	casi per 1 000 abitanti	valore numerico
Belgio	10,5 (77)	1,5 (17)	2,5–4,8	907 504
Bulgaria	4,3 (21)	4,5 (33)	–	431 568
Repubblica ceca	5,1 (37)	0,6 (6)	5,9–6,0	6 181 134
Danimarca	60 (218)	2,3 (13)	–	–
Germania	17,6 (956)	1,2 (100)	–	–
Estonia	126,8 (111)	54,5 (72)	4,3–10,8	2 183 933
Irlanda	58,5 (177)	3,9 (18)	–	360 041
Grecia	–	22,4 (248)	0,6–0,9	429 517
Spagna	12,2 (383)	3,1 (145)	0,3–0,4	2 684 251
Francia	6,8 (283)	1 (67)	–	–
Croazia	16,8 (48)	0 (0)	0,3–0,6	273 972
Italia	8,9 (343)	2,7 (162)	–	–
Cipro	4,9 (3)	0 (0)	0,2–0,5	0
Lettonia	8,1 (11)	38 (77)	7,3–11,7	341 421
Lituania	27,1 (54)	20,9 (62)	–	168 943
Lussemburgo	29,7 (11)	9,3 (5)	4,5–6,9	191 983
Ungheria	4,6 (31)	0,1 (1)	0,8	435 817
Malta	10,4 (3)	7,1 (3)	–	357 691
Paesi Bassi	10,2 (113)	0,3 (5)	0,2–0,2	–
Austria	24,2 (138)	2,5 (21)	–	4 762 999
Polonia	7,6 (207)	1 (39)	–	–
Portogallo	3,0 (21)	7,4 (78)	–	950 652
Romania	2,2 (30)	7,4 (149)	–	2 051 770
Slovenia	19,9 (28)	1 (2)	–	513 272
Slovacchia	6,5 (25)	0 (0)	–	321 339
Finlandia	54,3 (191)	0,6 (3)	4,1–6,7	3 834 262
Svezia	69,7 (426)	0,8 (8)	–	229 362
Regno Unito	44,6 (1 858)	1,8 (112)	2,9–3,2	9 457 256 (1)
Turchia	4,4 (224)	0,1 (4)	–	–
Norvegia	69,6 (232)	1,6 (8)	2,2–3,0	3 011 000
Unione europea	17,3 (5 804)	2,9 (1 446)	–	–
UE, Turchia e Norvegia	16 (6 260)	2,5 (1 458)	–	–

Le stime del consumo di stupefacenti per via parenterale sono ricavate con metodi indiretti, l'anno di riferimento varia in base al paese.

(1) I dati fanno riferimento a Scozia e Galles (2013) e all'Irlanda del Nord (2012).

TABELLA A7

SEQUESTRI

	Eroina		Cocaina		Amfetamine		Ecstasy	
	Quantità sequestrata	Numero di sequestri						
Paese	kg	valore numerico	kg	valore numerico	kg	valore numerico	compresse (kg)	valore numerico
Belgio	1 182	2 431	6 486	3 653	216	3 085	37 152 (-)	1 338
Bulgaria	157	32	20	-	193	8	4 169 (29)	-
Repubblica ceca	5	38	36	106	70	495	5 061 (0,04)	114
Danimarca	14	461	681	2 286	341	2 167	7 706 (-)	590
Germania	270	3 065	1 315	3 622	1 339	12 801	480 839 (-)	2 233
Estonia	0	2	2	47	28	290	3 341 (0,2)	92
Irlanda	61	690	66	366	23	114	465 083 (-)	464
Grecia	235	2 158	706	437	16	81	34 579 (0,4)	47
Spagna	291	6 502	26 701	38 033	497	3 471	154 732 (-)	2 301
Francia	570	-	5 612	-	501	-	414 800 (-)	-
Croazia	10	167	9	171	13	414	0 (0,9)	170
Italia	882	2 560	4 966	6 031	103	128	4 713 (17)	136
Cipro	0,7	16	3	105	1	38	504 (0,1)	14
Lettonia	0,7	288	1	34	46	744	60 (0,003)	18
Lituania	13	100	3	12	71	97	54 (0,5)	13
Lussemburgo	4	127	1	103	5	6	13 (-)	3
Ungheria	6	32	8	117	75	586	17 664 (2)	181
Malta	1	51	4	115	0	3	30 375 (-)	45
Paesi Bassi (¹)	750	-	10 000	-	681	-	-	-
Austria	80	346	25	992	29	859	5 768 (-)	119
Polonia	49	-	21	-	685	-	45 997 (-)	-
Portogallo	55	792	2 440	1 108	5	48	2 160 (1)	80
Romania	112	273	53	75	0	42	27 506 (0,04)	142
Slovenia	7	339	3	196	16	273	922 (0,9)	53
Slovacchia	0,2	73	1	23	4	634	47 (-)	17
Finlandia	0,2	113	5	205	91	3 149	121 600 (-)	795
Svezia	6	485	81	1 452	677	4 541	26 919 (16)	743
Regno Unito (¹)	831	10 648	3 324	18 569	1 491	6 515	1 173 100 (-)	3 716
Turchia	13 480	6 096	450	863	1 242	132	4 441 217 (-)	4 274
Norvegia	55	1 192	188	1 086	514	7 229	7 298 (3)	411
Unione europea	5 593	31 789	62 573	77 858	7 217	40 589	3 064 864 (68)	13 424
UE, Turchia e Norvegia	19 128	39 077	63 211	79 807	8 973	47 950	7 513 379 (71)	18 109

Le amfetamine includono amfetamina e metamfetamina.

(¹) I dati relativi ai sequestri si riferiscono al 2012.

TABELLA A7

SEQUESTRI (continua)

Paese	Resina di cannabis		Foglie di cannabis		Piante di cannabis	
	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri	Quantità sequestrata	Numero di sequestri
	kg	valore numerico	kg	valore numerico	piante (kg)	valore numerico
Belgio	4 275	5 529	14 882	23 900	396 758 (-)	1 212
Bulgaria	5	9	579	69	18 126 (24)	11
Repubblica ceca	1	28	735	875	73 639 (-)	361
Danimarca	3 292	11 030	394	1 896	- (5634)	645
Germania	1 770	5 638	4 827	28 875	107 766 (-)	2 026
Estonia	109	24	51	524	- (16)	42
Irlanda	677	367	1 102	1 770	6 309 (-)	427
Grecia	8	143	20 942	6 743	23 008 (0)	599
Spagna	319 257	180 342	16 298	172 341	176 879 (-)	2 305
Francia	70 918	-	4 758	-	141 374 (-)	-
Croazia	5	359	1 047	4 171	3 957 (-)	213
Italia	36 347	5 261	28 821	5 701	894 862 (-)	1 227
Cipro	1	16	99	849	403 (-)	62
Lettonia	106	28	29	412	- (344)	31
Lituania	1 088	11	124	199	- (-)	-
Lussemburgo	8	81	11	832	8 (-)	6
Ungheria	5	103	863	2 040	5 307 (-)	196
Malta	1	71	10	85	27 (-)	3
Paesi Bassi (¹)	2 200	-	12 600	-	1 218 000 (-)	-
Austria	130	1 512	1 432	8 270	- (196)	327
Polonia	208	-	1 243	-	69 285 (-)	-
Portogallo	8 681	3 087	96	559	8 462 (-)	354
Romania	25	284	165	1 799	8 835 (110)	79
Slovenia	0,5	73	810	3 673	9 515 (-)	212
Slovacchia	0,0	21	81	1 307	1 039 (-)	32
Finlandia	122	1 467	285	6 167	23 000 (63)	3 409
Svezia	1 160	6 937	928	9 221	- (-)	-
Regno Unito (¹)	13 432	17 360	13 243	148 746	555 625 (-)	15 846
Turchia	94 279	5 331	180 101	60 742	- (-)	3 706
Norvegia	2 283	11 875	491	5 444	- (159)	386
Unione europea	463 831	239 781	126 455	431 024	3 742 184 (6 387)	29 625
UE, Turchia e Norvegia	560 393	256 987	307 047	497 210	3 742 184 (6 546)	33 717

(¹) I dati relativi ai sequestri si riferiscono al 2012, ad eccezione del numero di piante di cannabis sequestrate nei Paesi Bassi, che fa riferimento al 2013.

COME OTTENERE LE PUBBLICAZIONI DELL'UNIONE EUROPEA

Pubblicazioni gratuite

una sola copia:
tramite EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)

più di una copia o poster/carte geografiche:
presso le rappresentanze dell'Unione europea (http://ec.europa.eu/represent_it.htm), presso le delegazioni dell'Unione europea nei paesi terzi (http://eeas.europa.eu/delegations/index_it.htm), contattando uno dei centri Europe Direct (http://europa.eu/europedirect/index_it.htm), chiamando il numero 00 800 6 7 8 9 10 11 (gratuito in tutta l'UE) (*).

(* Le informazioni sono fornite gratuitamente e le chiamate sono nella maggior parte dei casi gratuite (con alcuni operatori e in alcuni alberghi e cabine telefoniche il servizio potrebbe essere a pagamento).

Pubblicazioni a pagamento

tramite EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)



Informazioni sulla relazione

La relazione Tendenze e sviluppi offre una panoramica approfondita sul fenomeno della droga in Europa, esaminando temi quali offerta e consumo di droga, problemi di salute pubblica nonché politiche e risposte in materia di droga. Insieme al bollettino statistico online e a documenti quali le panoramiche per paese e le prospettive sulle droghe, la relazione costituisce il pacchetto della Relazione europea sulla droga 2015.

Informazioni sull'EMCDDA

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction o EMCDDA) rappresenta la fonte centrale e l'autorità riconosciuta nel campo delle questioni relative alle droghe in Europa. Da oltre 20 anni raccoglie, analizza e diffonde informazioni scientificamente valide sulle droghe, sulle tossicodipendenze e sulle relative conseguenze, fornendo al proprio pubblico un quadro del fenomeno delle droghe a livello europeo fondato su dati di fatto.

Le pubblicazioni dell'EMCDDA costituiscono una primaria fonte d'informazioni per un pubblico altamente diversificato, che comprende responsabili politici e loro consiglieri, professionisti e ricercatori attivi nel campo delle droghe e, più in generale, media e vasto pubblico. L'EMCDDA ha sede a Lisbona ed è una delle agenzie decentrate dell'Unione europea.

